



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2013
(dati 2011-2012)

Introduzione alla Relazione Socio Sanitaria 2013 della Regione del Veneto

La Relazione Socio-Sanitaria 2013, contenente dati del biennio 2011-2012, quest'anno assume una veste nuova: il documento che viene presentato alla V^a Commissione Regionale - e quindi agli organi politico-amministrativi, direzionali e tecnici della Regione e delle Aziende ed Istituti del SSR - è un documento rinnovato, più compatto, e realizzato per ottemperare puntualmente ad un'indicazione normativa e con la finalità di offrire un quadro completo e più accessibile della situazione socio sanitaria regionale.

La Relazione, curata dal Sistema Epidemiologico Regionale, che afferisce alla Direzione regionale Controlli e governo SSR, non è solamente una mera descrizione delle attività svolte, ma descrive i profili di salute della popolazione veneta e inquadra l'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale all'interno del disegno del Piano Socio Sanitario Regionale (Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23): essa è, dunque, "una Relazione per un Piano". Le edizioni successive daranno quindi conto della effettiva capacità di perseguire questi obiettivi da parte delle strutture regionali e delle Direzioni Strategiche Aziendali.

Questa edizione della Relazione offre inoltre una cornice al dibattito ed all'approfondimento delle indicazioni di programmazione recentemente proposte dalla Giunta Regionale con le schede ospedaliere e territoriali (DGR 68 del 18 giugno 2013).

L'obiettivo di agevolare la consultazione del presente documento viene perseguito anche nella sua strutturazione: ciascun paragrafo presenta nella sua parte iniziale un richiamo alle indicazioni del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 ed un agile riquadro di sintesi, mentre, alla fine della trattazione, vi è un rinvio per approfondimenti alla struttura regionale di riferimento, che in alcuni casi mette a disposizione su internet una relazione annuale di servizio.

L'impegno finalizzato all'integrazione, alla sintesi e alla chiarezza espositiva della Relazione Socio Sanitaria ha l'obiettivo di contribuire efficacemente alla scelta delle priorità e alla ridefinizione dei modelli di intervento, cogliendo le opportunità che il Piano Socio-Sanitario da un lato, e l'esigenza di sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale dall'altro, ci mettono davanti.

Direzione Controlli e Governo SSR

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2013
(dati 2011-2012)

Modalità di presentazione

La Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto presenta qui i dati disponibili al momento attuale. Al termine dell'anno in corso sarà realizzato un report su dati consolidati che verrà reso disponibile nei siti Internet della Regione del Veneto e del SER Sistema Epidemiologico Regionale.

Finalità stabilite dalle norme vigenti in materia

Comma primo dell'articolo 115 della Legge Regionale 13 aprile 2001, n. 11 così come sostituito dall'articolo 12 della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23: *"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 alla Segreteria regionale per la Sanità. La redazione del documento così composto e la resa uniforme delle singole parti è a cura del

SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Controlli e Governo SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it
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 protocollo 318950 del 10 luglio 2012 del Segretario regionale per la Sanità (attribuzione obiettivi per l'attuazione del Piano Socio Sanitario).

Comitato redazionale

Ugo Fedeli, Elena Schievano, Francesco Avossa, Francesco Carlucci, Manola Lisiero, Michele Pellizzari, Nicola Gennaro, Mara Pigato, Fabio Fuolega, Mario Saugo.



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

Pubblicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto
Segreteria regionale per la Sanità
Direzione Controlli e Governo 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

Segreteria regionale per la Sanità
Direzione Controlli e Governo 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.

Indice

1. Scenario socio-demografico

Quadro di sintesi del capitolo	7
1.1 Dinamiche demografiche e popolazione	7
1.2 Popolazione infantile e giovanile	14
1.3 Popolazione anziana	16
1.4 Popolazione immigrata	21
1.5 Nuclei familiari	24

2. Condizioni e profili di salute

2.1 Stili di vita e condizioni di rischio	27
2.2 Mortalità per causa	38
2.3 Malattie infettive (HIV, AIDS, TBC, epidemie influenzali, malattie emergenti)	44
2.4 Tumori	51
2.5 Infarto acuto del miocardio	59
2.6 Malattie cerebrovascolari	65
2.7 Diabete	74
2.8 Insufficienza renale cronica	77
2.9 Salute materno-infantile	83
2.10 Malattie professionali e infortuni sul lavoro	93
2.11 Incidenti stradali	99
2.12 Fratture del femore prossimale dell'anziano	103

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

3.1 Promozione di corretti stili di vita	109
3.2 Profilassi delle malattie infettive	117
3.3 Screening oncologici	122
3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	134
3.5 Veterinaria e Sicurezza alimentare	144

4. Assistenza ospedaliera

Quadro di sintesi	157
4.1 La dotazione di posti letto ospedalieri	158
4.2 Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto	160
4.3 Dimissioni dalle strutture private accreditate	163
4.4 L'ospedalizzazione dei residenti in Veneto	164
4.5 La mobilità ospedaliera	166
4.6 Riammissioni nei soggetti anziani	171

5. Assistenza territoriale

5.1 Assistenza primaria	173
5.2 Assistenza Specialistica Ambulatoriale	186

5.3	Cure domiciliari	190
5.4	Cure palliative	196
5.5	L'assistenza residenziale e semiresidenziale	202
6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici		
	Quadro di sintesi	219
6.1	Assistenza farmaceutica	219
6.2	Dispositivi medici, dispositivi per autodeterminazione della glicemica e assistenza protesica	234
6.3	Prodotti destinati ad alimentazione particolare	241
7. Le aree di intervento sociale		
7.1	Organizzazione degli interventi socio-sanitari	243
7.2	Area della famiglia, minori, infanzia, adolescenza, giovani	251
7.3	Area Anziani	261
7.4	Area della Disabilità	268
7.5	Area delle Dipendenze	277
7.6	Il sistema dei finanziamenti delle politiche sociali	282
8. Le reti cliniche		
	Le reti cliniche	293
8.1	Rete clinica dei trapianti	295
8.2	Rete delle malattie rare	302
8.3	Rete ictus	309
8.4	Rete IMA	316
8.5	Rete attività trasfusionale	320
9. Il Fascicolo Sanitario Elettronico		
10. La spesa del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSR)		
	Quadro di sintesi	331
10.1	Analisi economica del SSR veneto	331
10.2	Trend di costo dei livelli assistenziali	338
10.3	Analisi patrimoniale e finanziaria del SSR Veneto	343

1. Scenario socio-demografico

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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

La grave crisi economica che il nostro Paese e la nostra Regione stanno attraversando si riflette anche sulle dinamiche demografiche. L'Istat con il censimento 2011 ha rilevato un'importante riduzione nel numero dei residenti precedentemente registrati attraverso le anagrafi comunali. Si tratta probabilmente dell'effetto combinato dell'emigrazione di cittadini italiani, del rimpatrio volontario o dello spostamento in altri Paesi di immigrati prima residenti in Italia e della mancata compilazione del questionario da parte di clandestini o immigrati in difficoltà. Ciò nonostante, rapportando i dati inerenti i censimenti a partire dal 1961 sino all'ultimo del 2011, viene confermata la notevole crescita complessiva della popolazione, dovuta principalmente all'immigrazione. Permane tuttavia un forte squilibrio generazionale con l'assoluta prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella infantile e giovanile che crea un carico sociale sulla popolazione attiva e sulle donne in particolare, aggravato dagli attuali fenomeni di disgregazione familiare.

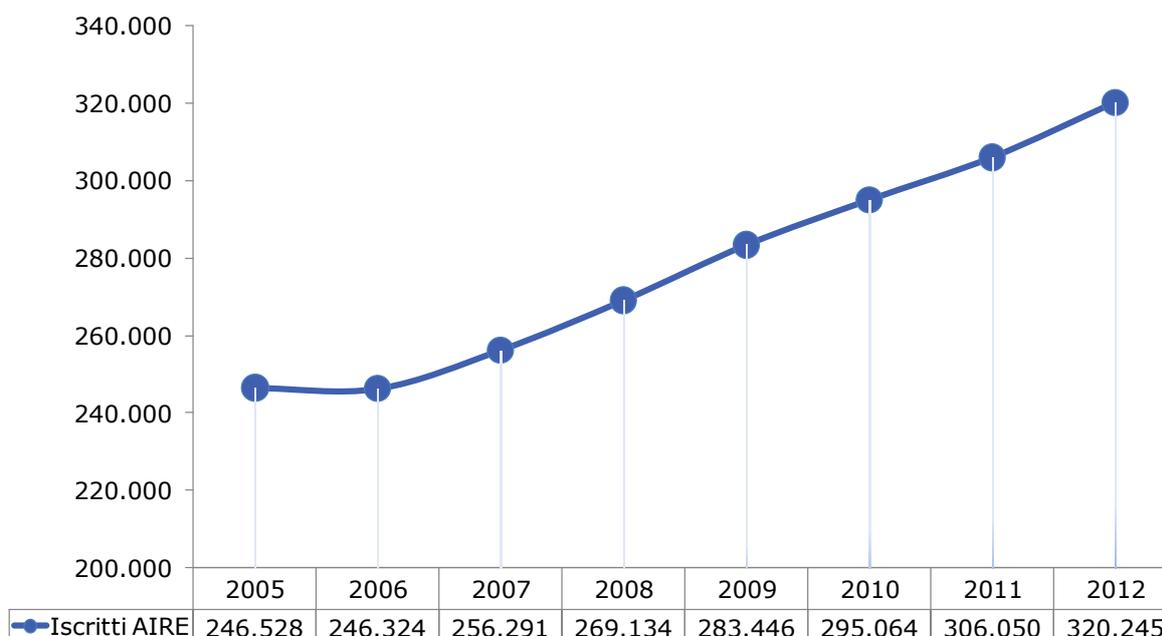
1.1 Dinamiche demografiche e popolazione

Il biennio 2011-2012 è stato molto importante per le rilevazioni statistiche di ambito demografico. L'Istat ha infatti effettuato, nel corso del 2011, il 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Le risultanze sono state poi rese note in data 18 dicembre 2012. In seguito al rilascio della popolazione legale, per riallineare le serie della popolazione residente nel decennio 2001-2011, sarà necessario adeguare i dati della popolazione residente attraverso una ricostruzione intercensuaria che tenga conto del numero effettivo riscontrato nei censimenti del 2001 e del 2011. Per questa ragione i valori riportati nella precedente Relazione Socio Sanitaria non sono comparabili con quelli qui rappresentati, in quanto fanno riferimento ai dati rilasciati dall'Istat nel periodo intercensuario, per i quali è necessario il suddetto riallineamento. Per ciò che concerne il Veneto, alla data dell'ultimo censimento (9 ottobre 2011) la popolazione residente è pari a 4.857.210 persone, delle quali 2.492.528 femmine e 2.364.682 maschi. Alla stessa

data, la popolazione residente, calcolata dall'Istat a partire dal 14° Censimento della Popolazione (21 ottobre 2001) sulla base delle risultanze anagrafiche nel corso del decennio intercensuario 2001-2011, risultava invece pari a 4.953.510 persone, delle quali 2.532.523 femmine e 2.420.987 maschi. Sulla base dei risultati censuari del 9 ottobre 2011 la popolazione straniera abitualmente dimorante in Veneto è pari a 457.328 unità. Alla stessa data la popolazione straniera residente, calcolata dall'Istat a partire dal 14° Censimento della Popolazione (21 ottobre 2001) sulla base delle risultanze anagrafiche nel corso del decennio intercensuario 2001-2011, risultava pari a 520.747 persone. Le differenze sono notevoli: si registra una diminuzione in termini assoluti di 96.300 unità nella popolazione complessiva, di cui 63.419 nella popolazione straniera residente (i dati su scala nazionale sono in linea con quanto viene registrato nel Veneto, con differenze rispettive di 1.352.009 persone per la popolazione totale, di cui 761.260 straniere). In attesa della ricostruzione intercensuaria, si può ipotizzare che tale fenomeno possa nascondere realtà, già in parte rilevate, costituite dall'effetto combinato dell'aumento dell'emigrazione italiana all'estero (nel biennio considerato in questa Relazione Socio Sanitaria è stato rilevato un vero e proprio boom per quella giovanile, nei dati diffusi dall'AIRE Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero) e dal rientro in patria di immigrati nel nostro Paese.

8

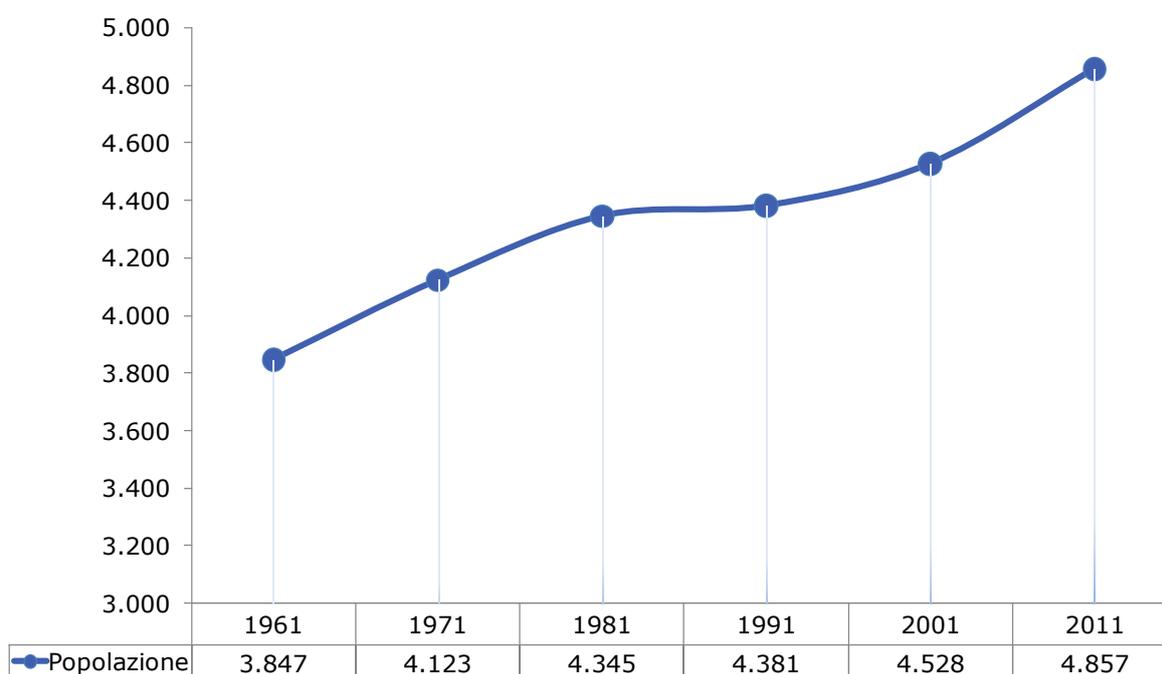
Figura 1.1 Cittadini Veneti residenti all'estero iscritti all'AIRE. Anni 2005-2012
(Fonte: AIRE Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero)



* Secondo l'Istat il Veneto si colloca al terzo posto in Italia per numero di espatri (Fonte: Istat rapporto 2011 "Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente", diffuso il 28 dicembre 2012)

L'Istat infatti rileva nel rapporto 2011 "Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente", diffuso il 28 dicembre 2012, che dopo il picco registrato nel 2007, le iscrizioni dall'estero mostrano una tendenza alla diminuzione che si protrae fino al 2011, anno in cui si registra una contrazione del 13,8% sull'anno precedente. Inoltre non va sottovalutato il numero di immigrati che per diverse ragioni (situazioni di irregolarità) possono aver evitato la compilazione del questionario del censimento, rendendosi irreperibili. In ogni caso il dato che emerge con forza è che la crisi economica che attanaglia l'Europa sembra avere degli effetti molto pesanti anche nel territorio veneto.

Figura 1.2 Serie storica relativa alla popolazione del Veneto rilevata con i censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat - dati in migliaia)



Fatte queste necessarie premesse, per ciò che attiene alla distribuzione della popolazione per genere e per Provincia, possiamo osservare che oltre il 90% delle persone residenti si concentrano nelle Province di Verona, Vicenza, Padova, Treviso e Venezia che contano tutte tra i 850.000 e i 920.000 abitanti. Le Province più popolate sono quelle di Padova, Verona e Treviso. Rispetto al censimento del 2001 la Provincia che riscontra il maggior incremento di popolazione è la Provincia di Treviso (81.526 persone in più), mentre la Provincia di Rovigo evidenzia una leggera contrazione (-189 residenti). I 581 comuni Veneti presentano una grande variabilità di popolazione: solo il 46% supera i 5.000 abitanti mentre solo 6 superano i 50.000 abitanti. Le aree più densamente popolate sono la fascia pedemontana vicentina e trevigiana e le aree intorno alle città di Verona, Vicenza, Treviso, Padova e Venezia.

Tabella 1.1 Popolazione per genere e per Provincia nei censimenti 2001 e 2011 (Fonte: Istat)						
Province	Censimento 2001			Censimento 2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Verona	402.465	424.117	826.582	439.225	461.317	900.542
Vicenza	390.048	404.269	794.317	421.812	437.393	859.205
Belluno	100.270	109.280	209.550	101.135	108.866	210.001
Treviso	389.563	405.701	795.264	429.287	447.503	876.790
Venezia	391.429	418.157	809.586	408.590	438.372	846.962
Padova	413.441	436.416	849.857	447.352	474.009	921.361
Rovigo	117.204	125.334	242.538	117.281	125.068	242.349
	2.204.420	2.323.274	4.527.694	2.364.682	2.492.528	4.857.210

Figura 1.3 Distribuzione della popolazione sul territorio veneto. Percentuali rispetto al totale. Censimenti 2001-2011 (Fonte: Istat)

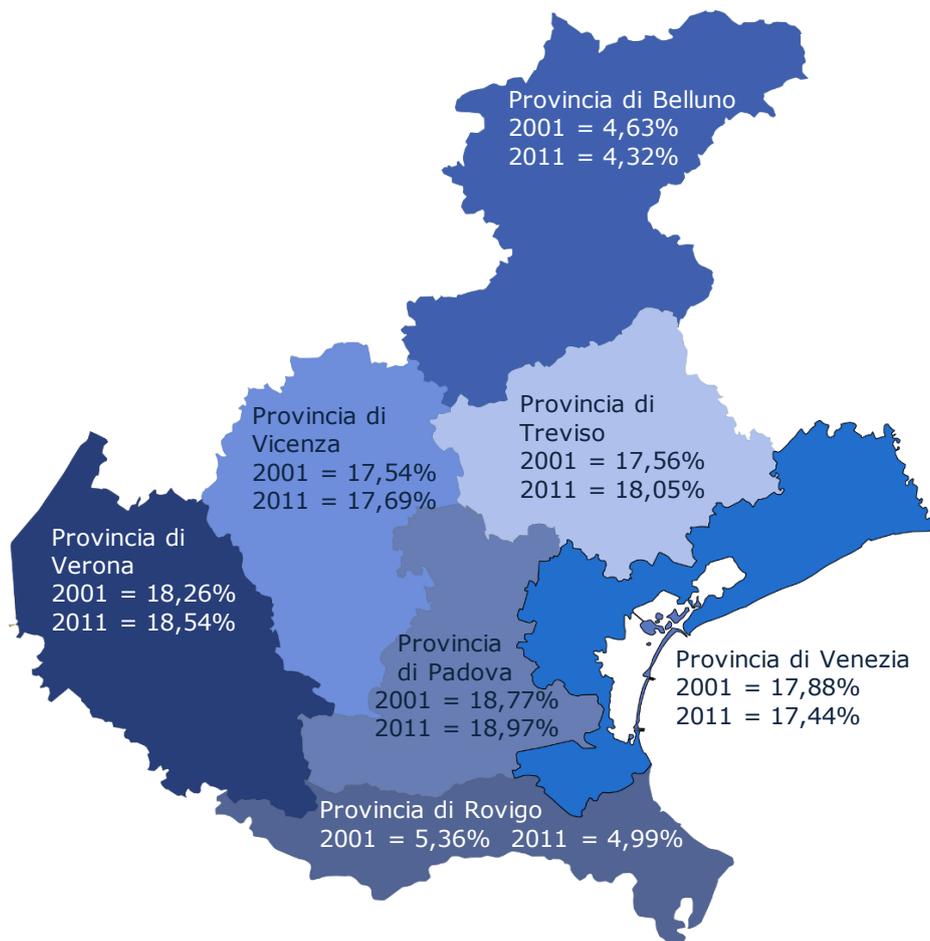
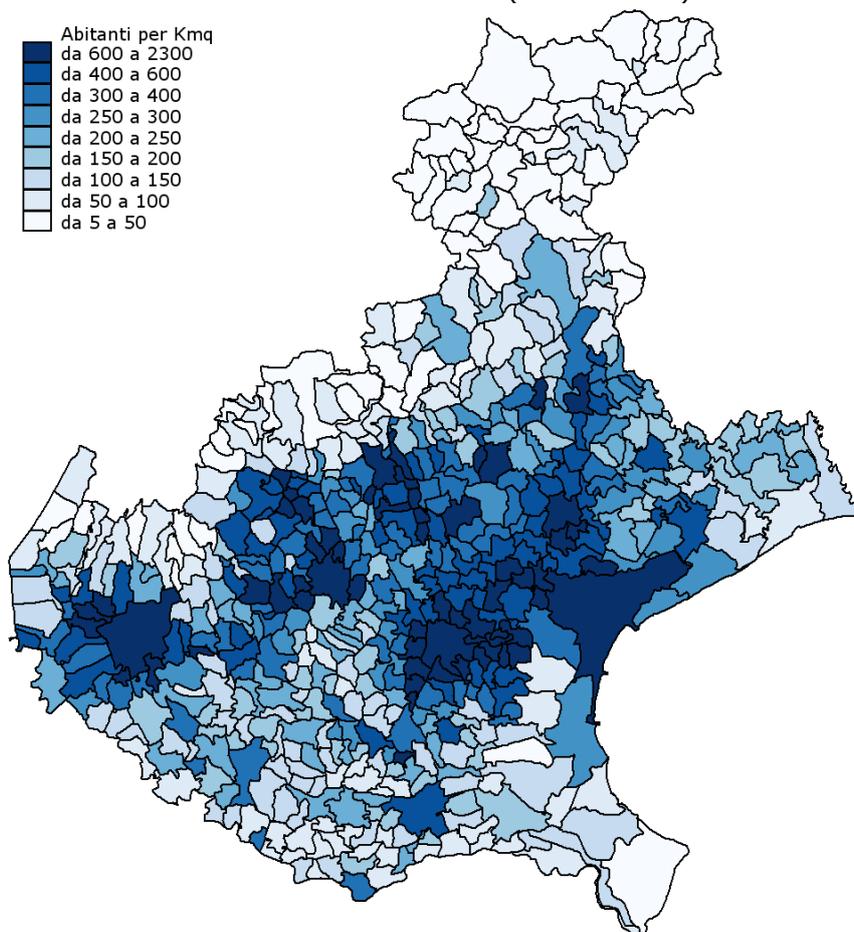


Figura 1.4 Densità abitativa per chilometro quadrato nei Comuni della Regione del Veneto. Censimento 2011 (Fonte: ISTAT)

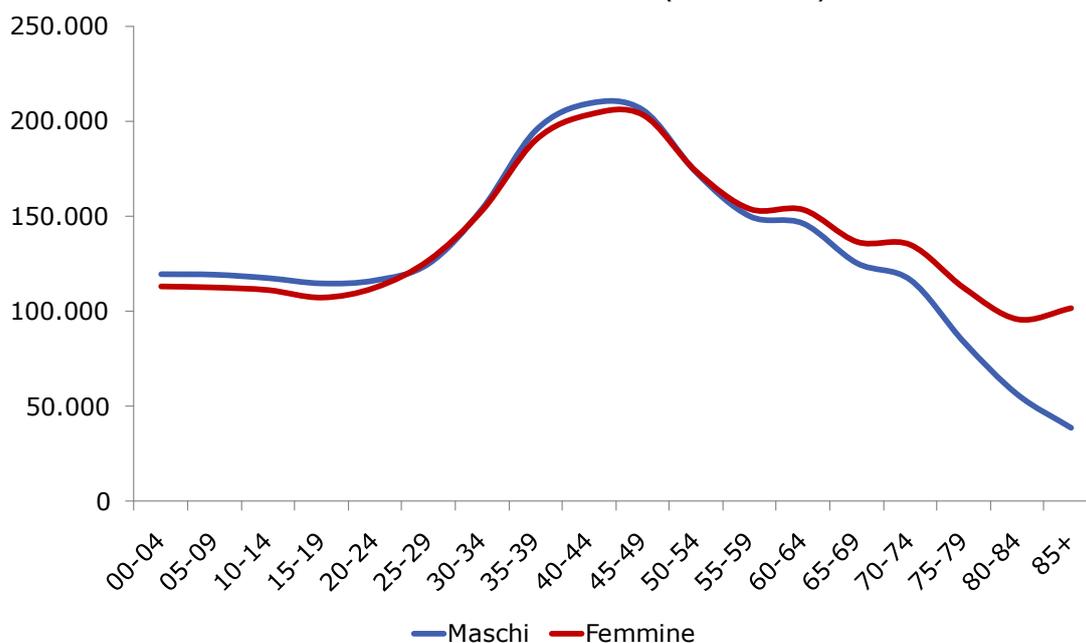
11

Tabella 1.2 Popolazione del Veneto per genere e classe di età. Censimento 2011 (Fonte: Istat)

Classe età	Maschi	Femmine
00-04	119.421	112.903
05-09	119.168	112.351
10-14	117.351	110.981
15-19	114.568	107.058
20-24	116.164	112.306
25-29	124.994	126.693
30-34	153.972	152.983
35-39	195.180	190.043
40-44	209.355	203.385
45-49	205.848	203.222
50-54	172.866	173.317
55-59	149.904	153.674
60-64	146.051	153.255
65-69	125.226	136.399
70-74	116.363	134.792
75-79	83.645	112.082
80-84	56.052	95.634
85+	38.554	101.450
Totale	2.364.682	2.492.528

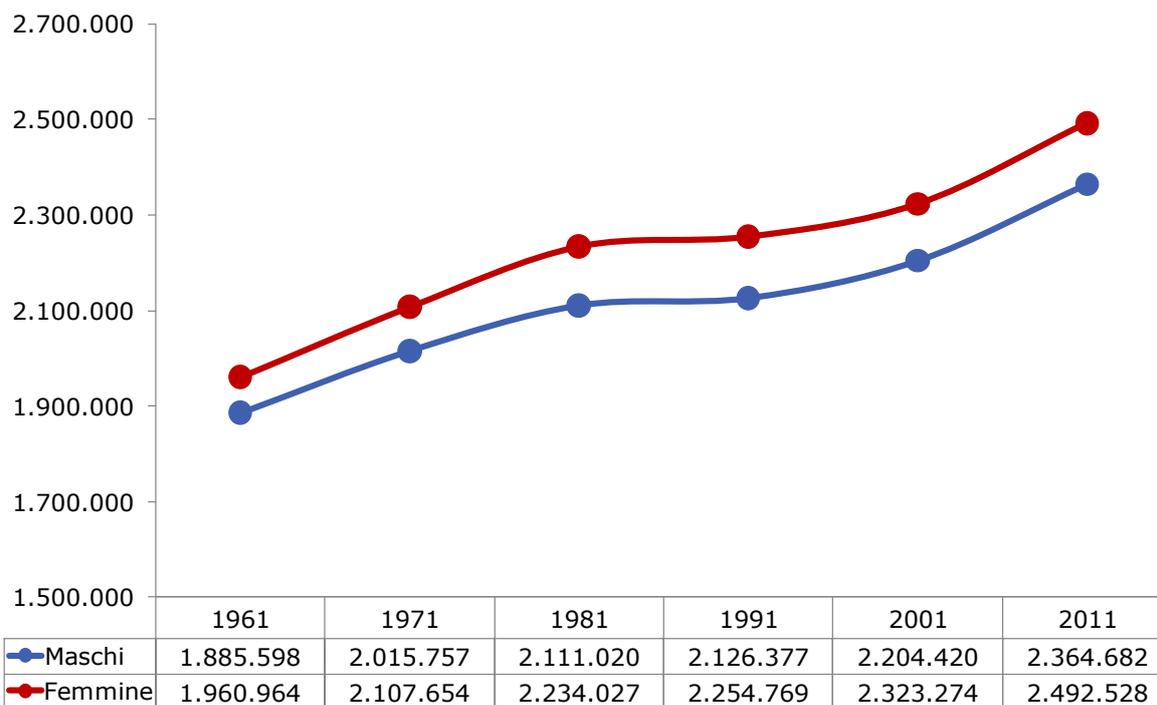
La struttura per genere si caratterizza per una maggior presenza femminile. La popolazione è infatti composta per il 51,3% da donne. In particolare, la prevalenza delle persone di sesso femminile è maggiore nelle classe d'età più anziane. Si accentua col progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento della speranza di vita.

Figura 1.5 Numero di residenti nella Regione del Veneto per genere e classe d'età. Censimento 2011 (Fonte: Istat)



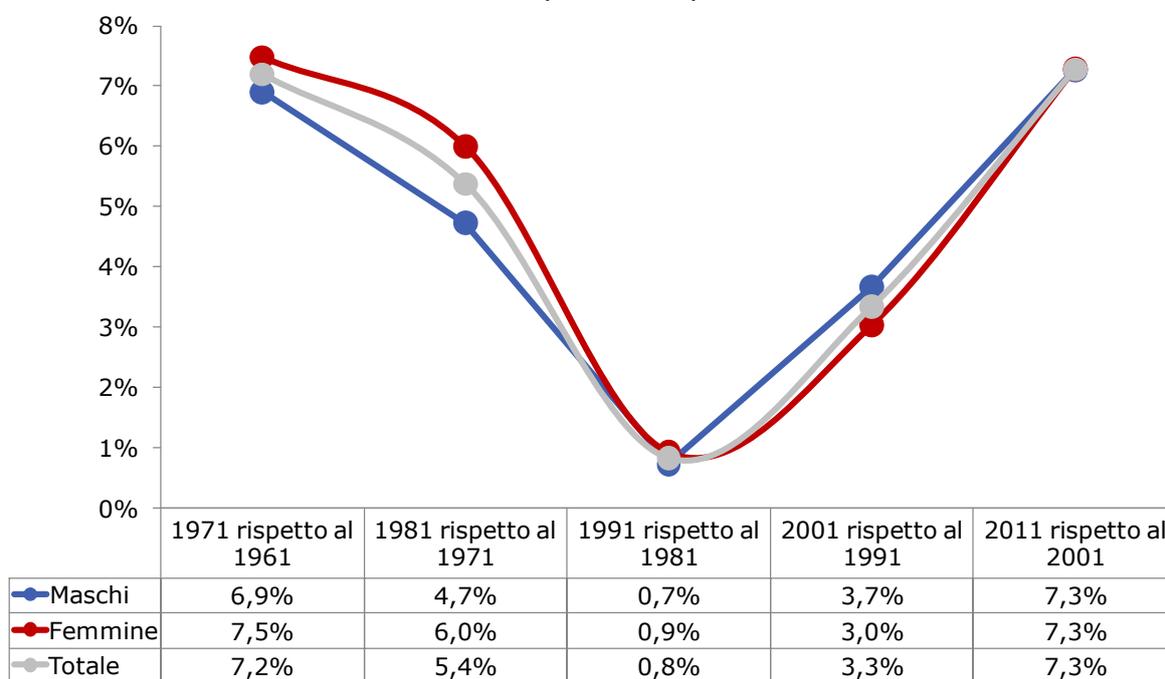
12

Figura 1.6 Popolazione del Veneto per genere ai censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)



L'età media è 41,8 anni per i maschi e 44,8 anni per le femmine e la fascia d'età più numerosa è quella di 40-44 anni in entrambi i sessi. La popolazione del Veneto tra gli ultimi due censimenti è cresciuta di 329.516 unità. L'incremento della popolazione rilevato con il censimento 2011 è il più elevato dal 1961 ed è più che doppio rispetto a quello verificatosi nel precedente decennio intercensuario. Quindi un aumento della popolazione addirittura superiore agli anni del baby boom. Nel censimento del 1971 venne infatti riscontrata una crescita complessiva del 7,2% rispetto al 1961, mentre con il censimento 2011 viene attestato un incremento pari al 7,3% rispetto al 2001.

Figura 1.7 Incremento percentuale della popolazione maschile, femminile e totale del Veneto rilevato rispetto ai dati registrati nei censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)



In un quadro connotato quindi da un incremento generale della popolazione, effetto principalmente dell'ingresso della popolazione immigrata. Come si vedrà in seguito, permane tuttavia un forte squilibrio generazionale con l'assoluta prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella infantile e giovanile.

1.2 Popolazione infantile e giovanile

La popolazione di età compresa tra i 0 ed i 14 anni è in aumento. Secondo i dati del censimento 2011 si riscontra un incremento pari a 82.326 unità rispetto al censimento del 2001. Tale fenomeno è dovuto principalmente alle nascite da donne immigrate.

Figura 1.8 Regione del Veneto. Popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni nei censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)

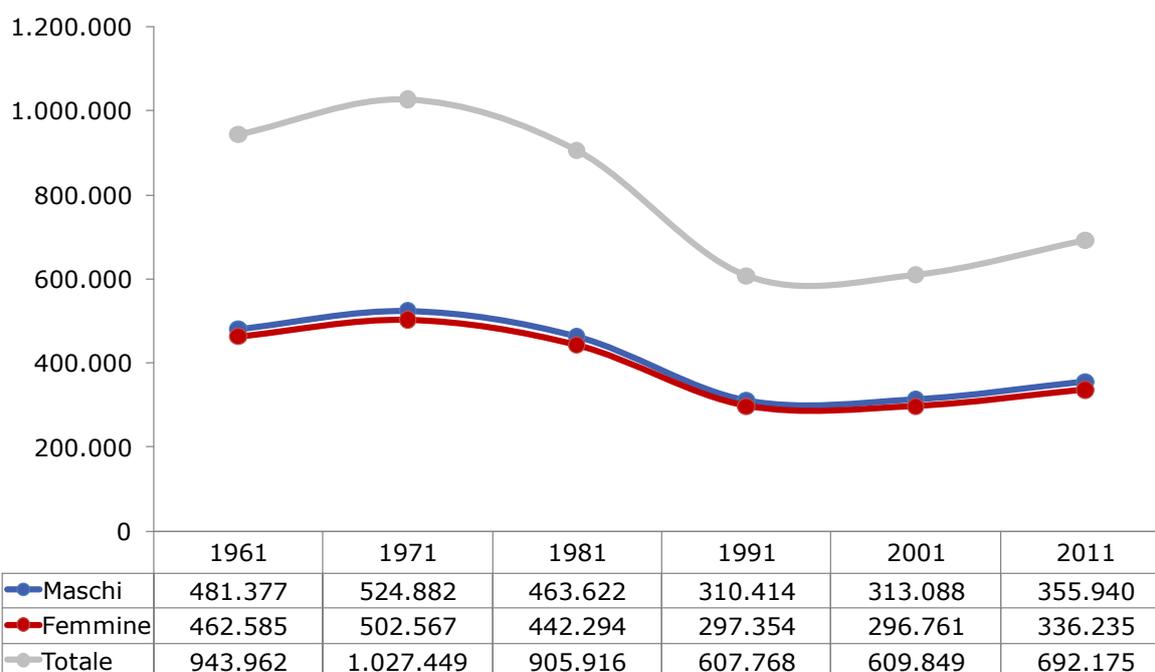
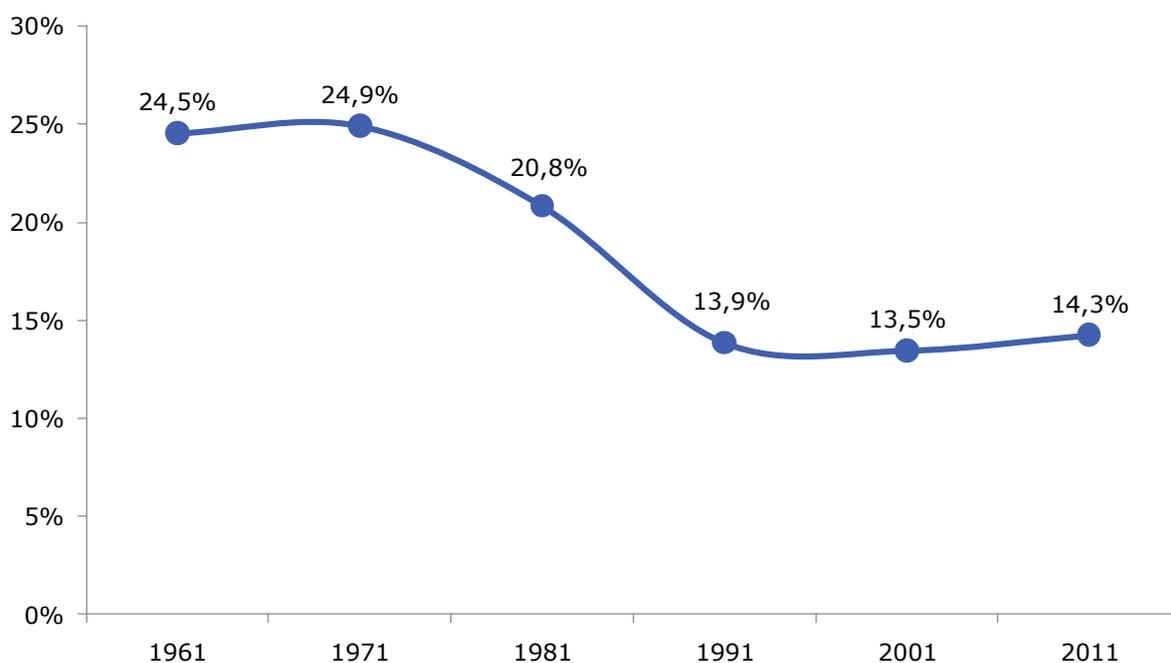


Figura 1.9 Percentuale di persone di età compresa tra i 0 e i 14 anni, sul totale della Regione del Veneto. Censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)



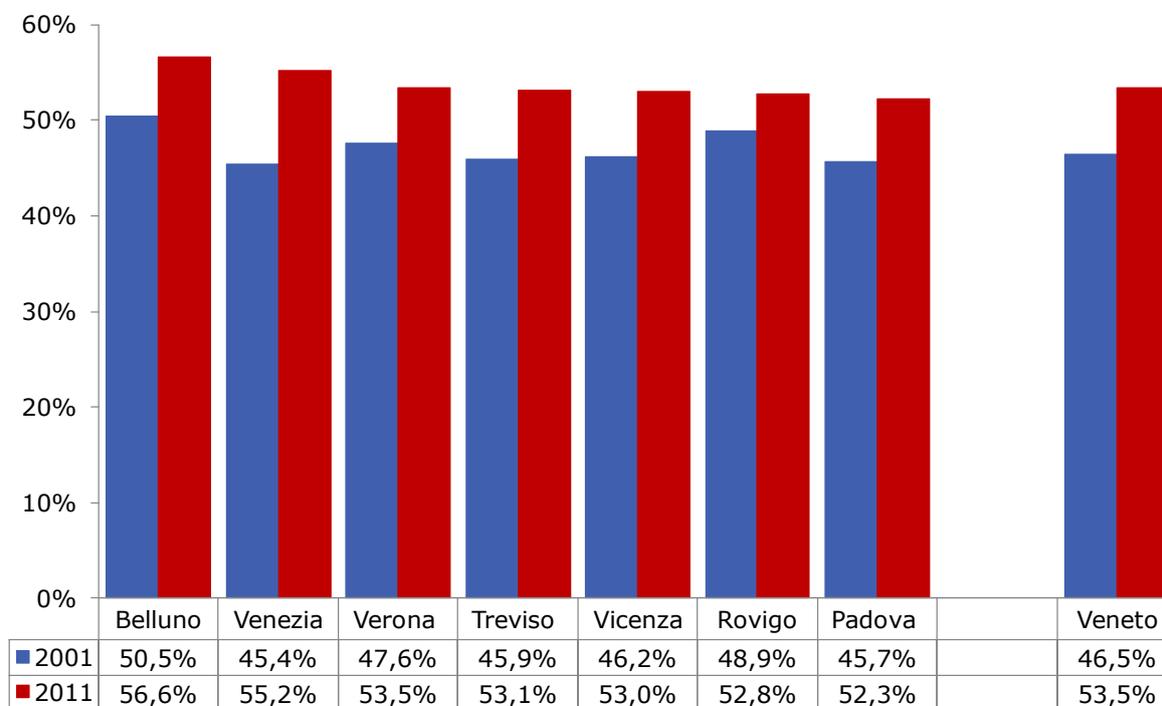
Tuttavia, tale crescita non muta lo squilibrio generazionale che si registra in tutte le Province del Veneto. La popolazione infantile e giovanile è inferiore rispetto alla popolazione anziana, con una differenza più elevata nelle Province di Belluno, Rovigo e Venezia.

Tabella 1.3 Composizione percentuale della popolazione per macro classi di età nei censimenti 2001 e 2011 (Fonte: Istat)

Provincia	0-14		15-64		oltre 65	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Belluno	12,4%	12,7%	66,4%	63,8%	21,2%	23,5%
Vicenza	14,8%	15,3%	68,4%	65,4%	16,8%	19,4%
Treviso	14,0%	15,2%	68,5%	65,3%	17,4%	19,5%
Venezia	12,1%	13,2%	68,8%	64,4%	19,1%	22,3%
Padova	13,4%	14,1%	68,7%	65,7%	17,9%	20,2%
Rovigo	11,1%	11,4%	67,2%	65,5%	21,7%	23,2%
Verona	14,0%	14,7%	67,8%	65,2%	18,3%	20,2%
Totale	13,5%	14,3%	68,3%	65,2%	18,3%	20,6%

Il carico sociale che grava sulla fascia attiva della popolazione (15-64 anni di età) costituisce il segno più evidente dello squilibrio generazionale sopra richiamato.

Figura 1.10 Indice di dipendenza potenziale o di carico sociale rilevato nei censimenti 2001 e 2011 nelle Province del Veneto (Fonte: Istat)



L'indice di dipendenza potenziale o di carico sociale, si costruisce rapportando la popolazione giovanile ed anziana a quella in età lavorativa. La formula è la seguente:

$$\text{Indice di carico sociale} = [(Popolazione\ 0-14 + Popolazione\ oltre\ 65) / Popolazione\ 15-64] \times 100$$

1.3 Popolazione anziana

La popolazione convenzionalmente considerata anziana, di età superiore ai 65 anni, secondo le rilevazioni dei censimenti dal 1961 al 2011, è cresciuta molto più del resto della popolazione.

Figura 1.11 Percentuale popolazione di età superiore ai 65 anni sul totale rilevato nei censimenti dal 1961 al 2011 e linea tendenziale di crescita (Fonte: Istat)

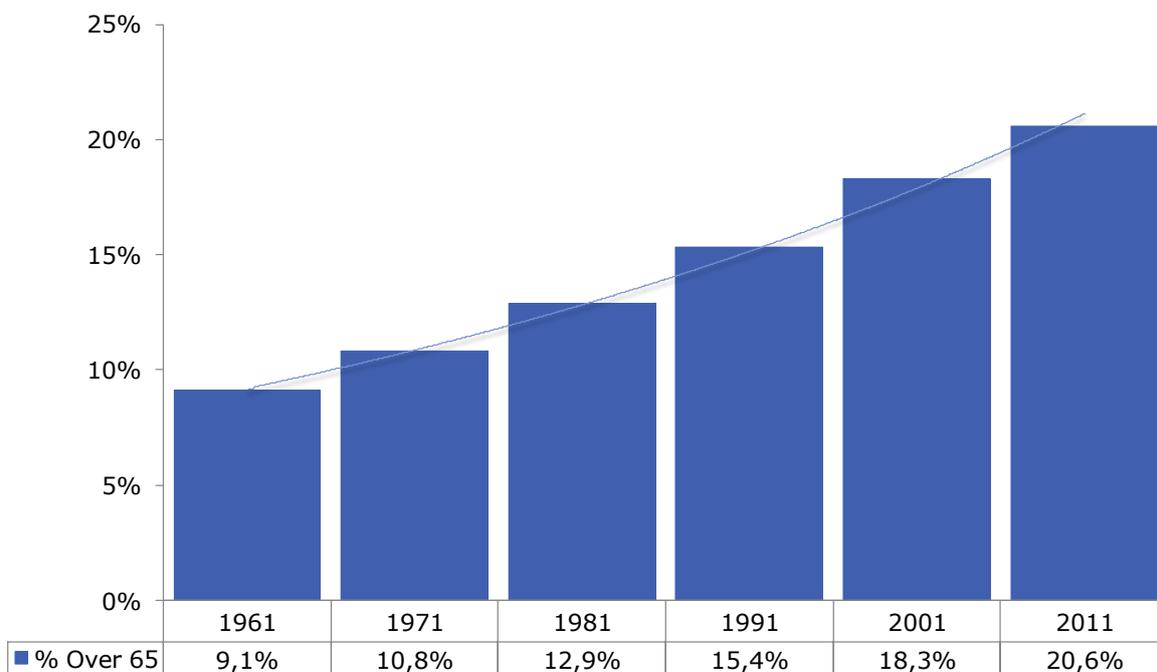
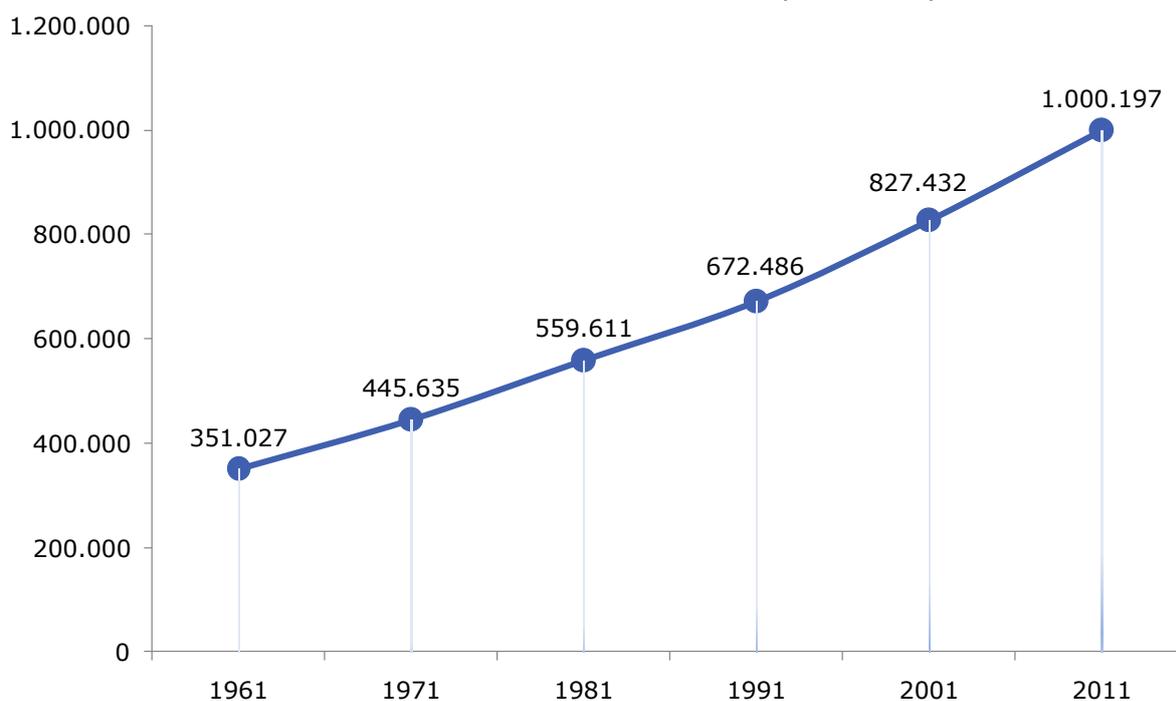
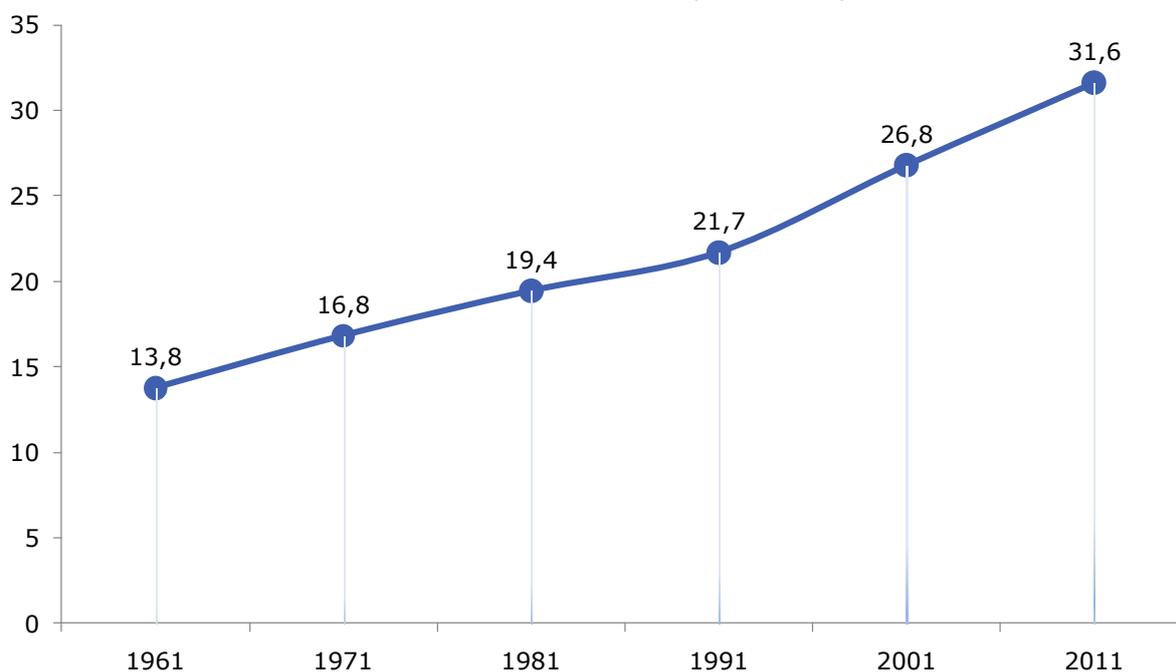


Figura 1.12 Popolazione della Regione del Veneto di età superiore ai 65 anni di età rilevata nei censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)



Solo nei 10 anni intercorsi tra gli ultimi due censimenti la percentuale di anziani sul totale della popolazione è passata dal 18,3% al 20,6%, quella degli ultra 75-enni dal 8,3% al 10,0% e quella degli ultra 85-enni dal 2,3% al 2,7%. L'invecchiamento della popolazione si collega ad un aumento della cronicità e della comorbidità, fattori che, oltre a rappresentare fondamentali determinanti dei bisogni sanitari, hanno anche un rilevante impatto sociale, in quanto spesso legati ad una condizione di non autosufficienza.

Figura 1.13 Regione del Veneto. Indice di dipendenza anziani (popolazione di 65 anni e più/popolazione in età attiva 15-64 anni) x 100
Censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)



L'indice di dipendenza degli anziani misura il peso sociale ed economico della popolazione anziana. In cinquant'anni è aumentato di quasi 18 punti percentuali e la tendenza è ad un ulteriore incremento. Nel prossimo futuro, secondo le stime di previsione dell'Istat, assisteremo ad un ulteriore invecchiamento della popolazione che porterà ad avere nel 2020 una quota di ultra 65-enni del 21,9%, di ultra 75-enni del 11,3% e di ultra 85-enni del 3,6%. Il fenomeno di invecchiamento della popolazione viene descritto anche dall'incremento dell'indice di vecchiaia che, a fine 2011, risulta pari a 144,5 anziani ultra 65-enni ogni 100 giovani sotto i 14 anni, appena di poco inferiore al dato medio nazionale, pari a 148,7. Generalmente la cura ed il carico assistenziale dei familiari anziani ricade sulle donne, che sono le principali care giver. Secondo un'indagine dell'Istat, oggi una donna di quarantanni può dividere il lavoro di cura con altri 5 adulti ed ha almeno un genitore anziano per 22 anni nella rete di parentela (dottoressa Linda

Laura Sabbadini, del Dipartimento per le statistiche sociali ed ambientali dell'Istat, intervento pronunciato presso il CNEL II^a commissione: Stati Generali sul lavoro delle donne in Italia. Roma, 2 febbraio 2012).

Figura 1.14 Indice di vecchiaia nel Veneto nei censimenti dal 1961 al 2011
(popolazione ≥ 65 /popolazione 0-14) x 100
Fonte: Istat

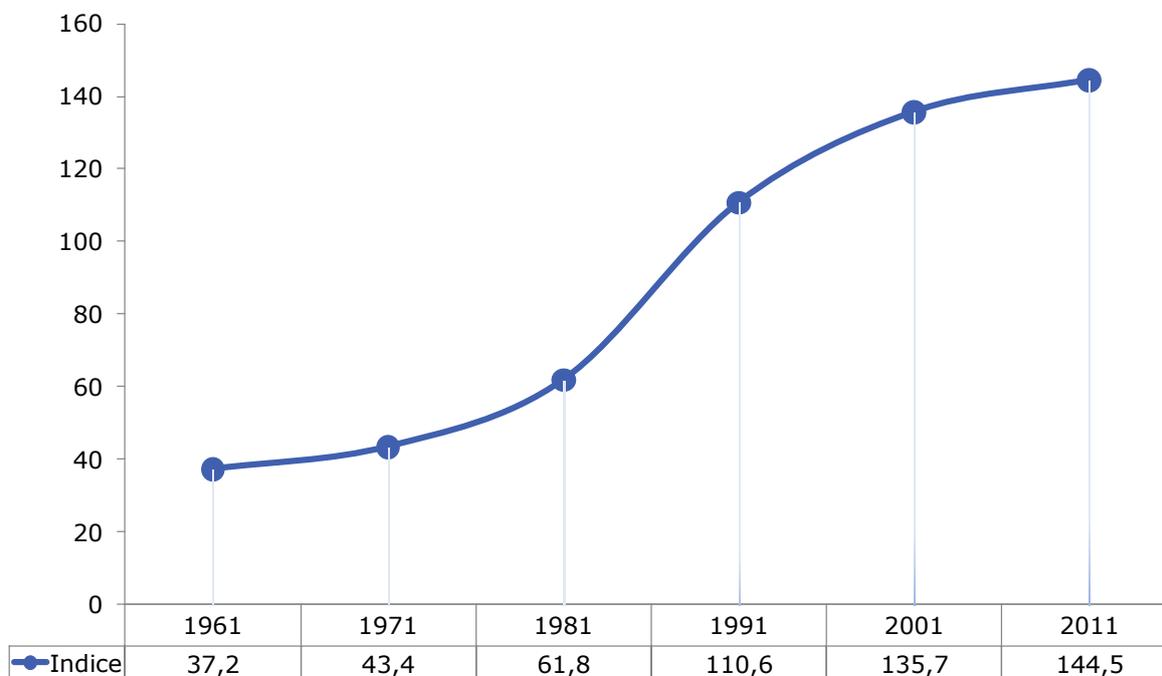
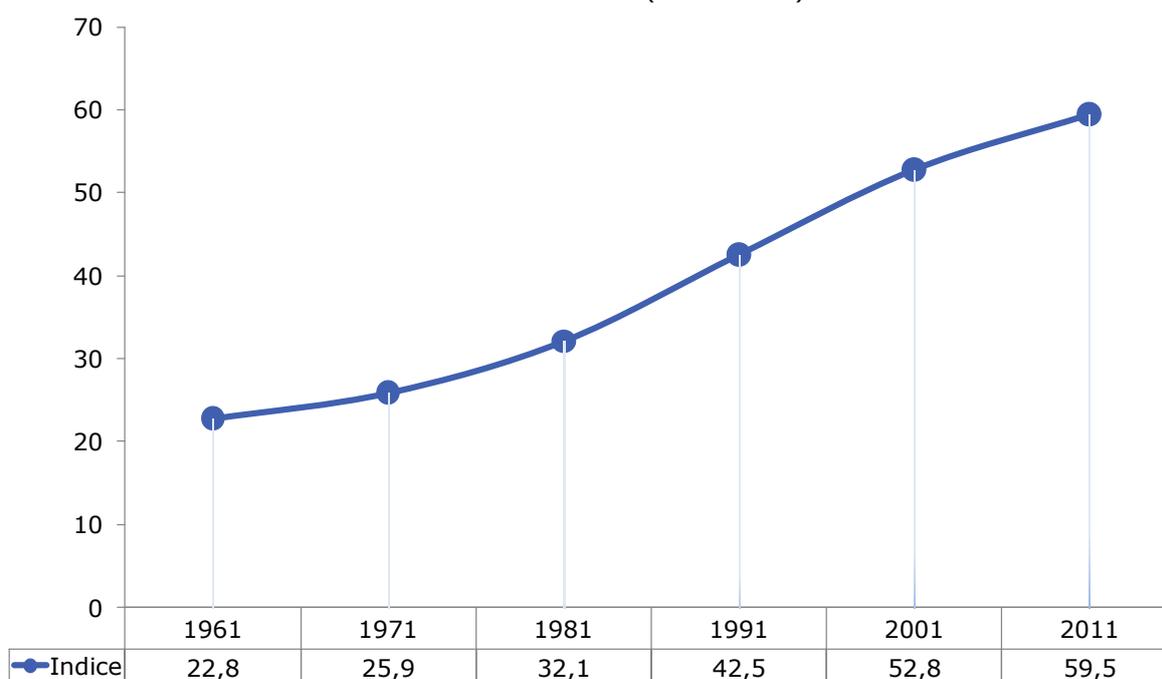


Figura 1.15 Indice di carico di anziani per donna nel Veneto
(anziani di 75 anni e più / donne di età 45-69 anni) x 100
Censimenti 1961-2011 (Fonte: Istat)



I fattori che favoriscono maggiormente l'invecchiamento della popolazione sono l'aumento della speranza di vita e il calo delle nascite. Dal 1961 al 2011 la speranza di vita dei cittadini veneti è aumentata in maniera costante.

Figura 1.16 Speranza di vita alla nascita nella Regione del Veneto per genere. Censimenti 1961-2011 (Fonte: Istat)

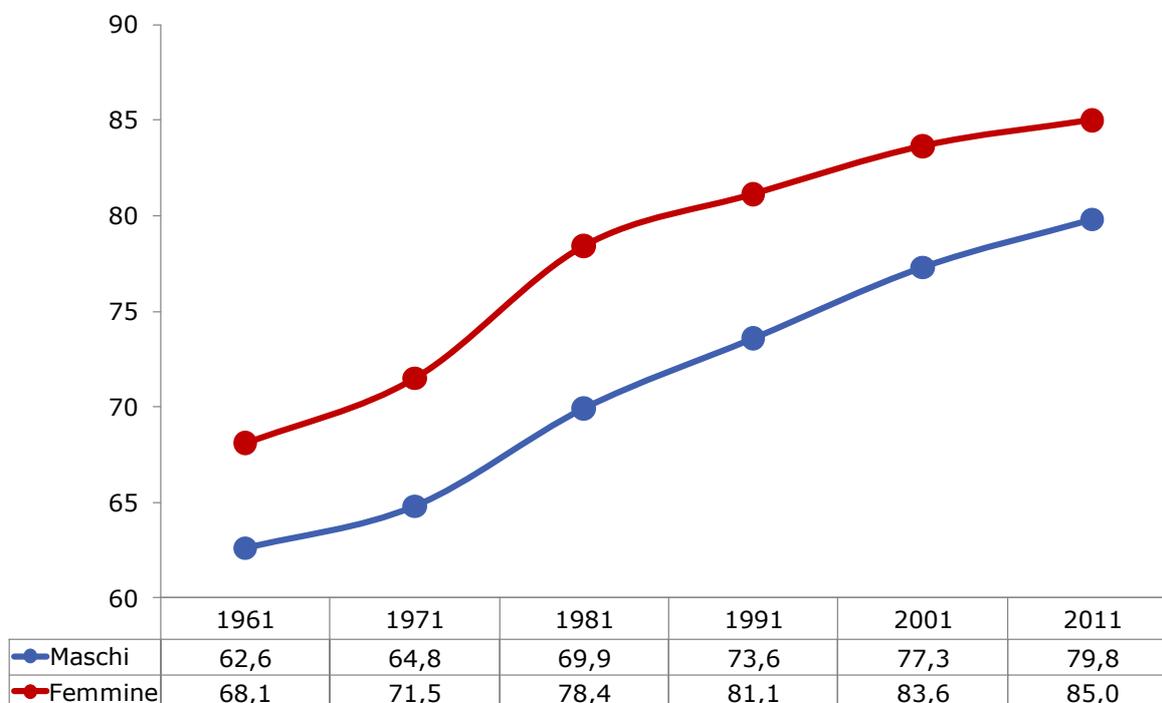
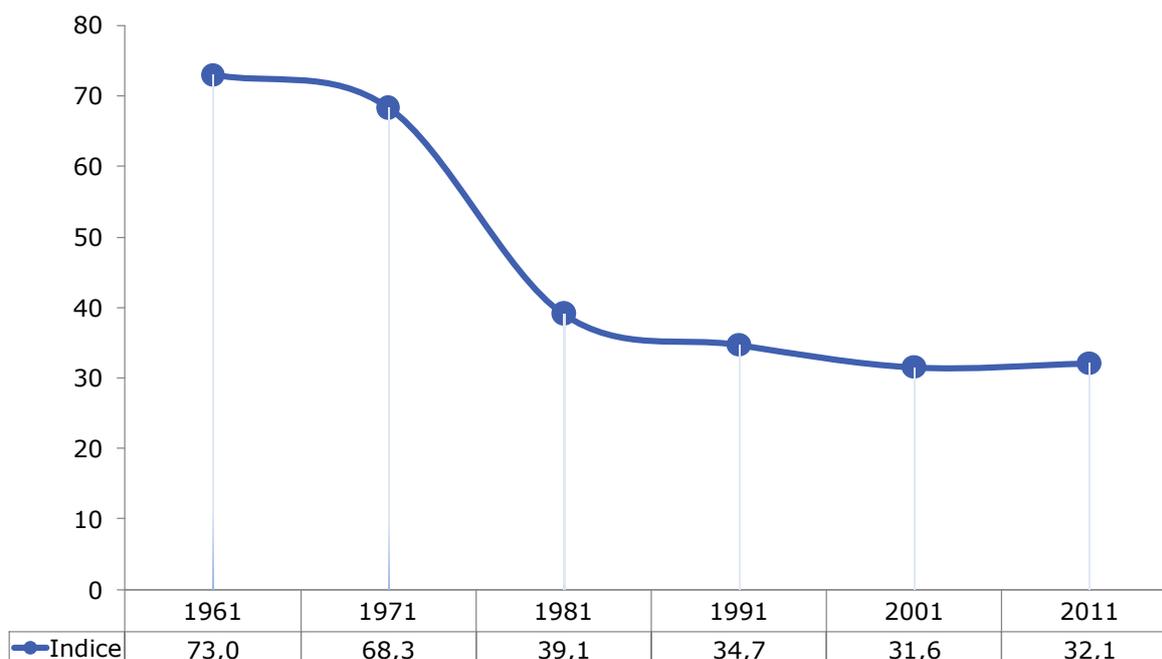


Figura 1.17 Indice di fecondità nel Veneto (Nati vivi/Popolazione femminile 15-49) x 1000 Censimenti 1961-2011 (Fonte: Istat)



L'indice di fecondità nel Veneto è in calo costante, secondo le rilevazioni dei censimenti dal 1961 al 2011. Una lieve ripresa si registra nel 2011 grazie alle nascite da donne immigrate. Il rapporto tra il numero di bambini di età uguale o inferiore ai 4 anni e il numero di donne in età feconda riscontra lo stesso andamento tendenziale.

Figura 1.18 Indice di carico di figli per donna feconda nel Veneto
(Popolazione ≥ 4 /Popolazione femminile 15-49) x 100
Censimenti 1961-2011 (Fonte: Istat)

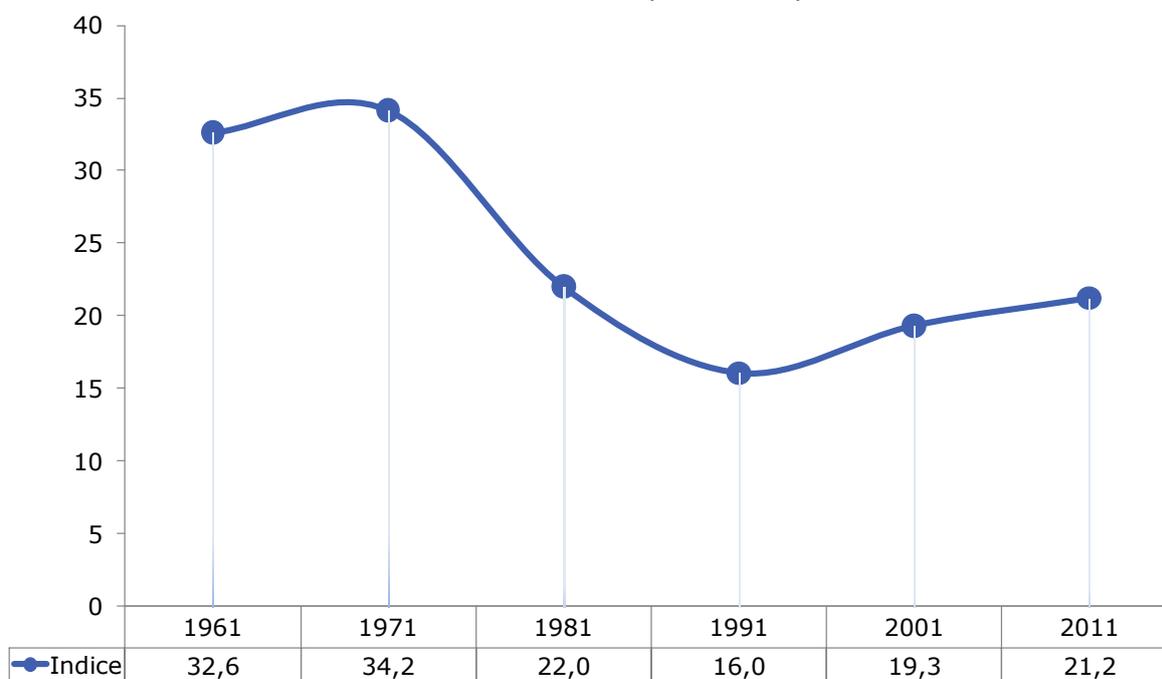
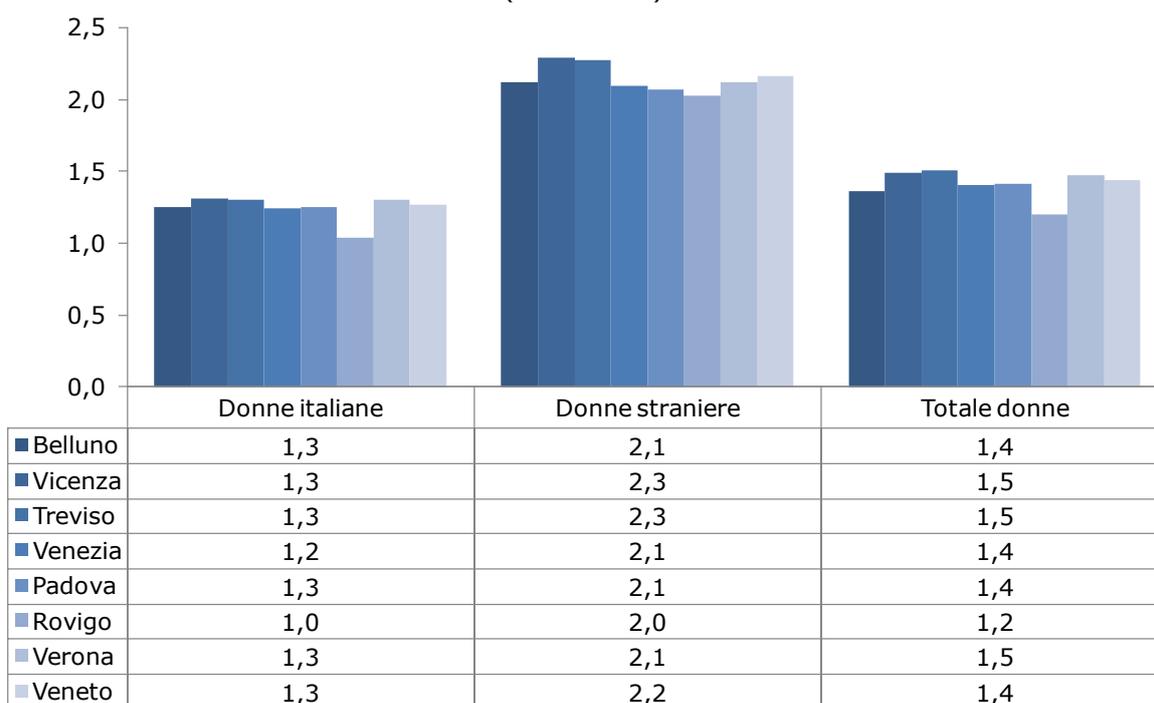


Figura 1.19 Numero medio di figli per donna nel Veneto. Censimento 2011
(Fonte: Istat)



1.4 Popolazione immigrata

La popolazione straniera del Veneto nel 2011 è di 457.328 persone. La popolazione regionale cresce quasi esclusivamente per l'apporto alle nascite dato dalla componente immigrata. Il numero medio di figli per donna, come si può vedere nel grafico della pagina precedente, è per le donne straniere quasi doppio rispetto a quello rilevato nelle donne venete.

Figura 1.20 Stranieri residenti nel Veneto. Censimenti dal 1981 al 2011 (Fonte: Istat)

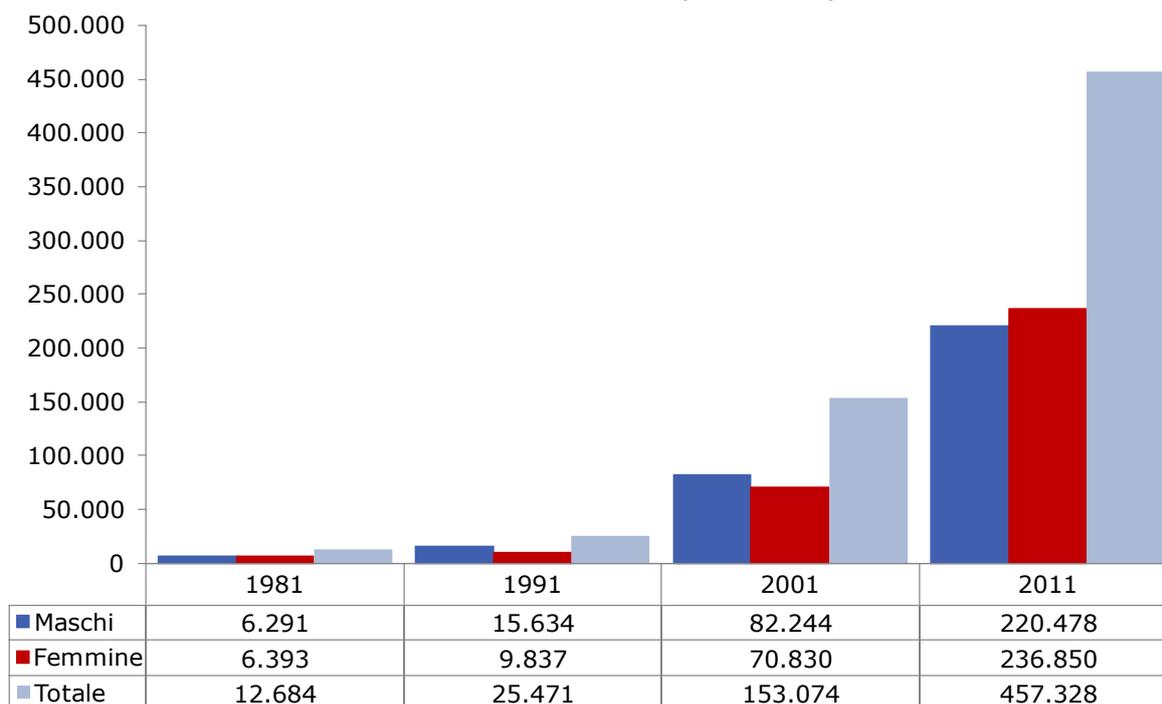
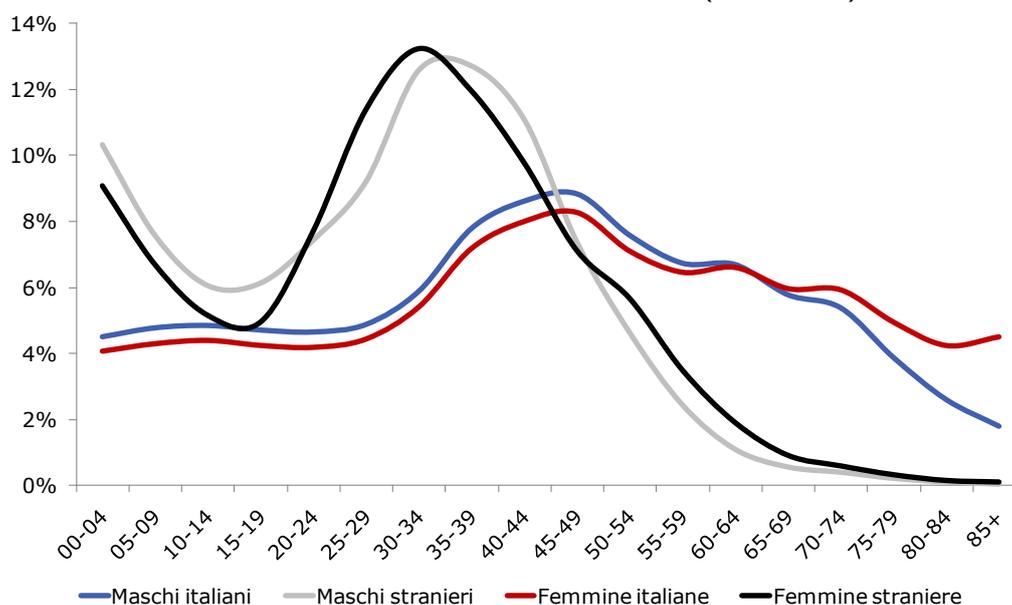
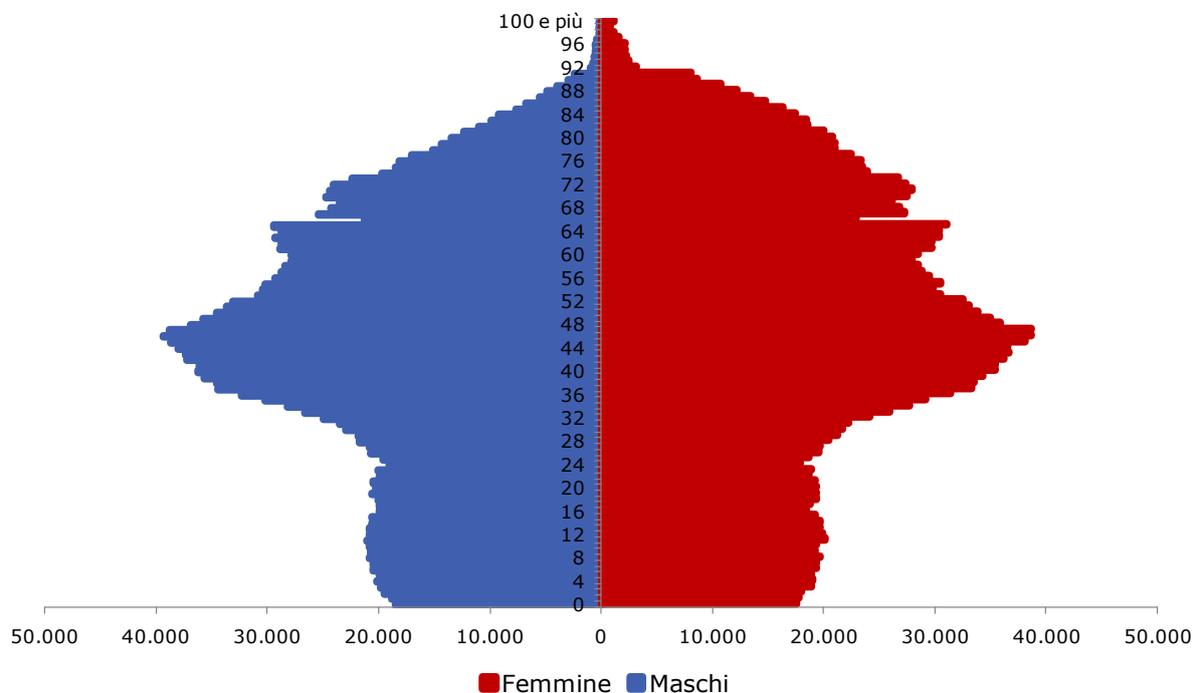


Figura 1.21 Numero di residenti nella Regione del Veneto per genere, classe d'età e cittadinanza. Censimento 2011 (Fonte: Istat)



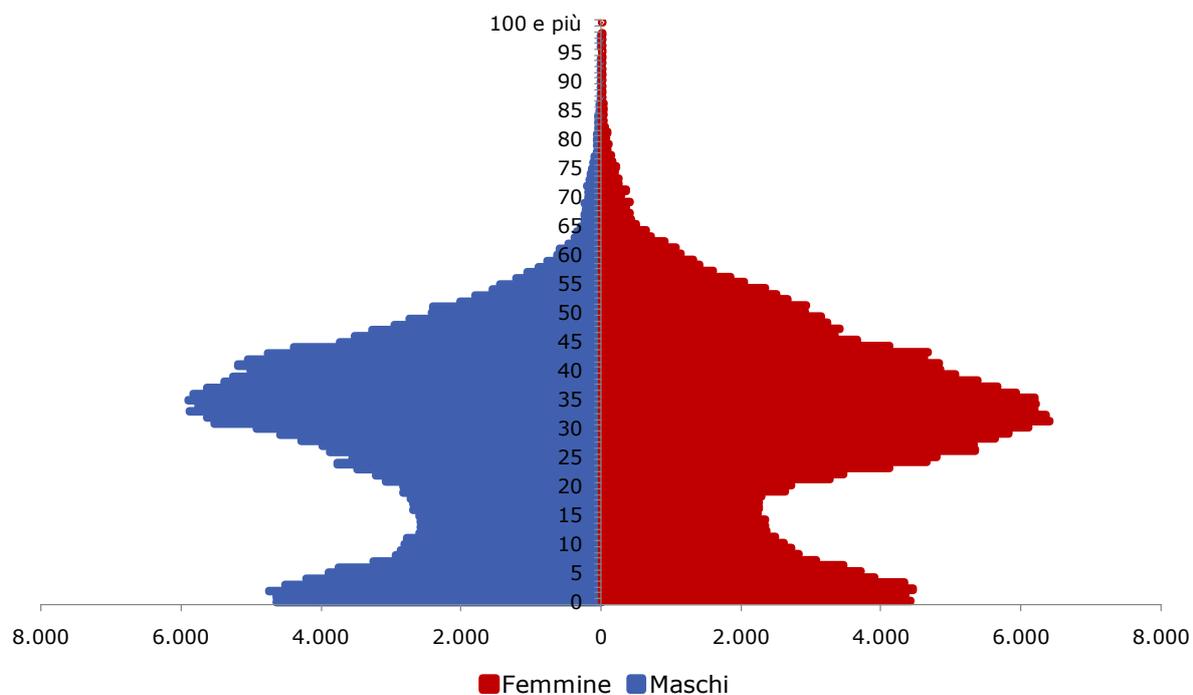
La popolazione immigrata nel decennio tra gli ultimi due censimenti è sostanzialmente triplicata. Rispetto a quella veneta, è una popolazione molto più giovane.

Figura 1.22 Piramide della popolazione del Veneto al censimento 2011
(Fonte: Istat)



22

Figura 1.23 Piramide della popolazione immigrata nel Veneto al censimento 2011 (Fonte: Istat)



L'età media è di 28,9 anni nei maschi rispetto ai 43,1 anni dei veneti e di 30,5 anni nelle femmine contro i 46,3 anni delle donne venete. Le fasce d'età più rappresentate risultano essere quella dei 34-39 anni per i maschi e dei 30-34 anni per le femmine.

Figura 1.24 Percentuale residenti stranieri, per genere, sul totale popolazione. Province del Veneto. Censimento 2011 (Fonte: Istat)

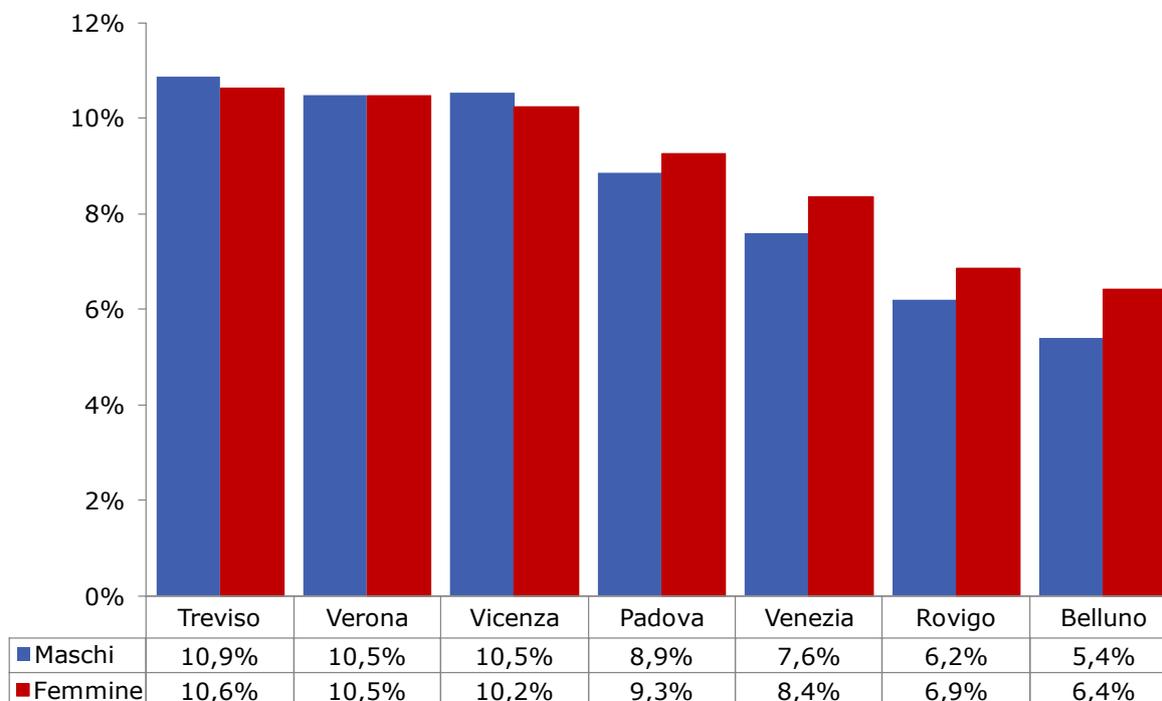
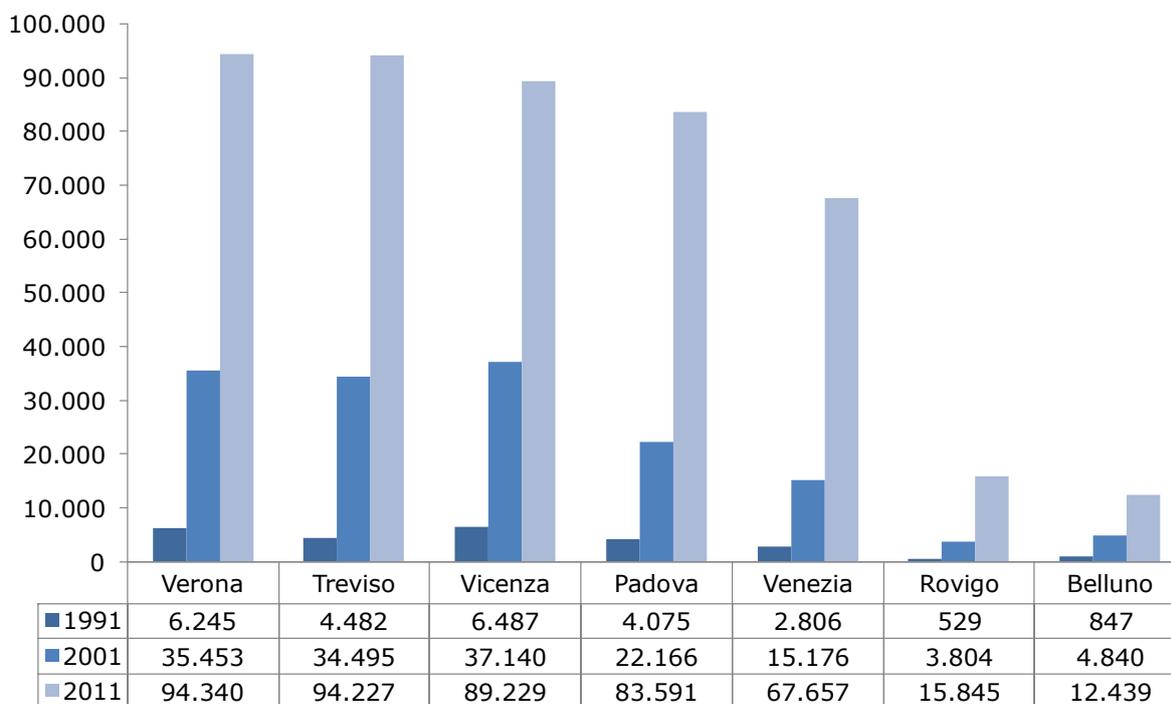


Figura 1.25 Crescita della popolazione straniera nelle Province del Veneto ai censimenti 1991, 2001, 2011 (Fonte: Istat)



Le Province nelle quali si concentra il maggior numero di immigrati nel ventennio dal censimento 1991 al censimento 2011 sono quelle di Verona e di Treviso. Negli ultimi anni la composizione della popolazione immigrata è stata caratterizzata dalla crescita della quota degli immigrati europei, in particolare a seguito dell'ingresso di Romania e Bulgaria tra i Paesi dell'Unione. Anche se non sono disponibili dati aggiornati al 31 dicembre 2012, in quanto si attende la ricostruzione censuaria dell'Istat, è probabile che la graduatoria dei principali Paesi di origine rimanga stabile. Vi figura un solo paese africano (il Marocco), tre Paesi asiatici (Cina, Bangladesh, India), un paese Ue (la Romania) e cinque Paesi dell'Est Europa (Moldavia, Albania, Macedonia, Serbia-Montenegro-Kosovo e Ucraina). La distribuzione per genere della popolazione straniera residente in Veneto ha teso ad equilibrarsi, presumibilmente grazie ai ricongiungimenti familiari. Va ricordato infine che, pur con le differenze emerse nelle rilevazioni Istat, la popolazione complessiva del Veneto nel decennio tra gli ultimi due censimenti è cresciuta di 329.516 unità. Tale crescita è influenzata in misura preponderante dall'immigrazione e tale affermazione è suffragata anche dal numero dei permessi di soggiorno che caratterizza la nostra Regione. Al 1 gennaio 2012 i cittadini non comunitari regolarmente presenti in Veneto risultavano pari all'11,7% del totale dei presenti in Italia. Una crescita significativa è intervenuta nel 2009 (poco meno di 50.000 unità) con gli effetti della cosiddetta "sanatoria badanti" (Legge 3 agosto 2009, n.102, articolo 1-ter). Con tale provvedimento il governo italiano ha emanato disposizioni finalizzate all'emersione del lavoro irregolare di personale adibito ad attività di assistenza e di sostegno alle famiglie.

1.5 Nuclei familiari

Nel Veneto è sempre stata posta la massima attenzione alla centralità sociale della famiglia e all'importanza delle funzioni che essa svolge. Nella nostra Regione la famiglia è un soggetto sociale, attore di cambiamento. Essa è il fulcro di reti di relazione e costituisce un fondamentale capitale sociale. Tuttavia, oggi la famiglia è in crisi. Da un punto di vista socio-demografico il fattore che maggiormente incide sul disagio osservabile è rappresentato dal numero di famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa. Lo stato di deprivazione infatti costituisce un elemento disgregante all'interno dei nuclei familiari che influenza pesantemente il fronte dei bisogni sanitari, socio sanitari e sociali. Nel Rapporto annuale 2013 l'Istat rileva che *l'andamento recente degli indicatori di deprivazione materiale e di disagio economico delle famiglie riflette il protrarsi della crisi economica e la conseguente diminuzione in termini nominali del reddito disponibile delle famiglie. Le famiglie hanno contrastato gli effetti sul tenore di vita della contrazione del potere d'acquisto con una progressiva riduzione della propensione al risparmio. Le famiglie deprivate (quelle con tre o più sintomi di disagio economico) raggiungono nel*

Veneto l'11,3% nel 2011 a fronte di un indicatore su scala nazionale pari al 22,3%. L'Istat conferma che la grave deprivazione materiale comincia a interessare non solo gli individui con i redditi familiari più bassi ma anche coloro che dispongono di redditi mediamente più elevati (si pensi ad esempio a situazioni di separazione dei coniugi).

Figura 1.26 Crescita nel numero delle famiglie del Veneto nei censimenti dal 1961 al 2011 (Fonte: Istat)

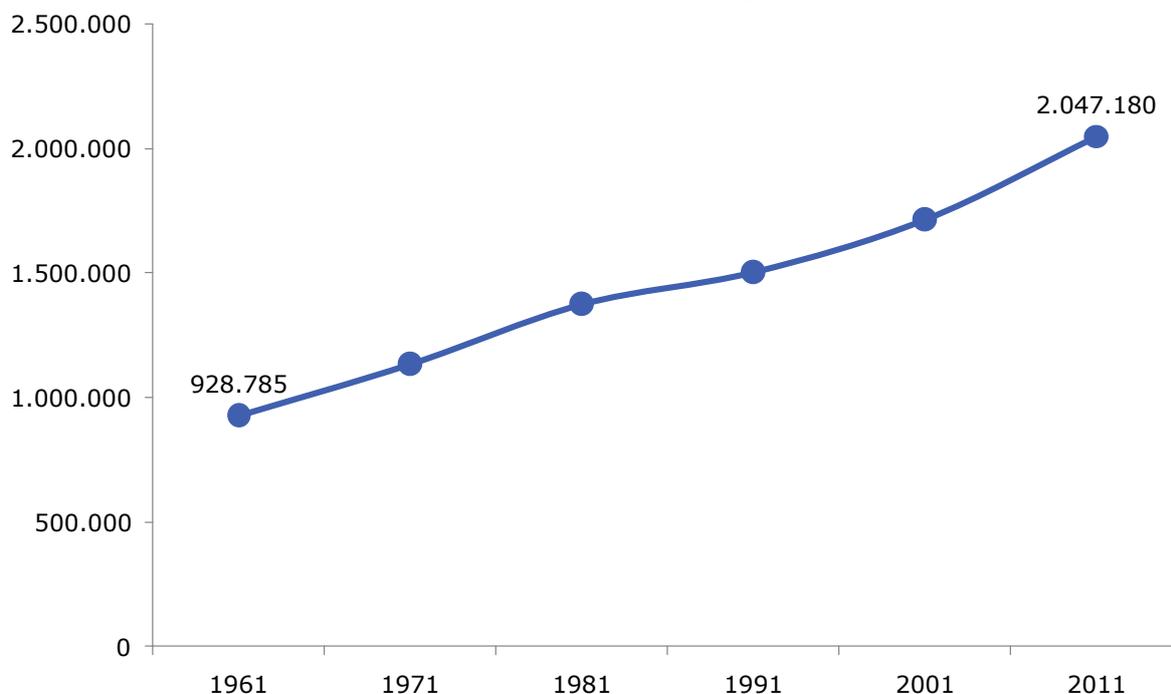
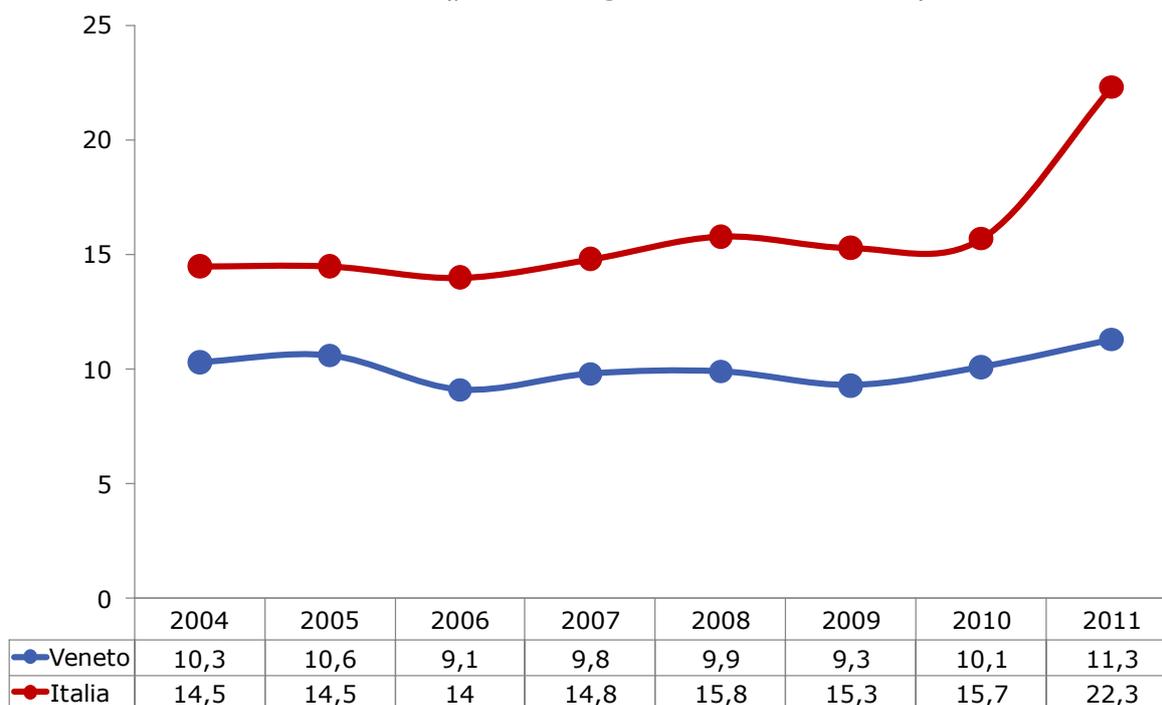


Figura 1.27 Famiglie in condizione di deprivazione in Italia e nel Veneto. Anni 2004-2011 (per 100 famiglie residenti - Fonte: Istat)



INDICATORE SINTETICO DI DEPRIVAZIONE: LA DEFINIZIONE DELL'ISTAT

L'indicatore sintetico di deprivazione rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di una televisione a colori, o di un telefono, o di un'automobile. Recentemente, tra gli indicatori di "Europa 2020" è stato proposto un nuovo indicatore (Severe Material Deprivation) che rappresenta la quota di famiglie con almeno quattro deprivazioni sulle nove di riferimento.

La percentuale registrata nel Veneto, pur costituendo circa la metà di quella rilevata in ambito nazionale, deve essere monitorata in quanto in aumento progressivo. Va considerato inoltre che gli attuali fenomeni di disgregazione familiare diminuiscono la capacità potenziale delle famiglie di far fronte a situazioni di disagio e di malattia. Tutto ciò rappresenta un potenziale incremento di un fronte dei bisogni già ampio e complesso, con dei riflessi anche di ambito psicosociale. Lo stato di deprivazione a cui sono sottoposti molti individui e molti nuclei familiari completa un quadro denso di preoccupazioni a cui la Regione del Veneto sta dando risposta con interventi, legati al Piano Socio sanitario, mirati al potenziamento dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali attivati sul territorio. Per il 2012 si ritiene che, secondo le prime anticipazioni Istat, siano confermati tutti i trend sin qui rappresentati.

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](#).

AA.VV., *Rapporto Statistico 2012. 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](#).

AA.VV., *Immigrazione Straniera in Veneto. Rapporto 2012*, Venezia Mestre: Osservatorio Regionale Immigrazione, 2012. La pubblicazione è disponibile anche on line nel [sito internet di Veneto Immigrazione](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2. Condizioni e profili di salute

2.1 Stili di vita e condizioni di rischio

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 1.3.3 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione. Pagine 21-24. Agire sui determinanti socio-sanitari è la soluzione più giusta ed efficace per migliorare la salute di tutti e per ridurre le disuguaglianze. La Regione del Veneto è da sempre impegnata in questo ambito. Il Piano Socio Sanitario delinea le strategie per individuare i bisogni di salute dei diversi gruppi di popolazione, per macro-classi di età e per genere. In esso si definiscono inoltre le azioni prioritarie finalizzate a favorire e sviluppare comportamenti individuali salutari.

Quadro di sintesi

I sistemi di sorveglianza attivi nella nostra Regione attestano che:

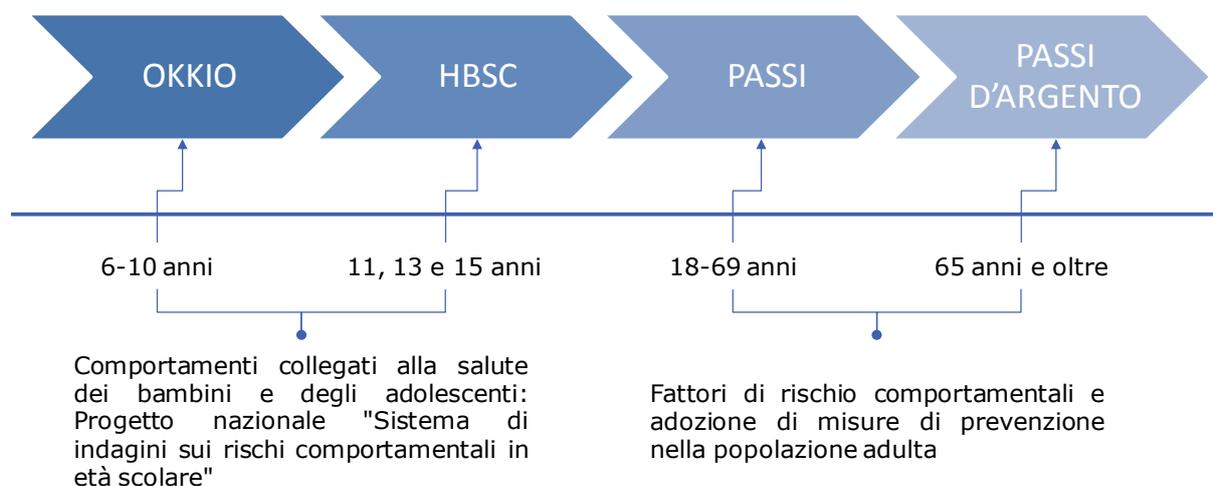
- il numero di fumatori tra gli adulti tra i 18 e i 69 anni di età è nel 2012 pari al 23,5%. Nel confronto con le altre Regioni italiane, il Veneto ha la più bassa percentuale di fumatori. Fortunatamente diminuiscono anche i fumatori 13enni e 15enni, con una riduzione per questi ultimi di oltre 5 punti percentuali, rispetto all'ultima rilevazione;
- il consumo di alcol è diffuso ed è frequente anche nell'adolescenza. Nel 2011 il 25% degli intervistati viene definito consumatore di alcol a maggior rischio; il dato è superiore al valore medio delle Regioni italiane (17%);
- l'attività fisica non è praticata come sarebbe raccomandato. Dai dati della sorveglianza PASSI emerge che le persone con uno stile di vita sedentario nel Veneto sono il 24% della popolazione, percentuale inferiore a quella rilevata in ambito nazionale (30,5%);
- l'eccesso ponderale si stima caratterizzi complessivamente il 42% della popolazione (32% in sovrappeso e il 10% obeso);
- nel Veneto nel quadriennio 2008-2011, il 72,8% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Tra le persone tra i 50 e 69 anni, risultano in trattamento l'84,9%.
 - tra le persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue, il 24,7% ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. La percentuale arriva al 34% delle persone tra i 50 e 69 anni.

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, l'inattività fisica, l'abitudine al fumo e all'abuso di alcol. In Veneto, come a livello nazionale, sono

attivi quattro sistemi di sorveglianza che permettono di monitorare nel tempo l'evoluzione dei comportamenti dannosi per la salute. In dettaglio:

- *OKkio alla salute*. Il sistema di sorveglianza OKkio alla salute, condotto a livello nazionale, si colloca nell'ambito di un progetto più ampio "*Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni*", ed è relativo alla raccolta di dati sullo stato nutrizionale e gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie ed è stato realizzato per la prima volta nel 2008. Successivamente è stato ripetuto con cadenza biennale. Viene condotto dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.
- *HBSC Health Behaviour in School-aged Children*. Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare è uno studio transnazionale condotto da una rete internazionale di ricercatori 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, e in particolare nel Veneto. L'indagine HBSC ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute degli adolescenti (11-13 e 15 anni) ed indagare i fattori che li possano influenzare.
- *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 Aziende ULSS (o delle ASL nelle altre Regioni), 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 2011, nel Veneto, sono state intervistate circa 25.000 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 Aziende Ulss del Veneto e hanno aderito 19 delle 21 Aziende Ulss del Veneto. Sono state raccolte circa 1.060 interviste.

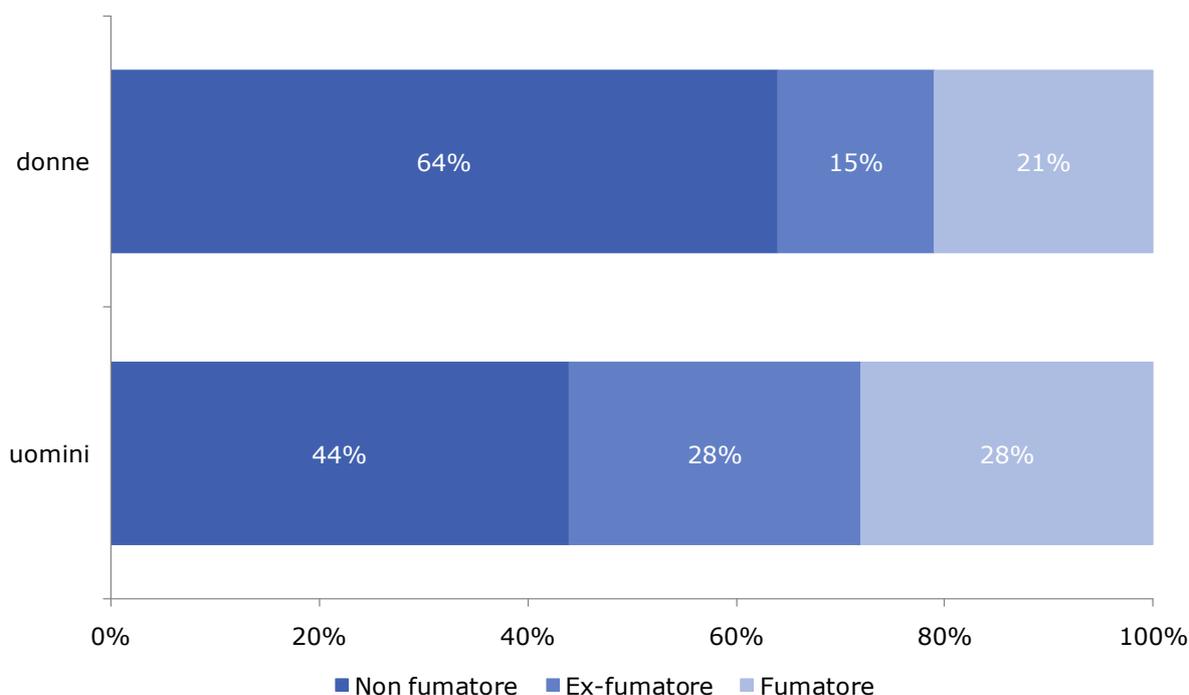
Figura 2.1 I sistemi di sorveglianza attivi nel Veneto e a livello nazionale nell'ambito del monitoraggio degli stili di vita (Fonte: Regione del Veneto)



Abitudine al fumo

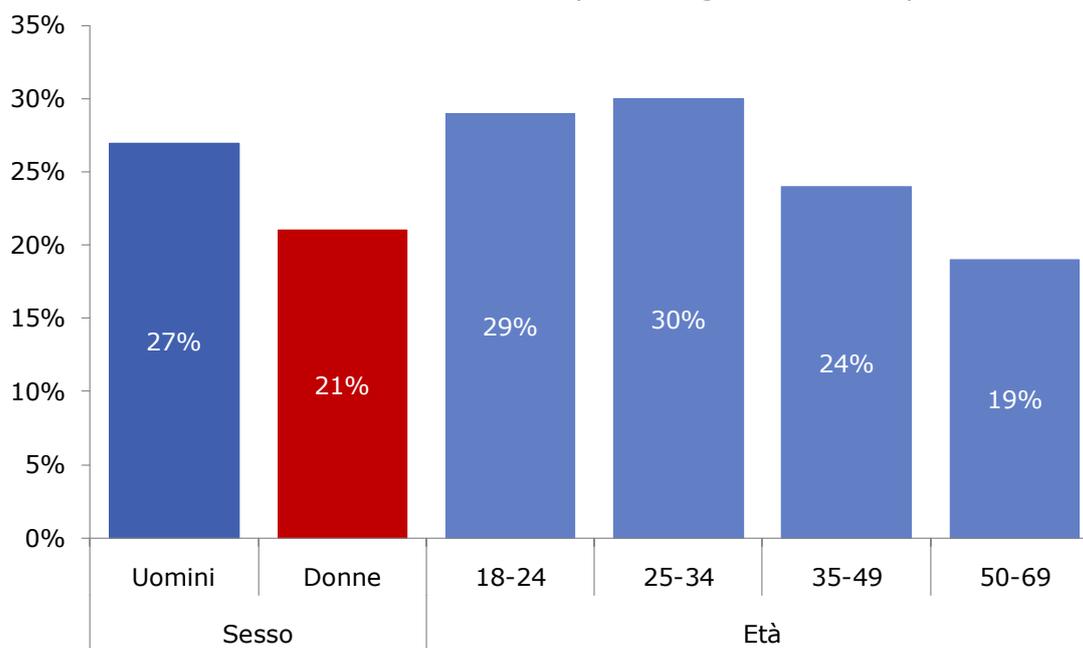
Nel 2011, il 54% della popolazione veneta intervistata, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato; il 21,5 % dichiara di essere un ex fumatore, circa un quarto (24,5%) fuma. Tale percentuale stima che una fetta importante della popolazione veneta (830.000 persone) abbia necessità di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza.

Figura 2.2 Abitudine al fumo per genere. Veneto, PASSI 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Considerando solo le Aziende ULSS che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011, la prevalenza di fumatori è rimasta in questi anni stabile intorno al 25%, anche se, come evidenziato nel grafico precedente, esistono importanti differenze tra i generi. Nel 2012, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, in Veneto vi è stata un'ulteriore riduzione percentuale, in quanto risulta che il 23,5% degli adulti tra i 18 e i 69 anni di età fuma sigarette. Il 21% è invece ex fumatore e il 55% non ha mai fumato. L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 27% e 21%), nei 18-24enni (29%) e nei 25-34enni (30%), nelle persone con una scolarità media inferiore (27%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (38%). Nessuna differenza tra la popolazione italiana e straniera. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e l'età, il sesso, l'istruzione e le difficoltà economiche. Cosa da sottolineare è la riduzione in questo anno dei fumatori nelle classi di età più giovani, soprattutto tra i 18 e 24 anni (35% nel 2011).

Figura 2.3 Prevalenza di fumatori in Veneto nel 2012 nei due sessi e nelle classi di età. PASSI 2012 (Fonte: Regione del Veneto)



- *Fumatore* = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi;
- *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi;
- *Non fumatore*: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11. Tra i fumatori, il 4% è un forte fumatore (più di un pacchetto di sigarette al giorno); il 4% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno). Nel confronto con le altre Regioni italiane, il Veneto ha la più bassa percentuale di fumatori.

Figura 2.4 Prevalenza di fumatori in Veneto nel 2012 nei diversi livelli di istruzione, nelle diverse situazioni economiche, nella cittadinanza. PASSI 2012
(Fonte: Regione del Veneto)

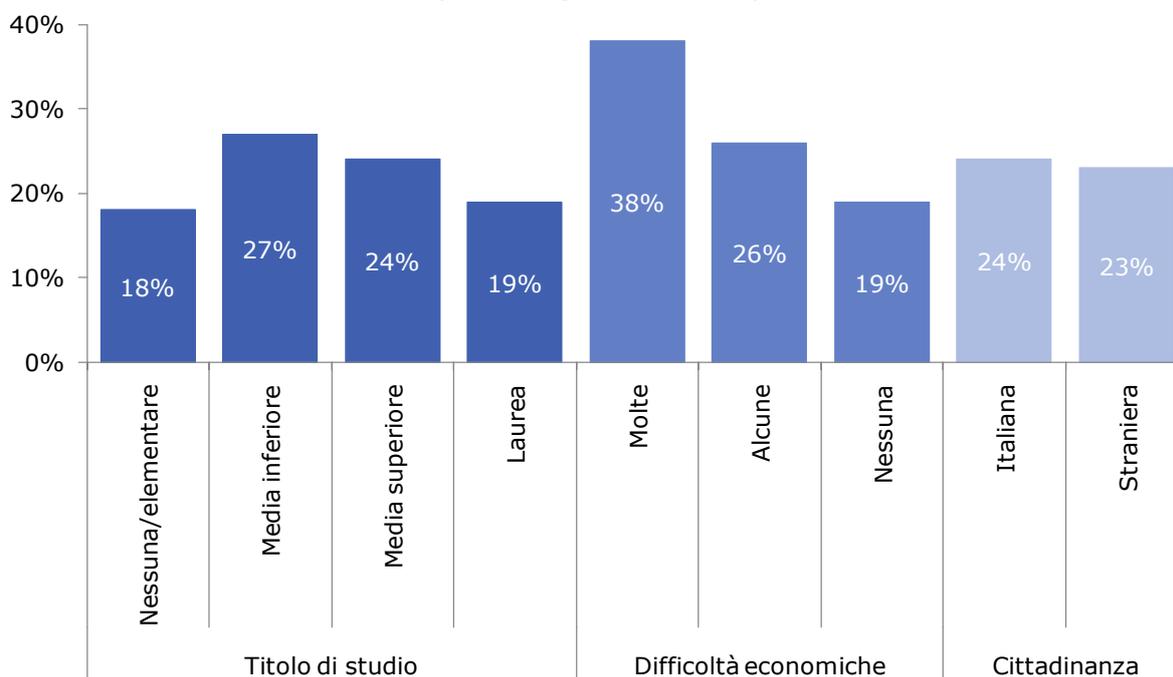
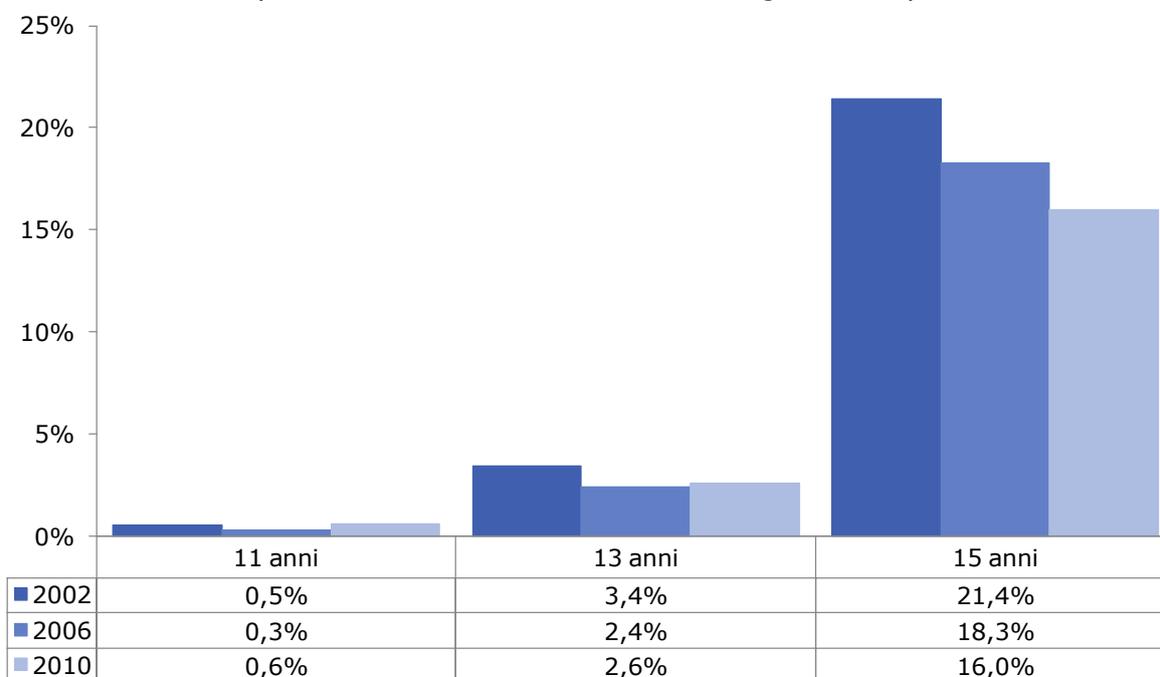


Figura 2.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente. Regione del Veneto 2002,2006,2010
(Fonte: HBSC Health Behaviour in School-aged Children)



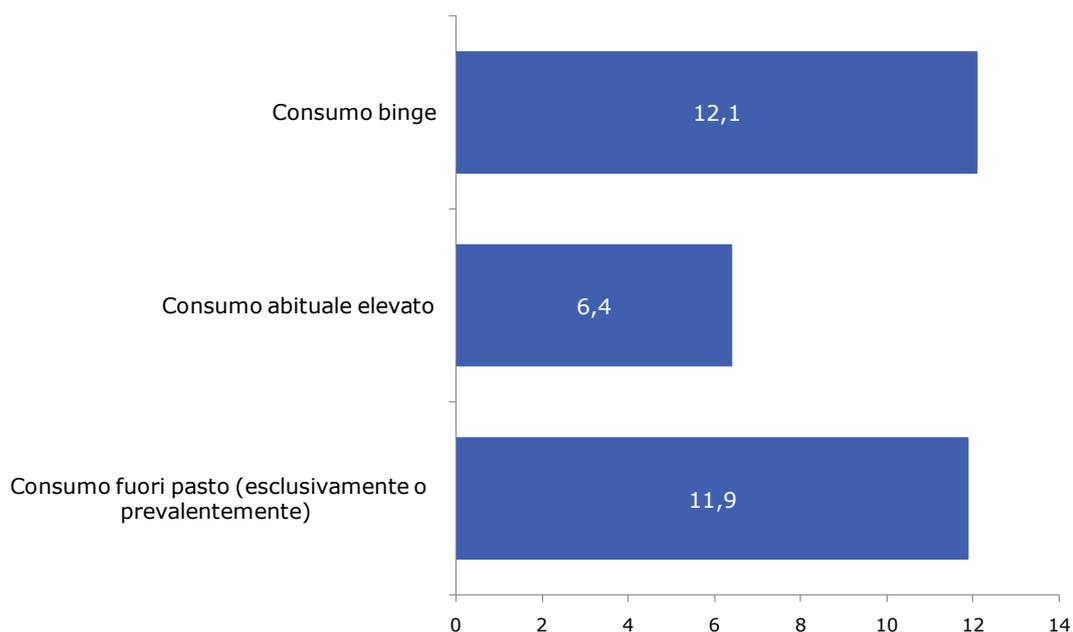
Dall'indagine HBSC condotta negli anni 2002, 2006 e 2010 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore e superiore, è emerso che in Veneto la

percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che sperimentano il fumo di tabacco e che diventano fumatori abituali cresce velocemente con l'età. Il dato confortante è che nel corso delle tre rilevazioni (2002, 2006, 2010), sono diminuiti sia i giovani che sperimentano il fumo, che i fumatori abituali. La diminuzione più importante è avvenuta nel gruppo dei 13enni e dei 15enni, ma i confronti temporali risultano statisticamente significativi in tutti e tre gli strati. Tra i quindicenni, tra il 2002 e il 2010, si assiste ad una diminuzione statisticamente significativa di fumatori abituali di oltre 5 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, passando dal 21,4% al 16%.

Consumo di alcol

Nel 2011, la percentuale di consumatori di alcol nella Regione del Veneto è risultata pari al 65%. Tra questi i consumatori classificabili come a maggior rischio sono circa il 25%. Nel grafico che segue vengono descritte le percentuali relative agli indicatori comportamentali di maggior rischio. Poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

Figura 2.6 Consumo di alcol. Percentuali indicatori di maggior rischio Veneto - PASSI 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Il consumo di alcol viene misurato in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Il consumo a maggior rischio viene invece definito attraverso indicatori specifici:

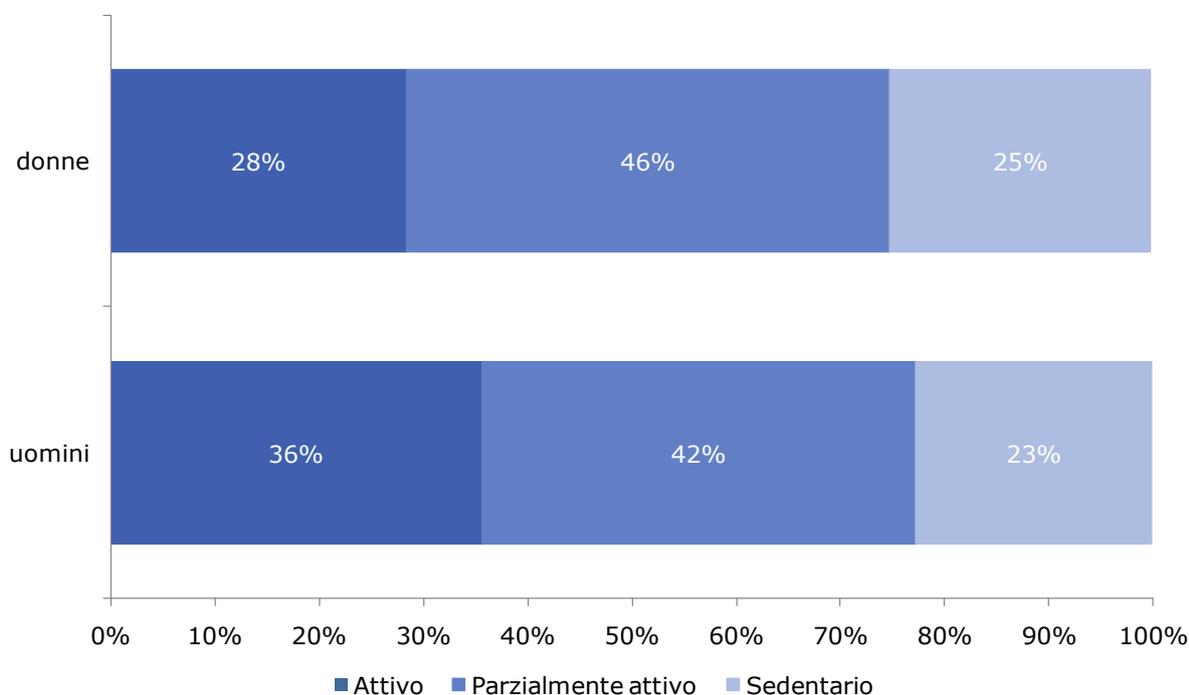
- consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni;
- consumo binge: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione;
- consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

I comportamenti binge risultano più diffusi tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (21%), negli uomini (18% vs 6% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione. Non si rilevano differenze riguardo le condizioni economiche. Il consumo di alcol è frequente anche nell'adolescenza. Secondo i dati HBSC, in Veneto il 34% dei ragazzi 15enni dichiara un consumo di alcol settimanale, il 7% perfino giornaliero. Se si guarda la fine settimana, il 49% dei ragazzi consuma alcol e il dato è sovrapponibile a quello delle coetanee. Un quindicenne su 4 consuma abitualmente lo spritz come aperitivo, con una differenza tra maschi e femmine trascurabile.

Attività fisica

In Veneto, nel 2011 soltanto il 32% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: svolge infatti un lavoro pesante o pratica l'attività fisica settimanale raccomandata, moderata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana) o intensa (attività intensa per più di 20 minuti, per almeno 3 giorni la settimana). Il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 24% è completamente sedentario.

Figura 2.7 Livello di attività fisica
Veneto – PASSI 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



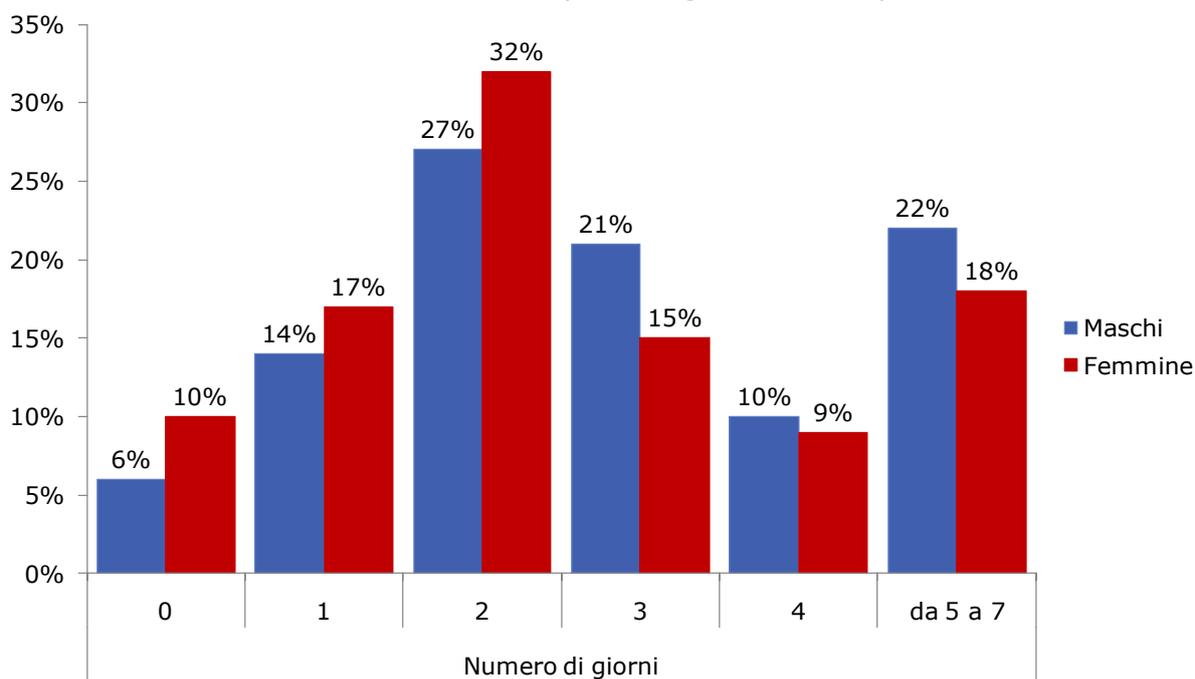
Tra le Aziende Sanitarie partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 30,5% del campione, percentuale più elevata di quella riscontrata nel

Veneto. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche. In particolare tra i laureati, la percentuale di sedentari è circa la metà rispetto al livello di istruzione più basso.

L'attività fisica nei bambini di 8 e 9 anni

Nel 2010, in Veneto l'87% dei bambini risulta attivo, ovvero ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio il giorno precedente la rilevazione. Secondo i genitori, il 29% dei bambini svolgono almeno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 15% un'ora di attività fisica per un giorno la settimana; l'8% neanche un giorno. Solo il 20% dei bambini svolge un'ora di attività fisica da 5 a 7 giorni a settimana, e il 28% per 3-4 giorni alla settimana. Si registra un differenza significativa per sesso a favore dei ragazzi i quali svolgono attività fisica più frequentemente delle coetanee.

Figura 2.8 Attività fisica nei bambini di 8 e 9 anni.
Giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana
Okkio 2010 – Veneto (Fonte: Regione del Veneto)



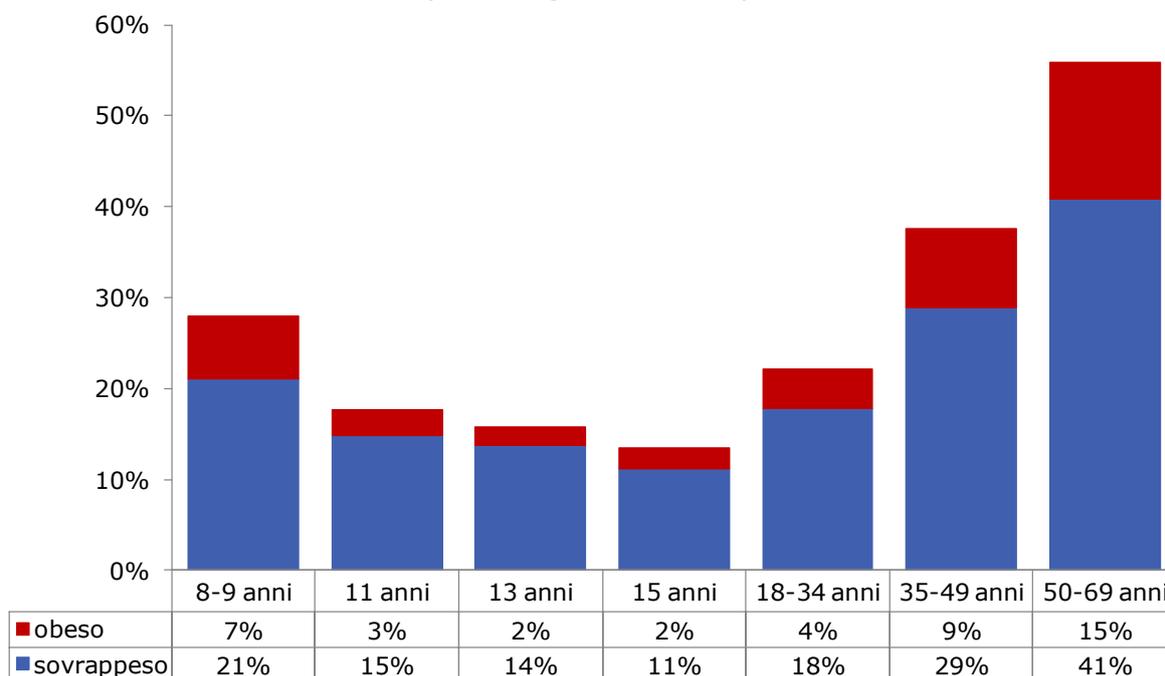
Alimentazione

Eccesso ponderale

Nel 2011, in Veneto il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 55% normopeso, il 32% sovrappeso e il 10% obeso. Complessivamente si stima che il 42% della popolazione presenti un eccesso ponderale. L'eccesso ponderale è

significativamente più frequente col crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 56% delle persone sono in eccesso ponderale) negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. La presenza di difficoltà economiche non è così associata con l'eccesso ponderale, quanto il livello di istruzione: infatti tra i laureati rispetto agli intervistati con licenza elementare gli obesi sono un quarto e le persone in sovrappeso sono la metà.

Figura 2.9 Eccesso ponderale in Veneto
Okkio 2010, HBSC 2010, Passi 2011
(Fonte: Regione del Veneto)



Tra i bambini veneti, nel 2010, il 7% risultava obeso, il 21% sovrappeso, il 71% normopeso e lo 0,47% sottopeso. Complessivamente il 28% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Dall'ultima rilevazione nel 2012, si è leggermente ridotta la percentuale di bambini obesi (6,6%) e in sovrappeso (20,5%): una inversione di tendenza che si spera venga confermata anche nelle prossime rilevazioni.

Consumo di frutta e verdura

In Veneto, il 44% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 40% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al

giorno è più diffusa nelle persone sopra tra i 50 e i 69 anni e nelle donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale.

Rischio cardiovascolare

Ipertensione

Nel Veneto, nel quadriennio di osservazione il 21% degli intervistati, che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione. Tra i 50 e 69 anni di età, 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 quadriennio 2008-2011, il 72,8% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Tra le persone tra i 50 e 69 anni, risultano in trattamento l'84,9%.

Ipercolesterolemia

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26,8% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia varia a seconda del sesso, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI ≥ 25). Nel quadriennio 2008-2011 in Veneto, il 24,7% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico, in particolare è in trattamento farmacologico il 34% delle persone tra i 50 e 69 anni.

La presenza di più fattori modificabili di rischio cardiovascolare

La presenza di più fattori modificabili di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sulla salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali.

Tab 2.1 Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione di 18-69 anni di età. Veneto - PASSI 2011
(Fonte: Regione del Veneto)

Ipertensione arteriosa	21,0	(19,9-22,1)
Ipercolesterolemia	26,9	(25,5-28,3)
Sedentarietà	23,9	(22,6-25,1)
Fumo	24,5	(23,3-25,7)
Sovrappeso	31,7	(30,4-32,9)
Obesità	10,0	(9,1-10,8)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,0	(86,1-88,0)

La frequente compresenza di queste condizioni (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta a un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco. Ad esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata. L'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'inattività fisica, a un ridotto consumo di frutta e verdura; e così via.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2215 del 21 settembre 2010](#) "Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Piano di attività 2010/2011. Impegno di spesa".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2099 del 7 dicembre 2011](#) "Terzo progetto di ricerca HBSC, lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare. "Progetto di ricerca ed intervento triennale (2009-2011). I comportamenti legati alla salute dei preadolescenti". D.G.R. n. 2543 del 04/08/2009".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2559 del 29 dicembre 2011](#) "Adesione al Progetto nazionale PASSI d'Argento. Messa a regime a livello regionale del sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari".

Approfondimenti

Pagine web dedicate ai [sistemi di sorveglianza](#) all'interno del Portale Internet della Regione del Veneto.

Pagine web dedicate nell'area "[Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza PASSI](#)" del portale Epicentro.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione
Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791352-1353 - Fax 041-2791330-1331
e-mail: sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

2.2 Mortalità per causa

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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

La mortalità generale è in lieve riduzione nella nostra Regione, soprattutto nel sesso maschile e tra le classi di età più giovani. La principale causa di morte tra gli uomini è costituita dai traumatismi fino ai 44 anni, dai tumori tra i 45 e gli 84 anni, e dalle malattie circolatorie tra i soggetti più anziani. La principale causa di morte tra le donne è costituita dai tumori fino ai 74 anni, e dalle malattie circolatorie a partire dai 75 anni. Nell'ultimo decennio si è registrata un'importante riduzione della mortalità per incidenti stradali, per malattie del sistema circolatorio (in particolare malattie cerebrovascolari), e soprattutto tra gli uomini per tumori. In particolare la mortalità per tumore del polmone è fortemente diminuita negli uomini, mentre è in lieve crescita nelle donne.

38

La procedura di raccolta e analisi dei dati

La Regione del Veneto ha assegnato al SER Sistema Epidemiologico Regionale il compito di mantenere e analizzare l'archivio regionale delle cause di morte. Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER 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). Inoltre a partire dal 2008 viene registrata non solo la causa iniziale di morte ma tutte le condizioni morbose segnalate nel certificato.

I dati disponibili

Nel periodo 2007-2010 si sono verificati circa 44.000 decessi all'anno tra i residenti in Veneto. L'età media alla morte è pari a 75 anni negli uomini ed 82 nelle donne. Nel 2010 il 53% dei decessi tra le donne ed il 28% tra gli uomini si è verificato in soggetti con

almeno 85 anni. La mortalità generale è in lieve riduzione nella nostra Regione, soprattutto nel sesso maschile e tra i giovani e gli adulti.

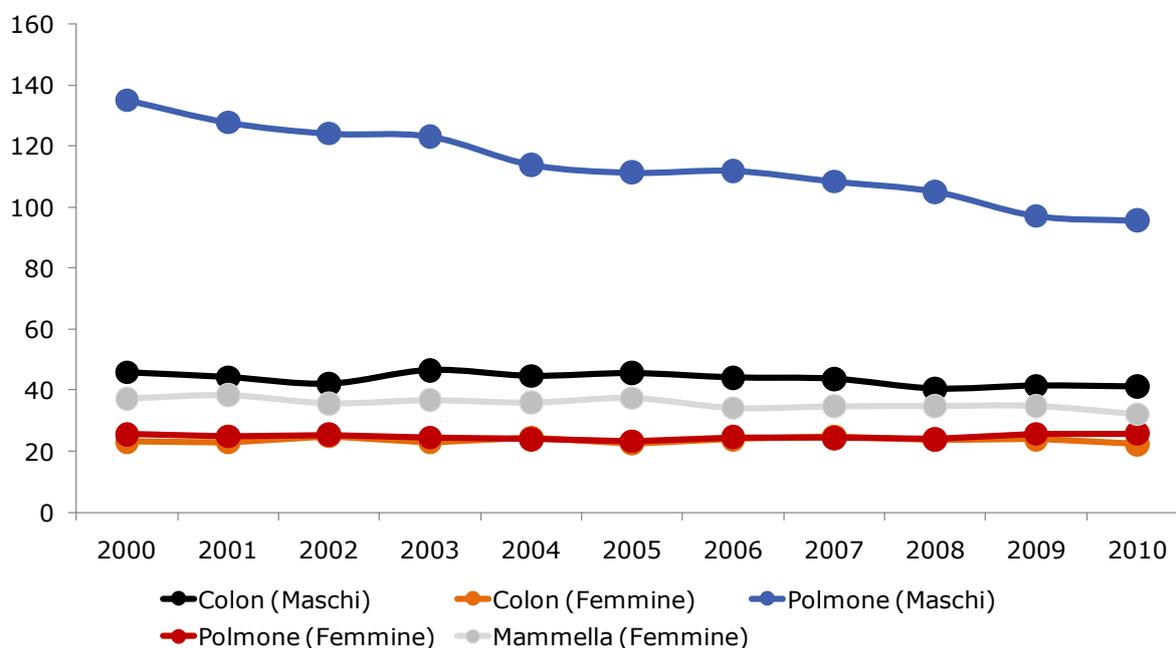
Tab 2.2 Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2007-2010 (Fonte: SER).						
Cause di morte	Maschi			Femmine		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1.238	1,5	13	1.437	1,6	14,5
TUMORI	31.192	36,9	328,2	24.485	26,9	247,3
Tumore maligno di colon, retto e ano	3.226	3,8	33,9	2.838	3,1	28,7
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraepatici	2.342	2,8	24,6	1.114	1,2	11,3
Tumore maligno del pancreas	1.854	2,2	19,5	1.919	2,1	19,4
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	8.048	9,5	84,7	2.872	3,2	29,0
Tumore maligno della mammella				3.845	4,2	38,8
Tumore maligno della prostata	1.978	2,3	20,8			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	2.820	3,3	29,7	3.704	4,1	37,4
Diabete mellito	2.210	2,6	23,3	2.776	3,1	28
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	2.140	2,5	22,5	4.542	5	45,9
Demenza	1.868	2,2	19,7	4.244	4,7	42,9
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	2.626	3,1	27,6	3.704	4,1	37,4
Malattia di Parkinson	630	0,7	6,6	611	0,7	6,2
Malattia di Alzheimer	927	1,1	9,8	1.846	2	18,6
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	28.150	33,3	296,2	37.221	40,9	375,9
Malattie ipertensive	2.705	3,2	28,5	5.296	5,8	53,5
Cardiopatie ischemiche	12.047	14,2	126,8	12.923	14,2	130,5
Altre malattie cardiache	5.883	7,0	61,9	8.117	8,9	82
Malattie cerebrovascolari	6.006	7,1	63,2	9.339	10,3	94,3
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5.910	7,0	62,2	5.469	6	55,2
Polmonite	1.512	1,8	15,9	1.757	1,9	17,7
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	2.867	3,4	30,2	2.070	2,3	20,9
Altre malattie del Sistema Respiratorio	1.458	1,7	15,3	1.501	1,7	15,2
MAL. APPARATO DIGERENTE	3.310	3,9	34,8	3.513	3,9	35,5
Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	1.661	2,0	17,5	960	1,1	9,7
MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO	1.163	1,4	12,2	1.290	1,4	13
CAUSE ESTERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA'	4.399	5,2	46,3	2.801	3,1	28,3
Accidenti da trasporto	1.366	1,6	14,4	410	0,5	4,1
Autolesioni intenzionali	1.021	1,2	10,7	302	0,3	3,1
TUTTE LE CAUSE	84.603	100,0	890,3	90.951	100,0	918,6

La principale causa di morte è rappresentata dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. In particolare, tra gli uomini la principale causa di morte è costituita dai traumatismi fino ai 44 anni, dai tumori tra i 45 e gli 84 anni, e dalle malattie circolatorie tra i soggetti più anziani. Tra le donne la principale causa di morte è costituita dai traumatismi fino ai 29 anni (con tassi nettamente inferiori che tra gli

uomini), dai tumori tra i 30 ed i 74 anni, e dalle malattie circolatorie a partire dai 75 anni. In entrambi i sessi nelle classi di età più anziane assume un considerevole rilievo la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio.

Il tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori è doppio negli uomini rispetto alle donne; nell'ultimo decennio si è però osservata una riduzione molto più consistente della mortalità nel sesso maschile. Il tumore del polmone causa circa il 9% di tutti i decessi negli uomini e più del 3% nelle donne. Tuttavia, la mortalità negli uomini è in rapida diminuzione; nelle donne invece la mortalità per tumore del polmone è in seppur contenuta crescita. Agli inizi degli anni '90, il Veneto presentava tassi di mortalità per tumore del polmone negli uomini superiori alle altre Regioni Settentrionali, che a loro volta erano già sfavorite rispetto al Centro-Sud Italia. Negli ultimi vent'anni la riduzione della mortalità è stata molto più marcata al Nord ed in particolare nel Veneto rispetto al resto del Paese, e negli ultimi anni il dato regionale si allinea al tasso complessivo nazionale. L'aumento di mortalità osservato nelle donne riflette quanto registrato nel resto d'Italia; nel 2007-2010 tra le donne del Veneto si sono verificati più di 700 decessi all'anno per questa neoplasia.

Figura 2.10 Mortalità per tumore del polmone, del colon-retto e della mammella nel Veneto 2000-2010. Tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Standardizzazione diretta (standard=Veneto 1 gennaio 2007)

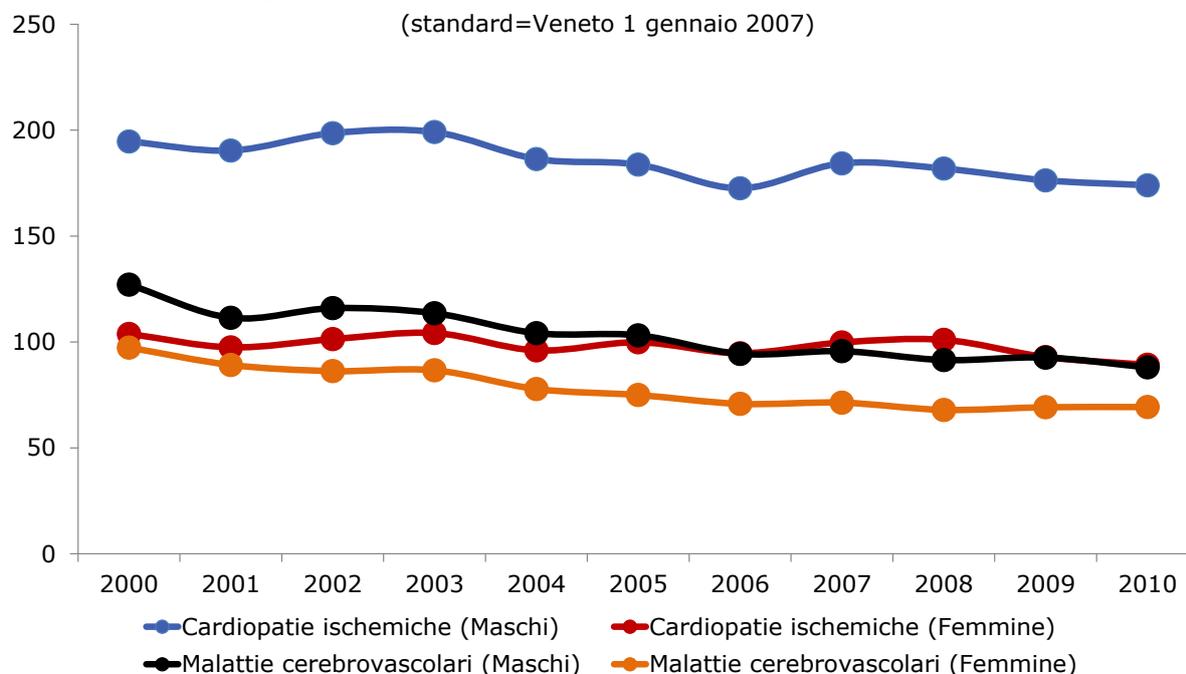


I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in lieve riduzione nel tempo, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della

mammella mostra una mortalità in riduzione nel tempo, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne, con circa 950 decessi all'anno. Tra le altre più frequenti sedi di neoplasia, bisogna segnalare che la mortalità per tumore pancreas in Veneto non ha mostrato variazioni di rilievo nell'ultimo decennio ed è superiore al valore complessivo nazionale.

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). I tassi osservati sono superiori nel sesso maschile, soprattutto nelle età più giovani: tra i soggetti di età compresa tra i 45 ed i 64 anni la mortalità è 5 volte superiore tra gli uomini che tra le donne. Tra gli uomini, quasi il 30% dei circa 3000 decessi annui per cardiopatie ischemiche si verifica sotto i 75 anni, mentre nelle donne questa percentuale è inferiore all'8%; i tassi standardizzati di mortalità sono in calo in entrambi i sessi. 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. Soprattutto nella prima metà dello scorso decennio, si è verificata un'importante riduzione della mortalità per malattie cerebrovascolari.

Figura 2.11 Mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9 / ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2010, standardizzazione diretta (standard=Veneto 1 gennaio 2007)

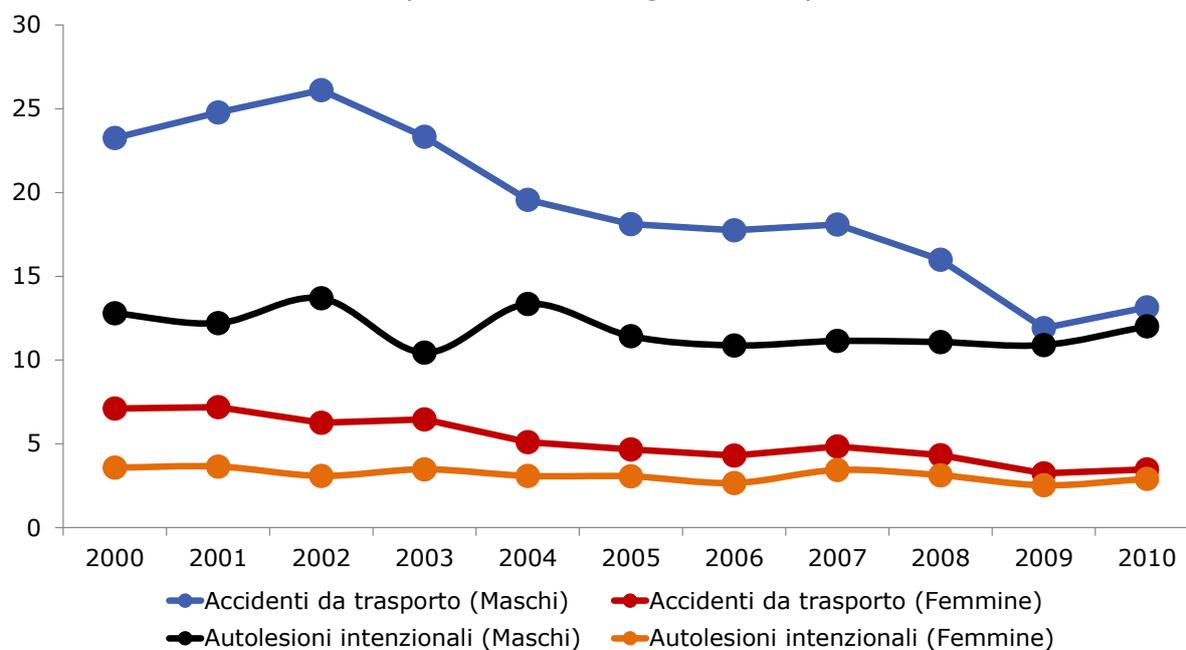


Le *malattie delle basse vie respiratorie* (enfisema, bronchite cronica, asma), e le malattie del fegato (cirrosi ed altre epatopatie), pur presentando tassi di mortalità in riduzione nel

tempo, costituiscono altre rilevanti cause di morte, soprattutto tra gli uomini. Si tratta di patologie (come anche 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; la riduzione osservata nel Veneto è stata più consistente che nel resto del Paese. Nonostante questo, gli incidenti stradali costituiscono ancora una rilevante causa di mortalità prematura soprattutto tra gli uomini: considerando gli anni di vita potenzialmente persi sotto i 70 anni, sono la prima causa nel sesso maschile e la terza (dopo le neoplasie della mammella e del polmone) in quello femminile.

Figura 2.12 Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9 / ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2010, standardizzazione diretta (standard=Veneto 1 gennaio 2007)



La *mortalità per suicidi* è invece rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi anni. I tassi di mortalità per suicidio aumentano con l'età fino ai 30-44 anni; nelle successive classi di età rimangono stabili nelle donne e crescono ulteriormente negli uomini. Nel Veneto nel 2010 si sono registrati quasi 400 decessi per incidente stradale e circa 350 per suicidio. Tali numeri sono in lieve crescita rispetto a quelli del 2009, crescita che stando ai dati preliminari forniti da ISTAT non si è invece osservata nel complesso del Paese, e che dunque dovrà essere confermata dall'analisi dei dati relativi al 2011.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

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

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

Approfondimenti

[Sezione dedicata alla mortalità](#) nel sito Internet del SER 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
Direzione Controlli e Governo SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

2.3 Malattie infettive (HIV, AIDS, TBC, epidemie influenzali, malattie emergenti)

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 1.3 Scenario socio-demografico e epidemiologico. Sottoparagrafo 1.3.2 Scenario epidemiologico e bisogni di salute. Principali gruppi di malattie: occorrenza e ospedalizzazione. Le malattie infettive. Pagine 16-17. La sorveglianza in sanità pubblica assume un ruolo fondamentale non solo per il controllo e la prevenzione delle malattie infettive, ma anche come strumento di monitoraggio dei programmi di attività, inteso come valutazione della relazione intervento-cambiamento. Il Piano Socio Sanitario conferma e valorizza tale approccio.

Quadro di sintesi

Nella Regione Veneto sono attivi numerosi flussi informativi interconnessi tra loro che consentono la raccolta di informazioni in modo tempestivo e dettagliato, permettendo quindi di attuare misure di intervento efficaci al fine di controllare e prevenire la diffusione delle malattie infettive. La Regione Veneto è dotata di un software, denominato SIMIWEB, nel quale vengono raccolte tutte le notifiche di malattie infettive fatte a livello locale. Oltre alla notifica, per alcune patologie (es.: HIV, febbri estive), la Regione Veneto ha istituito un sistema di sorveglianza ad hoc, che consente la raccolta di informazioni più dettagliate. La nostra Regione aderisce anche ai sistemi di sorveglianza predisposti a livello nazionale per alcune malattie (ad es: AIDS, InFluNet, Malattie batterico invasive, SEIEVA, Morbillo e Rosolia, West-Nile, ecc.).

HIV e AIDS

La Regione Veneto è stata la prima realtà nazionale ad istituire (a partire dal 1988) un proprio Sistema di Sorveglianza regionale delle infezioni da HIV. Il Sistema di Sorveglianza nazionale per le nuove diagnosi di infezione da HIV è stato attivato dal 2010. La nostra Regione aderisce anche al Registro nazionale AIDS. Dopo il sensibile e continuo decremento dei primi anni di sorveglianza, il numero di nuove diagnosi di HIV sembra essersi stabilizzato al di sotto dei 350 casi annui dal 1995 in poi, con un'incidenza che oscilla tra i 4,4 e i 7,4 casi ogni 100.000 residenti. Il numero di casi e di decessi per AIDS è invece andato aumentando fino ai primi anni '90, mentre comincia a decrescere a partire dal 1995 e dall'anno 2000 in poi si stabilizza al di sotto dei 90 casi annui. La diffusione del virus HIV e della malattia AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) risulta maggiore nei maschi: circa tre quarti dei casi notificati ogni anno è infatti di genere maschile.

Figura 2.13 Incidenza HIV: tasso x 100.000 residenti. Veneto, anni 1995-2011 (Fonte: Regione del Veneto)

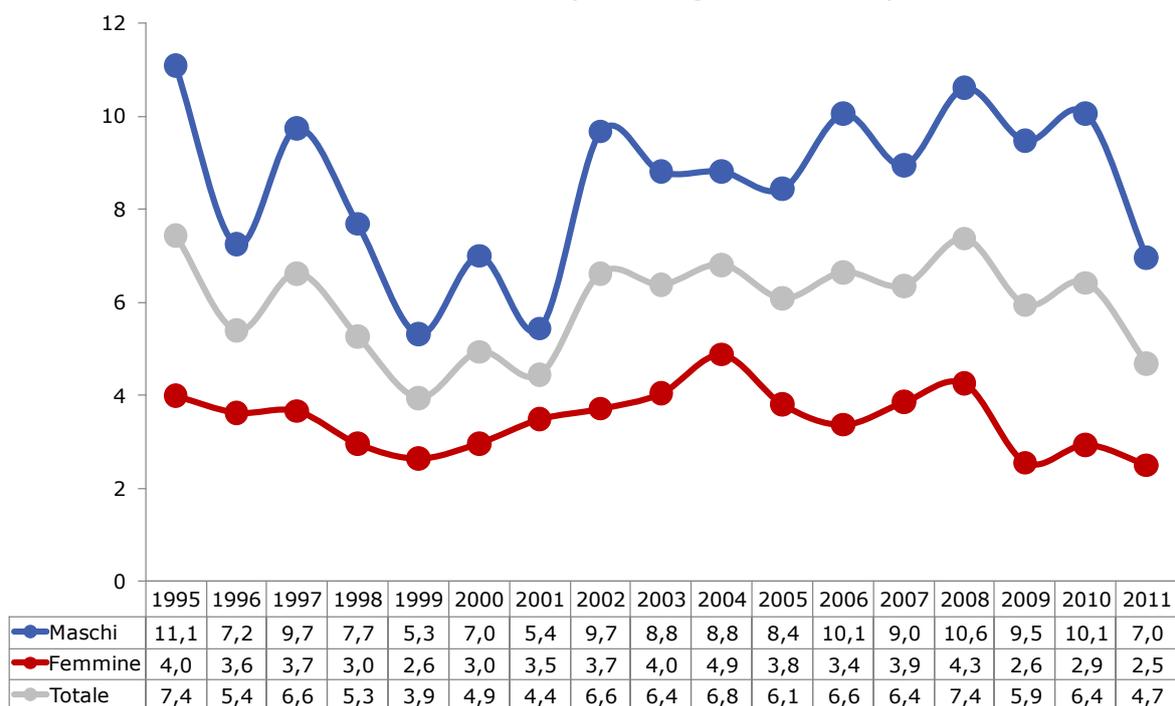
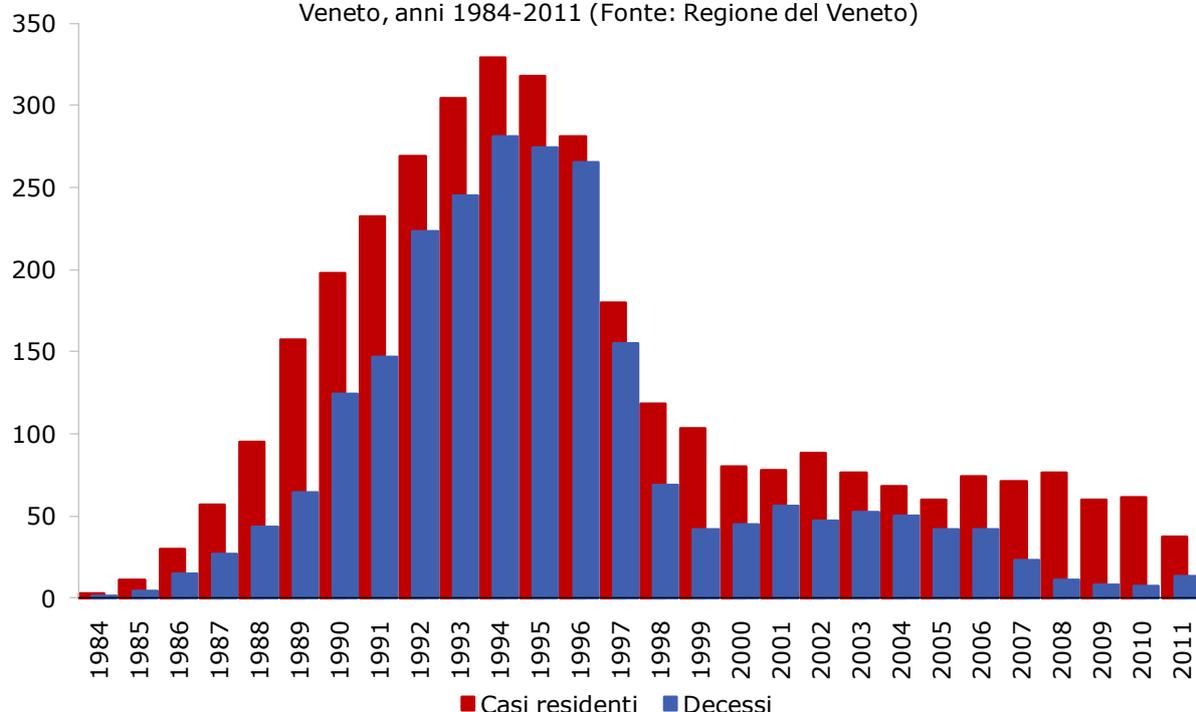


Figura 2.14 Numero di casi e di decessi per AIDS. Veneto, anni 1984-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Sia per l'HIV che per l'AIDS l'età media alla diagnosi è progressivamente aumentata nel corso degli anni. Anche la quota di stranieri tra gli affetti da HIV e AIDS è gradualmente

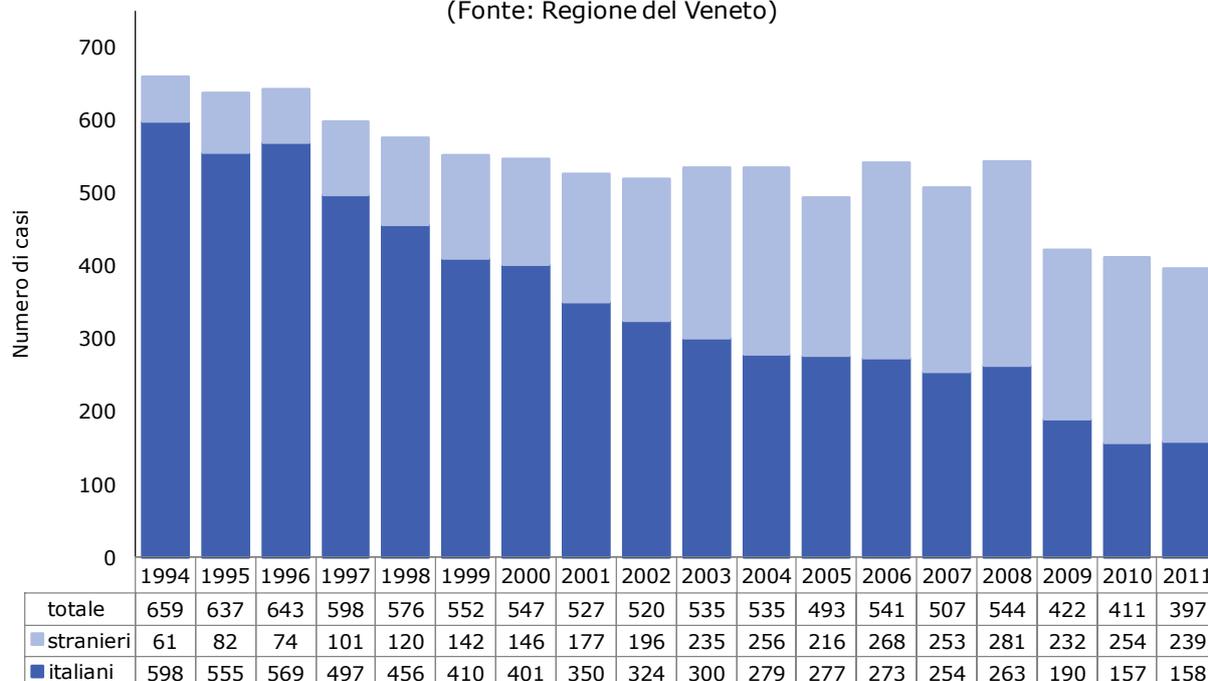
aumentata. Il principale fattore di rischio al quale i malati di HIV e AIDS risultano essere stati esposti sono i rapporti sessuali, sia di natura omosessuale (più frequente nei maschi) che eterosessuale (soprattutto nelle femmine); mentre si è quasi annullato il numero di casi legati all'uso iniettivo di droghe che costituiva invece la principale fonte di infezione fino ai primi anni '90. L'introduzione della terapia HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy), avvenuta nel 1996, ha influito in modo significativo e positivo nel ridurre la probabilità per i pazienti affetti da HIV di sviluppare l'AIDS. Mentre per coloro che hanno contratto la malattia prima del 1996, la probabilità di **non sviluppare** l'AIDS dopo 5 anni dall'infezione, è del 65%, per i pazienti che si sono infettati nel corso degli ultimi sei anni sale all'84%. Anche la probabilità di sopravvivenza dei malati di AIDS è nettamente aumentata rispetto ai primi anni '90: a cinque anni dalla diagnosi, la probabilità di sopravvivenza era inferiore al 20% per coloro che avevano sviluppato l'AIDS fino al 1995, mentre è dell'85% per i pazienti che hanno contratto la malattia negli ultimi sei anni.

Tubercolosi (TBC)

A partire dall'anno 2004, l'ammontare del numero di casi notificati di tubercolosi (TBC) nella Regione del Veneto ha assunto un andamento altalenante, ma comunque inferiore ai 550 malati l'anno.

46

Figura 2.15 Tubercolosi: numero di casi annui. Veneto, anni 1994-2011
(Fonte: Regione del Veneto)

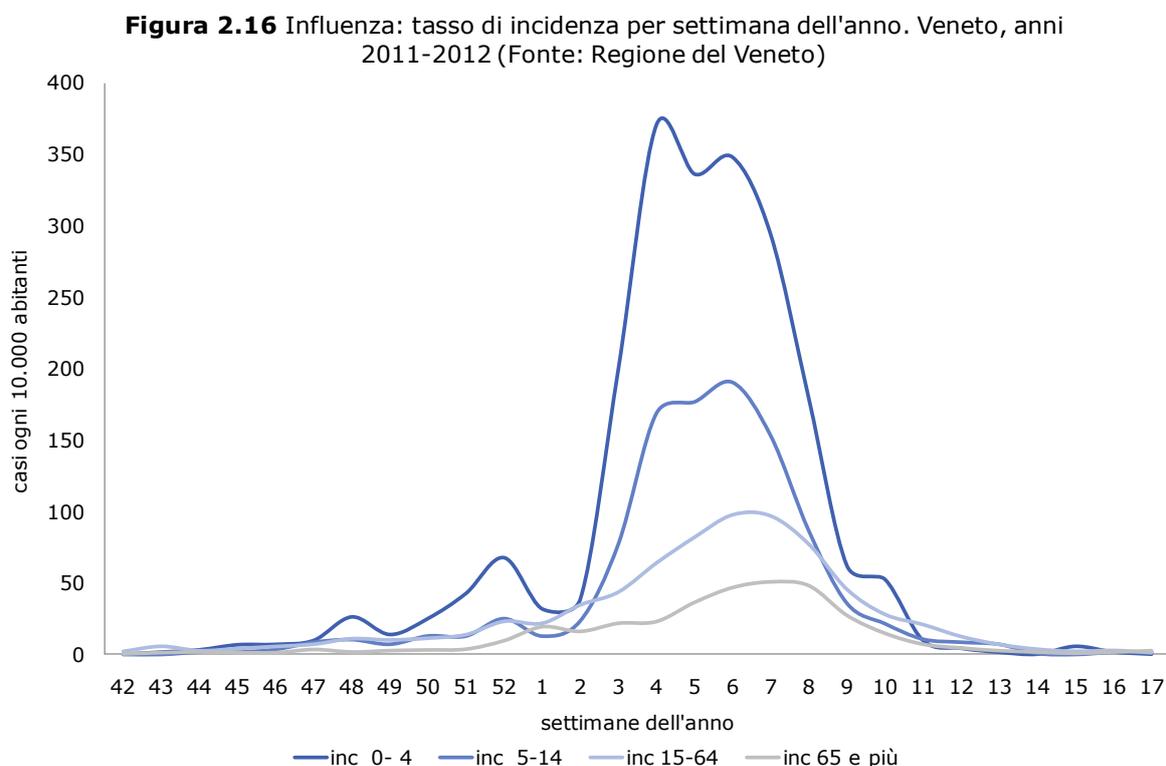


Nell'ultimo triennio (2009-2011) si è stabilizzato attorno ai 400 casi annui. Distinguendo per nazionalità si osserva una riduzione tendenziale del numero di casi tra gli italiani che fa registrare un tasso di notifica di 3,5 casi ogni 100.000 residenti nel 2011. Il numero di casi di tubercolosi tra gli stranieri è invece aumentato fino al 2005, dopodiché si è stabilizzato attorno ai 250 casi annui. Nel 2011, il 60% delle notifiche di tubercolosi ha riguardato gli stranieri e il tasso di notifica per la popolazione straniera residente nel territorio regionale supera i 47 casi ogni 100.000 abitanti. Tra gli stranieri la popolazione straniera residente con il tasso di notifica più elevato è quella indiana. La maggior parte dei pazienti affetti da TBC sembra aver contratto la malattia durante il viaggio di immigrazione. Il numero di casi di TBC polmonare è più che doppio rispetto a quelli di TBC extrapolmonare. Nel corso degli anni la proporzione di recidive nei casi di TBC oscilla attorno al 10%. Dalla sintesi delle schede di esito del trattamento per i casi di tubercolosi polmonare verificatisi nel 2010 si osserva che quasi l'81% di questi casi ha avuto un esito favorevole, ovvero si è concluso con la guarigione del malato o con il completamento del trattamento, raggiungendo quindi l'obiettivo dell'80% previsto nel Piano Nazionale di controllo della tubercolosi.

Epidemie influenzali

La Regione del Veneto è stata la prima realtà italiana ad avviare un proprio sistema di sorveglianza epidemiologica dell'influenza (stagione 1994-1995). A partire dalla stagione influenzale 1999-2000 la nostra Regione ha aderito ad Influnet, la rete di sorveglianza della sindrome influenzale che prevede, oltre alla sorveglianza epidemiologica, anche una sorveglianza virologica. Anche per la stagione influenzale 2011-2012 è rimasta attiva la sorveglianza per i casi con complicanze gravi da virus influenzale e i decessi, avviata a partire dalla stagione 2009-2010 in occasione della pandemia da A/H1N1v. Il tasso di incidenza massima regionale è stato osservato nella 6° settimana dell'anno 2012 (17° settimana di sorveglianza) ed è risultato leggermente superiore a quello italiano (circa 116 casi ogni 10.000 assistiti contro i 96 a livello nazionale). Per tutte le fasce d'età considerate, il picco epidemico è stato registrato tra la 4° e la 7° settimana del 2012, in linea con le stagioni influenzali precedenti. Nell'arco dell'intera stagione 2011-2012 sono stati ricoverati un totale di 8 soggetti con gravi conseguenze da influenza A/H1N1, di cui un decesso. Rispetto alla stagione influenzale 2010-2011, in quest'ultimo anno sembra che l'impatto epidemiologico dei virus influenzali sia stato minore, sia in termini di numero di casi verificatisi, sia rispetto al numero di casi che hanno riportato delle complicanze e/o che sono deceduti. Il 67,1% degli anziani residenti si è sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale, in calo di quasi 2 punti percentuali rispetto alla stagione

precedente e ancora al di sotto della soglia del 75% prevista dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Durante la campagna vaccinale 2011-2012 sono stati vaccinati infine 16.067 operatori sanitari, in lieve calo rispetto all'anno precedente, con una copertura vaccinale pari al 27,7% e quindi ancora al di sotto dell'obiettivo del 40%.



Malattie emergenti

Nell'ultimo decennio, in Europa ed 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 le febbri Dengue e Chikungunya e la malattia da virus West-Nile. A partire dall'estate del 2008, in Regione Veneto è stata attivata la sorveglianza epidemiologica delle infezioni da West-Nile virus (WNV) che ha permesso di identificare 6 casi umani di malattia neuroinvasiva da WNV (WNND) nella provincia di Rovigo. Nel 2009, in seguito al ripetersi di casi umani di WNND (6 casi tra cui un decesso) e al crescente numero di province interessate (Rovigo e Venezia), la nostra Regione ha 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 il Ministero della Salute ha istituito la "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West-Nile Disease 2011". Durante il periodo di sorveglianza (dal 15 giugno al 30 novembre)

dell'anno 2012, sono stati segnalati nella Regione Veneto 22 casi di malattia neuroinvasiva da West-Nile virus, di cui 2 decessi. Come da indicazioni del Centro Nazionale Sangue (circolare n.1037 del 19.06.2012) 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 14 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 dei 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 2012, sono stati sottoposti a test di laboratorio specifici per le febbri Dengue e Chikungunya 126 soggetti, mentre i pazienti sottoposti a screening per West-Nile virus sono stati 319. 7 pazienti sono risultati positivi per Dengue virus e 2 per Chikungunya virus. Dei 319 soggetti testati per accertare la presenza del WNV, 16 sono risultati positivi per West-Nile Fever. I risultati della sorveglianza delle febbri da West-Nile virus 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. La sorveglianza per le febbri da Dengue e Chikungunya invece non ha dato un risultato del tutto soddisfacente in quanto sono stati testati pochi viaggiatori febbrili ed è stato riscontrato un uso non appropriato dei test rapidi in pazienti senza storia di viaggio.

49

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1519 del 31 luglio 2012](#) "Progetto Sorveglianza sulle zoonosi trasmesse da vettori e valutazione del rischio di diffusione sul territorio della Regione Veneto"

[Decreto del Dirigente Regionale n. 14 del 5 giugno 2013](#): Istituzione del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale per le emergenze in sanità pubblica, con particolare riferimento alle malattie infettive diffuse.

Approfondimenti

Materiali che possono essere richiesti agli Uffici della Direzione Prevenzione:

Sorveglianza speciale delle malattie infettive: dati 2011.

Relazione sulle malattie trasmesse da vettori (anno 2012) e Piano di sorveglianza entomologica e misure di lotta ai vettori (anno 2013).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione

Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353 - Fax 041-2791330-1331

e-mail: sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

2.4 Tumori

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 dei Tumori del Veneto.

Quadro di sintesi

Ogni anno si verificano in Veneto circa 32.000 nuovi casi di cancro; in circa 2 casi su tre le persone che si ammalano hanno più di 65 anni. I tre tumori più importanti 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. A partire dagli anni 2000 il rischio di ammalare di cancro è in riduzione del 2.3% annuo negli uomini e del'1.6% nelle donne. Il cancro del polmone, per il quale il fattore di rischio più importante è il fumo di tabacco, è in forte riduzione negli uomini fin dai primi anni '90 e in leggero aumento nelle donne. L'andamento del cancro della mammella, stabile a partire dagli anni 2000, riflette la progressiva diffusione delle pratiche di screening a livello regionale. La sopravvivenza a 5 anni dopo una diagnosi di cancro è pari al 53% negli uomini ed al 61% nelle donne, ed è legata alle patologie neoplastiche di base prevalenti in ciascuno dei due sessi; la sopravvivenza per specifica sede è in linea con quella dei migliori centri italiani ed europei ed in particolare la sopravvivenza a 5 anni per cancro della mammella è pari all'87%, con un moderato miglioramento rispetto agli anni precedenti.

L'invecchiamento della popolazione ed il miglioramento delle cure causano un progressivo incremento del numero di pazienti che convivono con il cancro, che sono circa 210.000; 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.

L'incidenza del cancro nella Regione del Veneto

I dati epidemiologici sulle malattie neoplastiche vengono prodotti dal Registro Tumori del Veneto (RTV), che copre attualmente circa metà della popolazione regionale a partire dai dati codificati e informatizzati relativi alle dimissioni ospedaliere, alle schede di morte e ai referti di anatomia patologica: le diagnosi non assegnate dalla procedura automatica vengono risolte manualmente, mediante la ricerca attiva di ulteriori informazioni registrate nei referti diagnostici o annotate nella cartella clinica.

Figura 2.17 Sistema di registrazione dell'incidenza delle neoplasie presso il Registro tumori del Veneto (Fonte: RTV)



* Indicatori descrittivi della patologia (incidenza, prevalenza, sopravvivenza) complessivi e specifici per età, sesso, sede tumorale ed altre variabili di interesse

A partire dai dati di incidenza osservati fino al 2006 si stimano per l'anno 2012 in Veneto 17.576 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 13.992 nelle donne, per un totale di circa 31.600 casi. Queste stime corrispondono a circa 7 nuovi casi ogni 1.000 abitanti tra gli uomini e 6 nuovi casi tra le donne.

52

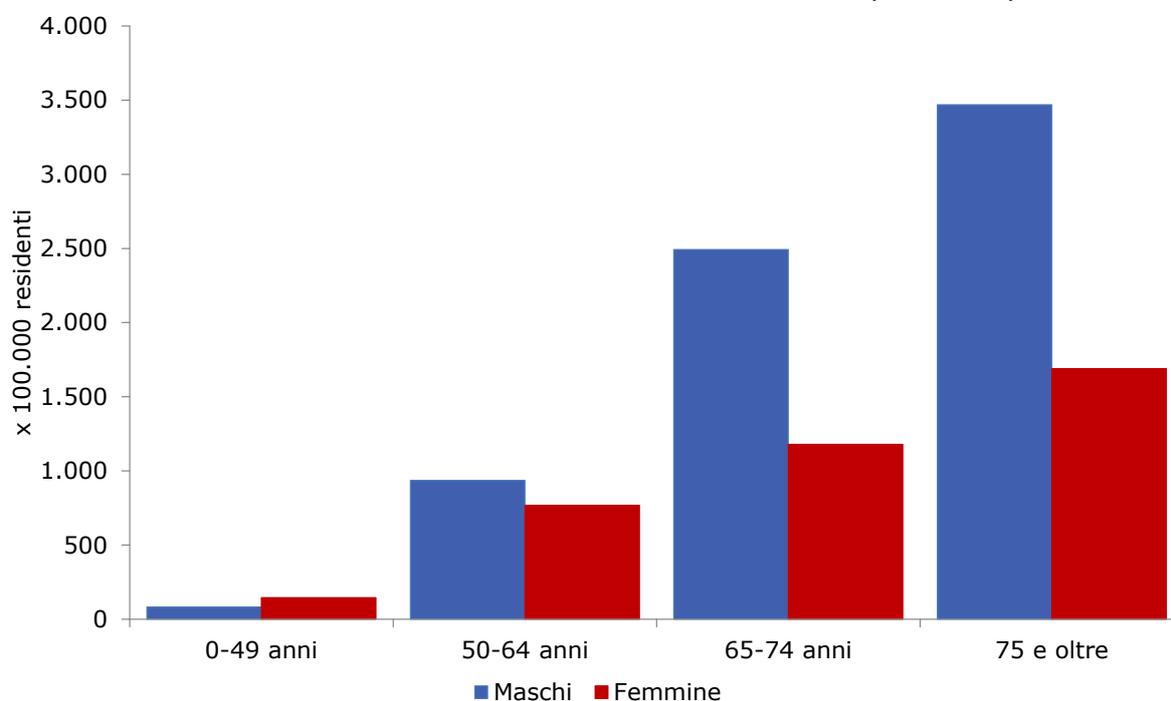
Tabella 2.3 Stima del numero di nuovi casi di tumore per l'anno 2012, per sesso e sede tumorale (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

Sede	Casi/anno		
	Maschi	Femmine	Totale
Cavità orale	556	219	775
Stomaco	689	480	1.169
Colon retto	2.402	1.839	4.242
Fegato	780	321	1.101
Pancreas	535	521	1.056
Polmone	2.633	884	3.516
Mammella femminile		4.425	4.425
Utero		824	824
Ovaio		414	414
Prostata	3.714		3.714
Vescica	1.473	361	1.833
Rene e vie urinarie	770	403	1.173
Encefalo e altro SNC	298	221	519
Linfomi e leucemie	1.097	873	1.970
Altre sedi	2.630	2.207	4.837
Tutte le sedi eccetto cute non melanoma	17.576	13.992	31.568

Le stime dei nuovi casi di tumore per l'anno 2012 sono state ottenute applicando i tassi specifici di incidenza per età, sesso e sede, relativi al triennio 2004-2006, alla popolazione ISTAT 2012. Attraverso i dati di mortalità ed incidenza disponibili, è stata stimata l'incidenza dei tumori anche nelle aree non coperte dal Registro.

Il tumore più frequente negli uomini è il tumore della prostata, seguito dal tumore del polmone e da quello del colon retto. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, seguito da colon retto e polmone. Due terzi dei casi si verificano nei soggetti oltre i 64 anni e sono colpiti più gli uomini delle donne.

Figura 2.18 Tassi di incidenza specifici per fascia d'età e sesso.
Anni 2004-2006. Tutti i tumori eccetto cute non melanoma (Fonte: RTV)



Le tabelle seguenti mostrano, nei due sessi, la distribuzione percentuale dei tumori all'interno delle singole classi di età. I tumori che colpiscono di più i maschi al di sotto dei 50 anni sono il tumore del testicolo, il melanoma della pelle e il tumore del colon retto. Per i soggetti di età superiore le tre sedi più frequenti sono prostata, polmone e colon retto.

Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età, seguito, nelle più giovani (0-49 anni), dal tumore della tiroide e dal melanoma della pelle. Il colon retto è la seconda sede tumorale per frequenza nelle donne dai 50 anni, seguito, nella classe di età 50-69 anni, dal tumore dell'utero e, in quelle più anziane, dal tumore del polmone.

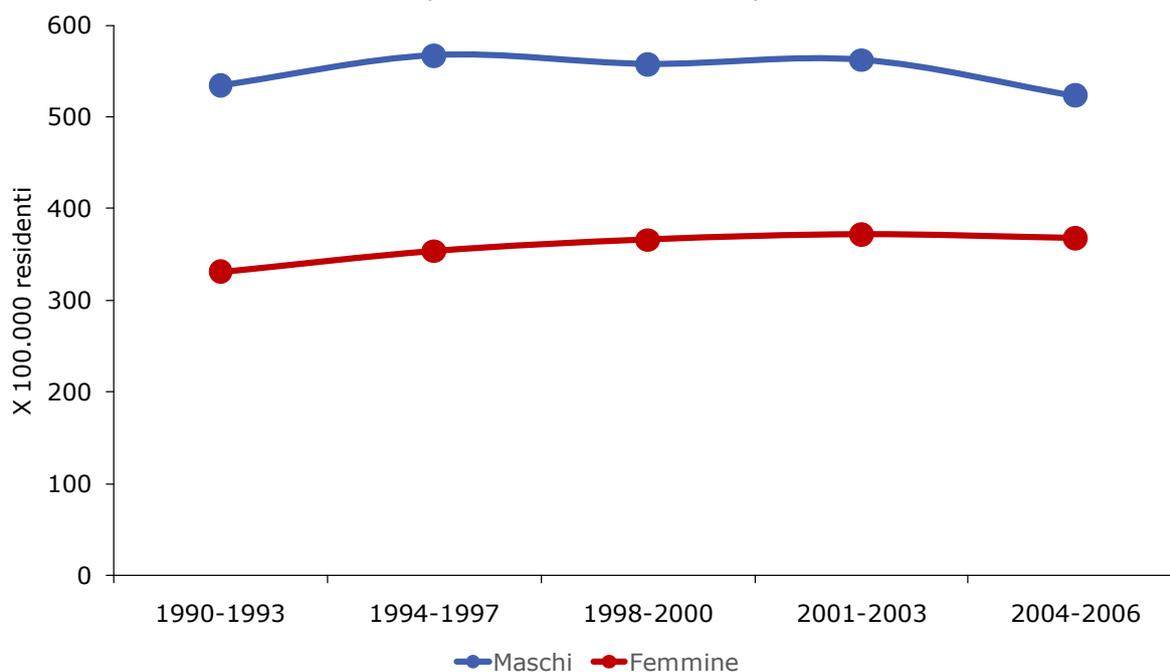
Tabella 2.4 Distribuzione percentuale delle 5 principali sedi del cancro, per sesso e fascia d'età. Anni 2004-2006 (Fonte: RTV)			
Maschi			
	0-49 anni	50-69 anni	70 e più
1°	Testicolo 11,4%	Prostata 24,1%	Prostata 20,6%
2°	Melanoma 10,5%	Polmone 13,5%	Polmone 17,9%
3°	Colon retto 8,6%	Colon retto 13,0%	Colon retto 14,3%
4°	LNH* 8,2%	Vescica 8,1%	Vescica 9,6%
5°	Rene e vie urinarie 5,6%	Rene e vie urinarie 4,8%	Fegato 4,9%
Femmine			
	0-49 anni	50-69 anni	70 e più
1°	Mammella 44,0%	Mammella 37,6%	Mammella 22,4%
2°	Tiroide 9,2%	Colon retto 12,3%	Colon retto 15,7%
3°	Melanoma 8,7%	Utero 7,4%	Polmone 8,2%
4°	Utero 6,7%	Polmone 5,8%	Pancreas 5,4%
5°	Colon retto 5,1%	Ovaio 3,4%	Stomaco 4,9%

* LNH = linfoma non Hodgkin

Valutando l'andamento dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea per il totale dei tumori negli ultimi 17 anni si osserva una fase di aumento del rischio (+0,7% annuo nei maschi e +1,1% nelle femmine) seguita da una diminuzione che, nei maschi, inizia nel 2001 (-2,3% annuo) mentre nelle femmine inizia nel 2003 ed è più lieve (-1,6% annuo). Questo significa che il rischio di tumore si sta riducendo.

54

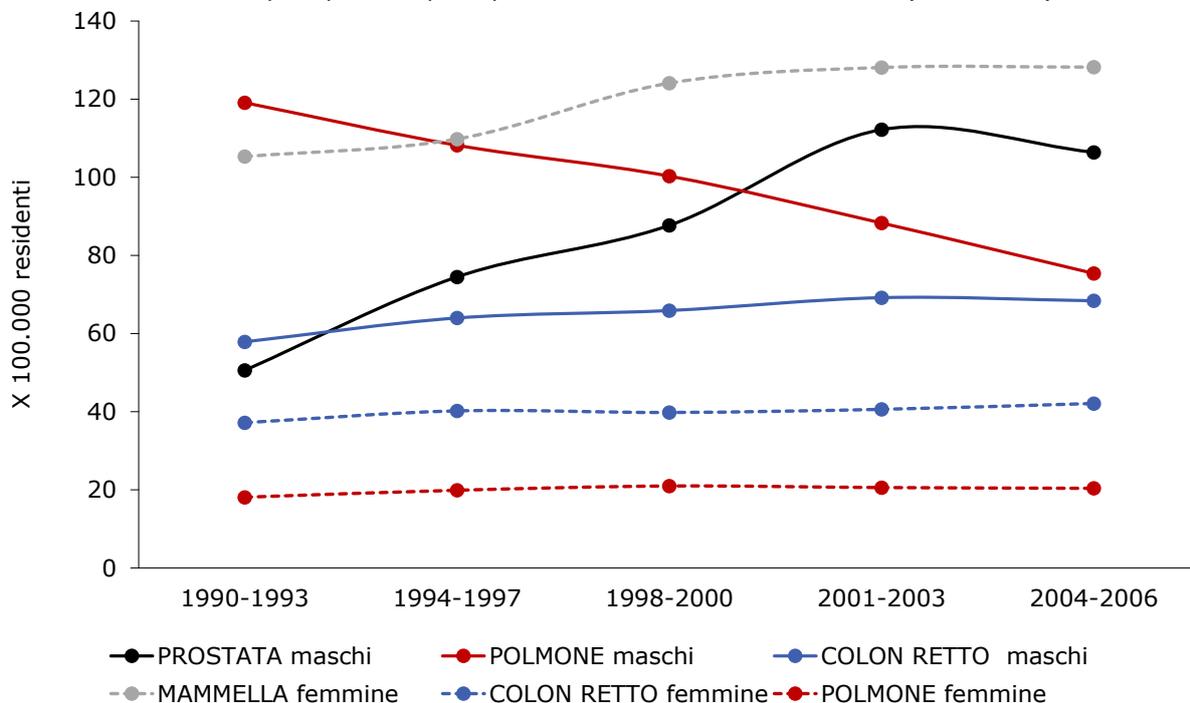
Figura 2.19 Trend del tasso di incidenza del cancro, standardizzato sulla popolazione europea (tutte le sedi escluse cute non melanoma), per sesso (Fonte: dati RTV 1990-2006)



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

Considerando le sedi tumorali più frequenti risulta in crescita in entrambi i sessi il tumore del colon retto; il polmone cala fortemente nei maschi (del -2,2% annuo fino al 2000 e successivamente del -5,1%) mentre è in crescita nelle donne (+0,8% annuo). La diminuzione tra i maschi è legata alla riduzione dell'abitudine al fumo, che è il più importante fattore di rischio per questo tumore. Nelle donne l'abitudine al fumo si è diffusa successivamente e sta dando luogo ad una crescita dell'incidenza. Dopo un periodo di forte aumento, a partire dal 2003 il tumore della prostata ha iniziato a diminuire del -7,3% all'anno. L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto in gran parte alla maggior diffusione del test del PSA ed il calo recentemente rilevato sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti. L'incidenza del tumore della mammella femminile, dopo un periodo di crescita, è stabile dal 2002. Tale andamento è in gran parte riconducibile alla diffusione dello screening mammografico che permette un'anticipazione del momento della diagnosi, rilevando forme tumorali che avrebbero dato segni clinici in tempi successivi.

Figura 2.20 Trend dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea, per sedi principali nei due sessi. Anni 1990-2006 (Fonte: RTV)

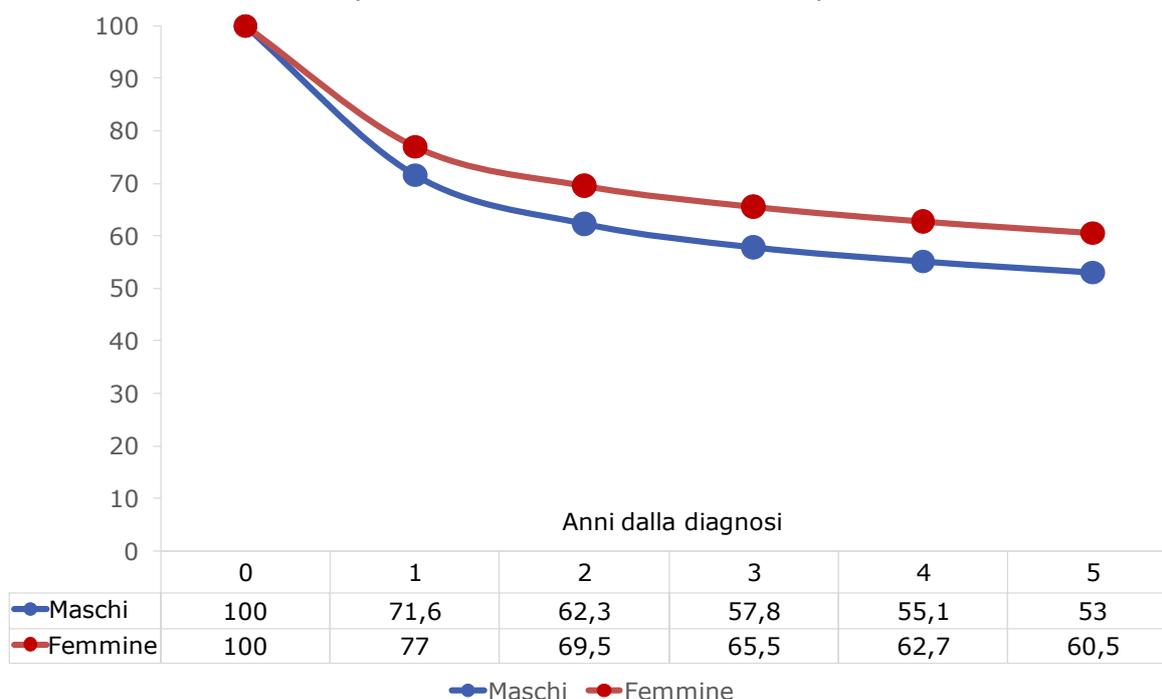


La sopravvivenza dopo la diagnosi di cancro

L'indicatore utilizzato è la sopravvivenza relativa che indica la percentuale di persone con tumore ancora in vita dopo un certo numero di anni dalla diagnosi, tenendo conto anche

della mortalità della popolazione generale. Nella popolazione adulta, il 53% dei maschi con tumore maligno e il 61% delle femmine è vivo a 5 anni dalla diagnosi. Il dato risulta in linea con le altre aree del centro-nord italiane e con quelle dei Paesi Europei più avanzati ed è superiore a quelle del meridione.

Figura 2.21 Sopravvivenza relativa per anni dalla diagnosi (tutti i tumori esclusa cute - Fonte: RTV)



Analizzando le sedi tumorali più frequenti (prostata, polmone, colon retto e mammella), il tumore a miglior sopravvivenza è il tumore della prostata, con l'89% di sopravvissuti a 5 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza a questo tumore negli ultimi anni è fortemente migliorata: si tratta almeno in parte di un artificio riconducibile all'ampia diffusione del test PSA, che ha portato alla diagnosi di una quota di tumori che altrimenti sarebbero rimasti latenti ("sovradiagnosi") e che sono, per definizione, ad elevata sopravvivenza. La sopravvivenza a 5 anni dei soggetti con tumore del colon retto è del 60%, senza differenze di rilievo tra uomini e donne. Il tumore del polmone rimane ancor oggi a bassa sopravvivenza: ad un anno dalla diagnosi è vivo solo il 39% dei maschi e il 41% delle femmine; queste percentuali scendono rispettivamente a 12% e 16% a 5 anni dalla diagnosi. Per il tumore della mammella, la percentuale di donne che sopravvive a 5 anni dalla diagnosi è dell'87%, con un moderato aumento rispetto agli anni precedenti, dovuto sia alla diffusione della diagnosi precoce (all'interno dei programmi di screening e tramite accesso spontaneo) sia al miglioramento delle terapie.

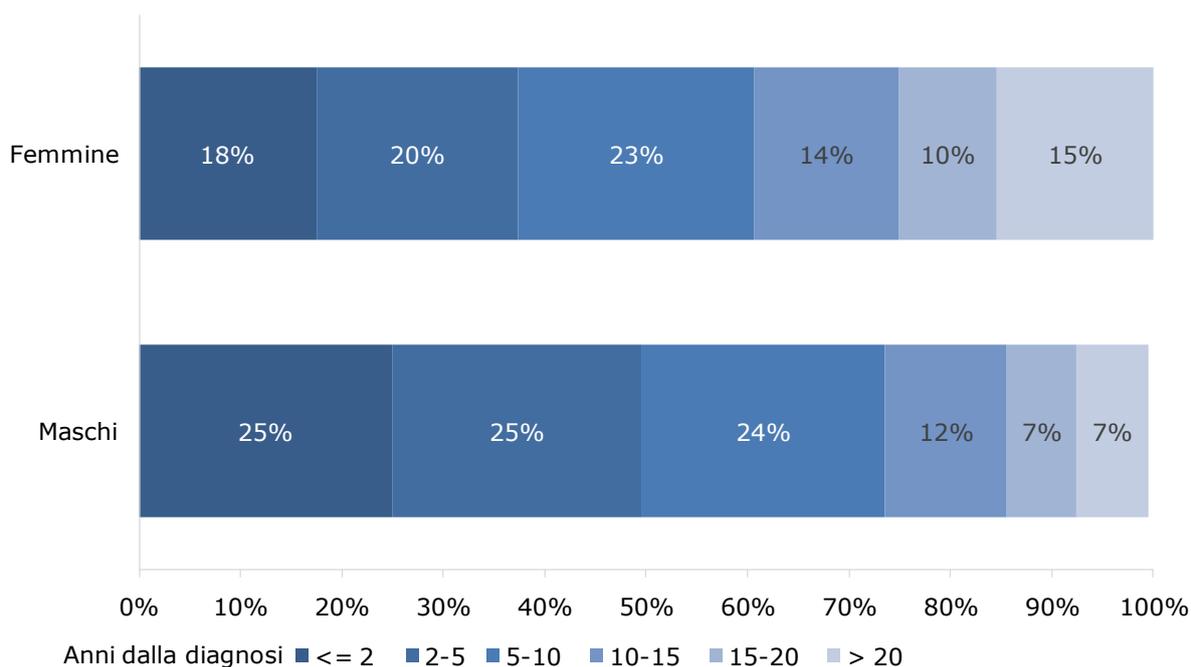
Casi prevalenti nel Veneto

La stima del numero di soggetti residenti in Veneto che nel corso della loro vita hanno avuto una diagnosi di tumore maligno e risultavano vivi al 1 gennaio 2010 (casi prevalenti), è pari a 95.927 maschi e 116.824 femmine, poco più del 4% della popolazione. Considerando l'aumento dell'aspettativa di vita e i miglioramenti dei trattamenti di diagnosi e cura, ci si deve tuttavia attendere una crescita sensibile di questa quota di popolazione nel tempo. La prevalenza è condizionata sia dalla frequenza della malattia sia dalla sua letalità: tumori meno frequenti ma a buona prognosi tendono ad essere rappresentati nella popolazione più di tumori molto frequenti, ma altamente letali.

Tabella 2.5 Stima del numero di malati di cancro in Veneto al 1 gennaio 2010, per sesso e singola sede tumorale (Fonte: elaborazioni RTV)			
Sede	Maschi	Femmine	Totale
Testa collo	9.348	2.336	11.685
Esofago	630	182	812
Stomaco	2.885	2.558	5.443
Colon retto	14.743	12.840	27.584
Fegato	1.524	549	2.074
Pancreas	485	451	936
Polmone	5.216	1.774	6.990
Cute melanomi	3.915	5.662	9.578
Mammella femminile		50.502	50.502
Utero, cervice		4.137	4.137
Utero, corpo		7.513	7.513
Ovaio		3.086	3.086
Prostata	25.070		25.070
Rene e vie urinarie	6.706	3.982	10.688
Vescica	14.310	3.899	18.209
Encefalo e altro SNC	1.238	1.173	2.411
Tiroide	1.279	4.231	5.511
Linfoma non Hodgkin	4.623	4.825	9.448
Leucemie	2.219	1.760	3.978
Tutte le altre sedi tumorali	1.734	5.363	7.098
Totale tumori escluso cute	95.927	116.824	212.751

Questi soggetti costituiscono una popolazione molto eterogenea, che include persone con bisogni sanitari differenti, in relazione alla patologia e alla distanza dalla diagnosi. Infatti, se nei primi anni dalla diagnosi si concentrano le fasi di trattamento e sorveglianza più intensive, negli anni successivi si realizzano il follow up clinico - strumentale e la diagnosi ed il trattamento di eventuali recidive della malattia. Infine, i soggetti lungo-sopravvissuti (ovvero i pazienti liberi da malattia e vivi dopo molti anni dalla diagnosi) possono presentare bisogni sanitari precisi, essendo possibili effetti collaterali a lungo termine delle terapie precedentemente effettuate.

Figura 2.22 Percentuali e numero dei soggetti residenti in Veneto in vita al 1° gennaio 2010 con pregressa diagnosi di tumore per anni dalla diagnosi (Fonte: dati RTV)



Anni dalla diagnosi	Maschi	Femmine	Totale
<= 2	24.500	20.448	44.948
2-5	23.560	23.284	46.844
5-10	23.014	27.171	50.185
10-15	11.554	16.536	28.090
15-20	6.511	11.340	17.851
> 20	6.787	18.045	24.832
Totale	95.927	116.824	212.751

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1875 del 18 settembre 2012](#) "Approvazione Piani di Attività 2012 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico Regionale e ai Registri di patologia"

Approfondimenti

Rapporto AIRTUM. [La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia](#). *EP Epidemiologia & Prevenzione*, supplemento n. 3 al n. 35 (5-6) settembre-dicembre 2011.

[Sito Internet del registro Tumori del Veneto](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Registro Tumori del Veneto
 Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
 Telefono 049 8215605 - Fax 049 8215983
centro.registrotumoriveneto@unipd.it

2.5 Infarto acuto del miocardio

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 2000-2011 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con sopraslivellamento del tratto ST si è quasi dimezzato, mentre il tasso di eventi senza sopraslivellamento del tratto ST, dopo un aumento nella prima metà dello scorso decennio probabilmente legato all'introduzione di nuovi criteri diagnostici, si è stabilizzato. Nonostante la riduzione registrata 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 si darà un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per IMA nel periodo 2000-2011 (i criteri di calcolo degli eventi di IMA sono riportati nel rapporto "L'ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009", consultabile sul sito Internet del Sistema Epidemiologico Regionale).

Nel 2011 si sono verificati circa 6500 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto; in circa il 55% dei casi si è trattato di infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il numero annuo di eventi di STEMI è sostanzialmente stazionario fino al 2004, successivamente mostra un andamento in calo sensibile. Per quanto riguarda l'infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico, NSTEMI) l'incremento verificatosi fino agli anni 2005-2006 è imputabile almeno in parte alla progressiva implementazione e diffusione dei criteri diagnostici proposti dalle principali società scientifiche internazionali negli anni 2000 e 2001, criteri diagnostici che pongono una particolare enfasi sul dosaggio della troponina (minimi aumenti nel dosaggio di questa sostanza consentono, in un adeguato contesto clinico, di porre diagnosi di infarto acuto del miocardio).

Tabella 2.6 IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto (compresa mobilità passiva). Anni 2000-2011 (Fonte: SER)												
Tipo	Anno											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
NSTEMI	1.194	1.620	1.974	2.123	2.339	2.602	2.685	2.671	2.588	2.670	2.880	2.923
STEMI	5.054	5.136	5.325	5.232	4.984	4.752	4.555	4.366	4.274	4.068	3.880	3.673
Totale	6.248	6.756	7.299	7.355	7.323	7.354	7.240	7.037	6.862	6.738	6.760	6.596

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%).

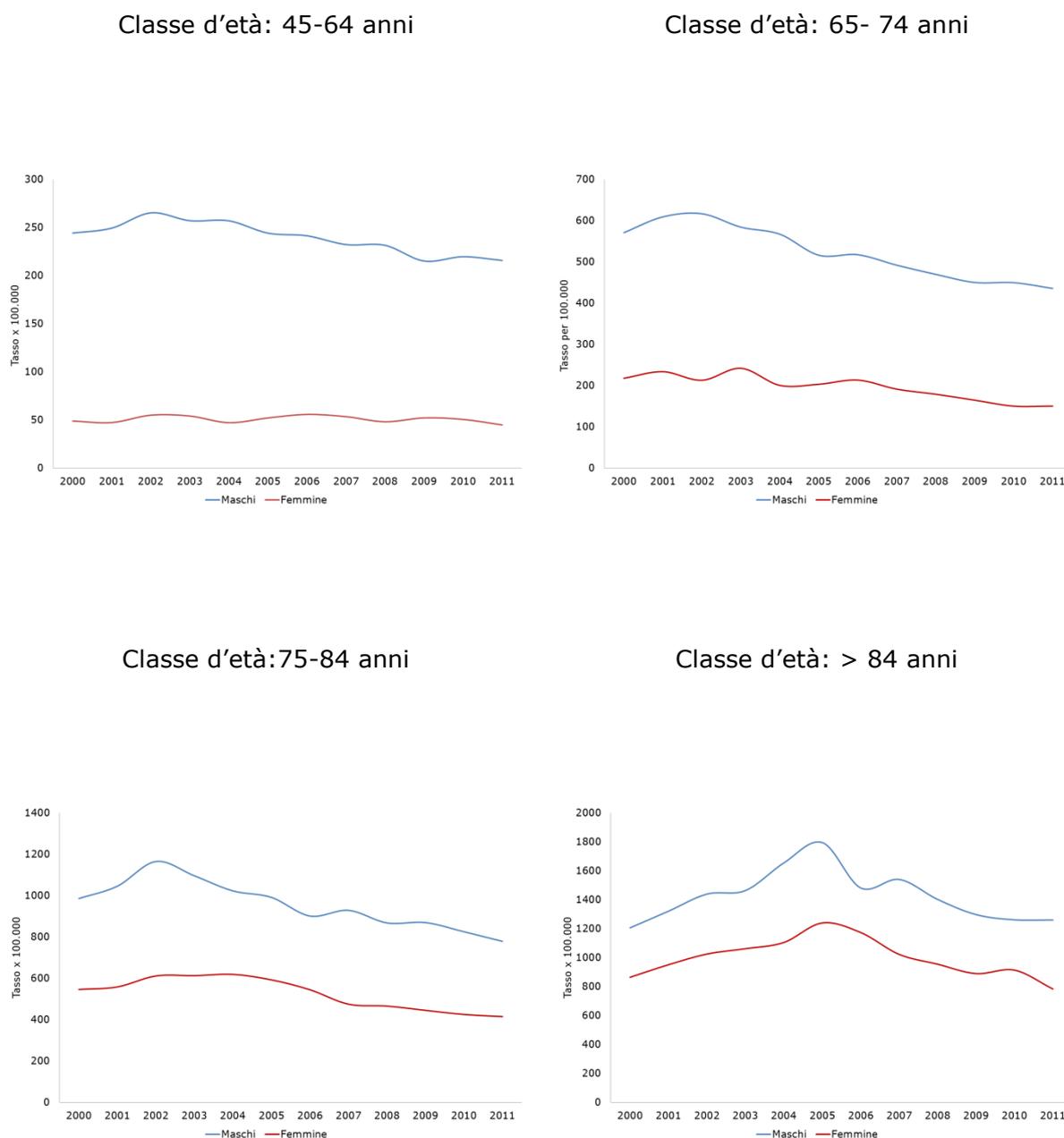
Tabella 2.7 IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2011 (Fonte: SER)						
Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	184	4,4	36	1,5	220	3,3
45-64	1.469	34,8	308	12,9	1.777	26,9
65-74	1.024	24,3	400	16,8	1.424	21,6
75-84	1.072	25,4	864	36,3	1.936	29,4
85+	467	11,1	772	32,4	1.239	18,8
TOT	4.216	100	2.380	100	6.596	100

Nella tabella sottostante è descritto il tasso osservato e il tasso standardizzato di ospedalizzazione per le due forme di IMA. Il trend temporale dei tassi di ricovero è simile in maschi e femmine, con un calo nel corso del decennio del 33% degli STEMI ed un raddoppio degli NSTEMI; il risultato di queste due dinamiche è una riduzione del tasso osservato di ricovero per IMA del 4%. I tassi standardizzati, tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione, mostrano una riduzione più marcata degli STEMI ed un aumento più contenuto degli NSTEMI, per una riduzione complessiva dell'ospedalizzazione del 15%. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,8:1 nel 2011); 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 2.8 IMA: tasso osservato e tasso standardizzato di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (tassi per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2011. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: SER)						
Anno	Tasso Osservato			Tasso Standardizzato		
	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2000	26,6	112,7	139,3	27,4	115,6	143,1
2001	35,9	113,9	149,8	36,4	115,2	151,6
2002	43,6	117,6	161,1	43,6	117,6	161,1
2003	46,4	114,3	160,7	45,8	113,3	159,1
2004	50,4	107,3	157,7	49,5	106,3	155,8
2005	55,4	101,1	156,5	54,1	99,8	153,9
2006	56,7	96,1	152,8	54,6	93,4	148,0
2007	56,0	91,5	147,4	53,1	87,3	140,4
2008	53,6	88,4	142,0	50,3	83,6	133,9
2009	54,7	83,3	137,9	50,7	77,9	128,6
2010	58,6	79,0	137,6	53,7	72,6	126,3
2011	59,2	74,4	133,6	53,5	67,6	121,1

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 negli ultimi anni, esauritosi l'effetto dell'introduzione dei nuovi criteri diagnostici, mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi. Sotto i 45 anni gli eventi sono rari, colpiscono pressoché esclusivamente il sesso maschile. Tra i 45 ed i 64 anni i tassi sono in riduzione negli uomini e stabili nelle donne; nel 2011 l'ospedalizzazione risulta comunque ancora quadrupla nel sesso maschile. La riduzione maggiore dei tassi di ricovero per IMA nell'arco dello scorso decennio si è registrata in entrambi i sessi tra i 65 ed i 74 anni. Nella classe di età più anziana si sono osservate le oscillazioni maggiori dei tassi di ricovero, che comunque a fine periodo sono tornati su valori simili a quelli iniziali.

Figura 2.23 IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011 (Fonte: SER)



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 2.24 Tasso standardizzato di eventi di IMA ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza. Uomini. Periodo 2010-2011. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: SER).

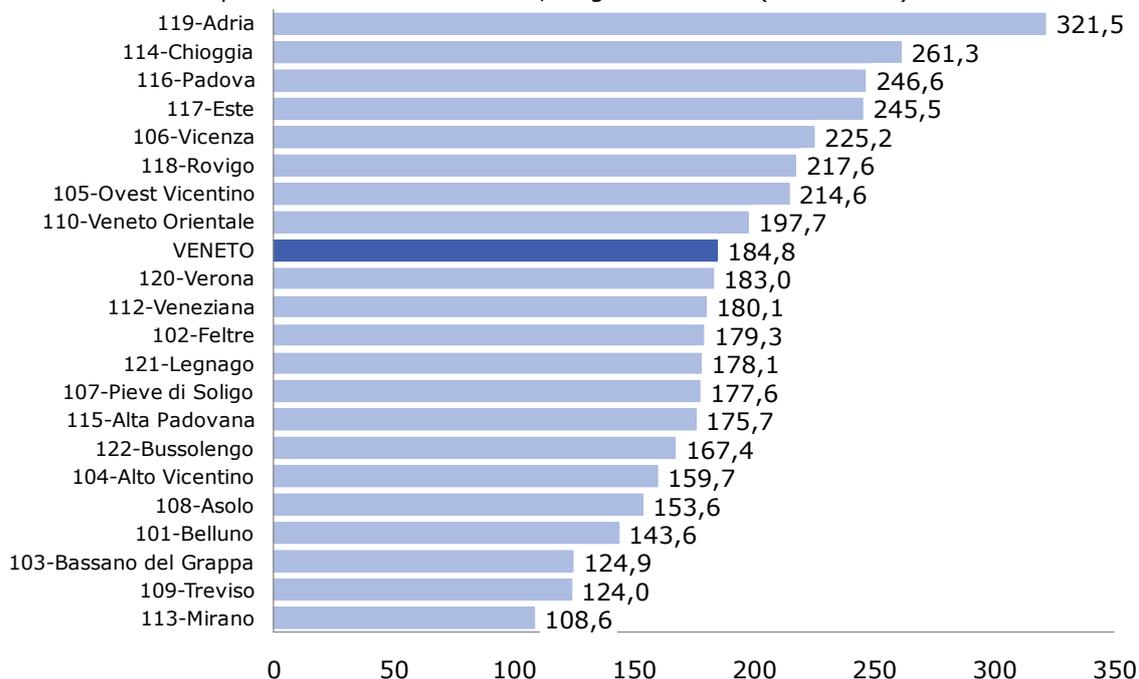
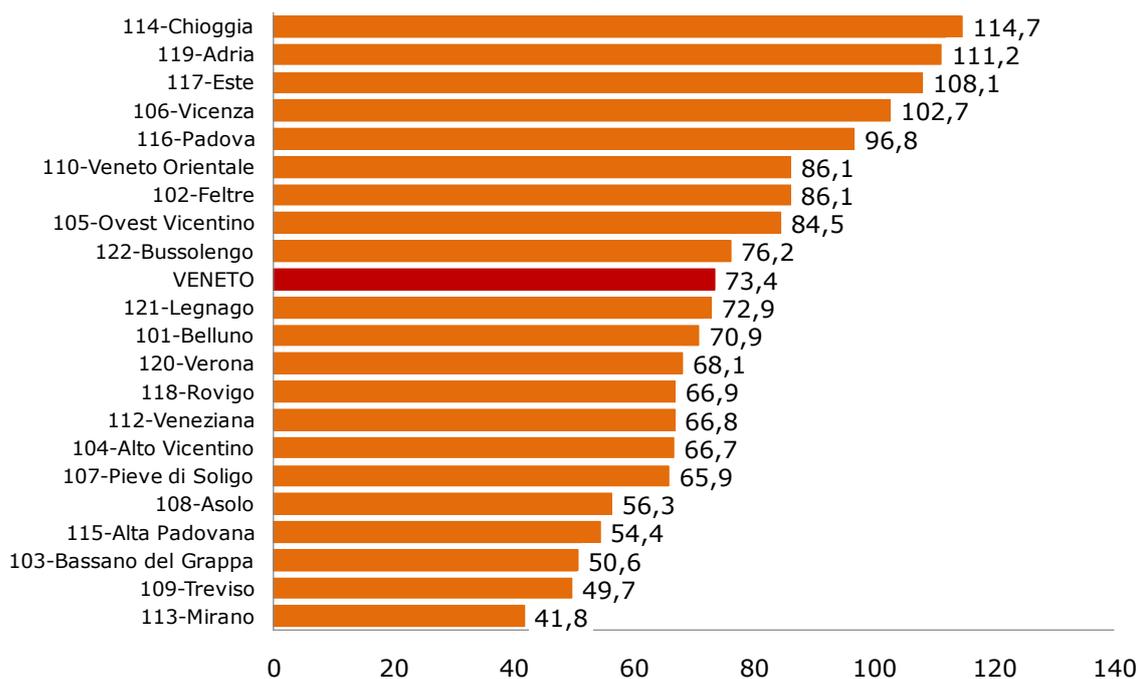


Figura 2.25 Tasso standardizzato di eventi di IMA ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza. Donne. Periodo 2010-2011. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: SER).



Approfondimenti

AA.VV., *I ricoveri in Veneto dal 2000 al 2011 - Ospedalizzazione generale e mobilità*, Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.6 Malattie cerebrovascolari

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 77% 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 sensibile riduzione del numero assoluto degli eventi negli ultimi dieci anni.

La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 60% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni.

Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio erapeutico per questo tipo di patologie hanno conosciuto un notevole cambiamento, con ripercussioni evidenti in particolare sugli aspetti organizzativi del modello assistenziale.

Ospedalizzazione per ictus

In questo paragrafo si descrivono sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto nello scorso decennio. 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 (434.- e 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 sensibile 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 2011 il 77% degli eventi è di tipo ischemico, nel 18% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.

Tabella 2.9 Numero di eventi di ictus ospedalizzati per anno. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera).												
Tipo di ictus	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emorragia cerebrale	1.393	1.460	1.351	1.392	1.482	1.603	1.517	1.481	1.610	1.586	1.703	1.629
Emorragia subaracnoidea	407	377	402	389	385	382	387	355	360	409	423	380
Ictus ischemico	7.740	7.713	7.950	7.914	7.657	7.549	7.440	7.427	7.094	7.124	7.237	6.898
Totale	9.540	9.550	9.703	9.695	9.524	9.534	9.344	9.263	9.064	9.119	9.363	8.907

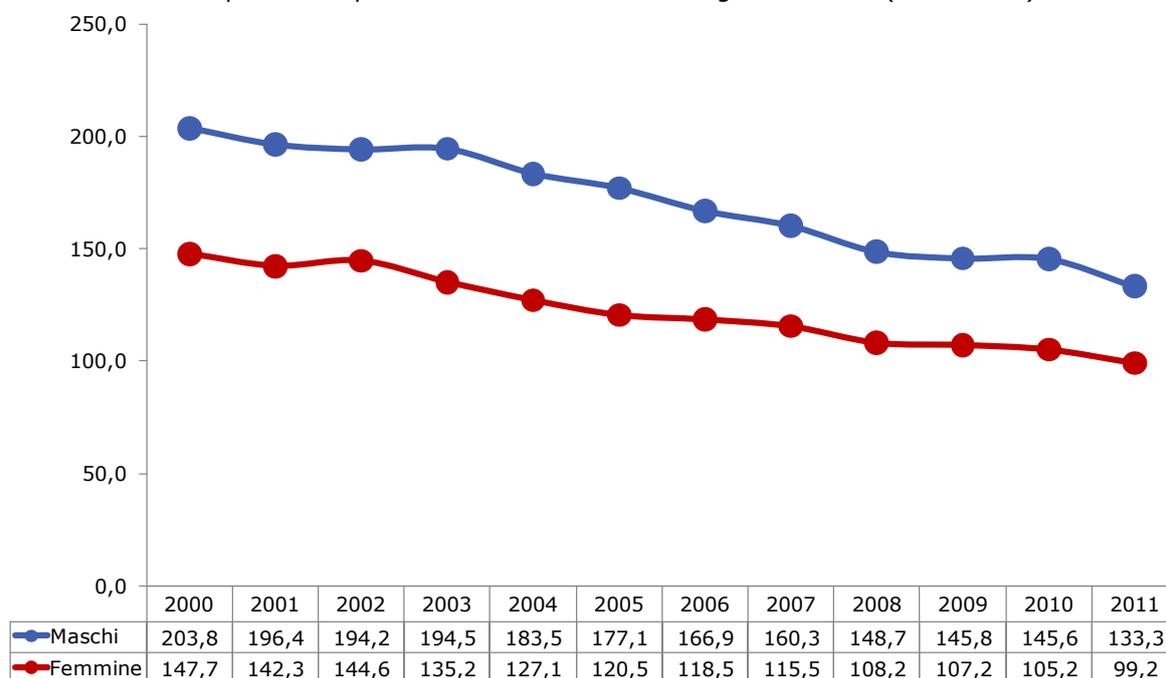
La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 61% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni (il 48% negli uomini ed il 72% nelle donne).

66

Tabella 2.10 Numero e percentuale di eventi di ictus ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011 (Fonte: SER - dati Schede di Dimissione Ospedaliera).						
Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	2.126	4,1	1.555	2,6	3.681	3,3
45-64	10.820	20,7	5.601	9,3	16.421	14,6
65-74	14.319	27,5	9.974	16,5	24.293	21,6
75-84	17.548	33,6	22.922	37,9	40.470	35,9
85+	7.344	14,1	20.393	33,7	27.737	24,6
TOT	52.160	100,0	60.446	100,0	112.606	100,0

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

Figura 2.26 Tasso standardizzato di eventi di ictus ischemico ospedalizzati per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2011. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2002 (Fonte: SER)



I soggetti con ictus emorragico sono assistiti prevalentemente nei reparti di neurochirurgia, terapia intensiva e neurologia, mentre una quota rilevante dei soggetti con ictus ischemico o non specificato è assistita nei reparti di medicina generale e geriatria. Per i soggetti con ictus ischemico si assiste ad un incremento nella proporzione di ricoveri in neurologia, in crescita dal 38% del 2000 al 53% del 2009.

Tabella 2.11 Eventi ospedalizzati di ictus ischemico o non specificato per reparto di dimissione. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011 (Fonte: SER)

Reparto di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
32-Neurologia	2.923	3.309	3.402	3.436	3.449	3.508	3.553	3.625	3.557	3.794	3.835	3.702
26-Medicina generale	2.317	2.235	2.396	2.396	2.069	2.166	2.081	1.972	1.800	1.746	1.821	1.725
21-Geriatria	1.247	1.284	1.205	1.106	1.164	1.062	1.068	1.110	1.064	954	1.028	1.062
Altro	1.253	885	947	976	975	813	738	720	673	630	553	409
Totale	7.740	7.713	7.950	7.914	7.657	7.549	7.440	7.427	7.094	7.124	7.237	6.898
% dimessi da Neurologia	38	43	43	43	45	46	48	49	50	53	53	54

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 2.27 Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda Ulss di residenza. Uomini. Periodo 2010-2011. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: SER).

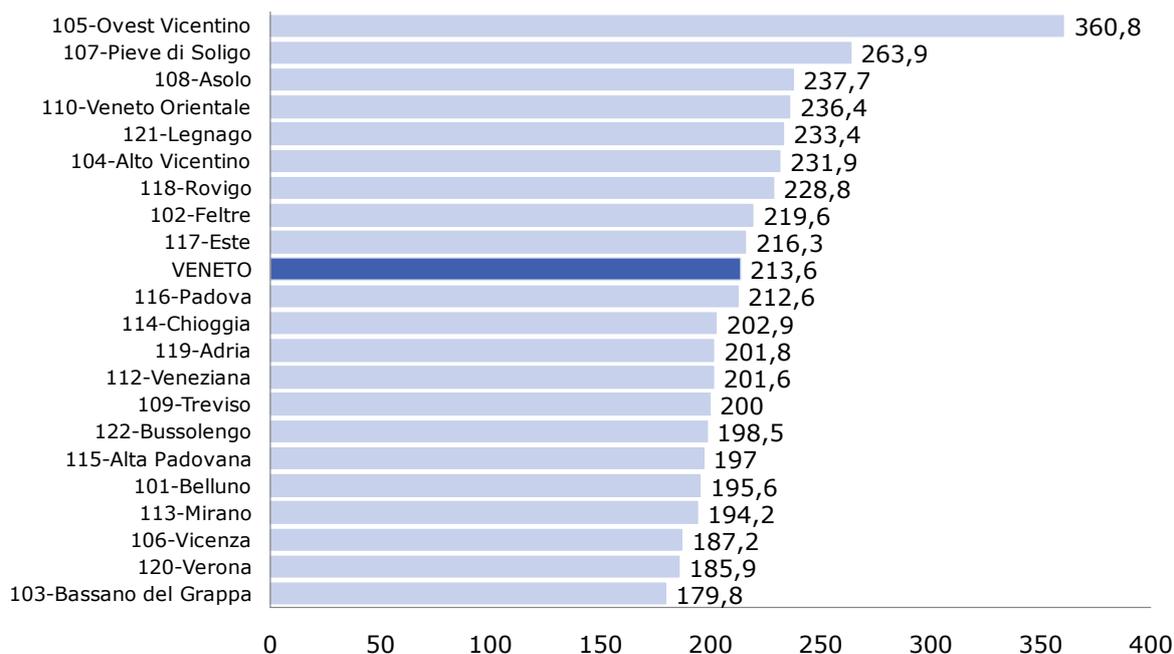
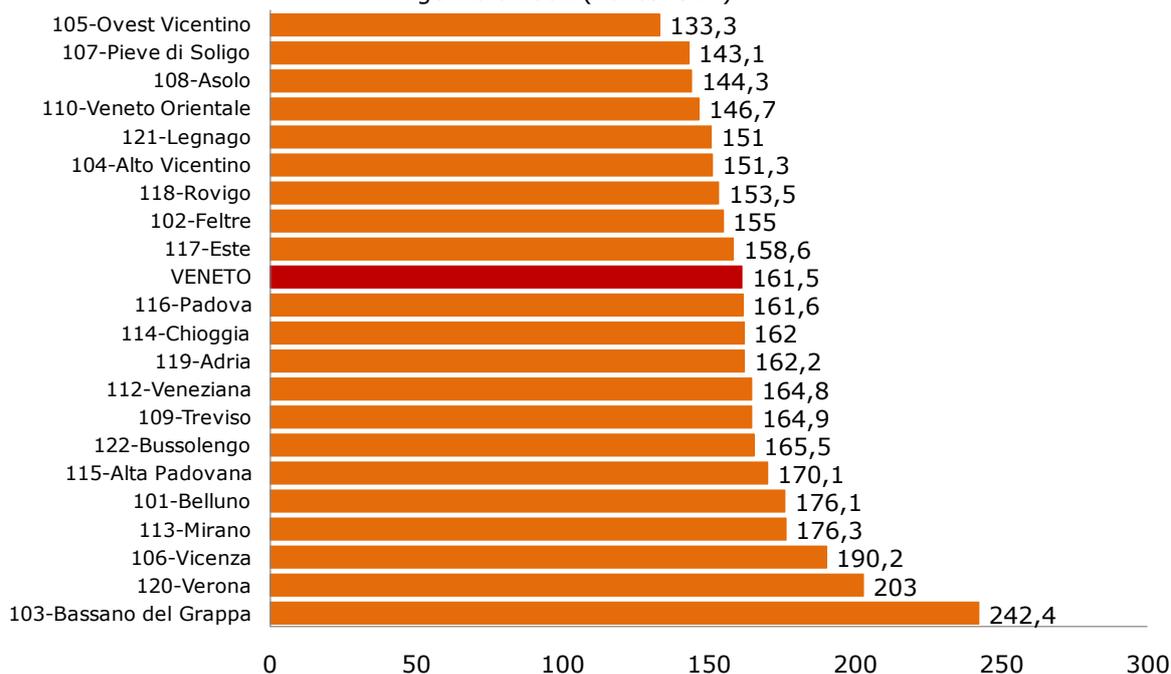


Figura 2.28 Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda Ulss di residenza. Donne. Periodo 2010-2011. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: SER).



Registro ictus

Lo studio prospettico osservazionale multicentrico "Sperimentazione di un Sistema di Sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle unità ictus di 1° e 2° livello della regione Veneto: registro ictus", approvato con DGRV n° 4273 del 29 dicembre 2009, ha previsto, nel periodo compreso tra il 1 settembre 2011 e il 31 agosto 2012, la raccolta di dati relativi ai pazienti transitati per patologia cerebrovascolare nelle Unità Ictus di 1° e 2° livello della Regione Veneto attraverso la consultazione delle cartelle cliniche e un'intervista telefonica a distanza di tre mesi dalla dimissione dall'Unità Ictus. La ricerca ha consentito di raccogliere precise informazioni, non disponibili nei dati amministrativi, sull'attività delle unità ictus del Veneto, in termini di casistica trattata e di percorsi diagnostico-terapeutici.

I centri partecipanti sono stati 21, comprendenti 6 centri di 2° livello (Verona, Vicenza, Padova Azienda Ospedaliera, Rovigo, Mestre, Treviso) e 15 centri di 1° livello (Negrar, Peschiera, Legnago, Bassano, Thiene, Arzignano, Monselice, Cittadella, Padova ULSS 16, Venezia, Portogruaro, Mirano, Castelfranco, Belluno, Feltre).

Nell'anno di rilevazione nelle 21 unità ictus della regione del Veneto sono stati trattati 3.375 eventi ictus. La maggior parte dei casi (71,5%) è rappresentata da ictus ischemici, al secondo posto per quanto riguarda la numerosità troviamo i TIA (14,8%) seguiti dalle emorragie (12,9%). L'età media di comparsa dell'evento è risultata intorno ai 70 anni con valori maggiori per l'ematoma subdurale (78,1 anni). Per tutti i tipi di evento la percentuale di maschi è superiore a quella delle femmine tranne che per l'emorragia subaracnoidea (Tabella 4).

La gravità degli eventi è stata valutata attraverso la scala NIHSS che tuttavia è risultata compilata solo in un terzo dei casi. Il valore mediano di NIHSS è risultato pari 5 per l'ictus ischemico (IQR=3-12), a 6 (IQR=3-15) per l'ictus emorragico e a 1 (IQR=0-2) per il TIA.

Ictus ischemici

Gli ictus ischemici sono stati gli eventi cerebrovascolari più frequenti tra quelli transitati per le unità ictus. Nel periodo di rilevazione sono stati registrati 2.415 casi di ictus ischemici di cui 1.337 nei maschi (55,4%) e 1.078 nelle femmine (44,6%). Nei maschi il 62,9% degli ictus ischemici si verifica prima dei 75 anni di età mentre nelle femmine la maggior parte degli eventi si ha dai 75 anni in su. Gli ictus giovanili, ovvero gli eventi insorti in età uguale o minore ai 44 anni, sono risultati il 4,3%.

Tabella 2.12 Numero di eventi ictus transitati per le unità ictus del Veneto dal settembre 2011 all'agosto 2012, età media e percentuale di maschi per tipo di evento (Fonte: SER).

Tipo di ictus	N	% sul totale dei casi	età media (+/- dev.Std)	% maschi
Ictus ischemico	2.415	71,5	71,4 (+/-13,4)	55,3
TIA	499	14,8	68,2 (+/-13,8)	53,3
Emorragia cerebrale	436	12,9	72,6 (+/-13,4)	58,7
Emorragia intraparenchimale	378		72,5 (+/-13,2)	59,2
Emorragia subaracnoidea	43		72,5 (+/-14,0)	46,5
Ematoma subdurale	31		78,1 (+/-12,4)	61,2
Ematoma extradurale	3		81,7(+/-5,5)	33,3
Trombosi venosa cerebrale	22	0,7	47,9 (+/-16,6)	45,4
Ischemia midollare	3	0,1	60,0 (+/-17,3)	33,3
Totale	3.375	100,0	70,9(+/-13,7)	55,4

Il 34,5% (832) degli ictus ischemici ha riconosciuto come eziologia la cardioembolia (di cui il 75,2% attribuito alla fibrillazione atriale), il 20,0% (483) l'aterosclerosi dei vasi extra o intra cranici, il 15,6% (377) la malattia dei piccoli vasi e il 5,1% (124) altre cause. In base al distretto vascolare interessato si è evidenziato che il 68,3% (1.650) degli ictus ischemici è classificabile come ictus del circolo anteriore e il 18,8% (455) come ictus del circolo posteriore.

Tabella 2.13 Numero e percentuale di eventi ictus ischemici per eziologia e sesso (Fonte: SER)

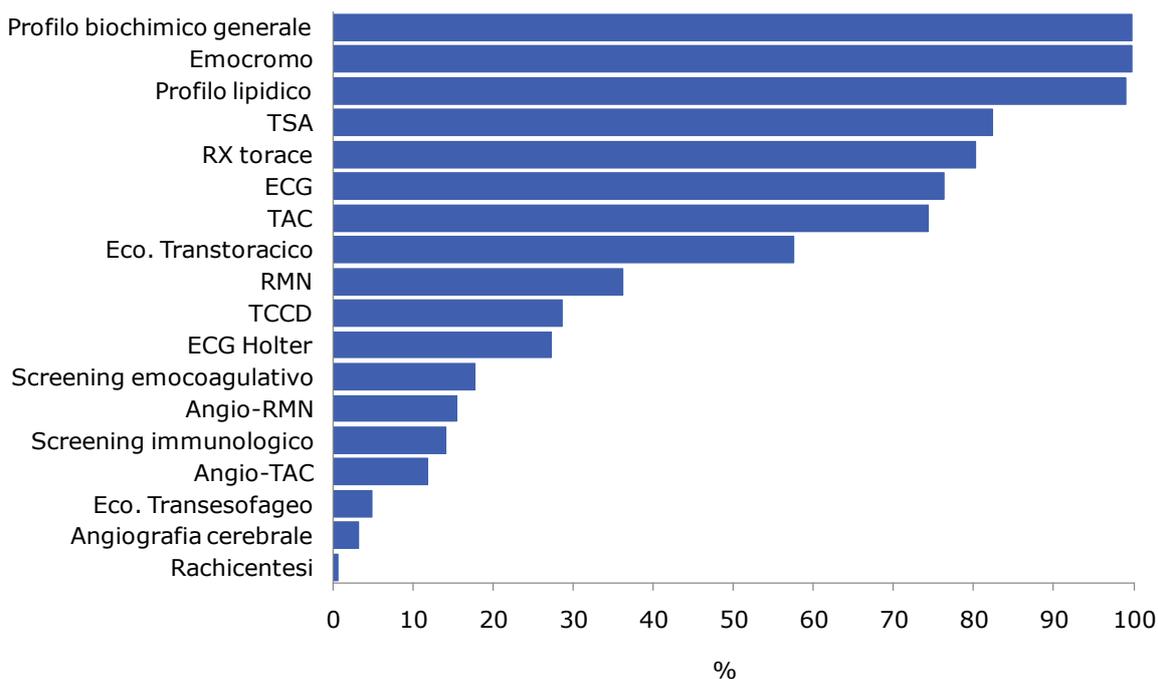
Eziologia	Maschi	Femmine	Totale
Cardioembolia	385 (28,8%)	447 (41,5%)	832 (34,5%)
Aterosclerosi*	317 (23,7%)	166 (15,4%)	483 (20,0%)
Malattia dei piccoli vasi	240 (18,0%)	137 (12,7%)	377 (15,6%)
Ictus da cause diverse	75 (5,6%)	49 (4,5%)	124 (5,1%)
Ictus da cause non determinate	320 (23,9%)	279 (25,9%)	599 (24,8%)
Totale	1.337 (100%)	1.078 (100%)	2.415 (100%)

* Aterosclerosi dei vasi extracranici + Aterosclerosi dei grossi vasi intracranici

Circa il 90% dei pazienti con ictus ischemico transitati per le unità ictus ha presentato almeno un fattore di rischio con valori maggiori per l'ipertensione (64,6%), il fumo (26,6%), la dislipidemia (21,9%), il diabete mellito (21,2%) e la fibrillazione atriale (19,6%). Inoltre il 25,7% dei pazienti aveva sviluppato un precedente evento ischemico. L'analisi dell'associazione dei fattori di rischio ha consentito di classificare i pazienti in base alla presenza di indicazioni alla terapia antiaggregante (per prevenzione primaria o

per prevenzione secondaria) e alla terapia anticoagulante. In particolare i pazienti con indicazione alla terapia antiaggregante per prevenzione primaria (pazienti con età uguale o superiore ai 30 anni, presenza di diabete mellito e uno dei fattori tra dislipidemia, ipertensione, alterazioni dell'emostasi, fumo, emicrania, terapia contraccettiva) sono risultati 457 di cui 235 (51,4%) in terapia. I pazienti con indicazione alla terapia antiaggregante per prevenzione secondaria (pazienti con pregresso IMA, ICTUS, coronaropatia o arteriopatia periferica) sono stati 877 di cui 615 (70,1%) ricevono un'adeguata terapia. Infine i pazienti con indicazione di terapia anticoagulante (fibrillazione atriale o protesi valvolari) sono stati 517 di cui 167 (32,3%) risultano effettivamente trattati. In riferimento alla clinica di presentazione i segni maggiormente presenti sono risultati le emisindromi, l'afasia e la disartria. I pazienti con alterazioni dello stato di coscienza sono stati 264 (10,9%) di cui 181 nei pazienti con ictus ischemico del distretto anteriore e 51 nei pazienti con ictus ischemico del distretto posteriore. I disturbi corticali si sono riscontrati in 826 pazienti, pari al 34,6% dei pazienti con ictus ischemico. Il 90,7% (2.192) dei pazienti con ictus ischemico transitati per le unità ictus hanno eseguito la valutazione neurologica in emergenza. La quasi totalità (98,5%; 2.378) ha effettuato una TAC cerebrale in emergenza. Di particolare importanza è l'esecuzione di un esame radiologico (TAC o RMN) di controllo possibilmente entro le 48 ore o al massimo entro 7 giorni. Dai nostri dati risulta che il 95,2% dei pazienti con ictus ischemico ricoverati in unità ictus hanno eseguito un esame radiologico (TAC o RMN) di controllo nei tempi indicati nelle linee guida della gestione dell'ictus.

Figura 2.29 Percentuale di pazienti con ictus ischemico per tipo di esame eseguito in neurologia (Fonte: SER)



Gli esami eseguiti durante il ricovero in neurologia nei pazienti con ictus ischemico transitati per le unità ictus sono stati raggruppati in due categorie: quelli per lo studio vascolare (TSA, TCCD, angio-TAC, angio-RMN, arteriografia cerebrale) e quelli per lo studio del profilo cardiaco (ECG, ecotratoracico, ecotransesofageo, ECG-holter) con particolare riferimento alle eventuali sorgenti cardiemboliche. L'analisi ha evidenziato che l'assenza di un rischio noto comporta una maggior probabilità che il paziente sia studiato in maniera più approfondita sia per quanto riguarda il profilo cardiaco che quello vascolare, mentre il ricovero in un centro Spoke e l'età avanzata sembrano determinare un percorso diagnostico meno completo sia per quanto riguarda l'aspetto cardiaco che quello vascolare. Il tipo di eziologia (da cause determinate/da cause non determinate) non influenza il livello di approfondimento diagnostico.

La terapia della fase acuta dell'ictus prevede l'individuazione dei pazienti da sottoporre a trattamento fibrinolitico sia sistemico che locoregionale e dei pazienti da trattare al di fuori della trombolisi. Nel nostro lavoro risultano eseguite 433 trombolisi endovenose (centri Hub= 268; centri Spoke= Spoke 165) pari a circa il 18% dei casi transitati per le unità ictus. La terapia riabilitativa è stata eseguita in ospedale in 1.096 pazienti (48,5%) dimessi vivi: il 46,2% riceve la riabilitazione entro 3 giorni dall'evento e il 37,7% tra il 4° e il 7° giorno. Nella Tabella è descritta la distribuzione percentuale degli ictus ischemici transitati per le stroke unit per tipo di terapia alla dimissione ed eziologia. In particolare si osserva che i pazienti con ictus ischemico cardiembolico dimessi con prescrizione di anticoagulanti sono poco più della metà e solo al 55% dei pazienti con ictus ischemico sono prescritte le statine alla dimissione. Inoltre solo il 15,9% dei pazienti che avevano in anamnesi come fattore di rischio il fumo di sigaretta hanno ricevuto alla dimissione consigli per smettere. La percentuale di soggetti vivi al follow-up che hanno dichiarato un'aderenza alla terapia nel post-dimissione risulta pari al 97,4%.

72

Tabella Percentuale di ictus ischemici per tipo di terapia alla dimissione ed eziologia.					
Eziologia	Terapia antiaggregante	Terapia anticoagulante	Terapia antiipertensiva	Statine	Terapia antidiabetica
Cardioembolia	52,4%	54,5%	81,7%	43,9%	14,7%
Aterosclerosi	89,8%	17,7%	74,6%	70,0%	19,4%
Malattia dei piccoli vasi	92,3%	11,7%	78,7%	66,4%	25,3%
Cause diverse	70,8%	31,9%	54,0%	40,7%	11,5%
Ictus da cause non determinate	93,0%	11,0%	70,0%	52,1%	16,8%
Totale	77,3%	28,3%	75,5%	54,7%	17,8%

Il tasso di mortalità a 7 giorni è risultato pari a 5,6% mentre il tasso di mortalità complessivo entro 3 mesi dopo un evento di ictus ischemico al 12,3%.

Un secondo indicatore di esito è il grado di disabilità alla dimissione, calcolato come differenza tra NIHSS in entrata e NIHSS alla dimissione, considerando un cambiamento significativo un miglioramento di almeno 4 punti nella scala NIHSS (o la restituito al livello 0 nella scala di disabilità) alla dimissione rispetto al punteggio in entrata. Tutti i casi di decesso sono considerati come peggioramenti significativi.

Nei pazienti in cui è stato possibile il calcolo dell'indicatore (1.429) si sono registrati miglioramenti significativi nel 42% dei casi (n=606) e esiti peggiorativi dello stato di disabilità nel 12% (n=172). La quota maggiore di miglioramenti significativi si registra tra chi presenta all'arrivo deficit neurologici moderati.

Un ulteriore indicatore di esito è rappresentato dalla quota di pazienti che alla dimissione sono in grado di svolgere tutte le loro attività abituali, ovvero che presentano un punteggio Rankin alla dimissione pari a 0 o 1. Tra coloro per i quali il dato è registrato (solo il 42% dei casi), il 42% (622 casi) ha avuto un esito positivo in termini di disabilità (il 25% sul totale dei pazienti colpiti da ictus ischemico).

Infine, la percentuale di pazienti che a tre mesi dall'evento ha dichiarato il recupero della completa indipendenza, misurata come scala IADL al follow-up, è stato pari al 57%.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4273 del 29 dicembre 2009](#) "L.R. n. 5 del 9 febbraio 2001, art. 15. Ricerca Sanitaria Finalizzata. Attuazione programma annuale. Valutazione progetti pluriennali di ricerca per l'anno 2009".

Approfondimenti

Micieli G., Cavallini A., Quaglini S, Fontana G, Duè M., Meola Giovanni, "The Lombardia Stroke Unit Registry: 1-year experience of a web-based hospital stroke registry", in *Neurological Sciences* 2010; 31:555-64

AA.VV., *Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare*, Roma: 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).

Altro materiale sui risultati della ricerca è disponibile nel sito del [Sistema Epidemiologico Regionale](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.7 Diabete

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 1.3 Scenario socio-demografico e epidemiologico. Principali gruppi di malattie: occorrenza e ospedalizzazione. Il diabete mellito. Pagina 16. In ragione dell'alto grado di possibilità di prevenzione, la lotta al diabete si deve basare sia sulla promozione della salute sia sulla cura della malattia, in entrambi i casi con dimostrata riduzione della morbilità, mortalità e contenimento della spesa.

Quadro di sintesi

Sulla base dei dati disponibili sulle esenzioni per patologia, sui ricoveri e sul consumo di farmaci antidiabetici, la prevalenza del diabete mellito nella Regione del Veneto viene stimata intorno al 5% della popolazione generale. Tuttavia, una quota non trascurabile di soggetti diabetici non viene catturata dai dati "amministrativi", in particolare nelle situazioni in cui non è necessario il trattamento con farmaci: infatti dai dati raccolti dalla rete dei MMG "Milleinrete", tale stima raggiunge il 7% nella popolazione con più di 15 anni contro il 6% ricavato dai dati dei flussi informativi correnti.

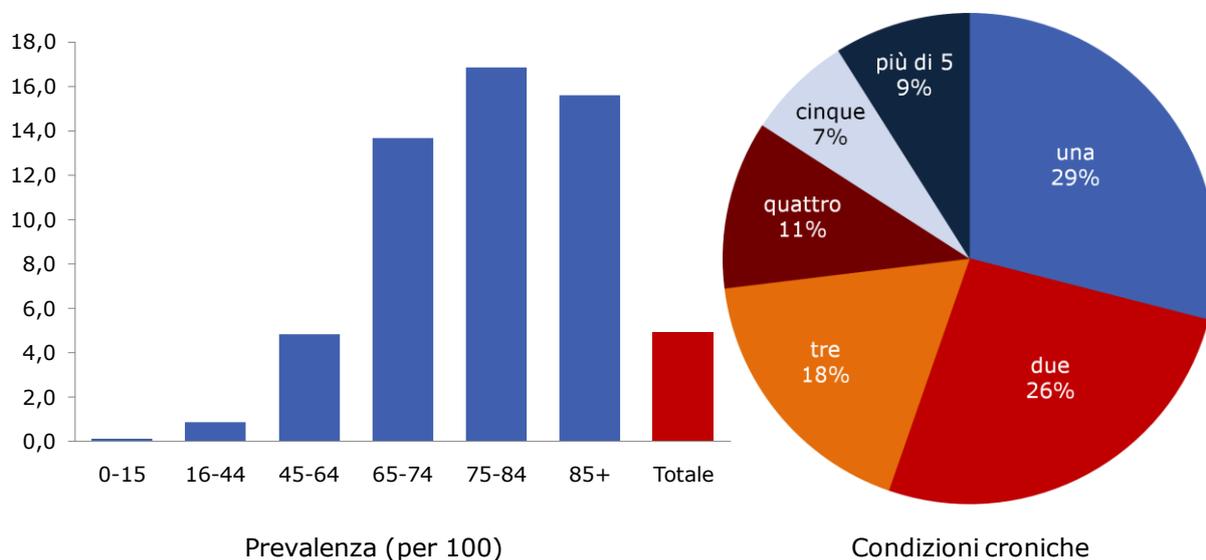
74

Diabete

La stima della prevalenza del diabete mellito nella popolazione viene usualmente calcolata incrociando i dati provenienti dalle fonti informative sanitarie "correnti"; infatti il diabete è una condizione a gestione prevalentemente ambulatoriale che è possibile tracciare con buona approssimazione attraverso i farmaci utilizzati, in quanto la terapia farmacologica del diabete è estremamente specifica, le esenzioni per patologia e i ricoveri ospedalieri che, pur interessando una quota ridotta della popolazione diabetica, ne identifica la componente più grave e a maggiore impatto sulla salute e sulle risorse assistenziali utilizzate.

Da una recente valutazione condotta nell'ambito del Progetto regionale ACG su dati del 2011 riferiti alle Aziende ULSS di Padova e di Verona (circa 2 milioni di abitanti), la stima dei soggetti diabetici risulta pari al 5% della popolazione generale, con un andamento crescente rispetto all'età. Le persone con diabete sono spesso affette anche da altre malattie croniche e quindi si caratterizzano per un elevato livello di complessità assistenziale: circa il 70% della popolazione diabetica presenta infatti almeno una ulteriore patologia cronica e sono più di un quarto i soggetti con quattro o più condizioni croniche associate.

Figura 2.30 Popolazione con diagnosi di diabete o trattata con farmaci antidiabetici: prevalenza per classi di età e distribuzione per numero di condizioni croniche presenti. Aziende ULSS di Padova e Verona. (Fonte: Progetto regionale ACG, anno 2011)



Considerando solo la popolazione di età superiore ai 15 anni, la stima della prevalenza aumenta al 5,7%, valore coerente con i risultati ottenuti nell'ambito del Progetto VALORE (dati su due distretti della ULSS di Padova riferiti al periodo 2003-2008). Tuttavia, una quota non trascurabile di soggetti diabetici non viene catturata dai soli dati correnti, in particolare nelle situazioni in cui non è necessario il trattamento con farmaci, e che sono però generalmente noti al Medico di Medicina Generale (MMG). A questo proposito è in corso in Veneto un progetto di ricerca che vede il coinvolgimento della rete dei MMG "Milleinrete", costituita da 104 medici addestrati alla accurata registrazione e codifica nella cartella ambulatoriale dei problemi di salute dei propri assistiti. I dati preliminari disponibili mostrano che la rilevazione condotta dai medici "Milleinrete" conduce a stime di prevalenza sistematicamente più elevate di quelle ottenute sia sulla base delle fonti correnti, sia sui dati messi a disposizione dei MMG coinvolti nel Progetto VALORE.

Tabella 2.15 Confronto della prevalenza della popolazione diabetica per classi di età da diverse fonti informative (per 100 ab.)

Fonte Informativa	Età					
	16-44	45-64	65-74	75-84	85+	Tot.
Progetto ACG (dati amministrativi)	0,9	4,8	13,7	16,9	15,6	5,7
Progetto VALORE - Dati ammin.	0,9	4,4	13,1	16,9	14,8	5,6
Progetto VALORE - Cartelle MMG	0,7	6,4	15,4	15,7	11,9	6,2
104 MMG "Milleinrete"	1,0	6,9	19,3	19,7	18,7	7,6

La disponibilità dei dati rilevati dai MMG consente di effettuare periodicamente un monitoraggio antropometrico, clinico, laboratoristico e strumentale dei pazienti, valendosi del contributo della segreteria e dell'infermiere dello studio, laddove disponibili. I migliori report sull'assistenza clinica ai pazienti cronici, come documentato dai risultati dell'esperienza inglese, sono sicuramente quelli che si fondano sulla partecipazione attiva dei MMG e sull'utilizzo delle loro cartelle cliniche. Altre valenze assistenziali ed epidemiologiche dell'utilizzo professionale della cartella possono essere la fenotipizzazione del diabete mellito, ed in particolare l'individuazione di pazienti con diabete mellito di tipo 2 non complicati eleggibili nell'ambito di programmi di care management; l'individuazione di situazione pre-diabetiche; la gestione non farmacologica dei pazienti con diabete mellito di tipo 2.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

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

[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".

Approfondimenti

AA.VV., *Progetto ACG. Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del primo anno di sperimentazione*, Padova: Pubblicazione a cura dell'Azienda ULSS 20 Verona, dell'Azienda ULSS 16 Padova e del Sistema Epidemiologico Regionale, aprile 2013.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Age.Na.S.), La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale: Progetto VALORE, atti del Convegno del 16 giugno 2011 disponibili nel [sito Internet dell'Age.Na.S.](#)

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

Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale, *VII Report Health Search*, Firenze: Rixpress, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.8 Insufficienza renale cronica

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 500 pazienti-anno ad iniziare un trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto). Il diabete mellito rappresenta una causa rilevante (19%) ed in aumento (+7% annuo) per l'inizio di un trattamento sostitutivo. La sopravvivenza dopo l'inizio del trattamento sostitutivo – pur essendo in linea con i migliori risultati internazionali – rimane severa: a 5 anni sopravvive il 60% circa dei pazienti. 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 4.700 persone.

77

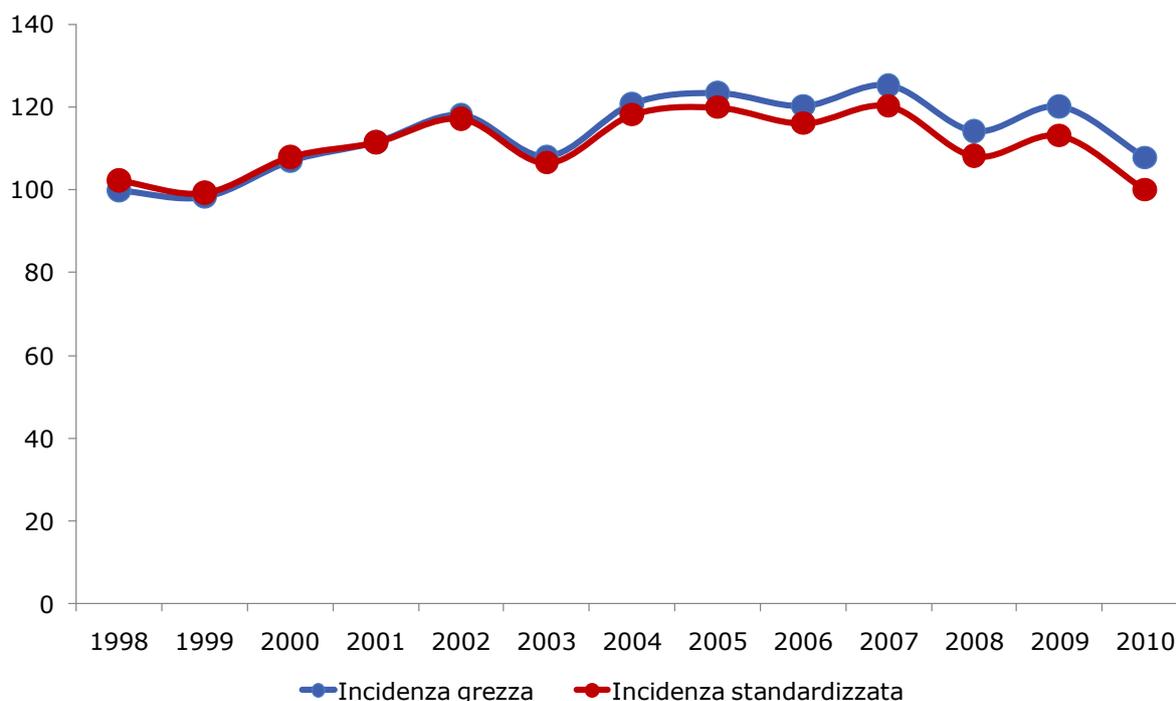
1.1 Insufficienza renale cronica e incidenza annuale dell'inizio del trattamento sostitutivo

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.

Va sottolineato che la malattia renale cronica nel suo ultimo stadio - quando cioè per garantire la sopravvivenza si rende necessario sostituire la funzione renale con la dialisi o il trapianto - è la situazione clinica di maggior impatto emotivo ed economico, ma non sanitario, poiché costituisce la punta dell'iceberg di una malattia che colpisce circa il 10% della popolazione veneta e che condiziona lo stato di salute e l'aspettativa di vita

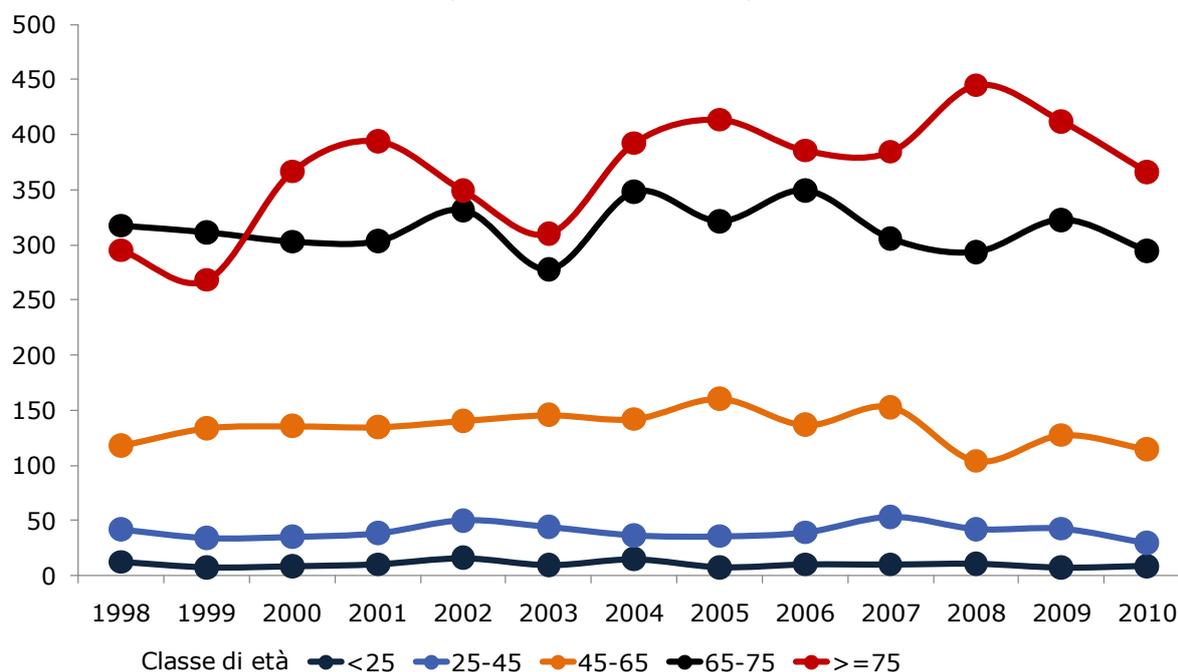
essendo associata ad un incremento della mortalità e morbilità per tutte le cause. L'inizio della terapia renale sostitutiva è infatti lo stadio finale comune a molte malattie renali primitive o secondarie a patologie sistemiche; le patologie che danno il maggior contributo alla dialisi sono le malattie vascolari che rappresentano circa il 40%, il diabete che oscilla intorno al 20% e le glomerulonefriti primitive che rappresentano il 10 - 15%. In molte altre regioni italiane e soprattutto all'estero, il diabete è già la causa più importante d'insufficienza renale che richiede terapia sostitutiva. Ogni anno in Veneto iniziano la dialisi circa 500 nuovi pazienti, il che corrisponde a un'incidenza grezza di circa 100 pazienti per milione di abitanti; questo indicatore non si modifica in modo sostanziale nell'ultimo decennio se corretto per l'età della popolazione (standard: popolazione ISTAT del Veneto al 2001), come si può notare nella figura seguente.

Figura 2.31 Trend del tasso di incidenza annuale per milione di abitanti per l'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo (Fonte: RVDT, 1998-2010)



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 2.32 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)



La proiezione al 2015 mostra un tasso di incidenza stabile, tranne che per la classe degli ultrasettantacinquenni che evidenzia un lento, ma progressivo aumento. Il 75% dei pazienti che inizia il trattamento sostitutivo è anche affetto da almeno una comorbidità, 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%). In particolare per il diabete mellito e l'insufficienza cardiaca c'è una tendenza all'aumento nel corso degli anni dell'ordine del 7% annuo. 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. Un'esigua minoranza di pazienti viene sottoposta a trapianto di rene senza passare per la dialisi: solo nel 2009, probabilmente come risultato della campagna di promozione effettuata dalla Regione Veneto il numero di casi comincia a essere numericamente rilevante (7 nel 2009).

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 59% dei pazienti in trattamento sostitutivo, mentre a 10 anni il 41%: si tratta di percentuali simili, se non inferiori, a quelle dei soggetti affetti da alcune neoplasie.

La sopravvivenza relativa dipende fortemente dall'età e dalla malattia renale primitiva: la sopravvivenza relativa a 10 anni di una persona che ha meno di 25 anni è superiore al 90%, mentre quella di una persona di 75 anni e più è inferiore al 10%

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

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. L'interpretazione delle differenze di sopravvivenza è in realtà complessa perché sia i pazienti in dialisi trattati con la dialisi peritoneale sia in particolar modo i pazienti trapiantati hanno in genere migliori condizioni di salute, mentre i pazienti affetti da più comorbidity sono avviati all'emodialisi. L'evoluzione clinica della malattia nel corso del periodo di osservazione comporta dei passaggi da una modalità all'altra di terapia sostitutiva, che sono illustrati nella tabella successiva.

Tabella 2.16 Modalità di passaggio tra diversi tipi di terapia sostitutiva (durante l'evoluzione clinica dell'insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo). Fonte RVDT

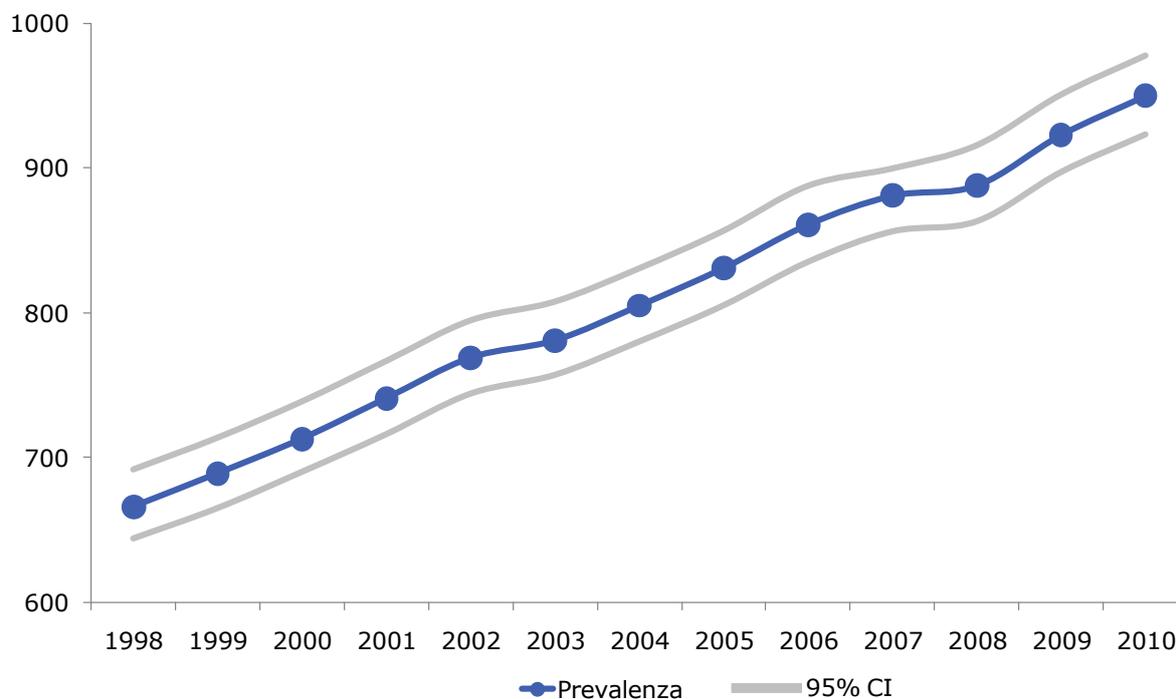
Da	a				
	Emodialisi	Dialisi peritoneale	Trapianto del rene	Morte	Nessun evento
Malattia renale cronica	78,4	21,6	0	0	0
Emodialisi	0	0	14,1	50,8	35,1
Dialisi peritoneale	26,9	0	27,9	25,3	20,9
Trapianto	0	0	0	7,3	92,7

Prevalenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Al 31/12/2010 risultavano 4.692 pazienti, in maggioranza maschi, sottoposti a trattamento renale sostitutivo in Veneto con una prevalenza pari a 950 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.

Figura 2.33 Trend di prevalenza dei pazienti con malattia renale cronica in trattamento sostitutivo (Fonte: RVDT, 1998-2010)



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 52% è in emodialisi, il 39% è trapiantato ed il 10% è in dialisi peritoneale. La proporzione di pazienti trapiantati è quasi raddoppiata nel corso di un decennio per il motivo che questi pazienti tendono ad accumularsi rapidamente e costantemente dal momento che provengono sia dall'emodialisi sia dalla dialisi peritoneale, hanno una mortalità molto bassa, il rientro in dialisi è poco frequente. Anche la proporzione ed il numero assoluto di pazienti in dialisi – ben più impegnativi per la gestione clinica – è comunque aumentato, passando da 1.780 pazienti nel 1998 a 2.332 pazienti nel 2010.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11](#) recante: "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2010". Articolo 18 - Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario.

Approfondimenti

Gambaro G, Yabarek T, Graziani MS, et al. [Prevalence of CKD in northeastern Italy: results of the INCIPE study and comparison with NHANES](#). Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 1946-53. Dati internazionali sulla sopravvivenza relativa dopo trattamento sostitutivo.

Maurizio Nordio, Michele Nichelatti, Umberto Maggiore, Aurelio Limido, Francesco Antonucci, [Valutazione della qualità delle cure mediante modelli gerarchici nel registro italiano di dialisi e trapianto](#). G Ital Nefrol 2011; 28 (2): 195-200.

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

2.9 Salute materno-infantile

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 27,3% 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 19%), e circa 1/3 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% dei parti. Un grave problema emergente è legato alla tardiva effettuazione delle ecografie morfologiche che avviene nel 14% 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.

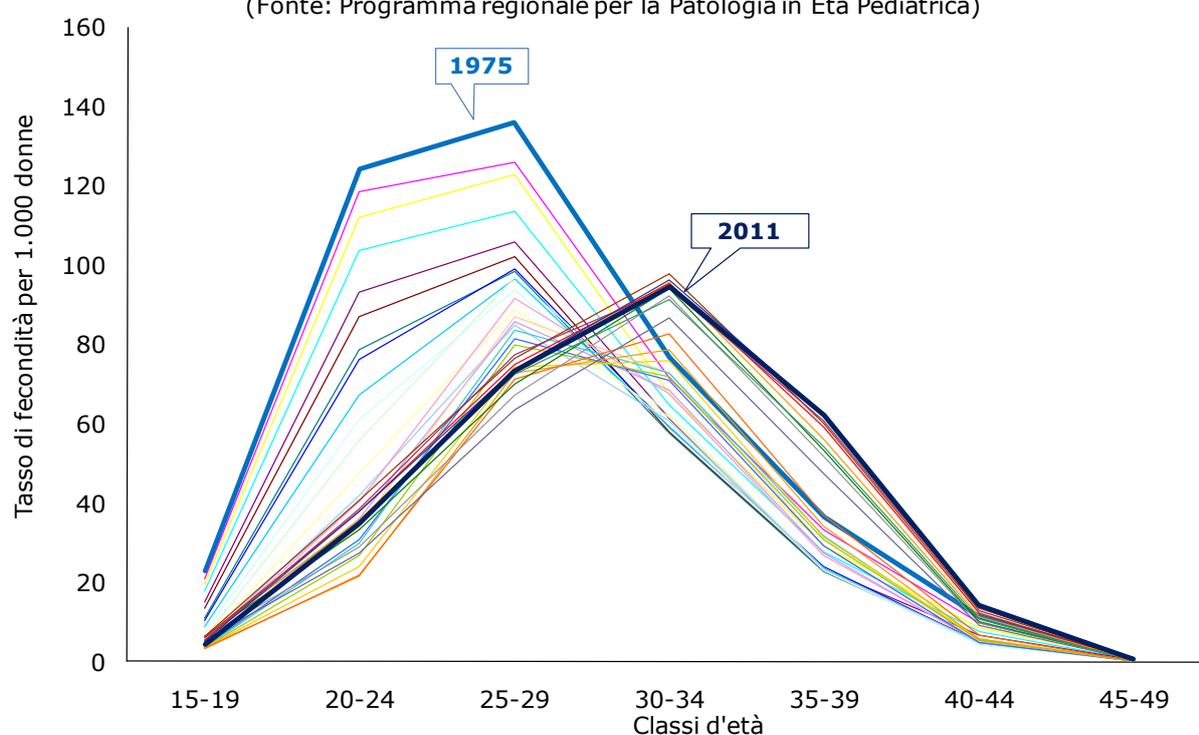
Le donne in età fertile ammontano a 1.093.368 unità dalle quali risultano circa 59.000 gravidanze per anno e oltre 45.000 nuovi nati. Nel 2011 il numero medio di figli per donna è 1,42, in leggero calo rispetto all'anno precedente (1,45), ma perfettamente in linea col dato nazionale stimato dall'ISTAT (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 (10,6‰) e di fecondità (45,8‰) 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 44%, mentre il numero di parti da madri con età inferiore ai 25 anni è cresciuto del 13%. La percentuale di parti da minorenni è costante nel tempo e pari allo 0,2%.

La figura 2.33 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2011. Risulta evidente come nell'arco di questi trentasei 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 95 per la classe 30-34 nell'anno 2011.

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 2.34 Tassi di fecondità specifici per età. Veneto, 1975-2011
(Fonte: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica)



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 ASL, 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.

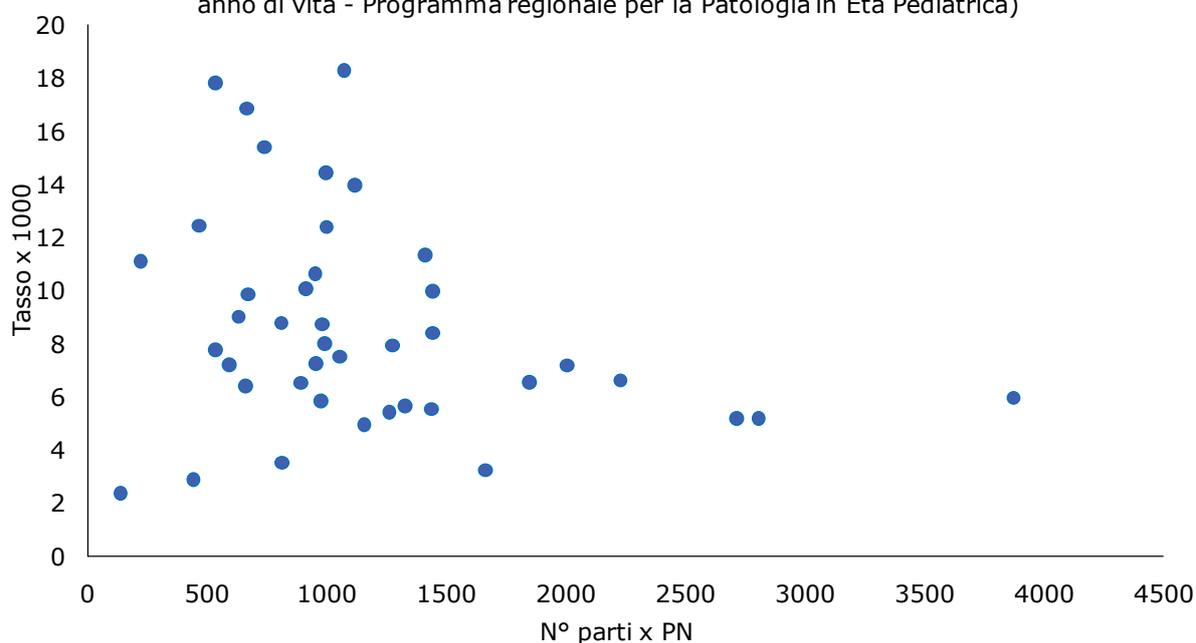
L'attuale PSSR ha previsto per il periodo 2012-2016 la riorganizzazione della rete dei Punti nascita, tenendo a riferimento i contenuti dell'accordo "Linee di indirizzo per la

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 (5 Punti nascita che sommano 1.592 parti, il 3,6% del totale) e Punti nascita da 500 a 1.000 parti (16 Punti nascita che sommano 12.547 parti, il 28,2% del totale) (dati aggiornati al 2011). Le situazioni più critiche con 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.

Sono attualmente in fase di definizione le nuove schede ospedaliere e con esse la rete dei Punti nascita vedrà una ulteriore contrazione del numero dei Punti nascita.

Al fine di una adeguata pianificazione è importante considerare anche gli indicatori di esito. Dalla figura sottostante appare evidente che i nati in alcuni PN della Regione presentano esiti all'anno di vita di gran lunga peggiori rispetto all'attesa media regionale. Al di sotto dei 2000, ed in particolare dei 1000 parti/anno si rileva la maggiore variabilità tra punti nascita in termini di esiti, indipendentemente dal volume di attività.

Figura 2.35 Tasso standardizzato di mortalità (nati morti + morti entro 1 anno di vita) x 1.000 nati. Anni 2007-2009 (Fonte: Cedap e Schede di morte primo anno di vita - Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica)



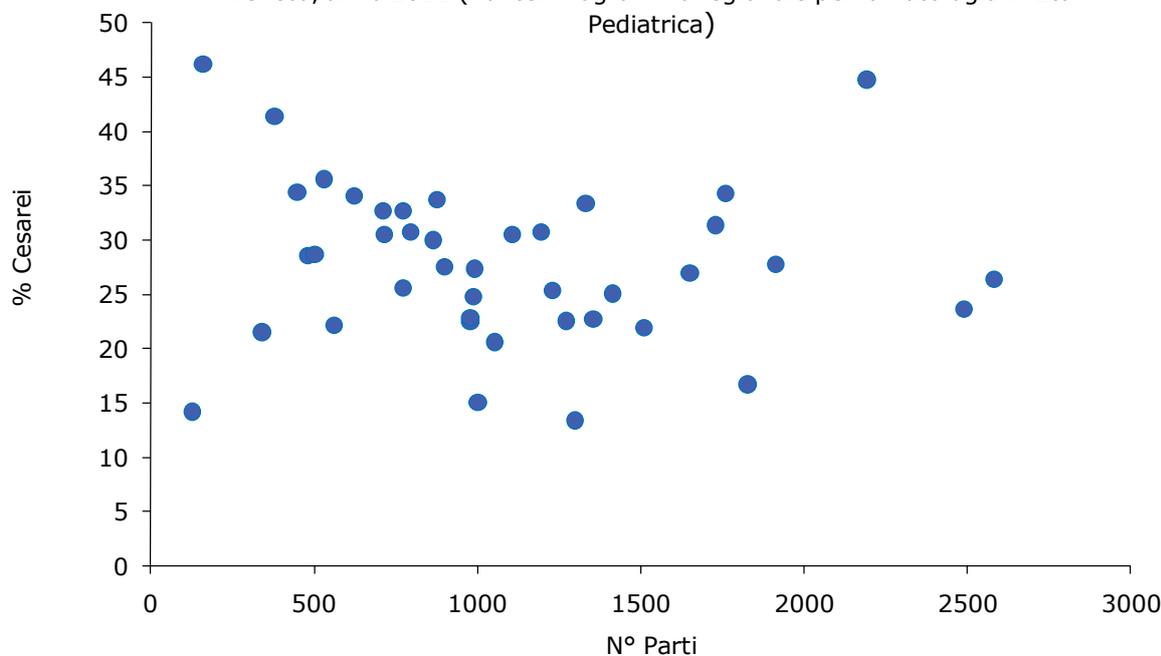
Gravidanza, parto e nascita

Aspetti critici

Attualmente il 27,3% dei parti avviene mediante il taglio cesareo con un'importante variabilità tra Punti nascita (Figura 2.35) (range tra Punti nascita : 13,4%-46,3%) e per Asl di residenza materna.

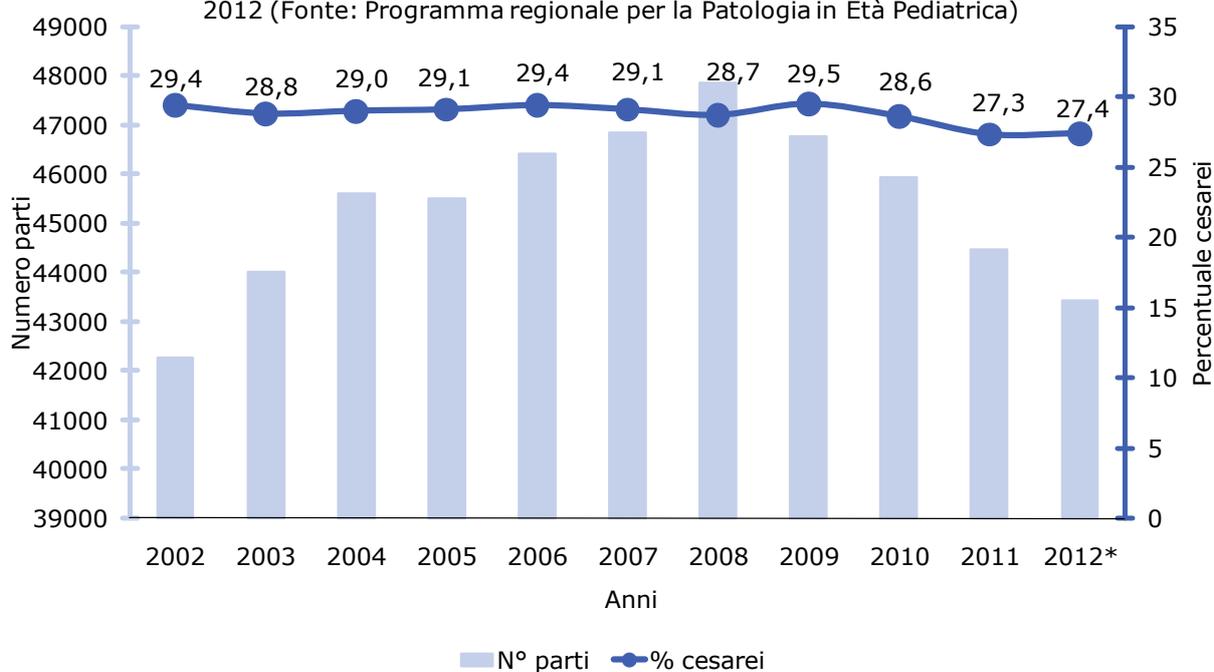
L'analisi dell'andamento del ricorso al cesareo nel tempo mostra una certa stabilità in Veneto (Figura 2.36); solo negli anni più recenti si rileva una tendenza alla sua diminuzione.

Figura 2.36 Distribuzione dei punti nascita per n° parti e percentuale cesarei. Veneto, anno 2011 (Fonte: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica)



86

Figura 2.37 Andamento del tasso di cesarei e n° di parti. Veneto, anni 2002-2012 (Fonte: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica)



*Anno 2012: dati provvisori

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. Va evidenziato che, a seguito dell'Accordo del 2010, la riduzione del ricorso al cesareo ha riguardato maggiormente i Punti nascita di piccole dimensioni.

Il citato accordo prevedeva anche 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 2.17 Distribuzione parti spontanei per tecnica di controllo del dolore. Veneto, Anno 2011 (Fonte: Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica)	
CONTROLLO DOLORE	N.
Analgesia epidurale	3.215
Analgesia spinale	130
Analgesia combinata epidurale/spinale	27
Analgesia farmacologica enterale/parentale	35
Analgesia inalatoria (protossido)	7
Agopuntura	2
Blocco del nervo pudendo (solo se pre-parto)	1
Blocco paracervicale	4
Ipnosi	1
Travaglio/parto in acqua	469
Piu metodi combinati	579
Altri metodi	1.102
Totale	5.572

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.

Nel 2011, 858 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 2% dei parti. Nell'arco di tempo osservato, la percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2005 al 2008, si è riportata ai valori del 2004.

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 quasi il 19% delle gravidanze e, per circa 1/3 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 14% 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 s.g. e 0,8% tra le 31 e le 28 s.g.), 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 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 risultata pari a 3,1 per 1.000 nati nel 2011. Per poter confrontare i valori di natimortalità della nostra Regione con quelli medi nazionali,

dobbiamo riferirci all'anno 2009, da cui emerge che i valori registrati nella nostra Regione sono quasi sovrapponibili 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.

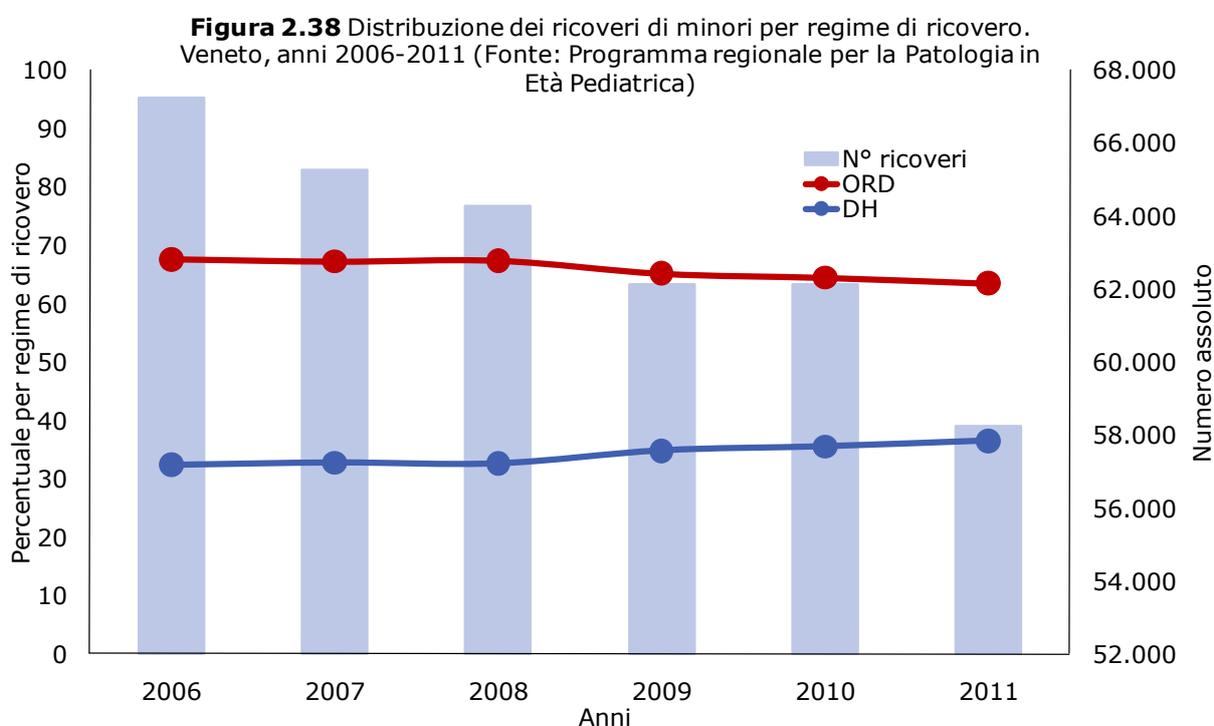
Troppo spesso, però, tali corsi sono meno frequentati da quei soggetti che ne avrebbero maggior bisogno, come la popolazione immigrata e quella con minor scolarizzazione, per i quali si rendono necessari degli interventi mirati.

Utilizzando le fonti schede di dimissione ospedaliera e i Certificati di assistenza al parto si contano nel 2011 in Veneto 287 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 2011. Per quanto riguarda gli esiti, le gravidanze che hanno dato luogo ad un parto tra ragazze minori di 18 anni nel 2011 sono state 94, pari allo 0,2% del totale dei parti, mentre gli outcome sfavorevoli quali aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza ammontano a 193 (23 aborti e 170 IVG), pari all'1,4% del totale degli aborti e delle interruzioni.

Ospedalizzazione tra 0 e 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, 35 sono reparti di Pediatria. La rete serve una popolazione residente di 834.409 minori che costituiscono il 16,9% della popolazione totale (4.937.854 soggetti al

1° gennaio 2011 – fonte Istat). Tra di essi sono compresi 45.210 nati (Anno 2011 - fonte Cedap). 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. Nel 2011 47.083 minori hanno subito almeno un ricovero negli ospedali regionali, per un totale complessivo di 58.236 ricoveri (esclusi i ricoveri per nascita di bambini sani). Dei 58.236 ricoveri così considerati, il 63,5% avviene in ricovero ordinario e il restante 36,5 in regime di day hospital. Si tratta di 37.000 ricoveri ordinari e 21.236 day hospital. Tali dati, confrontati con gli anni precedenti, dimostrano non solo una contrazione del numero di soggetti ricoverati e del numero di ricoveri, ma anche illustrano come, in questi anni, si sia modificato il regime di ricovero per garantire l'assistenza in regimi di cura più appropriati.



Gli andamenti appena descritti fanno ipotizzare una migliore attività di filtro da parte dei Servizi di pronto soccorso e da parte dei servizi territoriali. La distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione presenta un picco nel corso del primo anno di vita seguito da una rapida caduta entro i primi due anni e da un incremento nel corso del terzo e quarto anno per scendere e mantenere un plateau costante fino al 15° anno di età, in seguito al quale si ripresenta un lieve trend crescente. La distribuzione per sesso ed età dimostra come il rischio di ricovero sia costantemente più alto tra i maschi come avviene in altre regioni italiane e in altre parti del mondo. Tale stabile differenza in parte va attribuita ad un aumentato rischio biologico nei maschi e in parte alla maggiore frequenza di traumatismi nel sesso maschile.

Complessivamente il 56,8 % pazienti degli assistiti tra 0 e 18 anni viene ricoverato in un reparto pediatrico, il 39,3 % in reparti per l'adulto e una piccola quota (3,8%) subisce ricoveri sia in reparti dedicati al bambino che in reparti per l'adulto. I ricoveri nei reparti pediatrici interessano prevalentemente le pediatrie (61,8 %), la chirurgia pediatrica (12,1%), il nido (9%), l'oncoematologia pediatrica (7,1%) e i reparti di cure intensive neonatali (4,7%) .Le patologie perinatali, le affezioni delle basse vie dell'apparato respiratorio (asma, bronchiolite), dell'apparato digerente, le malformazioni e le malattie infettive costituiscono le principali cause di ricovero in reparti pediatrici.

Se consideriamo i ricoveri avvenuti in reparti dedicati agli adulti i reparti più interessati sono: l'otorinolaringoiatria (27,3%), l'ortopedia (23%), la chirurgia generale (13,3%). Seguono con frequenza minore i reparti di recupero e riabilitazione funzionale, neuro-riabilitazione e urologia. Gli interventi di tonsillectomia e adenoidectomia, i traumi, le malformazioni congenite, le malattie del sistema nervoso oltre che le patologie psichiche costituiscono le principali cause di ricovero nei reparti dell'adulto.

Al di sotto dei 3 anni i pazienti vengono ricoverati quasi sempre in reparti di pediatria. Anche un bambino fino a 6 anni di età che necessita di un ricovero ordinario ha una alta probabilità di essere accolto in un reparto pediatrico; qualora invece i bisogni assistenziali siano evasi attraverso la modalità del ricovero diurno è frequente l'accesso ai reparti dell'adulto (in particolare day hospital per l'otorinolaringoiatria).

Tra gli assistiti di 0-18 anni ricoverati nel 2011 il 76,1% dei soggetti ha subito 1 solo ricovero, il 5,5% versa in una condizione di maggiore vulnerabilità, avendo subito più di un ricovero nell'arco di un anno per cause plurime mentre i malati cronici rappresentano il 18,3%; in particolare il 2,8% sono malati rari,

Un altro tema molto complesso in termini di organizzazione e offerta assistenziale è quello delle cure intensive, ovvero dei bambini che necessitano di un ricovero in un reparto di rianimazione. Si tratta di circa 3.636 soggetti per anno, di cui 2.649 sono accolti in reparti dedicati ai minori, in gran parte cure intensive neonatali, 863 in rianimazioni per l'adulto e 124 subiscono ricoveri di tipo intensivo in entrambe le tipologie di reparto. Il ricovero in rianimazione per adulti di bambini di bassa età comporta una duplice problematica, la prima riferentesi alla particolare traumaticità dell'ambiente rispetto alle esigenze del minore, la seconda riguardante la scarsa esperienza e disponibilità di attrezzature dedicate che le rianimazioni per l'adulto hanno rispetto alla peculiarità clinica e fisiopatologica del piccolo bambino critico.

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. Con un bacino d'utenza regionale ma anche extraregionale, il Centro segue circa 250 nuovi bambini ogni anno. Nell'anno 2012 sono stati effettuati 12 ricoveri ordinari per un totale di 312 giornate di degenza, 33 DH pari a 74 giornate di degenza, 1717 prestazioni ambulatoriali, le prese in carico hanno riguardato in media 31 casi al mese e sono state effettuate 15 consulenze.

92

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2852 del 28 dicembre 2012](#) "Programma Regionale per la Patologia in Età Pediatrica. Approvazione dei piani di attività e del piano di spesa per l'anno 2012. Finanziamento anno 2012".

Approfondimenti

Facchin P. et al., *Rapporto tecnico Attività 2012*. Registro Nascite, Regione del Veneto.
Facchin P. et al., *Rapporto tecnico Attività 2012*. Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, Regione del Veneto. Disponibili nella sede di seguito indicata.

Recapiti per ulteriori informazioni

Programma regionale per la Patologia in Età Pediatrica
Via Donà 11 35129 Padova
Telefono: 049 8215700 - Fax: 049 8215701
e-mail: epi@pediatria.unipd.it

2.10. Malattie professionali e infortuni sul lavoro

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.4.1. Aree prioritarie di intervento; Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate. Pagina 86. La Regione del Veneto è impegnata da anni nel garantire e tutelare la salute e sicurezza della popolazione nei diversi ambienti di vita e di lavoro. Il Piano Socio Sanitario prevede la continuazione e lo sviluppo di azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza.

Quadro di sintesi

Il numero di infortuni sul lavoro è in progressiva diminuzione; il trend costante negli ultimi due decenni testimonia di un'effettiva riduzione del rischio di infortunio, derivante da molteplici fattori di tipo organizzativo connessi al contesto produttivo, alla crisi e da una maggiore attenzione alla prevenzione da parte delle aziende. La riduzione del numero di infortuni ha avuto un rapido incremento negli ultimi anni caratterizzati dalla crisi economica, molto probabilmente per il calo della produzione manifatturiera. Nell'ultimo decennio si evidenzia la maggiore riduzione degli infortuni di lieve entità mentre quelli più gravi diminuiscono di misura minore.

Le malattie professionali denunciate sono in aumento ma questo dato è perlopiù dovuto al recupero di casi non segnalati in precedenza e alle modifiche apportate al sistema assicurativo e di indennizzo medico legale. Costante è il monitoraggio dei casi di mesotelioma che dal 1987 ammontano a 1.300, il 64% di certa origine professionale.

93

Malattie Professionali

L'andamento delle malattie professionali, rispetto agli infortuni, risente 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 trend attuale è in aumento, verosimilmente per effetto delle attività di promozione finalizzata al recupero di patologie non segnalate in precedenza e per effetto dell'aumentata attenzione da parte dei medici competenti, in particolare per le neoplasie di sospetta origine professionale che mediamente, considerando i mesoteliomi, superano le 200 unità all'anno.

Tabella 2.18 Dettaglio delle malattie professionali segnalate agli Spisal e delle denunce all' Inail, per anno (Fonte: Regione del Veneto)													
Malattie segnalate agli SPISAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ipoacusia	1.348	1.131	1.130	1.016	985	674	863	726	640	611	588	499	453
Dermatite	133	135	124	141	112	76	54	81	66	62	72	72	95
Respiratorie (esclusi tumori)	102	183	408	217	159	139	143	131	198	153	153	146	129
Muscolo scheletriche	126	141	334	366	350	335	529	552	599	769	796	914	912
Altri tumori (escluso Mesotelioma)	35	152	122	136	143	112	110	123	66	94	112	113	191
Mesotelioma	40	152	124	103	121	92	123	128	92	85	116	116	105
Altre malattie	39	203	36	51	71	94	63	47	61	63	61	82	79
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
Totale malattie denunciate ad INAIL	2.154	2.545	2.448	2.072	1.987	2.026	1.857	1.902	1.986	2.114	2.352	2.217	

Registro Regionale dei casi di Mesotelioma

L'attivazione del Centro Operativo Regionale per la registrazione dei casi di mesotelioma è avvenuta nel 2001 (DGR 538/01). Il COR è collocato presso lo SPISAL dell'AULSS 16; 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 Aziende ULSS. L'identificazione di ogni nuovo caso di mesotelioma e la ricostruzione delle possibili pregresse esposizioni ad amianto – il principale fattore di rischio – costituisce in Italia un obbligo di legge. L'andamento della frequenza del mesotelioma risulta strettamente correlato ai consumi di amianto avvenuti un paio di decenni prima; essendo, a livello individuale, il rischio proporzionale all'esposizione cumulativa (cioè a intensità e durata), la maggior parte dei casi insorge nei soggetti che hanno avuto un'esposizione nei luoghi di lavoro, dove, rispetto ad altre circostanze, le condizioni di esposizione erano le peggiori.

L'attività svolta ha permesso di ricostruire l'incidenza ed effettuare approfondimenti anamnestici per i casi di mesotelioma insorti nei residenti del Veneto a partire dal 1987.

In Veneto osserviamo 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. Non si manifesta ancora, quindi, quella flessione che è l'obiettivo del bando di ogni nuovo uso di amianto introdotto nel 1992 (legge 257/1992).

Figura 2.39 Andamento nel tempo dell'incidenza di mesotelioma in Veneto e per Provincia. Anni 1987 - 2011. UOMINI
(tassi standardizzati x 100.000. Pop standard: Italia 2001)

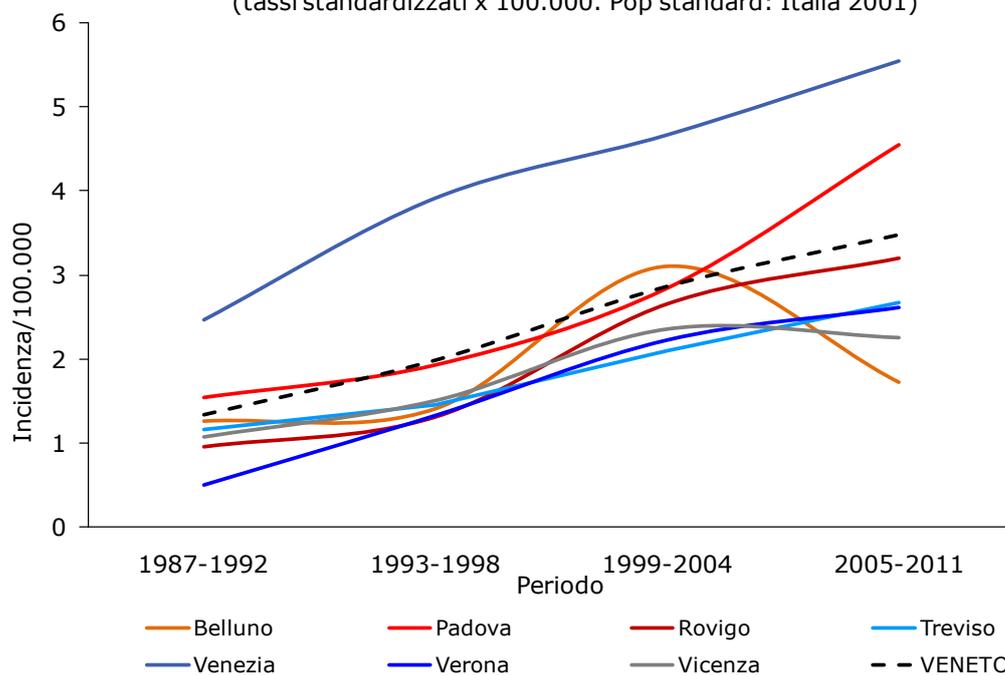


Tabella 2.19 Andamento nel tempo dell'incidenza di mesotelioma in Veneto e per Provincia. Anni 1987-2011. UOMINI (Tassi standardizzati x 100.000. Pop standard: Italia 2001) (Fonte: Regione del Veneto)				
Province	1987-1992	1993-1998	1999-2004	2005-2011
Belluno	1,26	1,41	3,11	1,73
Padova	1,54	1,92	2,84	4,54
Rovigo	0,95	1,30	2,65	3,20
Treviso	1,16	1,45	2,09	2,67
Venezia	2,46	3,91	4,66	5,55
Verona	0,49	1,32	2,22	2,61
Vicenza	1,06	1,50	2,36	2,26
VENETO	1,33	1,98	2,86	3,47

Una percentuale superiore all'80% dei casi di mesotelioma negli uomini risulta aver avuto in Veneto un'esposizione ad amianto, in prevalenza conseguenza di esposizioni lavorative. Nel genere femminile sono percentualmente consistenti i casi di mesotelioma nei quali è rilevata la convivenza con soggetti esposti ad amianto sul lavoro, o l'aver abitato in stretta vicinanza con insediamenti produttivi inquinanti.

Tabella 2.20 Esposizione ad amianto per circostanza di esposizione nei casi di mesotelioma approfonditi. Anni 1987-2012 (Fonte: Regione del Veneto)				
	M		F	
	N	%	N	%
1. Lavorativa certa	830	64%	52	11%
2. Lavorativa probabile	80	6%	19	4%
3. Lavorativa possibile	154	12%	71	15%
4. Familiare	16	1%	116	24%
5. Ambientale	36	3%	41	9%
6. Extralavorativa	9	1%	12	3%
7. Improbabile	6	0%	8	2%
8. Ignota	113	9%	104	22%
9. In completamento	11	1%	2	0%
10. Non rintracciabili	35	3%	37	8%
11. Esposizione a radiazioni	2	0%	7	1%
12. Rifiuto intervista	8	1%	10	2%
1-2-3. Lavorativa	1064	82%	142	30%
4-5-6. Familiare, ambientale, extralavorativa	61	5%	169	35%
Totale	1300	100%	479	100%

Le Province di Venezia e Padova mostrano la situazione peggiore, per effetto della presenza del polo industriale di Marghera o, rispettivamente, di aziende per la ristrutturazione di mezzi ferroviari e di produzione del cemento-amianto.

96

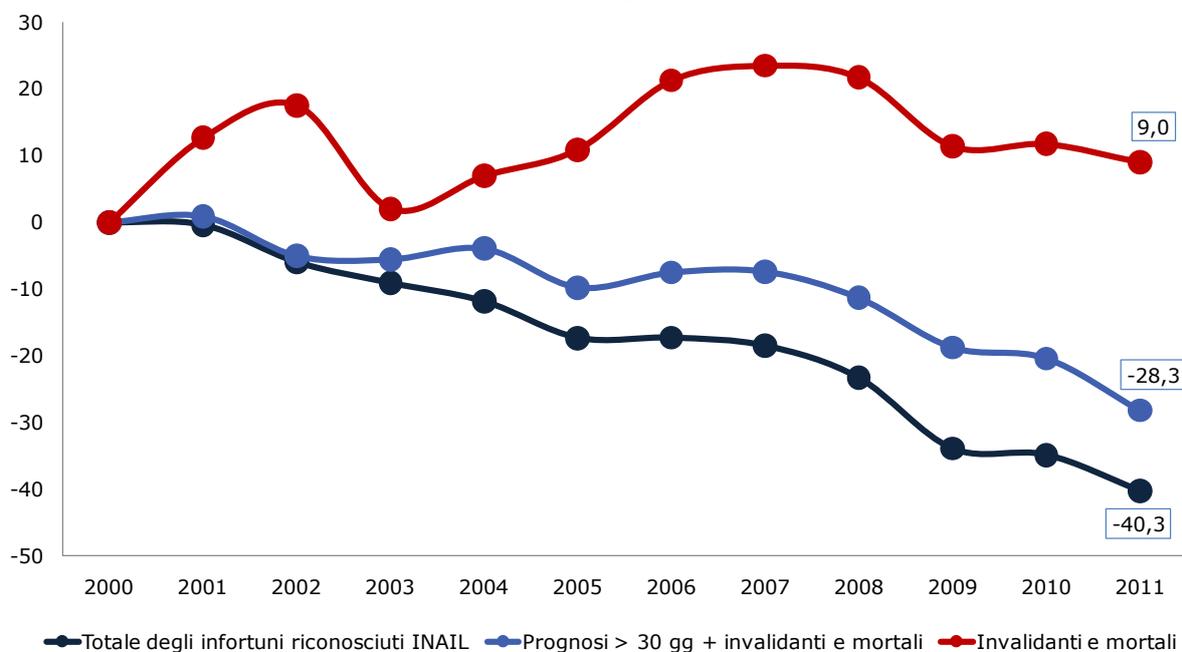
Infortunati sul Lavoro

L'obiettivo della riduzione degli infortuni gravi, condiviso dagli stati membri della Comunità Europea, recepito dal Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 e fatto proprio dal Piano Regionale di Prevenzione della Regione del Veneto è ripreso nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016. Allo stato attuale si evidenzia una netta riduzione del numero di infortuni totali e dei relativi tassi di incidenza; tuttavia, si deve tener presente che, nel breve periodo, le variazioni rapide sono più verosimilmente connesse all'andamento economico mentre, nel lungo periodo, incidono i cambiamenti dovuti ai cambiamenti del mondo del lavoro (aumento del terziario e delocalizzazione delle attività manifatturiere), al miglioramento delle tecnologie produttive (automazione) e all'applicazione della normativa sulla sicurezza. Dal 2000 si è verificata una netta riduzione degli infortuni pari al 41 %, in particolare nei settori Industria e Servizi (meno 41%) ed Agricoltura (meno 47%) mentre sono in controtendenza gli infortuni nelle tipologie assicurative restanti (Conto Stato e servizi a domicilio, COLF). Il totale dei casi riconosciuti è diminuito del 40%, gli infortuni con prognosi superiore ai 30 giorni sono diminuiti in minor misura (-28%), quelli invalidanti e mortali presentano un andamento sostanzialmente stabile con un trend in aumento fino al 2007, con un calo negli anni successivi.

Tabella 2.21 Infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività in Veneto distinti per gravità, esclusi studenti, sportivi e infortuni in itinere (Fonte: INAIL)												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totale degli infortuni riconosciuti INAIL	68.111	67.836	64.023	61.898	60.011	56.282	56.298	55.477	52.196	44.962	44.317	40.656
Prognosi > 30 gg + invalidanti e mortali	13.334	13.451	12.656	12.590	12.804	12.027	12.326	12.344	11.817	10.825	10.607	9.565
Invalidanti e mortali	1.788	2.015	2.102	1.824	1.912	1.983	2.169	2.209	2.177	1.992	1.998	1.949

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. Le modalità di accadimento più frequentemente coinvolte nei casi gravi (escludendo gli incidenti stradali ed in itinere) sono le cadute dall'alto, la caduta dall'alto di oggetti pesanti, il ribaltamento dei trattori agricoli, lo schiacciamento fra automezzi o parti di macchine. Le piccole dimensioni aziendali (in particolare per quanto riguarda i lavoratori autonomi) e l'esecuzione di lavori estemporanei sembrano essere correlate con il maggior rischio di infortuni.

Figura 2.40 Variazione percentuale rispetto all'anno 2000 del numero di infortuni riconosciuti dall'INAIL in tutti i settori di attività (Industria e servizi, Agricoltura, Conto Stato, COLF) in Veneto distinti per gravità (esclusi studenti, sportivi e inf



In conclusione, anche se nel lungo periodo vi è un trend netto e costante in 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 causata da infortunio sul lavoro o da malattia professionale. I più aggiornati dati INAIL evidenziano un numero pari a 54.002 lavoratori (o eredi in caso di morte) titolari di rendita per lesioni permanenti, di cui 40.832 per infortunio e 13.170 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) e le lesioni minori indennizzabili ma liquidate in capitale senza costituzione di rendita (situazioni meno gravi, ma numericamente superiori). Ogni anno continuano ad aggiungersi nuovi eventi che aumentano il carico totale di disabilità della popolazione lavorativa (in Veneto in media circa 80 casi mortali e 3000 lesioni invalidanti all'anno per infortunio e 57 casi mortali e 532 lesioni permanenti in media per anno per le malattie professionali). Al danno alla salute deve aggiungersi il danno economico costituito dai costi della mancata produzione (46.300 giornate lavorative perse, escludendo gli infortuni in itinere e le malattie professionali).

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1097 del 26 luglio 2011](#) "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 2011".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1334 del 17 luglio 2012](#) "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 2012".

Approfondimenti

[Area dedicata alla prevenzione e alla promozione della salute](#) nel portale Internet della Regione del Veneto.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione
Servizio Tutela e Sicurezza nei luoghi di lavoro
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791311-1323 Fax 041 2791331
e-mail: salute.lavoro@regione.veneto.it

2.11 Incidenti stradali

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 mostrano una progressiva diminuzione per quanto riguarda il tasso di mortalità e di pericolosità degli incidenti stradali, in particolare dopo l'introduzione della patente a punti nel 2003. Il numero di feriti per incidente si mantiene pressoché costante mentre il numero di incidenti per abitanti diminuisce lievemente ma in maniera costante, con una differenza di più di 10 incidenti per 10.000 abitanti dal 1999 al 2011.

Dai dati sugli accessi al Pronto Soccorso gli incidenti stradali rappresentano il 4% del totale degli accessi, e il 16% del totale degli accessi per trauma o ustione.

Il 6% circa degli accessi in Pronto Soccorso per incidente esitano in un ricovero ospedaliero.

Circa metà dei ricoveri vengono effettuati in ortopedia e traumatologia, con durata media di degenza di 8 giorni, seguiti dalla chirurgia (24%) e dalla terapia intensiva (9%); in quest'ultimo caso la durata media della degenza si allunga fino a 20 giorni.

L'analisi dei dati sugli incidenti stradali è stata condotta utilizzando tre fonti informative: è stata ricostruita la dimensione del fenomeno mediante l'utilizzo dei dati ACI-ISTAT, si sono considerati i dati sugli accessi al PS per incidente stradale o incidente in itinere e quindi i dati sui ricoveri conseguenti agli incidenti.

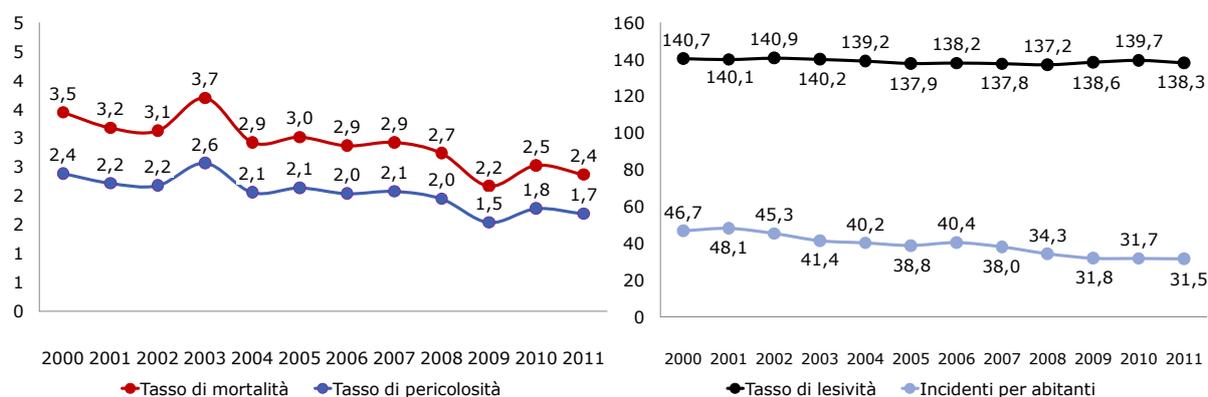
Numero e pericolosità degli incidenti stradali – dati ACI ISTAT

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat in collaborazione con l'ACI mediante una rilevazione di tutti gli incidenti stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti).

La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello Istat Ctt/Inc denominato "Incidenti stradali" da parte dall'autorità che è intervenuta sul luogo (Polizia stradale, Carabinieri, Polizia municipale) per ogni incidente stradale in cui è coinvolto un veicolo in circolazione sulla rete stradale e che comporti danni alle persone.

In Veneto si registra una diminuzione di 4.000 incidenti e di 400 incidenti mortali dal 1999 al 2011. Il tasso di mortalità e il tasso di pericolosità (ovvero il rapporto tra morti e totale dei feriti) sono in diminuzione, in particolare dopo il 2003, anno di introduzione della patente a punti. Anche il numero di incidenti per abitanti è in diminuzione, mentre il numero di feriti per incidente si mantiene pressoché costante.

Figura 2.41 Indicatori di incidentalità - Anno 2011 - Elaborazioni Regione del Veneto
Direzione Sistema Statistico Regionale su dati ISTAT-ACI



100

Tasso di mortalità = (Numero morti)/(Numero incidenti)*100

Tasso di pericolosità = (Numero morti)/(Numero morti + Numero feriti)*100

Tasso di lesività = (Numero feriti)/(Numero incidenti)*100

Incidenti per 10.000 abitanti = (Numero incidenti)/(Popolazione)*10.000

Accessi al pronto soccorso – 2011

L'utilizzo del flusso dei dati relativi agli accessi al pronto soccorso consente di stimare la percentuale di accessi conseguenza di incidenti stradali analizzando il dato relativo al motivo dell'accesso "trauma o ustione" e la corrispondente circostanza (incidente stradale o in itinere). Le elaborazioni sono state condotte sui dati di 16 Aziende Ulss per le quali il motivo dell'accesso è valorizzato in maniera soddisfacente (% compilazione >=90%, 63% del totale degli accessi in Veneto). Circa 1 accesso in PS su 4 (26,1%) è attribuito a traumi o ustioni; di questi il 16% sono attribuibili a incidente stradale o in itinere. Complessivamente quindi, gli incidenti stradali o in itinere rappresentano la causa del 4% degli accessi al pronto soccorso.

Riportando il numero totale di accessi al PS per incidente all'intera popolazione del Veneto, si può stimare in circa 70.000 il numero complessivo di accessi per incidenti stradali o in itinere nel 2011.

Figura 2.42 Motivo dell'accesso al Pronto Soccorso: distribuzione percentuale
Dati relativi a 16 Aziende ULSS del Veneto. Anno 2011

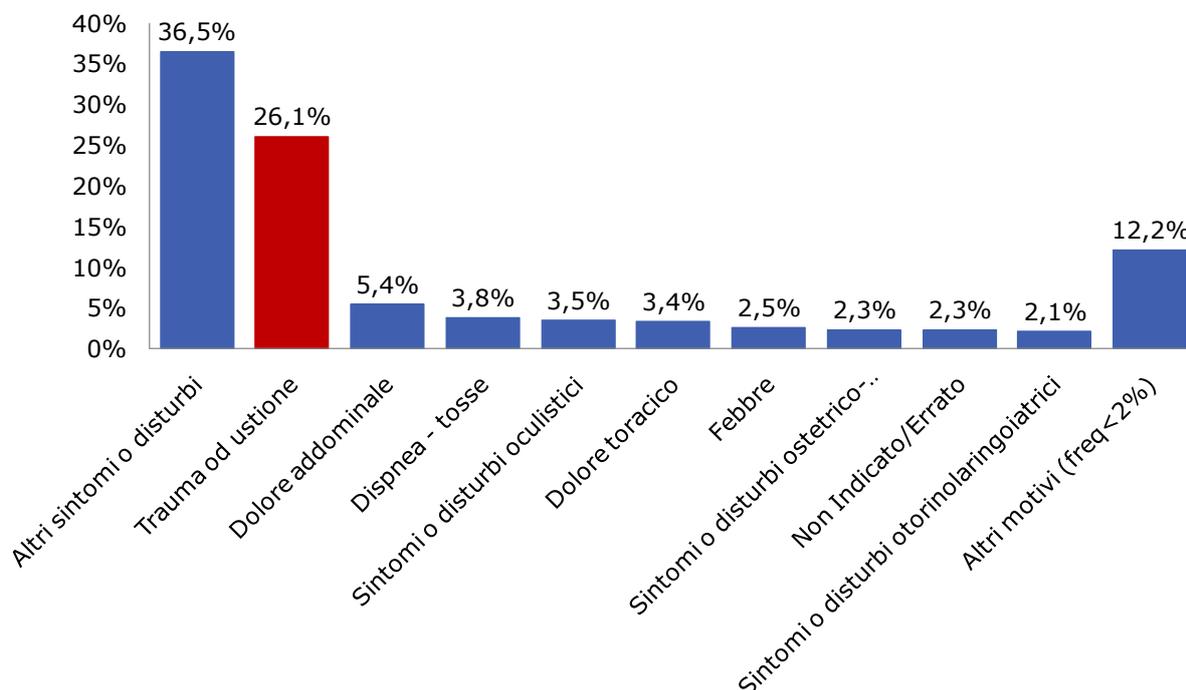
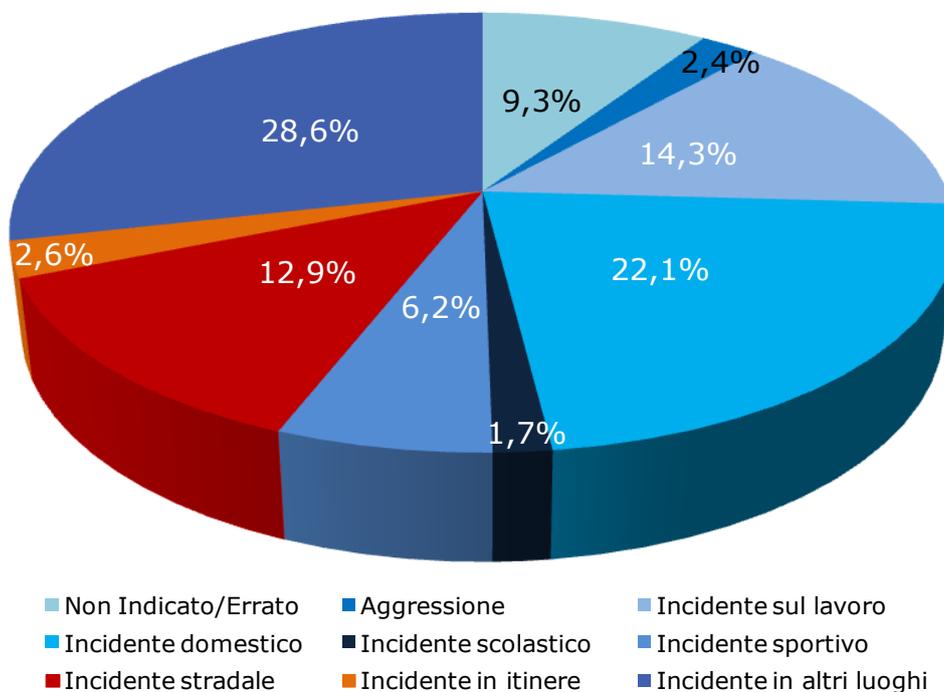


Figura 2.43 Traumi o ustioni: causa dell'evento - distribuzione percentuale -
flusso PS - 16 Aziende ULSS - 2011



L'esito di tali incidenti indicato nella scheda di Pronto Soccorso è rappresentato dal ricovero ospedaliero nel 6,2% dei casi (stima per il Veneto 4.400 ricoveri).

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.

La maggior parte di tali eventi è costituita da ricoveri in ortopedia e traumatologia, che hanno una durata media di degenza di 8 giorni, seguiti dai ricoveri in chirurgia e dai ricoveri in terapia intensiva, per i quali la durata media della degenza si allunga fino a 20 giorni.

Tabella 2.22 Numero di ricoveri conseguenti a incidenti stradali per reparto di ricovero e indicatori di durata della degenza

Specialità di ricovero	% su totale ricoveri	Durata della degenza			
		Media	1° quart	Mediana	3° quart
36-Ortopedia e traumatologia	0,5	8,4	3	6	11
09-Chirurgia generale	0,2	6,7	3	5	8
49-Terapia intensiva	0,1	20,2	7	16	26
30-Neurochirurgia	0,0	8,9	3	7	13
26-Medicina generale	0,0	6,7	4	6	8
39-Pediatria	0,0	3,8	2	3	4
32-Neurologia	0,0	9,5	5	7	11
Altri reparti con freq <2%	0,1				
Totale	1,0	8,8	3	6	11

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1192 del 23 marzo 2010](#) "Approvazione del Progetto per la realizzazione del Sistema informativo della Regione Veneto inerente la rilevazione degli incidenti stradali".

[Legge regionale 27 aprile 2012, n. 15](#) "Disposizioni in materia di educazione alla sicurezza stradale e prevenzione degli incidenti stradali".

Approfondimenti

Pagine web dedicate ai dati sugli incidenti stradali sul [sito Internet dell'Automobile Club d'Italia](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

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

2.12 Fratture del femore prossimale dell'anziano

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 1.3.3 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione. Anziani. Pagina 24. Il Piano Socio Sanitario individua ampi margini di miglioramento in termini di appropriatezza, accessibilità ai trattamenti ed uniformità di prestazioni nelle diverse Aziende ULSS per quanto concerne alcuni eventi morbosi molto frequenti nella popolazione anziana, come le fratture di femore.

Quadro di sintesi

Le fratture del collo del femore sono le fratture più frequenti dopo i settanta anni e costituiscono un gravissimo problema sociale e assistenziale. Le conseguenze legate alle fratture del femore sono pesantissime, sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico. A causa del continuo invecchiamento della popolazione i pazienti sono in aumento. L'assistenza ospedaliera ha registrato nel 2012 un aumento della tempestività operatoria Regionale anche grazie all'introduzione dell'indicatore tra gli obiettivi assegnati alle Aziende. L'analisi complessiva ha evidenziato una notevole variabilità tra Aziende sia nel processo ospedaliero (tempestività, tipologia d'intervento e degenza) e sia di capacità di accogliere i pazienti dopo il ricovero per acuti.

La frattura del femore negli anziani rende conto di circa il 10% dei ricoveri nelle ortopedie; tra la popolazione ultra sessantaquattrenne più del 20% dei ricoveri e del 30% delle giornate di degenza in ortopedia è legato a questo evento. Le conseguenze delle fratture del femore sono pesantissime, sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico; si pensi a come dopo il primo ricovero in reparti per acuti, circa la metà degli anziani necessita di ulteriore assistenza ospedaliera in reparti di lungodegenza-riabilitazione.

Il quadro che emerge dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) nell'ultimo decennio evidenzia una dinamica epidemiologica nel complesso favorevole, con una riduzione dei tassi di incidenza in tutte le classi di età, eccetto nei maschi sopra ai 75 anni. D'altra parte la stabilità dei tassi nei grandi anziani, che rappresentano una parte di popolazione in rapido aumento, giustifica l'aumento del numero assoluto di fratture del femore ospedalizzate (negli ultimi anni stabilmente oltre le 5.500/anno) a fronte di una riduzione dell'incidenza.

Tabella 2.23 Tasso d'incidenza della frattura del collo del femore negli anziani (≥65 anni) residenti in Veneto, per sesso e classe di età, periodo 2001-2010												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variazione % 2001-2011
Donne												
65-74	256	250	253	219	238	208	192	205	217	202	204	-20%
75-84	886	908	965	988	948	932	882	923	860	875	823	-7%
≥ 85	2.325	2.250	2.363	2.347	2.484	2.370	2.283	2.320	2.268	2.274	2.159	-7%
Tot ≥65	784	780	815	796	805	783	757	795	779	789	765	-2%
Uomini												
65-74	125	116	110	118	111	108	115	115	110	106	118	-6%
75-84	411	412	461	499	476	476	416	420	423	414	418	2%
≥ 85	1.265	1.382	1.360	1.384	1.569	1.478	1.505	1.500	1.249	1.569	1.506	19%
Tot ≥65	305	308	315	330	329	326	319	326	307	334	344	13%

Tabella 2.24 Numero di casi incidenti di frattura del collo del femore negli anziani (≥65 anni) residenti in Veneto, per sesso e classe di età, periodo 2001 – 2010												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variazione % 2001-2011
Donne												
65-74	637	621	631	554	610	541	502	541	581	542	542	-15%
75-84	1.484	1.599	1.807	1.951	1.928	1.910	1.816	1.906	1.771	1.812	1.713	15%
≥ 85	1.730	1.679	1.713	1.627	1.723	1.767	1.826	1.968	2.034	2.140	2.127	23%
Uomini												
65-74	249	233	224	248	239	239	259	265	259	251	277	11%
75-84	397	417	499	573	569	582	521	536	549	553	575	45%
≥ 85	340	362	341	328	374	386	429	463	413	550	558	64%
Donne + Uomini												
Tot ≥65	4.837	4.911	5.215	5.281	5.443	5.425	5.353	5.679	5.607	5.848	5.792	20%

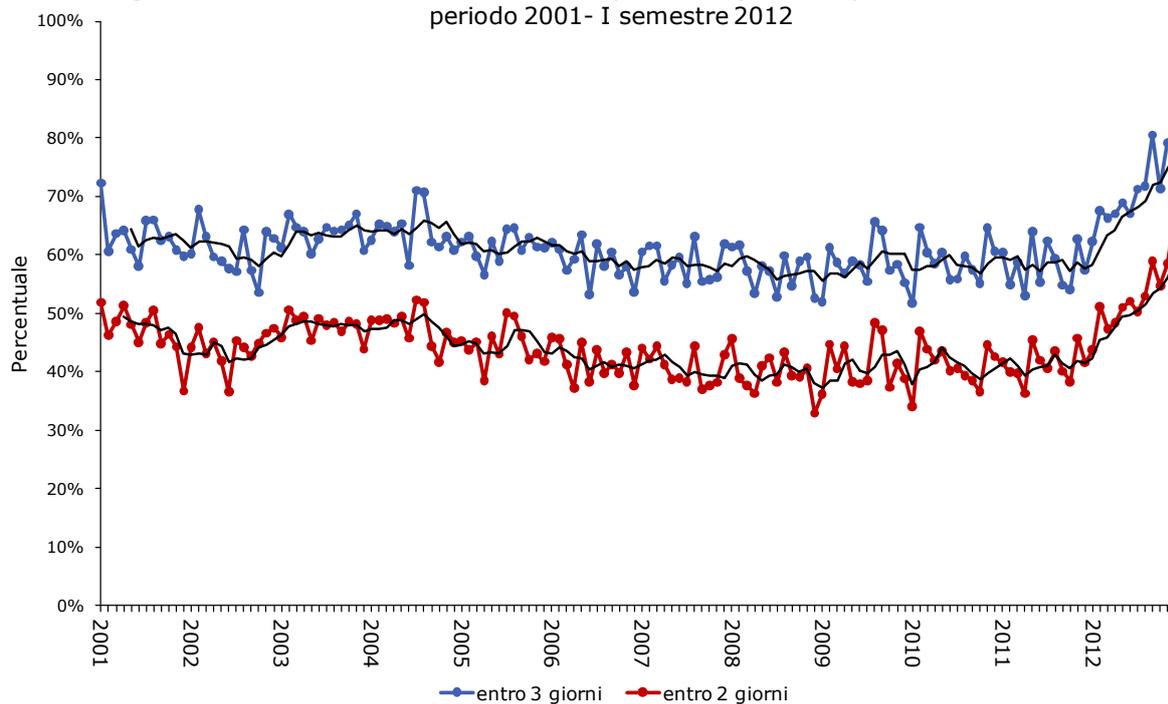
Per quanto riguarda il processo di cura dal 2001 al 2011 si è registrato un incremento della quota di soggetti operati (dal 91,7% al 94,0%), nonostante l'aumento dei grandi anziani (i soggetti con almeno 85 anni sono passati dal 42,8% al 46,5% della casistica analizzata).

Un altro aspetto del processo ospedaliero è la tempestività dell'intervento chirurgico, la probabilità di essere operati entro le 48 ore varia in funzione di caratteristiche individuali (sesso, comorbidità, tipo di frattura), ed organizzative (giorno della settimana di ammissione, ospedale di ricovero).

Tabella 2.25 Caratteristiche che influenzano la tempestività operatoria nei soggetti anziani (≥65 anni) con evento di frattura di femore, Veneto, periodo 2001 – 2011		
Caratteristiche	N	% interventi entro le 48h
Sesso		
Maschio	11.623	39,3%
Femmina	42.361	44,1%
N° ricoveri pregressi		
Nessuno	38.026	44,1%
Un ricovero	9.616	41,8%
Almeno due ricoveri	6.342	38,7%
Diagnosi		
Frattura del collo	26.206	42,2%
Petrocanterica	24.942	45,7%
Altro/non classificate	2.836	26,8%
Periodo		
2001 – 2004	18.309	46,2%
2005 – 2007	14.665	42,3%
2008 – 2011	21.010	40,6%
Giorno di ammissione		
Domenica	6.816	52,0%
Lunedì	8.292	51,2%
Martedì	7.976	52,6%
Mercoledì	7.835	61,6%
Giovedì	7.818	37,7%
Venerdì	7.782	14,3%
Sabato	7.465	31,7%

Dopo l'introduzione della tempestività operatoria tra gli obiettivi assegnati alle Aziende (DGR 2369 del 29/12/2011), la percentuale di soggetti con intervento entro le 48 ore è salita al 59,9% nell'ultimo semestre 2012 rispetto al 41,2% registrato nel 2011.

Figura 2.44 Serie storica mensile della percentuale di interventi entro 2 o 3 giorni sul totale delle fratture di femore operate nei presidi ospedalieri del Veneto, periodo 2001- I semestre 2012



106

La degenza media nei ricoveri per frattura di femore negli anziani si avvicina ai 14 giorni, dipende fortemente dall'attesa pre-operatoria, mostra una lieve crescita negli ultimi anni e una marcata variabilità tra ospedali. Si riscontrano notevoli differenze tra Aziende anche per quanto riguarda la modalità di dimissione registrata nella SDO (direttamente a domicilio/in RSA/in altri ospedali per acuti o in reparto di lungodegenza-riabilitazione).

Per il periodo 2005-2009 è stato possibile ricostruire mediante linkage con l'archivio della cause di morte la mortalità a breve e medio termine, che risulta doppia negli uomini (8,2% a 30 giorni e 23,9% a 180 giorni) rispetto alle donne (4,0% e 12,8% rispettivamente), e dipende fortemente da età e presenza di comorbidità. La mortalità a 30 giorni risulta inoltre influenzata dal tipo di frattura ed è maggiore nella stagione invernale, mentre la mortalità a 180 giorni mostra un'associazione con la tempestività operatoria.

La maggior parte dei ricoveri nell'anno successivo la frattura di femore sono in reparti di lungodegenza e riabilitazione; c'è una notevole variabilità tra Aziende anche in ragione dell'offerta ospedaliera ed extra-ospedaliera di strutture in grado di accogliere i pazienti dopo il ricovero per acuti. Una quota considerevole di soggetti (36,5% degli uomini e 27,3% delle donne) ha inoltre un ricovero in reparti medici, in ragione anche di età e comorbidità, ed in misura relativamente omogenea tra i diversi presidi.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2369 del 29 dicembre 2011](#) "Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995".

Approfondimenti

AA.VV., [Le Fratture del Femore prossimale dell'Anziano nella Regione del Veneto](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, ottobre 2012.

Recapiti per ulteriori informazioni

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

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

3.1 Promozione di corretti stili di vita

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 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. Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari. Pagine 89-90. La Prevenzione rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza ovvero tra le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione. In questo ambito la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Il Piano Socio Sanitario individua in tal senso le aree prioritarie di intervento per agire sui determinanti sanitari.

Quadro di sintesi

Il Programma ministeriale "Guadagnare salute" approvato con il DPCM 4 maggio 2007, ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione. L'approccio utilizzato mira infatti a promuovere la salute come bene collettivo, attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. La Regione del Veneto ha aderito al programma, non solo formalmente, ma inserendone gli obiettivi in propri atti programmatici, con altri interventi specifici. Le attività svolte al 31 dicembre 2012 attestano la coerenza delle azioni con gli indirizzi del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016.

Il programma Guadagnare Salute declinato in ambito regionale

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo e l'alcol sono responsabili delle patologie croniche, non trasmissibili (malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete) che causano in Italia il 75% di tutte le morti e delle gravi disabilità. A fronte di tali evidenze, a livello nazionale viene proposto il programma "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" 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, gli attori che a diverso titolo compongono l'*istituzione salute* (a livello nazionale, regionale e locale), oltre al proprio tradizionale ruolo di erogatori di servizi sanitari, si trovano 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 inserendo lo stesso tra le progettualità del nuovo Piano Regionale per la Prevenzione per gli anni 2010-2012. Attualmente tutte le Aziende ULSS hanno espresso un proprio referente per Guadagnare Salute, un referente per area tematica, si vanno delineando e 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 e altre sono programmate e/o attualmente in corso.

Alcuni programmi del Piano Regionale Prevenzione

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

Obiettivi generali:

- Ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) nella popolazione generale, con particolare attenzione a chi presenta fattori di rischio;
- 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;
- 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;
- 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 dicembre 2012

Tutte le 21 Aziende ULSS del Veneto sono impegnate nel programma per la promozione dell'attività motoria. In particolare, si è potuto rilevare che l'adozione di alcune azioni

quali il *pedibus* e i *gruppi di cammino*, di dimostrata efficacia per gli obiettivi di cui sopra, è stata realizzata in maniera diffusa in tutto il territorio regionale.

In particolare:

- sono proseguite le azioni di marketing sociale (sito web, newsletter, blog aziendali per adolescenti, coinvolgimento della stampa locale, ecc);
- dopo la prima ricerca sui *determinanti ambientali dell'attività fisica* (che ha condotto alla pubblicazione del volume: Barp A., Bolla D. (a cura di), *Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute*, Venezia: Marsilio Editore, 2009), è iniziata a partire dal 2011 una nuova collaborazione con lo IUAV (Istituto Universitario di Architettura e Urbanistica di Venezia), riguardante la gestione partecipata degli spazi verdi e degli orti urbani per promuovere gli stili di vita sani;
- sono state rilevate le iniziative di Pedibus presenti nel territorio regionale nell'ambito del progetto Ccm "La valutazione dell'impatto delle iniziative di promozione dell'attività motoria nella popolazione" (anch'esso integrato con il Programma regionale attività motoria). La ricerca ha evidenziato la presenza di tali attività in 20 su 21 Aziende ULSS della Regione ed anche la conseguente modifica, in molti casi, del contesto ambientale e urbanistico sul territorio limitrofo alle scuole coinvolte;
- nel 2012 è proseguita la collaborazione con la UISP (Unione Italiana Sport per tutti) per i progetti nelle scuole primarie "Diamoci una mossa" (DUM), "Ridiamoci una mossa" (RIDUM), e "1,2,3 Mossa";
- sono state svolte attività formative e laboratoriali nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado nell'ambito del progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) "Guadagnare Salute in Adolescenza", integrato con il Programma regionale attività motoria;
- inoltre, è in corso un progetto pilota per la promozione dell'attività fisica e degli stili di vita sani nei bambini stranieri e nei loro insegnanti e famiglie;
- infine, ogni Azienda ha consolidato e incrementato le attività per adulti, anziani e portatori di patologie croniche, quali gruppi di cammino, attività di ginnastica per anziani, attività motorie per gli operatori, oltre alle iniziative locali di formazione/informazione rivolte alla popolazione.

Per quanto riguarda le attività di formazione si è conclusa nel 2011 la FAD (formazione a distanza) per Medici di Assistenza Primaria. Nel 2012 sono state realizzate attività di formazione per i referenti ed altri operatori del programma regionale sulla promozione dell'attività fisica negli adolescenti, per i volontari del progetto europeo "Healthy children in Healthy Families" e per gli operatori del Master per l'attività motoria nei bambini da 0 a

6 anni (realizzato presso l'Università di Verona - Facoltà di Scienze Motorie), oltre alla formazione di alcuni mediatori culturali di diverse etnie.

B) Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

Il consumo di tabacco costituisce tuttora il più importante fattore di rischio prevenibile e prevedibile per la salute, in particolare, per le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie. Il programma regionale si articola in:

Area 1: prevenzione

Area 2: disassuefazione

Area 3: fumo passivo

Attività al 31 dicembre 2012

Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola (Area 1: prevenzione)

Tutte le Aziende ULSS venete hanno aderito ad almeno un progetto per la prevenzione del tabagismo nelle scuole. Sono stati revisionati e stampati i materiali didattici a supporto delle singole progettualità; è stato fornito costante supporto tecnico-scientifico agli operatori coinvolti nei progetti; svolti corsi di formazione congiunta, operatori/docenti, su alcuni progetti. La scelta strategica è stata di concentrare le progettualità in un numero minore di scuole (6%), per garantire la copertura di un numero maggiore di classi dello stesso Istituto nell'ottica di promuovere una *Scuola Libera dal Fumo*.

Trattamento del tabagismo (Area 2: disassuefazione)

Il programma si articola in due livelli di intervento: *primo livello*) promozione a livello di comunità e di assistenza primaria dell'abbandono del consumo di tabacco attraverso azioni di sensibilizzazione della popolazione generale; *secondo livello*) trattamenti individuali e di gruppo per fumatori.

Sul primo livello:

- per ciò che concerne il programma *Mamme libere dal fumo* hanno aderito 17 Aziende ULSS. Sono state effettuate le seguenti attività: monitoraggio e coordinamento, programmazione, organizzazione e formazione del personale ostetrico, divulgazione dei dati di efficacia in contesti congressuali, consolidamento e integrazione con il progetto "GenitoriPiù" (che ha il fine di sensibilizzare la popolazione, in particolare i neo-genitori, sugli strumenti per promuovere la salute del loro bambino e per una maggior consapevolezza delle loro importantissime risorse, come principali attori nel quotidiano impegno per lo sviluppo sano dei loro figli);

- sono stati posti in essere interventi di mantenimento e sviluppo delle reti regionali, nazionali e internazionali HPH (Health Promoting Hospitals - Ospedali che promuovono la salute) e INWAT (Rete delle Donne contro il Fumo di Tabacco);
- è stata attivata una collaborazione con l'Università degli Studi di Verona per la realizzazione del Corso di Perfezionamento sul Trattamento del Tabagismo;
- è stato implementato un Sistema Comunicazione Fumo Veneto con la definizione di un piano di comunicazione sul Trattamento del tabagismo comprensivo di un sito dedicato.

Sul secondo livello:

- per quanto attiene il progetto *TGFumo Trattamento di Gruppo per Smettere di Fumare* sono stati attivati 18 gruppi nel 2011 e 31 nel 2012. È stato organizzato un incontro di confronto tra conduttori ed è stata effettuata l'analisi dei bisogni formativi;
- è proseguito lo studio delle caratteristiche dei fumatori correlate all'esito del trattamento a breve, medio e lungo termine (studio FocusFumo), sia con fumatori trattati individualmente e in gruppo sia con fumatori non trattati;
- è stato realizzato il coordinamento di 25 ambulatori presenti in Veneto, supporto e sviluppo della rete degli ambulatori di II° livello; è stata avviata la sperimentazione di un modello di trattamento ambulatoriale; è stato promosso il gruppo di studio "Donna e fumo".

Vigilanza e monitoraggio sull'applicazione del divieto di fumare (Area 3: fumo passivo)

Il progetto *fumo passivo* si propone di intervenire con iniziative di vigilanza e monitoraggio sull'applicazione del divieto di fumare nei seguenti settori: ambienti di lavoro privati e pubblici, esercizi pubblici e locali di ristorazione, ambienti sanitari.

A completamento del programma è prevista una specifica formazione per il personale dei Dipartimenti per la Prevenzione, su tematiche riguardanti il fumo passivo.

Attività al 31 dicembre 2012

In riferimento agli obiettivi, generali e specifici, propri di tale Area, sono state svolte le seguenti azioni e raggiunti i risultati di seguito indicati:

- è stato monitorato il rispetto del divieto del fumo in 332 luoghi di lavoro all'interno delle attività quotidiane di sorveglianza dei Servizi SPISAL di 9 Aziende ULSS venete;
- sono stati effettuati due corsi di formazione rivolti a medici del lavoro con un numero complessivo di 56 partecipanti, dei quali 13 provenienti dai Dipartimenti di Prevenzione di Aziende ULSS venete;

- è stato realizzato e divulgato il manuale "Tecniche di rilevazione del Black Carbon nel monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo. Manuale per il personale dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Veneto" al fine di implementare l'attività educativa rivolta al personale dei Dipartimenti di Prevenzione su specifici aspetti scientifici ed applicativi del fumo passivo.

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

Il progetto si fonda sul riconoscimento di efficacia degli interventi di counselling breve (brief intervention) da parte di operatori sanitari, così come degli interventi integrati di promozione della salute con riguardo al consumo alcolico ed ai bevitori a rischio. Esso si propone di sensibilizzare il personale sanitario sui problemi alcol correlati con adeguate iniziative formative.

Attività al 31 dicembre 2012

Hanno partecipato alla formazione 17 Aziende ULSS e le due Aziende Ospedaliere. Nel primo semestre 2012 sono stati effettuati 6 Corsi per i formatori aziendali, della durata di 2 giorni ciascuno (maggio-giugno 2012). Ai corsi erano iscritti 145 formatori, di cui 135 hanno concluso il percorso formativo, segnalando un elevato livello di gradimento sia a livello delle caratteristiche generali (pertinenza degli obiettivi didattici, rilevanza degli argomenti trattati e corrispondenza tra programma e realizzazione), sia della qualità educativa e aggiornamento (organizzazione, materiali didattici, interventi dei docenti, grado di aggiornamento delle conoscenze, metodi didattici), sia sull'efficacia per la formazione continua. I formatori hanno poi iniziato la formazione a cascata nelle proprie Aziende ULSS di appartenenza: sono stati programmati circa 90 corsi per anno.

Al 31 dicembre 2012 in 10 Aziende ULSS partecipanti è stato formalizzato un gruppo di lavoro interdipartimentale, con l'obiettivo di favorire a livello Aziendale l'attuazione dei corsi di sensibilizzazione, di mappare le diverse opportunità/criticità correlate alle tematiche alcol correlate e di creare una prima struttura di rete di coordinamento delle iniziative.

D) GenitoriPiù: Quarto programma di prevenzione precoce

Il programma ha lo scopo di orientare la popolazione verso scelte di salute consapevoli e praticabili su otto 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'assunzione di alcol in gravidanza e durante l'allattamento).

Attività al 31 dicembre 2012

Sono positivamente proseguiti i lavori di *consolidamento della rete* formata da esperti nella promozione della salute e dai referenti a livello regionale dei progetti relativi agli otto determinanti, nonché dai referenti regionali di alcune categorie professionali coinvolte nella realizzazione delle attività regionali (Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, Ostetriche, Assistenti Sanitari). Nuove sinergie sono state attivate in particolare con i Consultori Familiari, con la Caritas Regionale per le disuguaglianze in salute, con i referenti dei progetti sull'Alcol e del Progetto Regionale per la prevenzione degli Incidenti Domestici. Tutte le Aziende hanno costituito un Gruppo Aziendale.

Per ciò che attiene la *valutazione dell'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti* degli operatori e dei genitori sui determinanti, la collaborazione con l'Università di Venezia, regolata da apposita convenzione, ha permesso di realizzare un'attività valutativa piuttosto rilevante sia con i genitori che con gli operatori. Particolare attenzione è stata riservata alla diffusione a tutti gli operatori del Percorso Nascita del patrimonio di informazioni acquisite, anche disaggregati per singolo territorio (utilizzati come base per la riprogettazione del piano triennale locale).

L'*attività di formazione* è stata attivata ed è in corso la realizzazione di un percorso e-learning (blended) di approfondimento sul Counselling Vaccinale, sperimentato in un'azienda Ulss veneta.

Infine, nell'ambito della *promozione e comunicazione* sono stati rivisti e prodotti numerosi materiali inerenti gli otto determinanti.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007](#) recante: "Documento programmatico *Guadagnare Salute*".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 3139 del 14 dicembre 2010](#) "Piano Regionale Prevenzione del Veneto - anni 2010-2012. Approvazione. Impegno di spesa".

Approfondimenti

Sito internet dedicato al [programma Guadagnare Salute](#) - rendere facili le scelte salutari.

Sito internet dedicato al [progetto GenitoriPiù](#) - 8 azioni con un unico obiettivo, promuovere la salute fisica e psicologica del vostro bambino.

Sito internet dedicato al [programma Mamme libere dal fumo](#) - il futuro nel tuo respiro.

Pagina web dedicata al [Programma regionale per la promozione dell'attività motoria](#).

PASSI Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: [l'abitudine al fumo](#). I dati del sistema di sorveglianza Passi 2012.

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

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione

Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia

Telefono: 041 2791352-1353 - Fax 041-2791330-1331

e-mail: sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

3.2 Profilassi delle malattie infettive

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

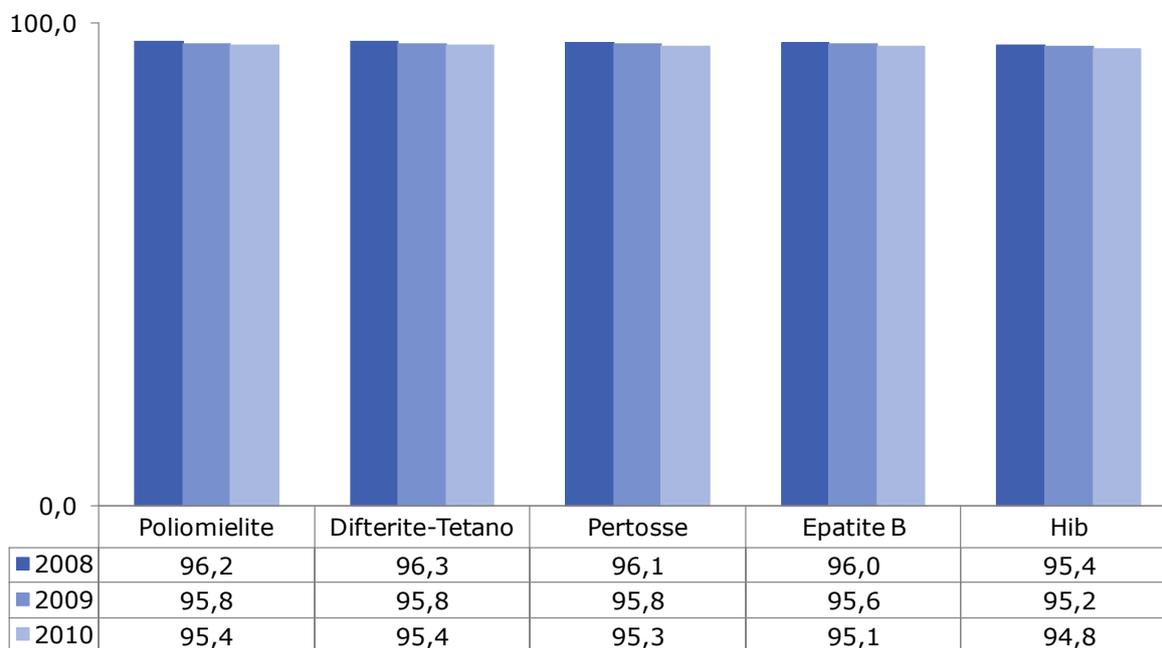
Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. *Aree prioritarie di intervento*. Prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione. Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione. Pagine 87-88.

Quadro di sintesi

L'alto livello di copertura raggiunto per le vaccinazioni nella Regione del Veneto e la professionalità degli operatori della sanità pubblica e dei Medici e Pediatri di Famiglia sono elementi qualificanti del Sistema Vaccinale della Regione del Veneto. Con Legge Regionale 23 marzo 2007, n. 7 la Regione del Veneto, considerate le elevate coperture vaccinali, la solidità operativa del sistema vaccinale e la maturità culturale della popolazione, ha ritenuto di sospendere l'obbligo vaccinale. I dati attestano la validità di un approccio tendente al superamento della distinzione tra vaccinazioni "obbligatorie" per legge e vaccinazioni "non obbligatorie".

Nella nostra Regione è attivo un Piano di Monitoraggio semestrale del Sistema vaccinale veneto 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, 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 del 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. Al proposito 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 Aziende ULSS sono dotate di una anagrafe vaccinale informatizzata e 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.

Figura 3.1 Coperture vaccinali aggiustate a 24 mesi di vita per cicli completati contro poliomielite, difterite-tetano, pertosse, epatite B e Haemophilus Influenzae di tipo B nella Regione del Veneto. Coorti 2008-2010 (Fonte: Regione del Veneto).

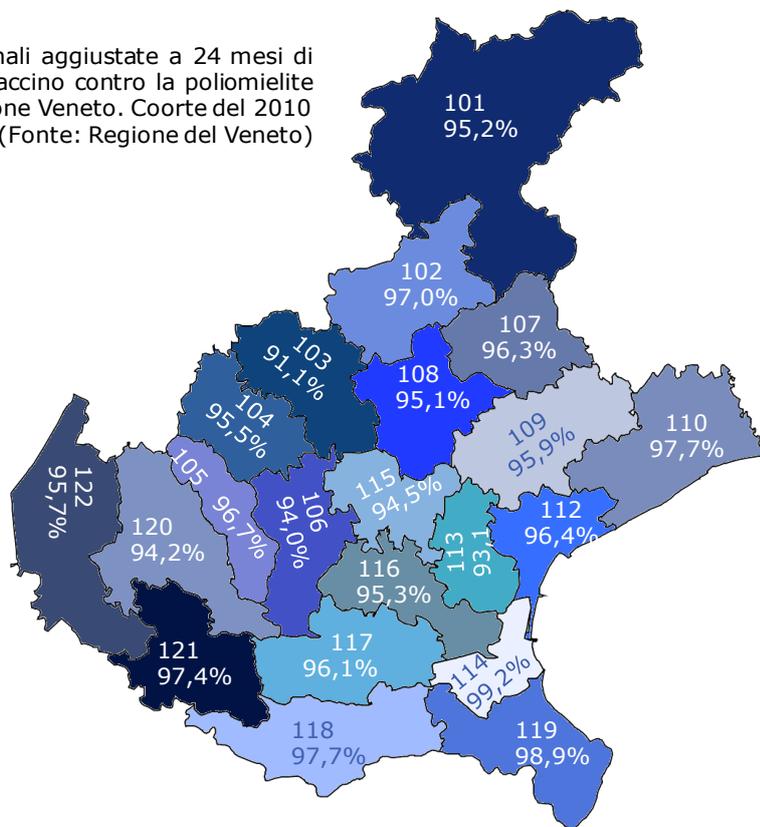


* Hib = Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)

118

Figura 3.2 Coperture vaccinali aggiustate a 24 mesi di vita per cicli completati di vaccino contro la poliomielite per Azienda ULSS della Regione Veneto. Coorte del 2010 (Fonte: Regione del Veneto)

Azienda ULSS	Coperture Poliomielite
1	95,2
2	97,0
3	91,1
4	95,5
5	96,7
6	94,0
7	96,3
8	95,1
9	95,9
10	97,7
12	96,4
13	93,1
14	99,2
15	94,5
16	95,3
17	96,1
18	97,7
19	98,9
20	94,2
21	97,4
22	95,7
Regione	95,4



* Depurando il denominatore dal numero di bambini stranieri temporaneamente rientrati nel Paese d'origine, nomadi, senza fissa dimora e non rintracciabili si ottiene un'informazione più accurata. Si parla quindi di coperture vaccinali "aggiustate".

Nell'ambito delle attività finalizzate a garantire un elevato standard di qualità nella profilassi vaccinale, sin dal 1993 la Regione del Veneto ha istituito il progetto "Canale Verde" per la consulenza prevaccinale offerta a tutte le Aziende ULSS regionali e la sorveglianza degli eventi avversi alla vaccinazione. Il progetto è stato poi 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". Per quanto attiene alla sorveglianza regionale degli eventi avversi a vaccini (EAV) del 2012, sono state analizzate e classificate 359 schede, poi inserite nella rete nazionale di farmacovigilanza (RNF). Tale dato risulta aumentato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, segno di una maggiore attenzione e tempestività nella segnalazione da parte degli operatori. Per quanto riguarda il tipo di vaccino somministrato, nell'anno 2012 si conferma la maggiore frequenza di segnalazione di eventi da vaccino MPRV contro morbillo, rosolia, parotite e varicella (28,1% di tutte le segnalazioni), tetravalente DTaP-polio (9,5%). Altre frequenti segnalazioni riguardano l'anti papillomavirus (HPV 8,9%) e l'esavalente in co-somministrazione con antimeningococcico coniugato (8,6%) o anti-pneumococcico 13-valente (7,8%). La maggiore frequenza di eventi avversi segnalati è riferita a bambini nella classe di età 1-5 anni (48%). Il 53% delle reazioni si riscontra alla prima somministrazione del vaccino. Nel 2012 sono state effettuate 135 consulenze pre e post-vaccinali per il proseguimento della vaccinazione. Un giudizio di idoneità alla vaccinazione è stato espresso in 104 casi (77%), di cui 60 con modalità di esecuzione routinaria e 44 con l'indicazione di specifiche precauzioni quali ambiente protetto, separazione delle dosi, o altre specifiche modalità. dopo un evento avverso. Inoltre è stata prestata attività di tele-consulenza per gli operatori sanitari a mezzo telefax o e-mail. Nel 2012 sono stati complessivamente forniti 69 pareri, talvolta con carattere di urgenza, su 45 casi clinici e 24 argomenti generali.

Malattie infettive emergenti

I cambiamenti climatici, la movimentazione di merci e persone, condizionano in modo determinante l'epidemiologia delle malattie trasmesse da insetti vettori. È 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 le strutture regionali, il Centro Trasfusionale, l'Istituto Zooprofilattico, il Laboratorio di riferimento regionale, il Programma per i viaggiatori internazionali, l'Università di Padova, Enti specifici e le Aziende ULSS. Relativamente alle potenziali malattie trasmesse da insetti sostenute da arbovirus, gli

120

obiettivi sono da una parte di lavorare per 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 scongiurare la diffusione. 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. In tal senso, 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. Per quanto riguarda le singole malattie, viene dato rilievo alla sorveglianza della malaria e all'attuazione delle azioni per prevenirla. La malaria infatti rappresenta ancora un grave problema sanitario mondiale. La maggior parte dei casi si verificano in Africa e nel continente Asiatico. 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 delle Aziende Sanitarie ad integrazione delle informazioni provenienti dai flussi informativi già esistenti.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge regionale 23 marzo 2007, n. 7](#) recante: "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 509 del 16 aprile 2013](#): "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva (L.R. n. 7/2007). Approvazione del *Report sul monitoraggio della Sospensione dell'Obbligo Vaccinale* dati delle coperture vaccinali per i nuovi nati aggiornati al 30/09/2012 e del verbale relativo all'incontro del 23/01/2013 del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1873 del 18 settembre 2012](#): "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva (L.R. n. 7/2007). Approvazione del *Report sull'attività vaccinale dell'anno 2011 e Monitoraggio della Sospensione dell'Obbligo Vaccinale* e del verbale relativo all'incontro del 10/07/2012 del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1797 del 4 settembre 2012](#): "Programma 2011 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Sviluppo di un modello interregionale di intervento per le emergenze in sanità pubblica con riferimento

alle malattie infettive diffuse. Codice Unico di Progetto (CUP) H78G11001320001. Impegno di spesa".

Approfondimenti

Per approfondimenti consultare gli allegati alla [Deliberazione della Giunta Regionale n. 509 del 16 aprile 2013](#) e alla [Deliberazione della Giunta Regionale n. 1873 del 18 settembre 2012](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Prevenzione
Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791352-1353 - Fax 041-2791330-1331
e-mail: sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

3.3 Screening oncologici

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 Aziende ULSS del Veneto. Nel 2012 si è osservato un incremento dell'estensione degli inviti, che per i tre screening ha raggiunto livelli ottimali, e sono stabilmente su livelli elevati anche i 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 Coloretale).

Attività di coordinamento

Ciascuna Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. L'attività di coordinamento viene svolta dal Registro Tumori del Veneto (RTV), cui sono stati assegnati i compiti di coordinamento, monitoraggio degli indicatori di qualità, stesura di relazioni ad hoc e rapporti annuali, promozione della qualità tramite formazione del personale e 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 2012 sono stati organizzati 15 eventi formativi, per un totale di 252 ore di formazione e 1.571 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 gruppo di chirurghi per la qualità della diagnosi e del trattamento chirurgico;
- *nello screening coloretale*: gruppo dei patologi per la qualità diagnostica istologica; gruppo degli endoscopisti per la qualità della diagnosi e del trattamento endoscopico.

Nel corso del 2012 sono stati prodotti i seguenti documenti di consenso:

- Documento di consenso del Gruppo regionale patologi dello screening mammografico;
- Documento di recepimento delle Linee Guida Europee, redatto dal Gruppo regionale endoscopisti dello screening coloretale.

Sistema informativo regionale

Il sistema informativo e il software che lo supporta sono una componente essenziale degli screening. Nel 2006 è stato realizzato, con la collaborazione del RTV, un software di proprietà regionale, che basandosi sulla rete INTRANET regionale, è in grado da un lato di rendere uniforme sul territorio regionale le modalità di gestione del processo, e dall'altro di standardizzare le integrazioni tra il sistema di screening e gli altri dipartimentali coinvolti (laboratori di analisi, anatomia patologica, ecc.). La nuova procedura attualmente è attiva presso 56 dei 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 2012 la popolazione target era pari a 1.388.308 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2011 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2012. Da un'analisi complessiva dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni. Nel 2012 i programmi hanno raggiunto la capacità di invitare la totalità della popolazione target, con un'estensione degli inviti del 97,9% rispetto all'88,2% del 2011 e all'80,3% del 2010. È in progressivo aumento anche l'adesione all'invito; 58,3% nel 2012, 56,6% nel 2011 e 54,8% nel 2010. Il dato è superiore rispetto alla media nazionale (41,2% nel 2011). Per quanto riguarda i tempi di attesa, nel 2011 il dato è peggiorato rispetto al 2010. È aumentata la difficoltà di alcune Aziende a fornire in tempi adeguati l'esito negativo del test (63,8% entro 30 giorni, rispetto al 78% nel 2010). I tempi di attesa per l'esecuzione delle colposcopie (83,2% entro 60 giorni dal pap test nel 2011), seppur in lieve calo, complessivamente hanno mantenuto il livello raggiunto nel 2010, segno che le Aziende hanno posto notevole attenzione a questo aspetto.

Figura 3.3 Screening cervicale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto dal 2007 al 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

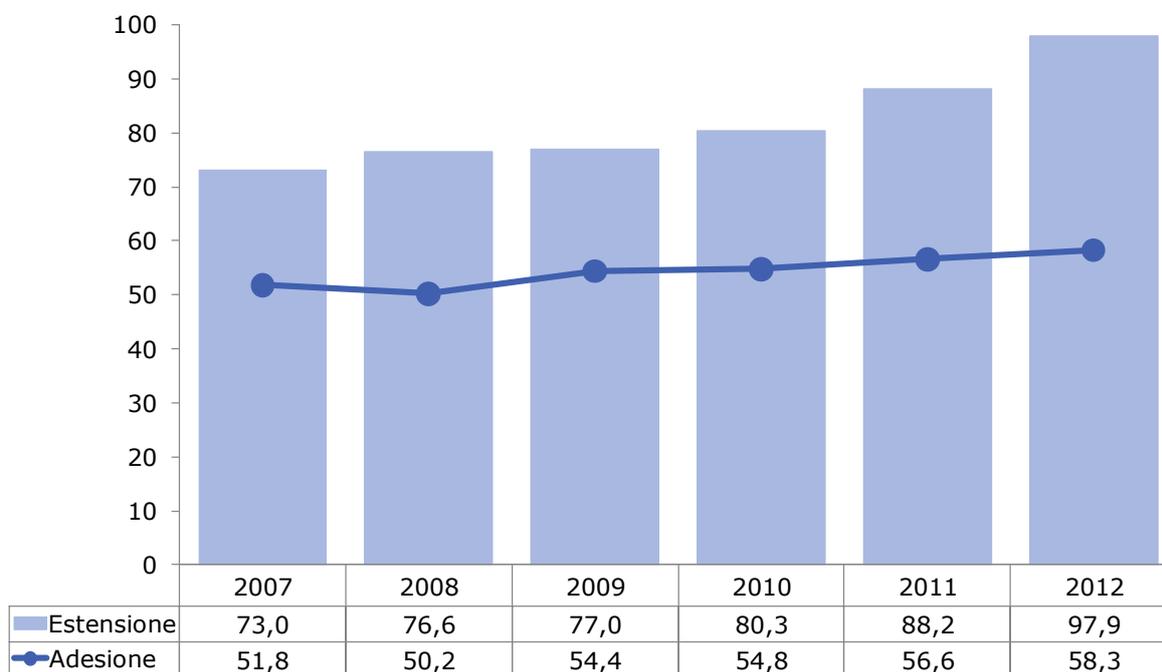
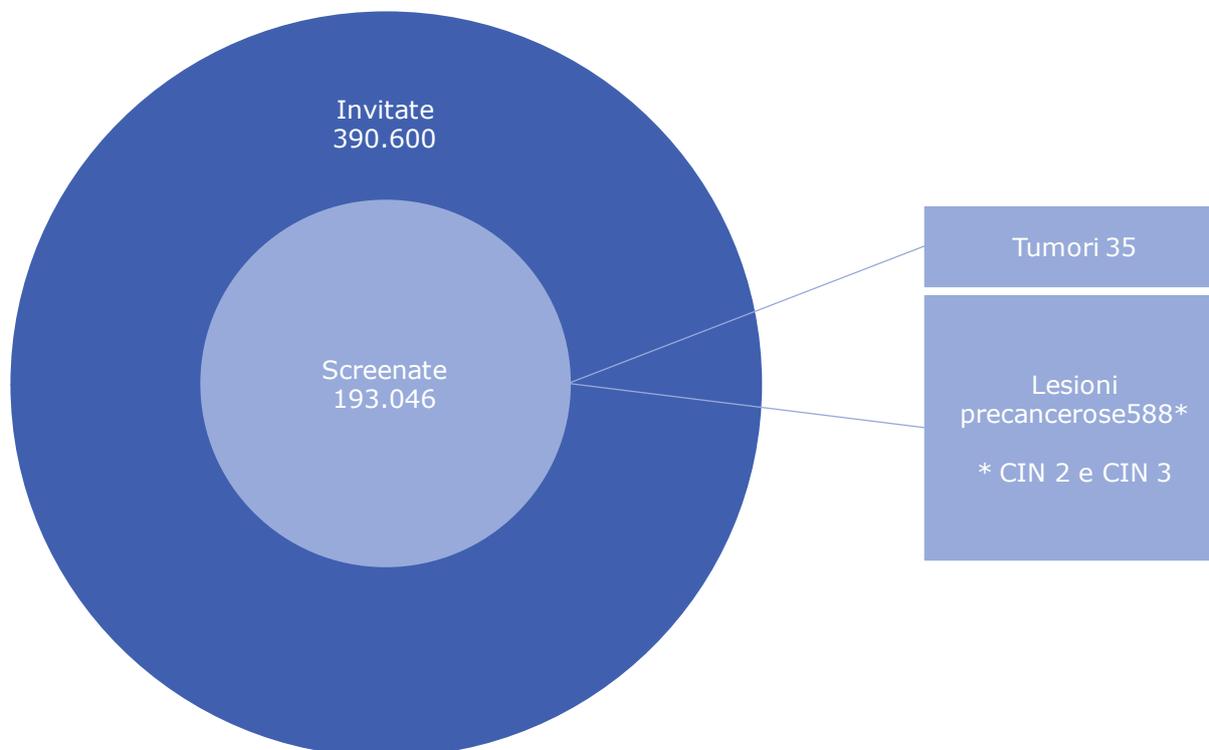


Figura 3.4 Screening cervicale: donne invitate e screenate. Tumori e lesioni precancerose diagnosticati. Veneto 2011 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



* 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 2011 il tasso di pap test inadeguati è stato del 3,5%: è un valore che sta progressivamente diminuendo e che si avvicina allo standard desiderabile GISCi (<3%). La proporzione degli invii in colposcopia è stabile nel tempo (2,7% nel 2011), di poco superiore alla media dei programmi italiani (2,4%). Nel 2011 migliorano ulteriormente 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 94,6% e 97,2%), i valori sono superiori allo standard desiderabile e alle medie nazionali. Complessivamente, nel 2011 sono state diagnosticati 35 carcinomi della cervice uterina e 588 lesioni precancerose CIN2 o CIN3. Il valore predittivo positivo di ASC-US+ per istologia CIN2+ (15,6%) è stabile e sovrapponibile al dato nazionale. Il valore predittivo positivo della biopsia cervicale per istologia CIN1+ continua a migliorare (68% rispetto 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 2011 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. Nel 2012 si è assistito ad un ulteriore incremento sia dell'estensione degli inviti che dell'adesione da parte della popolazione. 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. Nell'ambito del Piano Regionale per la Prevenzione 2010-2012 la Regione del Veneto ha approvato un progetto pilota per l'introduzione del test HPV come test di primo livello nei programmi di screening cervicale delle province di Padova e Rovigo, finanziato dalla Fondazione Cariparo. 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 tre 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:

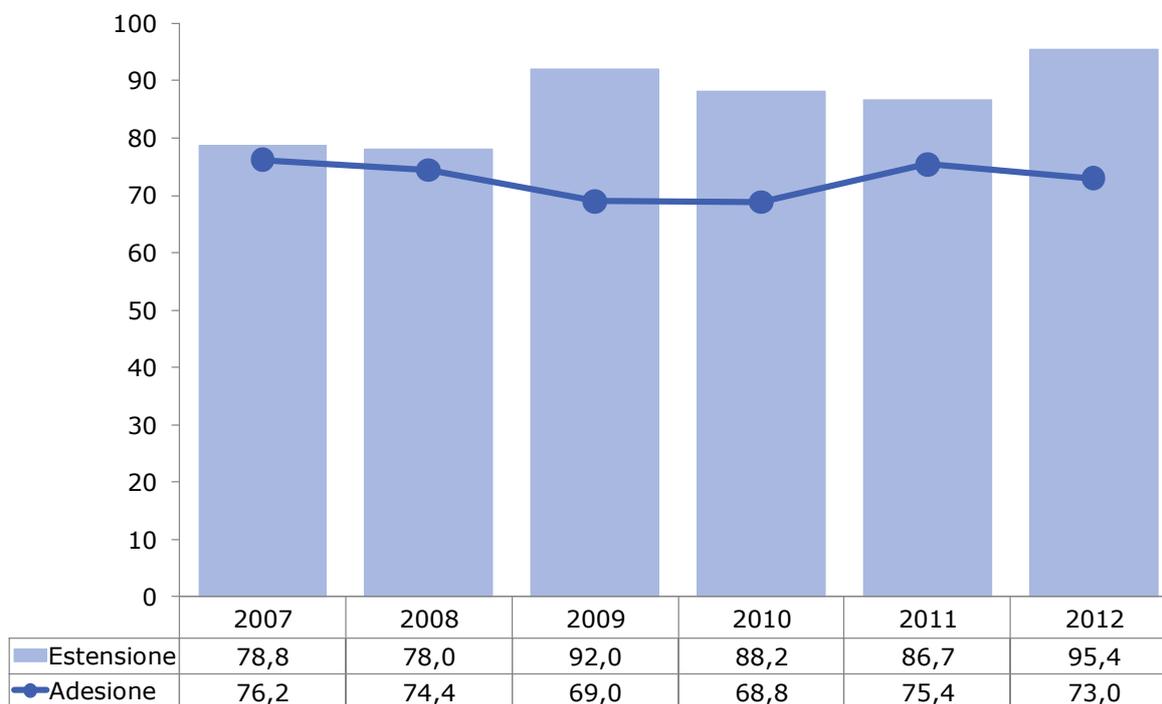
- La proposta di uno screening basato sul test HPV si sta dimostrando sostenibile, come si può dedurre da valori soddisfacenti di estensione degli inviti. Anche la proporzione di invii a colposcopia si è mantenuta entro limiti accettabili.
- La proposta di uno screening con test HPV sembra essere accolta favorevolmente dalla popolazione, con un notevole incremento dell'adesione rispetto alla proposta del pap test tradizionale: 58,9% rispetto al 49%.
- Sono risultate positive al test HPV il 6,7% delle donne esaminate, e di queste il 42% 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 3,7% 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 (15,4% 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: 3,8‰ rispetto al 2,7‰ con il pap test. A carico delle donne sotto i 35 anni sembra profilarsi il rischio di sovradiagnosi, dovuta ad una eccessiva sensibilità della strategia di screening (7,2‰ rispetto a 2,7‰).

A gennaio 2013 il Ministero della Salute ha emanato delle linee di indirizzo sull'utilizzo del test HPV come test di primo livello nei programmi di screening cervicale: l'esperienza maturata dai programmi pilota delle province di Padova e Rovigo sarà estremamente preziosa per facilitarne l'applicazione in Veneto.

Screening mammografico

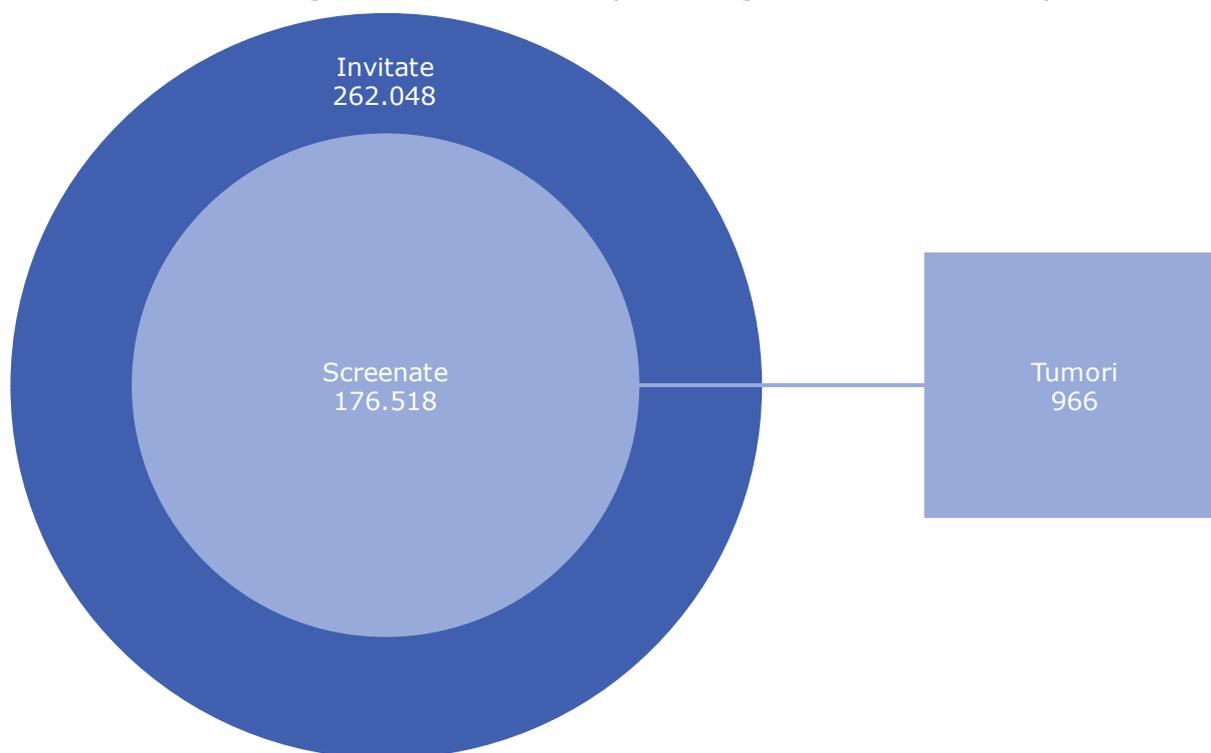
È rivolto alle donne in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire una mammografia con cadenza biennale. L'obiettivo principale è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella, un obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile 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 2012 la popolazione target era pari a 616.379 donne. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2011 e, limitatamente ad estensione ed adesione all'invito, a fine 2012. Da un'analisi dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Nel 2012 l'estensione degli inviti è arrivata ad un risultato quasi ottimale, con un valore del 95,4% rispetto all'86,7% del 2011. Va rilevato che per l'intero 2011 ed i primi 5 mesi del 2012, il programma dell'ULSS 22 è stato sospeso.

Figura 3.5 Screening mammografico. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto dal 2007 al 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)

- Il dato dell'adesione corretta negli ultimi due anni è aumentato in maniera importante: rispettivamente 73% e 75,4% rispetto al 68,8% del 2010. Il dato è superiore rispetto alla media nazionale (59,6% nel 2011).
- Nel 2011 il tasso di richiamo ad approfondimento nelle donne ai primi esami è aumentato di due punti percentuali, dall'8,3% al 10,1% continuando ad essere superiore allo standard accettabile (<7%). Nelle donne agli esami successivi il tasso di richiamo è rimasto invece invariato al 4,3% 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 2011 sono stati pari all'1,0% delle donne esaminate.
- I tempi con cui i programmi inviano la risposta negativa sono migliorati nel 2011 (ciò è avvenuto entro 15 giorni dall'esecuzione della mammografia per il 64% dei casi), mentre subiscono una lieve flessione i tempi di invio ad approfondimento, che sono stati eseguiti entro 20 giorni dalla mammografia solo nel 43% dei casi. Questo potrebbe essere legato ad un insufficiente adeguamento delle risorse umane e tecniche rispetto agli aumentati volumi di attività.
- Nel 2011 i tumori screen detected sono stati 966. 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 3.6 Screening mammografico: donne invitate e screenate. Tumori diagnosticati. Veneto 2011 (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.

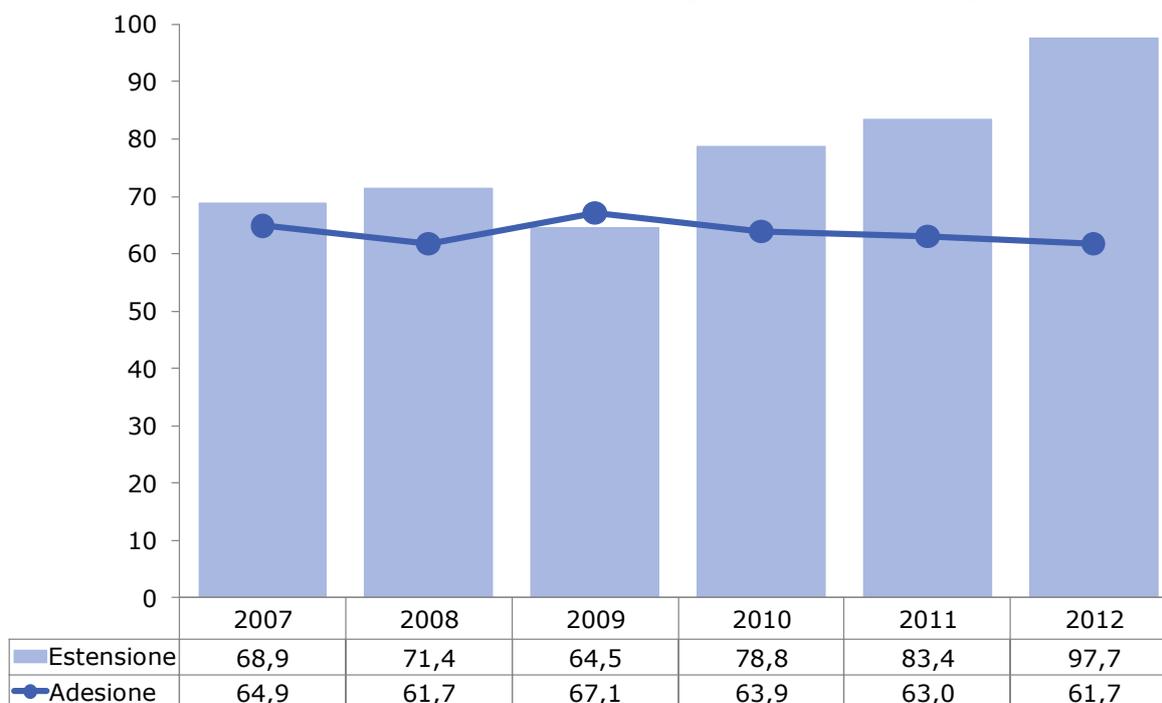
Screening coloretta

Ha la potenzialità di ridurre sia la mortalità che, mediante la diagnosi e bonifica di grandi numeri di adenomi, anche l'incidenza del tumore del colon retto. Il programma è rivolto alle persone di ambo i sessi in età compresa fra 50 e 69 anni, che vengono invitate ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale. Il programma dell'Azienda ULSS di Verona invita all'esecuzione di una rettosigmoidoscopia una tantum i soggetti 60enni e, per i non aderenti, il sangue occulto fecale fino ai 69 anni. A inizio 2012 la popolazione target regionale era pari a 1.145.689 persone. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31 dicembre 2011 e, limitatamente ad estensione ed

adesione all'invito, a fine 2012. Da un'analisi complessiva dei dati, si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Analogamente agli altri screening, l'estensione degli inviti nel 2012 ha raggiunto livelli ottimali: 97,7% rispetto all'83,4% nel 2011.

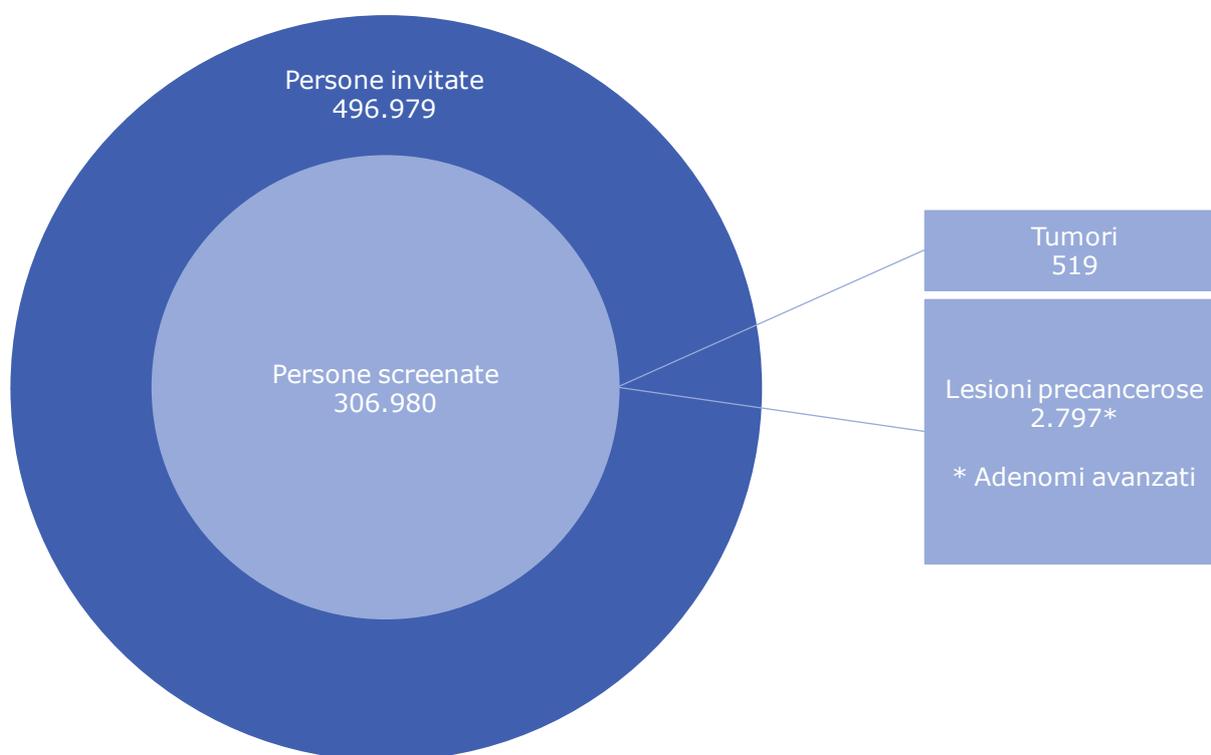
Figura 3.7 Screening colon-rettale. Percentuali di estensione e adesione agli inviti. Veneto dal 2007 al 2012 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



- Nonostante una lieve flessione del dato medio regionale di adesione (61,7% rispetto al 63% del 2011), il dato del Veneto è tra i migliori a livello nazionale (adesione del 48% nel 2011) 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 (86,3% nel 2011) 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 (49% entro 30 giorni dall'esecuzione del test), che rimangono ampiamente al di fuori degli standard di riferimento (>90%). Questo dato pone un dubbio sulla "tenuta" nel medio e lungo termine di molti programmi. Vengono riportate carenze di programmazione e di risorse, soprattutto per i Servizi di Endoscopia.

- Complessivamente sono stati diagnosticati 519 carcinomi e 2.797 adenomi avanzati. Il tasso di identificazione per adenomi avanzati e cancro si colloca generalmente entro i valori attesi. Tuttavia, a fronte della grande variabilità osservata tra i programmi nel rapporto tra adenomi iniziali ed avanzati, è stata avviata una revisione dei criteri utilizzati dai patologi per la classificazione degli adenomi.
- I dati riportati dai programmi in relazione al trattamento ed alla stadiazione dei canceri diagnosticati dai programmi sono stati fortemente 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 2011), 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 2 volte rispetto ai soggetti al primo episodio di screening con sangue occulto e 3 volte rispetto agli esami successivi, mentre i valori per i carcinomi non sono risultati molto diversi.

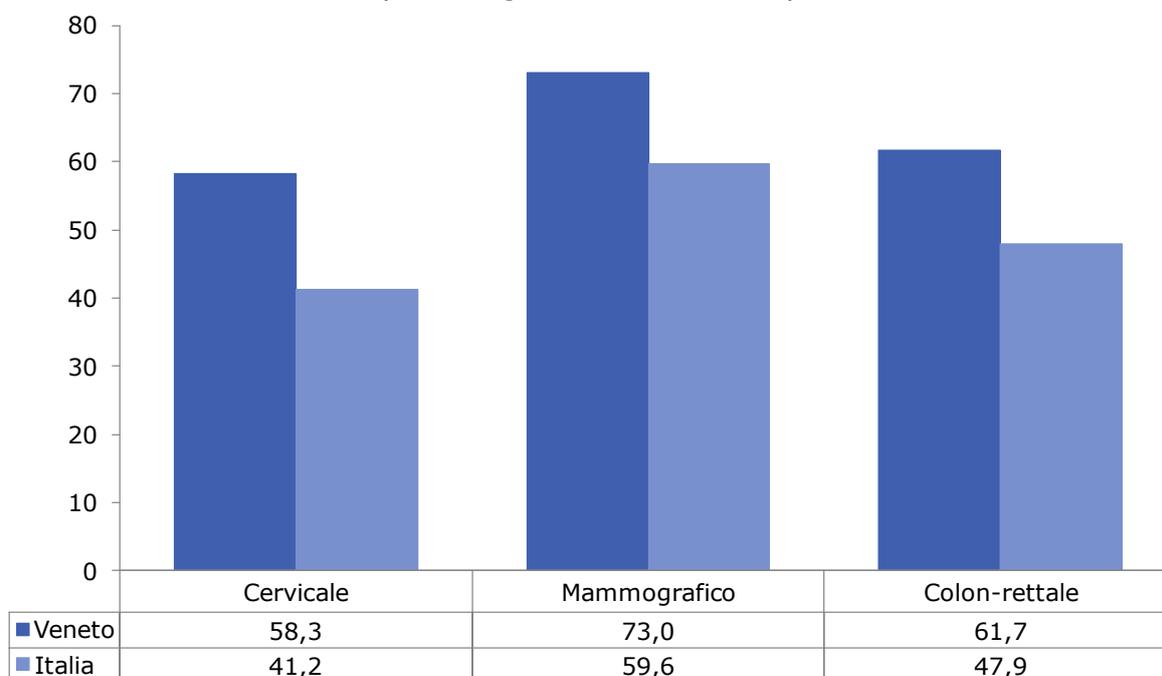
Figura 3.8 Screening colon-rettale: persone invitate e screenate. Tumori e lesioni precancerose diagnosticati. Veneto 2011 (Fonte: Registro Tumori del Veneto)



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.

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 3.9 Screening cervicale, mammografico e colon-rettale. Percentuali di adesione agli inviti nel Veneto e in Italia nel 2011
(Fonte: Registro Tumori del Veneto)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[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. 3139 del 14 dicembre 2010](#) "Piano Regionale Prevenzione del Veneto - anni 2010-2012. Approvazione. Impegno di spesa".

Approfondimenti

AA.VV., *I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2011-2012*, Padova: CLEUP, 2013 (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

Registro Tumori del Veneto
Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
Telefono 049 8215605 - Fax 049 8215983
centro.registrotumoriveneto@unipd.it

3.4 Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 e non.

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto ha individuato quale strategia dell'azione di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il controllo non tanto degli aspetti formali quanto la verifica di quelli sostanziali, indicativi del livello di qualità dell'organizzazione della sicurezza dell'azienda. In tale contesto si è giunti alla definizione di "Linee di indirizzo per la valutazione dell'organizzazione aziendale della sicurezza" e delle "Indicazioni Operative per valutare e promuovere l'organizzazione aziendale della sicurezza", che precisano le modalità di intervento degli SPISAL (Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro). I dati attestano un miglioramento ed un incremento dell'attività di sorveglianza.

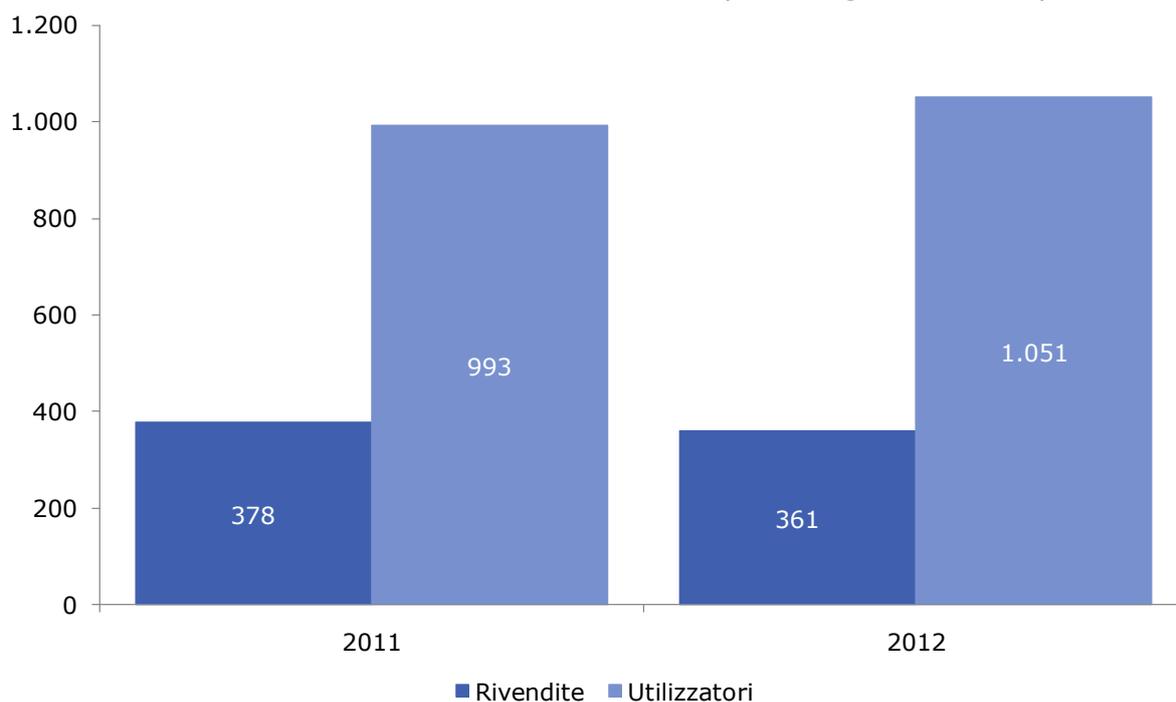
Gli obiettivi strategici di prevenzione perseguiti dalla Regione del Veneto in questo ambito sono stati definiti con il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012. Il Piano individua, nell'ambito della prevenzione collettiva, gli interventi che, pur riguardando indirettamente le persone, agiscono sugli ambienti di vita (abitazioni, scuole, strutture sanitarie e socio-sanitarie, strutture ricreative ed alberghiere, ristorazione collettiva, ecc.) e di lavoro (imprese produttive e di servizio), promuovendone igienicità, salubrità e qualità, con un impatto diretto sulla salute.

Prevenzione negli ambienti di vita

Rischio da prodotti fitosanitari: le dimensioni del fenomeno sono valutabili attraverso l'esame delle quantità di prodotti fitosanitari venduti che nella nostra Regione si attesta, nel biennio 2011-2012, sui 16 milioni di chilogrammi (o litri a seconda del formulato commerciale), dato in leggera flessione rispetto al biennio precedente. Per quanto

riguarda la pericolosità dei prodotti, l'andamento negli anni vede una progressiva diminuzione dei prodotti più pericolosi, che comunque rappresentano una quota inferiore al 10% del totale venduto. L'attività di controllo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, secondo i piani di attività regionali, prevede il controllo sul commercio e sull'impiego dei prodotti fitosanitari, finalizzato alla minimizzazione del rischio sanitario per la popolazione e gli addetti.

Figura 3.10 Numero di controlli svolti dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto nel biennio 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)



Il numero di controlli/anno delle rivendite corrisponde alla copertura di 1/3 delle rivendite presenti sul territorio regionale (circa 750). Negli ultimi anni progressivamente è aumentato il controllo sugli utilizzatori (+ 75% dal 2008).

Rischio chimico

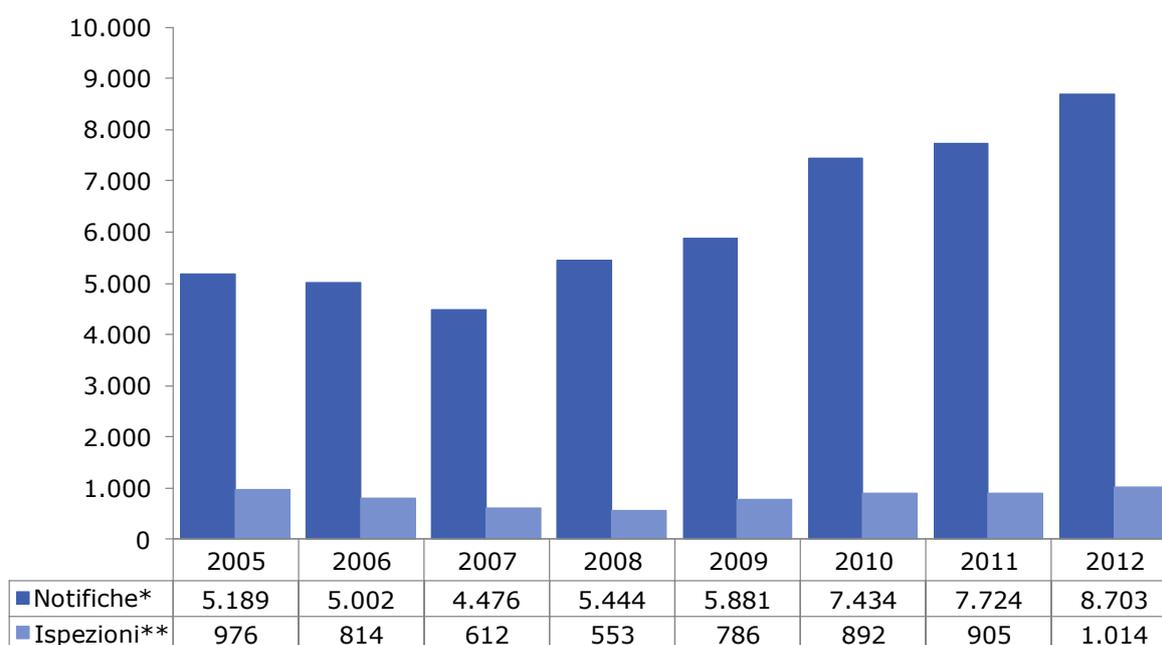
Con l'obiettivo del miglioramento della tutela della salute umana e dell'ambiente e il rafforzamento della competitività dell'industria chimica europea attraverso la libera circolazione delle sostanze, il 1 giugno 2007 in tutti i Paesi dell'Unione Europea è entrato in vigore il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH **R**egistration, **E**valuation, **A**uthorisation and Restriction of **C**hemicals). L'attuazione in ambito regionale del Regolamento REACH ha visto la realizzazione, nel corso del biennio 2011-2012, delle attività di formazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e di controllo presso le aziende secondo il "Piano nazionale di vigilanza REACH". Il nucleo di esperti individuato per lo

svolgimento in via transitoria dell'attività di vigilanza REACH ha effettuato 7 controlli nel 2011 e altrettanti nel 2012, secondo i requisiti e gli obiettivi europei di cui ai progetti "REACH-en-force 1" e "REACH-en-force 2" e coerentemente con il Piano Regionale di Prevenzione, avendo come target i settori produttivi indicati dall'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA European Chemicals Agency).

Rischio amianto

La prevenzione di questo rischio avviene sia attraverso la tenuta dell'elenco aggiornato dei siti con impianti industriali con presenza di amianto in matrice friabile a cura dei Dipartimenti di Prevenzione, che attraverso l'attività di controllo sugli interventi di bonifica di materiali contenenti amianto. Nel 2012 sono state 8.703 le comunicazioni pervenute al riguardo, con un incremento del 13% rispetto al 2011. Mediamente 12 interventi su 100 sono oggetto di controllo.

Figura 3.11 Cantieri di bonifica annualmente comunicati e attività di vigilanza svolta dagli Spisal Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro. Veneto 2005-2012 (Fonte: Regione del Veneto)



* Notifiche = Piani di lavoro e notifiche ex articolo 250 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81

** Ispezioni = attività di vigilanza svolta dagli SPISAL delle Aziende ULSS del Veneto

Le norme vigenti in materia prevedono che il datore di lavoro presenti una notifica all'organo di vigilanza competente per territorio prima dell'inizio dei lavori che possono comportare per i propri lavoratori il rischio di esposizione ad amianto (articolo 250 Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81). I piani di lavoro definiscono dunque l'attività di bonifica e possono riferirsi a tre categorie:

- rimozione di manufatti in matrice compatta o resinoidi (cemento amianto, linoleum);
- interventi di demolizione o rimozione di manufatti in amianto con tecnica del glovebag (che previene il contatto diretto tra l'operatore e il materiale che contiene amianto);
- interventi di demolizione o rimozione di manufatti in amianto in matrice friabile o resa friabile dalle tecniche di demolizione.

Nel nostro caso, in massima parte (95%) si tratta di interventi di bonifica riguardanti amianto in matrice compatta.

Rischio da agenti fisici

Gas Radon

Il radon è un gas radioattivo naturale, incolore e inodore, prodotto dal decadimento radioattivo del radio, generato a sua volta dal decadimento dell'uranio. La principale fonte di immissione di radon nell'ambiente è il suolo. All'aperto si disperde in atmosfera, negli ambienti chiusi si può accumulare. La pianificazione regionale ha previsto il controllo ed il monitoraggio, con la collaborazione di ARPAV, degli edifici scolastici nelle zone regionali maggiormente interessate dal fenomeno (770 edifici già monitorati ed altri 310 da concludere nel corso del 2013).

Inquinamento Elettromagnetico

Il fenomeno comunemente definito "inquinamento elettromagnetico" è legato alla generazione di campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici artificiali che sono prodotti da impianti di trasmissione elettronica delle informazioni (impianti radio-TV e per telefonia mobile), da installazioni per il trasporto e la trasformazione dell'energia elettrica (elettrodotti), da apparati per applicazioni biomedicali, da impianti per lavorazioni industriali, nonché da tutti quei dispositivi il cui funzionamento è subordinato a un'alimentazione di rete elettrica (ad esempio gli elettrodomestici). Il legislatore nazionale ha regolamentato la materia improntando l'azione legislativa alla massima cautela (principio di precauzione). La Legge Quadro (Legge 22 febbraio 2001, n. 36) fissa le linee di azione generali alla base della protezione della popolazione dall'esposizione a campi elettromagnetici, rimandando a decreti applicativi successivi la fissazione di limiti e la regolamentazione di procedure (DPCM 08/07/2003). Le principali sorgenti che generano campi elettromagnetici a bassa frequenza e che interessano gli ambienti di vita e di lavoro sono gli elettrodotti, le sottostazioni elettriche e le cabine di trasformazione. L'ARPAV (Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto) ha realizzato un **Sistema Informativo Territoriale**, il cui risultato principale è il **catasto georeferenziato** delle linee elettriche di alta tensione presenti sul territorio Veneto.

Vengono anche eseguite misure strumentali in campo finalizzate a garantire che l'impatto ambientale di elettrodotti e cabine elettriche sia compatibile con quanto previsto dalla normativa, in particolare per quanto riguarda i cosiddetti "siti sensibili" (asili nido, scuole, parchi gioco). Nel corso del 2012 sono stati effettuati 75 interventi di controllo sperimentali dei valori di campo elettromagnetico, per complessivi 383 punti di misura, per un totale di 320 giorni di durata complessiva delle campagne di misurazione.

Nell'ambito dei campi elettromagnetici ad alta frequenza (100 kHz-300 GHz) si considerano le Stazioni Radio Base per la telefonia cellulare e gli impianti radiotelevisivi (radio e tv, analogiche e digitali). ARPAV ha costituito il catasto informatizzato e georeferenziato delle sorgenti di campo elettromagnetico ad alta frequenza, in cui sono presenti i dati tecnici identificativi di tutte le stazioni radio base per la telefonia mobile attive nel Veneto che, alla data del 31/12/2012, risultano essere 5.315.

Per ciò che attiene agli impianti radiotelevisivi, questi, alla data del 31/12/2012, risultano essere complessivamente pari a 2.130, per un totale di 504 siti regionali ove risultano installati. In occasione della transizione dal sistema di trasmissione analogico a quello digitale terrestre, avvenuta nel Veneto dal 25 novembre al 15 dicembre 2010, tutti gli impianti televisivi sono stati riconfigurati, ed ARPAV sta completando il relativo database in relazione alla nuova riconfigurazione dei dati tecnici. Nel corso del 2012, per ciò che riguarda gli impianti radiotelevisivi, sono stati condotti in tutta la Regione 69 interventi di controllo sperimentali dei valori di campo elettromagnetico, per un numero complessivo di 297 punti di misura e un numero complessivo di giorni di monitoraggio continuo pari a 2.263.

Infine, per quanto riguarda gli impianti di telefonia mobile, nel corso del 2012 sono stati condotti in tutta la Regione 112 interventi di controllo sperimentali dei valori di campo elettromagnetico, per un numero complessivo di 380 punti di misura e un numero complessivo di giorni di monitoraggio continuo pari a 2.746.

Prevenzione nei luoghi di lavoro

Con la pianificazione regionale 2010-2012 si è inteso perseguire l'obiettivo generale di ridurre gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali del 25% entro il 2012, in coerenza con le strategie del Patto per la Tutela della Salute nei luoghi di lavoro attraverso la programmazione degli interventi di vigilanza, formazione e promozione, coordinata con gli enti istituzionali e le parti sociali. Le strategie di azione tengono conto dei cambiamenti in corso nel mondo del lavoro individuando target prioritari di salute e

fasce di lavoro più vulnerabili (lavoro solo formalmente autonomo, lavoro irregolare, cooperative, stranieri, precari, ecc.). I macroambiti di intervento, definiti in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento, hanno riguardato nell'ultimo biennio:

- il contrasto dei rischi mortali e gravi con interventi mirati di prevenzione estesi a tutto il territorio nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura ed il controllo dell'organizzazione della sicurezza nelle imprese a rischio con più di 10 addetti (circa 5 % delle unità locali attive in Veneto) conformemente al D.Lgs. 81/08;
- la sorveglianza sugli infortuni invalidanti e mortali e sulle malattie professionali ed il miglioramento dell'efficacia delle indagini, quando ricorrono i termini di legge, compresa la valutazione delle nuove forme di patologie correlate al lavoro (mal di schiena, disturbi articolari da posture incongrue o da movimenti ripetitivi, stress lavoro correlato);
- la sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni (amianto, CVM, amine aromatiche) in relazione alle storiche specificità di rischio in aree industriali attive o dismesse (Porto Marghera), con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale) e utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale);
- la promozione del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro nell'ottica del miglioramento della qualità e del benessere del lavoro anche quali fattori di competitività economica per le aziende;
- la promozione dello sviluppo dei Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS), quali indici di qualità dell'organizzazione della sicurezza nell'ambito aziendale, secondo linee di indirizzo diffuse e con contributi finanziari dedicati alle aziende della Regione;
- la promozione della cultura della sicurezza e della salute nei confronti dei lavoratori autonomi di comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria e di formazione.

Attività di vigilanza

Sia nel 2011 che nel 2012 è stato rispettato l'obiettivo di copertura del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) pari al controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o assimilati.

Figura 3.12 Attività di vigilanza: obiettivo di copertura del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) pari al controllo del 5% delle unità locali con dipendenti o assimilati. Anni 2008-2012
(Fonte: Regione del Veneto)

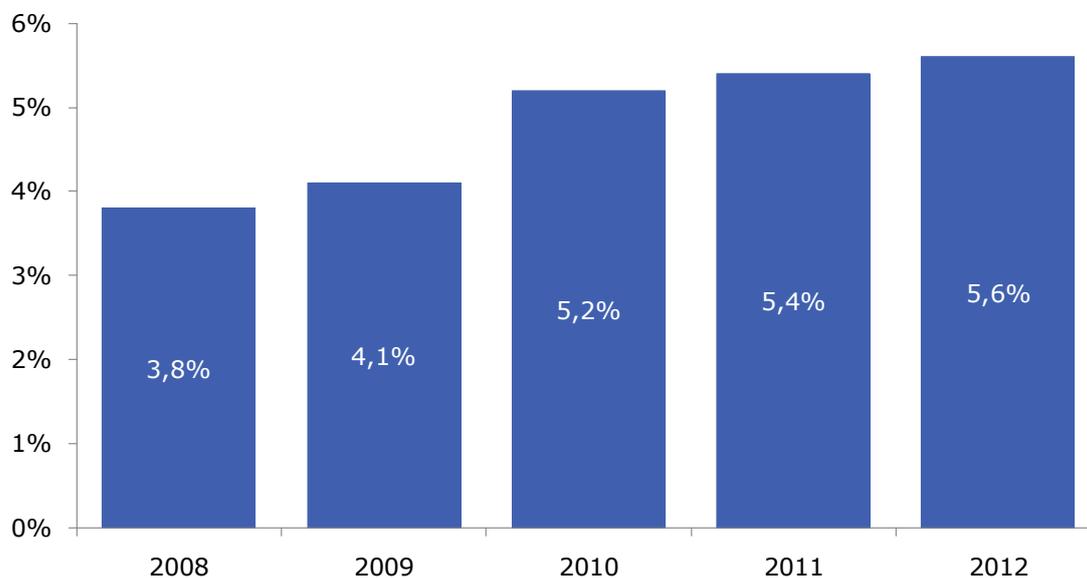
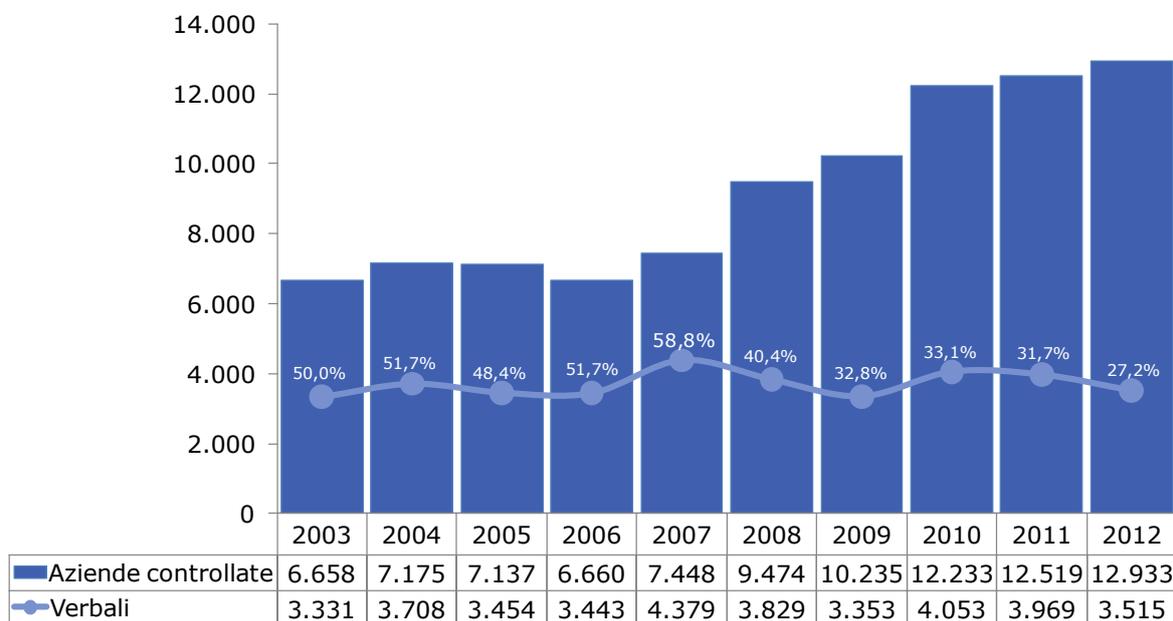


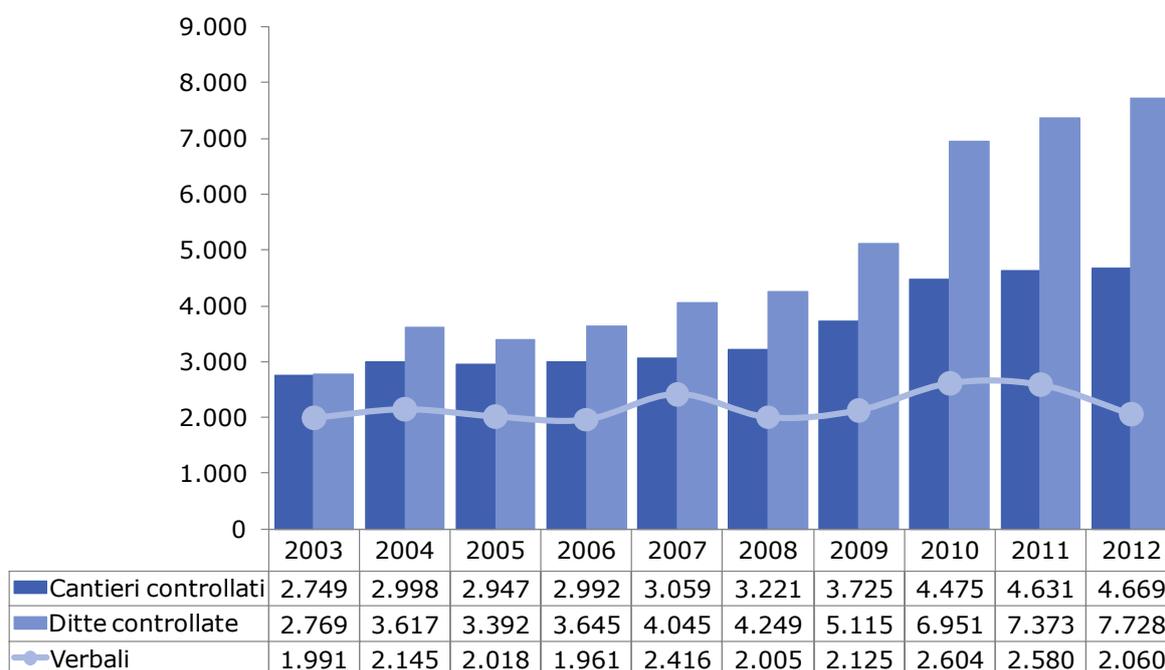
Figura 3.13 Attività di vigilanza. Numero aziende controllate e verbali con prescrizioni dal 2003 al 2012 nel Veneto. Numeri assoluti e percentuali dei verbali 758 sul totale delle ditte ispezionate
(Fonte: Regione del Veneto)



I verbali riguardano le prescrizioni di cui all'articolo 20 Decreto Legislativo 19 dicembre 1994, n. 758 recante: "Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro". L'organo di vigilanza, accertato un reato per il quale è prevista la pena della contravvenzione, impartisce al contravventore un'apposita prescrizione, fissando per la regolarizzazione un termine non eccedente il periodo di tempo tecnicamente necessario. Tale termine è prorogabile a richiesta del contravventore, per la particolare complessità o per l'oggettiva difficoltà dell'adempimento. In nessun caso esso può superare i sei mesi. Tuttavia, quando specifiche circostanze non imputabili al contravventore determinano un ritardo nella regolarizzazione, il termine di sei mesi può essere prorogato per una sola volta, a richiesta del contravventore, per un tempo non superiore ad ulteriori sei mesi, con provvedimento motivato che è comunicato immediatamente al Pubblico Ministero.

Per quanto concerne l'edilizia, nel 2012 sono stati notificati agli SPISAL 29.117 cantieri, con un calo del 4,2% rispetto al 2011. Il 16% di questi (4.669) è stato oggetto di verifica ispettiva che ha determinato il controllo di 7.728 imprese edili, con emissione di 2.060 verbali di prescrizione per carenza delle norme di sicurezza del lavoro. Per più di un terzo dei cantieri visti (1.678), l'attività di vigilanza è stata condotta in coordinamento fra SPISAL e gli altri enti preposti al controllo (Inail, Inps, Direzioni Territoriali del Lavoro).

Figura 3.14 Attività di vigilanza in edilizia. Numero cantieri e ditte controllate e verbali con prescrizioni dal 2003 al 2012 nel Veneto (Fonte: Regione del Veneto)

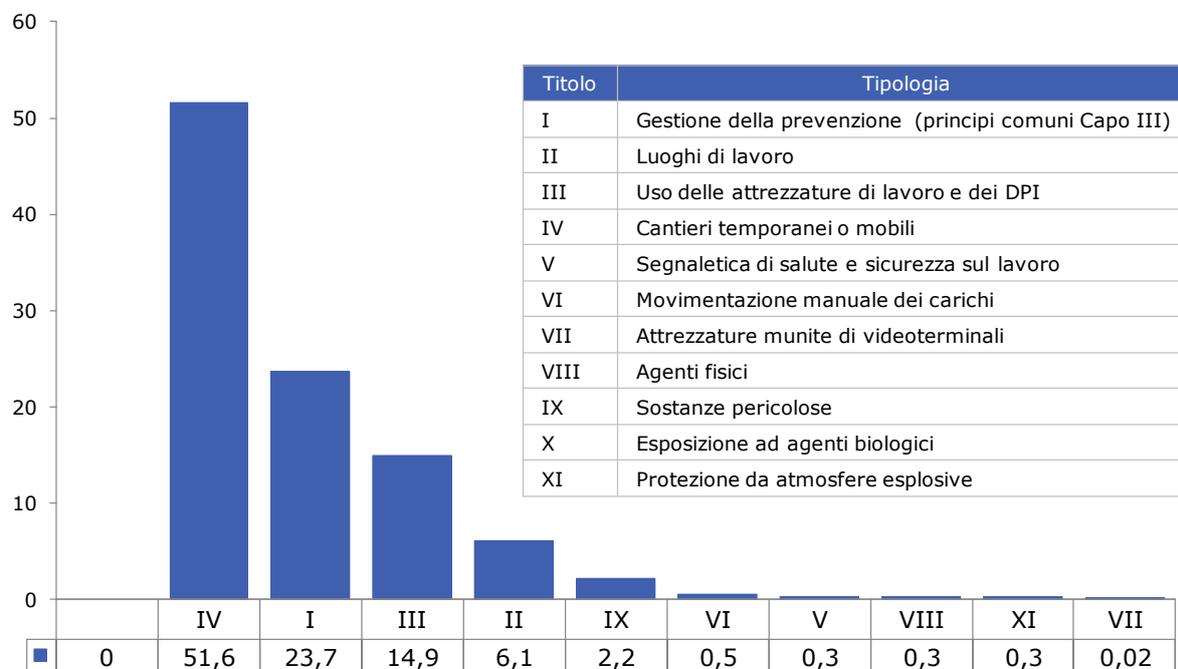


Il settore dell'agricoltura dal 2009 è oggetto di specifica linea di intervento regionale. Il 2012 ha visto il controllo di 1.084 aziende, il 32% in più rispetto al 2011. Un'azienda su quattro è stata oggetto di verbale di prescrizione. Il numero di controlli su trattori ed altre attrezzature agricole è passato da 1.299 nel 2011 a 3.469 del 2012. Nel 30% dei casi l'attività di vigilanza è stata condotta in coordinamento con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione competenti sul controllo dell'utilizzo di fitosanitari.

L'utilizzo del sistema gestionale "Prevnet", ha consentito di valutare le principali carenze accertate dai Servizi nel biennio 2010-2011. Il numero maggiore di carenze rilevate riguarda il Titolo IV del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "cantieri temporanei e mobili", coerentemente con la prevalenza della attività in edilizia rispetto agli altri settori produttivi. In circa il 25% dei casi comunque le carenze riscontrate riguardano gli aspetti

generali di gestione del sistema di prevenzione e protezione dai rischi, come individuati al Capo III "Gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro" del Titolo I del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Figura 3.15 Attività di vigilanza. Distribuzione percentuale delle carenze rilevate suddivise per Titolo del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81*
(Fonte: Regione del Veneto)



* Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto Legislativo 19 dicembre 1994, n. 758](#) recante: "Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro".

[Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 Dicembre 2007](#) (esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro").

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

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1097 del 26 luglio 2011](#) "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 2011".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1334 del 17 luglio 2012](#) "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 2012".

Approfondimenti

[Area dedicata alla prevenzione e alla promozione della salute](#) nel portale Internet della Regione del Veneto.

Safetynet piattaforma Internet, sviluppata dallo SPISAL dell'Azienda ULSS 20 di Verona nell'ambito del progetto CCM SINP. Il progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) "Realizzazione di modalità e strumenti per integrare le informazioni correnti del sistema salute e del sistema lavoro ai fini delle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", ha come obiettivo generale il miglioramento delle informazioni di supporto alla programmazione, gestione e valutazione delle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio attraverso l'utilizzo integrato dei dati presenti nei sistemi informativi del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro, delle Regioni.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Regionale Prevenzione
Servizio Tutela e Sicurezza nei luoghi di lavoro
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791311-1323 Fax 041 2791331
e-mail: salute.lavoro@regione.veneto.it

3.5 Veterinaria e Sicurezza alimentare

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.4. Promozione della salute e prevenzione delle malattie. Sottoparagrafo 3.4.1. *Aree prioritarie di intervento*. Prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua. Prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti. Pagine 91-93. Il rapporto tra Sanità Pubblica Veterinaria, alimentazione e nutrizione umana è di fondamentale importanza. In questo contesto la Regione del Veneto ha adottato e sostiene un modello di controllo e sorveglianza di riconosciuta efficacia a livello europeo. Il Piano Socio Sanitario intende migliorare ulteriormente un sistema già ampiamente collaudato.

Quadro di sintesi

Le politiche preventive, ambito in cui operano i servizi inerenti l'area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, devono concorrere per 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, salute e benessere degli animali, attraverso l'adozione di una strategia stabilita a livello comunitario e definita "dal campo alla tavola" che copra tutti i settori della catena alimentare, inclusa la produzione di mangimi, la produzione primaria di alimenti, la loro lavorazione, immagazzinamento, trasporto e commercio all'ingrosso e al dettaglio. I dati confermano l'efficacia e l'efficienza dei servizi preposti a tali compiti nella Regione del Veneto.

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 2012 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 della Direttiva 64/432/CEE. Per quanto concerne la tubercolosi bovina i controlli erano stati effettuati sul 100% di tali allevamenti nel 2011. Coniugando gli obiettivi di risparmio della spesa pubblica con quelli di miglioramento dell'attività di controllo e in considerazione 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, sono stati realizzati i suddetti Piani. Su queste basi, i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato, nel corso del 2012, i seguenti campionamenti:

- BRC bovina: sono stati testati 1.543 allevamenti, per un totale di 53.192 bovini; sono stati inoltre analizzati per BRC 328 aborti.
 - LBE: sono stati testati 1.510 allevamenti, per un totale di 51.664 bovini.
 - BRC ovi-caprina: sono stati testati 1.898 allevamenti, per un totale di 48.530 animali.
- Tutti i prelievi sono risultati negativi alla malattia.

Tabella 3.1 Brucellosi (BRC) Bovina. Campionamenti effettuati nel 2012 ai fini del Piano di risanamento (Fonte: Regione del Veneto)							
Aziende ULSS della Provincia	Aziende ed Animali controllabili		Sorveglianza				Indagini sui casi sospetti
			Prove sierologiche		Esame su campioni di latte sfuso		Aborti notificati
	Aziende	Animali	Aziende esaminate	Animali esaminati	Aziende esaminate	Campioni esaminati	
Belluno	574	10.577	124	1.282	4	446	25
Vicenza	1.787	54.324	267	1.772	178	10.626	114
Treviso	1.502	29.372	180	1.041	132	9.173	64
Venezia	264	9.116	45	651	37	2.360	9
Padova	1.058	34.558	127	1.889	72	5.835	86
Rovigo	104	4.633	11	283	24	2.247	2
Verona	1.119	45.527	154	1.782	188	13.805	28
Veneto	6.408	188.107	908	8.700	635	44.492	328

Tabella 3.2 Leucosi Bovina Epizootica (LBE): Campionamenti effettuati nel 2012 ai fini del Piano di risanamento (Fonte: Regione del Veneto)							
Aziende ULSS della Provincia	Aziende ed Animali controllabili		Sorveglianza				
			Prove sierologiche		Esame su campioni di latte sfuso		
	Aziende	Animali	Aziende esaminate	Animali esaminati	Aziende esaminate	Campioni esaminati	
Belluno	574	10.577	121	1.241	4	446	
Vicenza	1.787	54.324	268	1.777	178	10.624	
Treviso	1.502	29.372	180	1.019	131	9.156	
Venezia	264	9.116	33	575	36	2.298	
Padova	1.058	34.558	117	1.470	67	5.001	
Rovigo	104	4.633	11	282	24	2.259	
Verona	1.119	45.527	154	1.782	186	13.734	
Veneto	6.408	188.107	884	8.146	626	43.518	

Tabella 3.3 Brucellosi Ovi-Caprina: campionamenti effettuati nel 2012 ai fini del Piano di risanamento (Fonte: Regione del Veneto)				
Aziende ULSS della Provincia	Aziende ed Animali controllabili		Sorveglianza	
	Aziende	Animali	Aziende esaminate	Animali esaminati
Belluno	700	14.794	615	13.839
Vicenza	521	11.529	494	9.676
Treviso	396	7.036	193	8.312
Venezia	129	1.155	105	955
Padova	281	9.130	256	7.279
Rovigo	48	2.049	48	1321
Verona	380	11.413	187	7.148
Veneto	2.455	57.106	1.898	48.530

Piano di monitoraggio Influenza Aviaria

Sono stati campionati 1.730 allevamenti di volatili, per un totale di 33.421 volatili testati. Ai fini della sorveglianza passiva, sono stati inoltre testati per Influenza Aviaria 18 esemplari di volatili selvatici trovati morti. Tutti i campioni sono risultati negativi per sierotipi IA H5/H7.

146

Tabella 3.4 Influenza Aviaria: campionamenti effettuati nell'ambito del Piano Nazionale di monitoraggio IA nei volatili domestici (Fonte: Regione del Veneto)			
Specie avicola	Numero Aziende	Allevamenti sottoposti a campionamento	Numero totale di animali campionati
Tacchini da carne	520	825	18.519
Polli riproduttori	69	111	1.852
Tacchini riproduttori	40	85	2.188
Ovaiole	147	225	3.335
Ovaiole free range	15	18	165
Ratiti	6	1	30
Selvaggina	101	97	1.424
Rurali	14.837	82	1.285
Altro	361	213	4.476
Anatre/oche	114	73	147
Totale	16.210	1.730	33.421

Tabella 3.5 (continua dalla pagina precedente) Influenza Aviaria: campionamenti effettuati nell'ambito del Piano Nazionale di monitoraggio IA nei volatili domestici (Fonte: Regione del Veneto)						
Specie avicola	Numero totale di prove sierologiche				Indagine virologica	
	ELISA	Test HI per H5	TEST HI per H7	Totale sierologici	Isolamento virus	PCR
Tacchini da carne	0	18.519	18.519	37.038	0	0
Polli riproduttori	0	1.852	1.852	3.704	0	0
Tacchini riproduttori	0	2.188	2.188	4.376	0	0
Ovaiole	20	3.335	3.335	6.690	0	0
Ovaiole free range	0	165	165	330	0	0
Ratiti	0	30	30	60	0	0
Selvaggina	20	1.424	1.424	2.868	0	0
Rurali	0	1.285	1.285	2.570	0	0
Altro	88	4.476	4.476	9.040	0	0
Anatre/oche	0	22	22	44	5	131
Totale	128	33.296	33.296	66.720	136	

Piani di controllo Salmonellosi

- Polli da carne: sono stati controllati 132 gruppi di volatili, dei quali 1 è stato trovato positivo per sierotipi di Salmonella rilevanti per la Sanità Pubblica (SE/ST) e altri 41 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Polli da riproduzione: sono stati controllati 265 gruppi di volatili, dei quali 4 sono stati trovati positivi per SE/ST e altri 11 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Ovaiole: sono stati controllati 183 gruppi di volatili, dei quali 10 sono stati trovati positivi per SE/ST e altri 35 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti;
- Tacchini: sono stati controllati 100 gruppi di volatili, dei quali 2 sono stati trovati positivi per SE/ST e altri 26 positivi per sierotipi salmonellari non rilevanti.

Tabella 3.6 Piano Salmonellosi: campionamenti effettuati nel 2012 (Fonte: Regione del Veneto)					
Animali	Numero totale di gruppi di animali inclusi nel programma	Numero totale di animali inclusi nel programma	Numero di gruppi di animali controllati	Numero di gruppi di animali positivi	
				Sierotipi inclusi nei programmi	Altri sierotipi
Polli da carne	103	1.946.394	132	1	41
Polli riproduttori	295	2.888.574	265	4	11
Ovaiole	170	4.415.834	183	10	35
Tacchini	172	972.969	100	2	26

Piano di sorveglianza MVS - Pesti suine

Sono stati controllati 336 allevamenti di suini su 388 soggetti a controllo in base al Piano, per un totale di 336.283 testati; non è stato rilevato alcun capo positivo.

Piano di sorveglianza Malattia di Aujeszky (Pseudorabbia o "prurito furioso")

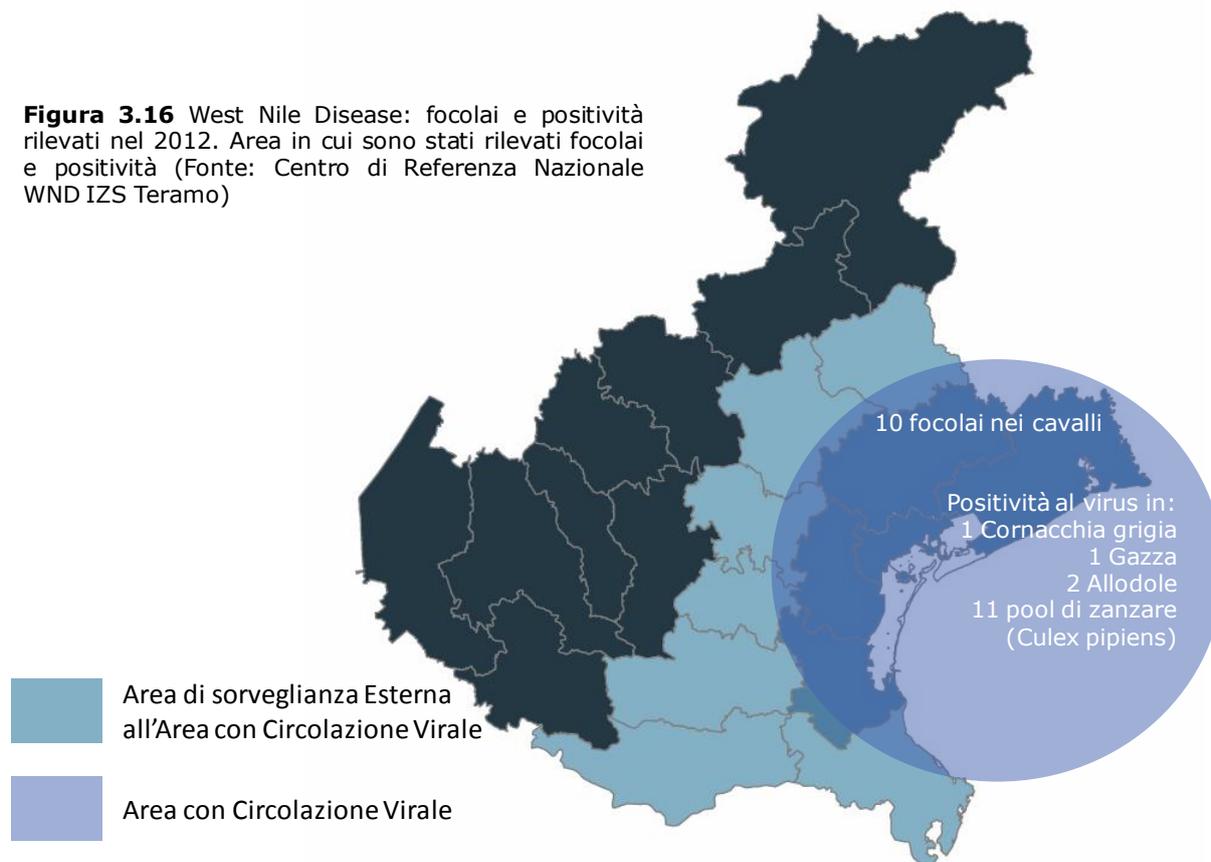
Sono state testate 190 aziende suinicole su 274 controllabili (70 % ca.); di queste, n. 22 (11% circa) sono risultate positive alla malattia.

Piani di sorveglianza TSE (Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili)

- per BSE sono stati testati: 18.937 bovini regolarmente macellati; 1.225 bovini macellati d'urgenza; 3.462 bovini morti in stalla. Tutti sono risultati negativi.
- Per SCRAPIE sono stati testati nel 2012, in Veneto: 91 ovini regolarmente macellati; 171 ovini morti; 136 caprini regolarmente macellati e 157 caprini morti: anche questi sono risultati tutti negativi.

Con il fenomeno del cambiamento climatico (surriscaldamento) si è assistito alla comparsa di malattie esotiche sostenute da vettori. Tra queste il controllo della *West Nile Disease (WND)* ha valenza di monitoraggio della circolazione virale al fine della prevenzione di questa importante zoonosi. Il Piano di sorveglianza WND ha permesso di rilevare in Veneto: 10 focolai nei cavalli; positività al virus in: 1 Cornacchia grigia, 1 Gazza e 2 Allodole e in 11 pool di zanzare (*Culex pipiens*).

Figura 3.16 West Nile Disease: focolai e positività rilevati nel 2012. Area in cui sono stati rilevati focolai e positività (Fonte: Centro di Referenza Nazionale WND IZS Teramo)

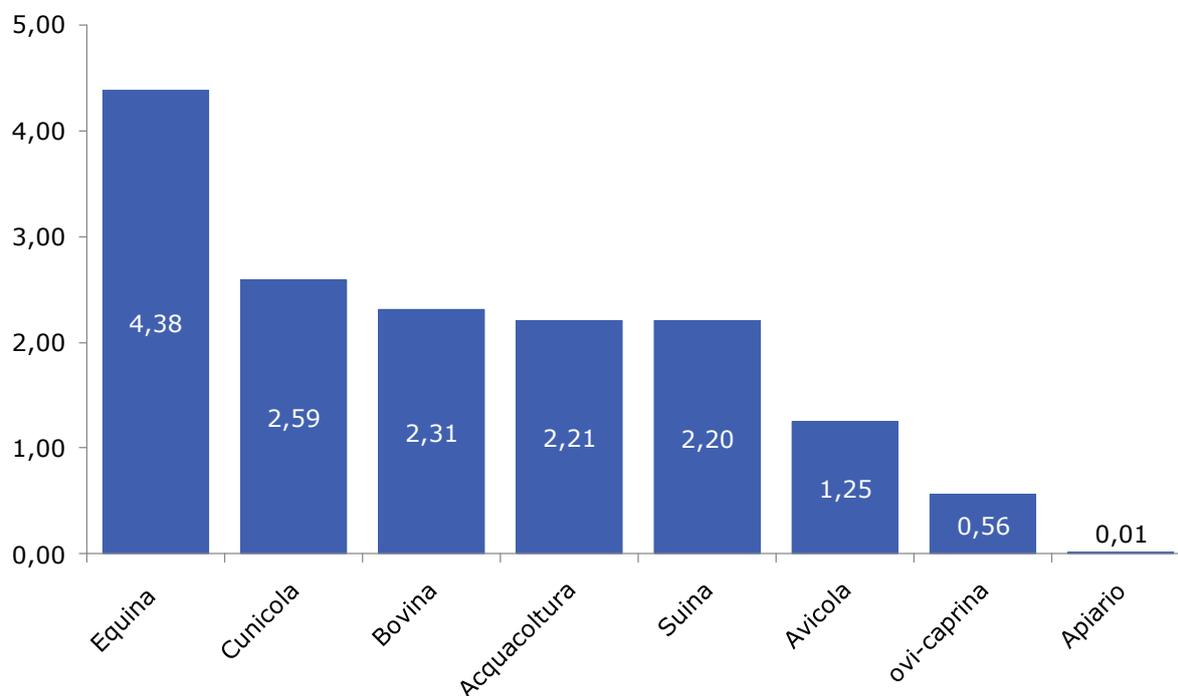


Il piano di controllo della *Blue Tongue* (BT) invece viene effettuato soprattutto per l'importanza economica della malattia, soprattutto per la movimentazione di animali. A questo riguardo la Regione del Veneto ha scelto di effettuare il campionamento per la BT, laddove possibile, a livello di macello e non in allevamento, per razionalizzare le risorse umane e non penalizzare gli allevatori. Nel 2012 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. Sono stati effettuati 821 controlli negli allevamenti bovini, con la rilevazione di 58 non conformità, 108 negli allevamenti suini, con 6 non conformità e 158 in quelli ovi-caprini con 3 non conformità.

Igiene degli allevamenti

La cura delle malattie degli animali riconosce nell'utilizzo del farmaco veterinario uno strumento indispensabile per il ripristino delle condizioni fisiologiche e per il benessere degli animali. Il Ministero della Salute prevede annualmente l'applicazione di un Piano Nazionale Residui (PNR) con l'obiettivo di evidenziare non conformità nell'utilizzo dei farmaci veterinari.

Figura 3.17 Indicatori di farmacovigilanza. Numero medio prescrizioni/anno per allevamento (Fonte: Regione del Veneto)



Per il controllo del farmaco veterinario nel corso del 2012 sono state effettuate 8.641 ispezioni in allevamento, presso grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie. Sono state elevate 7 sanzioni amministrative e sono state effettuate 2 denunce all'autorità

giudiziaria. Per due operatori si è provveduto a sospendere provvisoriamente l'attività. Per il PNR sono stati invece effettuati 83.080 campionamenti in allevamento e presso i macelli e sono state rilevate 10 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 835 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 1.836 ispezioni presso operatori primari e altri operatori registrati ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005. Sono state riscontrate 91 non conformità di vario genere che hanno comportato l'emanazione di 3 sanzioni amministrative e una denuncia all'autorità giudiziaria. Nel corso dell'estate del 2012, la prolungata siccità unita alle temperature elevate, oltre ad avere messo in forte crisi la coltura del mais, ha determinato forti preoccupazioni per la possibile presenza di micotossine, ed in particolare di aflatossine. L'UdP Veterinaria ha emanato, con D.D.R. n 105 del 20/09/12, un Piano straordinario di monitoraggio per la verifica dei livelli di aflatossine nel mais destinato come materia prima per la produzione di mangimi e nel latte, che prevedeva la verifica dell'autocontrollo e l'effettuazione dei controlli ufficiali dei Servizi Veterinari presso i mangimifici, gli allevamenti e gli stabilimenti di produzione del latte; ulteriori indicazioni sono state inoltre fornite con nota prot. 452313 del 9 ottobre 2012.

Le principali allerte riguardanti il settore dei mangimi sono state le seguenti:

- 11 casi di presenza di *Salmonella* spp. in diverse matrici (principalmente farina di soia, semi di soia, semi di cotone, mangimi per specie diverse e pannelli di girasole);
- nei petfood: un caso di presenza di Enterobatteriacee, un caso di presenza di *Bacillus cereus*, batteri, muffe e lieviti, un caso di arsenico e un caso di allerta per *Salmonella* spp.;
- 3 allerte per aflatossine in mais, mangime per vacche da latte e semi di cotone;
- un'allerta per OGM in farina di soia biologica;
- un caso di pirimifosmetile in semi di soia biologici;
- un'allerta per cadmio in farina di pesce;
- presenza di frammenti di ossa in sangue secco avicolo.

L'importanza che sempre più sta assumendo l'azione di controllo sul benessere animale, con la recente normativa introdotta dalla UE, che 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 Aziende ULSS nell'anno 2012 hanno effettuato 1.399 controlli, rilevando un totale di 682 prescrizioni ed elevando 70 sanzioni, 62 delle quali comminate nell'ambito del piano straordinario predisposto dal Ministero della Salute in ambito nazionale per verificare l'adeguamento delle gabbie delle galline ovaiole alla normativa comunitaria, la direttiva 1999/74/CE che prevede, dal 1 gennaio 2012 il bando dell'utilizzo delle gabbie "non arricchite" con uno spazio per capo di almeno 750 cm². Sempre nel 2012, per quanto riguarda il trasporto degli animali sono stati ispezionati 739 veicoli adibiti al trasporto commerciale di animali, riscontrando 44 infrazioni al regolamento (CE) 1/2005.

Sicurezza Alimentare

Nel campo della Sicurezza Alimentare si sta sempre più consolidando, per prevenire le patologie cronic-degenerative e le loro complicanze, la promozione di stili di vita sani, legati ad una corretta alimentazione atta anche a contrastare o evitare l'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, e la riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio, attuata con Programmi e Progetti di formazione ed informazione che consentono di attuare il cambiamento nel modo di concepire la prevenzione e nelle strategie adottate in ambito preventivo. Nel campo della prevenzione delle malattie determinate dagli alimenti, inclusa l'acqua, la recente normativa sanitaria dell'Unione Europea, conglobata per gran parte nel cosiddetto "Pacchetto Igiene", ha segnato una svolta nella programmazione ed implementazione dei controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare (O.S.A.), così come previsto dal Regolamento CE n. 882/2004, effettuati sulla base dell'analisi del rischio, con l'esecuzione di controlli innovativi quali l'attività di audit di settore, introducendo anche l'Audit atto a verificare l'efficacia del sistema di controllo posto in essere dalle Autorità competenti designate (Audit di sistema). Le azioni a tutela del consumatore sono state negli anni ridefinite sulla base di emergenze ed innovazioni, tra le quali le più note: il pericolo di assumere parassiti con i prodotti della pesca consumati crudi; l'aumento del rischio di contaminazione degli alimenti con sostanze chimiche di origine ambientale, l'uso di anabolizzanti e farmaci o di origine fraudolenta, lo scorretto utilizzo di additivi ed integratori alimentari; la necessità di garantire la sicurezza igienico sanitaria dei prodotti provenienti dalle piccole produzioni locali tramite la definizione di un modello di standard igienico-sanitario per le filiere fragili; le problematiche inerenti la rintracciabilità e l'etichettatura dei prodotti alimentari. La gestione delle problematiche sanitarie riguardanti la materia dell'igiene degli alimenti, in

linea con quanto previsto dalle strategie nazionali e comunitarie, è uno dei compiti assolti dalla Regione del Veneto. In particolare la verifica dell'applicazione dei Regolamenti Comunitari che costituiscono il cosiddetto "Pacchetto Igiene" e l'esecuzione di quanto previsto in applicazione delle procedure del sistema di allerta comunitario in materia di alimenti destinati al consumo umano sono attività di rilievo anche nell'anno 2012. Nello specifico 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 Aziende 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 applicazione delle loro specifiche funzioni istituzionali che vanno dall'effettuazione dei sopralluoghi presso le strutture e gli impianti che costituiscono la cosiddetta "filiera alimentare", all'esecuzione delle analisi sugli alimenti prodotti, commercializzati, somministrati, da tali strutture. In tal senso l'*attività di controllo ufficiale degli alimenti* ha avuto modo di svolgersi in maniera più efficace e coordinata grazie all'emanazione da parte della Regione del Veneto del Piano Regionale Integrato dei Controlli (P.R.I.C.) 2011-2014 - Annualità 2012.

Tabella 3.7 Controllo ufficiale prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti. Veneto anno 2012
(Fonte: Regione del Veneto)

Prodotti	Numero campioni	Numero campioni irregolari
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.517	41
Cereali e prodotti della panetteria	1.566	7
Lattiero caseari	2.057	1
Piatti preparati	1.043	3
Frutta e verdura	654	12
Pesci, crostacei, molluschi	4.181	15
Materiali destinati al contatto con gli alimenti	110	0
Bevande non alcoliche	265	2
Zuppe, brodi, salse	278	0
Uova e ovo prodotti	116	0
Gelati e dessert	211	0
Erbe, spezie, caffè, thè	187	0
Altri alimenti	89	0
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	174	2
Vino	125	1
Grassi ed olii	243	0
Frutta secca	73	3
Cacao e preparazioni a base di cacao	85	0
Bevande alcoliche escluso il vino	116	0
Dolciumi	195	0
Additivi	17	0
Totale	13.302	87

Tale attività di controllo, come si è visto nella tabella precedente, ha portato al prelievamento e all'analisi di oltre 13.000 campioni di prodotti alimentari, con 87 campioni risultati irregolari all'analisi. All'interno del Piano Regionale Integrato dei Controlli 2011-2014 - Annualità 2012, come in precedenza, è stato previsto anche un Piano Regionale di Campionamento Ufficiale per il controllo della presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) in alimenti di origine vegetale (mais, soia, riso, colza e lino) in linea con quanto previsto dalla pianificazione nazionale in materia. I S.I.A.N. delle Aziende ULSS del Veneto hanno effettuato, nel corso del 2012, 59 campioni di prodotti alimentari che avevano come base tali vegetali e che all'analisi, effettuata presso i laboratori dell'A.R.P.A.V, non hanno evidenziato irregolarità. È stato anche previsto un Piano Regionale per il monitoraggio dell'eventuale trattamento con radiazioni ionizzanti di alimenti di origine vegetale e animale. I 48 campioni effettuati dai S.I.A.N. e dai Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto nel 2012 su condimenti vegetali, pepe, miscele di spezie, peperoncino, origano e carni, non hanno evidenziato irregolarità alle analisi che sono state effettuate dai Laboratori dell'A.R.P.A.V. e dell'I.Z.S. delle Venezie. Nell'ambito del controllo ufficiale dei prodotti alimentari nel 2012 sono state effettuate complessivamente dai S.I.A.N. e dai Servizi Veterinari delle Aziende ULSS oltre 98.000 ispezioni che hanno interessato produzione, distribuzione, trasporto, vendita e somministrazione di prodotti alimentari.

Tabella 3.8 Controllo ufficiale prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti. Veneto anno 2012 (Fonte: Regione del Veneto)		
Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi veterinari	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (S.I.A.N.)
Numero di unità	53.748	92.935
Numero di unità controllate	30.219	13.999
Numero di ispezioni	81.350	16.918
Numero di unità con infrazioni	638	1.602
Totale campioni prelevati	23.941	5.249
Totale campioni non regolamentari	220	79
Numero di infrazioni		
a) Igiene Generale	385	737
b) Igiene (H.A.C.C.P., Formazione personale)	205	489
c) Composizione	8	6
d) Contaminazione (diversa da quella microbiologica)	26	9
e) Etichettatura e presentazione	21	35
f) Altro	153	237
Provvedimenti		
a) Amministrativi	479	2.451
b) Notizie di reato	40	41

Per quanto attiene al sistema rapido di allerta sono state gestite complessivamente a livello regionale, nel 2012, 117 segnalazioni di tale tipologia, che hanno comportato il coinvolgimento dei S.I.A.N. o dei Servizi Veterinari nel cui ambito di competenza erano presenti o l'impresa produttrice/importatrice del lotto/prodotto alimentare oggetto dell'allerta, o le imprese alimentari risultate clienti dei lotti/prodotti alimentari oggetto delle allerte. Il coinvolgimento dei richiamati Servizi di Aziende ULSS si è reso necessario per l'acquisizione delle liste di commercializzazione di tale lotto/prodotto alimentare e della documentazione necessaria, e/o per l'effettuazione delle verifiche previste in tali eventualità, o nel caso, meno frequente, di lancio dell'allerta da parte dei Servizi stessi. Le attività di sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano, sono state perseguite anche nel 2012, con l'obiettivo di migliorare e rendere più efficienti i controlli, di sviluppare la cultura dell'autocontrollo, di uniformare le procedure relative al giudizio di idoneità e le procedure di gestione relative ai principali contaminanti idrici. Tali attività hanno avuto un ulteriore impulso a seguito dell'emanazione nel 2009 dell'aggiornamento delle *Linee Guida Regionali per la sorveglianza e il controllo delle acque destinate al consumo umano* nella Regione del Veneto. La gestione dei controlli e l'uniformità delle procedure di gestione in genere, potranno essere migliorate inoltre con il completamento definitivo ed il continuo aggiornamento del sistema informatico dedicato alla matrice acqua. Le molteplici attività avviate nel campo della Nutrizione Preventiva con i precedenti Piani Triennali Sicurezza Alimentare e Sanità Animale e Sicurezza Alimentare della Regione del Veneto 2002-2004, 2005-2007 e 2008-2010 sono continuate anche con il *Piano Biennale Sanità Animale e Sicurezza Alimentare* regionale 2010-2012 e con l'ultimo Piano Regionale della Prevenzione. Per quanto attiene alla "Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale", la Regione del Veneto ha partecipato anche nel 2012 al progetto nazionale di sorveglianza nutrizionale "OKkio alla Salute", di cui si è già parlato in precedenza, che ha consentito di rilevare lo stato nutrizionale e gli stili alimentari e di vita su un campione a significatività regionale di bambini che frequentavano le classi terze delle scuole primarie del Veneto. A tale progetto hanno partecipato tutte le Aziende ULSS attraverso i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione (S.I.A.N.). La percentuale rilevata, a livello regionale nel 2012, di soggetti in sovrappeso o obesi è stata complessivamente del 27,1% contro una percentuale nazionale 2012 del 32,8%. Sono state inoltre acquisite informazioni sugli stili alimentari e di vita dei soggetti che hanno partecipato a tale indagine. La comunicazione completa dei risultati 2012 alla popolazione in generale e a scuole, insegnanti e genitori verrà effettuata una volta completata l'elaborazione dei relativi dati. Per quanto attiene alla "Ristorazione collettiva", sono state quasi completate, da un gruppo di lavoro costituito da specialisti delle Aziende ULSS, in prevalenza dei S.I.A.N., gli aggiornamenti delle "Linee Guida per il

miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale nella Ristorazione scolastica" e delle Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere. Inoltre sono state predisposte anche delle "Linee di indirizzo per la ristorazione ospedaliera". Per quanto attiene all'*Educazione e promozione della salute in ambito alimentare* sono stati promossi, nel 2012, ulteriori interventi per promuovere corretti stili alimentari e di vita a contrasto di sovrappeso e obesità, per ambiti specifici (scuole, genitori, ecc.), come per la popolazione in generale. Relativamente alla "consulenza dietetico-nutrizionale", è stata completata l'attività di messa a punto e di validazione di metodi finalizzati ad incrementare la *Motivazione al Cambiamento* nei soggetti con problemi di sovrappeso e di obesità, in modo da poter dare, agli operatori sanitari che lavorano in tale contesto, degli strumenti più efficaci per contribuire all'orientamento verso stili alimentari e di vita corretti.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2207 del 6 novembre 2012](#) "Sviluppo e miglioramento delle attività di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di igiene veterinaria, svolte dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS. Individuazione degli obiettivi (L.R. 16 agosto 2007 n. 23, art. 8, commi 2 e 3) per l'anno 2012".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2561 del 29 dicembre 2011](#) "Iniziativa per la sicurezza alimentare delle produzioni venete: Piano Sanità Animale e Sicurezza Alimentare (2011-2012). Impegno di spesa prima annualità".

Approfondimenti

[Area dedicata alla Sanità Animale e alla Sicurezza Alimentare](#) all'interno del portale Internet della Regione del Veneto.

[Sito Internet dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie \(IZSVe\)](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Unità di Progetto Veterinaria
Dorsoduro, 3493 – Rio Nuovo – 30123 Venezia
Telefono: 041 2791304 Fax 041 2791330
e-mail: saia@regione.veneto.it

4. Assistenza Ospedaliera

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.2 Assistenza ospedaliera. Pagine 59-66. 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

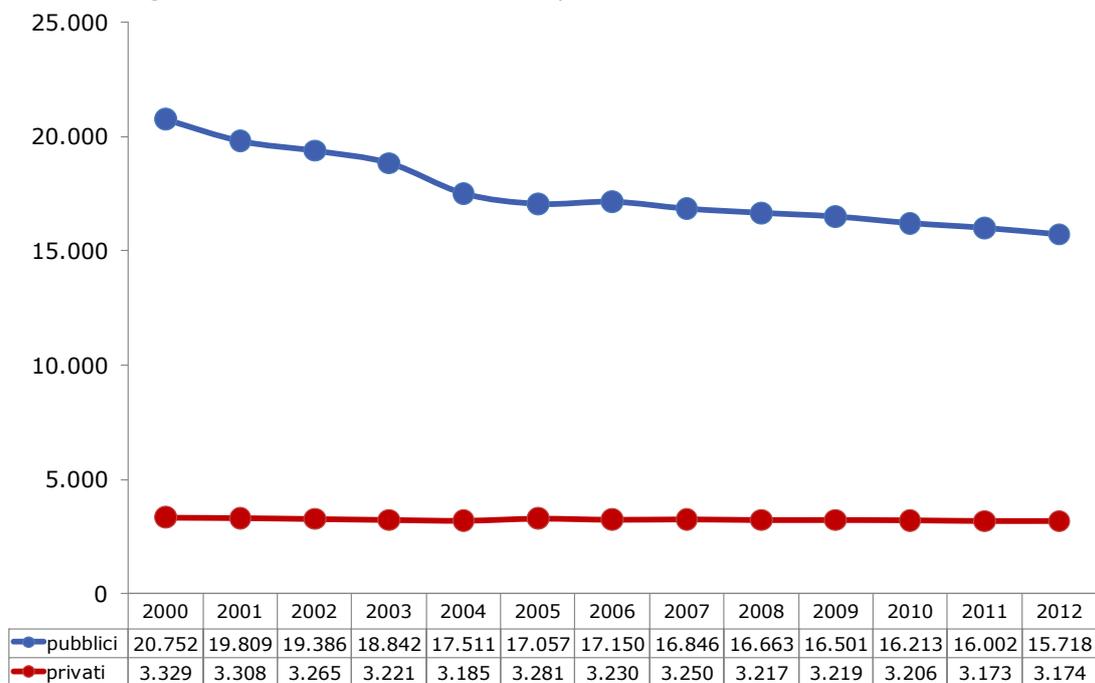
Al 31/12/2012 il numero totale di posti letto ospedalieri ammonta a 18.892, comprensivi dei posti letto dedicati ai pazienti provenienti dalle altre Regioni, dei quali il 14,7% per attività di riabilitazione e lungodegenza.

I ricoveri sono diminuiti nel corso degli ultimi 10 anni del 25%, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. Particolarmente rilevante negli anni più recenti è stato il trasferimento di numerose attività in altri setting assistenziali (diurno, ambulatoriale, anche nella modalità organizzativa di day service). Il tasso di ospedalizzazione nel 2012 è pari al 139 per 1000 (dati provvisori: non ancora disponibili i dati consolidati della "mobilità ospedaliera interregionale"). Il saldo della mobilità ospedaliera interregionale è attivo sebbene nel tempo sia cresciuta la quota di residenti che si ricoverano fuori Regione.

4.1 La dotazione di posti letto ospedalieri

Nelle strutture ospedaliere del Veneto risultavano disponibili al 31 dicembre 2012 18.892 posti letto, dei quali 3.174 (16,8%) nelle strutture private. Il trend temporale dei posti letto pubblici è decisamente in calo (circa un quarto in meno di quelli censiti nel 2000), mentre quello dei posti letto privati è sostanzialmente stabile.

Figura 4.1 Posti letto nelle strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2000-2012



Il rapporto tra posti letto e numero di abitanti è prossimo all'obiettivo di Piano stabilito nel 3,0 per 1.000 per gli acuti e nello 0,5 per 1.000 per i post acuti.

Figura 4.2 Posti letto per acuti e riabilitazione-lungodegenza

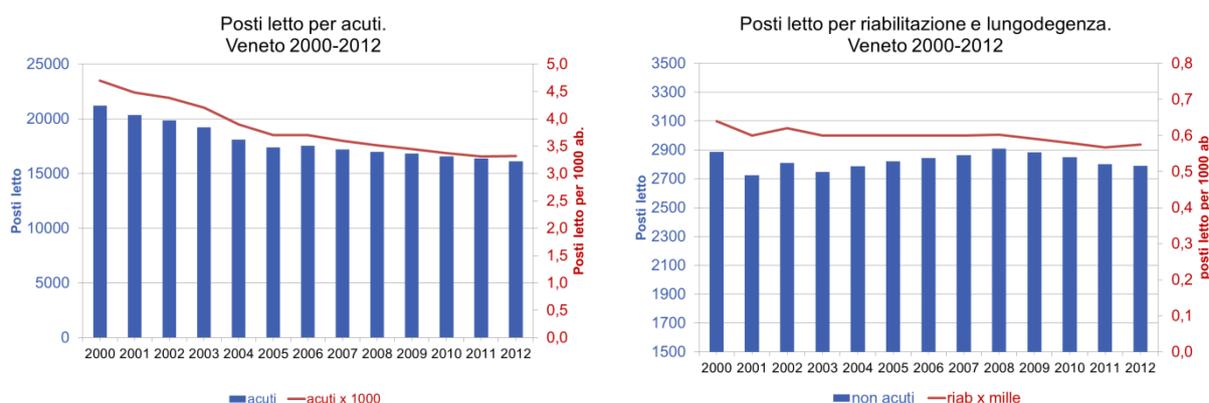
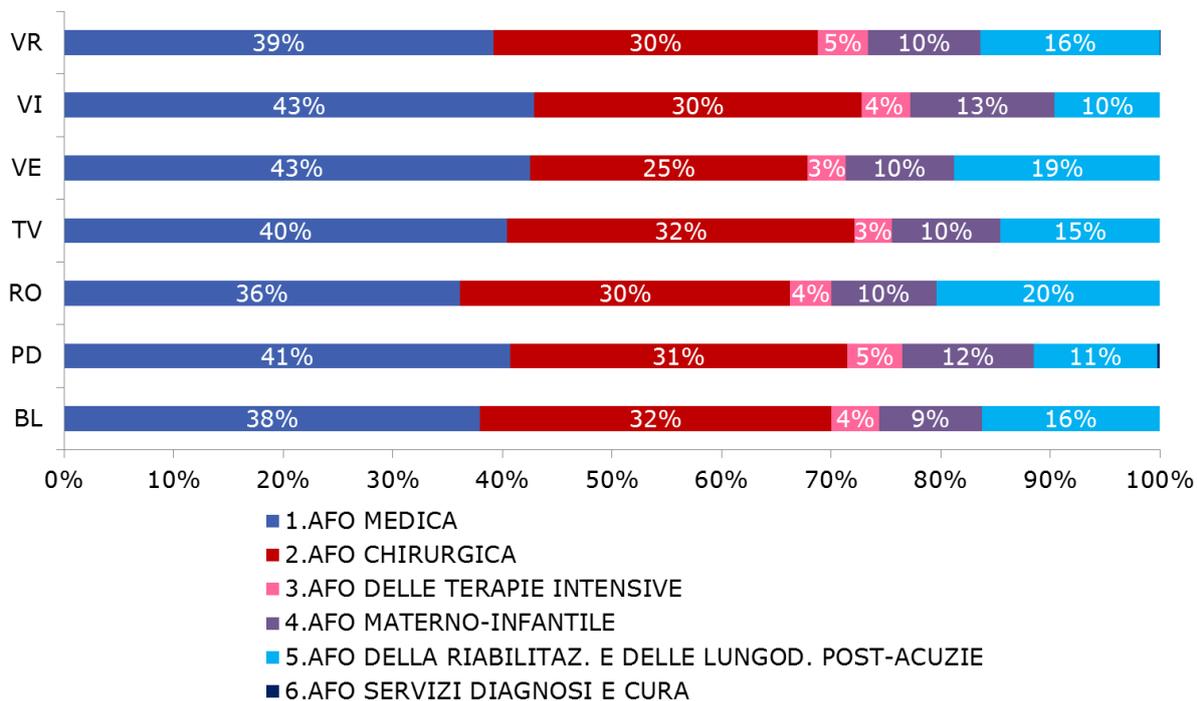


Figura 4.3 Posti letto per Area Funzionale Organizzativa e Provincia. Anno 2012



Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
 Unità complessa Assistenza ospedaliera pubblica e privata
 Sede: Palazzo Molin -San Polo 2514, 30125 Venezia
 Telefono: 041 2791501 Fax: 041 2791683
 e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

4.2 Le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto

Nel corso del 2012 sono state dimesse dalle strutture ospedaliere del Veneto 508.606 persone, per un totale di 687.867 dimissioni. Negli ultimi 10 anni l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente, seppur con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. La riduzione più consistente ha riguardato i ricoveri per acuti sia in regime ordinario che in regime diurno, diminuiti rispettivamente del 19% e del 42%, mentre i ricoveri riabilitativi sono tendenzialmente aumentati fino a un valore di circa 30.000.

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

Tabella 4.1 Numero di ricoveri per tipo di assistenza – Veneto, 2003-2012
Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto

Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2003	598.338	65,4	279.575	30,6	12.377	1,4	24.131	2,6	914.421	100,0
2004	584.588	65,1	273.729	30,5	13.151	1,5	26.608	3,0	898.076	100,0
2005	578.645	65,6	260.168	29,5	13.499	1,5	29.214	3,3	881.526	100,0
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	186.662	25,6	9.542	1,3	29.740	4,1	729.362	100,0
2012	485.619	70,6	162.182	23,6	9.680	1,4	30.386	4,4	687.867	100,0

La forte diminuzione del numero dei ricoveri diurni è principalmente la conseguenza della possibilità di eseguire alcuni interventi (prima eseguiti in regime di ricovero) in regime ambulatoriale e dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia. Questo processo si colloca nel contesto di attuazione della normativa regionale e nazionale finalizzata a ricondurre al regime ambulatoriale le

prestazioni che, in relazione allo sviluppo della pratica medica, dell'organizzazione ospedaliera e dell'evoluzione della tecnologia sanitaria, sono definibili ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime diurno e come tali possono essere erogate nelle strutture ambulatoriali in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore.

Considerando solo i reparti per acuti, le dimissioni in regime ordinario sono per quasi il 60% di tipo medico: oltre al ricovero per parto con e senza diagnosi complicata le condizioni mediche per le quali la popolazione ricorre più frequentemente al ricovero ospedaliero sono il parto con e senza diagnosi complicanti (6,3%), lo scompenso cardiaco (3,6%), la polmonite con e senza complicanze (2,1%), l'insufficienza respiratoria (1,7%) 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 (2,4%) e gli interventi sull'utero non per neoplasia maligna (2,0%).

Tra gli interventi chirurgici più frequenti ci sono quelli in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale. Il principale cambiamento in termini di frequenza di ricoveri tra il 2011 e il 2012 si riscontra per gli interventi sul ginocchio, che risultano nel 2012 quasi dimezzati soprattutto in conseguenza alla possibilità di erogare le prestazioni di artroscopia anche in regime ambulatoriale.

Figura 4.4 Dimissioni per tipo di DRG - Acuti ordinari e diurni
Fonte: SDO Regione del Veneto, Anno 2012

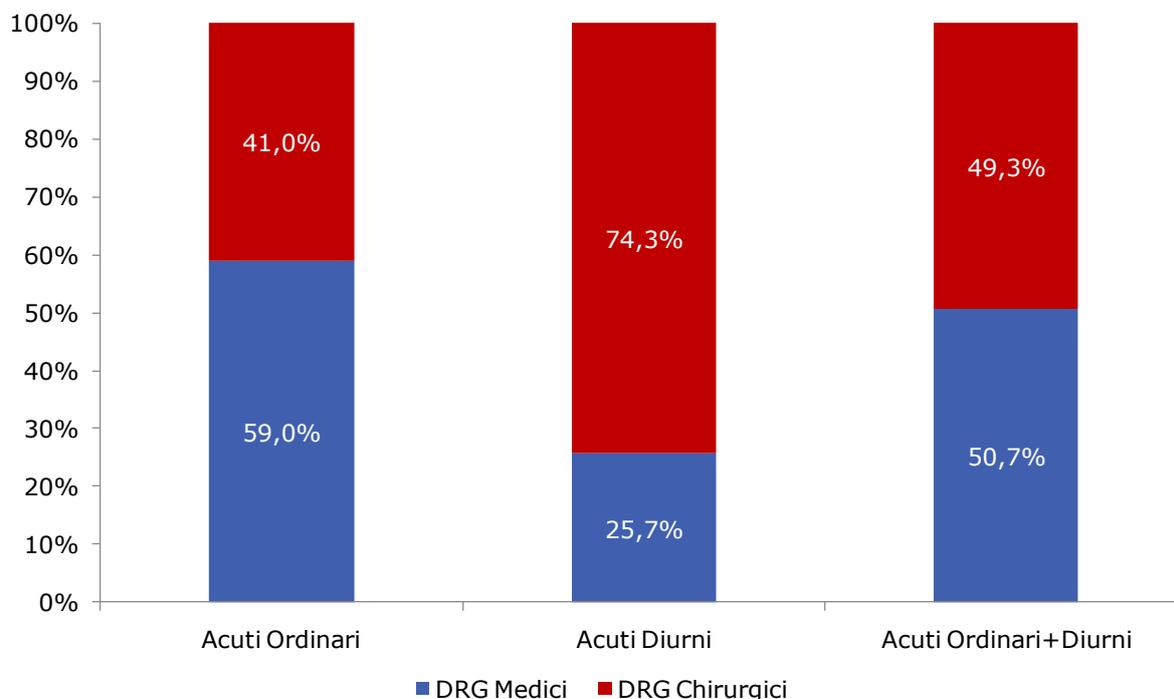


Tabella 4.2 Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti. Anni 2011 e 2012
(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione del Veneto)

DRG	2011		2012	
	N	Deg. Media	N	Deg. Media
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	29.922	3,4	29.413	3,4
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.138	4,5	1.107	4,4
127-Insufficienza cardiaca e shock	17.549	10,8	17.497	10,8
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	14.949	10,7	15.344	10,2
371-Parto cesareo senza CC	11.197	4,9	10.878	4,8
370-Parto cesareo con CC	807	7,7	879	7,4
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.552	12,7	6.425	12,4
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.793	9,7	3.678	9,4
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	10.362	3,8	9.071	3,8
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	386	7,6	399	8
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.686	11,3	8.378	11,6
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	7.711	12,4	7.797	12
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.566	4,9	4.804	4,8
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.730	9,8	2.740	9,8
430-Psicosi	7.765	19,9	7.342	19,1

Tabella 4.3 Dimissioni per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti. Anni 2011 e 2012
(Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)

DRG	2011		2012	
	N	Media Accessi	N	Media Accessi
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	9.923	1,4	9.576	1,2
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	7.752	1,5	6.735	1,3
225-Interventi sul piede	5.577	1,5	5.966	1,4
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	10.219	1,5	5.534	1,6
158-Interventi su ano e stoma senza CC	4.869	1,9	4.752	1,8
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	5.128	1,5	4.401	1,4
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	6.326	1,6	4.068	1,7
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5.926	1,2	4.047	1,2
311-Interventi per via transuretrale senza CC	4.125	1,9	3.944	1,7
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	4.295	1,8	3.926	1,7
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	4.471	1,9	3.905	1,9
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.919	1,8	3.844	1,6

4.3 Dimissioni dalle strutture private accreditate

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private ammontano nel 2012 a 121.883 e rappresentano il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata è del 14% per i ricoveri ordinari per acuti, del 21% per i ricoveri diurni, del 13% per la lungodegenza e raggiunge quasi il 70% nei ricoveri riabilitativi.

Con riferimento ai soli 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.

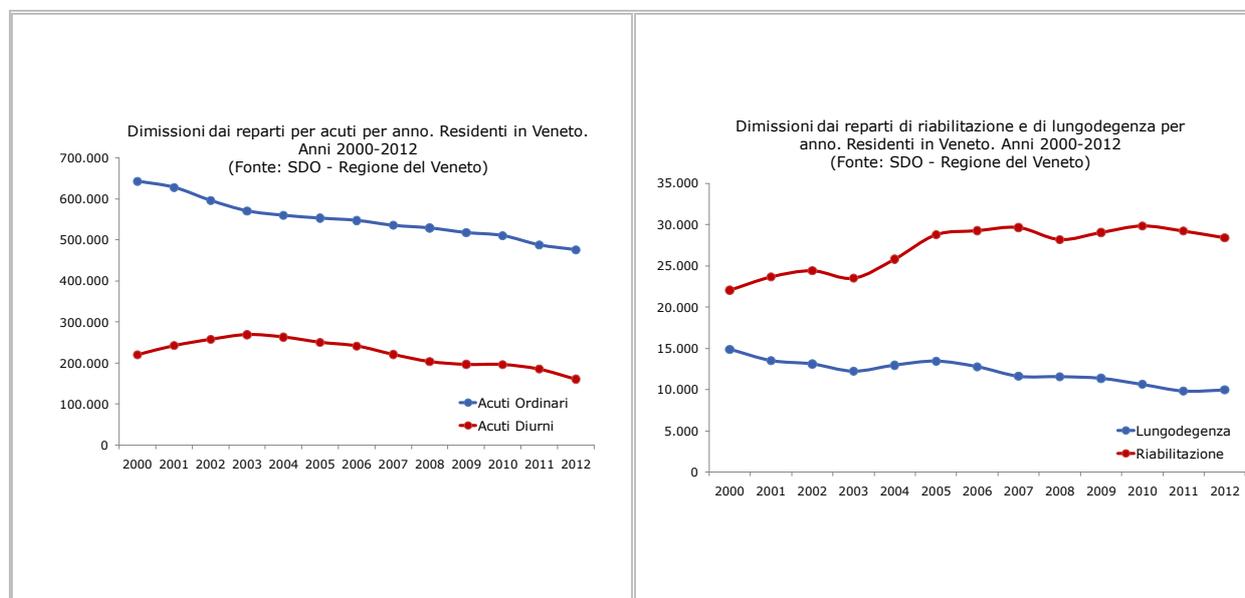
Tabella 4.4 Dimissione dalle strutture private per specialità (escluso riabilitazione e lungodegenza). Anni 2011 e 2012 (Fonte: elaborazioni SER su SDO Regione del Veneto)				
Specialità di dimissione (escluso riabilitazione e lungodegenza)	2011		2012	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.551	3,1	3.497	3,5
Chirurgia Generale	23.668	20,8	21.297	21,4
Chirurgia Plastica	52	0,0	26	0,0
Chirurgia Toracica	1.666	1,5	1.476	1,5
Gastroenterologia	876	0,8	683	0,7
Malattie Infettive	462	0,4	471	0,5
Materno Infantile	14.810	13,0	12.183	12,2
Medicina Generale	15.649	13,7	14.225	14,3
Neurochirurgia	133	0,1	131	0,1
Neurologia	2.014	1,8	1.796	1,8
Oculistica	2.989	2,6	2.233	2,2
Oncoematologia	783	0,7	749	0,8
Ortopedia	34.089	29,9	29.181	29,3
Otorinolaringoiatria	3.115	2,7	3.307	3,3
Psichiatria	4.330	3,8	3.059	3,1
Urologia	5.719	5,0	5.261	5,3
Totale	113.906	100,0	99.575	100,0

4.4 L'ospedalizzazione dei residenti in Veneto

Vengono di seguito presentati alcuni dati preliminari riguardanti il ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione residente in Veneto; i dati 2012 della "mobilità ospedaliera interregionale", cioè i ricoveri dei residenti presso le strutture ospedaliere di altre Regioni, si riferiscono alla situazione disponibile a giugno 2013 (Fonte: Datawarehouse Sanità Regione del Veneto).

Tra i ricoveri per acuti si conferma la riduzione sia dei ricoveri ordinari che di quelli diurni, mentre per la riabilitazione e la lungodegenza l'andamento è sostanzialmente stabile a partire dal 2010.

Figura 4.5 Dimissioni dai reparti per acuti e di riabilitazione/lungodegenza



L'andamento dei tassi di ospedalizzazione specifici per età e sesso mette in evidenza il picco di ospedalizzazione nelle donne in età fertile e la sistematica maggior frequenza di ricovero per i maschi in tutte le altre classi di età. In particolare, l'aumento dei ricoveri legato alle patologie croniche è nei maschi più precoce e il differenziale rispetto al genere femminile cresce con l'età.

A livello di Azienda ULSS la stima del tasso di ospedalizzazione, calcolata con i criteri sopra descritti, assume valori piuttosto variabili: si passa dal 120 per 1.000 della ULSS 4 Alto Vicentino al 152 per 1.000 della ULSS 22 di Bussolengo. L'obiettivo previsto dal PSSR 2012-2016 è il contenimento del tasso di ospedalizzazione a valori inferiori al 140 per mille.

Figura 4.6 Tasso di ospedalizzazione per classe di età e sesso (per 1.000). Residenti in Veneto. Anno 2012 (Fonte: SDO - Regione del Veneto)

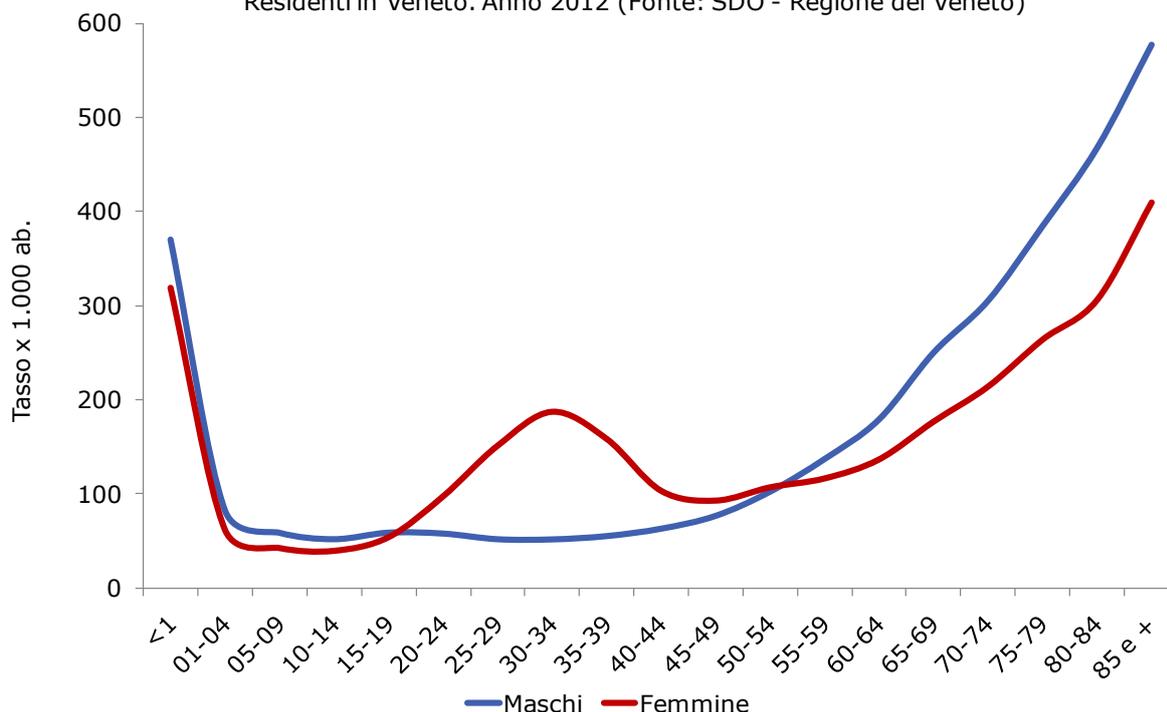
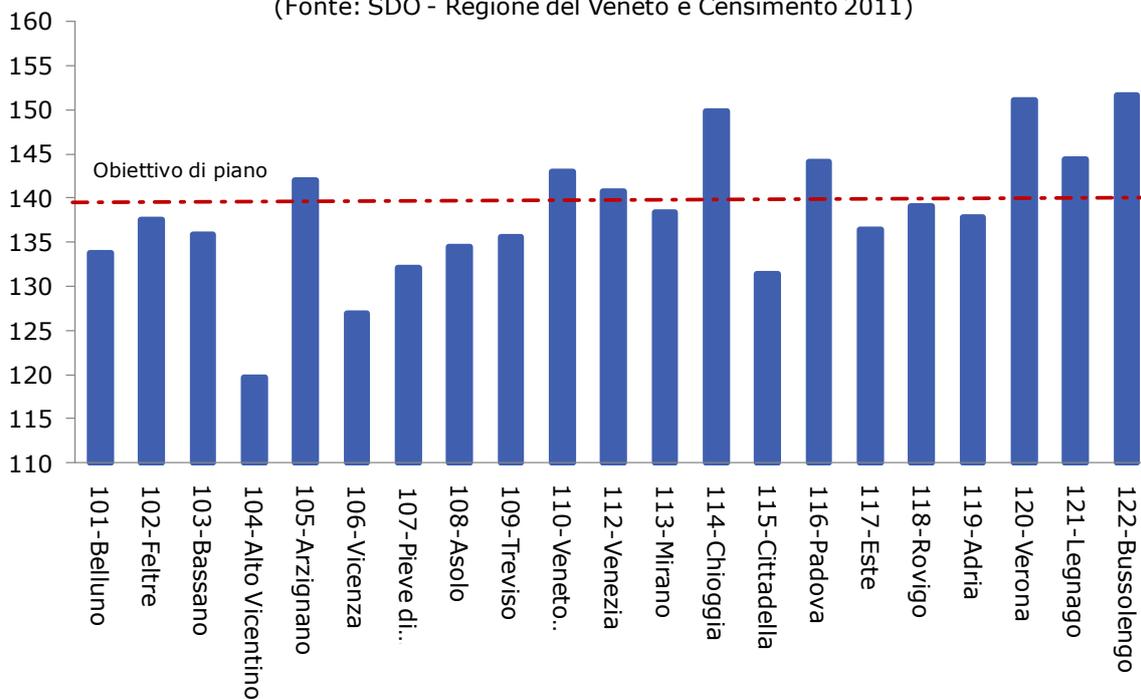


Figura 4.7 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Azienda ULSS (per 1.000). Residenti in Veneto. Anno 2012 (Fonte: SDO - Regione del Veneto e Censimento 2011)



4.5 La mobilità ospedaliera

Mobilità interregionale

Dal 2000 al 2011 il numero assoluto di dimissioni dagli ospedali del Veneto di pazienti residenti fuori Regione (mobilità attiva, da cui sono stati esclusi i residenti all'estero) mostra un calo leggermente inferiore a quello registrato tra i residenti, cosicché l'indice di attrazione è cresciuto dal 7,6% all'8,4%. In particolare si è verificata una riduzione consistente in termini assoluti della mobilità attiva a carico dei ricoveri ordinari per acuti (-12.000 ricoveri circa).

Tabella 4.5 Mobilità attiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Attrazione (IA) per tipo di assistenza (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2000-2011.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Acuti Diurni	N	15.499	17.770	18.232	19.861	21.117	21.202	20.855	18.461	17.637	17.183	17.653	17.237
	IA	6,8	7,1	6,9	7,1	7,8	8,2	8,4	8,2	8,5	8,7	8,9	9,3
Acuti Ordinari	N	51.883	51.301	49.599	47.620	46.481	47.237	46.489	45.380	44.134	43.173	41.276	39.832
	IA	7,8	7,9	8,0	8,1	8,0	8,3	8,2	8,2	8,1	8,1	7,9	8,0
Lungodegenza	N	553	509	316	301	366	297	280	226	240	193	160	129
	IA	3,6	3,7	2,4	2,4	2,8	2,2	2,2	2,0	2,1	1,7	1,5	1,4
Riabilitazione	N	3.037	3.379	3.675	3.495	3.703	3.750	3.810	3.835	3.347	3.426	3.485	3.420
	IA	13,1	13,7	14,5	14,5	13,9	12,9	12,9	12,9	12,0	11,8	11,5	11,5
TOTALE	N	70.972	72.959	71.822	71.277	71.667	72.486	71.434	67.902	65.358	63.975	62.574	60.618
	IA	7,6	7,8	7,8	7,9	8,1	8,3	8,4	8,3	8,3	8,3	8,2	8,4

Nel contempo è aumentata la quota di residenti nel Veneto che si rivolgono a strutture ospedaliere fuori Regione, sia in termini assoluti che come indice di fuga (dal 4,4% nel 2000 al 7,0% nel 2011). L'aumento della mobilità passiva è stato più marcato per i ricoveri diurni, ma ha interessato, sia pur con delle oscillazioni nel tempo, anche le altre tipologie di ricovero; solo per i ricoveri riabilitativi si evidenzia negli ultimi anni una riduzione della fuga, dopo il consistente incremento osservato nella prima metà dello scorso decennio. Il risultato di queste dinamiche è che il saldo tra mobilità attiva e

passiva, pur rimanendo positivo, è diminuito nel periodo di osservazione da più di 31.000 a circa 11.000 ricoveri.

Tabella 4.6 Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Fuga (IF) per tipo di assistenza. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011.													
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Acuti Diurni	N	9.280	9.796	10.114	11.150	12.092	13.131	14.406	14.782	14.796	15.198	15.106	16.365
	IF	4,2	4,0	3,9	4,1	4,6	5,2	6,0	6,7	7,3	7,7	7,7	8,8
Acuti Ordinari	N	27.922	28.003	27.672	27.426	28.309	28.458	29.605	30.175	30.053	29.668	29.941	29.766
	IF	4,3	4,5	4,6	4,8	5,1	5,1	5,4	5,6	5,7	5,7	5,9	6,1
Lungodegenza	N	212	176	193	174	200	264	284	411	367	403	448	449
	IF	1,4	1,3	1,5	1,4	1,5	2,0	2,2	3,5	3,2	3,5	4,2	4,6
Riabilitazione	N	1.937	2.390	2.780	2.912	2.977	3.369	3.500	3.822	3.699	3.318	3.053	2.961
	IF	8,8	10,1	11,4	12,4	11,5	11,7	12,0	12,9	13,1	11,4	10,2	10,1
TOTALE	N	39.351	40.365	40.759	41.662	43.578	45.222	47.795	49.190	48.915	48.587	48.548	49.541
	IF	4,4	4,4	4,6	4,8	5,1	5,3	5,8	6,2	6,3	6,4	6,5	7,0

L'analisi del saldo di mobilità per aggregati di discipline risente anche del passaggio al regime ambulatoriale di molte prestazioni prima erogate nel corso di un ricovero, passaggio che ha interessato una quota consistente dell'attività ospedaliera per molte discipline, tra cui soprattutto Oculistica ed Onco-Ematologia. In ogni caso, l'Urologia è l'unica branca ad aver mantenuto un saldo di mobilità fortemente positivo e sostanzialmente invariato nel tempo. Il saldo positivo di mobilità si è invece quasi annullato per l'Ortopedia, e fortemente ridotto per la maggior parte delle altre specialità chirurgiche. Nel 2011 la mobilità passiva prevaleva su quella attiva, oltre che per l'Onco-Ematologia, anche nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza.

La mobilità passiva è diretta per l'84% circa verso Friuli Venezia Giulia (soprattutto ricoveri per acuti diurni ma anche ordinari), Emilia Romagna (tutte le tipologie di ricovero), Lombardia, e Provincia di Trento (principalmente ricoveri in Riabilitazione).

Anche la mobilità attiva proviene principalmente dalle Regioni confinanti; il saldo di mobilità è nel complesso positivo nei confronti di Lombardia e Provincia di Trento, e negativo verso Emilia Romagna e soprattutto Friuli Venezia Giulia. Una quota consistente di mobilità attiva proviene inoltre dalla principali Regioni del Mezzogiorno (soprattutto Sicilia, ma anche Campania e Puglia).

Tabella 4.7 Mobilità passiva interregionale per tipo di assistenza e regione di ricovero: numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Residenti in Veneto. Anno 2011.

Regioni	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombardia	2.511	15,3	6.946	23,3	88	19,6	724	24,5	10.269	20,7
Provincia di Trento	734	4,5	1.468	4,9	152	33,9	1.240	41,9	3.594	7,3
Friuli Venezia Giulia	7.529	46,0	8.484	28,5	85	18,9	135	4,6	16.233	32,8
Emilia Romagna	3.496	21,4	7.237	24,3	93	20,7	655	22,1	11.481	23,2
Altre Regioni	2.095	12,8	5.631	18,9	31	6,9	207	7,0	7.964	16,1
Totale	16.365	100,0	29.766	100,0	449	100,0	2.961	100,0	49.541	100,0

Tabella 4.8 Mobilità attiva interregionale per tipo di assistenza e regione di residenza (esclusi i residenti all'estero): numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anno 2011.

Regioni	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombardia	3.917	22,7	8.359	21,0	21	16,3	657	19,2	12.954	21,4
Provincia di Trento	2.203	12,8	4.301	10,8	19	14,7	310	9,1	6.833	11,3
Friuli Venezia Giulia	2.917	16,9	4.879	12,2	21	16,3	692	20,2	8.509	14,0
Emilia Romagna	2.723	15,8	5.072	12,7	25	19,4	541	15,8	8.361	13,8
Campania	723	4,2	2.397	6,0	5	3,9	137	4,0	3.262	5,4
Puglia	836	4,9	2.146	5,4	8	6,2	128	3,7	3.118	5,1
Sicilia	1.339	7,8	3.566	9,0	6	4,7	190	5,6	5.101	8,4
Altre Regioni	2.579	15,0	9.112	22,9	24	18,6	765	22,4	12.480	20,6
Totale	17.237	100,0	39.832	100,0	129	100,0	3.420	100,0	60.618	100,0

La mobilità nelle Aziende ULSS

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

Tabella 4.9 Dimissioni (N), giornate di degenza (GG), degenza media, indice di fuga (IF) e indice di attrazione (IA) per Azienda ULSS. Anno 2011 (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero).								
Aziende	N	GG	Media GG	IA (intra regionale)	IF (intra regionale)	IA (extra regionale)	IF (extra regionale)	Saldo
101-Belluno	19.414	155.440	8,0	18,7	16,1	9,1	11,2	130
102-Feltre	12.711	94.983	7,5	21,6	25,5	9,4	5,9	-75
103-Bassano del Grappa	20.087	151.587	7,5	12,7	26,8	2,0	5,2	-5.097
104-Alto Vicentino	18.940	115.610	6,1	11,7	24,9	1,1	5,0	-4.630
105-Ovest Vicentino	19.615	132.423	6,8	13,2	31,0	1,9	4,4	-6.133
106-Vicenza	46.260	338.865	7,3	26,4	18,0	4,7	5,7	4.436
107-Pieve di Soligo	27.738	189.722	6,8	13,6	15,4	6,0	10,7	-2.422
108-Asolo	28.398	190.042	6,7	14,0	24,6	1,9	5,0	-5.491
109-Treviso	60.808	503.666	8,3	22,0	15,6	5,3	7,4	3.414
110-Veneto Orientale	22.550	181.008	8,0	9,9	20,8	7,2	20,7	-9.297
112-Veneziana	49.995	485.472	9,7	19,9	19,2	5,7	6,0	227
113-Mirano	28.008	194.399	6,9	14,8	33,9	1,3	4,2	-9.898
114-Chioggia	7.048	49.471	7,0	13,6	42,4	1,4	4,1	-4.133
115-Alta Padovana	31.012	217.633	7,0	22,3	28,9	2,4	3,5	-3.545
116-Padova	107.873	755.876	7,0	30,4	10,7	11,2	4,4	33.331
117-Este	18.449	128.096	6,9	15,3	36,6	2,9	5,6	-7.619
118-Rovigo	26.034	198.000	7,6	18,2	16,7	12,4	16,7	-1.050
119-Adria	12.192	98.118	8,0	28,4	27,2	9,2	8,1	421
120-Verona	86.523	706.042	8,2	24,3	23,0	13,0	4,8	11.313
121-Legnago	19.398	150.861	7,8	25,1	35,5	3,9	7,2	-4.600
122-Bussolengo	66.309	397.336	6,0	31,8	23,9	22,6	7,9	21.795

Nella successiva Tabella è sintetizzato il profilo di ricovero per ULSS di residenza, illustrando la quota sul totale delle ospedalizzazioni dei residenti avvenute in strutture dell'ULSS, in ULSS regionali della stessa Provincia o fuori Provincia, e fuori Regione.

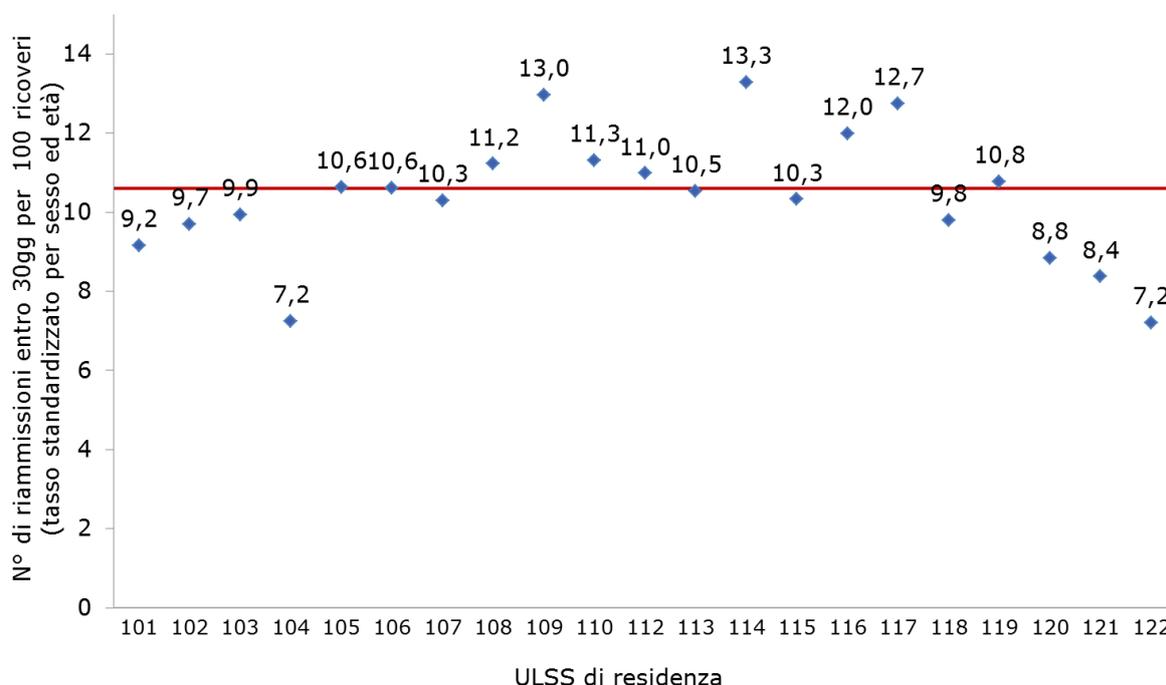
Si può osservare come le ULSS 20, 21 e 22 tendano a costituire un'area a sé stante, con oltre il 90% dei ricoveri effettuati nella propria ULSS o in strutture all'interno della Provincia. Un valore inferiore al 60% di residenti che si ricoverano in ospedali della propria Azienda si osserva per le ULSS 10, 14, 17 e 21.

Tabella 4.10 Mobilità passiva e tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2011. Totale ricoveri.								
Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS della stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%
101-Belluno	13.878	72,7	773	4,0	2.295	12,0	2.147	11,2
102-Feltre	8.743	68,6	2.031	15,9	1.216	9,5	749	5,9
103-Bassano del Grappa	17.066	68,0	1.974	7,9	4.753	18,9	1.312	5,2
104-Alto Vicentino	16.445	70,0	3.891	16,6	1.970	8,4	1.185	5,0
105-Ovest Vicentino	16.611	64,6	4.237	16,5	3.734	14,5	1.123	4,4
106-Vicenza	31.496	76,3	2.357	5,7	5.065	12,3	2.350	5,7
107-Pieve di Soligo	22.196	73,9	2.795	9,3	1.840	6,1	3.203	10,7
108-Asolo	23.682	70,4	2.546	7,6	5.728	17,0	1.685	5,0
109-Treviso	43.933	77,0	3.332	5,8	5.558	9,7	4.235	7,4
110-Veneto Orientale	18.407	58,4	1.435	4,6	5.121	16,3	6.533	20,7
112-Veneziana	36.626	74,7	2.793	5,7	6.631	13,5	2.962	6,0
113-Mirano	23.398	61,9	4.289	11,4	8.522	22,6	1.573	4,2
114-Chioggia	5.967	53,5	579	5,2	4.153	37,2	456	4,1
115-Alta Padovana	23.302	67,6	5.959	17,3	4.019	11,7	1.195	3,5
116-Padova	62.338	85,0	2.451	3,3	5.370	7,3	3.207	4,4
117-Este	15.022	57,9	5.324	20,5	4.178	16,1	1.443	5,6
118-Rovigo	17.972	66,7	800	3,0	3.695	13,7	4.495	16,7
119-Adria	7.585	64,7	1.633	13,9	1.557	13,3	953	8,1
120-Verona	53.646	72,2	15.664	21,1	1.396	1,9	3.554	4,8
121-Legnago	13.697	57,3	7.853	32,8	643	2,7	1.716	7,2
122-Bussolengo	29.972	68,2	10.111	23,0	398	0,9	3.465	7,9
Totale regionale	501.982	70,5	82.827	11,6	77.842	10,9	49.541	7,0

4.6 Riammissioni nei soggetti anziani

La percentuale di riammissioni a 30 giorni per ricoveri medici ordinari non programmati nei pazienti ultra 75-enni è un indicatore di continuità assistenziale per la fase di post-acuzie. Nei giorni e nelle settimane successivi alla dimissione per diverse condizioni mediche (ad esempio: scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, BPCO, accidenti cerebrovascolari, cancro) e chirurgiche (ad esempio: frattura di femore, interventi di cardiologia interventistica, di chirurgia vascolare e addominale) si possono infatti verificare nei pazienti anziani delle condizioni di instabilità clinica o delle complicanze che impongono un nuovo ricovero.

Figura 4.8 Numero di riammissioni mediche urgenti a 30 giorni ogni 100 ricoveri nei pazienti ultra 75-enni per ULSS di residenza- Anno 2011



La media di riammissioni mediche a 30 giorni rilevate in Veneto nel 2011 tra gli ultrasettantacinquenni è pari a 10,6 ogni 100 ricoveri ordinari. L'indicatore ha una grande variabilità tra i residenti delle aziende ULSS e varia dalle 7,2 per 100 ricoveri della ULSS 4 Alto Vicentino e della ULSS 22 di Bussolengo alle 13,3 per 100 ricoveri della 14 di Chioggia. I fattori che influenzano la riammissione sono complessi ed in parte legati alla qualità dell'assistenza intraospedaliera e alla disponibilità della rete di offerta territoriale; anche l'adeguata educazione terapeutica e competenza assistenziale del caregiver e la tempestività e completezza del passaggio di consegne tra ospedale, Medico di Medicina Generale e servizi domiciliari e residenziali sono fattori riconosciuti di prevenzione su cui le Aziende Sanitari possono agire in modo efficace.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 3140 del 14 dicembre 2010](#) "Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2369 del 29 dicembre 2011](#) "Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995".

Approfondimenti

AA.VV., [I ricoveri in Veneto dal 2000 al 2011 - Ospedalizzazione generale e mobilità](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

AA.VV., [Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2011](#), Roma: Pubblicazione a cura del Ministero della Salute, ottobre 2012.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità complessa Assistenza ospedaliera pubblica e privata
Sede: Palazzo Molin -San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2791501 Fax: 041 2791683
e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

5. Assistenza territoriale

5.1 Assistenza primaria

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 assistenziali: i percorsi assistenziali definiscono il ruolo di ciascun professionista coinvolto nella presa in carico della persona, esplicitano gli obiettivi che il team deve raggiungere e i relativi indicatori di valutazione.

Quadro di sintesi

Nel 2012 sono state avviati in Veneto progetti per migliorare la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione e il loro impatto sui costi dell'assistenza e per promuovere la collaborazione tra il Distretto e i medici convenzionati nell'ottica dello sviluppo delle forme associative integrate.

In particolare sono stati avviati:

- il Progetto ACG per l'analisi del case-mix territoriale e l'individuazione di aree/popolazioni con maggior carico di malattia;
- il Progetto Medici "Milleinrete" per promuovere l'utilizzo professionale della cartella ambulatoriale come strumento per migliorare la presa in carico dei pazienti

Il progetto ACG: una chiave di lettura dell'assistenza territoriale

Nel quadro di consolidamento e di sviluppo dell'assistenza territoriale indicato dal Piano Socio Sanitario 2012-2016, assume una valenza strategica la disponibilità di dati per l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute e per la valutazione dei costi dell'assistenza. A questo proposito la Regione del Veneto ha intrapreso una strada molto innovativa ed originale con un progetto di sperimentazione del sistema di classificazione sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora "Adjusted Clinical Groups" (ACG®). ACG è un sistema di classificazione del 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 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 prospettiche.

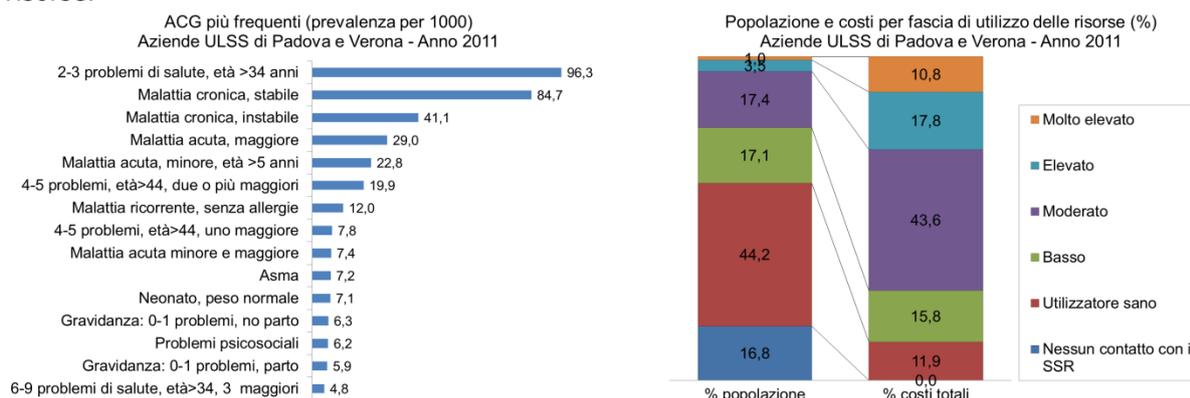
Con il grouper ACG l'intera popolazione viene suddivisa, in base alle diagnosi riscontrate, all'andamento prognostico delle malattie e in modo del tutto indipendente dal consumo di risorse osservato, in 93 gruppi mutuamente esclusivi che identificano specifici pattern di malattia e di relativo carico assistenziale.

Durante il primo anno di progetto, iniziato ad aprile 2012, la sperimentazione è stata condotta nelle Aziende ULSS 16 di Padova e 20 di Verona coinvolgendo quasi un milione di assistiti: per ogni assistito sono stati raccolti e linkati tra di loro i dati dei flussi informativi provenienti da ricoveri, specialistica, esenzioni ticket, pronto soccorso, farmaceutica, psichiatria, malattie rare, e dal sistema informativo distrettuale (ADI, UVMD) con i relativi costi o tariffe. In un sottocampione di circa 20.000 soggetti, sono stati integrati anche i dati dei database clinici dei medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

174

Limitatamente alla quota di popolazione per la quale sono state rilevate una o più diagnosi dalle fonti informative precedentemente elencate, le categorie ACG più frequentemente riscontrate sono riportate nella in figura.

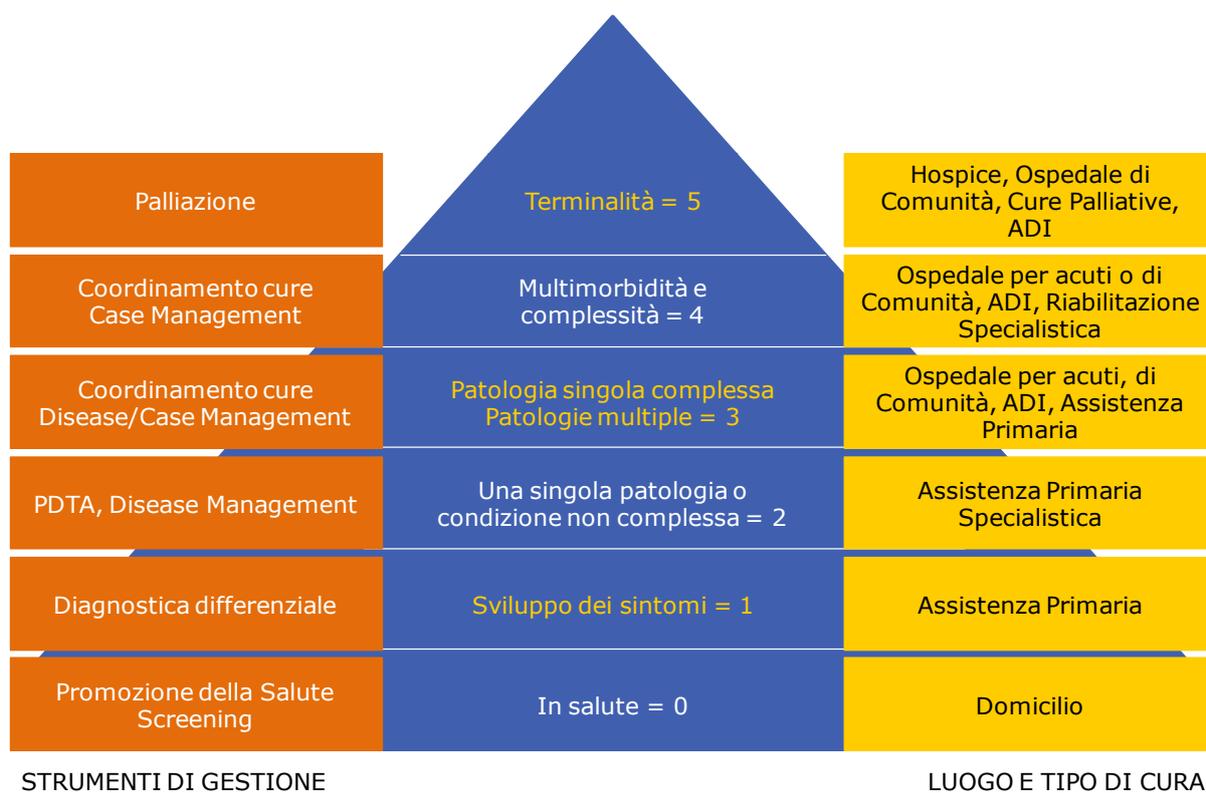
Figura 5.1 ACG più frequenti, distribuzione di popolazione e costi per fascia di utilizzo delle risorse.



Le categorie ACG possono essere successivamente aggregate in 6 categorie sintetiche di consumo atteso di risorse, definite RUB (Resource Utilization Bands). E' noto in sanità pubblica che una quota di costi rilevante è assorbita da un gruppo molto ristretto di persone: coerentemente a questa osservazione, i dati ottenuti dimostrano che la

popolazione classificata nei RUB 3, 4 e 5 (corrispondente a consumo moderato, elevato e molto elevato) rappresenta il 20% dell'intera popolazione, ma determina il 75% dei costi. Questi segmenti di popolazione rispecchiano livelli di complessità della malattia che necessitano di strumenti di gestione e di setting assistenziali differenziati secondo il modello della "piramide del rischio": 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 5.2 La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



ACG è in grado anche di produrre stime di prevalenza di malattie croniche ed acute, tra cui l'ipertensione con (53,3/1.000) o senza complicanze (118,9/1.000), le neoplasie maligne (32,6/1.000), l'insufficienza renale cronica (5,8/1.000), l'artrite reumatoide (4,9/1.000), il glaucoma (12/1.000) e le fratture (12/1.000). Con l'integrazione dei dati clinici dei MMG, è stato possibile diminuire sensibilmente la percentuale di soggetti con costi ma senza diagnosi (cosiddetti utilizzatori sani), portandoli dal 42% al 24% e aumentare la complessità della casistica trattata con una percentuale di assistiti classificati nelle categorie RUB Moderato+Elevato che passa da 22% a 39%. Anche il numero di contatti tra assistiti e MMG aumenta all'aumentare del peso assistenziale della categoria ACG.

Attraverso gli indicatori di predittività del consumo delle risorse messi a disposizione dal sistema ACG, è possibile screenare i soggetti a maggior rischio di ospedalizzazione o di elevato consumo di risorse nell'anno successivo, consentendo di inserirli in programmi di prevenzione e di medicina di iniziativa, in sinergia tra MMG e distretto. Infine, utilizzando ACG come sistema di pesatura e aggiustamento, è possibile calcolare, in una popolazione di assistiti, i costi attesi (o costi standard), pesando i costi osservati per il carico di comorbidità, contribuendo ad effettuare confronti più equi tra erogatori, remunerandone l'efficienza e determinando così in modo più appropriato la suddivisione delle risorse.

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".

Approfondimenti

AA.VV., [Progetto ACG. Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del primo anno di sperimentazione](#), Padova: Pubblicazione a cura dell'Azienda ULSS 20 Verona, dell'Azienda ULSS 16 Padova e del Sistema Epidemiologico Regionale, aprile 2013.

176 *Recapiti per ulteriori informazioni*

Direzione 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

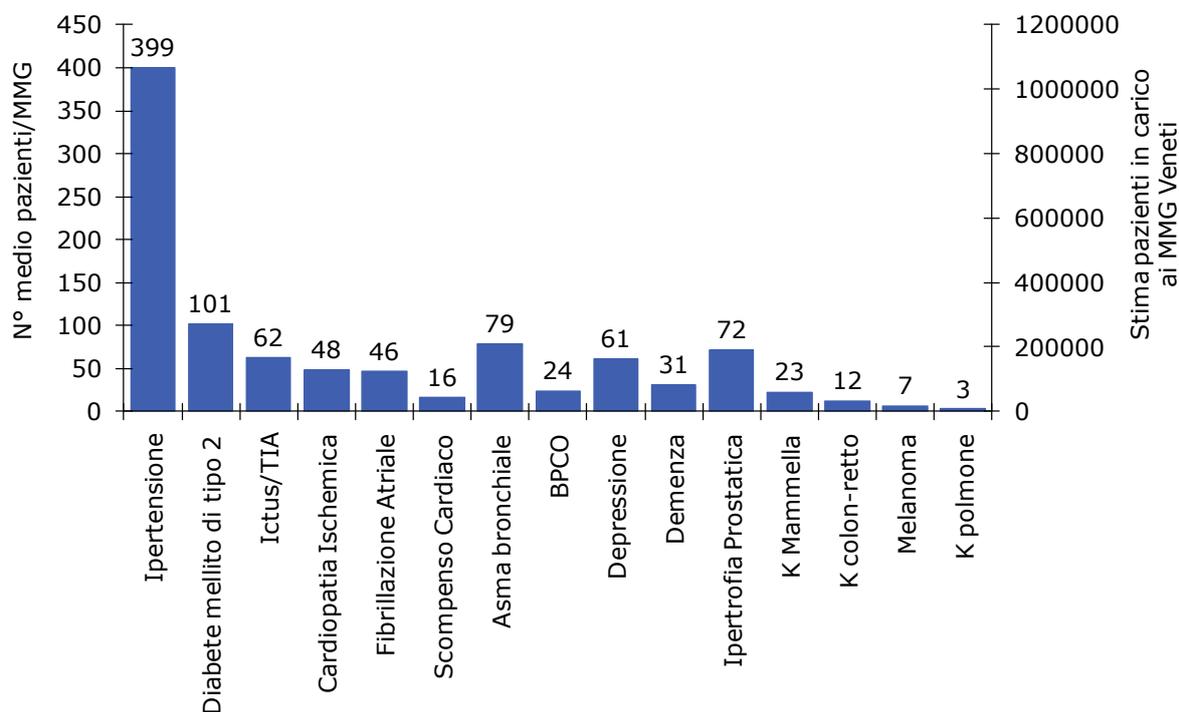
Il punto di vista del Medico di Medicina Generale (MMG)

Un punto di vista particolarmente rilevante per la presa in carico della cronicità in Medicina Generale (MG) è l'utilizzo professionale della cartella ambulatoriale, che già da diversi anni viene effettuata su PC tramite l'utilizzo di software sviluppati ad hoc. Infatti, la registrazione e la codifica in cartella della diagnosi clinica da parte del medico di fiducia dà alla patologia un rilievo concretamente assistenziale: i "casi registrati" sono degli assistiti portatori di specifici problemi di salute. In questo modo la diagnosi orienta percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA), che possono essere puntualmente monitorizzati sia a livello individuale (es. alert automatizzati per l'effettuazione di esami di laboratorio a cadenza programmata) sia a livello di specifici gruppi di pazienti (es.: situazione di controllo pressorio e metabolico nei pazienti diabetici), dando così un riscontro sulla qualità clinica dell'assistenza. Inoltre la revisione periodica tra pari delle modalità di assistenza sanitaria di specifici gruppi di malati

consente di effettuare degli audit professionali, confrontando diverse esperienze e modelli organizzativi.

In Veneto in particolare si segnala al riguardo l'esperienza svolta dai 104 MMG "Millenirete", che assistono circa 139.000 pazienti di 14 diverse ULSS. Essi rappresentano la rete regionale più evoluta e consistente a livello nazionale, nel cui ambito è stato svolto anche un importante lavoro di formazione. Le stime di prevalenza di patologia cronica prodotte per la prima volta nel 2013 dai MMG "Milleinrete" risultano coerenti con quelle prodotte dall'analoga rete nazionale Health Search, che è il più importante osservatorio Italiano sulle Cure Primarie ed è composto da 700 MMG e consentono di definire concretamente un carico di lavoro "medio" atteso. Infatti si può stimare che un MMG con 1.000 assistiti abbia in cura e registri quindi in cartella un numero di pazienti dell'ordine di quello che viene descritto per alcune patologie nella tabella successiva. Questo numero può essere opportunamente aggiustato sulla base della distribuzione per età degli assistiti di ciascun MMG.

Figura 5.3 Numero atteso di assistiti malati di specifiche patologie in età ≥ 15 anni
(fonte: 104 MMG Veneti "Milleinrete", anno 2012)

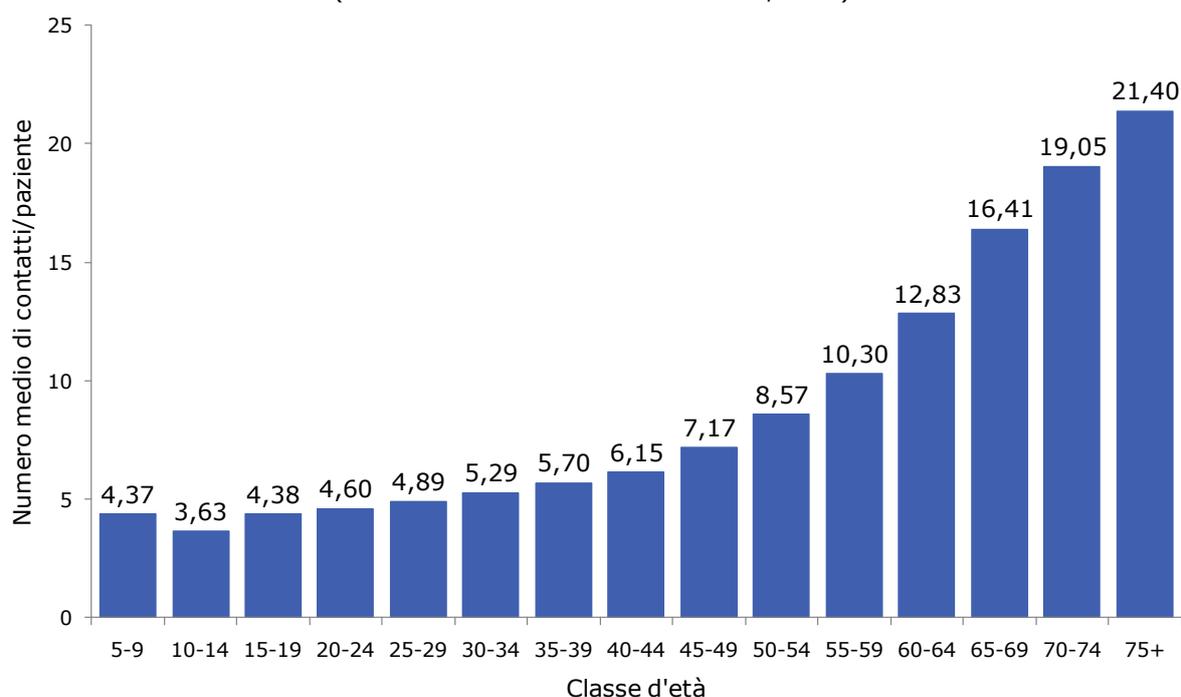


Queste stime costituiscono anche la base per una possibile definizione di standard di qualità dell'assistenza primaria, sul modello dell'esperienza dei General Practitioners Inglesi, che va nel senso del "dare conto" del grosso lavoro quotidianamente svolto dalla MG per la diagnosi e cura dei problemi di salute dei propri assistiti.

Il carico di lavoro del Medico di Famiglia è tradizionalmente espresso tramite il numero di pazienti in lista; il cosiddetto "massimale" peraltro presenta valori molto variabili all'interno dei Paesi Europei, così come sono molto differenziati all'interno dei diversi sistemi sanitari nazionali i compiti e le risorse umane affidate in gestione al MMG. D'altro canto lo sviluppo delle forme associative della MG, mettendo a contatto diversi stili e diverse modalità di organizzazione del lavoro, spinge i MMG a valutare in maniera più puntuale i loro carichi di lavoro. In questo quadro di cambiamento della cultura e della pratica professionale, i MMG "Milleinrete" hanno iniziato a produrre in maniera routinaria alcuni interessanti dati sul proprio carico di lavoro, che viene espresso complessivamente come sommatoria di tutti i contatti (visite ambulatoriali programmate e ad accesso libero, visite domiciliari programmate e su chiamata, rinnovi della ricettazione, accessi amministrativi e consulenze). L'88,3% degli assistiti dei MMG "Milleinrete" ha avuto almeno un contatto con il proprio MMG nel corso dell'anno. Mediamente ogni giorno un MMG ha 40,4 contatti con i suoi assistiti, con un picco massimo settimanale nei giorni di lunedì e venerdì e un picco massimo annuale in corrispondenza dei mesi invernali. Il numero medio di contatti annui per assistito è pari a 10,1 e naturalmente aumenta al crescere dell'età, giungendo ad un numero medio di 21,4 al di sopra dei 75 anni: un assistito con più di 75 anni risulta quindi circa 5 volte più impegnativo per il MMG di un paziente di 20 anni.

178

Figura 5.4 Numero medio di contatti/assistito-anno, per classe d'età
(Fonte: 104 MMG Veneti "Milleinrete", 2012)



Molto più che dall'età anagrafica dell'assistito l'impegno del MMG è fortemente condizionato dalla presenza di un quadro di pluripatologia, che impone di regola la gestione di una politerapia farmacologica complessa e l'effettuazione di frequenti controlli clinici, laboratoristici e strumentali. Si passa da una media di 4,0 contatti/assistito-anno negli assistiti sani a 31,8 negli assistiti più complessi. Questi ultimi, pur rappresentando il 3,7% degli assistiti assorbono ben il 25,3% dei contatti effettuati dal MMG. Merita una sottolineatura il fatto che il 5,8% degli assistiti riceve nel corso dell'anno almeno una visita domiciliare dal proprio MMG.

Ribaltando i dati dei MMG "Milleinerete" sull'intera popolazione Veneta di 15 anni e più è possibile anche calcolare il numero assoluto di contatti tra i cittadini Veneti ed i loro medici di fiducia, che sono stimabili in circa 44 milioni/anno. Il tempo del MMG va quindi riconosciuto come una risorsa distinta e importante per lo sviluppo delle Cure Primarie, anche attraverso il graduale trasferimento di compiti di monitoraggio ambulatoriale e domiciliare a personale infermieristico formato e dedicato.

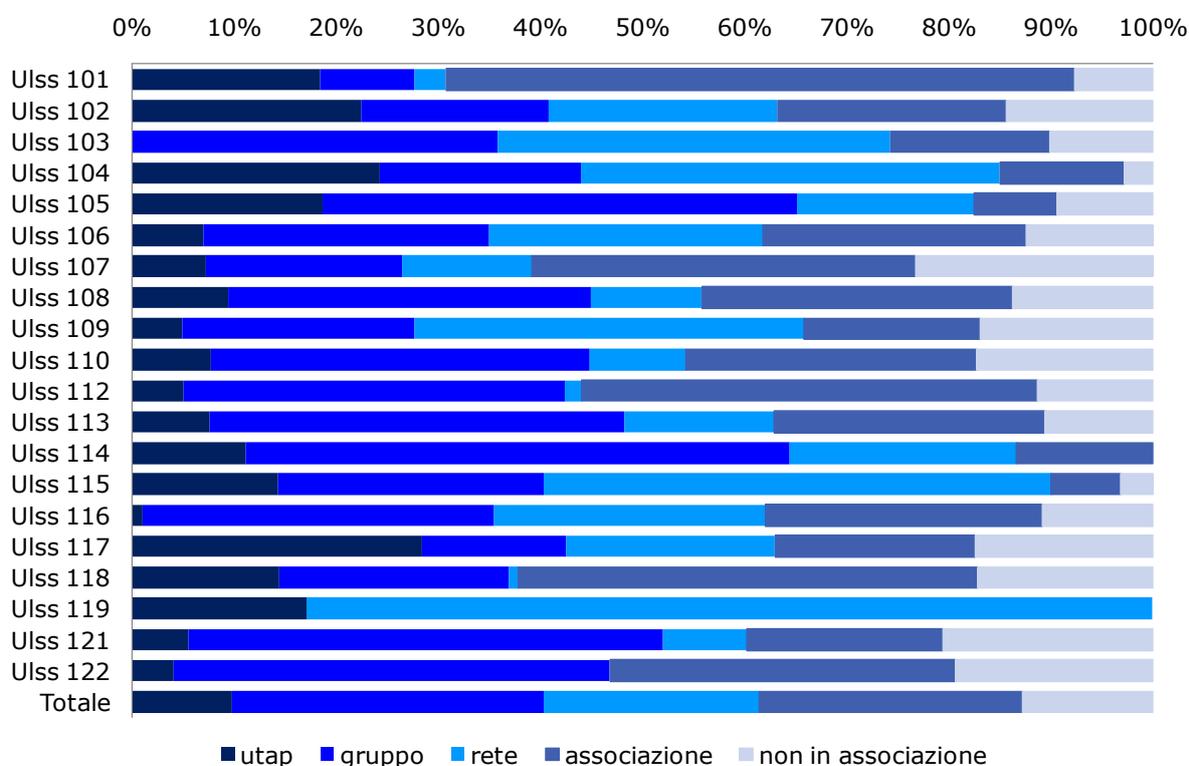
Atteggiamenti, competenze e risorse del MMG per la gestione del paziente cronico

L'evoluzione del quadro epidemiologico e sociale da un lato e l'aumento dei carichi di lavoro dall'altro hanno stimolato in questi ultimi anni i MMG ad un profondo ripensamento delle loro modalità di lavoro. In questo contesto su iniziativa del Centro Regionale di Coordinamento della MG nell'estate 2012 i MMG hanno compilato, nel corso del Corso Regionale di Aggiornamento Obbligatorio e d'intesa con il Centro stesso un questionario, che ha raggiunto 3.052 MMG di 17 Aziende ULSS su un totale di 3.354, con un tasso di risposta dell'82%. Le elaborazioni, effettuate dal Sistema Epidemiologico Regionale, offrono l'opportunità per individuare le risorse organizzative e strumentali che sono già attive per la presa in carico proattiva della cronicità da parte dei MMG (singoli e associati) e per dare conto del livello di competenza e di adeguatezza organizzativa e professionale che il MMG si riconosce al riguardo.

La presenza di forme associative evolute (Medicine di Gruppo Integrate o MGI ed Unità Territoriali di Assistenza Primaria o UTAP) e di Medicine di Gruppo si presenta molto diversificata, interessando un range tra il 17% ed il 65% dei MMG delle diverse ULSS. Queste forme associative prevedono una forte interazione tra i MMG, con periodi di compresenza all'interno di un'unica struttura ambulatoriale e per questo motivo possono fungere da nodi della rete territoriale di Cure Primarie, assicurando lo svolgimento di alcuni servizi amministrativi, clinici ed assistenziali presso una sede centrale. Ad esempio, il collaboratore di studio può facilitare la gestione dei contatti telefonici e di sportello, la consegna dei referti, la predisposizione dei rinnovi delle ricette, l'organizzazione delle

visite su appuntamento mentre l'infermiere può gestire attività di educazione sanitaria e terapeutica, effettuare controlli periodici in specifici gruppi di pazienti cronici, vaccinazioni e semplici indagini di diagnostica ambulatoriale. La presenza dell'infermiere è senz'altro la risorsa più importante per lo sviluppo di iniziative di presa in carico proattiva della cronicità e della fragilità sia in ambulatorio sia a domicilio, consentendo una gestione più efficiente dei problemi di salute degli assistiti, e – per i MMG - una migliore gestione del proprio tempo lavorativo ed una maggiore possibilità di crescita, confronto e supporto professionale. La presenza dell'infermiere è estremamente variabile da Azienda ULSS ad Azienda ULSS e all'interno delle forme associative più organizzate della MG.

Figura 5.5 Distribuzione delle forme associative, per Azienda ULSS
(Fonte: Centro Regionale di Coordinamento della Medicina Convenzionata, 2012)



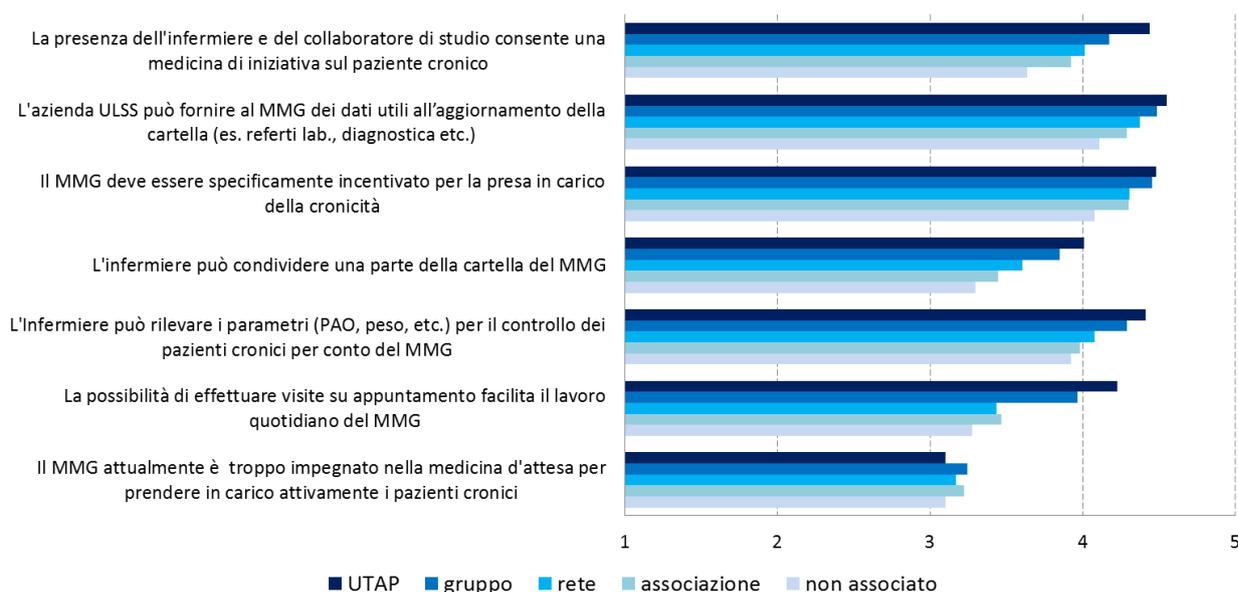
180

Tabella 5.1 Personale presente nell'ambulatorio del MMG, per forma associativa
(Fonte: Centro Regionale di Coordinamento della Medicina Convenzionata, 2012)

	Call center	Infermiere	Collab. studio
Non associati	2%	1%	9%
Associazione	3%	5%	16%
Rete	3%	6%	20%
Gruppo	21%	35%	80%
Forma evoluta (MGI, UTAP, ETAP)	71%	93%	88%
Totale	15%	22%	42%

In effetti, i MMG che hanno già sperimentato il lavoro all'interno di forme associative più organizzate danno un parere chiaramente favorevole rispetto alla fattibilità ed all'utilità che questo tipo di organizzazione può offrire. Mediamente il 60% dei MMG si dichiara anche molto/del tutto d'accordo sul fatto che l'infermiere possa condividere una parte della cartella ambulatoriale del MMG (ad es.: per l'annotazione delle misure antropometriche e per la schedulazione dei controlli periodici).

Figura 5.6 Opinioni dei MMG verso alcuni aspetti di riorganizzazione del lavoro (per niente d'accordo=1 – del tutto d'accordo=5) (Fonte: Centro Regionale di Coordinamento della Medicina Convenzionata, 2012)



Numerose Aziende ULSS hanno definito dei PDTA per la cronicità (soprattutto sul diabete mellito e sulle Broncopenumopatie Croniche Ostruttive), che prevedono un coinvolgimento attivo del MMG. Una grossa facilitazione alla realizzazione di questo tipo di percorsi viene fornito dai progetti regionali di informatizzazione della MG come il progetto DOGE ed il progetto di sviluppo del Fascicolo Sanitario: l'85% dei MMG è molto/del tutto d'accordo sul fatto che le Aziende ULSS possono facilitare il MMG, scaricando direttamente in cartella i referti di laboratorio e strumentali e sollevando in questo modo l'ambulatorio da un compito gravoso e dequalificante di imputazione dei referti cartacei presentati a mano dal paziente. L'aspetto più critico per l'implementazione di questi PDTA della cronicità è la registrazione e la codifica in cartella da parte del MMG delle patologie di interesse, corredate dalle informazioni cliniche utili per la gestione del caso: a questo riguardo il 77% dei MMG intervistati afferma di essere già in grado di estrarre dalla propria cartella clinica informatizzata una lista nominativa di pazienti con diabete mellito. La disponibilità di una lista nominativa dei propri pazienti affetti da

specifiche forme o pattern di cronicità consente anche al MMG singolo di effettuare una revisione periodica delle terapie, dei controlli e dei risultati clinici; essa inoltre offre opportunità per la medicina d’iniziativa e l’audit clinico. La registrazione e codifica in cartella delle patologie e dei problemi di salute del paziente non dipende comunque nella sostanza da aspetti tecnologici, ma si collega ad un profondo cambiamento culturale che è già in atto da diversi anni all’interno della MG Veneta; essa risulta chiaramente facilitata dall’associazionismo dei MMG, dalla partecipazione a corsi di formazione e dalla presenza di iniziative aziendali che diano obiettivi chiari e pertinenti al lavoro e all’iniziativa del MMG.

Tabella 5.2 Capacità di estrarre una lista nominativa dei propri assistiti diabetici
(Fonte: Centro Regionale Coordinamento della Medicina Convenzionata, 2012)

Forma associativa	Non associati	59%
	Associazione	67%
	Rete	82%
	Gruppo	85%
	MGI, UTAP, ETAP,	89%
Formazione all'uso del software	Da solo	75%
	Confronto con colleghi	78%
	Corso di formazione	82%
ULSS	Range min-max	55-94%

Il percorso Deliberativo

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità il nuovo Piano Socio Sanitario regionale 2012-2016 ha individuato come obiettivo strategico lo sviluppo dell’assistenza territoriale ed in particolare l’implementazione in modo diffuso su tutto il territorio regionale delle MGI, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni. Le MGI sono assimilabili alle cosiddette Unità Complesse di Cure Primarie previste dalla L. n.189/2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n.158 del 13 settembre 2012, cosiddetto “decreto Balduzzi”. Si tratta di team multiprofessionali, costituiti da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un’assistenza globale (dalla prevenzione alla palliazione) continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un’assistenza per tutte le 24 ore, 7 giorni su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto Socio-Sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità.

L'aggettivo "integrata" è stato usato:

- per confermare la bontà del modello integrato socio-sanitario quale peculiarità del Sistema Veneto;
- per ribadire che l'integrazione garantisce la presa in carico globale della persona;
- per sottolineare che l'integrazione multiprofessionale è caratteristica pregnante della MGI;
- per riconoscere la MGI come parte integrata ed essenziale del Distretto socio-sanitario;
- per valorizzare la necessità di integrare e coinvolgere tutte le risorse della Comunità.

Attraverso le MGI si intende costituire un punto di riferimento certo per l'assistito, garante della continuità dell'assistenza dal punto di vista relazionale, gestionale ed informativo, consolidando la piena integrazione nel Distretto della Medicina Convenzionata. Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti e di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, attraverso il pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.

L'implementazione delle MGI finalizzate a gestire efficacemente e compiutamente i bisogni della Comunità di riferimento è quindi un compito prioritario per il Distretto socio-sanitario, che si qualifica perché è in grado di:

1. analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case-mix), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendo i livelli di complessità assistenziale ed i modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati;
2. garantire l'assistenza – in primo luogo domiciliare – nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana, attraverso l'integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali;
3. definire ed implementare i PDTA per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata a livello distrettuale ed ospedaliero;
4. attivare un'offerta adeguata di strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione, offrendo una

risposta polifunzionale a carattere temporaneo di stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione;

5. attivare idonei strumenti organizzativo-gestionali (quali la Centrale Operativa Territoriale) per garantire le transizioni del paziente da un luogo di cura ad un altro o da un livello assistenziale ad un altro, per assicurare la presa in carico dei pazienti complessi nell'arco delle 24 ore, per provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi assistenziali e connettere i professionisti;
6. consolidare il rapporto con i Comuni non soltanto relativamente alle funzioni socio-sanitarie, ma anche per gli interventi di prevenzione e promozione della salute e per lo sviluppo delle reti di assistenza territoriale (volontariato, terzo settore, ecc.).

A livello territoriale risulta, altresì, strategico provvedere alla implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che sono organizzazioni funzionali, caratterizzate, conformemente a quanto disposto dal cosiddetto "decreto Balduzzi", dall'appartenenza obbligatoria dei Medici Convenzionati. Esse hanno un compito di programmazione e coordinamento, rappresentando cioè una sorta di "regia" per il confronto, la condivisione dei PDTA e l'implementazione dell'audit tra le forme associative presenti nel proprio ambito di riferimento.

184

A livello aziendale il processo di sviluppo dell'Assistenza Primaria prevede da parte di ciascuna Azienda ULSS, la formulazione di specifici Piani aziendali per il potenziamento del sistema, attraverso i quali viene definita la riorganizzazione della medicina convenzionata, esplicitata la sua integrazione operativa con il Distretto socio-sanitario e specificato il quadro delle risorse economiche necessarie, al fine di realizzare i seguenti obiettivi:

- presa in carico integrata, organizzata e coordinata per assicurare la continuità dell'assistenza;
- attuazione dell'integrazione tra ospedale e territorio, rispettando i contesti di vita dei pazienti;
- gestione integrata della cronicità attraverso l'implementazione di PDTA;
- sostenibilità economica, attraverso un sistema di governance che il nuovo quadro programmatico definisce come multilivello, nell'idea di responsabilizzare tutti gli Attori verso l'impegno di "rendere conto" di quanto (e come) viene organizzato, offerto, erogato.

La sempre maggiore complessità dei bisogni richiede di far lavorare assieme professionisti diversi, rivedendo i ruoli, le competenze e le responsabilità: in quest'ottica la formazione è una leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento. Per questo motivo l'attività didattica è rivolta a tutti i Medici Convenzionati e, oltre a riguardare

aspetti prettamente di natura clinico - sanitaria, deve contemplare tematiche organizzative e di governo dell'intero sistema della Assistenza Primaria. La formazione continua e permanente si realizza prevalentemente nell'ambito delle AFT tramite la condivisione di PDTA con tappe di verifica e revisione della qualità tramite l'analisi dei report relativi agli indicatori concordati, raccolti dalla rete informatica dei Medici di Medicina Convenzionata del Veneto.

La tenuta professionale della cartella informatizzata, con l'aggiornamento dei problemi di salute che motivano gli approfondimenti diagnostici e le scelte terapeutiche del MMG, è un elemento riconosciuto di qualità per la gestione clinica del singolo paziente e per il miglioramento dell'assistenza sanitaria rivolta a specifici gruppi di pazienti, mediante l'effettuazione di audit clinici. D'altro canto, l'innovazione tecnologica e la rete informatica rappresentano strumenti importanti di integrazione tra il patrimonio informativo del MMG e quello delle Aziende, a supporto di una presa in carico coordinata ed integrata della persona. In particolare la realizzazione del fascicolo socio-sanitario elettronico assume rilievo per garantire quella condivisione delle informazioni che è necessaria alla continuità dell'assistenza, anche da un punto di vista informativo, attraverso la definizione di un profilo sanitario sintetico (patient summary), condiviso da tutti i componenti del team multiprofessionale. Il processo di informatizzazione dei MMG è connesso allo sviluppo del Progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale di cui alle DD.G.R. n. 41 e n. 1666 del 2011; le relative procedure sono state definite con DGR n. 2258 del 20.12.2011.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge 8 novembre 2012, n. 189](#) recante: "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"

Approfondimenti

[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

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzetto Sceriman, Cannaregio, 168 - 30124 Venezia
Telefono: 041 2793404 - Fax: 041 2793430
e-mail: cureprimarie@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

5.2 Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 2011 sono state registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale del Veneto 70.818.556 prestazioni pari a una valorizzazione di 1.142.538.348 Euro con evidenti differenze nei sessi e tra le classi d'età. L'attività clinica, la strumentale e per immagini ed il laboratorio rappresentano rispettivamente circa il 27%, 5% e 68% delle prestazioni erogate. Il rapporto pubblico/privato evidenzia come il settore pubblico sia di gran lunga il predominante nelle prestazioni di laboratorio mentre, pur mantenendo il predominio, per l'attività clinica e la diagnostica strumentale le "quote di mercato" si riducono.

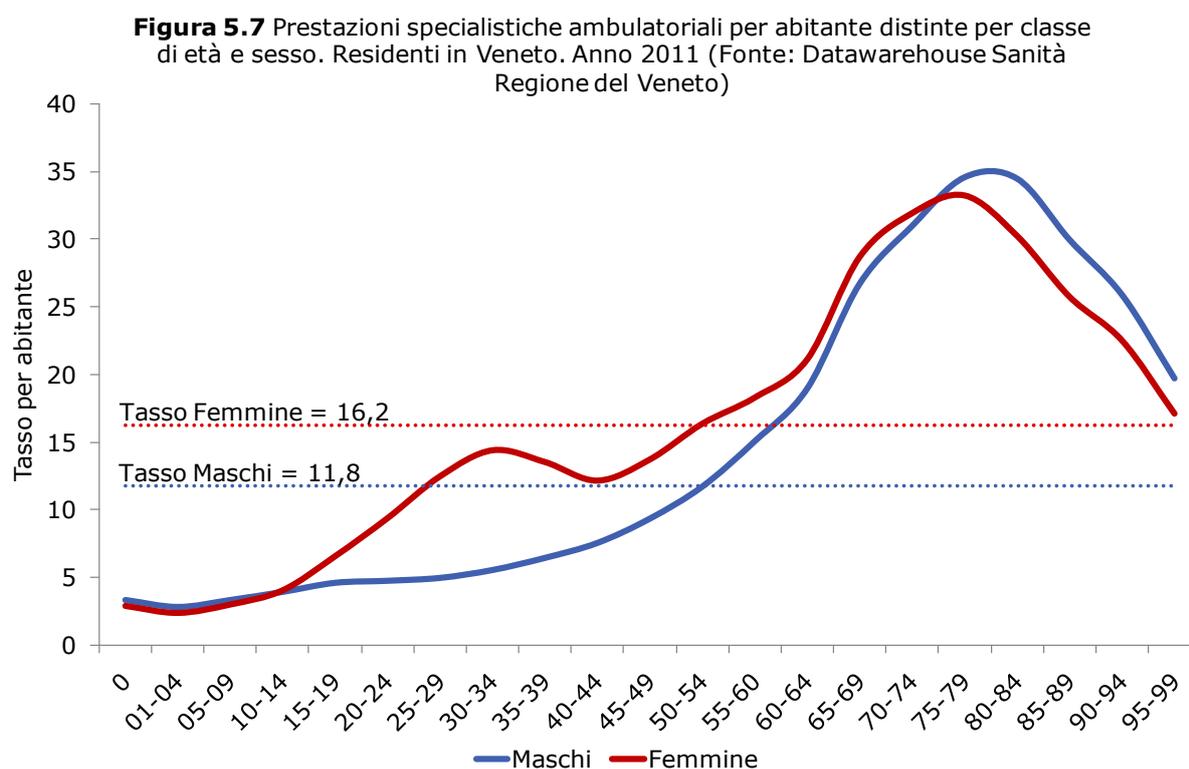
Lo sviluppo di tecniche anestetiche, chirurgiche e diagnostiche sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati, una modalità sempre più utilizzata per seguire tempestivamente e con continuità i cittadini. L'assistenza specialistica rappresenta una delle più diffuse modalità di accesso del cittadino al Sistema Sanitario Regionale ed è parte dell'attività extra-ricovero con fini diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi.

Le informazioni disponibili per valutare l'attività della specialistica ambulatoriale derivano dal flusso informativo omonimo, le cui potenzialità di utilizzo sono ancora in fase di sviluppo per la costruzione di indicatori consolidati di analisi come avviene per l'attività di ricovero ospedaliero.

Nell'anno 2011 sono state registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale del Veneto 70.818.556 prestazioni pari a una valorizzazione di 1.142.538.348 Euro. Fra le

caratteristiche della popolazione che influenzano il ricorso alla specialistica sono comprese quelle demografiche e socio-economiche.

Il grafico seguente rappresenta i tassi di accesso alle prestazioni specialistiche specifici per classe d'età e sesso. Le linee tratteggiate blu e rossa mostrano i tassi complessivi di accesso di maschi e femmine rispettivamente di 11,8 e 16,2 prestazioni per abitante.

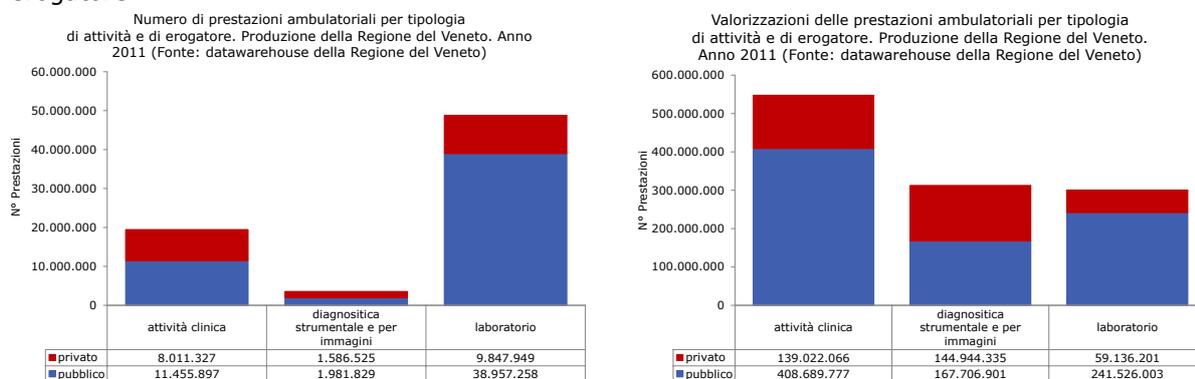


I volumi di attività ambulatoriale possono essere analizzati sia in termini di numero di prestazioni che di valorizzazione economica, secondo il vigente tariffario regionale. Le prestazioni di laboratorio rappresentano circa il 68% delle prestazioni erogate negli ambulatori del Veneto ed il 26% del valore totale, a causa del minore valore tariffario. Dall'altra parte la diagnostica strumentale e per immagini, che rappresenta solo il 5% in termini di numero di prestazioni, rende conto invece del 27% del valore totale. Infine, le prestazioni di attività clinica diventano le prestazioni più rilevanti dal punto di vista della valorizzazione, con circa il 47% della valorizzazione totale, anche in relazione al trasferimento in regime ambulatoriale, nell'anno 2011, di ulteriori 50 tipologie di interventi chirurgici.

Per quanto riguarda la tipologia di produttore (pubblico e privato accreditato) osservando il grafico successivo si evince come il settore pubblico sia di gran lunga predominante

nelle prestazioni di laboratorio (circa l'80% sia sul numero di prestazioni che sulla valorizzazione) mentre per l'attività clinica e la diagnostica strumentale le "quote di mercato" si attestano rispettivamente al 59% e 55%. L'analisi congiunta del numero di prestazioni e della valorizzazione distinta per tipologia di produttore permette di osservare come le strutture private erogano un'attività clinica mediamente meno complessa. Nella valutazione complessiva del rapporto pubblico/privato bisogna considerare che i dati non forniscono alcuna informazione sulle prestazioni ambulatoriali erogate in "privato puro".

Figura 5.8 Numero e valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali per tipologia di attività e erogatore



188

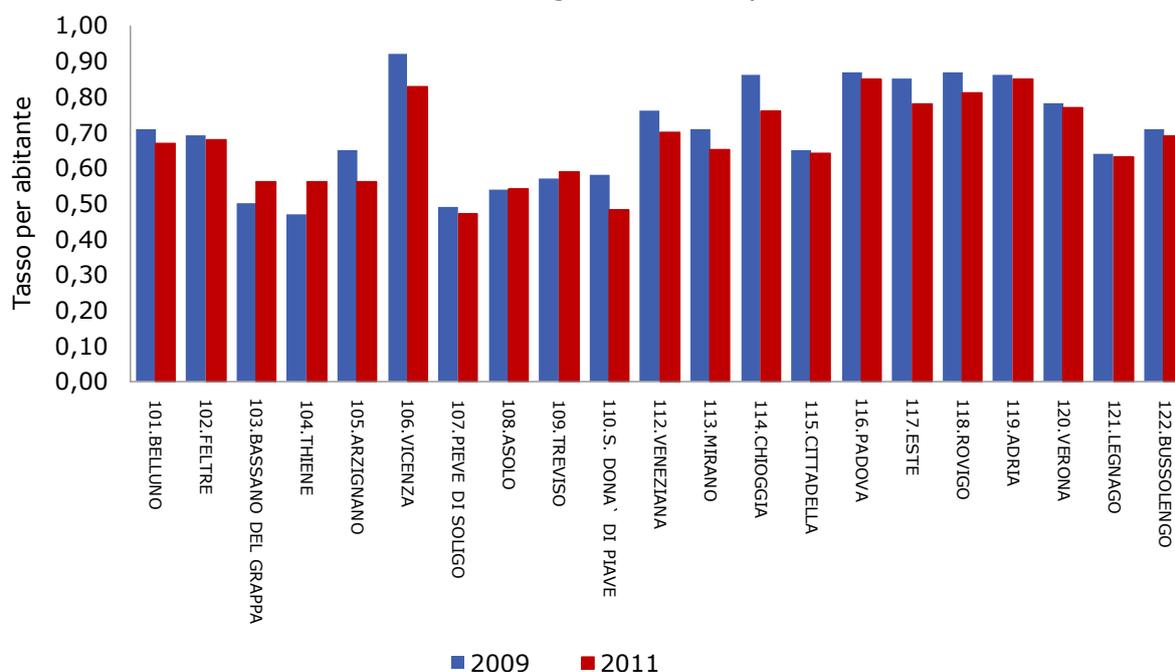
La tabella successiva evidenzia una contrazione nelle prestazioni erogate dal Sistema Socio Sanitario Regionale nel 2012 di circa due milioni di unità, pari al 3,2%, in linea con la riduzione registrata nel 2010 (-3%).

Significativa la variazione dei volumi di attività con riferimento all'esenzione del ticket: gli esenti complessivi assorbivano il 63,2 % delle prestazioni nel 2011 e sono passati al 71,8 nel 2012, mentre sono significativamente diminuiti i paganti ticket passando dal 34,2 del 2011 al 25,7 del 2012.

Gruppo di prestazione	2011				2012				Variazione % 2011 vs 2012	
	N° prestazione	%	Valore	%	N° prestazione	%	Valore	%	N° prestazioni	Valore
Esenti complessivi (reddito+patologie+altro)	44.780.063	63,2	703.574.712	61,6	49.376.916	71,8	802.282.646	68,7	10,3	14,0
Paganti Ticket	24.185.646	34,2	381.730.582	33,4	17.706.517	25,7	310.207.930	26,6	-26,8	-18,7
Pagante per intero	297.422	0,4	4.207.712	0,4	292.498	0,4	3.380.329	0,3	-1,7	-19,7
Residenti fuori Regione	1.294.294	1,8	50.011.067	4,4	1.177.878	1,7	50.957.885	4,4	-9,0	1,9
Non indicato	510.558	0,7	8.425.584	0,7	238.214	0,3	5.270.924	0,5		
Totale	71.067.983		1.147.949.657		68.792.023		1.167.013.523		-3,2	1,7

Infine, la variabilità territoriale nelle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini mostra nel corso degli anni una lieve riduzione nelle differenze di erogazione (grafico successivo).

Figura 5.9 Tasso di accesso alle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini per ULSS di residenza. Anni 2009 e 2011 (Fonte: Datawarehouse Sanità Regione del Veneto)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 859 del 21 giugno 2011](#) "Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo di diverso regime erogativo".

Approfondimenti

Cislaghi C., Sferrazza A., *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, Roma: Pubblicazione a cura dell'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali Age.na.s., Roma, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
 Servizio Assistenza Ambulatoriale
 Palazzo Molin, San Polo, 2514 - 30125 Venezia
 Telefono: 041 2791501 - Fax: 041 2791683
 e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

5.3 Cure domiciliari

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 vengono effettuati da parte del Medico di Medicina Generale e degli operatori sanitari del Distretto più di due milioni di accessi domiciliari/anno a favore di 104.000 assistiti, con una copertura pari al 168 per mille per gli anziani con 75 anni e più. Gli utenti più complessi, che ricevono almeno 2 accessi/settimana per almeno un mese sono circa 18.000. La copertura oraria giornaliera e settimanale si va consolidando, mentre gli ultra75enni dimessi a domicilio ed i pazienti a fine vita vengono individuati come target per specifici interventi di programmazione sanitaria a livello locale.

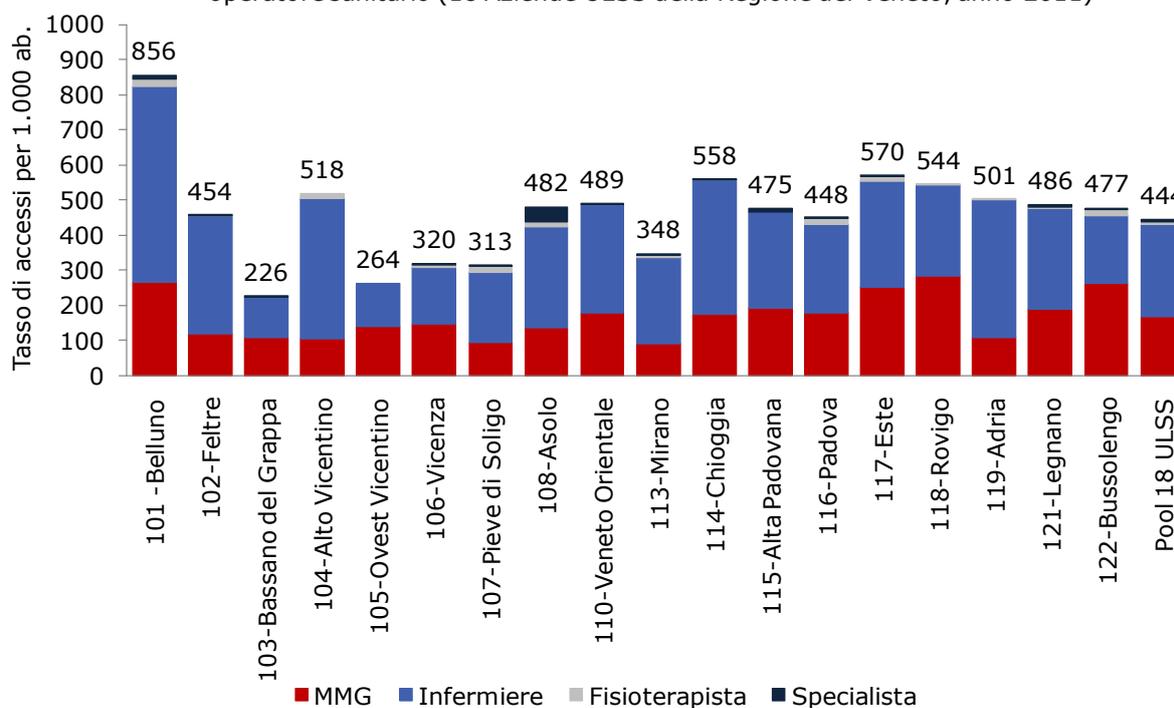
Allo stato attuale il sistema informativo copre buona parte, ma non tutte le Aziende ULSS.

L'attività di Cure Domiciliari (CD) comprende tutte le attività programmate sanitarie e socio-sanitarie svolte a domicilio dagli operatori del Distretto (Infermiere, MMG, medico palliativista o medico specialista del Distretto, medico di continuità, terapeuta della riabilitazione, OSS, psicologo, assistente sociale) sulla base di un Piano di Assistenza. Essa viene monitorata a livello Regionale con un flusso di dati individuali basati sulla registrazione degli accessi e dei problemi di salute che danno origine alla presa in carico.

Nella Regione del Veneto vengono effettuati da parte degli operatori sanitari del Distretto (MMG compreso) 444 accessi sanitari ogni 1.000 abitanti, che corrispondono in numero assoluto ad una stima di circa 2.200.000 accessi/anno; il 58,6% di questi accessi è effettuato dall'infermiere, con un range molto ampio (40,9-78,4%), che denota la

coesistenza di diversi modelli e indirizzi gestionali. Ogni MMG effettua in media circa 4,7 accessi domiciliari/settimana, costituendo il fulcro del lavoro dell'equipe delle CD, cui di fatto dà accesso alla casa dell'assistito.

Figura 5.10 Tasso di accessi per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e tipo di operatore sanitario (18 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011)



Gli assistiti con almeno 1 accesso sanitario/anno nel 2011 possono essere stimati in circa 104.000 assistiti. Il 65,1% degli assistiti è di genere femminile, mentre il 78,2% ha più di 75 anni. Il tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari a 21,2 per mille. Il 95,1 per mille dei residenti ultra65enni ha avuto almeno un accesso di un operatore sanitario nell'anno e il tasso sale al 168,2 per mille considerando gli ultra75enni. Per far riferimento ad un termine di paragone più familiare a quanti si occupano di programmazione sanitaria, gli assistiti ultra75enni che hanno almeno 1 ricovero ordinario acuto nel corso di un anno sono pari al 210 per mille abitanti. Gli assistiti che hanno ricevuto almeno 8 accessi sanitari/mese per almeno un mese sono stimabili in numero assoluto a circa 18.000. Il profilo demografico è in parte diverso, per la presenza più consistente di uomini adulti. Il corrispondente tasso di copertura rispetto alla popolazione generale è pari allo 3,6 per 1.000 e sale al 15,5 per 1000 negli ultra65enni ed al 26,1 per 1.000 negli ultra75enni. La gravosità e la complessità di questi assistiti è attestata dalla frequenza elevata di pazienti che hanno almeno un ricovero nell'anno precedente, molto più elevata rispetto ai pari età.

Poiché l'attività di CD presenta frequentemente delle variazioni di intensità dovute al riacutizzarsi delle condizioni di base, al ricovero in ospedale oppure alla risoluzione di problemi di salute temporanei è comodo fare riferimento all'assistito-equivalente, cioè ad una persona convenzionalmente seguita per tutto l'anno nel medesimo livello di intensità assistenziale (e quindi equivalente - rispetto all'impegno di risorse - ad esempio a 12 persone che sono state seguite con la stessa intensità per un mese soltanto). La DGR 2372/2011 "Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari" stabilisce che gli assistiti-equivalenti con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese si collochino nelle diverse aziende tra uno standard minimo di 0,8/1.000 abitanti ed uno standard ottimale di 1,2/1.000 abitanti.

Figura 5.11 Numero assoluto e tasso per 1.000 abitanti di assistiti-equivalenti con almeno 8 accessi/mese, per Azienda ULSS di residenza (17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011)

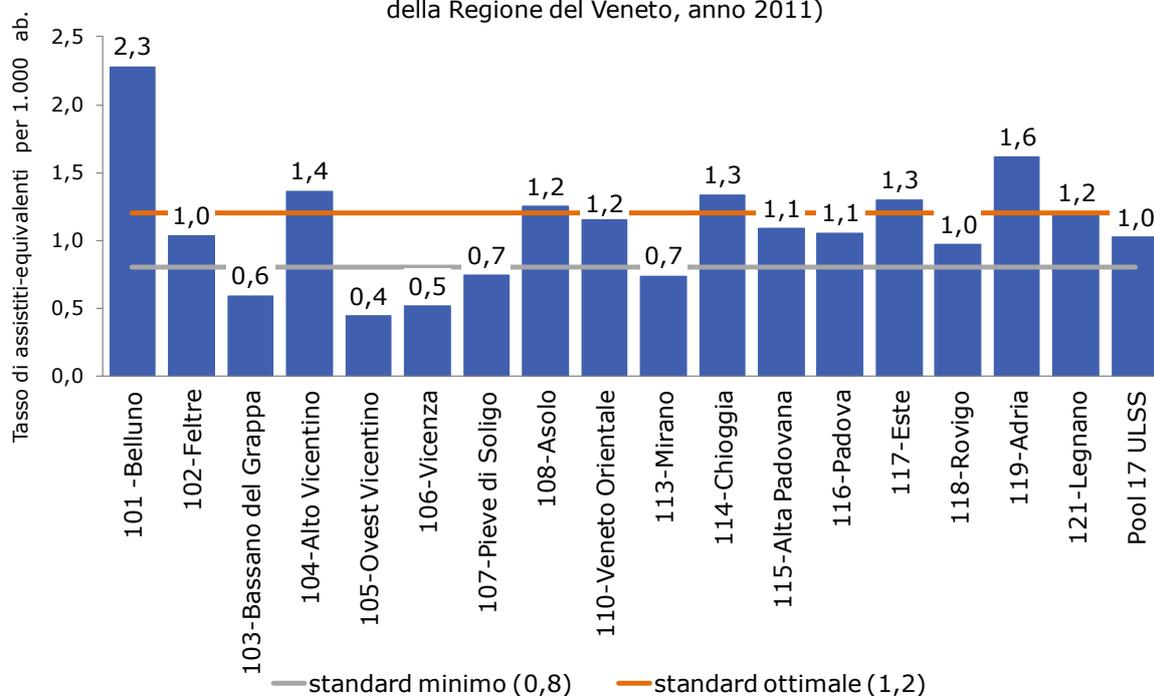


Tabella 5.4 Numero assistiti-equivalenti con almeno 8 accessi per Azienda Ulss

101	102	103	104	105	106	107	108	110	113	114	115	116	117	118	119	121	Pool 17 ULSS
293	87	106	257	80	163	163	315	250	198	92	276	517	241	170	120	187	3.515

Quest'ultimo livello di intensità, che certamente consente di prendere in carico in maniera efficace una quota importante di pazienti deospedalizzati o a fine vita viene raggiunto da 7 Aziende ULSS, mentre 4 Aziende ULSS non raggiungono lo standard minimo.

Nel 2011 la media regionale della percentuale di accessi erogati il Sabato e la Domenica sul totale degli accessi degli operatori sanitari è risultata pari al 5,5% (range 0,9-7,4%); lo standard definito come ottimale ($\geq 5\%$) viene raggiunto da 8 Aziende ULSS. Il perseguimento di questo indicatore richiede necessariamente un'organizzazione del lavoro infermieristico per turni, che supera la tradizionale fascia di apertura "in orario d'ufficio"; è altresì richiesto uno stretto raccordo informativo e gestionale con la medicina di continuità e con i medici specialisti distrettuali (in servizio attivo, in pronta reperibilità oppure contattabili telefonicamente durante gli orari notturni, prefestivi e festivi).

Figura 5.12 Numero assoluto e percentuale di accessi degli operatori sanitari effettuati il sabato e la domenica sul totale degli accessi per Azienda ULSS di residenza (13 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011)

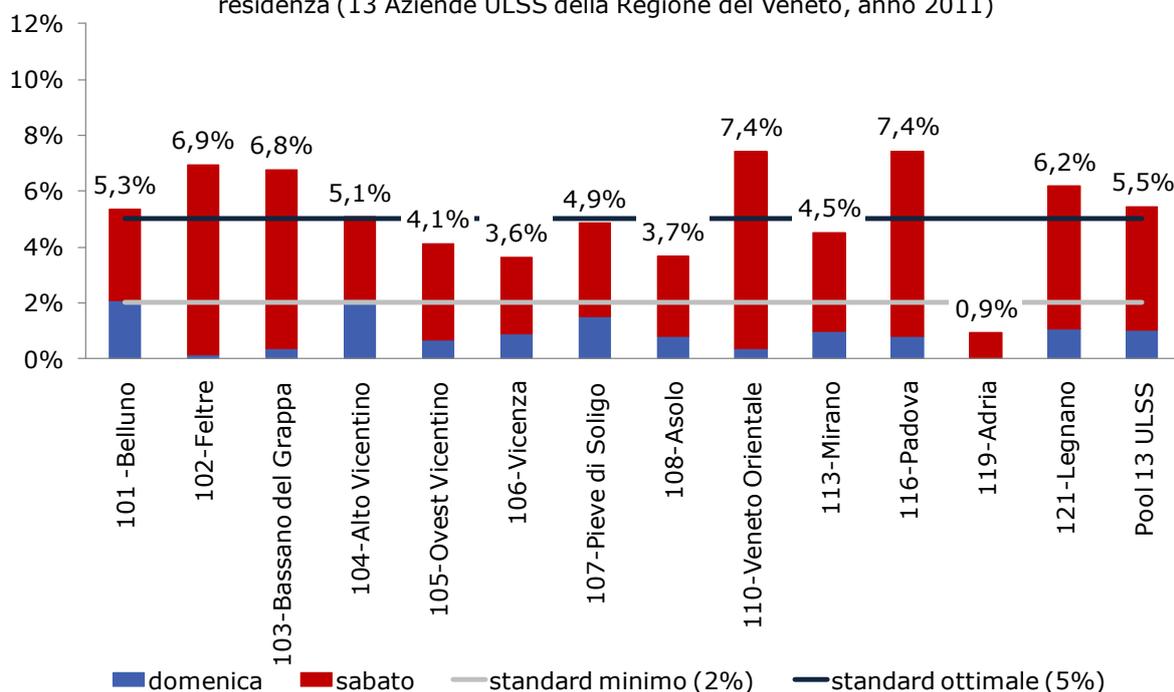


Tabella 5.5 Numero accessi di sabato e domenica per Azienda Ulss													
101	102	103	104	105	106	107	108	110	113	116	119	121	Pool 13 ULSS
5.885	2.675	2.762	4.958	1.977	3.729	3.339	4.484	7.889	4.237	16.379	346	4.683	63.343

La continuità dell'assistenza può essere esplorata anche mediante la rilevazione degli accessi domiciliari effettuati entro 2 giorni dalla dimissione nei pazienti ultra75enni dimessi a domicilio dopo ricovero ordinario, che sono ad elevato rischio di riospedalizzazione precoce. In 4 Aziende ULSS un accesso domiciliare precoce (e quindi concordato e programmato già durante il ricovero ospedaliero) viene effettuato in più del

10% dei casi. Un ulteriore indicatore di monitoraggio previsto dalla DGR 2372/2011, infine, fa riferimento alla percentuale di anziani con più di 75 anni che sono deceduti nel 2011 ed hanno ricevuto almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese della loro vita, pari in media a 9,6% , con un range che va da 3,7% a 18,7%.

Figura 5.13 Numero assoluto e percentuale di ultra75enni dimessi a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. dalla dimissione, per Azienda ULSS di residenza (17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2011)

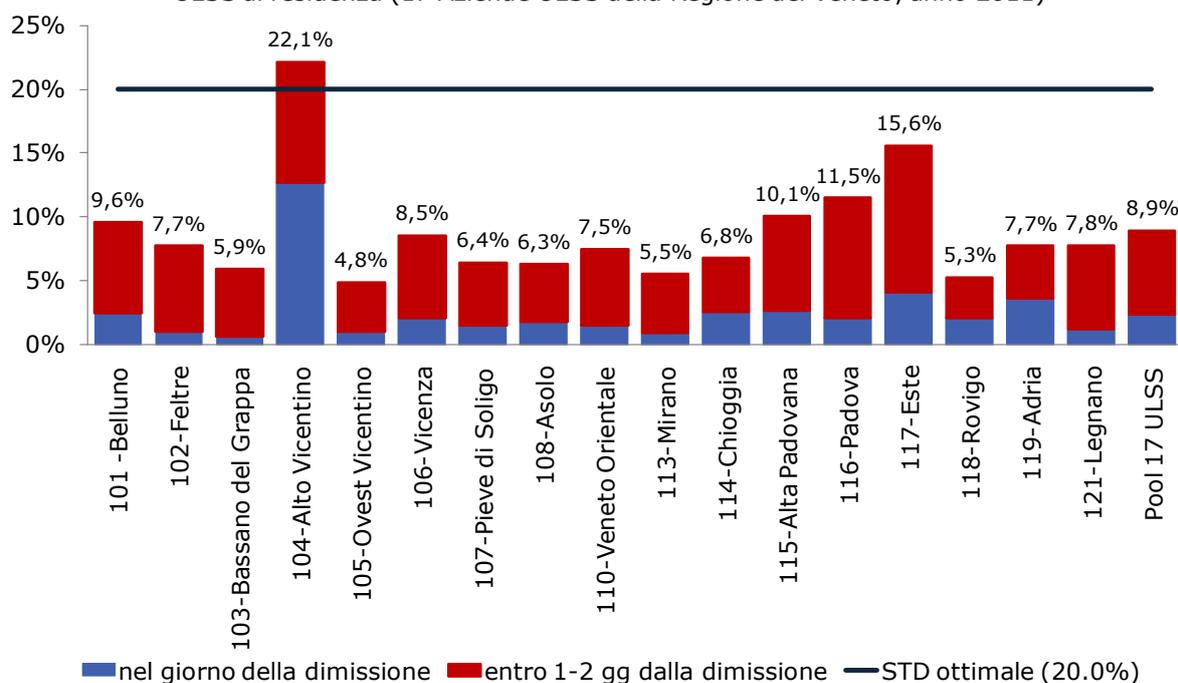


Tabella 5.6 Numero dimessi con accessi entro 2 gg.

101	102	103	104	105	106	107	108	110	113	114	115	116	117	118	119	121	Pool 17 ULSS
291	155	238	631	187	580	278	260	347	284	136	535	1.530	604	215	164	245	6.680

Le Cure Domiciliari, anche in assenza di un'indicazione normativa da parte dello Stato, si stanno imponendo nella Regione Veneto come uno standard di fatto. L'esame dell'attività di CD denota tuttavia una grande variabilità nei modelli organizzativi, nella dotazione di risorse e nella continuità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, i servizi di CD, inoltre, devono aumentare decisamente la loro capacità di documentare i problemi di salute, i processi e gli esiti di cura dei loro assistiti, migliorando la comunicazione e il passaggio di consegne tra i diversi attori delle CD e delle Cure Palliative.

Nell'attuale fase di profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale i servizi di CD della Regione Veneto, gestiti per lo più direttamente da personale dipendente delle

Aziende ULSS, possono e devono documentare la loro capacità di offrire un valore aggiunto rispetto a queste questioni aperte.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto 6 agosto 2012 del Ministro della Salute](#), recante: "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare*".

[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".

Approfondimenti

AA.VV., [Le cure domiciliari nella Regione del Veneto. Anno 2011](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzetto Sceriman, Cannaregio, 168 - 30124 Venezia
Telefono: 041 2793404 - Fax: 041 2793430
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

5.4 Cure Palliative

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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;
- garantire le cure palliative anche ai malati non oncologici.

Quadro di sintesi

I pazienti presi in carico dai Nuclei di Cure Palliative sono in forte aumento e sono stati circa 7.100 nel 2011; di questi più dell'80% è morto nel corso del 2011. Circa uno su quattro dei pazienti in Cure palliative oncologiche muore in ospedale mentre, se si fa riferimento a tutti i deceduti per cancro, sono ben due su tre i malati che muoiono in una corsia d'ospedale. In Veneto la copertura dei Nuclei di Cure Palliative raggiunge lo standard normativo del 45%, mostrando ancora però importanti differenze a livello territoriale.

In media una persona che muore di cancro trascorre in ospedale 10 giornate nel corso del suo ultimo mese di vita. Numerose esperienze gestionali di successo condotte sia in ULSS periferiche che nei capoluoghi documentano che è possibile riorientare e riqualificare i servizi sanitari offerti nel fine vita.

Le fonti informative che descrivono l'attività di Cure Palliative (CP) si basano principalmente su dati raccolti in maniera aggregata a livello delle Aziende Sanitarie e quindi inviati in Regione e di qui al Ministero; questi dati anche possono essere fortemente influenzati da diverse modalità di interpretazione e compilazione dei moduli di raccolta dati (es. Modello Ministeriale FLS 21).

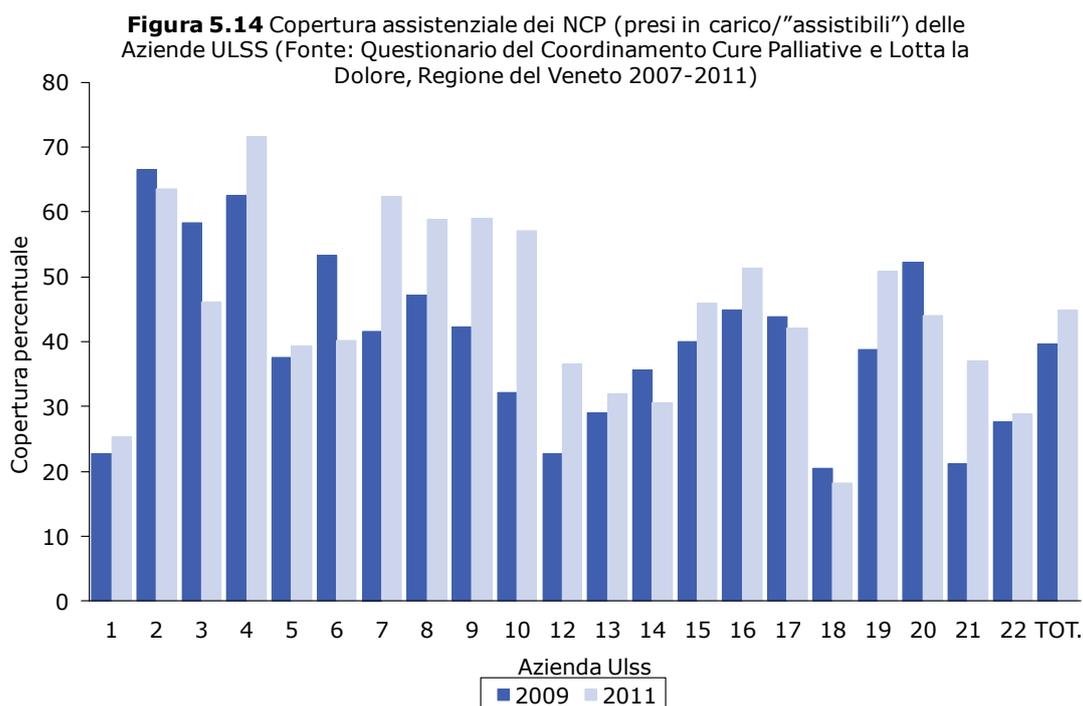
I risultati del Questionario annuale proposto dal Coordinamento per le CP e la Lotta contro il Dolore della Regione del Veneto mostrano un trend in forte crescita rispetto al numero ed al tasso per 100.000 abitanti di pazienti oncologici presi in carico dai Nuclei di Cure Palliative (NCP); i corrispondenti dati per i malati non oncologici presentano dei problemi di qualità e sono quindi di difficile interpretazione.

Tabella 5.7 Numero assoluto, tasso per 100.000 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 2007-2011.				
Anno	Presi in carico da NCP		In carico a NCP e deceduti nell'anno	
	N	tasso * 100.000 ab.	N	tasso * 100.000 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	14,5	5.832	11,9

Nel 2011 si registra, rispetto alla precedente rilevazione, un aumento del 22% del tasso di pazienti oncologici presi in carico dai NCP ed un aumento del 32% del tasso di pazienti oncologici assistiti nel fine vita. Il luogo di decesso dei pazienti oncologici presi in carico dai NCP è l'ospedale nel 25% (30% nel 2007), il domicilio nel 44% (35% nel 2007) e l'hospice nel 28% dei casi (22% nel 2007).

Il Decreto Ministeriale 43/2007 "Definizione degli standard relativi al trattamento dei malati oncologici in Cure Palliative" prevede precisi livelli di copertura per la presa in carico in CP, considerando convenzionalmente come "assistibili" i due terzi dei pazienti che muoiono per cancro. In presenza di un hospice la copertura dovrebbe raggiungere il 65% degli assistibili, mentre in assenza di questo supporto organizzativo è considerata accettabile una copertura del 45%. La figura successiva mostra che i livelli di copertura 2011 sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione, raggiungendo complessivamente il 45% a livello regionale.

La copertura assistenziale si può considerare buona nelle Aziende ULSS 2, 4, 7, 8, 9, 10, 16 e 17.



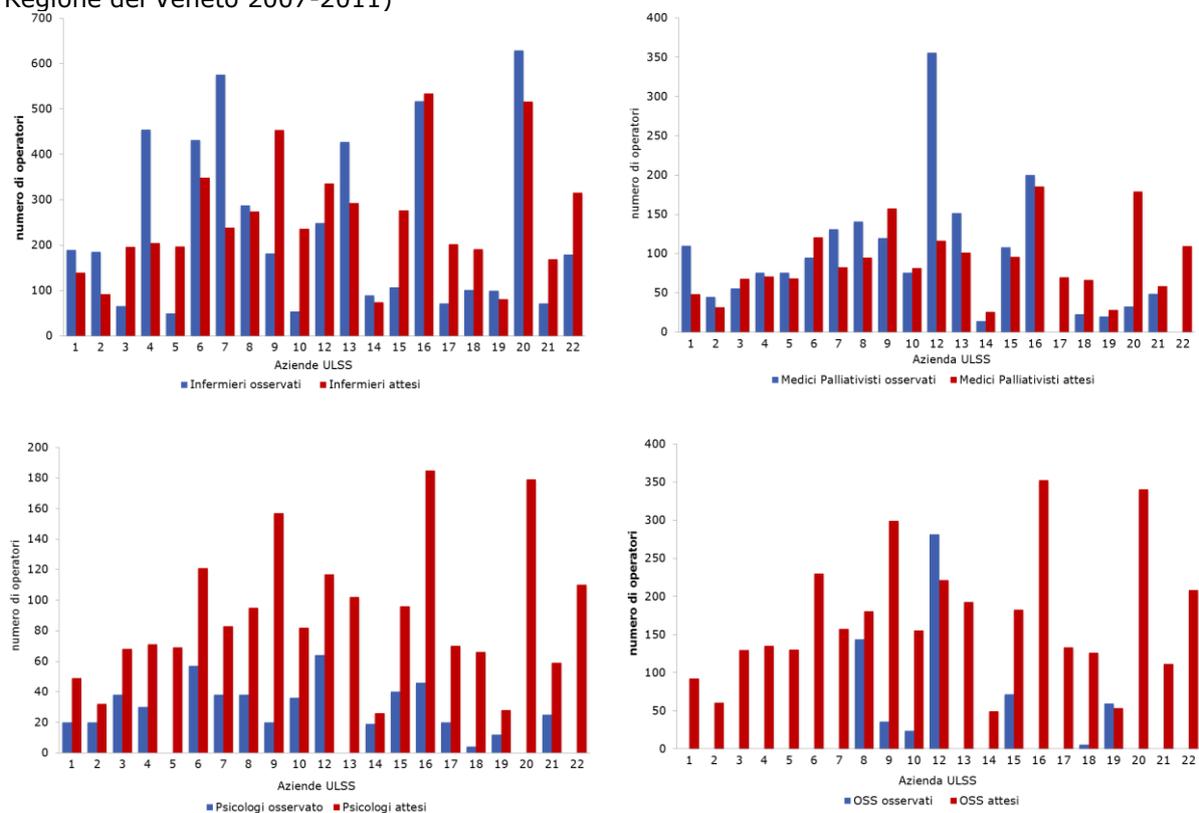
A seguito dell'adozione della LR 7/2009 "Disposizioni per garantire Cure Palliative ai malati in stato di in guaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore" si è anche verificato un incremento di circa un terzo della dotazione di organico dei NCP. La copertura risulta sostanzialmente raggiunta per le figure del Palliativista e dell'Infermiere, mentre è ancora carente quella relativa allo psicologo e all'Operatore Socio-Sanitario (vedi tabella e figura successive).

A fianco della dotazione organica, i programmatori e gli operatori dei servizi pongono un'attenzione sempre maggiore agli aspetti funzionali. Attualmente 8 Aziende sono in grado di assicurare una continuità assistenziale sulle 24 ore per 7 giorni la settimana (comprensivo di orario di servizio, pronta disponibilità infermieristica e pronta disponibilità/reperibilità del medico specialista), garantita da un'equipe coordinata attraverso una Centrale Operativa. L'attivazione dell'hospice risulta già operativa in 15 Aziende ULSS (con gestione diretta da parte del NCP in 10 casi), mentre l'attività ambulatoriale è operativa in 12 ULSS.

Tabella 5.8 Dotazione di organico dei NCP delle Aziende ULSS. Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta al Dolore, Regione del Veneto 2007-2011.

	Infermiere	Palliativista	OSS	Psicologo
2007	76	15	16	0,0
2008	101	25	25	9,0
2009	85	35	10	8,0
2011	139	50	17	14,0

Figura 5.15 Dotazione di organico dei NCP delle Aziende ULSS osservata e attesa sulla base degli standard della LR 7/2009 (Fonte: Questionario del Coordinamento Cure Palliative e Lotta la Dolore, Regione del Veneto 2007-2011)

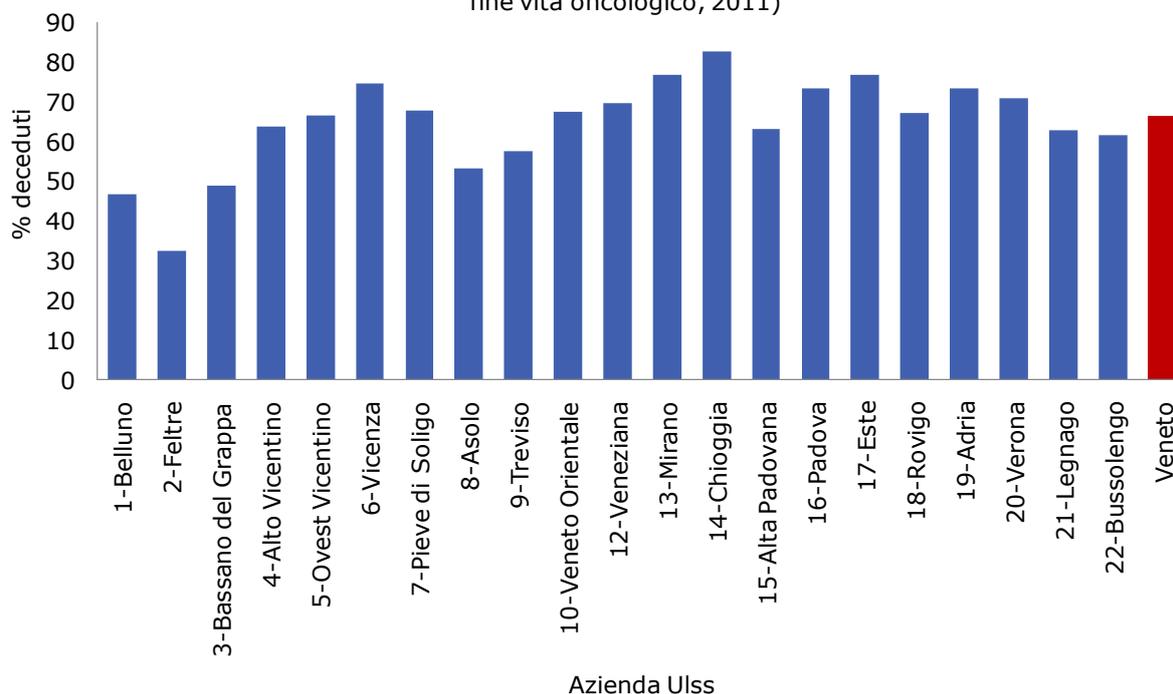


199

Oltre ai dati del Questionario annuale proposto dal Coordinamento per le Cure Palliative e la Lotta contro il Dolore della Regione del Veneto, ulteriori elementi informativi possono essere acquisiti dal flusso informativo nominativo sulle Schede di Morte, attualmente aggiornato al 2010. Se si considerano tutte le persone che muoiono per cancro (comprese quindi anche quelle che per motivi clinici od organizzativi non sono state prese in carico dai NCP) il luogo di decesso è l'Ospedale nel 66%, il domicilio nel 22% ed una struttura residenziale nel 5% dei casi e quindi con un pattern completamente diverso rispetto a quello osservato nei pazienti in Cure Palliative.

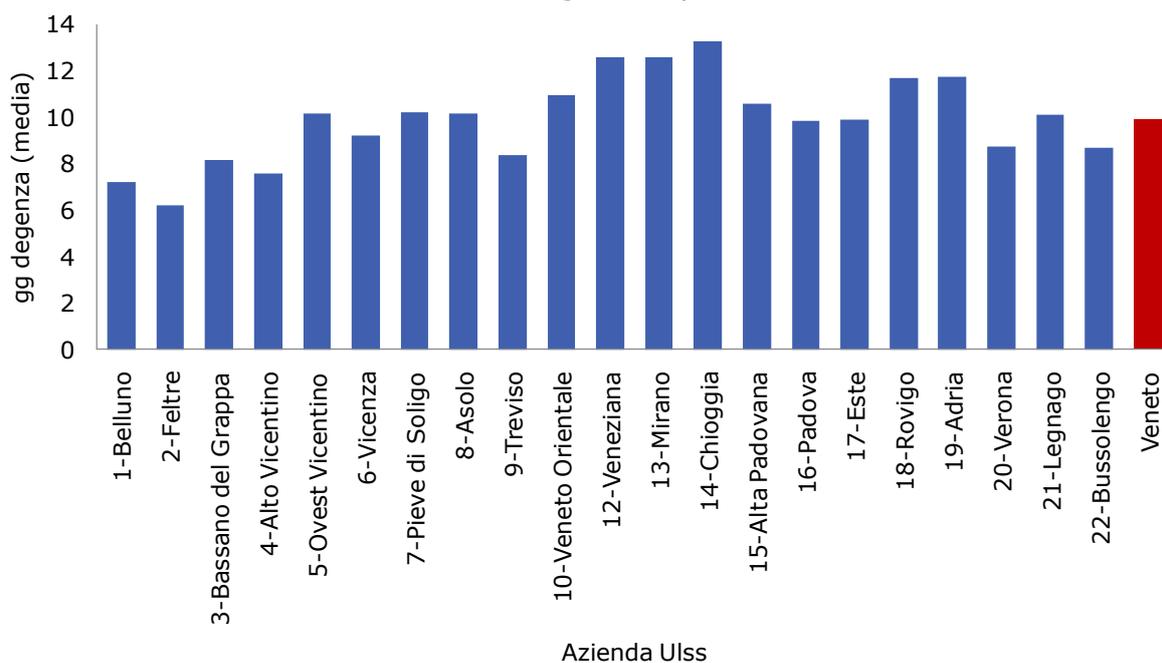
Il range della percentuale di decesso in ospedale tra i deceduti per cancro è molto ampio tra le diverse Aziende (35-80%). Tra i fattori che influenzano il decesso in ospedale – oltre alle preferenze del malato e della famiglia – vanno segnalati quelli demografici (muoiono di più in corsia di reparto i pazienti più giovani e le persone sposate) e quelli legati all'offerta (muoiono di meno in ospedale le persone che abitano in un Comune che non è sede Ospedaliera e quelle che hanno ricevuto delle Cure Domiciliari nella fase finale della loro vita, con un gradiente di intensità decrescente per i pazienti che hanno ricevuto un maggior numero di accessi domiciliari).

Figura 5.16 Percentuale di deceduti in ospedale sul totale dei deceduti per neoplasia per ULSS di residenza. (Fonte: Report SER Assistenza Ospedaliera nel fine vita oncologico, 2011)



Focalizzando l'attenzione sulle ospedalizzazioni mediche ordinarie, si può valutare che ogni persona che muore di cancro trascorra mediamente in ospedale 10 giorni nell'ultimo mese di vita.

Figura 5.17 Giornate di ricovero medico ordinario nei 30 giorni precedenti il decesso per cancro (Fonte: Report SER Assistenza Ospedaliera nel fine vita oncologico, 2011)



Anche in questo caso il range interaziendale è molto ampio (da 6,5 a 13 giorni di ricovero nell'ultimo mese di vita). Si può stimare che le giornate di ricovero medico ordinario effettuate nell'ultimo mese di vita rappresentino l'equivalente di circa 400 posti letto per acuti occupati in maniera continuativa. La realizzazione all'interno del territorio della Regione di diverse esperienze gestionali di successo - condotte e consolidate sia in ULSS periferiche che in ULSS capoluogo - documentano la fattibilità di un'azione di riorientamento e riqualificazione dei servizi sanitari offerti nel fine vita oncologico.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Decreto 6 giugno 2012 del Ministro della Salute](#) recante: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice".

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 2011, Roma: Pubblicazione a cura del Ministero della Salute, 31 dicembre 2011.

AA.VV., [Le cure domiciliari nella Regione del Veneto. Anno 2011](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

AA.VV., [L'assistenza ospedaliera nel fine vita oncologico nella Regione del Veneto](#), Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, novembre 2012.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzetto Sceriman, Cannaregio, 168 - 30124 Venezia
Telefono: 041 2793404 - Fax: 041 2793430
e-mail: cureprimarie@regione.veneto.it

5.5 L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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

L'accento posto alla filiera dell'assistenza territoriale nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 comporta la necessità di rivedere la programmazione regionale in materia di servizi extraospedalieri di residenzialità e semiresidenzialità per persone anziane non autosufficienti e disabili. Di questa rete, che da decenni rappresenta un modello di integrazione socio-sanitaria, sarà necessario nei prossimi anni cogliere sempre più la valenza di supporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio.

Per questo motivo la sua riprogrammazione non potrà prescindere dalla conoscenza del bisogno assistenziale dei suoi utenti e della qualità della risposta assistenziale che vi è erogata, non solo dal punto di vista sociale, ma sempre più per quello socio-sanitario e sanitario. I dati di tendenza dimostrano che gli utenti che accedono a quelle che non sono più "case di riposo" (e agli stessi centri diurni) sono portatori di bisogni assistenziali sempre più elevati, e che sarà invece il sistema della domiciliarità a doversi fare carico dei bisogni meno complessi.

Anche per gli utenti con disabilità, inoltre, la valutazione del bisogno si appresta a diventare frutto di un'attività multidimensionale in grado di raccogliere e rispondere alle necessità sanitarie oltre che a quelle sociali.

La sostenibilità del sistema sarà possibile se la programmazione potrà basarsi sulla lettura del bisogno di oggi con nuove chiavi di lettura e con il potenziamento dell'utilizzo degli strumenti informatici.

L'assistenza residenziale per le persone anziane non autosufficienti

L'attuale programmazione socio-sanitaria in materia di residenzialità per le persone non autosufficienti fa riferimento alle Deliberazioni della Giunta regionale 751/2000 e 464/2006. Si tratta di due capisaldi che hanno completato il disegno delle cure extraospedaliere alla luce dell'ultima riforma del sistema sanitario nazionale. In Veneto

l'evoluzione che ha teso a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase dell'acuzie e del trattamento delle fasi immediatamente successive, per quanto riguarda le persone anziane in condizione di non autosufficienza ha trovato nei servizi residenziali una risposta per i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata. La rete delle "case di riposo" si è configurata nel giro di due decenni in una rete di "centri di servizio" che offrono assistenza sanitaria, medica, infermieristica e riabilitativa, coniugata - o meglio "integrata" - con l'assistenza sociale.

Il PSSR 2012-2016 ha confermato questa linea di sviluppo, affermando che questa rete "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".

Il Piano, a fronte degli attuali trend demografici (con incremento notevole dell'aspettativa di vita - gli over 65 incidono oggi per quasi il 20% della popolazione, nel 2021 saranno il 22,5% e nel 2031 il 26,5% - ma anche delle malattie croniche e delle situazioni di invalidità) afferma che "il patrimonio rappresentato dai Centri di Servizio va preservato ed adattato alle nuove necessità, nel rispetto di standard strutturali, organizzativi e professionali". A tale proposito - si afferma sempre nel Piano - "la residenzialità sarà oggetto di un atto di programmazione regionale al quale si dovranno adeguare i Piani di Zona al fine di rendere equo l'accesso ai servizi su tutto il territorio regionale".

Su quale indicatori potrà basarsi questa programmazione? Sino ad oggi la programmazione della residenzialità extraospedaliera ha fatto riferimento ad un dataset "storico" che si è basato sui seguenti valori:

- 1) L'indice di fabbisogno, che è un parametro teorico determinato in funzione delle classi di età delle popolazione e delle caratteristiche geografiche (montagna o insularità) di ciascun territorio, definito con lo scopo di determinare il numero di posti autorizzabili e di impegnative di residenzialità assegnabili.
- 2) Il numero di posti letto autorizzati ed in esercizio.
- 3) Il numero di impegnative di residenzialità assegnate al territorio.
- 4) Il finanziamento erogato alle Aziende ULSS.

L'elaborazione di alcuni di tali indici e valori, restituisce per ciascuna ULSS l'indicazione se si tratti di un territorio sopra o sotto parametro, come evidenziato dalla tabella sottostante.

Tabella 5.9 Indicatori relativi alla residenzialità extra ospedaliera per persone anziane non autosufficienti, dati per Ulss

Ulss	Indice di fabbisogno (CR 37/2013)	Impegnative di residenzialità IDR di 1 e 2 livello	Rapporto IDR/ fabbisogno	Posti esistenti	Rapporto impegnative /posti	Religiosi	CD	SAPA	SVP	Totale utenti	Finanziamento 2012
1	1.034	900	87%	939	96%	-	49	10	-	959	16.538.850
2	687	671	98%	871	77%	35	24	10	-	740	14.197.974
3	934	926	99%	1.401	66%	200	34	8	8	1.176	21.231.902
4	1.070	979	92%	1.183	83%	31	35	10	6	1.061	18.977.015
5	902	753	84%	1.576	48%	-	26	10	6	795	14.680.009
6	1.672	1.748	105%	1.934	90%	115	98	-	7	1.968	35.403.266
7	1.285	1.169	91%	1.326	88%	67	110	10	10	1.366	23.278.574
8	1.212	1.127	93%	1.361	83%	12	44	5	12	1.200	22.191.371
9	2.180	1.863	85%	2.374	78%	41	108	15	12	2.039	35.912.012
10	1.215	767	63%	767	100%	-	10	10	10	797	13.693.647
12	2.319	2.083	90%	2.088	100%	-	98	7	12	2.200	38.474.558
13	1.356	861	63%	784	110%	25	63	-	4	953	15.236.414
14	392	295	75%	246	120%	23	65	-	-	383	5.515.631
15	1.206	905	75%	982	92%	35	46	20	16	1.022	17.724.401
16	2.805	2.302	82%	2.574	89%	55	162	-	30	2.549	42.268.578
17	1.074	835	78%	839	100%	-	45	10	-	890	15.089.940
18	1.128	1.020	90%	1.177	87%	-	-	10	4	1.034	18.886.001
19	491	419	85%	480	87%	-	-	-	4	423	7.754.577
20	2.763	2.401	87%	2.464	97%	45	80	-	11	2.537	44.079.244
21	872	777	89%	1.064	73%	-	8	10	-	795	14.549.394
22	1.397	1.145	82%	1.362	84%	192	106	-	12	1.455	24.756.569
Totale	27.993	23.946	0,86	27.792	0,86	876	1.211	145	164	26.342	460.439.927

Diversi sono i risultati qualora, poi, si metta a rapporto il numero di impegnative attribuite a ciascuna ULSS con il rispettivo indice di fabbisogno o con il numero di posti in esercizio, nonché il finanziamento con il numero di impegnative assegnate.

Tale analisi, relativa all'anno 2009, è stata compiuta con dovizia di particolari nel Libro Bianco di ARSS (2011). Il "livellamento" verso il parametro regionale (inteso come rapporto tra impegnative/fabbisogno) è disciplinato dalla DGR 464/2006, che prevede che nuove impegnative potranno essere assegnate alle ULSS cosiddette "sottoparametro".

L'equità di accesso ai servizi, intesa come distribuzione dell'offerta nel territorio, rimane comunque in funzione dell'offerta storica di posti letto che è si è consolidata nel tempo.

Al contempo la DGR 190/2011 dispone che possano essere autorizzati all'esercizio nuovi posti fino al nuovo tetto definito in base alla formula: indice di fabbisogno + 25%. A regime potranno perciò essere autorizzati fino a circa 35.000 posti, cifra da porre inevitabilmente in rapporto alle attuali 23.946 impegnative di 1° e 2° livello complessivamente assegnate alle ULSS venete.

Ma il supporto dei centri di servizio per anziani non autosufficienti anche in rapporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio, come richiesto dal Piano, necessita di un approfondimento anche mediante l'utilizzo di indicatori che misurino il contenuto assistenziale delle prestazioni nonché il loro esito. Oltre a posti e finanziamento, infatti, oggi conosciamo poco del contenuto assistenziale erogato all'interno dei centri di servizio.

A tale proposito nel 2012 un gruppo di lavoro regionale ha elaborato alcuni indicatori, sui dati 2011, utilizzando gli esiti della ricerca condotta da Synergia per conto della Regione del Veneto nel 2006, con la quale fu misurato il carico assistenziale per le attività dirette su un campione di circa 8.800 utenti dei centri di servizio residenziali. I dati della ricerca sono pubblicati da Franco Angeli (si veda nelle indicazioni relative agli approfondimenti).

Una prima evidenza è stata che l'ordinamento dei profili SVaMA non corrisponde a quello dei carichi di cura. Il gradiente del carico di cura, inoltre, presenta dei 'salti' rappresentati dalle colonne colorate, che corrispondono a 6 gruppi.

Tabella 5.10 Residenzialità extra ospedaliera: profili SVaMA e indicatori di carico assistenziale per le attività dirette.

Profilo	% utenti	minuti totali medi settimanali	carico di cura	percentuale di utenti per gruppo
	A	B	D	
01 – Lucido, autonomo	2,51	230,34	16,78	6,82
06 – Confuso, deambulante, autonomo	2,56	397,83	28,99	
02 – Lucido, in parte dipendente	1,75	461,07	33,59	
03 – Lucido, deambula assistito	6,07	530,73	38,67	16,14
04 – Lucido, non deambulante ma autonomo	0,12	530,73	38,67	
07 – Confuso, deambulante,	7,19	587,85	42,83	
16 – Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2,76	598,39	43,60	
08 – Confuso, deambula assistito	14,89	849,49	61,89	25,12
09 – Confuso allettato	10,23	902,28	65,74	
05 – Lucido, gravemente dipendente	8,74	979,43	71,36	13,24
17 – Problemi comportamentali, dipendente	1,29	987,21	71,93	
12 – Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	0,68	997,47	72,67	
13 – Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	0,25	997,47	72,67	
14 – Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2,28	997,47	72,67	
11a – Confuso, stuporoso, totalmente dipendente	16,92	1.122,18	81,76	27,03
11b – Confuso, stuporoso, totalmente dipendente, con intermedia necessità di cure sanitarie	10,11	1.210,84	88,22	
15 – Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure	11,65	1.372,52	100,00	11,65
TOTALE	100,00			100,00%

La percentuale di utenti misurata nel 2007 per ciascun profilo SVaMA è stata confrontata con la percentuale misurata nel 2011 (dati ricavati dall'applicativo regionale per la gestione delle impegnative di residenzialità). I valori sono riportati nella seguente tabella, nella quale è evidente che sono aumentati i profili che sono associati alle varie fasi della malattia di Alzheimer:

- Profili 16 e 17 con disturbi del comportamento (fase iniziale).
- Profili 11, grave decadimento cognitivo con grave decadimento funzionale (fase intermedia/avanzata).

Sembrano ridotti i profili 15, ma verso di loro viene fatta una selezione negativa all'accesso a causa dell'elevato carico assistenziale.

Non emergono i profili con elevato carico medico e specialistico perché la SVaMA è carente in questa dimensione e perché molti di questi pazienti restano in ospedale se non vanno a domicilio.

Tabella 5.11 Residenzialità extra ospedaliera: utenti per profilo SVaMA. Confronto 2007-2011				
profilo	% utenti 2007	% utenti 2011	Diff. 2007- 2011	Diff. 2007- 2011%
01 – Lucido, autonomo	2,51	1,16	-1,35	-53,78
02 – Lucido, in parte dipendente	1,75	1,20	-0,55	-31,41
03 – Lucido, deambula assistito	6,07	3,78	-2,29	-37,75
04 – Lucido, non deambulante ma autonomo	0,12	0,04	-0,08	-64,92
05 – Lucido, gravemente dipendente	8,74	8,47	-0,27	-3,12
06 – Confuso, deambulante, autonomo	2,56	2,52	-0,04	-1,37
07 – Confuso, deambulante,	7,19	5,99	-1,20	-16,70
08 – Confuso, deambula assistito	14,89	12,07	-2,82	-18,94
09 – Confuso allettato	10,23	7,89	-2,34	-22,87
11 – Confuso, stuporoso, totalmente dipendente	27,03	30,07	3,04	11,23
12 – Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	0,68	0,27	-0,41	-59,74
13 – Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie	0,25	0,14	-0,11	-44,25
14 – Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	2,28	1,37	-0,91	-39,74
15 – Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure	11,65	7,11	-4,54	-38,94
16 – Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	2,76	5,88	3,12	113,18
17 – Problemi comportamentali, dipendente	1,29	5,21	3,92	303,92
TOTALE	100,00	93,18	-6,82	
Profilo Svama 0 (rilevato per errore)		6,75		

Una possibile conseguenza di questa analisi potrà essere rivolta alla differenziazione delle quote, per la quale saranno utili ulteriori approfondimenti attraverso una più capillare raccolta di informazioni.

A tale proposito è in corso un progetto della Giunta regionale per la riorganizzazione degli strumenti informatici di raccolta dei flussi dei dati dai centri di servizio per persone non autosufficienti – peraltro anch'esso previsto dal Piano – con la quale sono richieste, a partire dal 2013, anche informazioni di tipo sanitario presenti nella SVaMA degli ospiti dei centri di servizio (patologie, trattamenti specialistici...) nonché sull'accadimento durante l'assistenza di eventi quali cadute, infezioni, contenzione, uso di catetere...

Il Libro Bianco di ARSS ha anche, per la prima volta, misurato a livello regionale il costo delle prestazioni sanitarie erogate in convenzione nei centri di servizio, mediamente pari, nel 2009, a circa 6,05 € pro capite pro die. Tale misurazione verrà condotta sistematicamente, a partire dal 2013.

Sempre con riferimento al 2011, dall'applicativo regionale per le impegnative di residenzialità sono state misurate per ciascun livello assistenziale – impegnative di residenzialità di minimo/ridotto (1°) e di medio (2°) livello assistenziale, stati vegetativi permanenti (SVA), sezioni di alta protezione per Alzheimer (SAPA), accoglienza temporanea e "altre strutture" – le percentuali degli utenti per ciascun profilo SVaMA, in rapporto con il livello assistenziale (anch'esso classificato in minimo/ridotto o medio) per il quale è stata autorizzata/accreditata la struttura presso cui sono inseriti.

I profili SVaMA sono stati poi raggruppati in due gruppi per intensità: minima/ridotta e media.

I gruppi sono stati costruiti utilizzando entrambi i seguenti criteri:

- 1) il primo come definito dalla **programmazione regionale** aggrega per intensità minima/ridotta i profili SVaMA da 2 a 13, e per intensità media i profili da 14 a 17;
- 2) il secondo gruppo si basa invece sulla distribuzione del **carico assistenziale** e aggrega per intensità minima i profili da 1 a 9 con il profilo 16, e per intensità media i profili da 11 a 17, escluso il 16.

I grafici che riportiamo illustrano che cosa accade nelle strutture accreditate per 1° e 2° livello. Le prime ospitano circa un 10% di utenti di 2° livello assistenziale come definiti dalla programmazione, che diventano circa il 40% se si considera il loro carico assistenziale. Le strutture di medio livello, invece, accolgono circa un quarto di utenti con profilo assistenziale SVaMA di livello minimo/ridotto.

Figura 5.17 Distribuzione degli utenti per livello assistenziale nelle strutture di livello minimo/ridotto

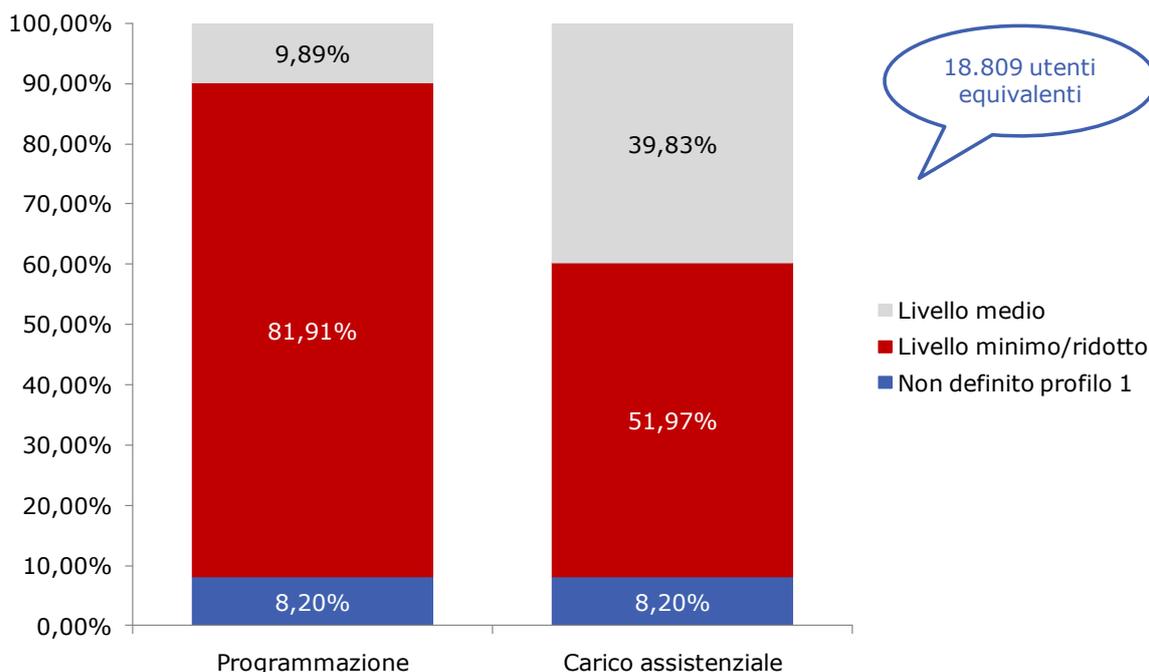
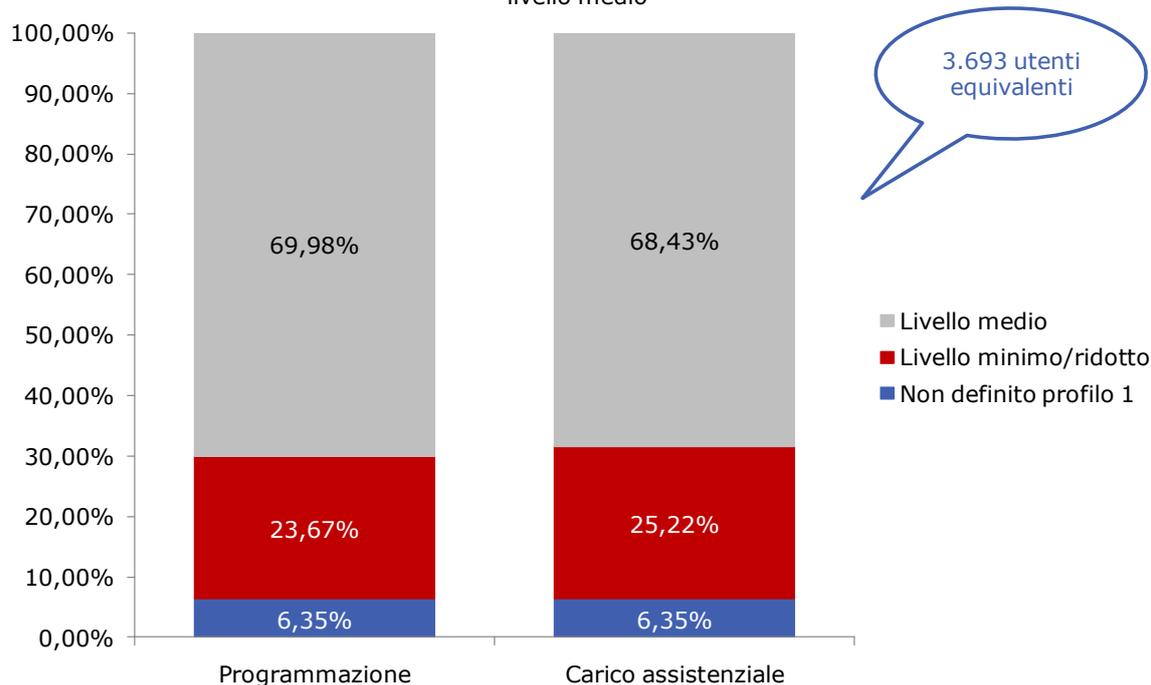


Figura 5.18 Distribuzione degli utenti per livello assistenziale nelle strutture di livello medio

Con riferimento al Piano, questa analisi conferma "la scelta strategica di rimodulare le unità di offerta, sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare progressivamente gli standard previsti dalla LR 22/2002 (DGR 84/2007) alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema". "Si sottolinea a questo proposito - afferma ancora il Piano - come l'accreditamento debba rappresentare un percorso a carattere dinamico, che preveda valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia rispetto alla loro effettiva necessità a fronte del mutare dei fabbisogni e della domanda di interventi sociali e socio-sanitari".

In altri termini i dati presentati, nella loro sinteticità, dimostrano che i centri di servizio sono chiamati a rispondere con flessibilità a standard rivolti a persone il cui bisogno assistenziale richiede un carico di servizio ancor più elevato di quanto previsto dalla programmazione definita agli inizi dell'ultimo decennio.

L'assistenza semiresidenziale per le persone anziane non autosufficienti

La rete dei Centri diurni per persone anziane non autosufficienti costituisce un raccordo tra quella dei servizi residenziali e l'insieme dei servizi per la domiciliarità a supporto della famiglia. Il fabbisogno delle Aziende ULSS per i Centri Diurni è determinato in misura del 10% del fabbisogno dei posti di residenzialità, come illustrato in tabella.

In analogia con le considerazioni in materia di residenzialità, riportiamo una breve elaborazione relativa ai dati degli utenti dei Centri diurni per persone anziane rilevati nel

2012, con la quale è stata misurata la frequenza dei profili SVaMA negli utenti dei centri di servizio (fonte dati: applicativo regionale per la gestione delle impegnative di residenzialità, anno 2012). Oltre il 97% corrisponde a profili di minimo/ridotto livello assistenziale¹.

Tabella 5.12 Distribuzione utenti dei centri diurni per persone anziane non autosufficienti per profilo SVaMA		
Profilo SVAMA	Numero di utenti (teste)	Livello (secondo programmazione)
0 (non rilevato)	29	Minimo/ridotto
1 (non esistente)	30	Minimo/ridotto
2	66	Minimo/ridotto
3	145	Minimo/ridotto
5	86	Minimo/ridotto
6	302	Minimo/ridotto
7	365	Minimo/ridotto
8	317	Minimo/ridotto
9	94	Minimo/ridotto
10 (profilo inesistente, errore)	2	
11	86	Minimo/ridotto
12	2	Minimo/ridotto
13	3	Medio
15	5	Medio
16	158	Minimo/ridotto
17	34	Medio
Totale	1.724	

Il dato che fa maggiormente riflettere, inoltre, è che dei 1.724 utenti, 268 sono stati classificati nell'applicativo "paziente con Alzheimer", indipendentemente dalla corrispondenza della patologia con il profilo SVaMA. Al di là della qualità del dato (che lo strumento informatico sopra citato, in corso di predisposizione, andrà a perfezionare) si rileva l'importanza del Centro Diurno anche come servizio di accoglienza per persone con Alzheimer o altre demenze che, nella futura programmazione, dovrà essere definito con un'analisi più approfondita del bisogno assistenziale di questa tipologia di utenza.

L'assistenza residenziale per le persone disabili

Diversamente dalla residenzialità per le persone anziane, la programmazione della residenzialità per disabili non determina a priori il numero delle impegnative di residenzialità. Nell'attuale sistema viene solo definito il numero di posti autorizzabili/accreditabili in base al fabbisogno, mentre il finanziamento regionale si basa

¹ Si precisa che non tutte le Aziende ULSS hanno caricato nell'applicativo i dati relativi all'utenza dei Centri Diurni per anziani non autosufficienti.

sui posti effettivamente operanti. La DGR 4589/2006 – in attuazione dell’articolo 27 della Legge regionale 9/2005 che ha stabilito che la quota di rilievo sanitario regionale deve essere erogata in funzione del bisogno personale di assistenza – afferma infatti che “l’accesso ai servizi residenziali avviene a seguito della valutazione effettuata dalla UVMD del Distretto di residenza della persona con disabilità. L’UVMD (...) approva il progetto individuale, in relazione al quale viene individuata la tipologia di struttura meglio rispondente ai bisogni della persona con disabilità e definito il livello della quota di rilievo sanitario assegnata alla impegnativa di residenzialità”. Il numero di utenti equivalenti dei servizi residenziali per persone disabili (calcolati suddividendo le giornate di presenza complessive, per ULSS e per livello assistenziale, al 31 dicembre 2012), è definito dalla seguente tabella elaborata sui dati raccolti dall’Osservatorio regionale politiche sociali.

Tabella 5.13 Utenti equivalenti dei servizi residenziali per persone disabili per Azienda ULSS (situazione al 31/12/2011)										
ULSS	1liv	2liv	3liv	Alta intensità	Usciti da GRIS alta intensità	Usciti da GRIS media intensità	Casa Breda Padova	Totale	Popolazione al 31/12/2011	Copertura (per 1000 abitanti)
1	36,9	18,8	17,2	1,0				73,9	127.250	0,58
2	4,6	8,9	3,9	-				17,4	84.782	0,21
3	148,6	13,3	4,2	-		1,0		166,1	181.069	0,92
4	45,2	-	32,1	37,2				114,5	189.088	0,61
5	28,7	-	34,4	0,6				63,7	182.102	0,35
6	69,5	81,4	7,9	-				158,8	321.559	0,49
7	46,0	23,6	36,5					106,1	219.416	0,48
8	56,4	10,3	34,6		4,0	12,0		101,3	253.095	0,40
9	153,6	65,7	37,2	80,3				336,8	419.246	0,80
10	15,6	17,8	15,4			1,0		48,8	217.919	0,22
12	49,7	70,3	45,8		1,0			165,8	308.883	0,54
13	3,0	10,0	21,3					34,3	270.744	0,13
14	5,6	5,9	-					11,5	68.682	0,17
15	39,7	-	18,5	2,5		1,0		60,7	256.697	0,24
16	383,7	-	153,4	117,3		1,0	25,0	654,4	494.034	1,32
17	15,2	7,2	31,4		2,0	2,0		53,8	185.765	0,29
18	218,3	22,3	12,9	112,0	1,0			365,5	176.233	2,07
19	7,1	2,7	4,3	-				14,1	74.412	0,19
20	253,2	-	120,5	-	1,0			373,7	475.635	0,79
21	41,1	3,0	17,8					61,9	156.040	0,40
22	44,6	-	92,1	-				136,7	292.840	0,47
Tot.	1.666,3	361,2	741,4	350,9	9,0	18,0		3.119,8	4.955.491	0,63

La semantica della DGR 4589/2007 inverte la numerazione del livello assistenziale rispetto all'intensità delle cure prestate. Il primo livello rappresenta perciò gli utenti con un bisogno assistenziale medio, per il quale la programmazione ha definito una quota del valore di 56,00€. A scendere, al secondo livello, intermedio, viene riconosciuta una quota giornaliera di 49,00€ e al terzo, minimo/ridotto, una quota di 35,00€. Le rimanenti colonne rappresentano gli utenti ospiti delle ex Grandi strutture, che con la DGR 40/2013 sono state convertite, per i nuclei che accolgono persone con disabilità grave e bisogno assistenziale ad alta intensità, in "Centri di riferimento regionali per le gravi disabilità e disturbi del comportamento". Tra tali strutture non è più compreso il Polo delle disabilità, già IPAB Costante Gris, di Mogliano, per i cui ospiti è in corso un programma di rientro presso le ULSS di provenienza. Con la citata DGR 40/2013 è invece stato incluso tra i Centri di riferimento il Centro di servizi RSA Casa Breda di Padova, che ospita prevalentemente persone con SLA.

L'ultima colonna della tabella illustra il rapporto tra gli utenti disabili (equivalenti) e la popolazione. Il valore percentuale può essere confrontato con l'indice di fabbisogno per la disabilità che la DGR 1859/2006 ha definito in 0,7 posti/utenti per 1.000 abitanti. Il valore medio regionale è prossimo alla soglia programmata, ma è palese che alcuni territori abbiano svolto un ruolo catalizzatore rispetto ad altri, in particolare per la particolare per la presenza delle ex Grandi strutture (le quali, oltre ad ospitare utenti con alto bisogno assistenziali, devono tale nome anche al fatto di essere 'strutture di grandi dimensioni' per numero di posti)

In conformità al PSSR 2012-2016, nel corso del 2012 sono state elaborate le seguenti progettualità inerenti i servizi residenziali per la disabilità.

Primo. L'attuazione della DGR 4589/2006, per la parte di misurazione del bisogno assistenziale ha trovato evoluzione con le DGR 2575/2009 e finalmente con la DGR 2960/2012, che hanno testato e definitivamente approvato la scheda di rilevazione multidimensionale per la disabilità (SVaMDi). Il nuovo strumento, attraverso il quale è in corso la ri-valutazione di tutti gli utenti delle strutture residenziali e semiresidenziali del Veneto, ha inteso rispondere alle seguenti esigenze:

- integrare elementi di valutazione sanitaria (tra cui: scheda farmacologica, scheda infermieristica, valutazione delle piaghe), di valutazione dei disturbi comportamentali e ulteriori valutazioni del funzionamento sociale;

- riformulare l'algoritmo di calcolo relativo alle classi di assegnazione dei profili di gravità e di funzionamento, che consenta altresì di determinare per ciascun utente l'appartenenza a un livello assistenziale come previsto dalla DGR 4589/2007;
- informatizzare la gestione delle valutazioni con SVaMDi, attraverso uno strumento unico a disposizione delle Aziende ULSS.

Il nuovo algoritmo di calcolo potrà determinare una diversa ricollocazione delle persone disabili nei tre livelli assistenziali previsti. Il percorso è attualmente in fase di primo avvio e, per la fine del 2013 potranno essere raccolti i dati che consentiranno di mettere a punto l'algoritmo in funzione della sostenibilità del sistema e dell'effettiva descrizione della gravità e del funzionamento della persona con disabilità al fine di orientare il progetto individuale e la scelta dei servizi/benefici.

Secondo. Per quanto riguarda i Centri di riferimento per le gravi disabilità (ex Grandi strutture) la DGR 40/2013 ha superato la logica del finanziamento per posto letto, stabilendo che il diritto all'impegnativa ad alta intensità sanitaria viene fatto sorgere dall'appartenenza dell'utente al cluster di massima gravità del profilo di bisogno più elevato, misurato con SVaMDi. Il dato si potrà conoscere entro la fine del 2013 e servirà anche a disegnare una possibile mappa per la programmazione dei Centri di riferimento per le gravi disabilità, che mutuano, ampliandoli, gli standard organizzativi dalle RSA per disabili.

I Centri Diurni per le persone disabili

La DGR 1859/2006, contenente le linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità per l'area della disabilità (ai sensi degli articoli 26 e 27 della LR 9/2005) ascrive il Centro Diurno per persone disabili all'interno della rete dei servizi socio-sanitari per la domiciliarità, definendolo un "servizio territoriale, rivolto a persone con disabilità con diversi profili di non autosufficienza, cui fornisce interventi a carattere educativo, riabilitativo ed assistenziale". Il Centro Diurno "rappresenta una risposta consolidata nella rete dei servizi e assume una rilevanza fondamentale per garantire alle persone con disabilità risposte integrate a livello sanitario, socio-sanitario e sociale". "In tale ottica - afferma ancora la DGR 1859/2006 - è necessario superare la logica del centro occupazionale, rafforzando invece l'aspetto del servizio diurno e quindi sviluppando modalità organizzative e gestionali dei servizi in modo flessibile ed integrato, orientate sempre più ai bisogni della persona con disabilità e ai progetti individuali". Nell'arco temporale di vigenza di questa normativa quadro è emersa la necessità di formulare un assetto programmatico della funzione e della disciplina del Centro Diurno

che, anche in analogia con la programmazione della residenzialità extraospedaliera per le persone disabili, tenga in particolare conto dei seguenti fattori al fine di una migliore programmazione del servizio:

- a) definizione del contenuto assistenziale delle attività e delle prestazioni rese all'interno del Centro Diurno;
- b) classificazione delle stesse quali LEA, LEA aggiuntivi regionali e attività aggiuntive da erogare a carico degli utenti;
- c) conseguente identificazione della retta tipo e del valore regionale della quota di rilievo sanitario;
- d) modalità di determinazione della retta e della quota di rilievo sanitario per il Centro Diurno. Definizione di una retta ad hoc per gli utenti ospiti di strutture residenziali per disabili con impegnativa di residenzialità che frequentano al contempo il Centro Diurno;
- e) modalità di accesso al Centro Diurno, attraverso la valutazione con SVaMDi ed eventuale articolazione della retta e della quota di rilievo sanitario su più livelli, a seconda del bisogno assistenziale dell'utente;
- f) definizione di uno schema tipo regionale di convenzione, previsto dalla DGR 84/2007, per la regolazione del rapporto tra l'Azienda ULSS e il Centro Diurno per l'erogazione delle prestazioni sanitarie quali la presenza programmata di infermieri professionali e/o personale della riabilitazione per le esigenze dell'utenza ospitata.

In questo contesto, la ricognizione dei numeri relativi a questo servizio assistenziale restituisce una situazione di grande disomogeneità tra i territori delle ULSS venete.

Per quanto riguarda gli utenti, nel 2011 la situazione è illustrata dalla seguente tabella, che evidenzia il numero di accesso o prese in carico (che contemplano più accessi da parte del medesimo assistito), il numero di persone interessate ed il numero di utenti equivalenti. Quest'ultima misura è del tutto convenzionale.

L'equivalenza è stata ottenuta suddividendo la sommatoria del numero di ore annuo di servizio di Centro diurno complessivamente erogato per ULSS, per 7,3 che è il numero medio di ore di assistenza prestate da un CD a utenti a tempo pieno. In questo modo tutti gli utenti equivalenti vengono misurati come full time a 7,3 ore al giorno per 230,8 che è il numero medio di giornate di apertura dei CD nel Veneto.

Questa misurazione non tiene però conto degli utenti che frequentano contemporaneamente servizi residenziali e del rapporto tra utenti part-time e full-time. E' tuttavia utile per rapportare ad una medesima unità di misura tutti gli utenti regionali.

Tabella 5.14 Utenti dei centri diurni per persone disabili: numero di accessi o prese in carico, numero di persone interessate, numero di utenti equivalenti (anno 2012)				
ULSS	Preso in carico	Persone (P)	Utenti equivalenti (E)	rapporto E/P
101	149,0	149,0	118,9	80%
102	100,0	97,0	72,4	75%
103	219,0	197,0	121,7	62%
104	230,0	229,0	194,1	85%
105	297,0	293,0	236,4	81%
106	570,0	552,0	479,8	87%
107	326,0	319,0	250,1	78%
108	461,0	450,0	383,6	85%
109	555,0	547,0	421,3	77%
110	297,0	294,0	243,1	83%
112	234,0	228,0	181,4	80%
113	283,0	282,0	217,0	77%
114	77,0	77,0	62,7	81%
115	413,0	408,0	382,4	94%
116	743,0	730,0	630,4	86%
117	213,0	210,0	166,5	79%
118	168,0	163,0	135,8	83%
119	45,0	41,0	28,6	70%
120	641,0	638,0	485,8	76%
121	224,0	218,0	193,9	89%
122	393,0	390,0	294,1	75%
Da fuori regione	28,0	21,0	14,8	70%
	6666,0	6533,0	5314,8	81%

Il riparto delle risorse nel 2012, illustrato dalla tabella seguente e misurato per utente equivalente e per assistito fa emergere un dato: l'utilizzo di tali risorse è molto disomogeneo per ULSS, con un'oscillazione tra 125,8 € pro die per utente equivalente (e 77,7 € per persona) nella ULSS 3 e 46,2 € (e 36,8 €) nella ULSS 12, riferiti al riparto 2012 (sui numeri di utenti 2011). Il valore della ULSS 9 non viene preso in considerazione in quanto la ULSS 9 nel 2008 fornì alla Regione il solo dato di costo dei CD in convenzione, e pertanto i costi dei CD a gestione diretta della ULSS 9 ricadono ancora nel fondo indistinto. L'analisi, tuttavia, è parziale (e lo sarà fino al completamento della costruzione di più raffinati strumenti di rilevazione) in quanto non tiene conto dei bisogni e della tipologia assistenziale dell'utenza.

Tabella 5.15 Utenti dei Centri Diurni per disabili: Riparto risorse 2012

ULSS	riparto 2012	costo giornaliero utente equivalente	costo giornaliero per assistito
101	1.892.930	69,0	55,0
102	1.262.850	75,6	56,4
103	3.533.950	125,8	77,7
104	2.635.150	58,8	49,9
105	3.775.400	69,2	55,8
106	5.940.840	53,6	46,6
107	2.996.380	51,9	40,7
108	4.616.710	52,1	44,5
109	2.709.560	27,9	21,5
110	3.105.670	55,4	45,8
112	1.935.250	46,2	36,8
113	3.851.510	76,9	59,2
114	1.475.080	101,9	83,0
115	4.487.680	50,8	47,7
116	12.584.290	86,5	74,7
117	2.569.830	66,9	53,0
118	2.109.330	67,3	56,1
119	520.660	78,9	55,0
120	8.713.710	77,7	59,2
121	2.349.640	52,5	46,7
122	5.357.320	78,9	59,5
Totale	78.423.741	63,9	52,0

Sarà opportuno, in vista della riprogrammazione di questa tipologia di servizio, conoscere con maggiore dettaglio i fattori numerici organizzativi di questa disomogeneità e di avviare un percorso per definire i livelli base delle prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, e da qui una possibile retta base e una quota di rilievo sanitario regionale, eventualmente divisa per profili di gravità in funzione della SVaMDi, e parametrata a ore di fruizione del CD e co-presenza di impegnativa di residenzialità.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

I provvedimenti sono numerosi e articolati. Alcuni sono stati citati nel testo. Si rinvia perciò all'[area dedicata a tali tematiche](#) all'interno del portale Internet della Regione del Veneto.

Approfondimenti

Gregori E., Viganò G. (a cura di), *Strumenti di Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile. Analisi empiriche sul sistema S.Va.M.A. della Regione Veneto*, Milano: Franco Angeli, 2008.

AA.VV., *Rapporto Statistico 2011. Il Veneto si racconta, il Veneto si confronta*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Sistema Statistico Regionale, 2011. La pubblicazione è disponibile anche on line nel [sito internet della Direzione Sistema Statistico regionale](#).

AA.VV., *Rapporto Statistico 2010. Il Veneto si racconta, il Veneto si confronta*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Sistema Statistico Regionale, 2010. La pubblicazione è disponibile anche on line nel [sito internet della Direzione Sistema Statistico regionale](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità complessa Assistenza ospedaliera pubblica e privata
Sede: Palazzo Molin -San Polo 2514, 30125 Venezia
Telefono: 041 2791501 Fax: 041 2791683
e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

6. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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. Tra le varie attività e in linea con il PSSR 2012-2016, la Regione del Veneto ha promosso la metodologia dell'Health Technology Assessment al fine di effettuare valutazioni nel campo dei farmaci, dei dispositivi medici e delle procedure assistenziali innovative e ha rafforzato le azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci e degli incidenti dei dispositivi. Sempre in tema di sicurezza sono stati attivati programmi finalizzati alla riduzione del rischio clinico in ambito farmacologico.

Sono state rafforzate le azioni di monitoraggio della spesa farmaceutica sia in ambito territoriale che in quello ospedaliero con particolare attenzione ai farmaci innovativi ad elevato costo, avvalendosi anche dei Registri messi a disposizione dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Nuove iniziative sono state intraprese concernenti il monitoraggio della spesa connessa all'assistenza protesica ed integrativa. Un'attenzione particolare è stata riservata al tema della sperimentazione clinica mediante l'attivazione di un Osservatorio sulle sperimentazioni cliniche con i farmaci.

219

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 Commissione Tecnica Regionale per il Prontuario Terapeutico Regionale Regione del Veneto (PTORV) allorquando, nel corso del 2012, ha

attivato numerosi gruppi di lavoro orientati alla definizione di Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutici su differenti aree terapeutiche di ambito ospedaliero e territoriale (ossigenoterapia, melanoma, epatite C, biologici, emofilia, HIV, ipertensione arteriosa polmonare), superando quindi la logica focalizzata esclusivamente ai farmaci ospedalieri, secondo cui era stato costituito il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale. A tal proposito, nella tabella che segue sono riportate le principali attività svolte dalla Commissione tecnica regionale (CTR) per il PTORV negli anni 2011-2012.

Tabella 6.1 Valutazioni Commissione Tecnica Regionale (CTR) – anni 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)		
Attività	2011	2012
Valutazione nuovi farmaci	27	17
Allargamenti di indicazione/nuove formulazioni	12	8
Documenti di Indirizzo	-	7
Registri informatizzati-schede di monitoraggio	-	2

Farmacovigilanza

Tra gli indirizzi di programmazione regionale, vi è anche il rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci. Le attività inerenti alla farmacovigilanza in Veneto, coordinate dal Centro Regionale di Farmacovigilanza, nel biennio 2011-2012 hanno coinvolto sia gli operatori sanitari che i cittadini. L'attività più importante è la segnalazione spontanea. Dopo l'alto livello delle segnalazioni nel 2010, legato ad un progetto di farmacovigilanza attiva sui cittadini, il tasso di segnalazione, espresso come numero di segnalazioni per milione di abitanti è stato di 258 nel 2011 e 282 nel 2012, ancora leggermente inferiore al numero considerato ottimale dall'OMS di 300. A fronte di un basso numero di segnalazioni, l'attività formativa è stata intensa: nel corso di questo biennio sono stati effettuati 15 incontri di formazione rivolti a medici e pediatri, sia del territorio che dell'ospedale, infermieri e farmacisti. E' stato rivalutato il ruolo delle farmacie come punto di informazione e raccolta delle segnalazione da parte dei cittadini, con una esperienza che dal Veneto si sta portando ora in tutto il territorio nazionale. Particolare attenzione al problema degli eventi avversi è stata posta anche nell'ambito delle vaccinazioni, dove il Veneto ha da anni un efficace sistema di sorveglianza. L'attività di formazione è stata ancora più importante nel 2012 a seguito delle importanti novità legislative che hanno coinvolto tutto il sistema della farmacovigilanza in Europa. I principali obiettivi della riforma sono una maggiore partecipazione dei cittadini, associata ad una razionalizzazione del sistema. Il Veneto, già attivo da anni su questi punti, ha collaborato con l'Agenzia Italiana del Farmaco su vari aspetti riguardanti sia la raccolta delle informazioni (ad esempio la nuova scheda di segnalazione o la segnalazione via

web) sia la gestione e l'analisi dei dati, sviluppando strumenti informatici specifici e coordinando il lavoro dei Responsabili Locali di Farmacovigilanza, che restano punto fondamentale nel rapporto tra centro e periferia.

Centralizzazione Allestimento Antitumorali

Nel quadrimestre aprile-settembre 2011 è stata realizzata un'indagine nell'ambito del progetto "Modelli organizzativi e standard di riferimento per la centralizzazione delle terapie oncologiche nella Regione Veneto" (approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 2860 del 30 ottobre 2010). Tale indagine ha coinvolto tutte le Farmacie ospedaliere e le Oncologie ed Ematologie della Regione, al fine di valutare la reale applicabilità degli standard proponibili per la realizzazione dei modelli organizzativi di centralizzazione delle terapie oncologiche. Da questa indagine è emerso che, nella Regione del Veneto, la centralizzazione degli antitumorali presso le Farmacie Ospedaliere è ancora una realtà poco diffusa, nonostante l'allestimento nelle farmacie ospedaliere presenti il vantaggio di ottenere una maggiore sicurezza per il personale addetto alla preparazione, di ridurre l'errore farmacologico, di diminuire gli scarti di produzione (che per ogni paziente possono variare dal 10 al 50%) e di verifica del processo. In particolare:

- solo 11 Farmacie Ospedaliere erano organizzate per la centralizzazione delle terapie (anche se non dovunque formalizzate come Unità Farmaci Antitumorali) e quattro di queste allestivano anche terapie ancillari;
- 15 Farmacie Ospedaliere non allestivano direttamente ma 6 hanno dichiarato di svolgere attività periodica sui reparti che allestivano;
- i reparti di Oncologia ed Ematologia che allestivano direttamente erano 20 (16 Oncologie e 4 Ematologie).

La Regione del Veneto nel luglio 2012 ha, quindi, richiamato con una specifica Circolare (Circolare 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 nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-16, nel capitolo 3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei Dispositivi medici, e ha attivato nei primi mesi del 2013 un Gruppo di lavoro per aggiornare l'indagine condotta nel 2011, ma soprattutto per esaminare le criticità organizzative che rallentano la realizzazione della centralizzazione.

Sperimentazione Clinica

Infrastruttura a sostegno della ricerca clinica nella Regione del Veneto

Sin dal 2006 sono stati istituiti nella Regione del Veneto 11 *Comitati Etici per la sperimentazione clinica* (CE). Per il proprio funzionamento, ciascun CE si avvale del

supporto di un Ufficio di Segreteria Scientifica che, nello svolgimento delle sue funzioni, si raccorda con articolazioni locali, i Nuclei per la Ricerca Clinica (NRC) in ambito ospedaliero e le Commissioni per la Ricerca Territoriale (CoRiTer) in ambito territoriale. I compiti affidati a queste articolazioni spaziano dal supporto agli sperimentatori locali nel predisporre la documentazione degli studi clinici alla promozione della ricerca no-profit, dalla gestione della fattibilità locale degli studi alla vigilanza sui prodotti in sperimentazione, fino al monitoraggio sulla corretta conduzione degli studi. Attualmente sono attivi nel territorio regionale 28 NRC e 19 CoRiTer: la diversità dei compiti a questi assegnati e la numerosità delle figure professionali coinvolte, richiedono che le informazioni siano costantemente condivise, rendendo indispensabile l'implementazione di un'infrastruttura tecnologica che supporti il CE, i NRC, le CoRiTer e la Regione nella gestione degli studi clinici.

In risposta all'obiettivo della programmazione regionale che prevedeva la realizzazione di un network tra queste diverse articolazioni è stata realizzata nel 2012 la fase-test del prototipo di sistema telematico per la condivisione, la tracciabilità dei lavori e la creazione di una "repository" della documentazione relativa agli studi clinici e alle attività di CE, NRC e CoRiTer della Regione. Sono stati raccolti i dettagli tecnico-organizzativi di CE, NRC e CoRiTer ed è stato predisposto il capitolato tecnico per la procedura di gara relativa alla fornitura dei servizi di progettazione, realizzazione, attivazione e mantenimento della piattaforma tecnologica.

Formazione/informazione su problematiche di interesse dei Comitati Etici per la sperimentazione clinica

A seguito dell'insediamento del nuovo Comitato Regionale di Bioetica (CRB), è stato istituito un tavolo di lavoro delle presidenze dei Comitati Etici per la sperimentazione clinica del Veneto, coordinato dal Presidente del CRB. Durante il 2012 si sono tenute quattro riunioni durante le quali sono stati affrontati e dibattuti temi quali la gestione del fondo destinato alla ricerca no-profit (ai sensi del Decreto Ministeriale 17 dicembre 2004 e della Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 4430 del 28 dicembre 2006), il consenso informato nell'incapace temporaneo e la nuova normativa in tema di sperimentazione clinica.

Infine, a seguito di un incontro formativo, tenutosi a Trento, cui hanno partecipato numerosi Comitati Etici per la sperimentazione clinica della Regione, si è deciso di approfondire la normativa nazionale ed internazionale sugli usi compassionevoli/expanded access. Sono state raccolte le esperienze maturate da ciascun CE della Regione ed è stato prodotto un documento riassuntivo condiviso con gli altri CE presenti all'incontro formativo di Trento.

La ricerca clinica farmacologica nel Veneto

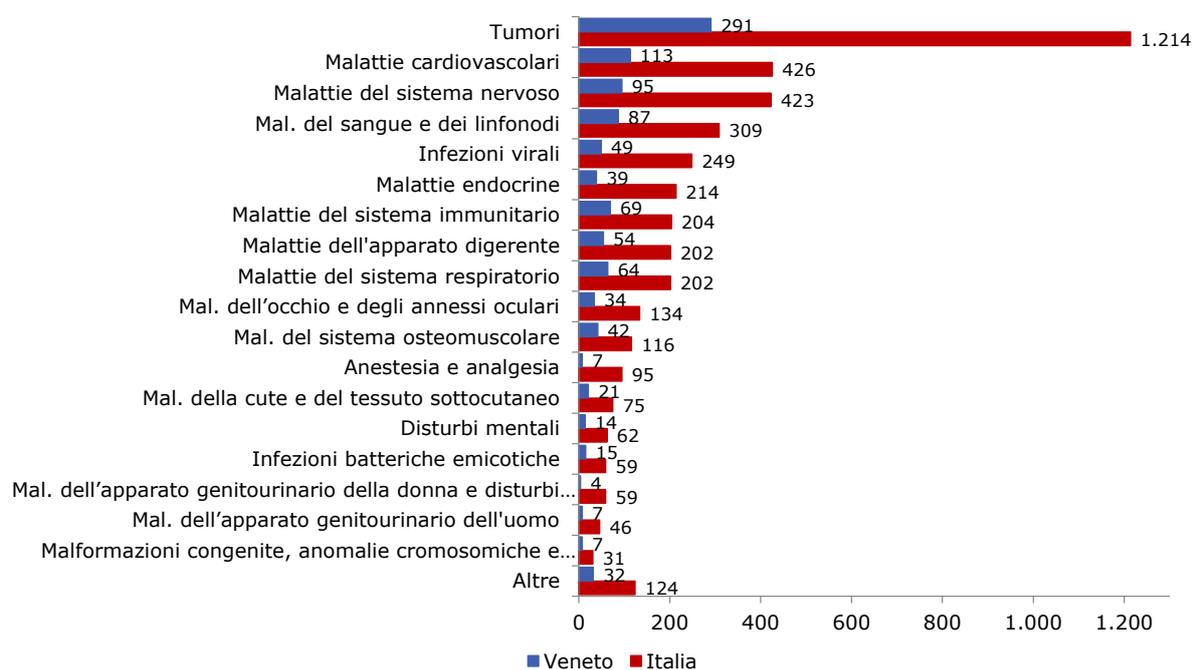
Di seguito si riportano alcuni dati che illustrano sinteticamente lo stato della ricerca clinica nella Regione del Veneto:

Tabella 6.2 Studi clinici valutati nel periodo 2007-2011 (Fonte: Regione del Veneto)		
Regioni	Studi clinici valutati	% Studi Clinici
Lombardia	1.634	42
Lazio	1.131	29
Emilia-Romagna	1.043	27
Toscana	898	23
Piemonte	700	18
Veneto	659	17
Campania	631	16
Sicilia	610	16
Liguria	567	15
Puglia	444	11
Friuli-Venezia Giulia	406	10
Marche	317	8
Abruzzo	287	7
Umbria	278	7
Sardegna	237	6
Calabria	178	5
Basilicata	103	3
Trentino-Alto Adige	84	2
Molise	69	2
Valle d'Aosta	14	0

Tabella 6.3 Pareri unici espressi nel periodo 2007-2011 (Fonte: Regione del Veneto)		
Regioni	Pareri Unici	% Pareri Unici
Lombardia	1.215	31,1
Lazio	538	13,8
Toscana	472	12,1
Emilia-Romagna	469	12,0
Piemonte	221	5,7
Liguria	190	4,9
Veneto	169	4,3
Campania	139	3,6
Sicilia	95	2,4
Abruzzo	70	1,8
Friuli-Venezia Giulia	69	1,8
Umbria	64	1,6
Puglia	60	1,5
Marche	59	1,5
Sardegna	37	0,9
Molise	13	0,3
Calabria	10	0,3
Basilicata	10	0,3
Trentino-Alto Adige	7	0,2
Valle d'Aosta	0	0,0

Nel periodo considerato il Veneto si colloca al sesto posto per numero di studio farmacologici valutati e al settimo per numero di pareri unici rilasciati. Anche nella Regione del Veneto, così come nel resto del paese, il maggior numero di protocolli di ricerca afferisce all'area oncologica (27,3% degli studi valutati). Per quanto riguarda quest'area terapeutica gli studi condotti in ambito regionale sono per il 59% protocolli internazionali; la quasi totalità (97%) sono ricerche multicentriche e riguardano in particolare il tumore della mammella, le leucemie e i linfomi e i tumori del polmone.

Figura 6.1 Studi Clinici per area terapeutica
(Fonte: Regione del Veneto)



Registri AIFA

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). Nel periodo 2011-2012 sono stati sottoposti a monitoraggio AIFA 48 medicinali di cui 31 oncologici (65%) per i quali, rispetto ai medicinali di altre categorie terapeutiche sottoposte a monitoraggio, è stata riscontrata un'adesione pressoché completa alla compilazione del registro. Nel 2011 e nel 2012 sono stati

registrati in trattamento con i farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, rispettivamente 9.944 e 10.486 pazienti (fonte dati: Cruscotto Registro AIFA, CIRR). Tra gli Obiettivi assegnati con DGR 3140/2010 e 2369/2011 per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCSS Istituto Oncologico Veneto, tre sono finalizzati a monitorare l'aderenza ai Registri AIFA.

Dal 2011 viene inviata trimestralmente ai Servizi Farmaceutici Territoriali e alle Farmacie Ospedaliere una reportistica sull'andamento dell'obiettivo. La media regionale raggiunta nell'ultima rilevazione relativa al primo semestre 2012 evidenzia che vi è una buona corrispondenza (pari all'89%) tra farmaco distribuito e farmaco registrato nel registro AIFA. Analogamente per quanto riguarda l'indicatore relativo ai farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso negoziati da AIFA, si riscontra un ottimo livello di raggiungimento di schede AIFA correttamente compilate per quanto riguarda gli esiti (96%). Inoltre con DGR 476/2011 sono state emanate direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere della Regione per il corretto monitoraggio dei farmaci sottoposti a registro AIFA e per la corretta gestione delle richieste di rimborso per i farmaci soggetti, come da determinazioni AIFA, a risk sharing, cost sharing, payment by results da parte delle ditte produttrici. L'obiettivo del provvedimento è quello di instaurare un sistema organizzativo atto ad assicurare la completezza e correttezza dei registri AIFA, garantendo il recupero dei crediti da parte del SSN. Nel biennio 2011-2012 sono stati recuperati circa 4,2 milioni di euro (Fonte: AIFA).

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 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 o C erogati in distribuzione diretta.

Nella Tabella in basso viene descritta la spesa dell'assistenza farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella Regione Veneto negli anni 2011-2012.

Nell'anno 2012 si registra una leggera contrazione della spesa complessiva dell'1,5% rispetto al 2011. A diminuire è soprattutto la spesa farmaceutica territoriale (-5,2%), mentre aumenta la spesa farmaceutica ospedaliera (+8,4%), in parte dovuta ad una diversa classificazione dei Conti Economici rispetto al 2011. Il Decreto Legge 95/2012,

convertito in Legge 135/2012, ha previsto una rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2012, passando dal 13,3% del 2011 a 13,1%, mentre il tetto della farmaceutica ospedaliera è rimasto invariato. Inoltre, a decorrere dall'anno 2013, l'onere a carico del SSN è rideterminato nella misura dell'11,4% per la farmaceutica territoriale e del 3,5% per la farmaceutica ospedaliera. Complessivamente la spesa farmaceutica regionale si è attestata al di sotto del tetto, che per il 2012 è stato rideterminato al 15,5%.

Tabella 6.4 Spesa farmaceutica e rispetto del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012 Regione del Veneto biennio 2011-2012 (Fonte: AIFA)

	2011	2012	scostamento 2012 vs 2011	Variazione % 2012 vs 2011
Convenzionata netta	697.245.357	638.089.797	-59.155.560	-8,5%
Distribuzione diretta classe A	197.718.145	207.604.345	9.886.200	5,0%
Pay back	27.762.365	34.585.167	6.822.802	24,6%
Ticket	118.533.224	123.639.731	5.106.507	4,3%
di cui fisso per ricetta	62.203.420	63.121.345	917.925	1,5%
di cui eventuale quota per confezione	56.329.804	60.518.386	4.188.582	7,4%
Totale spesa territoriale	985.734.361	934.748.706	-50.985.655	-5,2%
% spesa farmaceutica territoriale su FSN	11,4%	10,8%		
Totale spesa ospedaliera (esclusi i vaccini)	363.929.951	394.471.369	30.541.418	8,4%
% spesa farmaceutica ospedaliera su FSN	4,2%	4,5%		
Totale spesa farmaceutica	1.349.664.312	1.329.220.075	-20.444.237	-1,5%
% spesa farmaceutica su FSN	15,7%	15,3%		
FSN	8.616.363.462	8.688.761.108	72.397.646	

Spesa farmaceutica territoriale

Nel biennio 2011-2012, la *spesa farmaceutica territoriale* della Regione del Veneto è stata ampiamente al di sotto dei tetti previsti a livello nazionale ed è passata dai 985,7 milioni di Euro del 2011 ai 934,7 milioni di Euro del 2012 con una diminuzione del 5,2% pari a 51 milioni di Euro. La diminuzione ha riguardato la spesa per farmaci in distribuzione convenzionata che si è ridotta nel biennio di 59,2 milioni di Euro (-8,5%), a fronte di un aumento di 9,9 milioni di Euro della spesa per farmaci in distribuzione diretta e in Distribuzione Per Conto (+5,0%) e di 5,1 milioni di Euro del ticket a carico del cittadino (+4,3%).

La *distribuzione convenzionata*, al lordo del pay back da parte delle aziende farmaceutiche, è passata dal rappresentare il 68,8% della spesa farmaceutica territoriale

nel 2011 al 65,4% nel 2012. Le forme di distribuzione alternative alla convenzionata (distribuzione diretta e DPC) passano dal 19,5% al 21,7%. Ad aumentare è la distribuzione diretta attraverso le Aziende Sanitarie (+7,8%), mentre la DPC diminuisce (-2,0%), sia perché la riduzione di prezzo conseguente alla scadenza del brevetto di alcuni medicinali del PHT è tale da rendere non più conveniente, almeno alle condizioni contrattuali in vigore, la distribuzione per conto rispetto alla convenzionata, sia per l'interruzione nel corso del 2012 dell'accordo Distribuzione Per Conto (DPC) nell'Azienda ULSS 8.

La riduzione di circa 51 milioni di Euro 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 2012, oltre 1,1 milioni di assistiti della Regione Veneto sono stati trattati con farmaci per l'ipertensione (23,6% della popolazione) con un aumento dello 0,5% rispetto all'anno precedente.

Gli assistiti in trattamento con farmaci per le dislipidemie aumentano del 4,5% e arrivano a rappresentare il 9,6% della popolazione. I trattati con farmaci per l'osteoporosi sono oltre 393 mila e registrano l'incremento più rilevante (+12,5%).

227

Tabella 6.5 Assistiti in trattamento per le patologie maggiormente diffuse a livello territoriale Regione del Veneto biennio 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)			
Patologia	anno 2011	anno 2012	Variazione %
Ipertensione	1.165.683	1.171.690	0,5%
Dislipidemie	455.196	475.573	4,5%
Ulcera Peptica e reflusso gastroesofageo	799.104	830.446	3,9%
Disturbi Respiratori	595.201	568.963	-4,4%
Infezioni	1.757.589	1.676.716	-4,6%
Diabete	222.504	220.235	-1,0%
Depressione	278.797	277.023	-0,6%
Osteoporosi	349.679	393.270	12,5%
Epilessia	97.397	101.043	3,7%

Tra i trattamenti acuti, aumenta il ricorso agli antiulcera (oltre 830 mila assistiti hanno assunto almeno un farmaco di questa categoria nel corso dell'anno, con un aumento del 3,9%) e diminuisce quello agli antibiotici e ai farmaci per le malattie respiratorie (rispettivamente -4,6% e -4,4%).

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 Aziende ULSS 18 e 19 se ne trattano 28 e nelle Aziende ULSS 8, 9 e 22 se ne trattano invece 21. Per i farmaci che agiscono sull'osteoporosi si passa da 8 trattati ogni 100 nelle Aziende ULSS 1, 6 e 16 a 5 trattati nell'Azienda ULSS 8. Con le statine la media regionale è di 9 assistiti in trattamento ogni 100: nell'Azienda ULSS 10 se ne trattano 11, per l'85% dei casi in maniera continuativa e non occasionale come raccomandato da tutte le linee guida, e nelle Aziende ULSS 3, 4, 7 e 22 invece se ne trattano 7, con livelli di continuità inferiori all'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 allerte a livello internazionale sull'aumento delle resistenze, si passa da 30 assistiti ogni 100 nell'Azienda ULSS 2 che almeno una volta nel corso dell'anno hanno avuto una prescrizione di questi farmaci ai 40 nelle Aziende ULSS 18 e 19. Gli antiulcera sottendono in alcune realtà un utilizzo spesso al di fuori delle corrette raccomandazioni e limitazioni imposte dalle note AIFA, tanto più grave se si considerano le potenziali interazioni e gli eventi avversi associati (fratture, infezioni delle vie respiratorie, eventi cardiovascolari): nell'Azienda ULSS 19 sono trattati con questi farmaci 21 pazienti ogni 100 rispetto ai 13 delle Aziende ULSS 4 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 alternative 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. 3140 del 14/12/2010 e n. 2396 del 29/12/2011, la Regione Veneto ha assegnato alle Aziende ULSS l'obiettivo di ridurre al di sotto di 147 Euro nel 2011 e di 140 Euro nel 2012 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 90 milioni di Euro, sono in assoluto la categoria a maggior utilizzo (10,7% della spesa). Altri gruppi terapeutici di rilievo per la spesa sono: le sostanze modificatrici dei lipidi (9,2%), i farmaci per i disturbi delle vie respiratorie (6,8%), gli antidiabetici (5,9%) e i farmaci usati per i disturbi correlati all'acidità gastrica (5,6%). Tra questi, gli unici a registrare un incremento rispetto al 2011 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. Le statine continuano ad essere il sottogruppo a maggior spesa (circa 50 milioni di Euro), seguite dagli inibitori della pompa protonica (43 milioni di Euro), dagli adrenergici per i disturbi delle vie respiratorie (30 milioni di Euro) e dagli antagonisti dell'angiotensina II da soli e associati (complessivamente oltre 54 milioni di Euro).

229

Tabella 6.6 Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica territoriale anno 2012.
Regione Veneto biennio 2011-2012 (Regione del Veneto)

Gruppo terapeutico	anno 2011	anno 2012	var%	% Cumulata
C09. SOSTANZE DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	109.275.554	90.514.780	-17,2%	10,7%
C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	95.585.352	77.215.492	-19,2%	19,9%
R03. FARMACI PER DISTURBI DELLE VIE RESPIRATORIE	59.157.920	58.099.004	-1,8%	26,7%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	45.459.078	49.191.601	8,2%	32,6%
A02. FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	49.659.483	47.253.269	-4,8%	38,2%
B01. ANTITROMBOTICI	37.798.532	39.119.187	3,5%	42,8%
N06. PSICOANALETTICI	38.186.096	37.714.860	-1,2%	47,3%
L03. IMMUNOSTIMOLANTI	27.280.673	28.414.124	4,2%	50,6%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	33.875.590	27.319.787	-19,4%	53,9%
N03. ANTIEPILETTICI	26.185.624	26.588.787	1,5%	57,0%
L01. CITOSTATICI	24.004.610	24.689.559	2,9%	59,9%
C08. CALCIO-ANTAGONISTI	26.034.638	22.228.545	-14,6%	62,6%
N02. ANALGESICI	20.206.190	22.145.121	9,6%	65,2%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	24.943.298	18.085.091	-27,5%	67,3%
N05. PSICOLETTICI	20.355.060	17.710.670	-13,0%	69,4%
Tot primi 15 gruppi terapeutici	638.007.698	586.289.877	-8,1%	69,4%
Totale	894.340.609	844.581.309	-5,6%	100,0%

La sostanza che maggiormente incide sulla spesa territoriale è rosuvastatina, con oltre 23 milioni di Euro. Altre sostanze rilevanti per consumo sono l'associazione a dosi fisse salmeterolo/fluticasone, lansoprazolo e atorvastatina. Imatinib, il primo tra i farmaci "territoriali" erogabili esclusivamente in distribuzione diretta attraverso le strutture pubbliche, è 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 38,9% della spesa farmaceutica territoriale convenzionata nell'anno 2011 al 44,5% dell'anno 2012, con valori massimi nelle Aziende ULSS 19 e 21 e minimi nelle Azienda ULSS 8 e 9. 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.

Tabella 6.7 Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata di farmaci a brevetto scaduto
Aziende ULSS della Regione del Veneto biennio 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)

Azienda ULSS	Spesa			% sul totale della spesa	
	anno 2011	anno 2012	var %	anno 2011	anno 2012
Azienda ULSS 1	9.200.687	9.874.378	7,3%	36,4%	42,6%
Azienda ULSS 2	6.313.454	6.671.804	5,7%	39,9%	45,4%
Azienda ULSS 3	12.077.954	13.263.397	9,8%	40,0%	46,4%
Azienda ULSS 4	12.089.338	12.794.314	5,8%	43,3%	47,7%
Azienda ULSS 5	11.662.905	12.803.846	9,8%	37,0%	43,0%
Azienda ULSS 6	20.643.530	22.206.393	7,6%	38,1%	43,3%
Azienda ULSS 7	14.435.613	15.230.014	5,5%	39,3%	44,9%
Azienda ULSS 8	15.161.629	16.756.953	10,5%	35,7%	40,6%
Azienda ULSS 9	25.088.382	26.693.995	6,4%	36,3%	41,5%
Azienda ULSS 10	15.429.412	16.769.832	8,7%	36,5%	43,0%
Azienda ULSS 12	22.677.587	24.034.094	6,0%	36,8%	43,6%
Azienda ULSS 13	18.376.511	19.838.048	8,0%	37,9%	43,6%
Azienda ULSS 14	5.498.254	5.792.500	5,4%	40,6%	47,4%
Azienda ULSS 15	16.964.016	18.051.462	6,4%	39,2%	44,6%
Azienda ULSS 16	34.163.546	36.349.340	6,4%	37,8%	43,2%
Azienda ULSS 17	13.852.271	14.798.258	6,8%	39,8%	45,7%
Azienda ULSS 18	14.333.848	15.071.430	5,1%	39,2%	44,8%
Azienda ULSS 19	6.097.497	6.530.838	7,1%	41,3%	48,5%
Azienda ULSS 20	34.575.783	36.262.125	4,9%	42,0%	47,2%
Azienda ULSS 21	11.299.417	12.236.496	8,3%	42,2%	48,7%
Azienda ULSS 22	19.530.131	20.541.908	5,2%	42,7%	47,5%
Regione del Veneto	339.471.766	362.571.426	6,8%	38,9%	44,5%

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2396 del 29/12/2011 la Regione Veneto ha assegnato alle Aziende Sanitarie l'obiettivo che almeno il 20% e il 65% delle confezioni totali distribuite di eritropoietine e di fattori di crescita granulocitari siano di biosimilari. Grazie anche a questo obiettivo, la spesa per eritropoietine e fattori di crescita biosimilari sul totale dei gruppi terapeutici di appartenenza è passata dal 5,1% nel 2011 al 15,4% dell'anno 2012, con valori massimi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e nello IOV e minimi nell'Azienda Ospedaliera di Padova e nelle Aziende ULSS 5 Ovest Vicentino e 16 Padova.

La spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera regionale è passata da 363,9 milioni di Euro del 2011 a 394,5 milioni di Euro del 2012 con un aumento dell'8,4% pari a 30,5 milioni di Euro. L'incremento è in parte dovuto ad una riclassificazione dei Conti Economici stabilita con Decreto Ministeriale del 15 giugno 2012, che ha trasferito una quota rilevante della spesa sostenuta per mezzi di contrasto, radiofarmaci, etc nel conto dei prodotti farmaceutici.

Inoltre, l'aumento della spesa ospedaliera 2012 vs 2011 è conseguente anche ad altri fattori, quali:

- 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 62% della spesa ospedaliera è rappresentato dal consumo di farmaci in ambito di ricovero, DH o in ambulatorio, mentre il rimanente 38% è dato dai farmaci di classe H o C erogati in distribuzione diretta (come gli antitumorali, i farmaci per l'HIV o i biologici per l'artrite reumatoide).

Tabella 6.8 Primi 15 gruppi terapeutici a maggior spesa farmaceutica ospedaliera anno 2012.
Regione Veneto biennio 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)

Gruppo Terapeutico	2011	2012	var%	% Cumulata
L01. CITOSTATICI	90.974.675	97.228.897	6,9%	23,0%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	68.046.397	73.782.883	8,4%	40,4%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	43.248.848	45.219.305	4,6%	51,1%
J07. VACCINI	22.475.724	23.419.882	4,2%	56,6%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	24.742.402	19.812.921	-19,9%	61,3%
B05. SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	14.812.450	15.944.308	7,6%	65,1%
Ossigeno, farmaci esteri e galenici*	23.603.076	13.864.110	-41,3%	68,4%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	13.214.240	13.693.238	3,6%	71,6%
A16. ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	9.496.252	10.809.357	13,8%	74,1%
J02. ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	7.602.758	9.635.529	26,7%	76,4%
B01. ANTITROMBOTICI	9.412.981	9.089.757	-3,4%	78,6%
B02. ANTIEMORRAGICI	9.547.599	8.733.073	-8,5%	80,6%
V08. MEZZI DI CONTRASTO	7.286.930	7.460.704	2,4%	82,4%
N05. PSICOLETICI	7.490.420	7.175.497	-4,2%	84,1%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	2.061.733	5.231.063	153,7%	85,3%
Totale primi 15 gruppi terapeutici	354.016.486	361.100.524	2,0%	85,3%
Totale**	419.434.643	423.175.898	0,9%	100,0%

*dal 2012 le Aziende Sanitarie trasmettono l'ossigeno con l'AIC, di conseguenza la spesa sarà rappresentata nelle specifica ATC (V03AN);

**comprensiva della spesa per vaccini

I primi 15 gruppi terapeutici coprono circa l'85% della spesa farmaceutica ospedaliera. Per l'anno 2012, gli oncologici rappresentano, con oltre 97 milioni di euro, la categoria a maggior impatto di spesa (23,0% della spesa), seguiti dagli immunosoppressori (17,4%) e dagli antivirali per uso sistemico (10,7%). Come atteso, gli anticorpi monoclonali rappresentano la prima voce di spesa ospedaliera (52,6 milioni di euro) e oltre il 50% della spesa per farmaci oncologici (L01), seguiti dai farmaci biologici utilizzati per il trattamento dell'artrite reumatoide, artrite psoriasica e altre malattie dermatologiche correlate, come gli inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (anti-TNF α) appartenenti alla categoria L04 (45,9 milioni di euro), mentre al terzo posto della spesa ospedaliera regionale si collocano i farmaci per il trattamento dell'HIV (23,8 milioni di Euro). La spesa sostenuta per gli anticorpi monoclonali è da attribuire per la quasi totalità alla spesa ospedaliera "pura" (somministrazione ambulatoriale), mentre la spesa per gli anti-TNF e i farmaci impiegati per il trattamento dell'HIV incide prevalentemente sull'erogazione diretta da parte delle farmacie ospedaliere.

6.2 Dispositivi medici, dispositivi per autodeterminazione della glicemica e assistenza protesica

Health Technology Assessment

La Commissione Tecnica per il Repertorio unico Regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM), istituita con DGR n. 4534 del 28 dicembre 2007, in conformità al regolamento per il suo funzionamento (DGR n. 2517 del 4 agosto 2009), ha svolto negli anni 2011 e 2012 la propria attività in diverse aree di competenza tra cui la valutazione delle tecnologie e la definizione di Linee di indirizzo prescrittive e raccomandazioni sempre basandosi sulla metodologia dell'Health Technology Assessment; le valutazioni espresse dalla Commissione hanno prodotto raccomandazioni relativamente all'implementazione di tali tecnologie nelle Aziende ULSS, Ospedaliere ed IRCCS.

Tabella 6.9 Valutazioni Commissione Tecnica per il Repertorio unico Regionale dei Dispositivi Medici . Anni 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)		
	DM valutato	Raccomandazione
Anno 2011	Valvole aortiche transcateretere	Raccomandato con criteri definiti in doc di indirizzo
	Biomarcatore tumour ovarico	Non raccomandato
	Biomarcatore tumore prostatico	Non raccomandato
	Catetere urinario rivestito	Non raccomandato

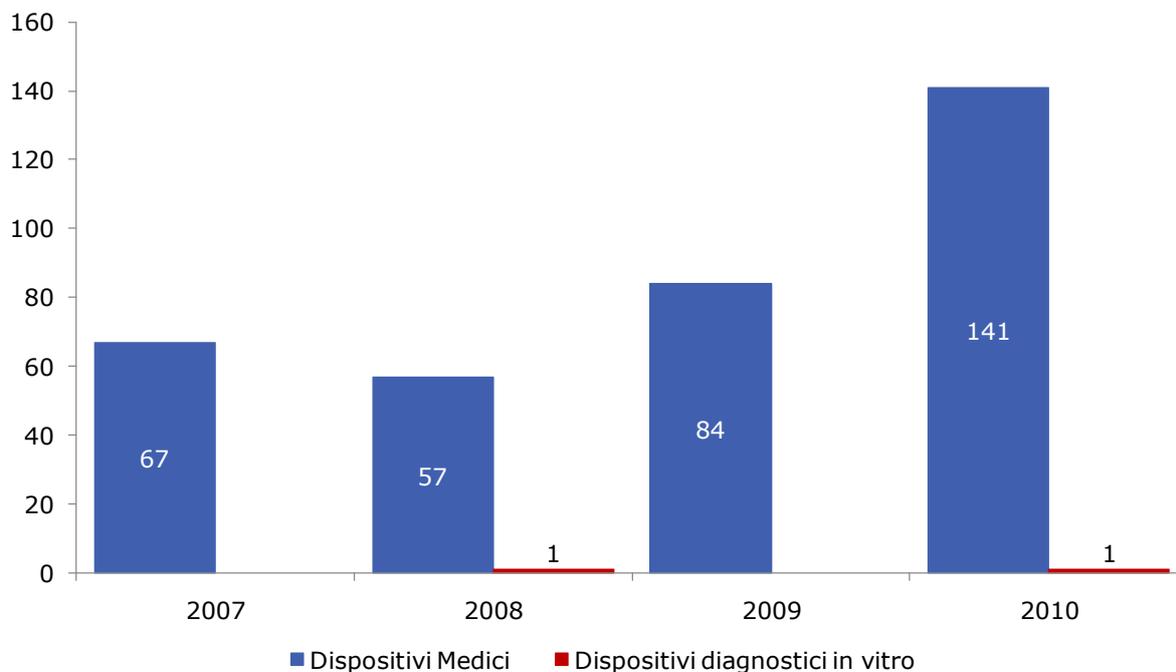
	DM valutato	Raccomandazione
Anno 2012	Catetere per denervazione renale	Raccomandato con utilizzo controllato
	Valvole aortiche a rilascio veloce	Non raccomandato
	Neurostimolatore vagale	Raccomandato in ambito di protocolli
	Termoregolazione corporea intravascolare	Non raccomandato

Tabella 6.10 Documenti d'indirizzo regionali. Anni 2011-2012	
Anno 2011 (approvati)	Anno 2012 (in fase di pubblicazione)
Documento di indirizzo per la procedura di impianto delle valvole aortiche transcateretere	Documento di indirizzo sull'impiego della terapia a pressione negativa e percorso del paziente
	Documento di indirizzo sull'impiego dell'ipotermia terapeutica intra-ospedaliera

Dispositivo-Vigilanza

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. La CTRDM ha analizzato infatti tutte le segnalazioni di incidenti/mancati incidenti trasmesse dai Referenti aziendali per la dispositivo-vigilanza al Servizio Farmaceutico Regionale nel quadriennio 2007-2010 ed elaborato nell'anno 2011 il "Primo rapporto sulla vigilanza dei dispositivi medici". Le segnalazioni sono state in totale 351 (di cui solo due imputabili ai dispositivi diagnostici in vitro) registrando un trend di crescita del + 45% nel 2009 rispetto al 2008 e del + 69% nel 2010 rispetto al 2009.

Figura 6.2 Segnalazioni trasmesse dai Referenti aziendali per la dispositivo-vigilanza al Servizio Farmaceutico Regionale nel quadriennio 2007-2010
(Fonte: Regione del Veneto)



Il 62% degli eventi notificati si sono verificati in Unità Operative di area chirurgica, in particolare nei reparti di chirurgia plastica (45 segnalazioni) e di oculistica (31 segnalazioni). Nell'area medica le segnalazioni sono state 65 (19%) di cui 38 provenienti dalla cardiologia. 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" (141/351 segnalazioni, 40,2%), seguono la categoria A "dispositivi da somministrazione, prelievo, raccolta" (50/351, 14,2%) e la categoria C "dispositivi per apparato cardiocircolatorio" (47/351, 13,4%).

Figura 6.3 Segnalazioni trasmesse dai Referenti aziendali per la dispositivo-vigilanza al Servizio Farmaceutico Regionale nel quadriennio 2007-2010 per area (Fonte: Regione del Veneto)

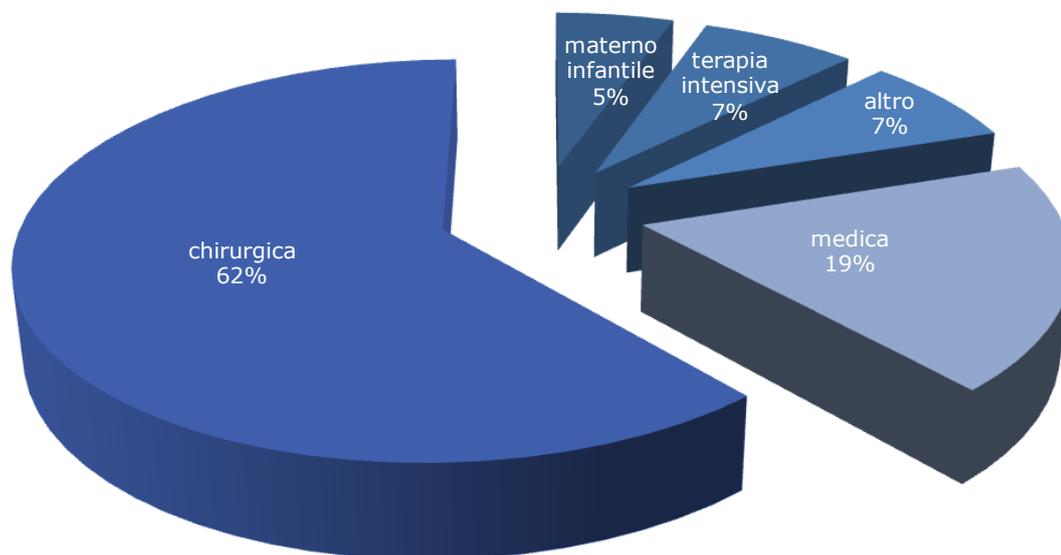
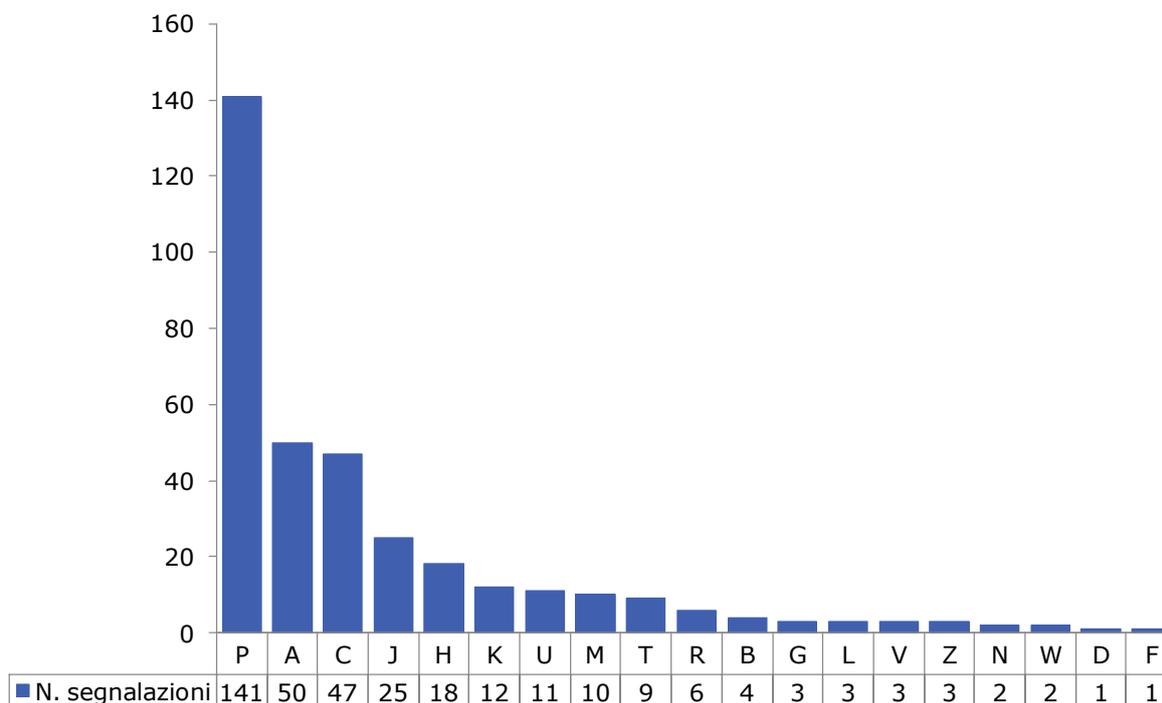


Figura 6.4 Distribuzione segnalazioni per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (Fonte: Regione del Veneto)



Per aumentare pertanto la sensibilità degli operatori sanitari al tema della segnalazione degli incidenti, e al fine di rendere omogenea la condotta delle Aziende sanitarie in merito alla dispositivo vigilanza, la Regione del Veneto con DGR n. 1409 del 06.09.2011 ha approvato le "Linee regionali di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui

dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro" rivolto alle Aziende ULSS e Ospedaliere, agli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e agli erogatori privati accreditati operanti nel territorio veneto. Tale documento, elaborato dalla CTRDM, tratta gli aspetti operativi che coinvolgono direttamente gli operatori sanitari nell'attuazione della vigilanza su incidenti, reclami, avvisi di sicurezza e azioni correttive da parte dei Fabbrianti o del Ministero della Salute, che coinvolgono dispositivi medici (DM), dispositivi medici impiantabili attivi (AIDM), e dispositivi diagnostici in vitro (IVD).

Informatizzazione delle segnalazioni di incidenti

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 della Dispositivo Vigilanza Aziendali (RAV), abilitati all'uso, di accedere al portale regionale delle applicazioni per l'inserimento delle predette segnalazioni a carico dei Dispositivi Medici.

Spesa dispositivi medici e monitoraggio dei consumi

La spesa per Dispositivi Medici nella Regione del Veneto è stata di 392 milioni di euro nel 2011 e di 400 milioni di euro nel 2012 con un incremento del 2,1% pari a 8 milioni di Euro. Il Decreto del Ministero della Salute 11 Giugno 2010 ad oggetto "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale" ha introdotto l'obbligo, per le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, della trasmissione al Ministero della Salute dei dati relativi ai consumi dei Dispositivi medici provvisti di numero di Banca dati/Numero di iscrizione al repertorio nazionale (BD/RDM). A far data dal 1° gennaio 2012 la trasmissione di tali dati è essenziale al fine di integrare gli adempimenti a cui è tenuta la Regione per l'accesso al maggior finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato (art. 7 - DM 11.6.2010). Con DGR n. 3140 del 14 dicembre 2010, integrata con successiva DGR n. 2369 del 29 Dicembre 2011, la Regione ha definito gli obiettivi per l'anno 2012 delle Aziende Sanitarie, intendendo monitorare con l'obiettivo B.7 Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio dei flussi informativi in esercizio - indicatore 4 anche il flusso dei consumi dei Dispositivi Medici che prevede un valore soglia dell'80% 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). Nel 2012 la media regionale raggiunta è stata dell'81% (323,4 milioni

di euro) con variabilità tra Aziende Sanitarie che va dal 37,6% nell'Azienda ULSS di Arzignano al 98,5% nell'Azienda ULSS di Feltre. Dall'analisi della spesa dettagliata per CND è emerso che il 46% della spesa è a carico di tre categorie di dispositivi medici: la P- Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, la C - Dispositivi per l'apparato cardiocircolatorio e la J - Dispositivi impiantabili attivi.

Tabella 6.11 Spesa Dispositivi Medici da Conto Economico biennio 2011*-2012** (Fonte: Regione del Veneto)			
Azienda Sanitaria	2011	2012	Variazione % 2012 vs 2011
101.Belluno	10.101.908	10.125.568	0,2%
102.Feltre	6.761.638	7.513.400	11,1%
103.Bassano Del Grappa	12.533.997	13.008.000	3,8%
104.Thiene	14.224.640	14.471.559	1,7%
105.Arzignano	10.305.921	9.453.200	-8,3%
106.Vicenza	27.558.168	27.920.000	1,3%
107. Pieve Di Soligo	14.051.132	14.777.000	5,2%
108.Asolo	17.389.047	17.067.466	-1,8%
109.Treviso	26.492.927	29.250.000	10,4%
110.S. Dona` Di Piave	14.891.576	13.469.046	-9,6%
112. Veneziana	28.667.491	29.183.825	1,8%
113. Mirano	18.648.758	19.017.523	2,0%
114.Chioggia	4.201.981	4.685.000	11,5%
115. Cittadella	21.651.192	17.390.000	-19,7%
116.Padova	12.382.842	13.140.976	6,1%
117.Este	9.645.623	10.291.157	6,7%
118.Rovigo	14.858.266	14.521.462	-2,3%
119.Adria	2.721.266	3.024.100	11,1%
120.Verona	8.939.443	12.522.077	40,1%
121.Legnago	12.527.369	13.069.073	4,3%
122.Bussolengo	7.467.118	7.650.000	2,4%
901. AO di Padova	48.137.810	50.400.000	4,7%
912. A.O. I. U. Verona	47.208.500	46.459.378	-1,6%
952. I.R.C.C.S. IOV	636.215	1.674.021	163,1%
Regione del Veneto	392.004.828	400.083.832	2,1%

*anno 2011: B.1.A.7 - Presidi chirurgici e materiali sanitari; B.1.A.8 - Materiali protesici; B.1.A.9 - Materiali per emodialisi

**anno 2012: 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

Tabella 6.12 Spesa Categorie Dispositivi Medici				
CATEGORIE CND	DESCRIZIONE CND	SPESA DM	% SPESA	% CUMULATA
P	DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTABILI E PRODOTTI PER OSTEOSINTESI	74.875.450,53	23,2%	23,2%
C	DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	39.115.355,34	12,1%	35,2%
J	DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI	34.421.892,72	10,6%	45,9%
A	DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA	27.339.338,45	8,5%	54,3%
K	DISPOSITIVI PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA ED ELETTROCHIRURGIA	21.081.638,57	6,5%	60,9%
H	DISPOSITIVI DA SUTURA	20.779.641,82	6,4%	67,3%
M	DISPOSITIVI PER MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALISTICHE	20.021.577,58	6,2%	73,5%
T	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE E AUSILI PER INCONTINENZA (D. Lgs. 46/97)	15.701.235,52	4,9%	78,3%
Z	APPARECCHIATURE SANITARIE E RELATIVI COMPONENTI ACCESSORI E MATERIALI	11.430.970,32	3,5%	81,9%
Q	DISPOSITIVI PER ODONTOIATRIA, OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA	8.508.403,52	2,6%	84,5%
B	DISPOSITIVI PER EMOTRASFUSIONE ED EMATOLOGIA	8.207.456,93	2,5%	87,0%
F	DISPOSITIVI PER DIALISI	7.361.611,71	2,3%	89,3%
R	DISPOSITIVI PER APPARATO RESPIRATORIO E ANESTESIA	7.114.888,02	2,2%	91,5%
U	DISPOSITIVI PER APPARATO UROGENITALE	5.771.733,77	1,8%	93,3%
G	DISPOSITIVI PER APPARATO GASTROINTESTINALE	5.070.668,42	1,6%	94,9%
L	STRUMENTARIO CHIRURGICO PLURIUSO O RIUSABILE	4.653.426,10	1,4%	96,3%
V	DISPOSITIVI VARI	3.358.514,61	1,0%	97,3%
-	CND NON DEFINITO	3.233.839,28	1,0%	98,3%
N	DISPOSITIVI PER SISTEMA NERVOSO E MIDOLLARE	1.550.882,18	0,5%	98,8%
D	DISINFETTANTI, ANTISETTICI E PROTEOLITICI (D. Lgs. 46/97)	1.414.853,68	0,4%	99,3%
Y	SUPPORTI O AUSILI TECNICI PER PERSONE DISABILI	1.384.866,18	0,4%	99,7%
S	PRODOTTI PER STERILIZZAZIONE	1.036.706,69	0,3%	100,0%
	TOTALE	323.434.951,96	100,0%	

Dispositivi per autodeterminazione della glicemia, della chetonuria, della chetonemia e per somministrazione di insulina

La spesa sostenuta dal SSR nell'anno 2012 per i dispositivi in argomento è stata pari a 46,8 milioni di Euro al netto dell'IVA, con un trend in costante aumento rispetto agli anni precedenti, determinato soprattutto dall'incremento dell'incidenza dei nuovi casi di diabete mellito nella popolazione veneta, con conseguente aumento del numero totale di dispositivi prescritti e distribuiti. Nel 2012 la Regione del Veneto ha attivato un nuovo flusso informativo della spesa, mediante l'istituzione di un cruscotto informatizzato regionale, alimentato direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali, che consente di monitorare mensilmente la spesa sostenuta per l'erogazione di questi prodotti attraverso le farmacie aperte al pubblico.

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).

240

La rilevazione dei costi e della spesa legati all'erogazione dell'Assistenza protesica viene effettuata annualmente attraverso un flusso cartaceo (punto AN1 del questionario sulla verifica degli adempimenti LEA) in cui le Aziende Sanitarie trasmettono alla Regione la spesa suddivisa per elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore tariffario. Il dato complessivo di spesa regionale per l'anno 2011 è stato di circa 90,8 milioni di euro, di cui 35 milioni circa sono stati spesi per l'acquisizione di ausili contenuti nell'elenco 1 ovvero di dispositivi costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato. I restanti 50,9 milioni sono stati spesi invece per l'acquisizione di dispositivi contenuti sia nell'elenco 2 che nell'elenco 3 ovvero di 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.

In virtù dell'inserimento a livello nazionale del tetto di spesa per l'acquisizione dei dispositivi medici (di cui Legge 135/2012 art.15, comma 13 lettera F) la Regione del Veneto con delibera della Giunta Regionale n. 2864 del 28/12/2012 ha fissato per l'assistenza protesica una spesa per assistibile pari a euro 15,00 (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.

Attivazione di un cruscotto informatizzato regionale sull'assistenza protesica

Al fine di monitorare e governare la spesa per l'assistenza protesica è in corso di attivazione un cruscotto informatizzato regionale che consenta la rilevazione mensile della spesa per l'assistenza protesica sostenuta dalle aziende sanitarie suddivisa per spesa ausili contenuti nei tre elenchi del nomenclatore e per quelli extra elenchi (ovvero non riconducibili ai citati elenchi- art.1 comma 6 DM 332/99) opportunamente separata da quella relativa ai servizi accessori non riconducibili.

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. Con DGR n. 2661 del 12 settembre 2009 la Giunta ha altresì deliberato quale livello aggiuntivo Regionale l'erogazione dei prodotti dietetici a proteici a favore di soggetti affetti da Insufficienza Renale Cronica in trattamento conservativo. Nel 2012 la Regione Veneto ha attivato il monitoraggio della spesa relativa a questi prodotti, mediante l'istituzione di un cruscotto informatizzato regionale, alimentato direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali, consentendo di ottenere il monitoraggio mensile della spesa sostenuta per l'erogazione di questi prodotti attraverso le farmacie aperte al pubblico. Nel 2012 la spesa regionale è stata di circa 15 milioni di Euro, di cui l'89% (13,3 milioni di Euro) per alimenti per celiaci.

241

Principali riferimenti normativi e deliberativi

I riferimenti normativi e deliberativi, data la particolarità dell'Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici sono citati nel testo del capitolo. Per consultare i diversi testi si rinvia alle pagine web di seguito citate.

Approfondimenti

Area dedicata all'[Assistenza farmaceutica](#) all'interno del Portale Internet della Regione del Veneto.

AA.VV., [Dispositivo-Vigilanza nella Regione del Veneto. Primo rapporto regionale relativo alle segnalazioni di incidente/mancato incidente nel periodo 2007-2010](#), Venezia: Pubblicazione a cura del Servizio Farmaceutico della Regione del Veneto, 2011.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
 Servizio Farmaceutico
 Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
 Telefono: 041 2793412 - Fax 041 2793468
 e-mail: servizio.farmaceutico@regione.veneto.it

7. Le aree di intervento sociale

7.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 1.4 Potenzialità delle strutture socio-sanitarie sottoparagrafo 1.4.2 Le strutture residenziali socio-sanitarie. Pagina 29. Paragrafo 2.3 Un piano integrato per lo sviluppo del sistema. Paragrafo 2.4 Un patto con una Comunità competente e partecipe. Pagina 38. Paragrafo 3.1 Assistenza Territoriale Sottoparagrafi. 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale. 3.1.3 La filiera dell'assistenza territoriale. Pagine 50-58. Paragrafo 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario. Sottoparagrafi 3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari. Pagine 96-98. 3.5.4 Area anziani. Pagina 102. Paragrafo 4.3 Azioni per la valorizzazione delle risorse umane. Pagine 122-123. L'integrazione socio-sanitaria caratterizza il Sistema Socio Sanitario regionale sin dalla sua nascita. Questa fondamentale scelta strategica viene confermata e rafforzata dal Piano Socio Sanitario.

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 di opere rivolte al sociale in senso lato, anche attraverso contributi ed 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 di Promozione Sociale, organismi della cooperazione, fondazioni, enti di patronato).

Il nuovo Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 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".

La politica sociale e socio-sanitaria del territorio infatti può essere perseguita con efficacia soltanto mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale che a vario titolo intervengono nella progettazione, nel finanziamento e nella realizzazione degli interventi del sistema integrato territoriale. La legislazione nazionale e quella regionale prevedono l'impegno degli enti locali e delle regioni nel riconoscere ed agevolare il ruolo dei soggetti della comunità locale, sostenendo la valorizzazione delle diverse responsabilità non solo per garantire legittimazione alle scelte e maggiore condivisione delle risorse necessarie alla loro attuazione, ma come sostanziale applicazione del principio che l'intera comunità locale è chiamata a rendersi responsabile del proprio

sviluppo, in una logica di sussidiarietà e di condivisione delle responsabilità ai diversi livelli.

La Regione del Veneto riconosce ed agevola la partecipazione degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti privati accreditati, delle organizzazioni sindacali, degli enti riconosciuti, delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore per la programmazione, l'organizzazione e la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nel processo di programmazione locale inoltre è stimolata la partecipazione di altri attori locali interessati al sistema dei servizi socio-sanitari del territorio, quali associazioni di categoria, associazioni produttive, imprese ed altre organizzazioni che abbiano un interesse allo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

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).

Le Cooperative sociali sono organizzazioni senza scopo di lucro che cercano di coniugare imprenditorialità e solidarietà sociale per raggiungere l'obiettivo per cui esistono ed

operano: "le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini" (art. 1 della Legge 381/1991). Le caratteristiche che contraddistinguono le Cooperative sociali sono: la gestione democratica e partecipata; la piccola dimensione; il radicamento nel territorio di appartenenza; la specializzazione in ambito di intervento; la valorizzazione delle risorse umane; la collaborazione e integrazione tra cooperative. Tutto ciò costituisce un modello efficace nella produzione di servizi alla persona, un modello che sa coniugare l'aspetto economico-finanziario con la domanda di coinvolgimento dei cittadini nella definizione dei propri bisogni e nella produzione di servizi atti a soddisfare tali bisogni.

Oggi in Veneto le cooperative sociali iscritte all'Albo regionale, previsto dalla Legge 381/1991 e stabilito con la LR 23/2006, sfiorano le 790 unità, un dato in costante crescita anche nell'ultimo biennio nonostante la crisi che affligge tutti i settori.

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, si è assistito ad un proliferare di piccole associazioni impegnate a garantire servizi leggeri per favorire l'inclusione sociale, la valorizzazione e l'assistenza alla persona e per combattere fenomeni di disagio socio-economico.

La logica che sta alla base del loro operare è quella della condivisione e della collaborazione in rete sul territorio, ponendo particolare attenzione alle persone e alle relazioni, alle emergenze sociali, alla promozione umana.

La Legge 11 agosto 1991, n. 266, legge quadro sul volontariato, ha posto la sua attenzione sulla figura del volontario e su quella del sodalizio che ne organizza l'attività. La legge sottolinea il carattere prevalente e determinante delle prestazioni personali, volontarie e gratuite degli aderenti. Infatti, l'attività del volontariato non può essere retribuita in alcun modo, nemmeno dal beneficiario; al volontario possono essere solo rimborsate le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata entro limiti preventivamente stabiliti dalle organizzazioni stesse.

Uno dei punti fondamentali della legge in esame è rappresentata dall'istituzione e dalla tenuta dei registri delle Organizzazioni di Volontariato (OdV), compito affidato alle Regioni e alle Province autonome. L'iscrizione nei registri è condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici, per stipulare le convenzioni e per poter godere dei benefici fiscali previsti dalla Legge 266/91 per le organizzazioni di volontariato. Ad oggi le organizzazioni iscritte al Registro, di cui all'articolo 4 della Legge regionale 30 agosto 1993, n. 40, sono n. 2.398, così suddivise:

- 43,5% sono impegnate 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% circa operante 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% operano concretamente nella salvaguardia e valorizzazione dell'ambiente e dei processi ecologici a garanzia della salute del cittadino.

La Legge 7 dicembre 2000, n. 383 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 nei registri delle organizzazioni di volontariato.

Le associazioni di promozione sociale si caratterizzano per una valenza mutualistica dei servizi erogati, anche se è indubbio che oggi le associazioni non si limitino solamente alla mera soddisfazione degli interessi e dei bisogni degli associati, ma abbiano sviluppato una forte apertura al sociale operando promozioni della partecipazione e della solidarietà attiva. Le associazioni iscritte al Registro regionale, istituito con l'articolo 43 della Legge regionale 13 settembre 2001, n. 27, sono attualmente 1.412, delle quali il 30% circa sono a rilevanza sociale in quanto operano negli ambiti educativo-ricreativo, assistenziale e tutela della dignità umana.

Le IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza) 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. Sin dalle origini perciò le IPAB furono caratterizzate dall'intrecciarsi di una disciplina pubblicistica, contraddistinta dal controllo in sede di vigilanza e tutela, con una permanenza di elementi privatistici, incentrati sul rispetto della volontà dei fondatori e sulla notevole rilevanza delle norme statutarie. Con il passare degli anni e l'evoluzione dell'ordinamento giuridico, che hanno portato all'assunzione di una maggiore caratterizzazione pubblica nell'ambito di una generale visione di tutela dei diritti della persona, le IPAB hanno mantenuto un proprio autonomo ruolo, qualificandosi come il

fulcro portante del sistema Veneto dei soggetti erogatori di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, operando in modo diretto ma anche affiancando gli enti istituzionalmente preposti. 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.

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.

Per quel che concerne nello specifico l'organizzazione degli interventi socio-sanitari, è necessario ricordare che la Regione del Veneto ha promosso, fin dalle origini del Sistema Socio Sanitario regionale, la gestione associata delle prestazioni sociali e socio-sanitarie. Infatti già la Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, all'articolo 6, comma primo, prevedeva la delega all'Azienda ULSS per le prestazioni sociosanitarie e per tutti i servizi che richiedono la maggiore integrazione sociosanitaria. Nel contempo la Legge regionale

14 settembre 1994, n. 56, stabiliva che la *"Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario"*.

Tale statuizione è stata poi ribadita nella Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, all'articolo 130, comma terzo, laddove si legge che *"Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale promuove la delega da parte dei Comuni alle ULSS anche mediante l'utilizzo delle risorse nel fondo sociale regionale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al comma 2 lettera b) dell'articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché della gestione dei servizi sociali"*.

Nelle linee guida per la predisposizione dei piani di zona dei servizi sociali, per il quinquennio 2011/2015, è stato espressamente previsto che l'integrazione gestionale, è *"... promossa nel territorio attraverso azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale già prevista dall'art. 4 della Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, mediante il ricorso alle diverse modalità gestionali previste dalla normativa nazionale e regionale e richiamate di seguito. La promozione della gestione unitaria su base distrettuale deve permettere l'identificazione delle specificità del territorio garantendo una unitarietà di risposta nell'ambito territoriale del piano di zona"* (Allegato A alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 157 del 26 gennaio 2010).

Le possibili procedure per la gestione delle suddette funzioni, previste dalle linee guida sui piani di zona 2011/2015, sono, oltre alla delega dei Comuni all'Azienda ULSS, le seguenti:

- l'attivazione di forme associative tra comuni (consorzi, unioni di comuni, comunità montane);
- la convergenza verso il comune capofila del distretto.

Infine, *"la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale ..."* è stata individuata quale obiettivo strategico della futura programmazione socio-sanitaria, anche nel PSSR 2012/2016.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge 11 agosto 1991, n. 266](#), recante: "Legge-quadro sul volontariato".

[Legge 7 dicembre 2000, n. 383](#) recante: "Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale".

[Legge regionale 30 agosto 1993, n. 40](#) recante: "Norme per il riconoscimento e la promozione delle Organizzazioni di Volontariato".

[Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55](#) recante: "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità Locali Socio Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere in attuazione del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

[Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56](#) recante: "Norme e principi per il riordino del Servizio Sanitario Regionale in attuazione del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

[Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5](#) recante: "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998".

[Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11](#) recante: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112".

[Legge regionale 13 settembre 2001, n. 27](#) recante: "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa – Collegato alla Legge Finanziaria 2001" Art. 43 – Istituzione del registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 157 del 26 gennaio 2010](#) "Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona"

Approfondimenti

AA.VV., *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.2 Area della famiglia, minori, infanzia, adolescenza, giovani

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.1 Assistenza Territoriale. Sottoparagrafo 3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale. Pagina 45. Pragrafo 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario. Sottoparagrafo 3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani. Pagine 99-102. La famiglia è al centro delle politiche sociali e socio-sanitarie della Regione del Veneto. Il Piano Socio Sanitario riafferma la validità di un percorso che segue la famiglia lungo il suo ciclo di vita.

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, al consolidamento, alla 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.

La Regione del Veneto persegue la realizzazione di un'organica ed integrata politica di sostegno alla famiglia e riconosce quali soggetti di diritto a pieno titolo anche i minori di età e propone obiettivi e risorse destinati alla genitorialità, investendo sullo sviluppo di varie aree. In generale nell'ambito di quest'area si individuano le seguenti sotto-aree:

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: casa, lavoro, trasporti, servizi, tempo libero, orari, assistenza, cura, sostegno e protezione, in cui la famiglia diventa di diritto soggetto attivo e propositivo. La finalità è la realizzazione di una programmazione complessiva per attuare una politica di valorizzazione e sostegno delle diverse "funzioni sociale, riproduttiva, educativa, economica che la famiglia assolve nella società", nell'ambito di una strategia complessiva capace di innovare realmente le politiche per la famiglia e creare i presupposti per un territorio sensibile verso tali tematiche. Attraverso progettualità diverse: si attivano processi "Audit Famiglia e Lavoro", grazie ai quali si creano le condizioni per realizzare tempi, spazi e modalità utili per la conciliazione; si determina 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 2012 il sistema Nido in famiglia ha raggiunto i seguenti risultati: 31 corsi attivati; 272 Nidi in Famiglia attivi in tutto il territorio regionale (distribuiti a livello provinciale: 8 Belluno, 52 Padova, 6 Rovigo, 75 Treviso, 45 Venezia, 55 Verona, 31 Vicenza); 404 Collaboratori educativi regolarmente iscritti agli elenchi regionali; 38 Organizzatori; circa 1.000 bambini ospitati.

Per quanto riguarda l'Audit si rileva:

- l'avvio del Piano di formazione per auditori; l'avvio della campagna di sensibilizzazione 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).

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 138 sedi (di cui 111 pubbliche afferenti alle 21 Aziende ULSS e 27 private-autorizzate). Sono dotati di équipe multi-professionali.

Nel periodo di riferimento sono stati 741 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 (44,6%);
- "l'educazione socio affettiva e sessuale" (22,9%);
- "il percorso 0-3" (16%).

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 e mediazione familiare).

In riferimento all'area delle prestazioni sanitarie di assistenza diretta, si rileva che sono state erogate complessivamente 606.286 prestazioni, di cui 463.625 nell'area sanitaria e 142.661 nell'area psicologica-sociale.

Nel 2011 sono stati 114.939 gli utenti che si sono rivolti ai consultori familiari pubblici, di cui 99.386 donne, pari al 86,5 %, e 15.553 uomini, pari al 13,5 %.

La Regione del Veneto, inoltre, ha dato piena realizzazione al Progetto di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento abuso e sfruttamento sessuale di minori (delibere n. 4236/2003 e n. 4245/2003), in linea con la normativa regionale (DGRV n. 3792 del 2002 sui Livelli Essenziali di assistenza) e nazionale (Legge 3 agosto 1998 n. 269), istituendo cinque Centri provinciali ed interprovinciali di

protezione e cura per Interventi di assistenza e recupero terapeutico dei minori vittime di abuso e della loro famiglia, dotati di personale altamente formato e specializzato come di seguito indicati:

- Centro "Il Germoglio" - Fondazione S. Maria Mater Domini (Provincia di Venezia);
- Centro "I Girasoli" Azienda ULSS n.16 di Padova (Padova e Rovigo);
- Centro "Il Tetto Azzurro" – Associazione Telefono Azzurro (Treviso e Belluno);
- Centro "L'Arca" Azienda ULSS n.6 di Vicenza – (Provincia di Vicenza);
- Centro "Il Faro" Azienda ULSS n.20,21,22- (Verona).

Si tratta di centri specialistici di II livello, il cui obiettivo generale è quello di integrare, attraverso interventi specialistici di secondo livello, il progetto dei servizi e delle istituzioni a protezione dei bambini e ragazzi e delle loro famiglie, quando coinvolti in situazioni di abuso sessuale e grave maltrattamento.

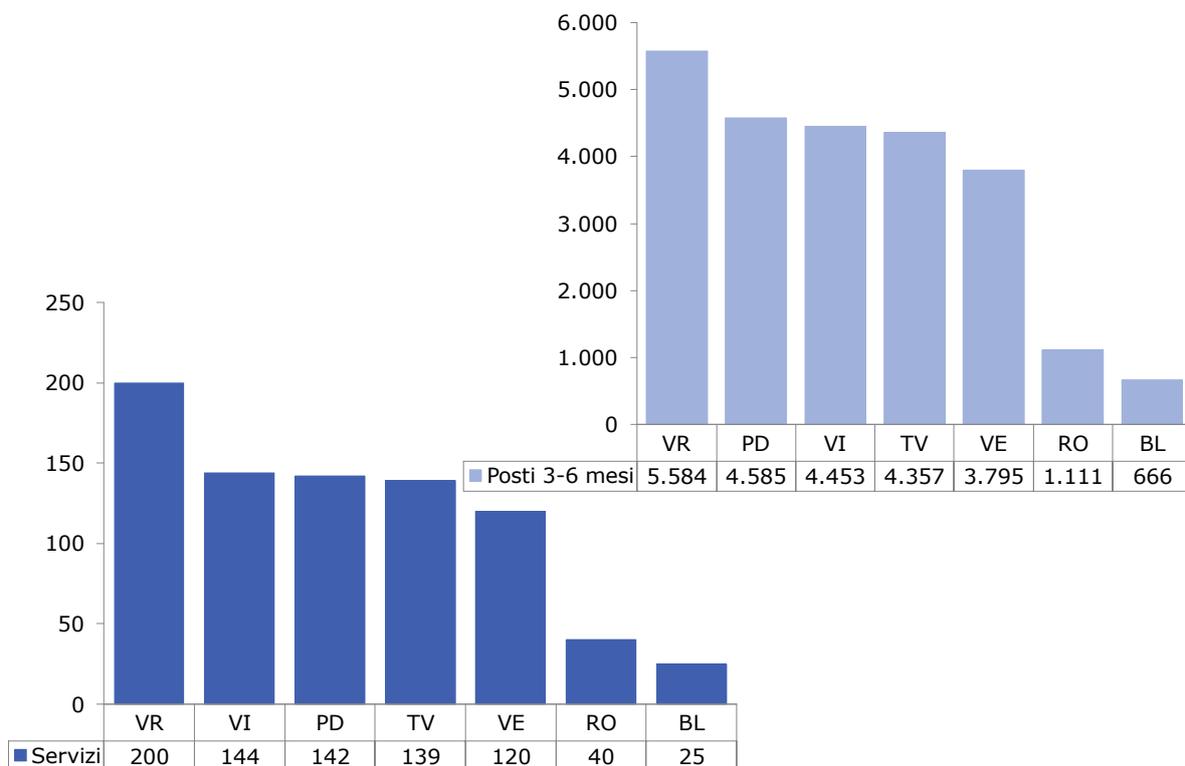
Le attività in sintesi sono finalizzate a: promuovere azioni di sensibilizzazione e formazione del territorio di riferimento; offrire consulenza agli operatori dei servizi territoriali; predisporre e realizzare i necessari interventi terapeutici per i minori che hanno vissuto situazioni di abuso o di grave maltrattamento e per i loro familiari.

Area Prima Infanzia

Dal 2000 al 2012, il numero di posti disponibili in servizi alla prima infanzia è quasi triplicato, aumentando del 218% e passando da 8.813 posti del 2001 ai 28.053 di oggi.

I servizi per la prima infanzia nella Regione del Veneto ad oggi effettivamente funzionanti sono 810 e possono accogliere un totale di 24.551 bambini. La distribuzione dei servizi per tipologia e provincia sono riassunti nelle tabelle e nelle figure che seguono:

Tabella 7.1 Numero di servizi e posti per tipologia. Veneto Maggio 2012 (Fonte: Regione del Veneto)		
Tipologia	Servizi	Posti 3-6 mesi
Asili Nido	245	11.309
Nidi Integrati	312	6.909
Centri Infanzia	55	1.836
Micronidi	164	3.466
Nidi Aziendali	34	1.031
Totale	810	24.551

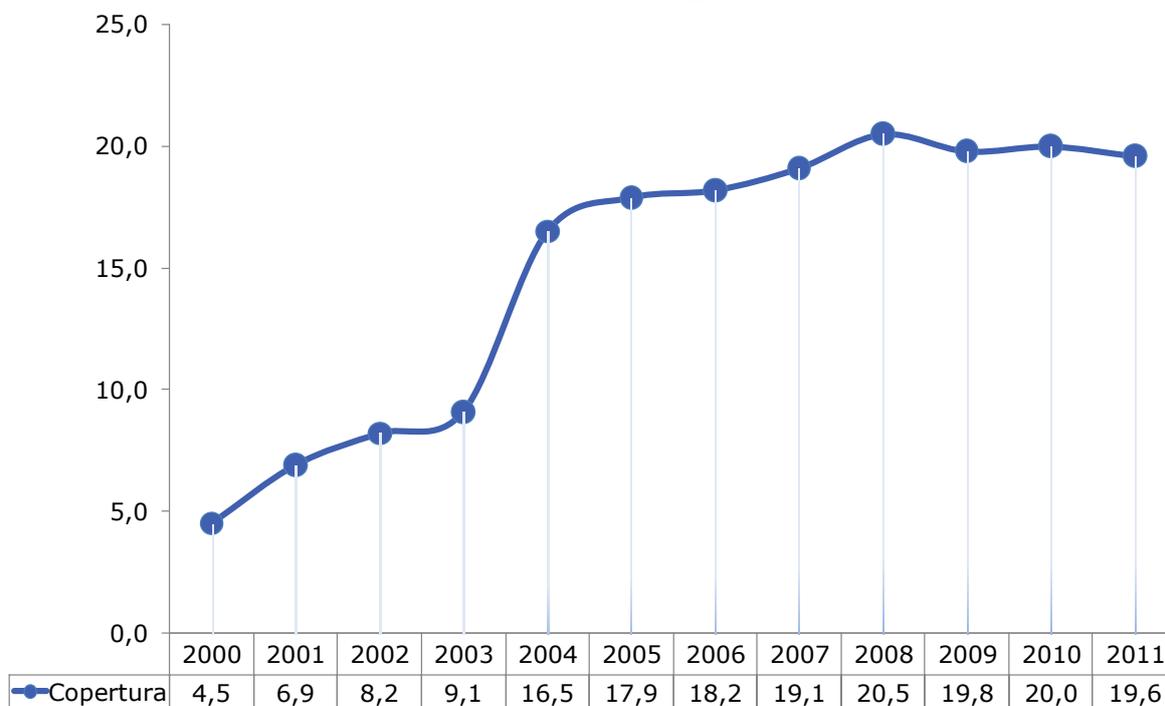
Figura 7.1 Numero di servizi e posti per Provincia. Veneto Maggio 2012
(Fonte: Regione del Veneto)

Considerando, invece, anche i servizi approvati, ma non ancora funzionanti (150 servizi per 3.212 posti) e le domande presentate nel 2010 in conto capitale (7 nuovi servizi per 290 posti), i servizi autorizzati dalla Regione del Veneto diventano 967 per un totale di posti potenziale pari a 28.053.

Tabella 7.2 Numero e capienza dei servizi autorizzati dalla Regione Veneto per tipologia e provincia. Veneto Maggio 2012 (Fonte: Regione del Veneto)													
Provincia	Asili nido		Nidi integrati		Centri infanzia			Micronidi		Nidi aziendali		Totali provinciali	
	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti 12-36 mesi	posti 3-6 anni	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti 12-36 mesi
BL	5	229	10	218	2	58	40	8	150	0	0	27	724
PD	54	2.326	58	1.365	20	745	1.497	48	1.039	5	170	186	5.676
RO	13	510	28	501	6	230	315	3	58	0	0	51	1.339
TV	36	1.628	54	1.349	24	845	1.172	34	637	3	64	163	4.904
VE	54	2.348	48	928	5	115	195	27	598	6	190	142	4.228
VI	51	2.393	68	1.567	1	31	180	36	697	1	18	162	4.876
VR	64	2.892	87	1.674	9	221	274	66	1.196	4	133	236	6.306
Totale	277	12.326	353	7.602	67	2.245	3.673	222	4.375	19	575	967	28.053

Questo dato confrontato con la popolazione 0-2 anni evidenzia un grado di copertura del 19,6%. 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 7.2 Grado di copertura dei Servizi per la prima infanzia. Veneto Anni 2000-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



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.

Area Tutela Minori

La Regione del Veneto, nell'ambito della tutela dei minori, è 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. Anche a fronte di un corpus normativo internazionale, nazionale e regionale in evoluzione, dei notevoli cambiamenti intervenuti nella struttura sociale e demografica e della crescente complessità delle situazioni in carico, si rende più che mai necessaria l'attivazione di progetti di cura e protezione sempre più idonei, personalizzati e attenti alle necessità e peculiarità delle situazioni dei bambini e dei ragazzi allontanati o a rischio di allontanamento dalla propria famiglia.

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, consolidamento e sviluppo efficace dei processi di de-istituzionalizzazione. L'adozione nella Regione Veneto è un fenomeno sociale importante e al quale, in linea con la normativa nazionale di riferimento (Legge 184/1983 modificata dalle Legge 476/98 e dalla Legge 149/01), è stata profusa una particolare attenzione che ha portato nel tempo alla costruzione del cosiddetto "*Sistema Veneto Adozioni*". Sono state attivate 26 équipe 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 psico-sociali sugli aspiranti genitori adottivi e di vigilare sugli inserimenti adottivi su mandato del Tribunale per i Minorenni.

I protocolli operativi previsti dalla normativa nazionale succedutisi negli anni (l'ultimo siglato nel 2012, DGRV n. 2497 del 29 dicembre 2011) hanno visto il coinvolgimento della Regione, 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. Si tratta di un 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. 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 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. L'attività di sostegno svolta nel post adozione si concretizza inoltre mediante la realizzazione di interventi psico sociali individuali (consulenze), di gruppo (gruppi di genitori adottivi) e sulla promozione di iniziative di formazione.

I dati mostrano che nel corso del 2011 si sono realizzati 70 corsi di informazione e sensibilizzazione su tutto il territorio regionale tenuti dai servizi territoriali. Le coppie partecipanti sono state 446 (quasi 1000 persone), mentre i colloqui informativi si sono attestati a 684. Le équipe adozioni dei consultori familiari regionali hanno inoltre concluso 651 studi di coppia su mandato del Tribunale per i Minorenni a fronte di una richiesta complessiva di 671. È inoltre da segnalare il numero complessivo di minori che sono stati seguiti dalle équipe adozioni: 725. Nel corso del 2011 sono stati adottati un totale di 402 minori per l'80% con l'adozione internazionale. I dati del Tribunale per i Minorenni di Venezia relativi al 2011 mostrano un totale di 1.113 dichiarazioni di disponibilità presentate (il 62,2% relativi all'adozione nazionale ed il 37,7% relative all'internazionale). Per quanto riguarda l'adozione internazionale, il Veneto nel 2011 è stata la terza regione italiana per numero di coppie adottive (291) ed ha accolto 324 minori da paesi stranieri.

258

Area Politiche Giovanili

Le politiche giovanili regionali sviluppano nel corso degli anni 2011 e 2012 la seconda e 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 2011 e nel 2012 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 e II) 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" rappresenta 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 2011 e 2012, tenendo come fulcro le opportunità offerte dai bandi regionali e dialogando, nell'edizione del 2012, in modo privilegiato con il mondo della scuola. La partecipazione è stata significativa in entrambe le edizioni con circa 500 partecipanti al primo evento e 1175 partecipanti all'edizione successiva, di cui 882 espressione delle istituzioni scolastiche.

L'azione E, attraverso le due 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 Creartivamente Impresando*, 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. Negli specchietti riportati nella tabella successiva, si forniscono alcuni dati di sintesi sui bandi relativi alle due annualità dell'APQ.

Tabella 7.3 APQ Dati di di sintesi bandi - Anni 2011 - 2012 (Fonte: Regione del Veneto)			
Bando	APQ Seconda Annualità DGR 1179/2011		APQ Terza Annualità DGR 1908/2012*
	Domande presentate	Progetti finanziati	Domande presentate
Crea-lavoro: creatività giovanile per il Veneto del nuovo sviluppo*	335	22	246
Analisi, studio e diffusione di opere culturali e multimediali giovanili*	71	1	29
Giovani, cittadinanza attiva e volontariato*	89	78	89
Fiori di parole in musica - Omaggio delle giovani generazioni ad un grande poeta veneto			17
Totale	495	101	381

* per i primi tre bandi si tratta della seconda edizione

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge 3 agosto 1998, n. 269](#) recante: "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù".

[Legge regionale 25 marzo 1977, n. 28](#) recante: "Disciplina dei Consulenti Familiari".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 4192 del 18 dicembre 2007](#) "Approvazione dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1179 del 26 luglio 2011](#) "Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto" - Attuazione seconda annualità".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1908 del 18 settembre 2012](#) "Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto" - Approvazione progetto di attuazione della terza annualità e ridefinizione obiettivi progettuali della seconda annualità".

Approfondimenti

AA.VV., *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Sito Internet dedicato al [progetto Audit Famiglia&lavoro](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.3 Area Anziani

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario. Sottoparagrafo 3.5.4 Area anziani. Pagine 102-103. L'invecchiamento della popolazione pone all'attenzione del decisore politico alcune problematiche che attengono alla qualità della vita in età anziana. Il Piano Socio Sanitario individua quale priorità la promozione della permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente.

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.

Per quanto riguarda il 2011 e il 2012 l'attività di riferimento dell'Area della domiciliarità si è concretizzata attraverso: l'assegnazione di cura per persone non autosufficienti (che costituisce uno degli strumenti attivati dalla Regione del Veneto e posti a disposizione dei cittadini e degli Enti Locali per il sostegno dei progetti di domiciliarità delle persone in condizioni di non autosufficienza); l'Assistenza Domiciliare; il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo. Anche le strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti rappresentano 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.

Contesto e nodi critici

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. Nel corso del tempo, 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. Il sistema della domiciliarità, dalla emanazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 39 del 17 gennaio 2006, è andato consolidandosi come un modello organizzativo di prestazioni e di servizi, alla cui realizzazione partecipano i diversi soggetti istituzionali (Comuni, Aziende ULSS, Regione):

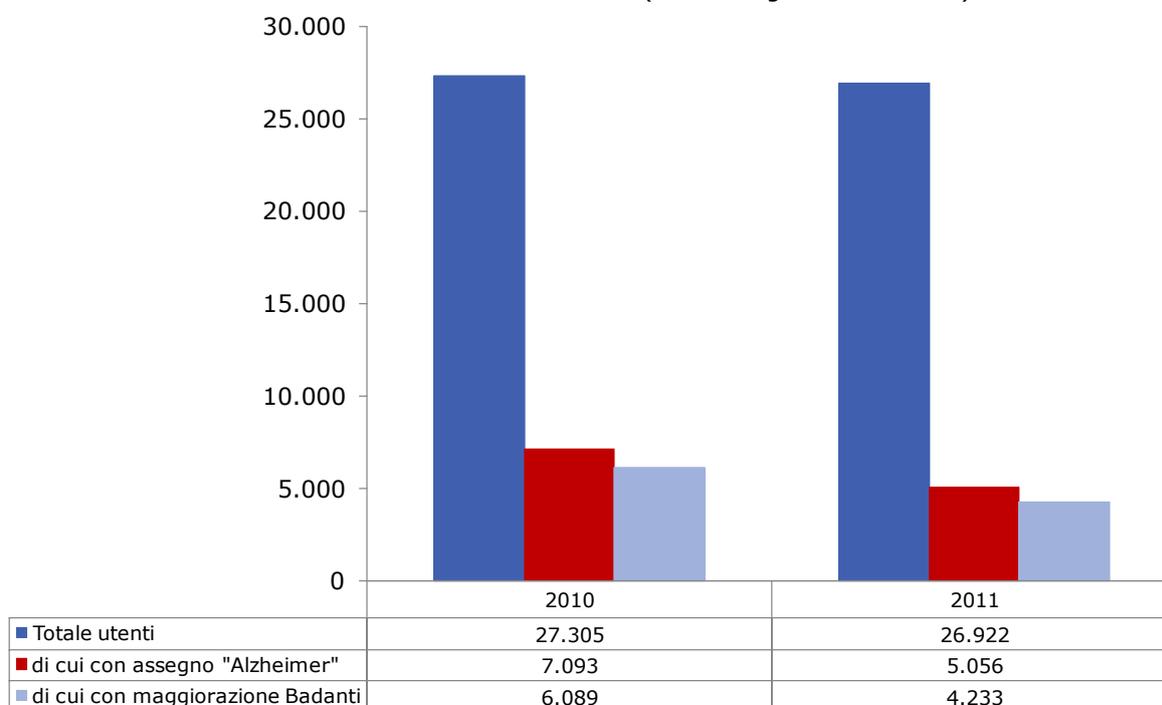
i punti di forza sono la valutazione multidimensionale, l'integrazione sociosanitaria e la centralità del distretto sociosanitario. Le azioni prioritarie da realizzare nel sistema della domiciliarità sono: sviluppare il sistema di offerta di servizi attraverso interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia; interventi di sostegno economico; interventi di sollievo alla famiglia; elaborare e attuare, da parte dei Comuni e delle Aziende ULSS, i contenuti dello strumento di programmazione locale all'interno del singolo Piano di Zona, finalizzato a pianificare gli interventi e definire i progetti integrati. Le criticità riguardano, in particolare, il rischio della settorializzazione degli interventi: da più parti si rileva la non omogenea presa in carico unitaria della persona per la definizione di un unico piano individualizzato di assistenza.

Il sistema della domiciliarità: Aree prioritarie di intervento

Per quanto riguarda il 2011 e il 2012 l'attività di riferimento dell'Area della domiciliarità si è concretizzata attraverso:

- l'assegno di cura per persone non autosufficienti;
- l'Assistenza Domiciliare;
- gli interventi per il sollievo alle famiglie che assistono persone non autosufficienti;
- il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo.

Figura 7.3 Assegno di cura per persone non autosufficienti*. Numero dei beneficiari. Veneto - Anni 2010-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



* L'assegno di cura, che ha sostituito, ricomprendendoli, diversi tipi di contributo economico precedenti, ha preso avvio nella Regione del Veneto con l'anno 2007.

L'assegno di cura per persone non autosufficienti costituisce uno degli strumenti attivati dalla Regione del Veneto e posti a disposizione dei cittadini e degli Enti Locali per il sostegno dei progetti di domiciliarità delle persone in condizioni di non autosufficienza. Tra il 2010 e il 2011, come si vede nel grafico precedente, sono circa 27.000 gli utenti, in prevalenza anziani, che hanno ricevuto l'assegno di cura.

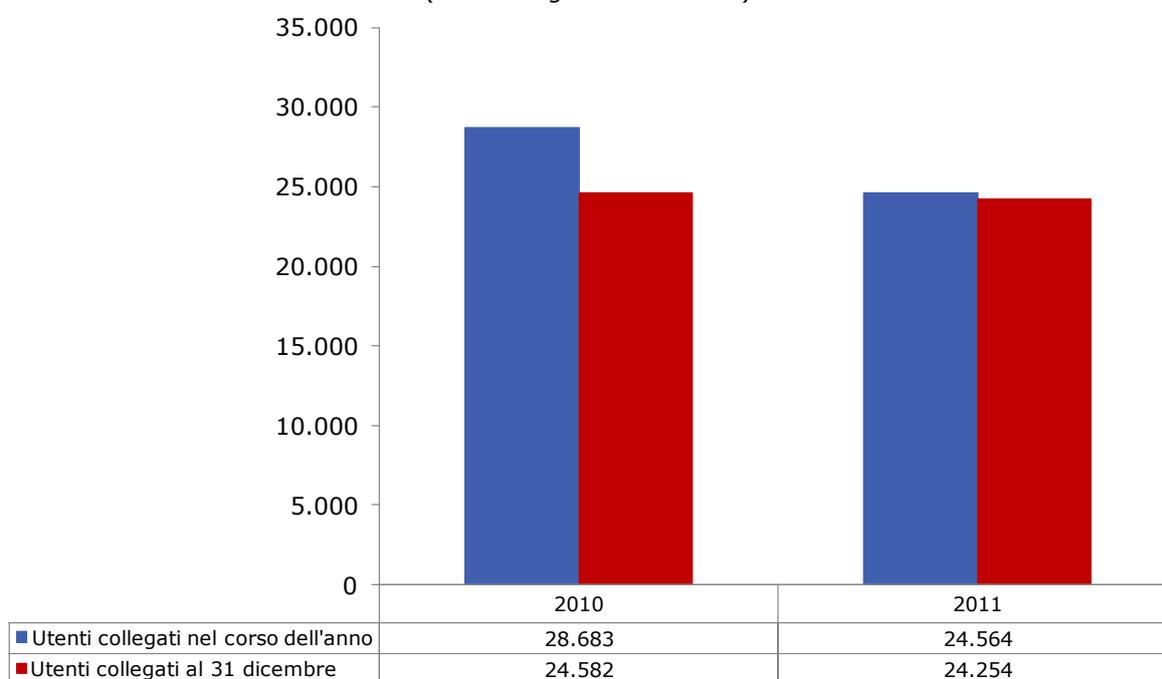
L'Assistenza Domiciliare è un modulo assistenziale assicurato dai Comuni e dalle Aziende ULSS in base al quale, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, si realizza a domicilio del paziente, di qualsiasi età, un progetto assistenziale limitato o continuativo nel tempo. La Regione sostiene la realizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) contribuendo alla spesa dei Comuni (ovvero degli enti da essi delegati, quali comunità montane, unioni di comuni, Aziende ULSS) per gli operatori sociali, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari, coinvolti nella realizzazione degli interventi integrati. I beneficiari sono persone di tutte le età, prevalentemente anziane o disabili. Gli utenti nel corso degli anni di riferimento sono stati rispettivamente 16.536 per il 2010 e 15.981 per il 2011.

Gli interventi per il sollievo alle famiglie che assistono persone non autosufficienti. Gli interventi di sollievo sono rivolti alle persone disabili e alle persone anziane e sono realizzati sulla base di specifici programmi locali definiti dalle Conferenze dei Sindaci. Essi comprendono principalmente due forme di intervento: il buono servizio e l'assegno di sollievo. Nel corso degli anni è emersa la necessità di definire le risorse effettivamente utilizzate dalle Aziende per tale specifico intervento prevedendo, nella predisposizione del riparto del fondo per la non autosufficienza, una precisa indicazione degli importi a ciò destinati. Nelle relazioni dei Piani di Zona, infatti, sono emerse delle difficoltà di individuare l'effettivo utilizzo delle risorse per il sollievo rispetto agli interventi nell'area della non autosufficienza. Pertanto con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 2038 del 8 ottobre 2012 si è provveduto a definire detto contributo in modo preciso.

Il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo. La Regione del Veneto da anni svolge nuove funzioni e scelte politiche per i servizi socio-sanitari, tenendo conto delle nuove tecnologie sempre più sofisticate e capaci di dare risposte, in tempo reale, a una molteplicità di bisogni. 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 il servizio si è dimostrato utile soprattutto per evitare il ricovero in strutture residenziali.

Figura 7.4 Numero degli utenti collegati in corso d'anno al servizio di Telesoccorso-Telecontrollo. Veneto - Anni 2010-2011
(Fonte: Regione del Veneto)



Residenzialità e semiresidenzialità

Il mantenimento del soggetto fragile anziano nel proprio contesto di vita ha rappresentato la scelta privilegiata. 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 1.133 posti in 88 centri diurni per persone anziane non autosufficienti, dei quali il 46% circa ha concluso il procedimento di accreditamento ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.

Tabella 7.4 Area Persone Anziane: Numero Unità di Offerta (UDO) e posti autorizzati all'esercizio distinti per Unità di Offerta. Veneto dati al 31/12/2011 (Fonte: Regione del Veneto)

Aziende ULSS	Residenzialità primo livello		Residenzialità secondo livello		Sezione Alta Protezione Alzheimer		Stati Vegetativi Permanenti	
	Numero UDO	Posti Autorizzati	Numero UDO	Posti Autorizzati	Numero UDO	Posti Autorizzati	Numero UDO	Posti Autorizzati
01-Belluno	13	380	3	74	1	0	1	0
02-Feltre	16	833	3	66	1	10	0	0
03-Bassano del Grappa	19	1011	6	268	1	10	1	8
04-Alto Vicentino	15	330	6	95	1	0	1	0
05-Ovest Vicentino	16	930	8	322	1	10	1	0
06-Vicenza	23	561	11	48	0	0	1	0
07-Pieve di Soligo	16	1241	5	192	1	10	2	10
08-Asolo	12	729	9	174	1	10	2	12
09-Treviso	28	1589	8	236	1	15	2	6
10-Veneto Orientale	8	486	6	109	1	10	2	14
12-Veneziana	16	703	15	227	1	0	3	12
13-Mirano	8	443	5	67	1	10	2	8
14-Chioggia	5	147	1	24	0	0	0	0
15-Alta Padovana	10	678	7	192	2	20	2	16
16-Padova	25	1.786	10	634	0	0	2	30
17-Este	8	253	6	128	1	0	0	0
18-Rovigo	11	976	5	162	1	10	1	4
19-Adria	6	329	2	24	0	0	1	4
20-Verona	35	1.690	14	279	0	0	2	0
21-Legnago	16	460	3	64	1	0	0	0
22-Bussolengo	26	1.367	8	177	0	0	1	12
Totale	332	16.922	141	3.562	16	115	27	136

L'elevata professionalità dei Centri di servizi del Veneto (359 centri di servizi, di cui 22 dedicati solo alla semiresidenzialità) si è caratterizzata, negli ultimi anni, per la capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione anziana tanto da consentire una riduzione dei posti letto nelle lungodegenze e geriatrie ospedaliere.

Nel contesto veneto, queste strutture si sono qualificate mediante i processi di autorizzazione e accreditamento della Legge regionale 22/2002 e offrono 332 unità di offerta (UdO) di livello assistenziale ridotto minimo, 141 UdO di secondo livello assistenziale, 16 sezioni di alta protezione Alzheimer, e 27 sezioni di stati vegetativi permanenti, per complessivi 20.735 posti letto autorizzati all'esercizio nel corso del 2011; di questi il 50% circa hanno concluso il procedimento di accreditamento. Nello stesso periodo il sistema dei servizi si è qualificato con 2.325 posti letto autorizzati all'esercizio per persone anziani autosufficienti.

Nel corso del 2012 è stato inoltre effettuato con le Aziende ULSS il censimento puntuale dei posti letto esistenti per anziani non autosufficienti, per cui l'ammontare complessivo dei posti letto al 31.12.2012 è risultato pari a 27.792.

Tabella 7.5 Offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani non autosufficienti rilevata al 31.12.2012. Esclusi i Centri Diurni (Fonte: Regione del Veneto)	
Aziende ULSS	Posti Esistenti
1 Belluno	939
2 Feltre	871
3 Bassano del Grappa	1.401
4 Alto Vicentino	1.183
5 Ovest Vicentino	1.576
6 Vicenza	1.934
7 Pieve di Soligo	1.326
8 Asolo	1.361
9 Treviso	2.374
10 Veneto Orientale	767
12 Veneziana	2.088
13 Mirano	784
14 Chioggia	246
15 Alta Padovana	982
16 Padova	2.574
17 Este	839
18 Rovigo	1.177
19 Adria	480
20 Verona	2.464
21 Legnago	1.064
22 Bussolengo	1.362
Totale	27.792

In relazione al fabbisogno, stimato sulla base della popolazione residente, sono state complessivamente programmate e assegnate alle Aziende ULSS, nell'anno 2011, 23.946 impegnative di residenzialità. 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%.

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.

Domiciliarità e residenzialità rappresentano risposte ai bisogni assistenziali della popolazione rivolti in modo particolare ai cittadini in situazione di fragilità che rischiano l'esclusione dal proprio contesto familiare.

Un importante impulso ha avuto quindi la valorizzazione, la promozione e il sostegno della domiciliarità quale ambito privilegiato per la realizzazione di azioni e interventi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie, in collaborazione tra enti locali, Aziende ULSS e soggetti del terzo settore, al fine di assicurare risposte integrate e appropriate ai bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari delle persone anziane e delle loro famiglie, attraverso la pianificazione regionale e locale dei sistemi della domiciliarità e della residenzialità e l'integrazione e la continuità assistenziale tra i due sistemi.

Fermo restando che la scelta da privilegiare rimane il mantenimento del paziente fragile al proprio domicilio, tuttavia, qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non lo consentano, la programmazione regionale si è posta come obiettivo strategico lo sviluppo dell'assistenza intermedia in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

267

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22](#) recante: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2038 del 8 ottobre 2012](#) "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2012 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Approfondimenti

AA.VV., *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Sito Internet dedicato al [progetto Audit Famiglia&lavoro](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.4 Area della Disabilità

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario. Sottoparagrafo 3.5.5 Area disabilità. Pagine 103-105. I bisogni legati alla condizione di disabilità sono particolarmente complessi. Il Piano Socio Sanitario individua quale obiettivo strategico della programmazione regionale l'integrazione nella comunità della persona con disabilità e la promozione dell'autonomia e quindi di vita, per quanto possibile, indipendente.

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" (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità) che considera aspetti caratterizzanti l'evoluzione del fenomeno disabilità e lo strumento informatico, che la Regione ha reso accessibile a tutte le Aziende ULSS.

Sono state tre le principali linee di intervento che si esplicano in percorsi domiciliari, che rappresentano azioni specifiche della programmazione regionale: interventi di Aiuto personale, a sostegno della persona e/o della sua famiglia, quali interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi, ecc; interventi per la Vita Indipendente; interventi di Promozione dell'autonomia personale, finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare la capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa. 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 Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Infine, sono state approvate linee di indirizzo regionali sull'autismo.

Nella Regione del Veneto l'obiettivo di costruire uno strumento specifico per la valutazione delle persone con disabilità risale ai tempi immediatamente successivi all'approvazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani SVAMA, avvenuta nel 1999, che risulta idonea per le situazioni delle persone anziane, ma inadeguata a rilevare e sintetizzare la quotidianità complessa delle persone con disabilità e delle loro famiglie e a consentire la formulazione di progetti individuali. Oggi, la nuova Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità (S.Va.M.Di) mantiene i suoi fondamenti nella struttura e nell'organizzazione concettuale dell'ICF, "International Classification of Functioning, Disability and Health" (Classificazione Internazionale del

Funzionamento, della Disabilità e della Salute), approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, ma vi aggiunge le potenzialità dei sistemi informatici unite alla volontà di porre al centro di qualsiasi intervento la persona. L'ICF è infatti uno strumento che consente l'utilizzo di un linguaggio comune e universale per tutte le istituzioni di ambito sanitario, socio-sanitario e sociale. La descrizione e classificazione dei fattori strutturali, funzionali, fisiologici, corporei e mentali che caratterizzano la persona e la loro interazione con fattori contestuali (ambientali ed individuali) che possono tradursi in elementi facilitanti o barriere alla partecipazione della persona alle attività quotidiane è, in tal senso, un indispensabile supporto per i team multi professionali che si occupano di queste tematiche. Tale paradigma, nelle linee di fondo, intercetta alcuni orientamenti espressi dal Piano socio sanitario regionale:

- disabilità come possibile condizione umana definita nel rapporto tra persona ed ambiente, nella combinazione tra capacità-performance e opportunità del contesto;
- concezione di benessere come qualità di vita, definita sulla base della scelta individuale nella traiettoria "libertà-agency" (una persona ha successo di agency nella misura in cui riesce a realizzare i propri obiettivi attraverso le proprie azioni);
- adozione della *categoria del funzionamento* per il progetto personale individualizzato possibile;
- valorizzazione degli elementi di interdipendenza a fini valutativi e di presa in carico e speculare implementazione e modifica del ruolo della UVMD (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale);
- uso della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute anche a fini valutativi per accedere ai servizi.

Tale impianto metodologico traduce operativamente quanto il PSSR esplicita nella premessa e nella programmazione riferita alla disabilità e cioè il principio della dimensione unitaria della valutazione, la centralità della persona in relazione al funzionamento possibile e potenziale, il concetto di libertà di scelta rispetto ad ogni intervento sanitario, sociosanitario ed assistenziale, l'umanizzazione di tutte le attività delle Aziende ULSS ed Ospedaliere. Da questo punto di vista, la S.Va.M.Di si sviluppa come strumento della programmazione pubblica, come riferimento metodologico unitario e sistemico su cui sviluppare offerte territoriali diversificate e imperniate sulla gestione integrata della persona con disabilità e sulla continuità assistenziale anche nell'arco della vita, alla luce della sostenibilità economica, sociale e professionale del sistema socio-sanitario, con attenzione all'appropriatezza clinica ed organizzativa, al consumo delle risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile di professionisti e cittadini.

Obiettivi primari restano la permanenza presso il proprio domicilio e l'integrazione sociale delle persone con disabilità, assicurati dalla rete di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che in ogni ambito territoriale sviluppano interventi ed azioni finalizzate:

- alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura, all'assistenza e alla riabilitazione, realizzati attraverso progetti di intervento individualizzati, in supporto alla persona e ai suoi familiari;
- all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa;
- al sostegno e sollievo della famiglia che si prende cura della persona con disabilità;
- allo sviluppo dell'accessibilità degli ambienti urbani e delle strutture;
- all'incremento, a favore delle persone con disabilità grave e gravissima, dei progetti di vita indipendente e di aiuto personalizzato.

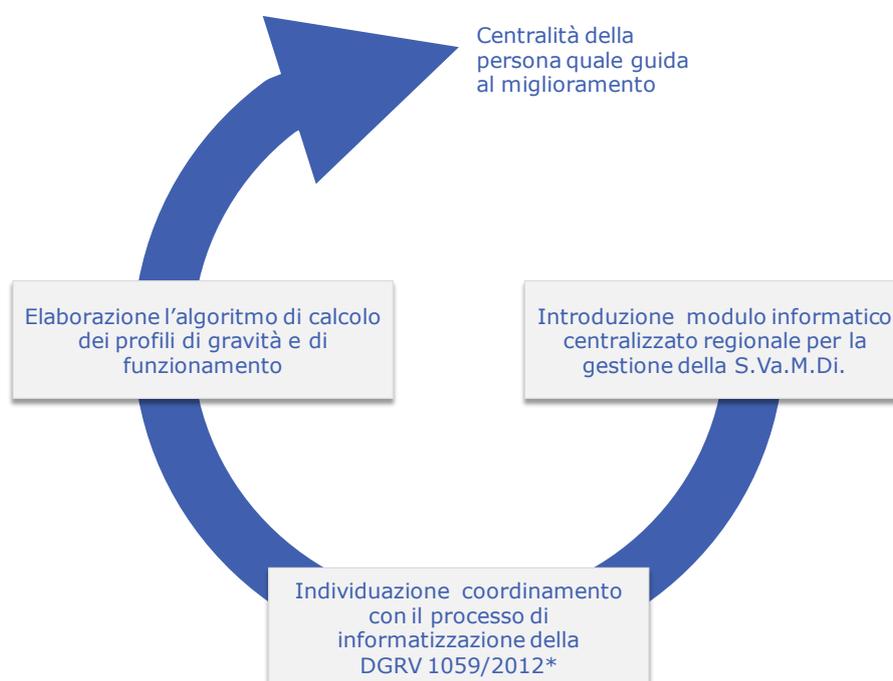
Elemento cardine del sistema dei servizi resta il Distretto Socio Sanitario presso cui viene costituita l'UVMD, competente ad effettuare una coerente valutazione multidimensionale e multiprofessionale e la progettazione personalizzata degli interventi. Attraverso la nuova Scheda S.Va.M.Di., l'UVMD costituisce la porta di accesso al sistema integrato territoriale (residenziale, semiresidenziale e domiciliare) dei servizi sociosanitari. Gli obiettivi perseguiti con la realizzazione della nuova S.Va.M.Di., approvata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2960 del 28 dicembre 2012, sono:

- *una programmazione unitaria ed integrata*, che valorizzi opportunità e risorse, che definisca obiettivi e finalità del sistema di servizi ed interventi territoriali in un'ottica di sostenibilità del sistema, garantendo equità di accesso a servizi e benefici del sistema di welfare nelle sue componenti socio-sanitarie;
- *una valutazione equa e confrontabile e il superamento della variabilità dei modelli organizzativi e gestionali* di remunerazione, erogazione di servizi e dei livelli di integrazione tra i diversi nodi che compongono la rete socio-sanitaria;
- *una reinterpretazione di benefici e prestazioni funzionale alla presa in carico*, per affrontare le criticità delle reti assistenziali, la settorializzazione, parcellizzazione e sovrapposizione dei percorsi di valutazione e di richiesta di accesso ai servizi;
- *una definizione del progetto personalizzato* sulla base del *profilo di funzionamento* quale sintesi di un lavoro multidisciplinare e multi professionale che organizza gli interventi sin dal primo ingresso nel sistema dei servizi socio-sanitari e assistenziali fornendo strumenti e metodi di valutazione nel tempo di effetti ed esiti.

Fondante è la logica di presa in carico unitaria nell'arco di vita della persona con disabilità, da parte di professionisti appartenenti a professionalità, servizi enti diversi in una logica di integrazione ed intersettorialità degli interventi all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati. In quest'ottica i progetti personalizzati si basano sul *funzionamento* inteso come processo che, a partire dalla condizione ambientale, intesa

come contesto di opportunità (beni a disposizione), sollecita i fattori di conversione (di uso) legati alle caratteristiche personali e sociali, definendo l'insieme delle capacità, gli attuali e potenziali funzionamenti, in virtù dei quali viene identificata la scelta che determina i risultati e i funzionamenti conseguenti. Tale metodologia porta in sé azioni di informazione, orientamento, valutazione, raccordo di risorse solidaristiche nel territorio, di progettazione condivisa, di accompagnamento della persona e della famiglia per tutto l'arco della vita della persona e per tutto il tempo necessario a raggiungere un sufficiente livello di autonomia e di inclusione sociale.

Figura 7.5 Principali innovazioni della nuova Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità
(Fonte: Regione del Veneto)



* Deliberazione della Giunta Regionale n. 1059 del 5 giugno 2012 "Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità".

La rivisitazione della Scheda S.Va.M.Di. si è inserita nel lavoro di costruzione di un sistema informativo integrato avviato da tempo in Regione al fine di innalzare il livello qualitativo dei livelli assistenziali, nell'ottica dell'integrazione tra professionisti, tra strutture socio-sanitarie, supportando la continuità assistenziale e incrementando la partecipazione, la consapevolezza e la trasparenza dei cittadini verso il proprio processo di diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico. La nuova S.Va.M.Di. permetterà di definire un profilo di gravità che si determina nel rapporto tra funzioni, capacità e performance, rielaborate attraverso un algoritmo. Attraverso la compilazione della parte riferita alle Attività e Partecipazione si procederà con la definizione di un *profilo di*

funzionamento che rende più esplicito il gradiente di supporto della rete e l'investimento in termini di risorse, anche in vista dell'elaborazione del progetto personalizzato che diverrà un utile contributo per la gestione di graduatorie di accesso ai servizi in una logica di omogeneità regionale. L'esito di tale progetto, impatterà sulla programmazione nell'area della disabilità sia per quanto concerne il sistema dei servizi e l'accesso agli stessi, sia per quanto concerne la valutazione e definizione di costi standard e rette/tariffa.

Domiciliarità disabili

Le linee di intervento in ambito disabilità, si articolano in domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità in base al progetto personale individualizzato. In particolare le tre principali linee di intervento si esplicano in percorsi domiciliari, che rappresentano azioni specifiche della programmazione regionale:

- *interventi di Aiuto personale*, a sostegno della persona e/o della sua famiglia quali interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi, ecc;
- *interventi per la Vita Indipendente*, consistenti in progetti di aiuto personale, gestiti direttamente dalla stessa persona con disabilità fisico motoria;
- *interventi di Promozione dell'autonomia personale*, cioè interventi finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare la capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

Tabella 7.6 Numero progetti individualizzati per la domiciliarità disabili. Veneto anno 2011
(Fonte: Regione del Veneto)

Aziende ULSS	progetti individuali di Aiuto personale		progetti individuali di Vita Indipendente		progetti individuali di Promozione autonomia personale		Totale progetti individuali	
1	58	55	51	52	6	5	115	112
2	11	16	29	33	0	0	40	49
3	240	263	28	33	3	2	271	298
4	102	108	70	48	138	146	310	302
5	114	34	28	30	129	122	271	186
6	207	233	72	72	46	45	325	350
7	221	273	25	29	5	6	251	308
8	372	354	17	35	46	48	435	437
9	171	289	66	75	10	11	247	375
10	115	215	57	54	25	34	197	303
12	31	35	92	98	7	10	130	143
13	41	36	57	54	5	6	103	96
14	28	28	18	20	4	4	50	52
15	103	105	53	53	4	2	160	160
16	86	90	95	101	38	17	219	208
17	44	36	58	60	2	3	104	99
18	57	76	21	25	11	14	89	115
19	55	57	24	19	11	11	90	87
20	114	178	80	73	49	18	243	269
21	51	51	26	26	4	2	81	79

22	90	78	46	51	12	12	148	141
Totale	2.311	2.610	1.013	1.041	555	518	3.879	4.169

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. Per quanto riguarda la domiciliarità sono stati assegnati, per l'anno 2012, 16.400.000 Euro, con i quali sono stati realizzati circa 4.200 progetti individualizzati per persone con disabilità grave, quali Vita Indipendente, Promozione dell'Autonomia personale e Aiuto personale, nonché 1.025.000 Euro per la realizzazione di progetti innovativi nei Centri Diurni.

Residenzialità e semiresidenzialità disabili

È in aumento, da parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie, il ricorso temporaneo ai servizi residenziali per emergenze e per sollievo del carico assistenziale della famiglia. L'accesso alle strutture residenziali avviene principalmente a causa dell'aggravarsi della patologia, associato all'intervenuta assenza del nucleo familiare genitoriale e/o alla contestuale fragilità del nucleo familiare allargato. 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. La Residenza sanitaria assistita, la Comunità residenziale, la Comunità alloggio e il Centro Diurno, in quanto strutture socio sanitarie, rientrano nella programmazione regionale e devono pertanto ottemperare agli standard strutturali, di personale e organizzativi, determinati dalla già citata Legge regionale 22/2002 e il relativo fabbisogno di posti viene determinato nei Piani di Zona di ciascuna Azienda ULSS. Nel 2012 sono stati assegnati complessivamente 60.598.745 Euro per interventi legati alla residenzialità (comunità alloggio, comunità residenziale, grandi strutture e RSA) di persone disabili, che hanno permesso l'accoglienza di circa 3.700 persone. Inoltre, sono stati assegnati 12.110.000 Euro per interventi relativi alla residenzialità nelle Grandi Strutture. Per l'attività svolta nei Centri Diurni per disabili, che

accolgono annualmente circa 6.500 persone, sono stati stanziati 69.715.565 Euro, 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), 8.708.175 Euro quali costi pari al 67,5% del costo dei trasporti dei disabili e 1.500.00 Euro per trasporto e vitto.

Tabella 7.7 Residenzialità e Semiresidenzialità disabili. Veneto anno 2011 (Fonte: Regione del Veneto)										
Aziende ULSS	Comunità Alloggio per persone con disabilità		Comunità Residenziale		Grandi strutture*		RSA per persone con disabilità		Centri Diurni per persone con disabilità	
	Numero UdO**	Numero utenti***	Numero UdO**	Numero utenti***	Numero UdO**	Numero utenti***	Numero UdO**	Numero utenti***	Numero UdO**	Numero utenti***
1	3	50					1	47	4	157
2	2	31							5	92
3	5	32			1	143	1	24	5	202
4	2	80			1	40	1	54	11	240
5	6	65					1	25	16	311
6	13	166	2	85					23	533
7	6	130					1	30	11	315
8	3	75					3	76	17	455
9	11	248			1	80		147	27	542
10	7	117							13	299
12	11	117	1	20			2	39	10	223
13	3	42							13	268
14	1	9							3	77
15	3	26					1	34	10	395
16	15	240			1	120	1	455	28	743
17	5	66							10	233
18	2	23			1		1	83	10	155
19							1	20	2	40
20	9	118					4	272	35	664
21	4	79	1	24			2	56	13	214
22	13	148	2	59					20	380
Totale	124	1.862	6	188	5	383	20	1.362	286	6.538

* 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 = Teste

Interventi a favore delle persone con autismo

L'autismo è 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. Al fine di affrontare in modo organico i

Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), la Regione ha ritenuto opportuno adottare 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. Le linee di indirizzo regionali, approvate con la deliberazione della Giunta regionale n. 2959 del 28 dicembre 2012, 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. Tali indirizzi intendono avviare un profondo e rapido processo di riorganizzazione, finalizzato ad individuare servizi specialistici, di diagnosi e trattamento accessibili e omogeneamente diffusi in tutto il territorio regionale per garantire il superamento dell'attuale difformità di cura e presa in carico.

Percorsi assistenziali domiciliari per persone affette da SLA e loro famiglie

La SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) è una malattia neurodegenerativa caratterizzata da una progressiva paralisi muscolare secondaria ad una degenerazione dei motoneuroni nella zona motoria principale della corteccia, nel tratto bulbo encefalico e del midollo spinale. 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 Euro per:

- promuovere progetti finalizzati a realizzare e potenziare percorsi assistenziali domiciliari per malati di SLA, per una presa in carico globale;
- garantire il supporto di assistenti familiari per una assistenza rapportata allo stato di evoluzione della malattia;
- riconoscere il lavoro di cura dei familiari care giver in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato e monitorato e l'attuazione di specifici percorsi formativi per gli assistenti.

Secondo tali orientamenti la Regione del Veneto ha posto in essere una serie di provvedimenti che hanno perseguito in modo costante lo stesso obiettivo di sviluppo e di integrazione socio-sanitaria e un'offerta socio assistenziale di alta qualità costantemente migliorata. Su queste basi nel 2011 è stato approvato il "Programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica". Il programma è stato poi accompagnato, nel 2012, da disposizioni attuative che hanno ulteriormente definito le azioni da realizzare.

Nel riconoscere l'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), quale strumento cardine a garanzia dell'integrazione socio sanitaria e della valutazione multidisciplinare e multi professionale, la Regione del Veneto ha quindi approvato il regolamento per il trasferimento dei fondi SLA ed ha definito la scheda di valutazione specifica sperimentale delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2499 del 29 dicembre 2011](#) "Approvazione programma regionale attuativo per la realizzazione di interventi in tema di malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per la ricerca e l'assistenza domiciliare dei malati, ai sensi dell'articolo1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n.296 di cui al Decreto Interministeriale di assegnazione delle quote regionali".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 1059 del 5 giugno 2012](#) "Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2354 del 20 novembre 2012](#) "Approvazione del documento "Atti di indirizzo applicativo" per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento dell'azione a supporto alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e le loro famiglie e della scheda specifica " sperimentale" di valutazione della persona affetta da SLA per l'erogazione del contributo. DGR n. 2499 del 29.12.2011 e DDR n.155 del 7.06.2012".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2959 del 28 dicembre 2012](#) "Approvazione Linee di Indirizzo regionali per i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2960 del 28 dicembre 2012](#) "Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR 2575 del 4 agosto 2009".

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 40 del 21 gennaio 2013](#) "Criteri per la trasformazione delle "Grandi Strutture" di cui alla DGR 2537/2000 " in "Centri di riferimento regionali per gravi disabilità e disturbi del comportamento con elevata necessità sanitaria".

Approfondimenti

AA.VV., *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.5 Area delle Dipendenze

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario. Sottoparagrafo 3.5.6 Area delle dipendenze. Pagine 106-108. In Veneto, come nelle altre Regioni d'Italia, si assiste ad un incremento nell'uso, nell'abuso e nella dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol. Oggi si osserva spesso, soprattutto nella popolazione giovanile, l'assunzione multipla di queste sostanze, con una moltiplicazione dei rischi sociali e dei danni alla salute. Il Piano Socio Sanitario individua in tale area le azioni prioritarie orientate alla prevenzione primaria e selettiva, alla cura e alla riabilitazione.

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.

I bisogni sanitari, psicologici e sociali sono legati all'entità e alla complessità del fenomeno delle dipendenze patologiche, che la Regione del Veneto tiene costantemente monitorato in quanto in continua evoluzione.

La trasformazione delle modalità d'uso, della tipologia delle sostanze reperibili sul mercato, degli stili di vita e delle abitudini sociali ad esse connessi sono attentamente osservati e analizzati.

277

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 Servizio Integrazione Lavorativa (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 tale contesto, si prevede l'adozione di adeguati sistemi di verifica e valutazione sulla coerenza dei risultati raggiunti, sulla qualità dei processi e sull'efficace utilizzo delle risorse impiegate. Ne consegue l'impegno regionale a promuovere e realizzare una rete di interventi e servizi diffusi su tutto il territorio, che offrano livelli di assistenza qualitativamente adeguati, in grado di rispondere alla complessità dei bisogni riconducibili all'area delle dipendenze attraverso il sistema di

accreditamento istituzionale. Trova collocazione in questo contesto l'attività di raccolta ed elaborazione dati, attraverso il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), per dare risposte in merito alla descrizione ed analisi dell'ampiezza del fenomeno dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite, per raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo 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

Negli ultimi anni il "modello veneto" si è sviluppato intorno al principio di integrazione socio-sanitaria, favorendo la valorizzazione del ruolo del privato sociale, in una logica anticipatoria del principio di sussidiarietà orizzontale (principio che ha assunto valenza costituzionale con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che ha riscritto l'art. 118 della Costituzione). Con riferimento ai servizi sociali, tale principio trova particolare applicazione nella legge 328/2000, che costituisce l'asse portante dell'intera normativa e contribuisce a definire il significato e i contenuti della "pubblica funzione sociale". L'istituto dell'accreditamento istituzionale, introdotto con Legge regionale 22/2002 (che recepisce i contenuti in tema di accreditamento sia della legge 328/2000 in ambito sociale, sia del DGR 229 in ambito sanitario e socio-sanitario), regolando l'accesso degli enti no profit nel sistema territoriale dei servizi sociali, pone le basi per una compartecipazione degli stessi allo svolgimento della funzione pubblica sociale. Il sistema dei servizi pubblici e privati per la prevenzione, per il trattamento terapeutico riabilitativo, per il reinserimento socio-lavorativo e per la prevenzione delle ricadute adottato dalla Regione Veneto, trae indubbiamente origine dal DPR 309/90 in cui si attribuiscono alla Regione (e quindi alle Aziende ULSS) le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope; tale impostazione va però contestualizzata con i successivi atti normativi ed organizzativi che si sono succeduti nell'ultimo decennio. In particolare, hanno dato impulso positivo alla definizione del Sistema delle Dipendenze l'Atto d'Intesa Stato Regioni del 1999 e la DGRV 2217 del 1999 che istituisce i Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze. In tal senso, i principi posti a fondamento della politica attuata dalla Regione Veneto sono stati: il principio di pari dignità fra pubblico e privato sociale accreditato e il principio di sussidiarietà.

Il concetto di integrazione, infine, va perseguito non solo nella dimensione del rapporto tra pubblico e privato ma anche rispetto alla componente sociale – sanitaria (intra aziendale – extra aziendale). Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve considerare le forme di intervento non propriamente sanitarie e meglio riconducibili al settore sociale/assistenziale. Il richiamo pertanto alla legge 328/2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") diventa importante soprattutto per favorire il coinvolgimento degli Enti Locali e del privato sociale nei temi del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti, della partecipazione nelle attività di prevenzione e della gestione della cronicità. In attuazione del Testo Unico, è emerso un quadro piuttosto ricco e articolato, di servizi pubblici e privati, di natura ambulatoriale, diurna e residenziale, affiancato da gruppi di auto-aiuto e da associazioni del volontariato, per fronteggiare il fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo: il cosiddetto "Sistema delle dipendenze" della Regione del Veneto. Attualmente, tale sistema 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.

Sono due le caratteristiche più importanti che il Sistema Regionale delle Dipendenze deve avere: rispondere adeguatamente ai bisogni di cura ed assistenziali dei cittadini nell'ambito delle dipendenze; essere in grado di trasformare se stesso in funzione del cambiamento di tali bisogni.

Soddisfare entrambe queste caratteristiche significa organizzare il sistema in base ad un flusso circolare di processi che permettano:

- il monitoraggio per conoscere lo stato del sistema;
- l'elaborazione dei dati rilevati dal monitoraggio per individuare soluzioni agli eventuali problemi rilevati;
- la sperimentazione e la definizione di un piano di fattibilità delle soluzioni individuate;

- l'inserimento a regime nel Sistema delle soluzioni che hanno superato in modo soddisfacente la sperimentazione e che siano concretamente realizzabili coerentemente con l'economia generale del Sistema.

Per l'anno 2012-2014 tale attività 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.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 929 del 22 maggio 2012](#) "Approvazione del Progetto Dipendenze 2012/2014 "Linee di sviluppo del sistema regionale per le Dipendenze" DPR n. 309/90 e successive modifiche ed integrazioni".

Approfondimenti

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, [Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. Elaborazioni 2012. Sintesi](#), Roma: Dipartimento Politiche Antidroga, 2012.

AA.VV., [Report SPS-ITA 2012 Indagine sul consumo di sostanze psicotrope negli studenti delle scuole secondarie di secondo grado](#), Roma: Pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, dicembre 2012

AA.VV., [La Direzione del sociale nel welfare regionale](#), Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

7.6 Il sistema dei finanziamenti delle politiche sociali

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Capitolo 5 Il Sistema dei finanziamenti. Pagine 143-145. 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.

Quadro di sintesi

Il quadro dei finanziamenti che alimentano la spesa sociale regionale è organico e si articola nei seguenti flussi:

- risorse regionali indistinte;
- risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR), in primo luogo del Fondo regionale per la Non Autosufficienza di cui all'art. 3 della Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1;
- Fondo nazionale per le Politiche Sociali – risorse indistinte, ai sensi dell'art. 20, Legge 8 novembre 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, Legge 289/02), il Fondo nazionale per le non autosufficienze (art. 1, comma 1264, Legge 296/06).

Dal lato della spesa il Fondo regionale di cui all'art. 133 della Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, alimentato indistintamente da risorse regionali e da quelle del Fondo nazionale Politiche Sociali succitato, ha risposto 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 Legge regionale n. 11/01 citata.

Il Fondo per le Politiche Sociali

Il Fondo per le politiche sociali, introdotto dalla Legge nazionale n. 449/1997, 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 della legge citata 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 livello 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 tutti i finanziamenti relativi alle leggi nazionali di settore. Il finanziamento delle politiche sociali, stante quanto precisato nell'art. 4 comma 1, della legge 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, gestiscono le risorse sociali attraverso un fondo sociale regionale, al quale affluisce il Fondo Nazionale politiche Sociali (FNPS), e ulteriori risorse aggiuntive stabilite da ogni singola Regione.

Nella situazione veneta l'istituzione del Fondo nazionale per le politiche sociali 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 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 Legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 recante: "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", veniva profondamente rivisto nell'ambito della Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 recante: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del DGR 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.

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. 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 ed alle Aziende sociosanitarie sulla base delle competenze previste dalla prima legge regionale che disciplina i servizi sociali (la citata LR 55/82); questa disciplina ha attribuito, infatti, competenze obbligatorie alle Aziende 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 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.

In particolare, a partire dal 2001, la Giunta Regionale del Veneto procede alla ripartizione del Fondo regionale per le politiche sociali fra i vari interventi secondo i diversi criteri previsti.

Nel settore delle attività progettuali, di cui alla lettera 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 lettera 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.

L'impegno finanziario della Regione Veneto dei 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, ha, nel corso degli anni, destinato crescenti risorse del Fondo sanitario regionale a favore dei servizi ad integrazione socio sanitaria a sostegno delle persone anziane e disabili.

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 macroaree: 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 7.9 e 7.10 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.

È, infatti, l'entità dei fondi sanitari, messi a disposizione dalla Regione Veneto per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza ed i livelli aggiuntivi in materia socio sanitaria, il tratto connotativo rispetto al panorama italiano.

Procedure e criteri di allocazione delle risorse del FNPS e di quelle regionali

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 11/2001, 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:

Fondo attività Aziende ULSS:

- Operatori equivalenti a carico del bilancio sociale;
- Popolazione residente;
- Popolazione fertile femminile
- Utenti dei servizi.

In particolare, fino al 2005 i criteri erano impostati sull'elaborazione di dati demografici e territoriali desumibili da statistiche annuali ISTAT e di dati di attività ricavabili da schede di rilevazione compilate dalla Aziende ULSS e verificate dagli uffici competenti della Direzione Servizi Sociali.

Criteri anni 2001-2005

1. Direzione Servizi Sociali

- 1.1. Operatori equivalenti a carico del bilancio sociale
- 1.2. Popolazione residente

2. Servizi distrettuali e territoriali

- 2.1. a Operatori equivalenti dipendenti a carico del bilancio sociale
- 2.1. b Operatori equivalenti convenzionati a carico del bilancio sociale
- 2.2. Popolazione residente
- 2.3. Utenti dei servizi

3. Servizi consultoriali

- 3.1. Equipages consultoriali
- 3.2. Quota rapportata agli operatori equivalenti a carico del bilancio sociale
- 3.3. Quota rapportata agli utenti dei servizi
- 3.4. Quota rapportata alla popolazione femminile in età fertile

4. Correttivo zone disagiate (zone montane, Venezia-Centro storico e isole, comuni a bassa densità di popolazione).

Tali criteri, che inizialmente erano volti alla costituzione ed al completamento delle dotazioni organiche dei servizi sociali delle ULSS, successivamente hanno sempre meno corrisposto alle nuove linee con cui si andava sviluppando l'offerta dei servizi sociali e sociosanitari. Negli anni successivi si è ridotta pertanto l'incidenza del parametro "operatori equivalenti" sostituito dall'utilizzo della grandezza "assegnazione regionale storica", calcolata sulla media delle assegnazioni assicurate negli anni precedenti ed integrata dal parametro "popolazione residente" e da correttivi per le zone disagiate in relazione alla morfologia del territorio (zone montane, ambito lagunare ed isole).

Tabella 7.8 Esempio di riparto. Regione del Veneto. Anno 2012 (Fonte: Regione del Veneto)

Parametro	Quota attribuita (€)
Quota rapportata all'assegnazione storica (sui valori medi del periodo 2006-2011)	15.600.000,00
Quota rapportata alla popolazione residente (al 31/12/2010)	2.180.000,00
Correttivi zone svantaggiate (zone montane e di ambito lagunare)	220.000,00
Totale complessivo	18.000.000,00

Sono stati inoltre stabiliti dei criteri per il *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);

Criteri di ripartizione del fondo contributi in c/gestione servizi prima infanzia, Regione Veneto - anno 2012

Tabella 7.8 Criteri di ripartizione del fondo contributi in c/gestione servizi prima infanzia. Regione del Veneto. Anno 2012 (Fonte: Regione del Veneto)			
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 Aziende ULSS nel caso in cui questi abbiano delegato le funzioni e le Aziende 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 dalla tabella 3, 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 negli anni quelle assicurate ai vari servizi afferenti la domiciliarità a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili, rilevanza – in termini relativi – crescente sia nei confronti delle risorse del Fondo sanitario dedicate all'integrazione socio sanitaria, sia, soprattutto, in rapporto alle risorse dei fondi sociali regionali che hanno trovato difficoltà ad adeguarsi. Come appare dalle tabelle 7.9 e 7.10, i finanziamenti costituiti dalle quote accentrate del Fondo sanitario regionale riguardano il servizio di telesoccorso-telecontrollo, i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), gli interventi di "sollievo" e gli assegni di cura, tutti destinati a sostenere le famiglie che assistono a domicilio i propri cari non autosufficienti o disabili.

Nell'ambito dell'area della 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'Azienda 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 5: 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 (famigli 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 il supporto di équipe di lavoro messe a disposizione dalle strutture residenziali per anziani.

Tabella 7.9 Quadro dei finanziamenti statali finalizzati. Regione del Veneto. Anni 2011-2012 (Fonte: Regione del Veneto)				
Area	Nr. Prog.	FONDI STATALI A VINCOLO DI DESTINAZIONE	BILANCIO 2011	BILANCIO 2012
Famiglia e minori	1	Fondo nazionale per l'armonizzazione dei tempi delle città' (art. 28, l. 53/02)	1.700.000,00	1.640.741,00
	2	Fondo nazionale per le politiche in favore delle famiglie ' (art. 46, comma 2, l. 289/02)	4.028.750,00	8.433.121,00
	3	Misure per la prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile (l. n. 7/2006)	0	522.285,00
	4	Altri finanziamenti	0	772.687,00
	<i>Totale area famiglia e minori</i>			5.728.750,00
Anziani e Disabili	5	Fondo nazionale per le non autosufficienze (art. 1, comma 1264, l. 296/06)	0,00	2.015.877,00
Dipendenze	6	Progetti ministeriali e comunitari in materia di tossicodipendenze e di abuso di alcol	737.350,00	53.560,00
Giovani	7	Fondo nazionale per le politiche giovanili - Accordo di Programma Quadro in materia di politiche giovanili (art. 19, comma 2, d.lgs. n. 223/06)	4.404.490,00	4.368.000,00

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. Tale carattere è evidente nelle tabelle 7.9 e 7.10. 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. 289/2002 che promuove un'importante linea di finanziamento per il sostegno delle famiglie e della Legge n. 296/2006 che dispone il più vasto ed articolato programma di finanziamenti finalizzati in materia di servizi sociali.

Tabella 7.9 Spese socioassistenziali e sociosanitarie suddivise per area.
Regione del Veneto - anno 2011 (valori in Euro)

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE SOCIOASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIE (CORRENTI)				
1 Area Anziani	2.504.810,00	574.809.380,00	0,00	577.314.190,00
2 Area Dipendenze	887.000,00	25.000.000,00	737.350,00	26.624.350,00
3 Area Disabilità	5.750.000,00	146.640.620,00	0,00	152.390.620,00
4 Area Famiglia e Minori	37.008.634,00	800.000,00	5.728.750,00	43.537.384,00
5 Area Immigrazione	1.965.000,00	0,00	635.413,00	2.600.413,00
6 Area Giovani	0,00	0,00	4.404.490,00	4.404.490,00
7 Area Piani di Zona	19.000.000,00	0,00	0,00	19.000.000,00
8 Area Povertà e Rischio Sociale	1.506.992,00	0,00	0,00	1.506.992,00
9 Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	4.576.619,00	0,00	345.487,00	4.922.106,00
TOTALE SPESE CORRENTI	73.199.055,00	747.250.000,00	11.851.490,00	832.300.545,00
SPESE IN C/CAPITALE				
1 Area Anziani	25.950.000,00	0,00	0,00	25.950.000,00
2 Area Dipendenze	0,00	0,00	0,00	0,00
3 Area Disabilità	24.800.000,00	0,00	0,00	24.800.000,00
4 Area Famiglia e Minori	2.000.000,00	0,00	0,00	2.000.000,00
5 Area Immigrazione	0,00	0,00	60.199,00	60.199,00
6 Area Giovani	0,00	0,00	0,00	0,00
7 Area Piani di Zona	0,00	0,00	0,00	0,00
8 Area Povertà e Rischio Sociale	0,00	0,00	0,00	0,00
9 Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE SPESE C/CAPITALE	52.750.000,00	0,00	60.199,00	52.810.199,00
TOTALE COMPLESSIVO	125.949.055,00	747.250.000,00	11.911.689,00	885.110.744,00

Tabella 7.10 Spese socioassistenziali e sociosanitarie suddivise per area.
Regione del Veneto - anno 2012 (valori in Euro)

Oggetto	Fondi Sociali (Regionali e Statali indistinti)	Fondi Sanitari	Fondi Statali e Comunitari finalizzati	TOTALE SPESA
SPESE CORRENTI				
1 Area Anziani	1.250.000,00	591.077.690,00	0,00	592.327.690,00
2 Area Dipendenze	50.000,00	25.000.000,00	53.560,00	25.103.560,00
3 Area Disabilità	2.800.000,00	130.372.310,00	2.015.877,00	135.188.187,00
4 Area Famiglia e Minori	42.325.000,00	800.000,00	10.772.687,00	53.897.687,00
5 Area Immigrazione	750.000,00	0,00	265.820,00	1.015.820,00
6 Area Giovani	0,00	0,00	4.368.000,00	4.368.000,00
7 Area Piani di Zona	18.000.000,00	0,00	0,00	18.000.000,00
8 Area Povertà e Rischio Sociale	382.500,00	0,00	135.624,00	518.124,00
9 Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	6.310.710,00	0,00	17.264,00	6.327.974,00
TOTALE SPESE CORRENTI	71.868.210,00	747.250.000,00	17.628.832,00	836.747.042,00
SPESE IN C/CAPITALE				
1 Area Anziani	0,00	0,00	0,00	0,00
2 Area Dipendenze	0,00	0,00	0,00	0,00
3 Area Disabilità	163.718,00	0,00	91.170,00	254.888,00
4 Area Famiglia e Minori	0,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00
5 Area Immigrazione	0,00	0,00	0,00	0,00
6 Area Giovani	0,00	0,00	0,00	0,00
7 Area Piani di Zona	0,00	0,00	0,00	0,00
8 Area Povertà e Rischio Sociale	0,00	0,00	0,00	0,00
9 Altri interventi (Terzo settore, iniziative progettuali trasversali, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE SPESE C/CAPITALE	163.718,00	0,00	2.091.170,00	2.254.888,00
TOTALE COMPLESSIVO	72.031.928,00	747.250.000,00	19.720.002,00	839.001.930,00

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11](#) recante: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112". Art. 133 - Fondo regionale per le politiche sociali.

Approfondimenti

AA.VV., *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, Venezia: Pubblicazione a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Servizi Sociali
Dorsoduro, 3493 (Rio Novo) - 30123 Venezia
Telefono: 041 2791407 - Fax 041 2791369
e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

8. Le reti cliniche

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Pagine 67-75. Le reti cliniche integrate con il territorio: *"...La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti già attivate (... , ictus-stroke, infarto miocardico, oncologia, attività trasfusionali, malattie rare, rete di emergenza urgenza pediatrica, rete di emergenza urgenza gastroenterologica.....) che andranno opportunamente aggiornate alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e ad una seria analisi dei costi-efficacia ed efficienza."*

Le reti cliniche

Le Reti cliniche sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, come ampiamente evidenziato dalla letteratura, poiché consentono, tra l'altro, nell'ambito delle cure erogate, l'assistenza integrata in termini multidisciplinari e pluriprofessionali, la differenziazione dei contributi professionali, l'utilizzo più efficiente dei sistemi di staff, la condivisione di good e best practice, la maggior equità di accesso ai servizi e a cure qualificate, la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, garantendo allo stesso tempo economie di scala, la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo e la maggior circolazione delle informazioni con conseguente accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione.

Le reti cliniche rappresentano inoltre la premessa per il concretizzarsi di logiche di equità di fronte al diritto alla salute sancito dalla costituzione repubblicana, contrastando nel contempo le potenziali diseguaglianze assistenziali che potrebbero esasperarsi in un ambito quale quello della gestione delle urgenze/emergenze; tutto ciò in uno scenario caratterizzato da una continua evoluzione scientifico-tecnologica che, da un lato richiede un progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema, dall'altro impone una razionalizzazione delle risorse impiegate a causa dell'indebolimento su scala planetaria di tutti i sistemi di welfare.

Inoltre va riportato come il tema delle reti cliniche valorizzi il paradigma manageriale rafforzando le relazioni tra la committenza e i singoli erogatori di prestazioni, in un'ottica di integrazione verticale che riprende uno dei principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale introdotto con la Legge 833/78 fino a giungere all'ultimo decennio nel corso del quale si è assistito a un sempre maggior ricorso all'integrazione delle cure e all'organizzazione a rete dei servizi.

Le reti cliniche, oltre ad aver assunto da subito un ruolo fondamentale sia in termini di efficienza gestionale, decisionale e di integrazione, sono ritenute strategicamente irrinunciabili come richiamato nei Piani Sanitari Regionali.

Allo strumento gestionale rappresentato dalle reti cliniche viene affidato il compito di rispondere a una serie esigenze quali:

- la crescente complessità dei processi assistenziali integrando e condividendo conoscenze, competenze e percorsi di assistenza;
- rendere fruibili a distanza le competenze specialistiche così da aumentare gli standard assistenziali;
- ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti definendo con esattezza il ruolo che ogni singolo nodo della rete è chiamato a svolgere;
- adattare il sistema delle cure ai reali bisogni di salute dell'utenza.

8.1 Rete clinica dei trapianti

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Rete clinica dei trapianti. Pagina 69.

Come riportato nel paragrafo sopra citato del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, *"la programmazione regionale, a fronte dei positivi risultati conseguiti, intende confermare l'attuale assetto della rete trapiantologica regionale.*

Essa si compone di un Coordinamento regionale, collocato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e di un Coordinamento Ospedaliero per i trapianti, collocato in ciascuna Azienda Sanitaria Azienda ULSS o Ospedaliera, funzionalmente raggruppati su base provinciale. Sono attivi inoltre dieci programmi di trapianto d'organo e tre poli di banking tissutale con centralizzazione e distribuzione di tessuti umani.

Strutture dell'Azienda Ospedaliera di Padova quali Anatomia e Istologica Patologica, Microbiologia e Virologia, Medicina Legale rappresentano inoltre i servizi di secondo livello per l'intera rete regionale. L'attività formativa in materia è supportata dalla Fondazione per l'Incremento dei Trapianti di Organi e Tessuti (FITOT), mentre l'attività di ricerca e studi di base e transazionali sull'immunità ed il rigetto è svolta dal Consorzio per la Ricerca sui Trapianti (Corit), entrambi collocati a Padova.

Rappresentano, quindi, obiettivi della programmazione regionale:

- *il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti;*
- *la progressiva strutturazione formale e sostanziale dei servizi di supporto necessari 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 "maggiori", ovvero ad elevata numerosità di trapianti anche su scala nazionale, al fine di 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

Per quanto riguarda l'attività del Sistema Regionale Trapianti:

- Gli accertamenti di morte con criteri neurologici nell'anno 2012 sono stati 194, rispetto ai 173 del 2011 con un incremento del 12%. Di questi, 123 sono diventati donatori di organi effettivi e 118 di organi utilizzati. La percentuale di donatori utilizzati sul totale degli accertamenti rimane superiore al 50%, registrando un valore pari al 60,8% contro il 63,6% dello scorso anno.
- Nel corso del 2012 sono stati effettuati 454 trapianti di organi solidi, 407 da cadavere (di cui 211 con organi procurati in Regione e 196 di provenienza extraregionale) e 47 da vivente. Si registra pertanto un aumento del 6.3% rispetto all'anno precedente.
- L'attività di procurement di tessuti in Regione ha mostrato nel 2012 una sostanziale stabilità. Si sono registrati 3000 donatori di tessuti, di cui il 64.8% ha riguardato donazioni da cadavere. Nel 2011, su 2945 donatori di tessuti, tale dato era pari al 68,7%.

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). Nel primo semestre 2012 si è iniziato l'inserimento dei dati relativi alla lista d'attesa nel DM in tutti i centri trapianto della Regione, con il supporto del CRT. Tale strumento informatico permette un controllo reciproco 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. Tale implementazione è in linea con il programma di gestione del rischio clinico nel processo di donazione e trapianto, che caratterizza la rete nazionale. Nel 2012 sono stati monitorati, attraverso il programma DM, 23.981 decessi (vs. 22.794 del 2011) avvenuti nelle strutture ospedaliere e nel territorio afferente ai 23 coordinamenti istituiti in Veneto. Per le donazioni da vivente sono state effettuate 1.056 registrazioni concluse con un prelievo di tessuti (vs 921 nel 2011).

Registro cerebrolesi

Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza il monitoraggio dei pazienti con cerebrolesione acuta ricoverati in Terapia Intensiva (TI).

Il numero dei decessi in TI con lesioni cerebrali acute risulta quindi un indicatore sensibile per valutare il potenziale di donatori di organi e tessuti, utile per monitorare l'efficienza del processo. L'incremento dei decessi totali in TI nel 2012, pari al 6,6%, non ha però determinato un parallelo aumento dei decessi con lesioni cerebrali, la cui percentuale sul totale dei decessi è rimasta stabile (2011 23% vs 2012 21,2%).

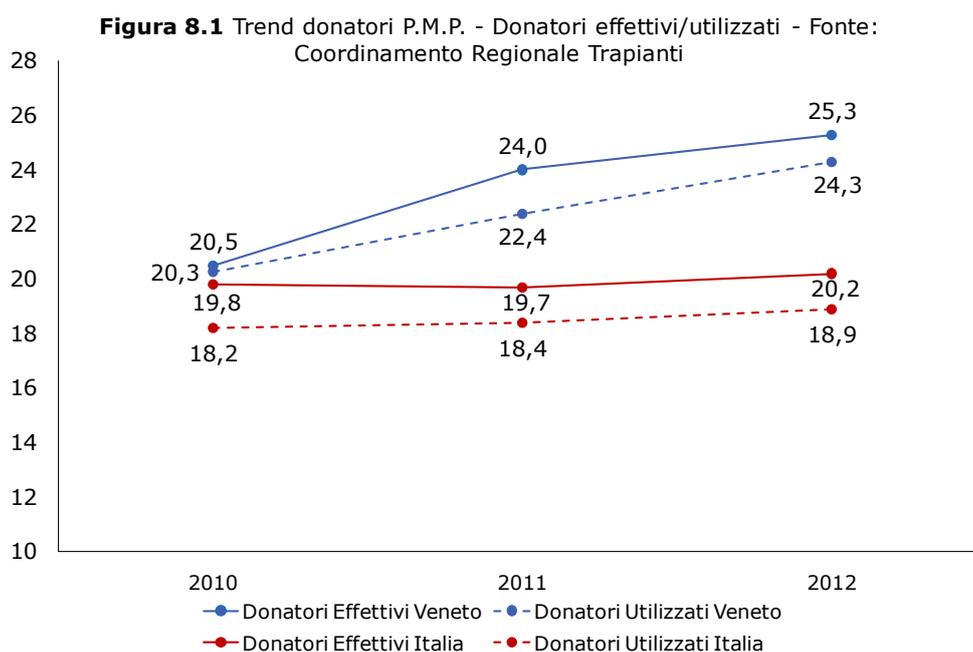
Accertamenti di morte

Gli accertamenti di morte con criteri neurologici sono stati 194 nell'anno 2012, rispetto ai 173 del 2011 con un incremento del 12%. Di questi, 123 sono diventati donatori di organi effettivi (donatori dai quali è stato prelevato almeno un organo solido) e 118 di organi utilizzati (donatori dai quali è stato prelevato e trapiantato almeno un organo solido). La percentuale di donatori utilizzati sul totale degli accertamenti rimane superiore al 50%, registrando un valore pari al 60,8% contro il 63,6% dello scorso anno.

Anno	Segnalati	Effettivi	Utilizzati
2011	173	118	110
2012	194	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.)

Nel 2012 il pmp (numero di donatori 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 18,9. Tale dato conferma il trend in aumento se confrontato con gli anni 2010, 2011.



L'andamento dell'esito dei colloqui è un'ulteriore dimostrazione della qualità del processo di procurement. Anche se la percentuale di opposizione è passata dal 15,6% del 2011 al 20,6% del 2012, dal confronto del dato regionale con quello nazionale, è da sottolineare che la percentuale di opposizione registrata in Regione si mantiene nettamente inferiore rispetto al dato nazionale, pari a 29,2%.

Per valutare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati applicati gli indicatori specifici, condivisi a livello nazionale, presentati di seguito.

Tabella 8.2: Indicatori di efficienza, efficacia e qualità del processo di procurement			
INDICATORE	2011	2012	RISULTATO ATTESO
PROCUREMENT 1 (Don.Effettivi / dec. Cerebrolesi)	22,7%	24,1%	15%-25%
PROCUREMENT 2 (Accertamenti/ dec. Cerebrolesi)	33,3%	38,0%	20%-40%
QUALITÀ (Don. Effettivi/ACM)	68,2%	63,4%	30%-70%

298

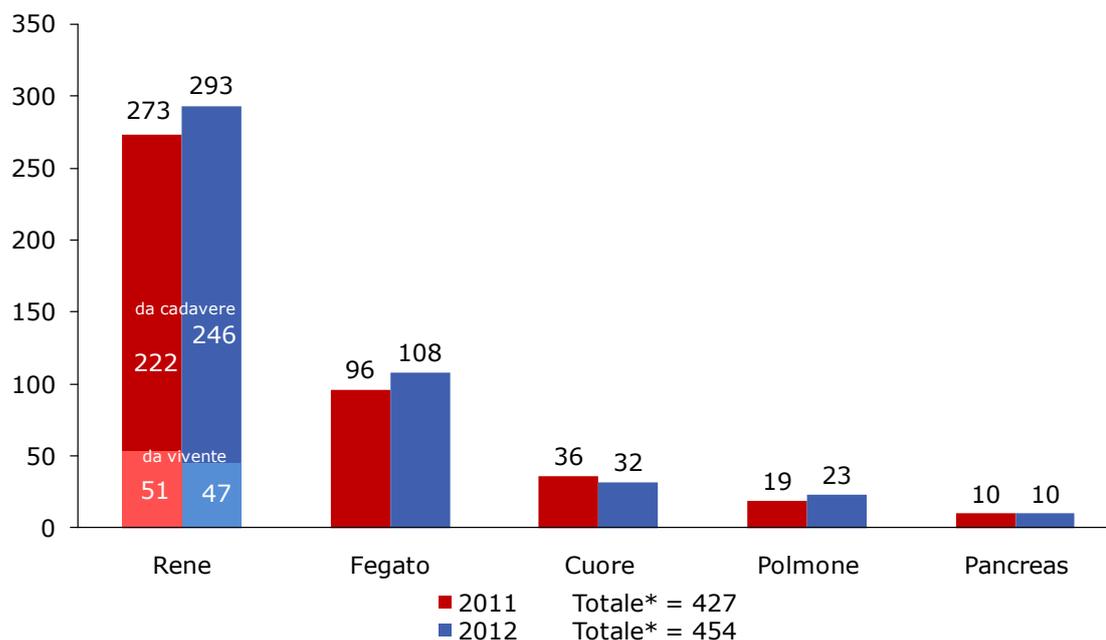
Il raggiungimento di tali obiettivi è legato ad un'organizzazione della Rete con una attività di supporto da parte del CRT ai Coordinamenti Ospedalieri nella gestione del processo di donazione di organi e/o tessuti garantita da una operatività h24/365giorni.

E' importante sottolineare inoltre che anche per un'adeguata valutazione clinica del potenziale donatore, la Rete si avvale dei servizi di II livello sopra citati, risorse tecniche istituite dalla DGRV n. 709 del 19 marzo 2004. Nel 2012 si sono registrate nel complesso 118 attivazioni di servizi di II livello, contro le 135 dell'anno precedente, il maggior supporto è stato dato dal Servizio di Anatomia Patologica, a cui fa capo il 78% di tutte le attivazioni.

Attività trapiantologica

Nel corso del 2012 sono stati effettuati 454 trapianti di organi solidi, 407 da cadavere (di cui 211 con organi procurati in Regione e 196 di provenienza extraregionale) e 47 da vivente. Si registra pertanto un aumento del 6,3% rispetto all'anno precedente (427 trapianti).

In particolare è aumentato il numero di trapianti di rene da cadavere (10,8% in più pari a 24 trapianti), mentre i trapianti di cuore registrano una modesta flessione in relazione all'aumento dell'età media dei donatori. Anche per i trapianti di fegato e polmone il risultato dell'anno è stato in aumento, mentre il dato per il pancreas rimane costante.

Figura 8.2 Attività di trapianto per tipologia di organo - Fonte: Coordinamento Regionale Trapianti

* i trapianti nel totale sono conteggiati singolarmente

Il report annuale del CNT (Centro Nazionale Trapianti) indica come anche nel 2012 l'attività trapiantologica in Veneto continua ad ottenere risultati di assoluta rilevanza nazionale.

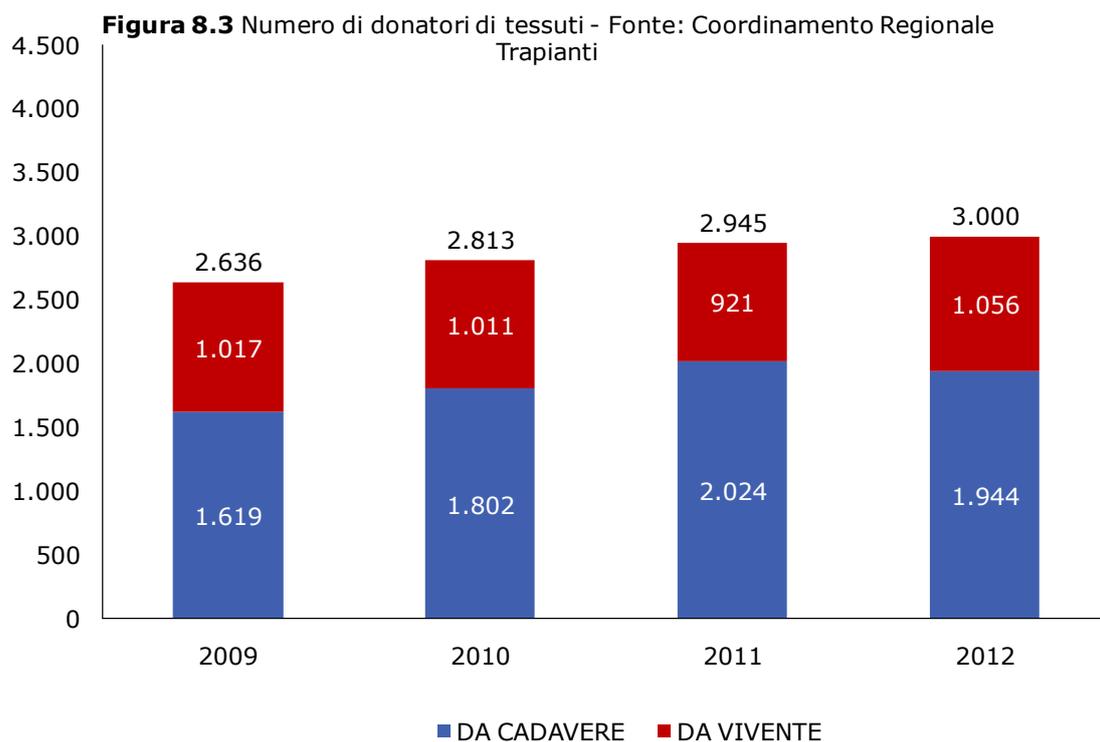
Il centro trapianto di polmone di Padova risulta essere il centro con il maggior numero di trapianti effettuati in Italia; il centro trapianti di rene della Azienda Ospedaliera sia di Padova sia di Verona registrano lo stesso numero di trapianti, ponendosi come secondo centro italiano per numerosità.

Il programma di trapianto da donatore vivente vede il Veneto, oltre che promotore, anche protagonista in ambito nazionale: nel 2012 sono stati effettuati 47 trapianti di rene, coinvolgendo tutti i centri trapianti di rene della Regione.

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 "governance" e coordinamento.

L'attività di procurement di tessuti in Regione ha mostrato nel 2012 una sostanziale stabilità. Si sono registrati 3000 donatori di tessuti, di cui il 64,8% ha riguardato donazioni da cadavere. Nel 2011, su 2.945 donatori di tessuti, tale dato era pari al 68,7%.



L'analisi per tipologia di tessuti procurati mostra che 1796 donatori, pari al 92,4% dei donatori cadavere, sono risultati donatori di soli tessuti oculari. Nel 7,6% dei casi sono state raccolte più tipologie di tessuti, quali tessuto valvolare, segmenti vascolari, tessuto muscolo-scheletrico e tessuto cutaneo. registrando 148 donatori multi tessuto nel 2012 vs 162 nel 2011.

I tessuti oculari raccolti in totale in Veneto nel 2012 sono stati 3.833 vs 3.996 tessuti raccolti nel 2011.

Il miglioramento in termini qualitativi e quantitativi del procurement di tessuto cutaneo ha permesso di raggiungere 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 2012 hanno registrato un'attività donativa pari a 1056 donazioni, con un incremento del 14,7% nei confronti del 2011.

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 48% nell'area NITp (Nord Italia Transplant Program), come risulta dal riepilogo nazionale del CNT.

Attività di formazione/sensibilizzazione

La formazione e l'aggiornamento permanente del personale che, a vario livello, interviene nell'attività di prelievo e trapianto, è condizione imprescindibile per il mantenimento dei criteri di efficienza, efficacia, qualità e sicurezza di tutto il sistema. Tale attività si realizza attraverso la Fondazione per l'Incremento dei Trapianti di Organi e di Tessuti (FITOT), la quale ha un ruolo storico in questo ambito e che, grazie a un Comitato Scientifico rappresentativo di tutte le realtà, oltre che del CRT, garantisce la piena aderenza sia con le linee strategiche del sistema che con le singole realtà operative.

Nel corso del 2012 sono state realizzate 14 iniziative di formazione, che hanno coinvolto complessivamente 394 operatori.

In particolare il CRT, visti i risultati positivi dei provvedimenti a favore dell'incremento della donazione di rene da vivente, attuati a seguito della DGRV 4201 del 30/12/2008, ha ripreso l'attività del tavolo tecnico costituito ad hoc, allo scopo di individuare le azioni volte a incrementare ulteriormente l'attività di donazione e trapianto da vivente in Regione.

Nel frattempo il corso "Il trapianto di rene da vivente" è stato richiesto dal CNT ed è diventato un kit didattico, messo a disposizione, attraverso il CNT, di tutte le Regioni. Inoltre, nel 2012 lo stesso corso è stato organizzato per iniziativa della SIN e del CNT in due edizioni a Roma; i materiali dell'evento sono stati utilizzati per realizzare un corso FAD (formazione a distanza) disponibile sul sito della stessa società.

301

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2202 del 06 novembre 2012 "Sistema Trapianti Veneto - Anno 2012"](#)

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2351 del 29 dicembre 2011 "Sistema Trapianti Veneto - Anno 2011"](#).

Approfondimenti

CRT: ["Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2011"](#)

NITp: ["Report di attività 2012 - Prelievo e trapianti di organi"](#)

NITp: ["Report di attività 2011 - Prelievo e trapianti di organi"](#)

CNT: ["Attività di donazione e trapianto Report 2012"](#) in fase di pubblicazione

CNT: ["Attività di donazione e trapianto Report 2011"](#)

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti

Sede: c/o Azienda Ospedaliera di Padova Via Giustiniani 2 - 35128 Padova

Telefono: 049 8218124-8125 - Fax: 049 8218126

e-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

8.2. Rete malattie rare

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio. Rete delle malattie rare. Pagine 72-73.

Le reti cliniche integrate con il territorio: in particolare per le malattie rare "...a fronte dell'esperienza acquisita si individuano come indirizzi regionali:

- *La definizione di protocolli e percorsi clinico-assistenziali al fine di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure nel territorio regionale e di razionalizzare l'uso delle risorse secondo il principio dell'evidenza scientifica di efficacia e sicurezza;*
- *La messa in rete ed il relativo potenziamento delle competenze presenti nel contesto regionale nell'assessment diagnostico funzionale dei malati rari e lo sviluppo della cartella clinica informatizzata regionale;*
- *La sperimentazione di nuove modalità gestionali favorevoli al funzionamento della rete (es. consulenza a distanza)."*

Quadro di sintesi

La Regione del Veneto si è dotata di una programmazione a favore delle persone con malattie rare dal 2000, in data precedente all'emanazione del DM 279/2001, che di fatto ha sancito l'inizio delle politiche nazionali sulle malattie rare. Gli elementi sui quali si basa l'organizzazione regionale sono:

- la rete assistenziale dedicata, costituita dai Centri accreditati, la rete dei servizi territoriali, le farmacie ospedaliere e territoriali, gli altri ospedali coinvolti nella presa in carico dei pazienti;
- il sistema informativo, alla base del registro regionale, basato su un'unica cartella clinica regionale informatizzata, che mette in rete in tempo reale tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale;
- i protocolli e i percorsi assistenziali, definiti per specifica malattia rara e/o per specifico problema, stabiliti attraverso un processo di consenso tra gli attori regionali, basato sulle evidenze scientifiche, completamente monitorato dal sistema informativo di cui sopra.

In base ai dati del Registro, le malattie rare si confermano elemento strategico per la programmazione regionale, sia per il numero di pazienti veneti colpiti, circa 20.000, sia per l'impatto che queste condizioni determinano, da una parte sulla salute della popolazione, dall'altro sul SSR, in termini di impegno assistenziale richiesto e di costi sostenuti.

Le malattie rare sono condizioni estremamente eterogenee tra loro, 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. Queste patologie, seppur diverse tra loro, vengono classificate

all'interno dello stesso gruppo per il fatto di presentare problematiche assistenziali simili e necessitanti di un'assistenza specialistica di complessità tale da non poter essere supportata senza un importante intervento pubblico. Sotto la spinta di tali considerazioni, si sono sviluppate, a partire dagli anni '90, sia a livello europeo, che di singoli Stati membri, politiche sanitarie specificatamente dedicate alle malattie rare.

Le azioni a favore delle persone con malattia rara hanno preso avvio in Italia con il Decreto Ministeriale n. 279/2001. I punti strategici contenuti nel Decreto sono:

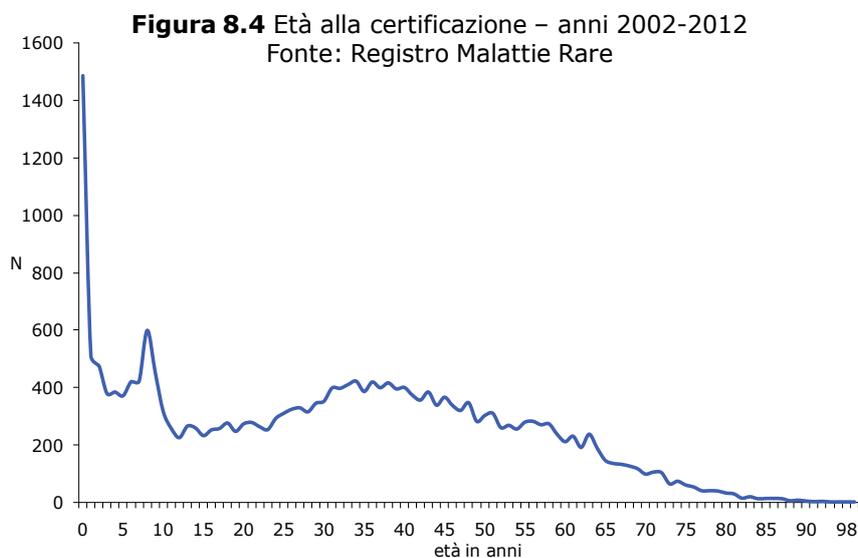
- la stesura di un elenco di gruppi di malattie rare, e quindi di malati portatori di particolari diritti. La lista comprende 546 nomi di malattie o gruppi di malattie, corrispondenti a circa 3.000 entità di malattie effettivamente incluse;
- l'esigibilità dei benefici solo all'interno di una rete regionale o interregionale di Centri accreditati dalle Regioni per la diagnosi e la cura di queste specifiche forme di malattia;
- la disciplina dell'attività dei Centri all'interno di protocolli, definiti in base alle più aggiornate evidenze scientifiche, e secondo principi di appropriatezza ed efficacia;
- il legame tra attività dei Centri accreditati, erogazione dei benefici ai pazienti e monitoraggio epidemiologico del fenomeno, attraverso la costituzione di registri su base regionale/interregionale. Gli atti normativi successivi (Accordi Stato-Regioni del 2002 e 2007), hanno definito indirizzi attuativi specifici, in base ai quali sviluppare a livello regionale le azioni previste dal DM 279/2001.

La Regione del Veneto ha intrapreso specifiche politiche sanitarie per costituire un sistema regionale dedicato all'assistenza alle persone con malattie rare fin dal 1999. Da allora si sono succeduti numerosi provvedimenti che hanno portato all'individuazione della rete dei presidi di riferimento regionali per l'assistenza ai malati rari, all'attivazione del sistema informatizzato per la presa in carico assistenziale dei malati, alla base del Registro, fino allo sviluppo di 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, istituito dal 2000.

I dati del Registro hanno costituito, fin dalle fasi iniziali di istituzione della rete di assistenza per le malattie rare, le basi per orientare le politiche regionali in materia. Le principali misure epidemiologiche fornite dal Registro rappresentano infatti i moltiplicatori di azioni ed interventi e giustificano l'attenzione dedicata a questo tema di salute pubblica, delineando l'impatto in popolazione che queste malattie hanno, complessivamente considerate.

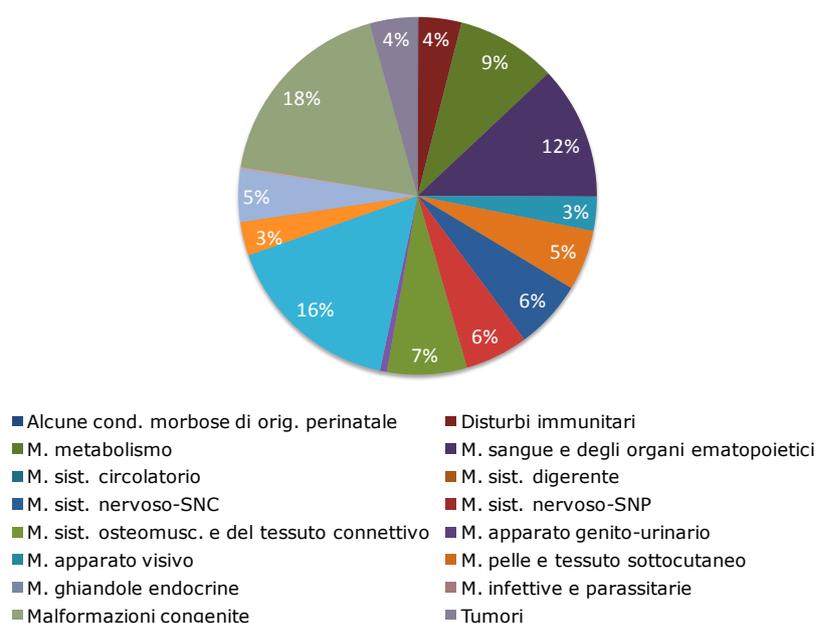
Al 31 dicembre 2012 i pazienti con malattia rara residenti in Regione Veneto monitorati dal Registro sono 17.547; a questi si aggiungono 4.095 residenti fuori Regione, ma seguiti da presidi accreditati della Regione Veneto. Il 52% dei pazienti sono femmine, il

48% maschi. 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 anni (Figura 8.4).



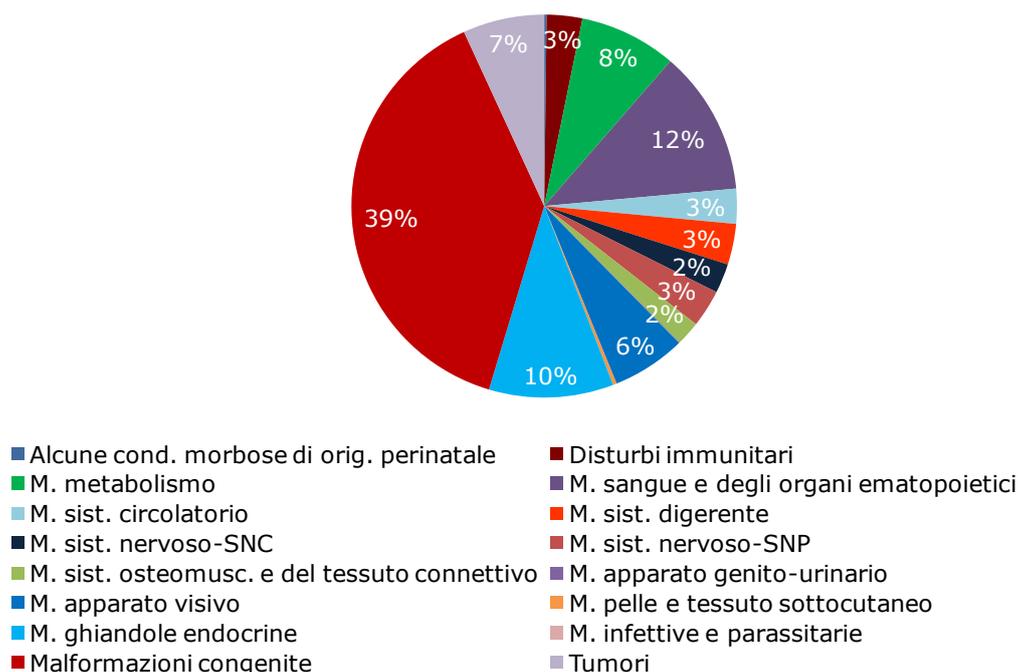
Al 31 dicembre 2012 il 23% dei pazienti aveva un'età inferiore a 18 anni. Considerando i pazienti di tutte le classi di età, le patologie che presentano la più elevata numerosità di pazienti sono le malformazioni congenite (18,1%), seguite dalle malattie dell'apparato visivo (16,2%) e dalle malattie del sangue e degli organi ematopoietici (12,1%). Un altro gruppo relativamente numeroso è quello costituito dai pazienti affetti da malattie rare neurologiche, considerando sia le malattie del sistema nervoso periferico che centrale (11,9%).

Figura 8.5 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – tutte le età (al 31/12/2012) - Fonte: Registro Malattie Rare



Se si considera in particolare l'età pediatrica (Figura 8.6) la distribuzione per gruppi di patologie si modifica. Le malformazioni congenite diventano di gran lunga il gruppo più numeroso (38,5%), seguite dalle malattie ematologiche (12,2%). Un altro gruppo molto rappresentato in questa fascia di età è quello delle malattie metaboliche globalmente considerate (8,2%).

Figura 8.6 Distribuzione delle diagnosi per macro-gruppo ICD9-CM – età pediatrica (al 31/12/2012) - Fonte: Registro Malattie Rare



In base ai dati del Registro, le malattie rare hanno una prevalenza grezza in popolazione pari a 33.09 per 10.000 residenti. L'incidenza grezza annuale è pari a 3,85 per 10.000. Emerge inoltre che il potenziale di vita che le malattie rare erodono risulta consistente, in confronto con altre cause tradizionalmente ritenute molto rilevanti. Gli anni di vita persi dovuti alle malattie rare nel loro complesso rappresentano infatti il 4,2% del totale degli anni di vita persi dalla popolazione veneta (rispetto all'1,2% per le malattie infettive, al 2,6% per il diabete mellito, al 5,7% per gli incidenti stradali).

Anche l'impatto sul SSR è notevole. In termini di accesso a servizi e strutture, il tasso di ospedalizzazione annuo dei malati rari è di molto superiore a quello dei restanti residenti per tutte le classi d'età. In particolare, il tasso in età pediatrica è di 315‰ abitanti rispetto al 75‰ atteso nella restante popolazione di pari età, con un eccesso di ricorso al ricovero ospedaliero di oltre il 400%. Inoltre, il 10% dei pazienti che utilizzano i servizi di riabilitazione è affetto da una malattia rara, spesso richiedente interventi di elevata complessità e impegno assistenziale. Il sistema informativo alla base del Registro permette di monitorare anche l'erogazione di trattamenti ai pazienti con malattia rara.

Un esempio: la spesa sostenuta a livello regionale solo per una parte dei trattamenti garantiti ai pazienti con malattia rara, i farmaci orfani, ha registrato un raddoppio negli ultimi tre anni, passando da circa 50 milioni di euro a 97 milioni, aumento dovuto alla disponibilità di nuovi principi attivi e quindi del numero di pazienti eleggibili al trattamento. L'impatto economico sulla spesa socio-sanitaria di tali pazienti è peraltro superiore a questa quota, a causa della necessità di altri farmaci, presidi terapeutici, protesi, ausili, etc. Nel biennio 2011-2012 inoltre sono state impegnate le seguenti risorse economiche: circa 11 milioni di euro per farmaci estero off-label, 200.000 euro per i trattamenti inclusi nei protocolli ad integrazione dei LEA, 720.000 euro per altri trattamenti extra-LEA autorizzati da Aziende Ulss di residenza in base a specifiche condizioni cliniche individuali, circa 2 milioni di euro per i prodotti dietetici per pazienti con malattie metaboliche ereditarie.

Tutti questi dati delineano le malattie rare come una priorità per la programmazione regionale, necessitante di un'organizzazione assistenziale specifica. Le malattie rare possono essere considerate infatti paradigma degli elementi critici nella programmazione regionale, nel contempo crocevia di criticità e potenzialità di innovazione e sviluppo.

Elemento cardine attorno a cui si è sviluppata tutta la programmazione regionale in materia è la definizione della rete di servizi ed interventi deputati alla presa in carico delle persone con malattia rara. La rete assistenziale è stata sviluppata secondo due articolazioni principali: l'una costituita dalla rete dei Centri accreditati, specifici per macro-gruppi di patologie, l'altra dalle reti multidimensionali dei servizi vicini al luogo di vita delle persone e deputati ad attuare la presa in carico del malato, secondo quanto definito dai Centri accreditati. Tali due elementi sono stati collegati attraverso uno stesso strumento informativo, avente lo scopo di rendere condivisa l'informazione clinica sul paziente, necessaria per svolgere tutte le attività di *assessment* diagnostico e cura e nel contempo base per l'erogazione di servizi ai pazienti. Al 31 dicembre 2012 gli utenti utilizzatori del sistema erano 1.224, così suddivisi: 508 medici dei Centri accreditati, 450 medici e altro personale operante nella rete territoriale, 233 farmacisti, tra ospedalieri e territoriali.

Per quanto riguarda la prima articolazione, quella delle reti a largo bacino d'utenza, di tipo verticale, costituite dai Centri accreditati, il processo di individuazione attuato in Regione si è basato fin dall'inizio non su auto-candidature, ma sull'analisi di dati oggettivi di attività, quali quelli di altri flussi informativi correnti, successivamente integrati con i dati del Registro.

Oltre alle attività dedicate a potenziare la già istituita rete verticale di assistenza per le persone con malattia rara, nel biennio 2011-2012 particolare attenzione è stata rivolta allo sviluppo di un modello circolare dell'assistenza, modello che si configura come uno

dei macro-obiettivi della programmazione regionale. I pazienti con malattia rara presentano aspetti di particolare complessità assistenziale, e spesso sperimentano un decorso di malattia cronico, in alcuni casi dovuto anche ad una aumentata sopravvivenza per la disponibilità di nuovi trattamenti, sia eziologici che di supporto, e più in generale ascrivibile ad un miglioramento dell'assistenza registrato negli ultimi anni. In tale contesto la centralità della persona e l'unitarietà degli interventi posti in essere rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione della rete, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale, l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo un approccio di presa in carico globale, multidisciplinare coinvolgente medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti di varie specialità, altri professionisti sanitari e non.

Esempi di tale approccio sono la realizzazione di percorsi assistenziali per malati aventi problemi assistenziali complessi, tali da richiedere interventi sanitari, socio-sanitari e sociali. Nel biennio 2011-2012 questi percorsi sono stati definiti per le persone con sclerosi laterale amiotrofica e per le persone con mucopolisaccaridosi. In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 13.03.2013 si procederà con la definizione di tale percorso anche per le persone con malattie emorragiche congenite e progressivamente per altri gruppi di pazienti caratterizzati da simili problemi assistenziali. Accanto a questi esempi di reti sviluppate per patologia o problemi assistenziali, altre saranno sviluppate per tipologia di trattamento. In questo contesto, è in fase avanzata di realizzazione il sistema regionale di registrazione dei soggetti in terapia con GH. Tale sistema è embricato con il sistema malattie rare, dal momento che una parte consistente delle persone in terapia con GH hanno una diagnosi di malattia rara, ma coinvolge anche altri nodi della rete assistenziale regionale, perseguendo obiettivi di semplificazione del percorso del paziente, definizione di storie naturali ed esiti, appropriatezza prescrittiva, monitoraggio in tempo reale di quanto erogato.

In attuazione di quanto previsto dalla normativa nazionale, si è identificata come priorità la definizione di protocolli, oltre che dei già citati percorsi clinico-assistenziali, al fine di ridurre la disomogeneità di accesso nel territorio regionale ai trattamenti effettivamente disponibili e nel contempo di monitorare e razionalizzare l'uso delle risorse.

Tali protocolli, così come i percorsi assistenziali, definiti per specifica malattia rara e per specifico problema assistenziale, sono stati stabiliti attraverso un processo di consenso tra gli attori regionali impegnati nella rete di assistenza, basato sulle evidenze scientifiche. Nel biennio 2011-2012 sono stati attivati e hanno concluso la fase istruttoria i gruppi di lavoro per le seguenti malattie: malattie rare ematologiche, dell'apparato genito-urinario, oftalmologiche, dermatologiche. Sono ancora in attività i gruppi di lavoro per le malattie rare reumatologiche e maxillo-facciali. Nel biennio 2011-2012 sono stati

esaminati nell'ambito dei lavori sui protocolli complessivamente 359 principi attivi, per un totale di 1954 malattie esaminate. A dicembre 2012 i piani terapeutici redatti attraverso il sistema per persone con malattia rara erano 9.023 per un totale di 11.377 prescrizioni gestite.

L'integrazione dei contenuti dei protocolli nel sistema informativo permette anche di realizzare il monitoraggio di quanto effettivamente erogato, sia in termini di confronto tra prescritto/erogato, sia in termini di costi.

Non solo i dati ricavati dal sistema permettono di monitorare strettamente i costi, ma anche di stimare il risparmio per l'Amministrazione regionale derivante dal definire i limiti dei benefici, in collaborazione con i clinici proscrittori, secondo i principi di appropriatezza, efficacia e sicurezza dei trattamenti garantiti in regime di gratuità per i pazienti, oltre a quelli previsti dai LEA. Il sistema informativo sviluppato si conferma quindi strumento di governance strategico. Infatti permette di ricavare, a livello regionale e di singola Azienda, un pacchetto di indicatori, definente, con aggiornamento in tempo reale, i carichi assistenziali per paziente, malattia, problema assistenziale e singola prestazione, e i relativi costi, tra cui quelli riferiti all'erogazione di farmaci, parafarmaci, dietetici, presidi, protesi e ausili.

308

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Deliberazione della Giunta Regionale n. 2717 del 24 dicembre 2012](#) "Coordinamento Regionale per le Malattie Rare di Padova e Registri Regionali afferenti. Approvazione dei piani di attività e del piano di spesa per l'anno 2012. Finanziamento per l'anno 2012".

[Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui criteri di individuazione e di aggiornamento dei Centri Interregionali di riferimento delle malattie rare](#) (Repertorio Atti n. 1485 del 11 luglio 2002).

[Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul riconoscimento di Centri di Coordinamento regionali e/o interregionali, di Presidi assistenziali sovra regionali per patologie a bassa prevalenza e sull'attivazione dei registri regionali ed interregionali delle malattie rare](#) (Repertorio 103/CSR del 10 maggio 2007).

Approfondimenti

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anni 2011-2012

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anni 2011-2012

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale Malattie rare - Registro Regionale Malattie rare

Responsabile: Prof.ssa Paola Facchin

Via Donà 11 - 35129 Padova

Telefono: 049 8215700

e-mail: malattierare@regione.veneto.it

8.3. Rete ictus

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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. L'analisi utilizza i dati del registro ictus, costituito con i dati di 21 centri di I e II livello rilevati nel periodo settembre 2011-agosto 2012, analizzati dal Sistema Epidemiologico Regionale. Il 60% dei casi registrati è transitato in centri Spoke e il rimanente nei centri Hub. I dati del registro ictus mostrano come sia importante mettere a fuoco l'aspetto che riguarda i tempi di accadimento degli eventi e in particolare quelli pre-ospedalieri e a questo riguardo è emerso che l'arrivo tramite SUEM è il fattore in grado di influenzare sia i tempi pre-ospedalieri che quelli intra-ospedalieri e determina una selezione positiva dei pazienti verso un accesso più tempestivo alla diagnostica di emergenza con maggior probabilità di esecuzione della trombolisi. In totale i dati del registro ictus contano 433 trombolisi eseguite nei 21 centri in un periodo di un anno di rilevazione.

309

La rete ictus nella Regione del Veneto

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", con distinzione 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.

Il Registro ictus in Veneto

La sperimentazione dell'istituzione del Registro ictus nella Regione Veneto, la cui applicazione è stata studiata nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata "Sperimentazione di un Sistema di Sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle unità di 1° e 2° livello della Regione del Veneto: registro ictus" (DGRV n° 4273 del 29.12.2009), ha consentito di verificare l'applicazione dei processi di cura così come definiti dalle linee guida.

In particolare in questo capitolo si considerano gli aspetti più strettamente organizzativi in riferimento al modello a rete "Hub and Spoke"; altri risultati della ricerca sono descritti nel capitolo 2.4 – Profili di patologia.

I centri partecipanti alla ricerca sono stati 21, comprendenti 6 centri di 2° livello e 15 centri di 1° livello. Non hanno partecipato alla rilevazione le stroke unit individuate come aree dedicate per l'assistenza ospedaliera ai pazienti con ictus all'interno dei reparti di medicina interna (Tabella 1). Considerando la distribuzione degli eventi per tipo di unità ictus dall'analisi è emerso che il 60% dei casi è transitato in centri Spoke e il rimanente nei centri Hub.

La ricerca finalizzata ha consentito di studiare alcuni fattori correlati con la capacità della rete ictus di erogare adeguati trattamenti in termini di efficacia e di efficienza. In quest'ottica è molto importante mettere a fuoco l'aspetto che riguarda i tempi di accadimento degli eventi prima e dopo l'arrivo del paziente in ospedale (Figura 8.7) e i fattori capaci di influenzarli. Riguardo a quest'ultimo punto dalla ricerca è emerso che un aspetto strettamente collegato alla tempistica dei pazienti, in particolare quella pre-ospedaliera, è rappresentato dalle modalità con cui i pazienti arrivano in ospedale.

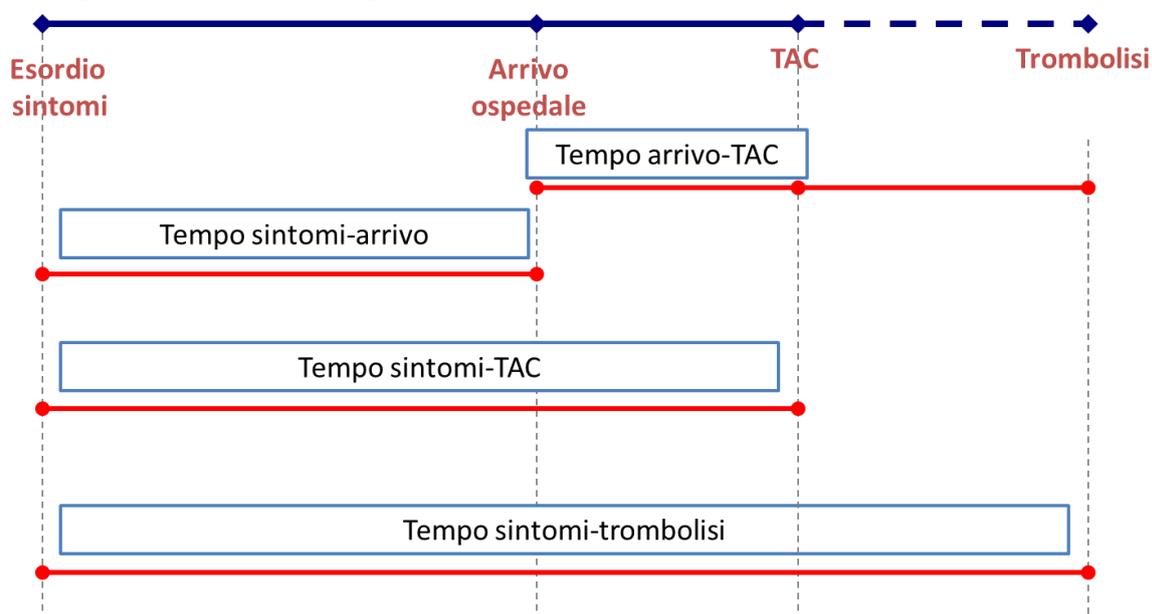
Infatti i pazienti che accedono al Pronto soccorso tramite SUEM giungono precocemente alla valutazione per eventuale trombolisi, mentre per la modalità di accesso in Pronto soccorso "autonomamente" i tempi si dilatano con riduzione degli arrivi in tempi utili.

Tabella 8.3. Descrizione delle unità ictus nella Regione Veneto.

Centro	Tipologia	letti/monitor	Separati	Personale dedicato	Altro
Arzignano	I*	6 monitorati	no	si	
Bassano	I	4 monitorati	no	si	
Thiene	I	6 monitorati	si	si	in Area Critica
Vicenza	II**	8 monitorati	no	si	
Belluno	I	4 monitorati	no	si	palestra all'interno
Castelfranco	I	4 monitorati	si	si	in Area Critica
Feltre	I	4 monitorati	no	no	
Treviso	II	8 monitorati	si	si	
Cittadella	I	7 monitorati	no	no	
Monselice	I	4 monitor mobili	no	no	
Padova Clinica I	II	4 monitorati	si	si	
Padova clinica II	I	4 monitorati	no	si	
Legnago	I	4 monitorati	no	si	
Negrar	I	2 monitor mobili	no	no	
Peschiera	I	4 monitorati	no	si	
Verona	II	8 monitorati	si	si	palestra all'interno
Mirano	I	(8 non in funzione)	no	no	
Portogruaro	I	8 monitor	no	si	
Venezia	I	1 monitor	no	no	
Mestre	II	5 monitorati	no	si	
Rovigo	II	8 monitorati	si	si	

* unità ictus di primo livello; **unità ictus di secondo livello

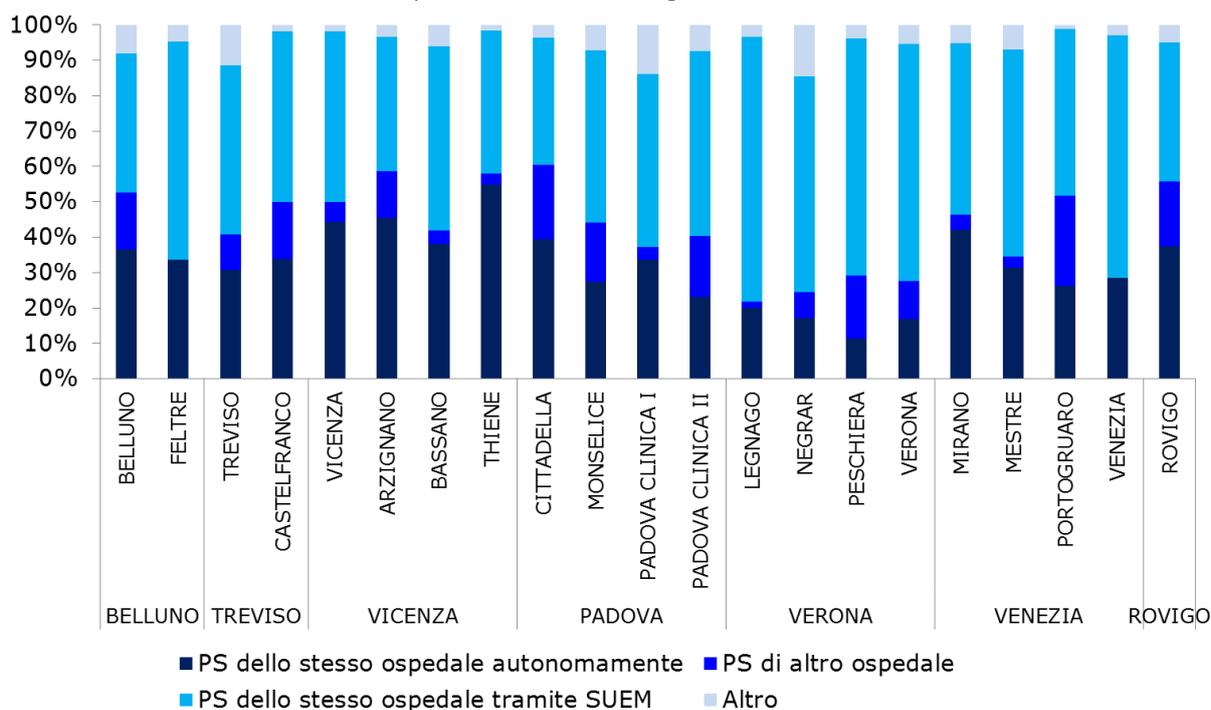
Figura 8.7 Tempistica degli eventi caratterizzanti il percorso del paziente nell'unità ictus



Nella figura 8.7 viene descritta la distribuzione dei pazienti per modalità di arrivo in Pronto Soccorso: la percentuale che arriva autonomamente è pari al 31,4% con una forte variabilità tra i centri (tra il 58,4% e l'11,3%). Un altro aspetto da considerare è il dato relativo agli arrivi dal pronto soccorso di un altro ospedale, che rappresentano in parte trasporti autonomi che si rivolgono a ospedali non appartenenti alla rete ictus e, in parte,

con maggiori problemi dal punto di vista della gestione della rete, sono ascrivibili a trasporti secondari tra ospedali ovvero a un errato indirizzamento dei mezzi di soccorso. L'arrivo dal pronto soccorso di altri ospedali ha riguardato l'11,8% dei pazienti transitati nelle unità ictus del Veneto durante l'anno di rilevazione.

Figura 8.8 Distribuzione di frequenza della modalità di arrivo per unità ictus e provincia - Fonte: Registro Ictus



313

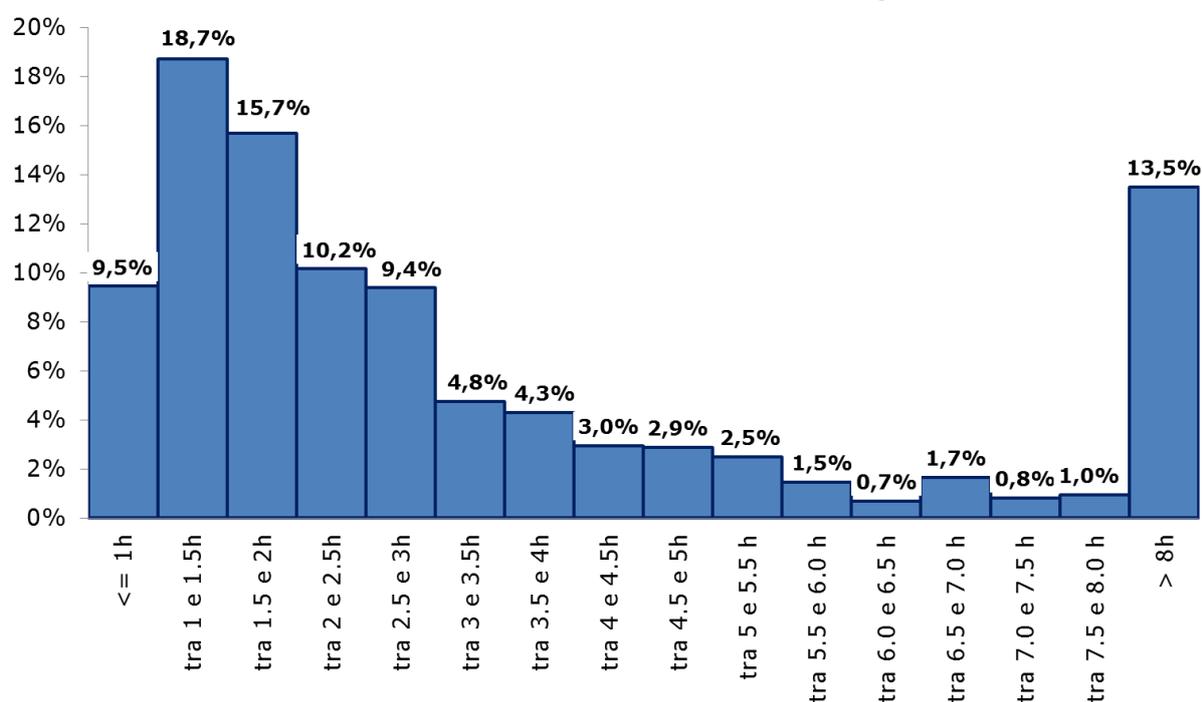
L'analisi della tempistica dei percorsi seguiti dai pazienti con ictus ischemico transitati per le unità ictus ha molto risentito dal basso grado di completezza delle informazioni: nel 54% dei casi la mappatura non è completa per la mancanza della registrazione di uno o più tempi del paziente.

In base ai dati disponibili si osserva che la metà dei pazienti viene sottoposta a TAC entro le 2-2,5 ore dall'esordio dei sintomi (mediana tempo sintomi-TAC=132 minuti) e che il 73% viene sottoposto a quest'esame comunque entro 4 ore, in tempo per l'istituzione di un eventuale trattamento trombolitico sistemico anche considerando il tempo di lettura della TAC.

Dalla ricerca è emerso che l'arrivo tramite SUEM, modalità peraltro utilizzata più spesso dai pazienti più gravi, è il fattore in grado di influenzare sia i tempi pre-ospedalieri che quelli intra-ospedalieri (tra l'arrivo in ospedale e l'esecuzione della TAC). Quindi, sia nella fase pre-ospedaliera che in quella intraospedaliera, l'arrivo tramite SUEM determina una selezione positiva dei pazienti verso un accesso più tempestivo alla diagnostica di emergenza con maggior probabilità di esecuzione della trombolisi.

L'analisi mette in evidenza la necessità di promuovere campagne sul territorio di sensibilizzazione della popolazione sul problema ictus per superare la scarsa consapevolezza dei sintomi della patologia cerebrovascolare e favorire l'allarme precoce del 118 che risulta fondamentale per l'attivazione efficace della rete ictus. Inoltre si delinea in maniera definita l'importanza di definire un "codice ictus" utilizzabile dal personale del 118 per indirizzare e di conseguenza accelerare il percorso del paziente dall'esordio dei primi sintomi alla presa in carico in Pronto soccorso dell'Ospedale più appropriato.

Figura 8.9 Distribuzione del tempo tra esordio sintomi e esecuzione TAC dei pazienti con ictus transitati per le stroke unit - Fonte: Registro Ictus



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 di rilevazione si è registrata l'esecuzione di 433 trombolisi sistemiche con ampio range tra centri (4-109).

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".

Approfondimenti

AA.VV., *Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare*, Roma: Quaderni del Ministero della Salute n. 14, marzo-aprile 2012.

AA.VV., *Organizzazione dell'assistenza all'ictus: le Stroke Unit*, Roma: Quaderni del Ministero della Salute n. 14, marzo-aprile 2010.

SPREAD Stroke prevention and Educational Awareness Diffusion. [Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento](#). V edizione. (2007).

Altro materiale sui risultati della ricerca è disponibile nel sito del [Sistema Epidemiologico Regionale](#).

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Controlli e Governo SSR
Coordinamento Regionale Controlli Sanitari
Appropriatezza, liste di attesa e sicurezza del paziente
Palazzo Molin -San Polo 2514 - 30125 Venezia
Telefono: 041 2793559-3488

8.4 Rete IMA

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 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 è salita al 62% (42% entro 24 ore).

316

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. A 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.

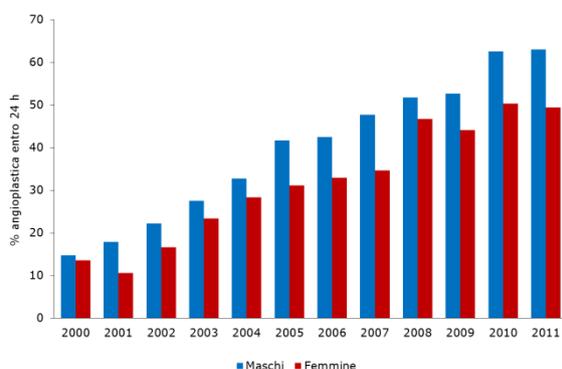
Per quanto concerne l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, dal 2000 al 2011 si è assistito a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che non STEMI, ed è particolarmente rilevante il fatto che la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica entro 24 ore sia passata dall'8% nel 2000 al 42% del 2011 (Tabella 8.5).

Per quanto riguarda proprio il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, la cui distribuzione è riportata in Figura 8.10, 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.

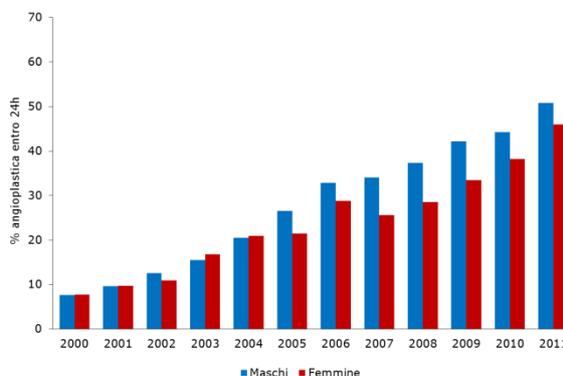
Tabella 8.5 IMA: percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto. Anni 2000-2011.						
Anno	Tipo infarto					
	Infarto NSTEMI		Infarto STEMI		Totale	
	%	% 24 ore	%	% 24 ore	%	% 24 ore
2000	11,1	0,8	19,4	8	17,8	6,6
2001	17,2	1,5	23,1	9,9	21,7	7,9
2002	19,6	2,9	27,2	12,5	25,1	9,9
2003	23,1	3	33	15,9	30,2	12,2
2004	29	4	37	18,4	34,4	13,8
2005	34,6	5,3	42,7	22,2	39,8	16,2
2006	37,7	6,6	45,2	25,2	42,4	18,3
2007	37,4	6,9	47,1	27,3	43,4	19,6
2008	37,5	6,5	50,4	30,9	45,5	21,7
2009	37,6	6	55,2	33,8	48,2	22,8
2010	44	7,7	57,2	38,6	51,6	25,4
2011	45,1	8,4	62	41,6	54,5	26,9

Figura 8.10 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 2000-2011.

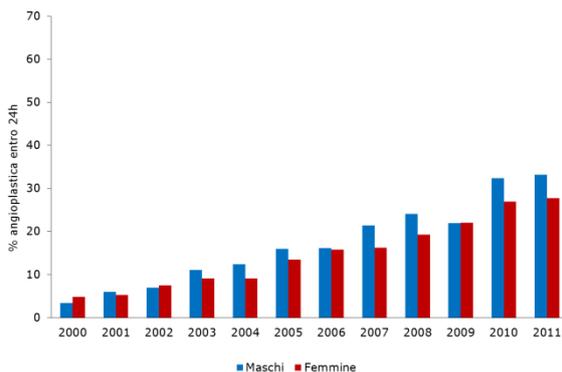
Classe d'età: 45-64 anni



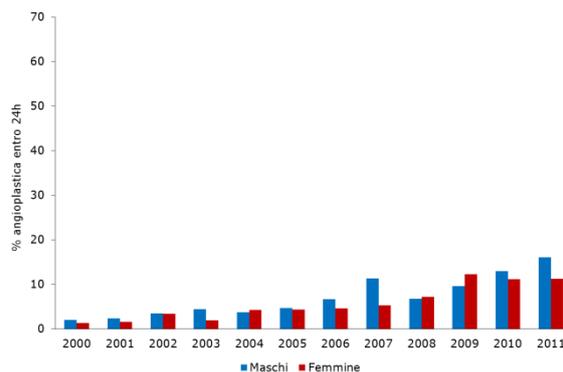
Classe d'età: 65- 74 anni



Classe d'età: 75-84 anni



Classe d'età: > 84 anni



Nella tabella seguente è riportato il numero assoluto dei trattamenti di rivascolarizzazione effettuati per STEMI, per Azienda ULSS di residenza (distinguendo anche le procedure effettuate entro 24 ore dal ricovero per provincia); per ciascuna provincia è inoltre riportata la percentuale di eventi di IMA STEMI sottoposta ad angioplastica complessivamente e entro 24 ore.

Tabella 8.6. IMA: numero eventi di Infarto STEMI ospedalizzati per Azienda di residenza (N), percentuale di eventi di Infarto STEMI con angioplastica durante l'evento (%) ed entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore) per Provincia di residenza. Residenti in Veneto. Periodo 2010-2011.				
Azienda ULSS di residenza	Infarto STEMI			Provincia di residenza
	N	% 24 ore	%	
101-Belluno	222	46,6	63,5	BL
102-Feltre	145			
103-Bassano del Grappa	191	37,3	55,9	VI
104-Alto Vicentino	289			
105-Ovest Vicentino	327			
106-Vicenza	521			
107-Pieve di Soligo	410	44,4	64,9	TV
108-Asolo	252			
109-Treviso	584			
110-Veneto Orientale	331	46,9	65,9	VE
112-Veneziana	555			
113-Mirano	256			
114-Chioggia	136			
115-Alta Padovana	284	36,2	52,7	PD
116-Padova	929			
117-Este	323			
118-Rovigo	302	49,8	63,5	RO
119-Adria	148			
120-Verona	806	31,6	57,6	VR
121-Legnago	188			
122-Bussolengo	354			

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

AA.VV., *I ricoveri in Veneto dal 2000 al 2011 - Ospedalizzazione generale e mobilità*, Padova: Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale, gennaio 2013.

Recapiti per ulteriori informazioni

Direzione Controlli e Governo SSR
 Coordinamento Regionale Controlli Sanitari
 Appropriatelyzza, liste di attesa e sicurezza del paziente
 Palazzo Molin -San Polo 2514 - 30125 Venezia
 Telefono: 041 2793559-3488

8.5 Rete attività trasfusionale

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 delle attività trasfusionali.

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 (DIMT), 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 in incremento e supporto all'autosufficienza nazionale con trend in incremento;
- l'autosufficienza regionale in plasmaderivati: copertura nel biennio 2011-2012 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.

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, decentramento territoriale e aderenza alla struttura ospedaliera/aziendale, hanno avuto necessità di essere rivisitati sperimentando nuovi approcci gestionali, in rapporto alle diversificate esigenze regionali, in un percorso di efficienza finalizzato alla razionalizzazione delle risorse assegnate.

Il IV Piano Sangue e Plasma Regionale, adottato dal Consiglio Regionale nel 2004, ha previsto una profonda azione riorganizzativa del Sistema trasfusionale veneto su alcuni indirizzi mutuati dal II Piano Sangue Nazionale, dalla normativa europea e dalla normativa di riordino nazionale (allora in progress e ora Legge n. 219/05):

- armonizzare l'autosufficienza intraregionale, 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, emoderivati 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 sovraregionale e sovraziendale dell'autosufficienza, cui devono concorrere le Regioni dotandosi di strumenti di programmazione, 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 DIMT. Va sottolineata, anche per il biennio 2011-2012, la

capacità della nostra Regione di assicurare l'autosufficienza interna ottenuta anche 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. Nel biennio 2011-2012 si è verificato un significativo incremento del supporto all'autosufficienza nazionale: nel 2011 con un incremento di cessione extraregione di circa l'8% rispetto al 2010 e nel 2012 di circa il 5% rispetto al 2011.

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 si propone un'azione sugli Uffici di chiamata, a gestione del Volontariato, per migliorare la correlazione tra bisogni trasfusionali e programmazione della raccolta.

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 predisposizione di due Piani di distribuzione di plasmaderivati, uno extraregionale riguardante l'AIP e uno intraregionale 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. L'attività di implementazione del sito WEB per la gestione degli ordini *on line* è iniziata nel 2011 e conclusa nel 2012. Il risultato operativo dell'attività 2011 e 2012 è stata una copertura della richiesta 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.

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.

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 delineato, è stata completata nel biennio 2011-2012 la verifica del possesso dei requisiti minimi specifici di Autorizzazione all'esercizio delle strutture del Sistema trasfusionale regionale, incluse le Unità di Raccolta gestite da AVIS nelle Province di Padova, Treviso e Venezia, e si sta procedendo con la verifica dei requisiti per l'Accreditamento istituzionale presso le strutture pubbliche.

Posta la prossima indizione delle nuove gare per la plasmaderivazione, la Segreteria Regionale per la Sanità ha avviato un autonomo programma di verifica delle strutture del Sistema trasfusionale regionale rispetto ai requisiti previsti dai Plasma Master File delle Industrie di frazionamento, completato nel corso del 2012 sia presso le Strutture pubbliche che quelle che operano in convenzione e gestite da AVIS.

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.

Va quindi completato ed aggiornato il programma di Autorizzazione ed Accreditamento istituzionale del Sistema trasfusionale regionale, accompagnato a quanto previsto dalle normative europee in tema di Plasma Master file per il conferimento del plasma al frazionamento industriale.

Il modello organizzativo dipartimentale

La progettazione dei DIMT (Dipartimenti Interaziendali per le Attività Trasfusionali) 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 Accredimento 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 su ogni DIMT di un sistema informatico omogeneo con server unico e connessione verso il sistema informatico del CRAT;
- completamento del percorso di Autorizzazione ed Accredimento 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 e di cui al IV Piano Sangue e Plasma Regionale si è dimostra 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.

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 di Immunoematologia e Trasfusione) dell'Azienda ULSS n. 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 44 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.

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 intraregionale.

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.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

Si rinvia all'area dedicata alla normativa all'interno del [sito Internet del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali \(CRAT\)](#).

Approfondimenti

[Sito Internet del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali \(CRAT\)](#). Si vedano in particolare:

1. Registro Sangue regionale 2011 e 2012;
2. Distribuzione plasmaderivati del conto lavorazione alle Farmacie delle Aziende sanitarie regionali 2011 e 2012;
3. Dati attività 2011 e 2012 delle Banche regionali SCO e certificazioni ed accreditamenti posseduti.

Recapiti per ulteriori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali
Sede: c/o Azienda ULSS 7 Ospedale De Gironcoli, Via Manin, 110 – Conegliano (TV)
Telefono: 0438 668353 - Fax: 0438 668203
e-mail: crat.veneto@ulss7.it

9. Il Fascicolo Sanitario Elettronico

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". Allegato A. Paragrafo 4.4 Verso un "cruscotto di governo". Sottoparagrafo 4.4.2 Il sistema informativo integrato. Pagine 133-135. La Sanità Elettronica consente di aprire scenari inediti, orientando i Professionisti della Salute verso un utilizzo condiviso delle informazioni, nel rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali e dei dati sensibili. L'obiettivo della realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, rafforzato dal Piano Socio Sanitario, si propone di dare maggiori e più efficienti servizi ai cittadini, supportando nel contempo il fondamentale lavoro degli operatori.

Quadro di sintesi

Il nuovo Piano Socio Sanitario del Veneto (PSSR) ha introdotto, per la prima volta nella normativa della nostra regione, il concetto di Fascicolo Sanitario Elettronico. L'idea di fondo è che "[...] l'adozione delle ICT in ambito socio-sanitario, volta a favorire la cooperazione tra i diversi sistemi in uso, consentirebbe, qualora adeguatamente implementata, di realizzare un reale innalzamento qualitativo dei livelli di assistenza, facilitando l'integrazione tra i professionisti e tra le strutture socio-sanitarie. La continuità dell'assistenza sarebbe così supportata dalle informazioni in formato elettronico e verrebbe a crescere la partecipazione e la consapevolezza dei cittadini verso il proprio processo di diagnosi e cura [...]". In precedenza, in data 11 novembre 2010, il Ministero della Salute aveva pubblicato il documento "Il Fascicolo Sanitario Elettronico - Linee guida nazionali", ove sono state individuate, per la prima volta a livello nazionale, la definizione e le finalità del fascicolo stesso.

Definizione

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il Fascicolo Sanitario Elettronico, che ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente, è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali.

Finalità

"Il Fascicolo Sanitario Elettronico è costituito, previo consenso dell'assistito, dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Tali

finalità sono perseguite dai soggetti del Servizio Sanitario Nazionale e dei servizi sociosanitari regionali che prendono in cura l'assistito. [...]”.

Tuttavia già più di anno prima il Garante per la Protezione dei Dati Personali (privacy), viste le esperienze che ormai da anni si riscontravano in diverse Regioni, aveva emanato le *"Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario- 16 luglio 2009 (G.U. n. 178 del 3 agosto 2009)"*, dove veniva più volte sottolineata la mancanza di un preciso riferimento normativo. La norma che finalmente ha introdotto il Fascicolo Sanitario Elettronico come "oggetto" riconosciuto a livello nazionale è arrivata solo di recente, ed esattamente con il Decreto Legge del 18 ottobre 2012, n. 179 (detto anche "Agenda Digitale Italiana", poi convertito nella legge 221/2012). In particolare con l'Art. 12, oltre a riprendere la definizione delle linee guida del Ministero della Salute, si sancisce che:

“[...]”

2. Il FSE è istituito dalle Regioni e Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e **ricerca** scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) **programmazione** sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

3. Il FSE è alimentato in maniera continuativa, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso.

[...]”

La novità importante introdotta dalla norma è l'estensione alla ricerca e alla programmazione che fino a prima non erano contemplate tra le finalità del Fascicolo e che apre a prospettive di analisi degli esiti e valutazione degli outcome non più relegate a piccole coorti di popolazione, ma bensì su larga scala.

La Regione del Veneto, in linea con le norme nazionali e in attuazione al nuovo PSSR ha dato inizio quindi con la DGR 1671/2012 ai lavori di implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr). La DGR in questione prevede un accordo quadro tra tutte le Aziende Sanitarie, la Regione Veneto e il Consorzio Arsenal.it (consorzio ICT delle Aziende Sanitarie del Veneto) al fine di progettare, implementare e monitorare gli stati di avanzamento del FSE nel Veneto.

In breve, il progetto si propone, lavorando a stretto contatto con le Aziende Sanitarie e confrontandosi con il mercato ICT, si disegnano e realizzano l'infrastruttura ICT a supporto del FSE per garantire:

- La connessione via rete di tutti gli attori coinvolti nel processo di diagnosi, cura e riabilitazione del cittadino;
- La gestione sicura (h24) e riservata (privacy) dei dati personali e sensibili degli assistiti;
- La gestione di un "linguaggio comune" tra i diversi attori coinvolti (gestione dei sistemi di codifica);
- La corretta identificazione degli assistiti in ogni punto di accesso;
- La gestione dei processi di cura in cooperazione tra Aziende Sanitarie diverse ai fini di supportare i nuovi modelli organizzativi introdotti dal PSSR;
- La disponibilità dei documenti e delle informazioni cliniche strutturate dell'assistito dove e quando queste sono clinicamente utili, in qualsiasi punto della rete dei servizi, trasversalmente a tutte le Aziende Sanitarie.

Il progetto ha preso il via ufficialmente in data 1 ottobre 2012.

Principali riferimenti normativi e deliberativi

[Scheda della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sugli aspetti riguardanti il Fascicolo Sanitario Elettronico](#) nella Legge 17 dicembre 2012, n. 221 recante: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"

Garante per la protezione dei dati personali, [Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico \(Fse\) e di dossier sanitario](#), Provvedimento del 16 luglio 2009 (Pubblicato sulla G.U. n. 178 del 3 agosto 2009).

[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, Consorzio volontario delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto. Arsenà.IT si configura come centro di competenza veneto per l'eHealth, che persegue il miglioramento dei processi sanitari e dell'assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione inter-aziendale.

Recapiti per ulteriori informazioni

Servizio Sistema Informatico SSR
Direzione Controlli e Governo SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Recapiti telefonici: 041 2791136
e-mail: lorenzo.gubian@regione.veneto.it

10. La spesa del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSR)

Riferimenti al Piano Socio Sanitario

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016". 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 quadriennio, 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.

Tuttavia permangono almeno due criticità che dovranno trovare soluzione nel prossimo futuro.

La prima, di carattere economico-gestionale, è rappresentata dall'eccessivo divario di costo tra la prestazione sanitaria (ospedaliera in primo luogo) offerta dal privato e quella "prodotta" internamente dalle aziende sanitarie. In questo senso la riorganizzazione prevista dal PSSR 2012-2016 e le collegate schede ospedaliere e territoriali, offriranno spunti importanti per una riduzione dei costi davvero strutturale.

La seconda, di carattere finanziaria-patrimoniale, è rappresentata da una cronica sottocapitalizzazione del SSSR e una conseguente sovraesposizione debitoria nei confronti di fornitori ed istituti di credito. Il raggiungimento di uno stabile equilibrio economico sarà la condizione di base per programmare una necessaria riduzione dei debiti a breve termine e per dare il via a una politica di investimenti effettivamente sostenibile.

331

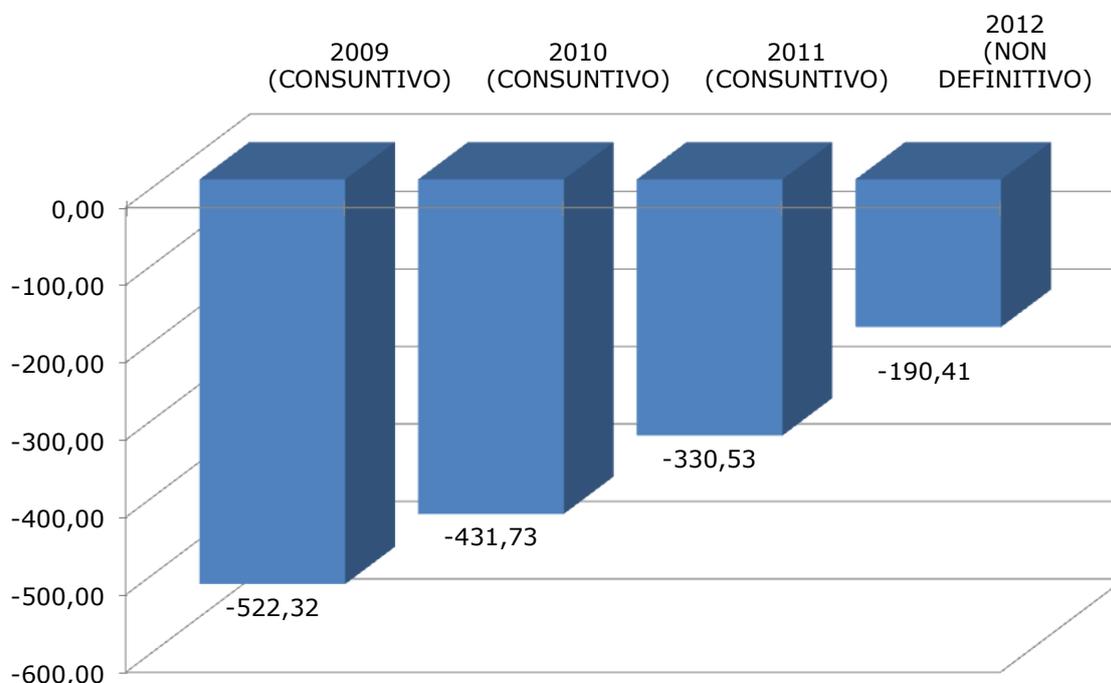
10.1 Analisi economica del SSR veneto

Risultato Economico

Il bilancio socio-sanitario consolidato al 31 dicembre 2011 delle 21 Aziende sanitarie, delle 2 Aziende ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto, chiude con una perdita complessiva di 330,53 milioni di Euro, dopo ammortamenti al netto delle sterilizzazioni, svalutazioni ed accantonamenti per 258,91 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. Anche i dati 2012, non definitivi nel momento in cui si scrive, prospettano un ulteriore passo in questo senso.

Figura 10.1 Veneto: andamento del Risultato di Esercizio negli anni 2009-2012
(Fonte: Regione del Veneto)



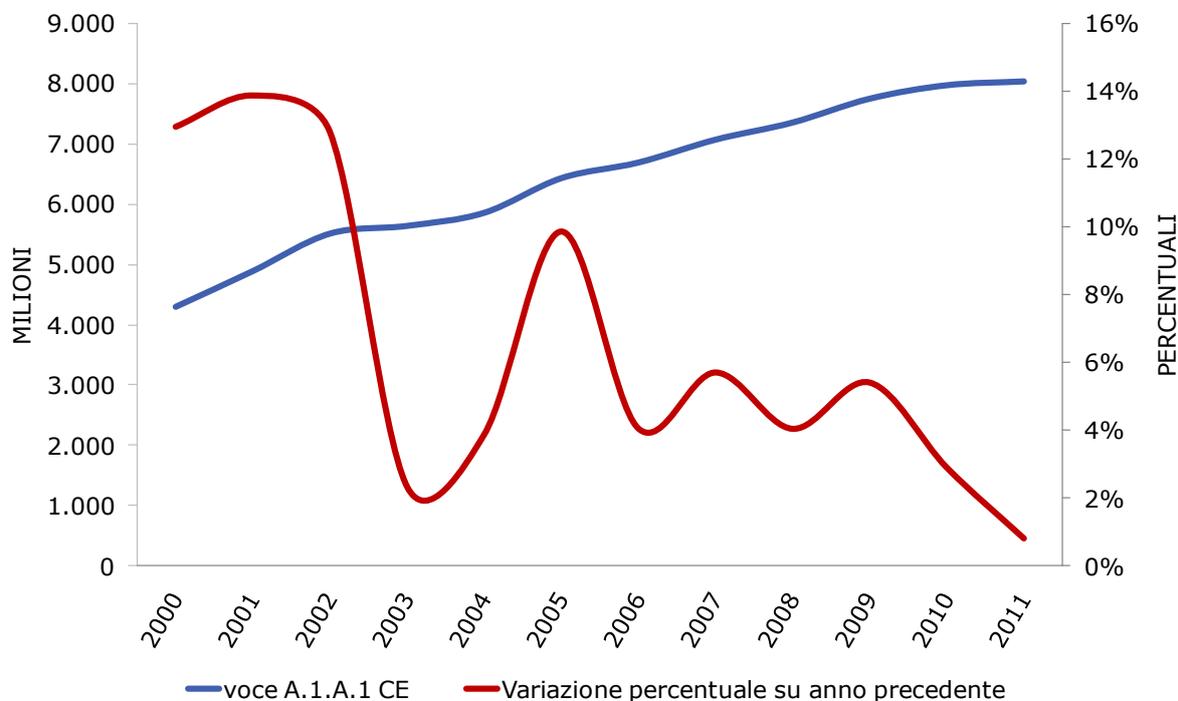
332

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 nell'ultimo quinquennio, i costi della produzione segnano un aumento marginale sempre più contenuto e nel 2011, per la prima volta, registrano un calo in valore assoluto (-0,51%). Anche le previsioni del dato 2012 definitivo sembrano confermare il trend in calo della costosità complessiva del SSR del Veneto. 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) è ormai prossima allo zero e potrebbe anche diventare negativa nei prossimi anni. Ne consegue che il perseguimento del pareggio di bilancio dovrà avvenire principalmente tramite il contenimento dei costi. Tra il 2009 e il 2011, il totale dei finanziamenti indistinti per l'erogazione dei LEA (voce A.1.A.1 del Conto Economico) si incrementa dell'3,7 %, mentre il costo della produzione del 1,4%. Analizzando lo scostamento 2010-2011, invece, si può notare il forte rallentamento nel

trend di crescita del finanziamento (sotto l'1%) e la risposta del SSR che per la prima volta fa registrare un calo in valore assoluto del costo della produzione (-0,5%).

Figura 10.2 Linee tendenziali dell'andamento del riparto per erogazione Livelli Essenziali di Assistenza. Anni 2000-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Voce A.1.A.1 del Conto Economico = Totale dei finanziamenti indistinti per l'erogazione dei LEA

Figura 10.3 Variazione percentuale cumulata contributi e costi di produzione (Fonte: Regione del Veneto)



Tabella 10.1 Principali voci di Conto Economico del triennio 2009-2011 (nuovo piano dei conti ex DGRV n. 998/2012) e relative variazioni percentuali intervenute nel periodo considerato (Fonte: Regione del Veneto*)							
ANDAMENTO MACRO VOCI DI COSTO (aree sanitarie e sociale consolidato regionale)	Consuntivo			Delta assoluto		Delta percentuale	
	2009	2010	2011	2010-2011	2009-2011	2010-2011	2009-2011
RISULTATO DI ESERCIZIO	-522,32	-431,73	-330,53	101,20	191,79	-23,44%	-36,72%
A Totale valore della produzione (ricavi)	8.770,15	8.990,86	9.043,39	52,53	273,25	0,58%	3,12%
di cui (A.1.A.1)	7.753,28	7.977,38	8.041,32	63,93	288,03	0,80%	3,71%
B Totale costi della produzione (costi)	9.052,82	9.225,49	9.178,14	-47,35	125,32	-0,51%	1,38%
B.1 Acquisti di beni	1.122,95	1.184,95	1.187,34	2,39	64,40	0,20%	5,73%
B.1.A Acquisti di beni sanitari	1.067,21	1.133,68	1.138,72	5,04	71,51	0,44%	6,70%
B.1.B Acquisti di beni non sanitari	55,74	51,27	48,62	-2,65	-7,12	-5,17%	-12,77%
B.2 Acquisti di servizi	4.575,55	4.680,23	4.610,81	-69,42	35,26	-1,48%	0,77%
B.2.A Acquisti servizi sanitari	3.958,66	4.029,46	3.889,39	-140,06	-69,27	-3,48%	-1,75%
B.2.A.1 Acquisti servizi sanitari per medicina di base	525,07	541,72	547,70	5,98	22,64	1,10%	4,31%
B.2.A.2 Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	772,79	773,39	701,34	-72,05	-71,45	-9,32%	-9,25%
B.2.A.3 Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	369,57	394,46	385,31	-9,14	15,74	-2,32%	4,26%
B.2.A.4 Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	33,67	33,54	32,07	-1,46	-1,59	-4,36%	-4,73%
B.2.A.5 Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	64,98	64,52	69,12	4,61	4,14	7,14%	6,38%
B.2.A.6 Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	69,60	70,00	65,71	-4,29	-3,89	-6,13%	-5,59%
B.2.A.7 Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	737,19	735,59	682,28	-53,31	-54,91	-7,25%	-7,45%
B.2.A.8 Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	68,69	71,00	72,22	1,22	3,53	1,72%	5,14%
B.2.A.9 Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	15,37	18,97	22,66	3,68	7,29	19,40%	47,43%
B.2.A.10 Acquisto prestazioni termali in convenzione	24,50	25,96	24,78	-1,19	0,28	-4,57%	1,15%
B.2.A.11 Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	38,49	44,44	46,74	2,29	8,25	5,16%	21,42%
B.2.A.12 Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	774,36	786,12	779,62	-6,50	5,26	-0,83%	0,68%

* 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. La tabella segue nella pagina successiva

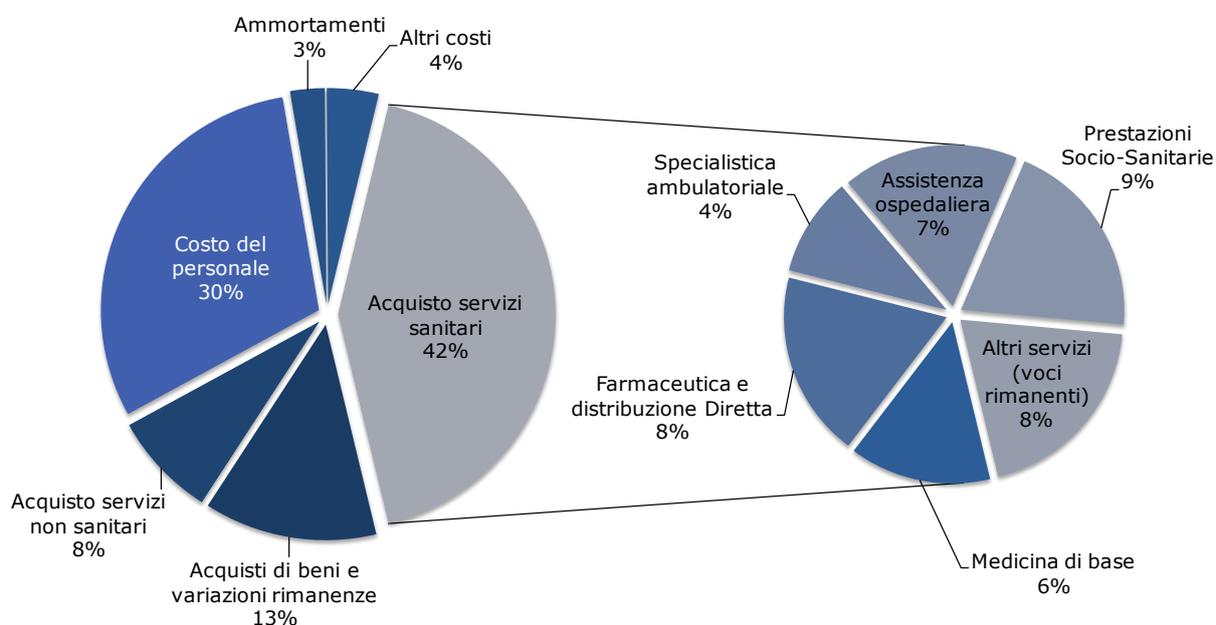
Tabella10.1 (segue dalla pagina precedente) Principali voci di Conto Economico del triennio 2009-2011 (nuovo piano dei conti ex DGRV n. 998/2012) e relative variazioni percentuali intervenute nel periodo considerato (Fonte: Regione del Veneto*)							
ANDAMENTO MACRO VOCI DI COSTO (aree sanitarie e sociale consolidato regionale)	Consuntivo			Delta assoluto		Delta percentuale	
	2009	2010	2011	2010-2011	2009-2011	2010-2011	2009-2011
B.2.A.13 Compartecipazione al personale per att. libero-prof. intramoenia	103,07	103,12	99,84	-3,28	-3,23	-3,18%	-3,14%
B.2.A.14 Rimborsi, assegni e contributi sanitari	133,53	141,94	131,83	-10,11	-1,70	-7,13%	-1,27%
B.2.A.15 Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni...	90,42	84,42	83,70	-0,73	-6,73	-0,86%	-7,44%
B.2.A.16 Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	137,37	140,27	144,47	4,21	7,11	3,00%	5,17%
B.2.A.17 Costi per differenziale tariffe TUC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
B.2.B Acquisti di servizi non sanitari	616,89	650,78	721,42	70,64	104,53	10,86%	16,95%
di cui B.2.B.1.4 Riscaldamento	88,89	101,12	122,63	21,51	33,74	21,27%	37,95%
di cui B.2.B.1.9 Utenze elettricità	47,22	47,47	57,63	10,16	10,41	21,40%	22,05%
di cui B.2.B.1.11 Premi di assicurazione	52,94	60,99	85,51	24,52	32,57	40,21%	61,51%
di cui B.2.B.1.12 Altri servizi non sanitari	84,27	89,64	98,51	8,87	14,24	9,89%	16,90%
B.3 Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata	154,30	155,96	169,41	13,45	15,11	8,62%	9,79%
B.4 Godimento di beni di terzi	111,15	109,63	123,11	13,48	11,96	12,30%	10,76%
Totale Costo del personale	2.760,48	2.798,97	2.772,54	-26,43	12,06	-0,94%	0,44%
B.5 Personale del ruolo sanitario	2.140,50	2.177,79	2.156,98	-20,81	16,48	-0,96%	0,77%
B.6 Personale del ruolo professionale	9,54	9,77	10,31	0,55	0,77	5,61%	8,07%
B.7 Personale del ruolo tecnico	376,25	377,69	378,14	0,45	1,89	0,12%	0,50%
B.8 Personale del ruolo amministrativo	234,19	233,73	227,11	-6,62	-7,08	-2,83%	-3,02%
B.9 Oneri diversi di gestione	39,24	38,63	36,12	-2,51	-3,11	-6,49%	-7,94%
Totale Ammortamenti	259,77	253,25	264,64	11,39	4,87	4,50%	1,87%
B.14 Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,73	2,74	2,51	-0,23	1,78	-8,49%	243,65%
B.15 Variazione delle rimanenze	-7,55	-20,27	-9,44	10,83	-1,90	-53,42%	25,14%
B.16 Accantonamenti dell'esercizio	36,21	21,40	21,10	-0,29	-15,11	-1,37%	-41,72%
(C) e (D) Saldo gestione finanziaria e rettifiche	-56,18	-31,64	-31,27	0,36	24,90	-1,15%	-31,09%
(E) Saldo gestione straordinaria	20,57	39,99	41,38	1,39	20,81	3,48%	101,39%
(Y) Totale imposte e tasse	204,04	205,44	205,89	0,45	1,85	0,22%	-0,06%

* Dati Conti Economici (CE) consolidati, al netto mobilità intra e poste R.

Scendendo maggiormente nel dettaglio si evidenziano le seguenti dinamiche di costo:

- **L'acquisto di beni** che rispetto al 2009 è cresciuto del 5,7%, nell'ultimo anno è rimasto quasi invariato (+0,2%). Quest'ultima lieve 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 dello 0,4%; i secondi (4% del totale) sono in calo del 5,2% nonostante l'aumento di un punto percentuale dell'aliquota ordinaria IVA nell'ultimo trimestre del 2011.
- **L'acquisto di servizi sanitari** registra un calo percentuale sia nel triennio 2009-2011 (-1,7%) sia rispetto al 2010 (-3,5%). Tale andamento è imputabile ad un generalizzato calo di tutte le sottovoci più consistenti in valore assoluto tra cui: la farmaceutica (-9,2%), la specialistica ambulatoriale (-2,3%), l'assistenza ospedaliera (-7,2%), le prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (-0,8%). In aumento, sempre rispetto al 2010, la medicina di base (+1,1%), la voce residuale "Altri servizi sanitari..." che accoglie principalmente i costi dei contratti di global service (+3%) ed alcune voci meno significative in valore assoluto come: l'assistenza integrativa (+7,4%), l'assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale (+1,7%), i trasporti sanitari (+5,2%) e la distribuzione diretta di farmaci (+19,4%).

Figura 10.4 Composizione percentuale del Costo di produzione nel 2011
(Fonte: Regione del Veneto)



- **Gli acquisti di servizi non sanitari** risultano in controtendenza rispetto al generale contenimento/riduzione dei costi. In particolare il triennio 2009-2011 segna un

aumento del 16.9% che diventa +10,9% rispetto al 2010 (+ 70 milioni di Euro circa). Le sottovoci che incidono di più all'interno di questo trend sono: riscaldamento, utenze elettriche, i premi assicurativi ed la voce residuale che accoglie le voci non classificabili altrimenti e, in alcuni casi, anche le prestazioni in service da privato.

- **I costi del personale**, che rappresentano circa il 30% del totale dei costi di produzione, sono stabili nel triennio 2009-2011 (+0,4%) per effetto delle stringenti norme sul blocco delle assunzioni e degli adeguamenti contrattuali. Risultano addirittura in calo rispetto al 2010 (-0,9%) in seguito a precise indicazioni regionali volte alla riduzione dei debiti verso il personale per ferie maturate e non godute.
- **L'andamento delle variazioni delle rimanenze**, (costantemente negative nel triennio) segnala un aumento delle scorte in magazzino, confermando il trend degli ultimi anni e la 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 e nel complesso presentano un trend in diminuzione. Tuttavia, la voce dedicata agli interessi di mora nei confronti dei fornitori risulta in aumento. Segnale quest'ultimo non positivo e in linea con la crescente esposizione debitoria del sistema.
- Si segnala inoltre l'Incremento della voce B.3 manutenzioni (+8.6%) e della voce B.4 godimento beni di terzi (+12.3%). L'andamento di entrambe le voci potrebbe essere correlato alla politica restrittiva sugli investimenti adottata a livello regionale.

Completando la disamina delle voci di costo con la gestione finanziaria, si segnala che all'interno di un generale calo della costosità nel triennio 2009-2011, appaiono in ripresa nel 2011 i costi legati agli interessi per anticipazioni di cassa da parte degli enti tesoreri e quelli legati agli interessi passivi per ritardati pagamenti verso fornitori.

Vincoli di costo 2011 (DGRV 1106/2011)

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1106 del 26 luglio 2011 la Regione del Veneto ha fissato gli obiettivi di costo, per l'esercizio 2011, per ciascuna Azienda Sanitaria, finalizzati al conseguimento dell'equilibrio economico del Sistema Socio Sanitario regionale. Un primo confronto di tali vincoli con i dati economici consuntivi mette in evidenza un sostanziale rispetto del tetto di costo complessivo il cui sfioramento si attesta su un valore percentuale dello 0,07%. Si ricorda che i vincoli di costo e quindi anche il confronto con i dati a consuntivo fanno riferimento all'area sanitaria mentre non sono considerati i costi dell'area sociale.

Tabella 10.2 Regione del Veneto: vincoli di costo 2011 secondo la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1106 del 26 luglio 2011 (Fonte: Regione del Veneto)*

Descrizione voci di costo	Regione DGRV 1106/11	Regione Consuntivo 2011	Scostamento assoluto	Scostamento percentuale
(B.1) Acquisti di beni	1.213.801	1.232.357	18.556	1,53%
(B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	2.629.018	2.580.174	-48.844	-1,86%
(B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)	645.140	712.884	67.744	10,50%
(B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	155.816	169.229	13.413	8,61%
(B.4) Godimento di beni di terzi	137.887	122.710	-15.177	-11,01%
(B.5) Costo del personale	2.756.714	2.727.060	-29.654	-1,08%
(B.6) Oneri diversi di gestione	36.319	33.450	-2.869	-7,90%
(B.11) Accantonamenti tipici dell'esercizio)	7.461	8.482	1.021	13,68%
Subtotale	7.582.156	7.586.345	4.189	0,06%
Quota di riequilibrio	24.685	24.685	0	0,00%
Ricavi per poste R	94.135	93.466	-669	-0,71%
Totale	7.463.336	7.468.194	4.858	0,07%

* Dati CE non consolidati e DGRV 1106/2011

338

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: 1) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (qui denominata "Prevenzione"); 2) Assistenza distrettuale; 3) 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 2012.

Prevenzione

Il costo per residente dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (cosiddetta "prevenzione") si attesta a Euro 51,80 nel 2011 in leggero aumento rispetto al 2010 ma in calo rispetto al triennio. 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 pro-capite per la macro-categoria LEA "Prevenzione" e percentuale di aumento o diminuzione rispetto all'anno precedente. Anni 2009-2011 (Fonte: Regione del Veneto)

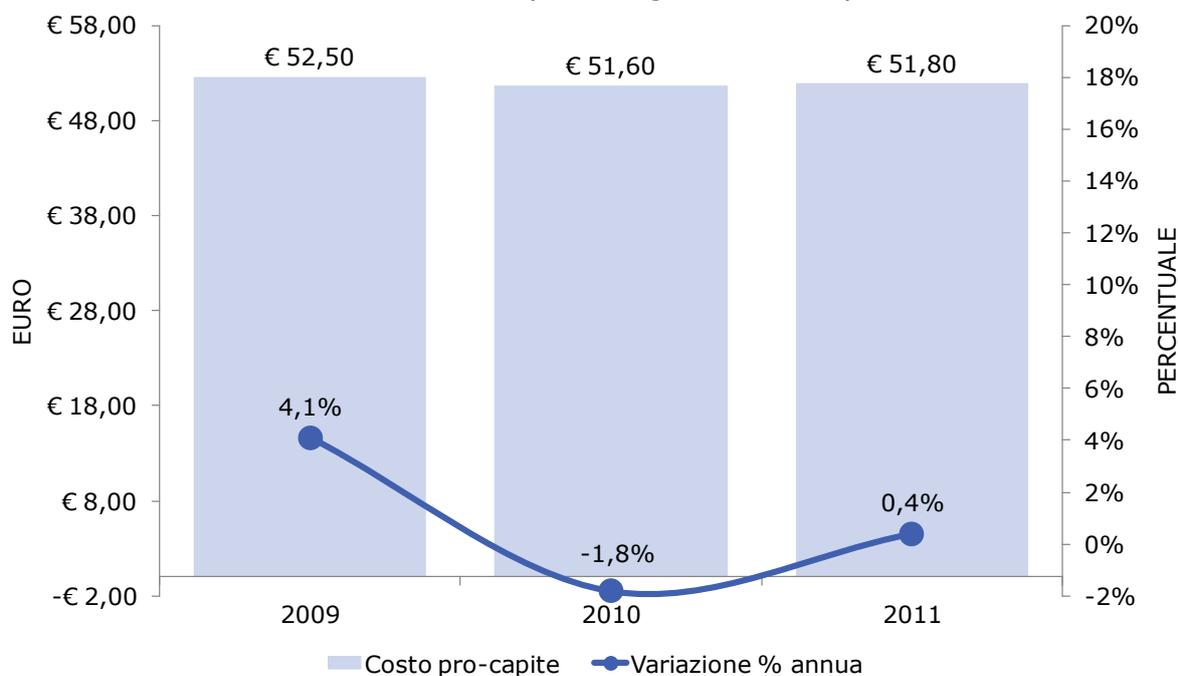
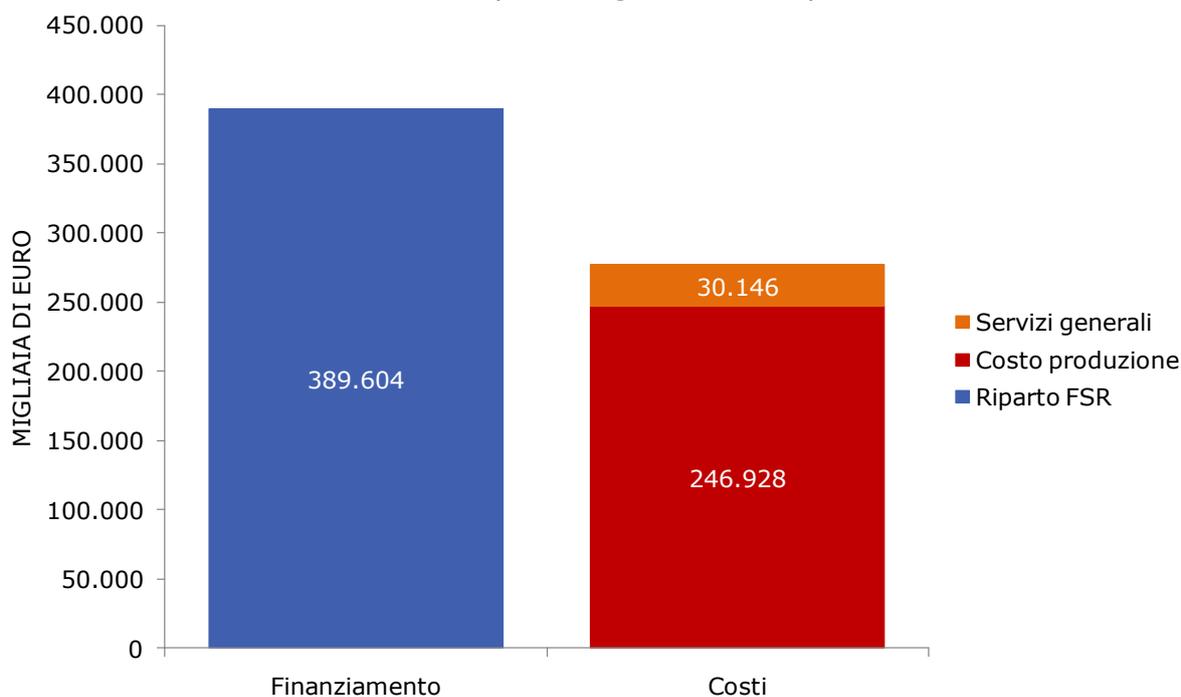


Figura 10.6 Confronto costi e ricavi per la macro-categoria LEA "Prevenzione". Anno 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Assistenza distrettuale

Il trend di costo dell'assistenza distrettuale procapite risulta in leggero aumento nel 2011 (+0,2%) attestandosi a Euro 958,30. L'incremento dei costi complessivi rispetto al 2010 è stato di circa 26,8 milioni di Euro.

Figura 10.7 Trend del costo pro-capite per la macro-categoria LEA "Assistenza Distrettuale" e percentuale di aumento rispetto all'anno precedente. Anni 2009-2011 (Fonte: Regione del Veneto)

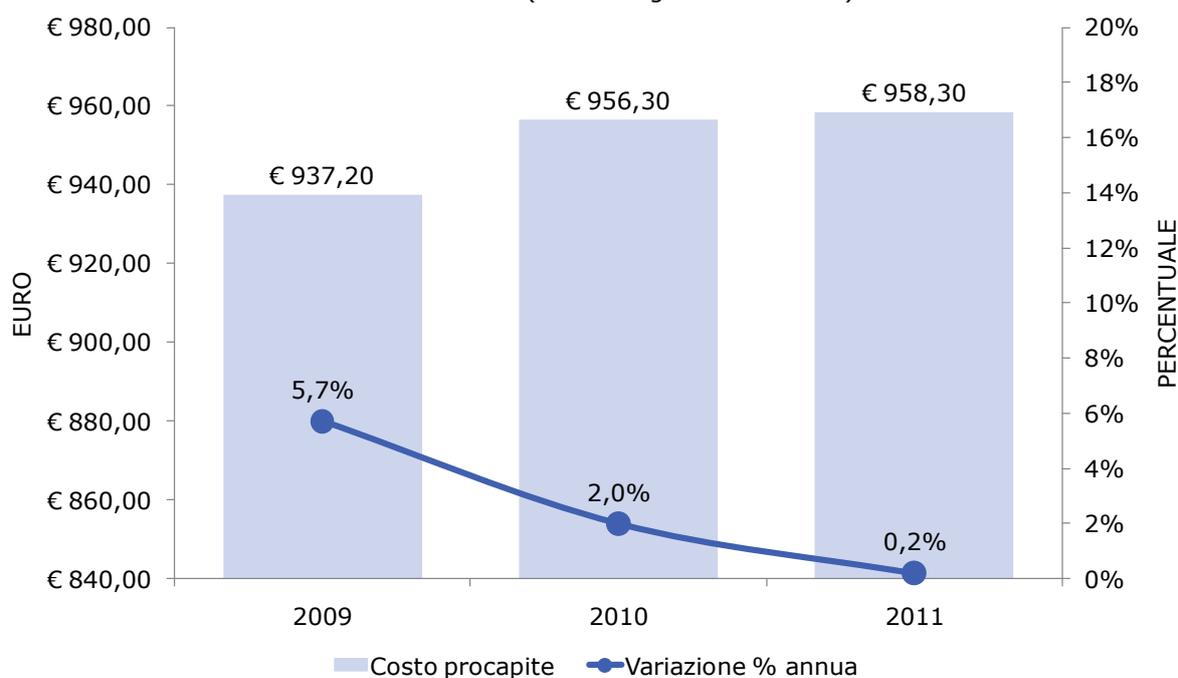
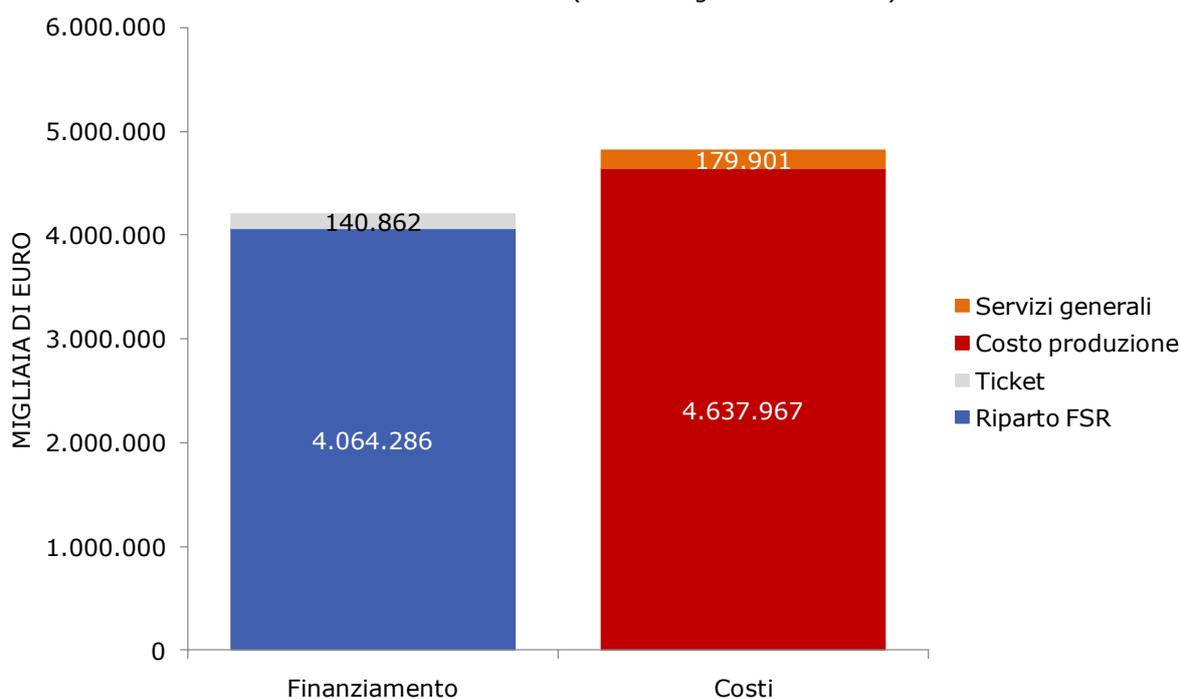


Figura 10.8 Confronto costi e ricavi per la macro-categoria LEA "Assistenza distrettuale". Anno 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



All'interno di tale dinamica complessiva risultano in aumento i costi imputabili all'assistenza specialistica e all'assistenza territoriale mentre decrescono quelli relativi all'assistenza farmaceutica grazie all'effetto combinato della riduzione del costo della farmaceutica convenzionata e delle forme alternative di erogazione (distribuzione diretta e farmaci generici). Complessivamente le risorse assegnate in fase di riparto non coprono la totalità dei costi imputati alle attività distrettuali.

Assistenza ospedaliera

I costi in valore assoluto per l'anno 2011 di quest'area assistenziale risultano invariati, comportando una riduzione in termini procapite per effetto della dinamica in crescita della popolazione. Il costo medio per residente si attesta quindi a Euro 717,30. Si ricorda che nei costi è stata sommata quota parte dei costi dei servizi generali così come presente all'interno dei modelli ministeriali LA.

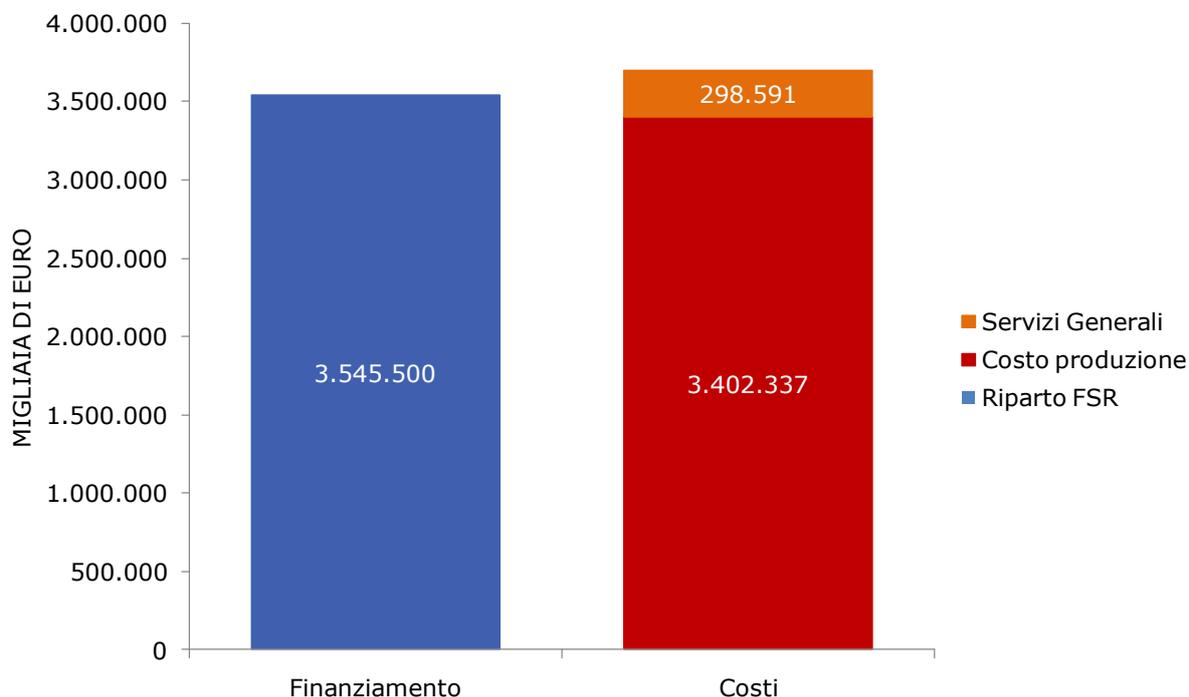
Figura 10.9 Trend del costo pro-capite per la macro-categoria LEA "Assistenza Ospedaliera". Anni 2009-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



Tabella 10.3 Costo pro-capite per la macro-categoria LEA "Assistenza Ospedaliera". Percentuale di aumento rispetto all'anno precedente. Anni 2009-2011 (Fonte: Regione del Veneto)			
Variazione % annua	2009	2010	2011
	-1,2%	-0,4%	-0,4%

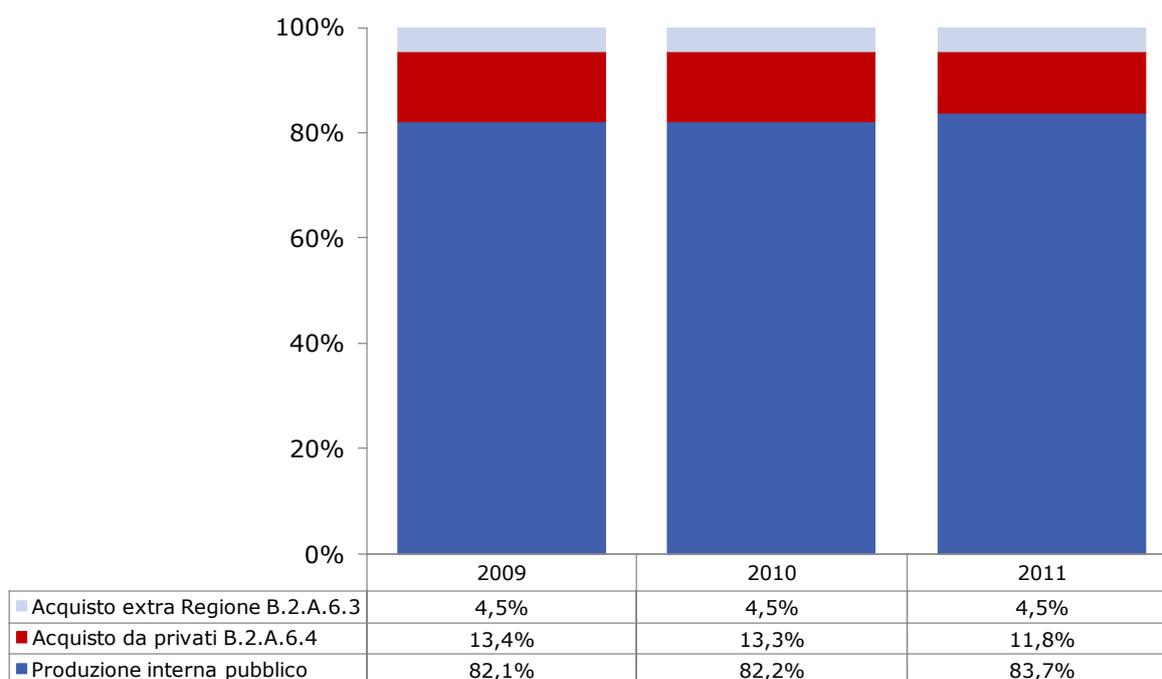
Anche in questo caso, il confronto tra risorse assegnate da riparto e costi per il livello di Assistenza Ospedaliera attesta che le risorse non coprono la totalità dei costi imputati alle attività ospedaliere.

Figura 10.10 Confronto costi e ricavi per la macro-categoria LEA "Assistenza ospedaliera". Anno 2011 (Fonte: Regione del Veneto)



L'invarianza del costo complessivo di erogazione è l'effetto compensativo dei seguenti due elementi: la riduzione del costo di acquisto delle prestazioni ospedaliere (sia da privati che da soggetti extra Regione) e l'aumento del costo "interno" di produzione.

Figura 10.11 Composizione percentuale del costo totale per la macro-categoria LEA "Assistenza ospedaliera". Anni 2009-2011 (Fonte: Regione del Veneto)



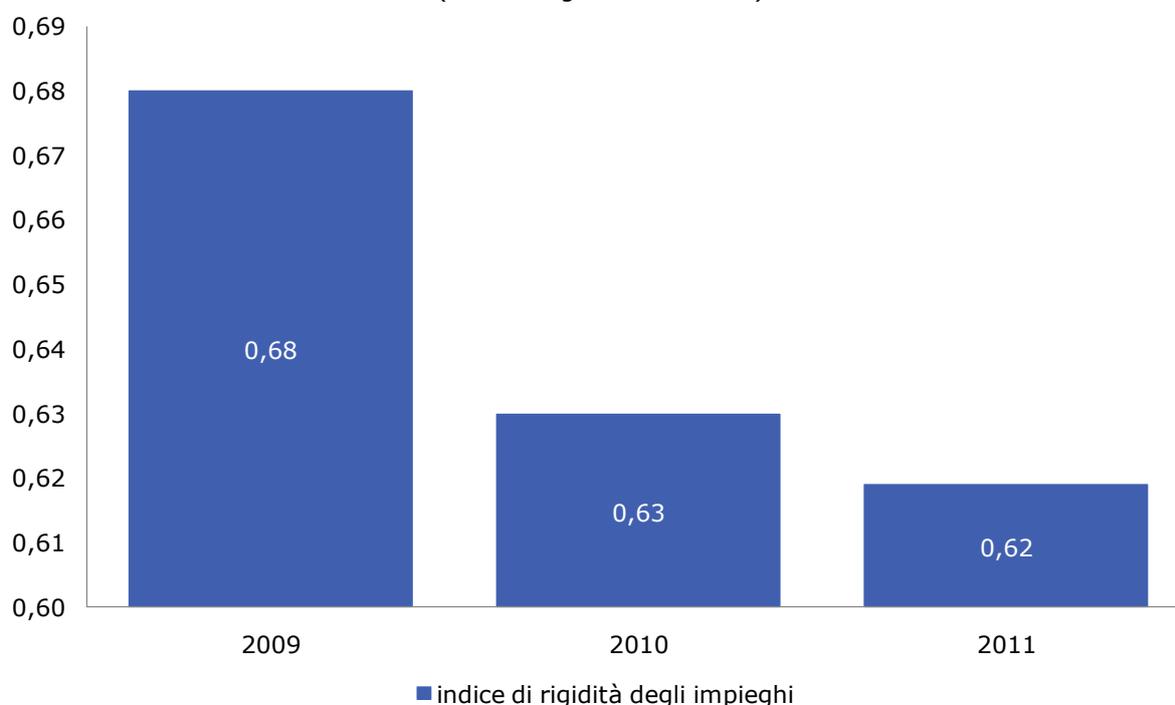
Tali effetti si riflettono ovviamente anche sui costi rapportati al numero di residenti, con decremento del costo medio di acquisto procapite e, invece, incremento del costo medio di produzione "interno" pro-capite.

10.3 Analisi patrimoniale e finanziaria del SSR Veneto

Gestione patrimoniale e investimenti

La valutazione patrimoniale del Servizio Socio Sanitario Regionale richiede l'utilizzo di più indicatori. In primo luogo si propone l'indice di rigidità degli impieghi, che misura quanto incide il capitale immobilizzato sul totale del capitale investito. Nel sistema sanitario pubblico non vi sono fenomeni che possono comportare grossi investimenti in capitale circolante (crediti, cassa, scorte di magazzino), pertanto si dovrebbe assistere ad un peso rilevante del capitale immobilizzato (edifici strumentali, tecnologia, impianti ecc.). Si ritiene che all'interno del contesto sanitario, il peso delle immobilizzazioni sul totale degli impieghi potrebbe assestarsi attorno all'80%. L'indicatore nel 2011 segna un valore pari al 62%, inferiore rispetto al periodo precedente. Tale risultato consegue all'aumento dell'incidenza della voce "attivo circolante" sul totale degli impieghi, evidenziando interessanti margini di miglioramento nella riduzione dei crediti a breve, delle rimanenze e, in alcuni casi, anche delle disponibilità liquide.

Figura 10.12 Indice di rigidità degli impieghi
(Fonte: Regione del Veneto)



Il capitale immobilizzato, ha mantenuto un tasso di incremento pressoché invariato negli ultimi esercizi, indice di una politica di investimenti che, seppur in calo rispetto agli ultimi

4 anni, risulta comunque sostenuta ed in valore assoluto maggiore rispetto al valore degli ammortamenti 2011. Il valore netto contabile delle immobilizzazioni, si è incrementato del 37,5% rispetto all'esercizio 2005.

Figura 10.13 Variazione percentuale annuale del capitale immobilizzato rispetto all'esercizio 2005. Anni 2006-2011. Dati Stato Patrimoniale non consolidati (Fonte: Regione del Veneto)

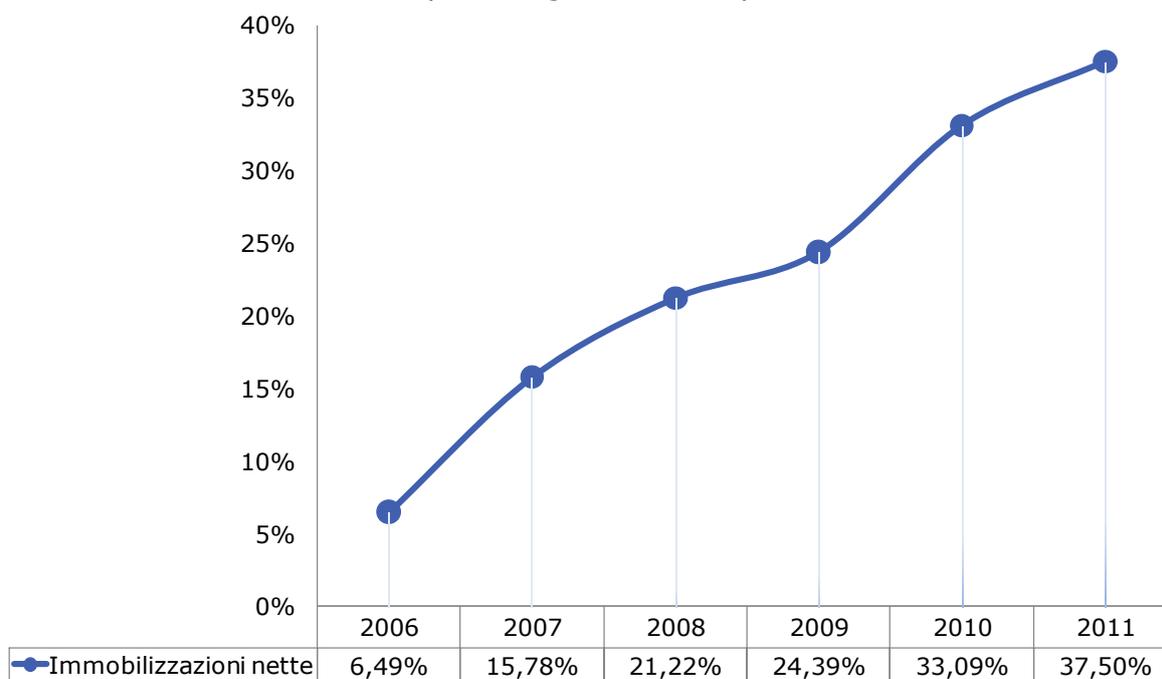
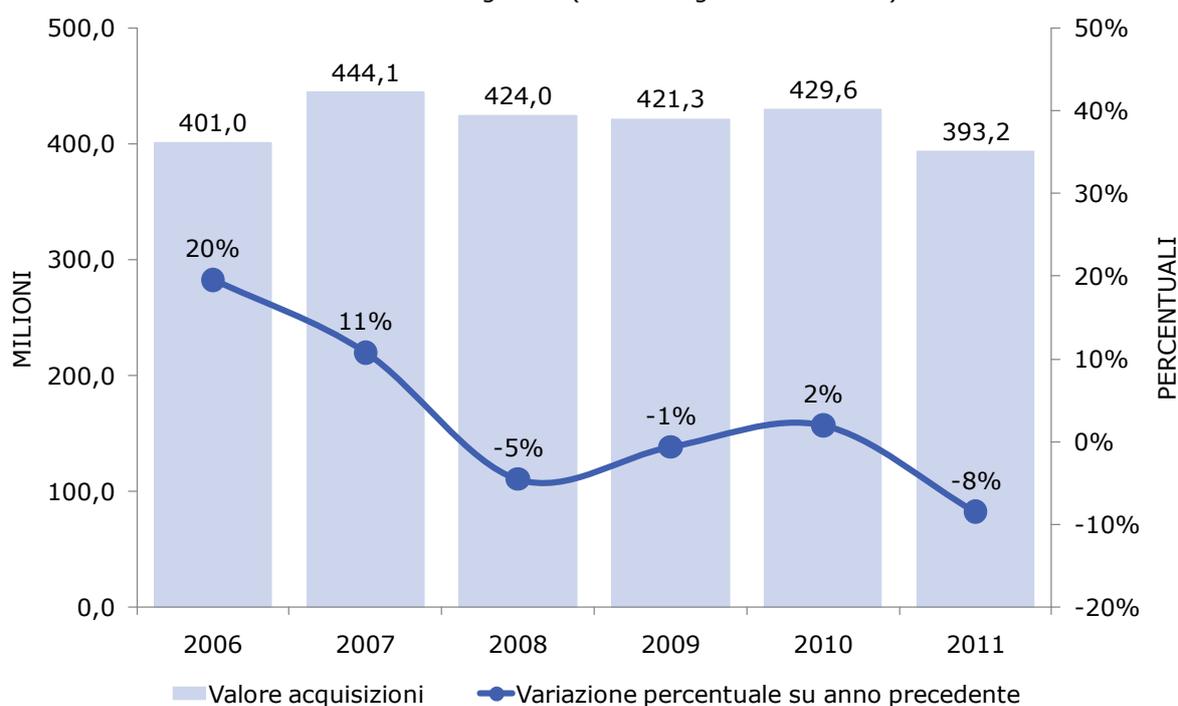


Figura 10.14 Andamento acquisizioni immobilizzazioni. Anni 2006-2011. Dati da nota integrativa (Fonte: Regione del Veneto)



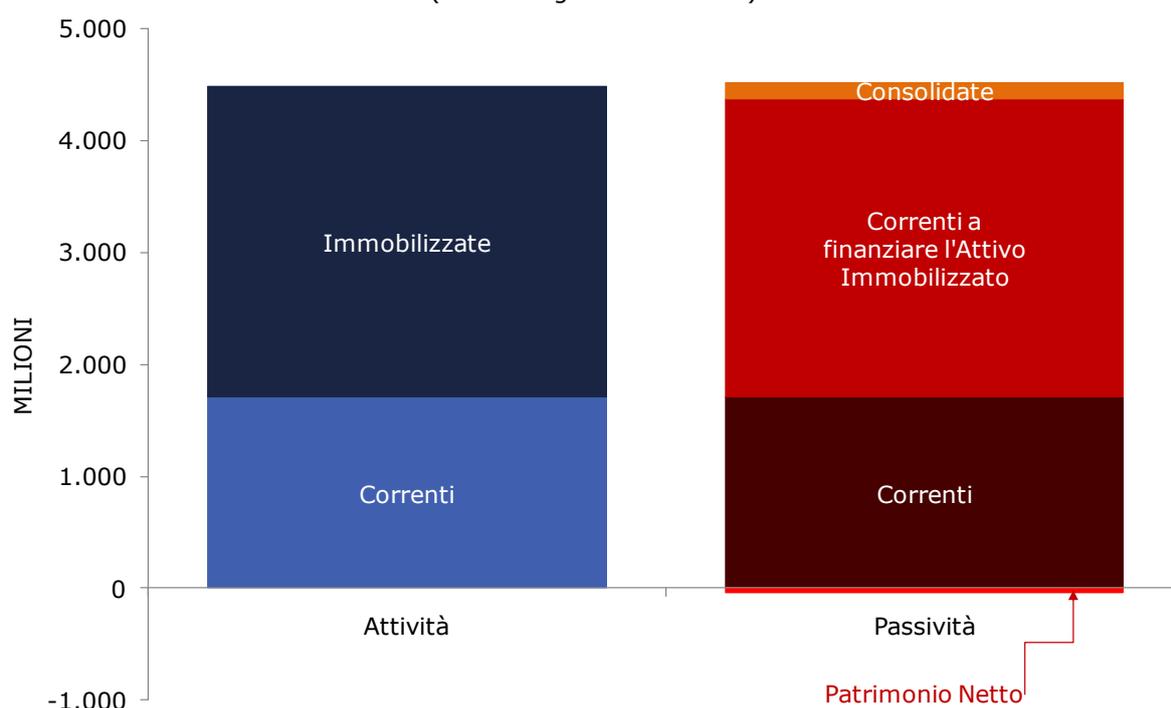
Il calo delle acquisizioni è legato alla stretta sugli investimenti che, a causa delle misure contingenti nazionali, la Regione ha messo in atto a partire dagli ultimi mesi del 2011. Si prevede che tale orientamento, caratterizzante anche il 2012, manifesterà i suoi effetti in maniera ancora più evidente nell'esercizio 2012.

Si evidenzia che l'obsolescenza media del patrimonio tecnologico sembra essere piuttosto "rigida", ovvero poco sensibile rispetto agli investimenti effettuati dal SSR. Tale situazione può derivare dall'eccessivo frazionamento degli investimenti effettuati. Tale effetto è più accentuato nell'ambito delle attrezzature sanitarie.

Analisi della solidità patrimoniale

L'analisi della solidità patrimoniale, infine, mette in luce uno squilibrio del SSR. Il patrimonio netto del sistema (negativo) e le passività a medio lungo termine sono praticamente nulle rispetto al capitale immobilizzato.

Figura 10.15 Struttura patrimoniale 2011
(Fonte: Regione del Veneto)



Tale risultato è conseguenza dell'accumularsi del fabbisogno finanziario derivante dagli investimenti solo parzialmente finanziati con fonti a medio/lungo termine. Ne consegue, come evidenziato nel grafico successivo, un forte squilibrio patrimoniale, con fonti a breve (tipicamente debiti v/fornitori e istituti bancari) che finanziano l'interezza degli impieghi patrimoniali, anche quelli immobilizzati.

Gestione finanziaria

Il rendiconto finanziario sintetico proposto nella successiva tabella, conferma le medesime conclusioni ovvero:

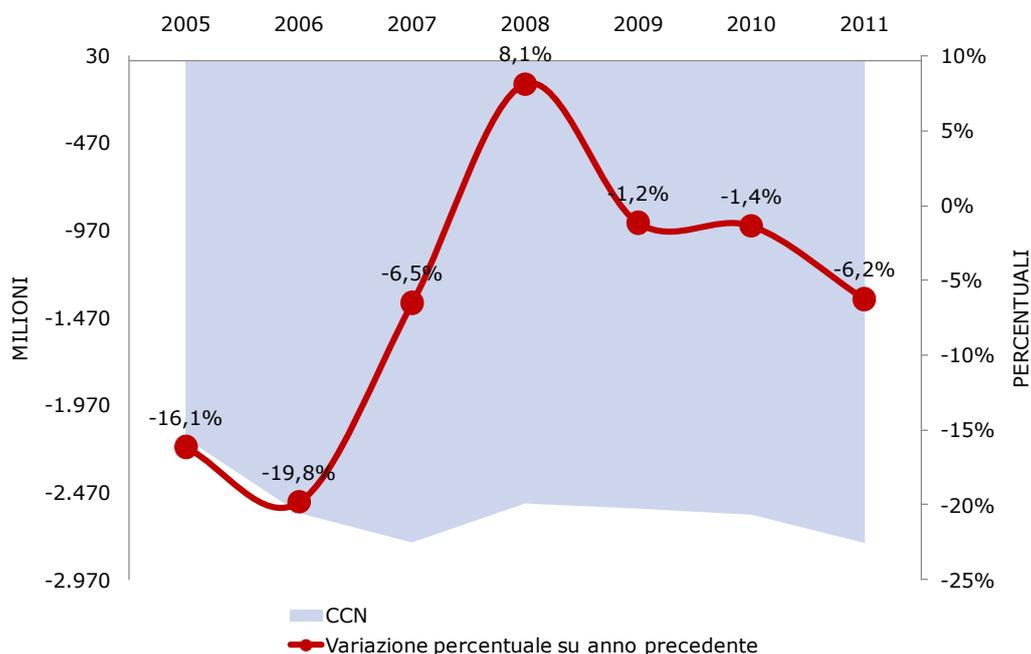
- La gestione degli investimenti non è sufficientemente finanziata da fonti a medio/lungo periodo (mutui e contributi c/capitale) e genera un fabbisogno di quasi 236 milioni di Euro;
- La gestione del capitale circolante netto crea fonti per 199 milioni di Euro di cui 43 milioni tramite lo smobilizzo di crediti e circa 156 milioni tramite l'aumento dell'esposizione a breve verso terzi (soprattutto verso i fornitori);
- La ricapitalizzazione tramite versamenti per ripiano perdite copre il fabbisogno derivante dalle perdite d'esercizio al netto delle variazioni non monetarie (cash flow operativo) e il restante fabbisogno per investimenti;
- Il miglioramento della performance economica (minori perdite d'esercizio), ha ridotto rispetto al 2010 il fabbisogno derivante dal cash flow operativo negativo. Tuttavia si noti come nonostante le criticità finanziarie del SSSR parte delle risorse liquide risparmiate nel 2011 siano state trattenute (aumento delle disponibilità a fine anno).

Tabella 10.4 Rendiconto finanziario sintetico
(Fonte: Regione del Veneto)

	Fabbisogno	Fonte
Disponibilità Liquide al 01/01/2011	290.471.555	
Gestione Investimenti (Capital Expenditure)	-357.309.968	
Gestione Finanziamenti a medio/lungo termine		121.685.271
Totale Gestione Investimenti	-235.624.698	
Gestione "Attivo Circolante" (Working Capital)		43.508.121
Gestione "Passivo Circolante" (Working Capital)		156.081.128
Utilizzo Fondi	-20.792.783	
Totale Gestione Capitale Circolante Netto (CCN)		178.796.466
Cash Flow Operativo	-67.715.364	
Ricapitalizzazione		164.482.865
Disponibilità Liquide al 31/12/2011	330.410.825	

La gestione del Capitale Circolante Netto (ovvero la differenza tra attività e passività breve termine) sopra descritta, ha comportato nel tempo un CCN cronicamente negativo e che nell'ultimo triennio ha ripreso a peggiorare.

Figura 10.16 Andamento Capitale Circolante Netto (Fonte: Regione del Veneto)



L'aumento delle passività correnti è chiaramente legato all'aumento dello stock di debiti verso fornitori con il prevedibile effetto di un aumento dei tempi medi di pagamento del Servizio Socio Sanitario Regionale.

Figura 10.17 Andamento debiti verso fornitori (Fonte: Regione del Veneto)

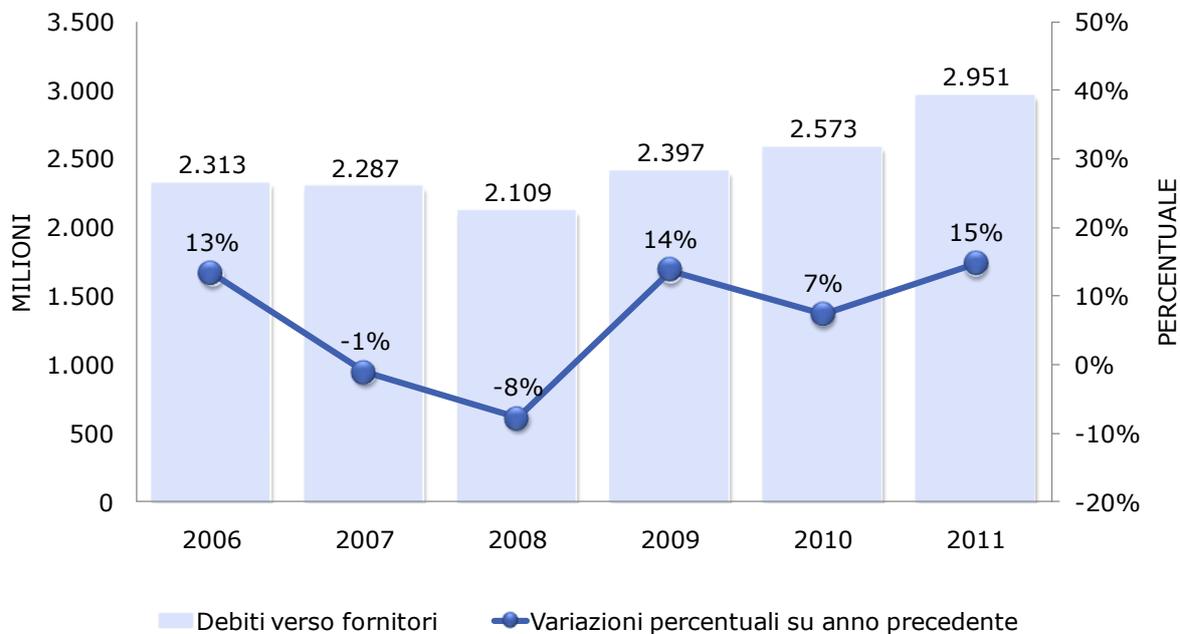
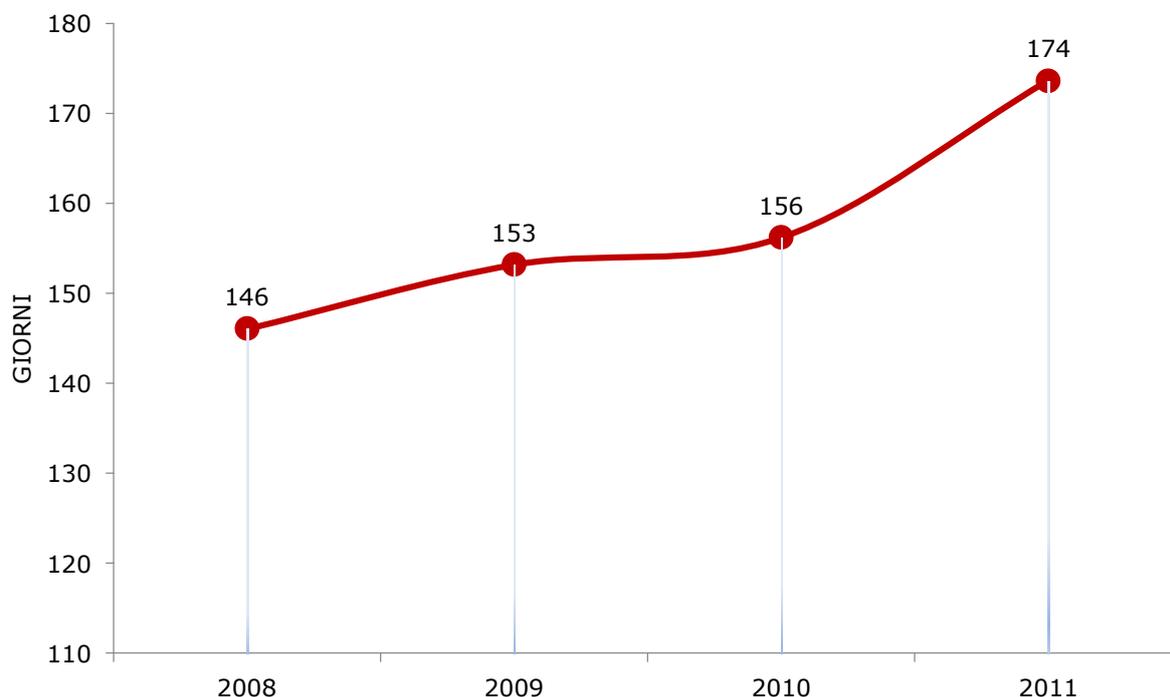


Figura 10.18 Tempi medi di pagamento
(Fonte: Regione del Veneto)



Principali riferimenti normativi e deliberativi

[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. 2268 del 13 novembre 2012](#) "Preso d'atto dei risultati d'esercizio delle aziende sanitarie del Veneto del bilancio d'esercizio 2011".

[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. 2038 del 8 ottobre 2012](#) "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2012 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Approfondimenti

AA.VV., *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 (attualmente non on-line).

AA.VV., *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 (attualmente non on-line).

AA.VV., *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

Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Telefono: 041 2793449-3450 3528 Fax: 041 2793506
e-mail: prog.finsanita@regione.veneto.it

Pubblicazione a cura del
SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Controlli e Governo 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/>