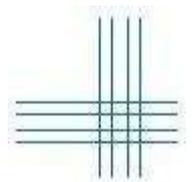


REGIONE DEL VENETO



Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2006
(dati 2004-2005)



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2006
(Dati 2004-2005)

Avvertenza:

Ogni sezione della presente Relazione Socio Sanitaria è suddivisa nel modo che segue:

Descrizione dei fenomeni:

Questa parte della sezione evidenzia la descrizione, i dati e i commenti alla tematica trattata.

Chiarimenti:

Parte della sezione che evidenzia, ove possibile, considerazioni ed eventuali indicazioni desunte dall'osservazione dei fenomeni inerenti la tematica trattata. Per quanto possibile, si cerca di fornire al lettore spiegazioni e strumenti di orientamento per la comprensione dei fenomeni descritti.

Normativa:

In questa parte vengono elencati i riferimenti legislativi e/o regolamentari, nonché le deliberazioni della Giunta della Regione del Veneto in materia.

Fonti:

Parte che segnala la provenienza dei dati rappresentati.

Struttura:

Le sezioni sono indicate con la denominazione:

- Parte prima: Demografia ed epidemiologia;
- Parte seconda: Attività di prevenzione;
- Parte terza: Assistenza distrettuale e servizi sociali;
- Parte quarta: Assistenza ospedaliera;
- Parte quinta: Risorse ed investimenti;
- Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo.

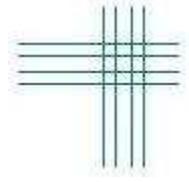
**La redazione della Relazione Socio Sanitaria è a cura della
Giunta Regionale del Veneto - Segreteria Sanità e Sociale
Direzione Risorse Socio Sanitarie**

Palazzo Molin - San Polo, 2514
30123 Venezia

Telefono: 041/2793449 - 041/2793450 Fax 041/2793506

E-mail: risorsesanitarie@regione.veneto.it

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



Indice

Parte prima: Demografia ed epidemiologia

1.1	Dinamiche demografiche e stato di salute	9
1.2	Particolari profili di intervento: il diabete mellito	46
1.3	Progettualità, tecnologia ed epidemiologia: il Registro Nascite	63
1.4	Epidemiologia e diritti dei minori	81

Parte seconda: Attività di prevenzione

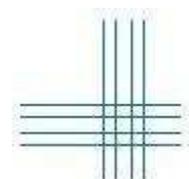
2.1	Copertura vaccinale, sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	89
2.2	Igiene degli alimenti, della nutrizione e delle acque	111
2.3	Sanità animale	119
2.4	Servizio Igiene Pubblica	141
2.5	Sicurezza sul lavoro	151

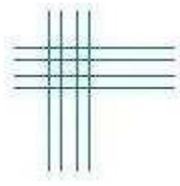
Parte terza: Assistenza distrettuale e servizi sociali

3.1	Medicina convenzionata di assistenza primaria	173
3.2	Assistenza territoriale domiciliare e attività riabilitativa	181
3.3	Servizi sociali	191
3.4	Dipendenze e assistenza territoriale	205
3.5	Psichiatria territoriale	211
3.6	Prevenzione oncologica territoriale	217

Parte quarta: Assistenza ospedaliera

4.1	Assistenza in regime di ricovero ordinario e diurno	235
-----	---	-----





4.2	Piano Sangue	292
4.3	Attività di trapianto	305
4.4	Assistenza farmaceutica	315

Parte quinta: Risorse ed investimenti

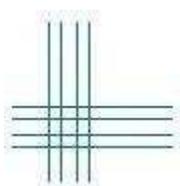
5.1	Risorse economiche e finanziarie e reticolo di controllo	329
5.2	Risorse Umane e Sistema Socio Sanitario	337
5.3	Investimenti Socio Sanitari	350
5.4	Particolari profili di intervento: il Progetto Acquisti Centralizzati	383

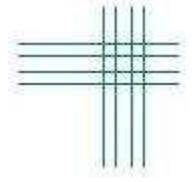
Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo

6.1	Formazione e aggiornamento: Educazione Continua in Medicina nel Veneto	393
6.2	Qualità e accreditamento: progressi e stato di attuazione	399
6.3	Sistemi Informativi: Integrazione per l'erogazione di Servizi in Sanità	418
6.4	Umanizzazione: un Sistema di Gestione per la centralità della persona	430
6.5	Ricerca finalizzata, programmi e rapporti internazionali	437

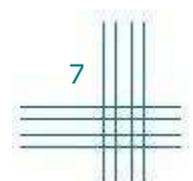
Allegato: Tavole statistiche, grafici ed elaborazioni

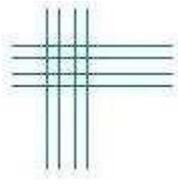
7.1	Indice delle tavole allegate al volume su supporto CD Rom	448
-----	---	-----



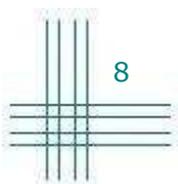


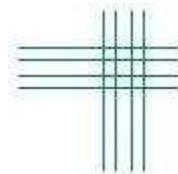
Parte Prima **Demografia ed epidemiologia**





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di descrivere le dinamiche demografiche ed epidemiologiche osservabili in ambito regionale negli anni 2004 e 2005.





1.1 Dinamiche demografiche e stato di salute

Descrizione dei fenomeni

L'ISTAT nel report "Bilancio demografico Regionale Anno 2004", pubblicato il 28 luglio 2005, ci fornisce i seguenti dati:

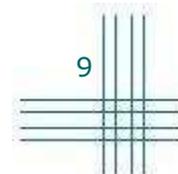
Al 31 dicembre 2004 la popolazione del Veneto risulta pari a 4.699.950 unità, mentre alla stessa data del 2003 ammontava a 4.642.899 residenti. Nel corso del 2004 si è registrato quindi un incremento della popolazione residente di 57.051 abitanti, pari all'1,2 per cento.

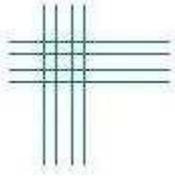
Popolazione residente nel Veneto al 31 dicembre 2004

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 31 dicembre 2003	2.269.175	2.373.724	4.642.899
Nati	24.207	22.890	47.097
Morti	20.690	21.067	41.757
Saldo Naturale	3.517	1.823	5.340
Iscritti da altri comuni	68.738	65.256	133.994
Iscritti dall'estero	26.009	22.497	48.506
Altri iscritti	5.461	3.277	8.738
Cancellati per altri comuni	63.910	63.094	127.004
Cancellati per l'estero	2.906	2.328	5.234
Altri cancellati	4.556	2.733	7.289
Saldo Migratorio	28.836	22.875	51.711
Popolazione residente in famiglia	2.288.389	2.370.062	4.658.451
Popolazione residente in convivenza	13.139	28.360	41.499
Popolazione al 31 Dicembre 2004	2.301.528	2.398.422	4.699.950
Numero di Famiglie			1.852.902
Numero di Convivenze			2.474
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

Tale incremento è in larga parte ancora dovuto alle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia in virtù della "sanatoria" regolamentata dalla Legge 30 luglio 2002, n. 189 recante: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo" (cosiddetta Legge "Bossi-Fini"), che è proseguita anche nel corso del 2004.

Complessivamente, la variazione demografica positiva, pari a +57.051 abitanti, è stata determinata dalla somma delle seguenti voci di bilancio demografico: il saldo del movimento





naturale pari a +5.340 unità, il saldo del movimento migratorio con l'estero pari a +43.272 il saldo del movimento migratorio interno di +6.990 ed un incremento dovuto alle rettifiche post-censuarie pari a +1.449 unità.

Il numero dei nati vivi nel corso del 2004 è stato di 47.097 unità (con un aumento di 3.186 nati rispetto all'anno precedente) e quello dei decessi di 41.757 unità (2.030 in meno rispetto all'anno precedente). Il saldo naturale è risultato pari a +5.340 unità: **è l'incremento maggiore registrato dal 2000, anno in cui il saldo è tornato positivo per il complesso della Regione.**

In valori assoluti nel 2004 si è registrato il maggior numero di nati degli ultimi 12 anni, mentre il numero dei decessi è in linea con i valori prevalenti nello scorso decennio. Il saldo positivo è stato determinato da un importante aumento del numero dei nati, oltre che da una diminuzione del numero dei decessi registrati nel 2004, che può essere attribuito, in parte, alla maggiore mortalità dei mesi estivi che caratterizzò l'anno precedente.

Tra le province della regione si registrano, come di consueto, saldi naturali negativi a Belluno, Venezia e Rovigo, anche se su livelli inferiori rispetto al 2003. Il valore positivo più elevato (+2.332) si riscontra a Vicenza, seguita da Treviso con +2.233 unità. Il saldo negativo più consistente (-908) appartiene ancora una volta a Rovigo.

L'incremento delle nascite rispetto al 2003 è stato del 7,3 per cento ed è elevato in particolare a Verona (+15,1 per cento) e Vicenza, (+9,7 per cento). L'incremento meno rilevante, ma comunque positivo, si registra a Venezia, +2 per cento. **L'aumento delle nascite, fenomeno costante negli ultimi anni, è da mettere in relazione anche alla maggior presenza straniera regolare.**

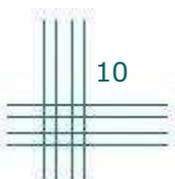
Il tasso di natalità varia da 7,4 nati per mille abitanti a Rovigo a 11,2 a Vicenza rispetto ad una media regionale di 10,1 per mille abitanti. Presentano un tasso inferiore alla media regionale Padova, Venezia e Belluno (rispettivamente 9,8, 8,9 e 8,5 per mille abitanti), mentre Verona e Treviso (con 10,8 e 10,9 nati per mille abitanti) presentano livelli superiori a quello regionale.

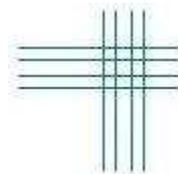
Il tasso di mortalità presenta valori più elevati nelle province a più forte invecchiamento. I tassi di mortalità variano da 8,2 morti ogni mille abitanti a Treviso a 11,6 a Belluno, rispetto ad una media regionale di 8,9 morti per mille abitanti. Presentano un tasso di mortalità superiore alla media regionale anche Rovigo (11,2 per mille abitanti) e Venezia (9,5 per mille abitanti), mentre si rilevano valori inferiori a Vicenza (8,4 per mille abitanti), Padova (8,5 per mille abitanti) e Verona (8,8 per mille abitanti).

La diminuzione nel numero dei morti rispetto al 2003 è dovuta principalmente all'anomalia registrata lo scorso anno. Il 2003, infatti, aveva risentito della forte ondata di caldo estivo che aveva provocato, nel periodo giugno-settembre, circa 1.000 morti in più rispetto agli stessi mesi del 2002. Inoltre, nell'inverno del 2004 non si sono verificate temperature particolarmente basse né epidemie influenzali estremamente virulente, che costituiscono le principali cause dei picchi di mortalità invernali.

La popolazione del Veneto rappresenta l'8 per cento della popolazione residente in Italia. La distribuzione della popolazione per Provincia assegna alla Provincia di Padova 882.779 abitanti (18,8 per cento del totale), a quella di Verona 860.796 abitanti (18,3 per cento), a Treviso, Vicenza e Venezia rispettivamente il 17,8, 17,7, e 17,6 per cento; seguono Rovigo con 244.625 abitanti (5,2 per cento) e Belluno con 212.244 (4,5 per cento). Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto al 2003.

La quota più ampia di popolazione risiede in comuni di media ampiezza, fra i 10 ed i 50mila abitanti (1.814.352 abitanti, pari al 38,6 per cento del totale). Una quota rilevante di





popolazione risiede nei comuni di ampiezza inferiore, compresa fra i 5mila ed i 10mila abitanti: si tratta di 1.028.955 residenti pari al 21,9 per cento del totale. Nei 4 comuni con oltre 100 mila abitanti i residenti sono 854.623 (pari al 18,2 per cento). Infine, nei 321 piccoli comuni con meno di 5mila abitanti risiedono 817.689 persone (il 17,4 per cento della popolazione).

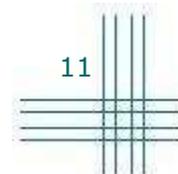
La "parcellizzazione" residenziale influisce senza dubbio sulle caratteristiche organizzative dei servizi socio-sanitari. Ad essa si sposa efficacemente l'integrazione socio-sanitaria che è una delle caratteristiche del sistema veneto di tutela della salute.

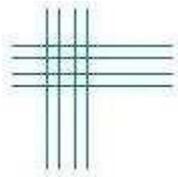
La popolazione residente in Veneto al 31 dicembre 2004 vive per il 99,1 per cento in famiglie. Le famiglie anagrafiche sono più di 1 milione e 850mila; il numero medio di componenti per famiglia è pari a 2,5 e varia da 2,3 di Belluno a 2,6 di Treviso, Vicenza e Padova.

Il restante 0,9 per cento della popolazione, pari a 41.499 abitanti, vive in convivenze anagrafiche (caserme, case di riposo, ecc.). **Si tratta prevalentemente di donne: 28.360 pari al 68,3 per cento del totale, la quota più elevata tra le regioni italiane.** In tutte le province la percentuale di residenti in convivenza oscilla tra lo 0,9 e l'1,0 per cento, ad eccezione della provincia di Venezia con lo 0,6 per cento.

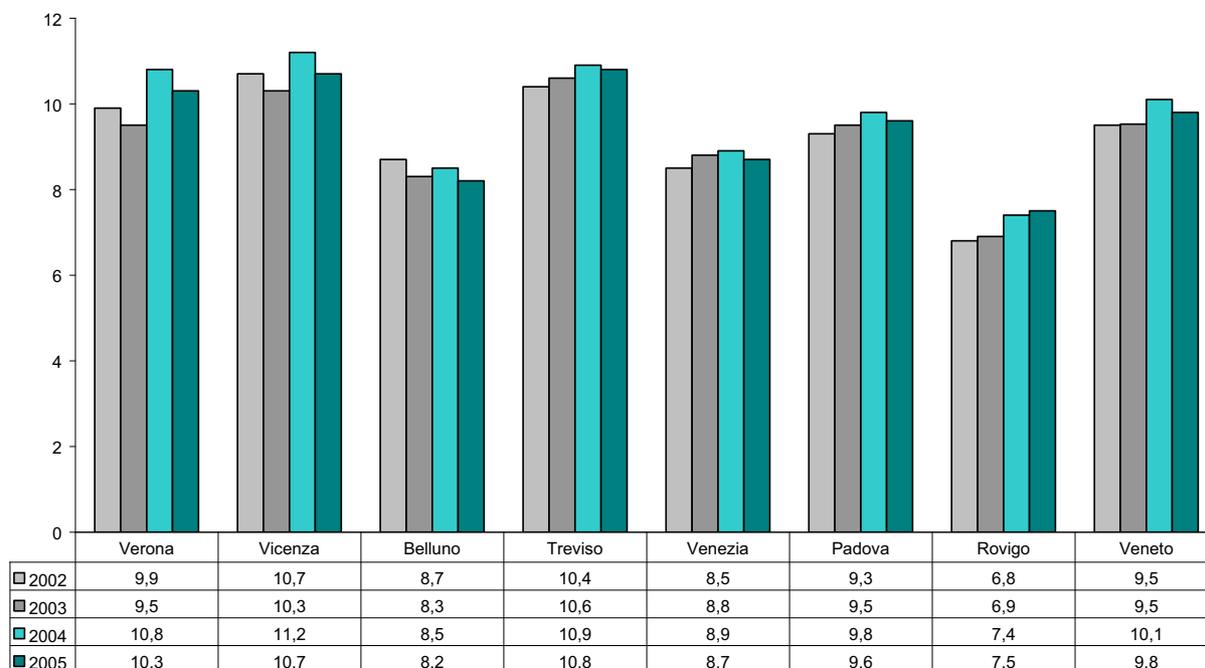
Popolazione residente nel Veneto al 31 dicembre 2005

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1 gennaio 2005	2.301.528	2.398.422	4.699.950
Nati	23.905	22.359	46.264
Morti	20.972	21.959	42.931
Saldo Naturale	2.933	400	3.333
Iscritti da altri comuni	71.110	66.951	138.061
Iscritti dall'estero	17.902	19.932	37.834
Altri iscritti	3.316	1.674	4.990
Cancellati per altri comuni	67.372	64.875	132.247
Cancellati per l'estero	3.149	2.758	5.907
Altri cancellati	5.111	2.590	7.701
Saldo Migratorio	16.696	18.334	35.030
Popolazione residente in famiglia	2.308.375	2.389.310	4.697.685
Popolazione residente in convivenza	12.782	27.846	40.628
Popolazione al 31 Dicembre 2005	2.321.157	2.417.156	4.738.313
Numero di Famiglie			1.882.981
Numero di Convivenze			2.460
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

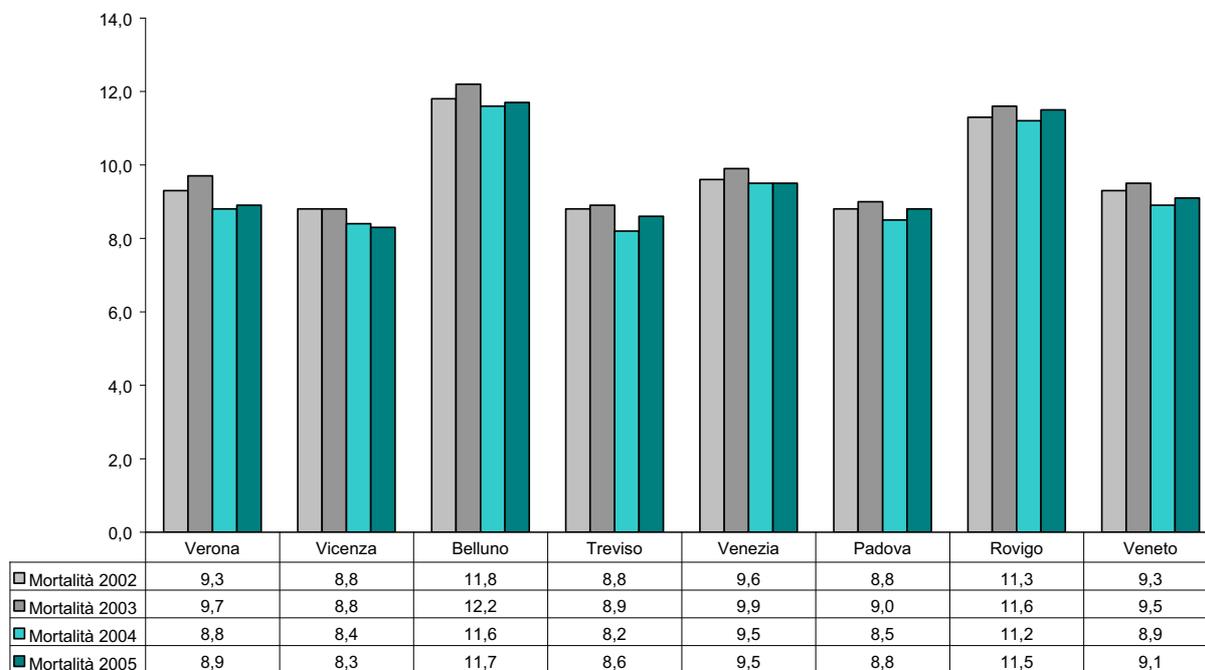


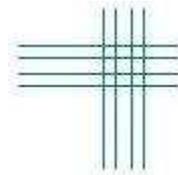


Tassi di natalità nel Veneto per Provincia 2002-2005



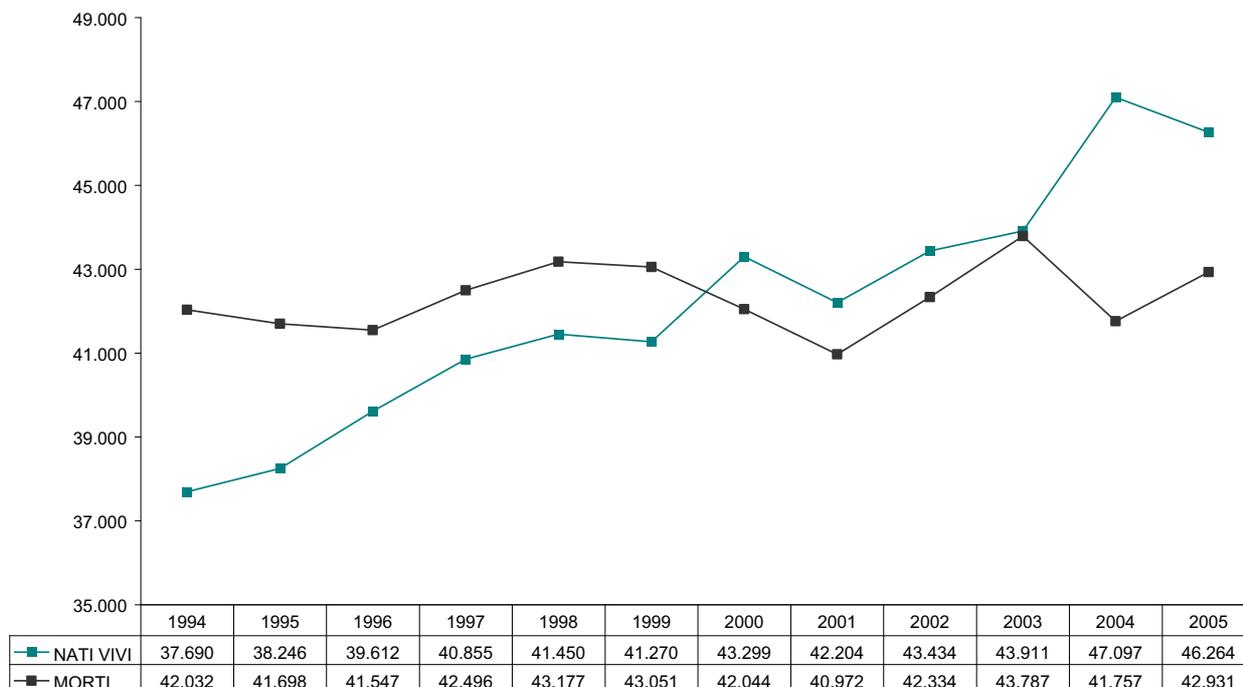
Tassi di mortalità nel Veneto per Provincia 2002-2005





Come si può osservare la situazione descritta nella pubblicazione ISTAT conferma per il 2005 la discontinuità già osservata negli ultimi anni, segnalando una probabile progressiva stabilizzazione dei fenomeni e dei trend osservati.

Confronto tra nati vivi e morti nel Veneto - Trend temporale 1994-2005



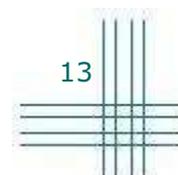
Un altro aspetto di notevole importanza per quanto concerne la tutela della salute è rappresentato dalla presenza straniera nella nostra Regione. Per descrivere il fenomeno riprenderemo qui la sintesi del Rapporto Annuale "Immigrazione in Veneto" pubblicato nel Febbraio 2005 a cura dell'Osservatorio Regionale Immigrazione.

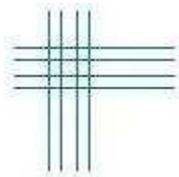
La consistente presenza di immigrati che soggiornano in Veneto colloca ancora oggi il territorio del Nord Est tra le prime aree in Italia per numero di cittadini stranieri. Da questo punto di vista, nella graduatoria nazionale, il Veneto si situa al quarto posto con il 9,7% del totale nazionale, preceduto dalla Lombardia (23%), il Lazio (10,3%) e l'Emilia Romagna (9,9%).

Il forte numero di migranti che ha fatto richiesta di regolarizzazione nel 2002, per i motivi precedentemente accennati, ha determinato un accentuato aumento dei permessi di soggiorno rilasciati al 1° gennaio 2004: con un tasso di incremento del 39%. Si registrano infatti quasi 60.300 nuovi permessi rispetto all'anno precedente.

I motivi lavorativi sono stati la principale ragione di regolarizzazione (67%). Tuttavia, vanno considerate le quote di stranieri che per famiglia (27%) e per studio (2%) si sono stabiliti nel Veneto.

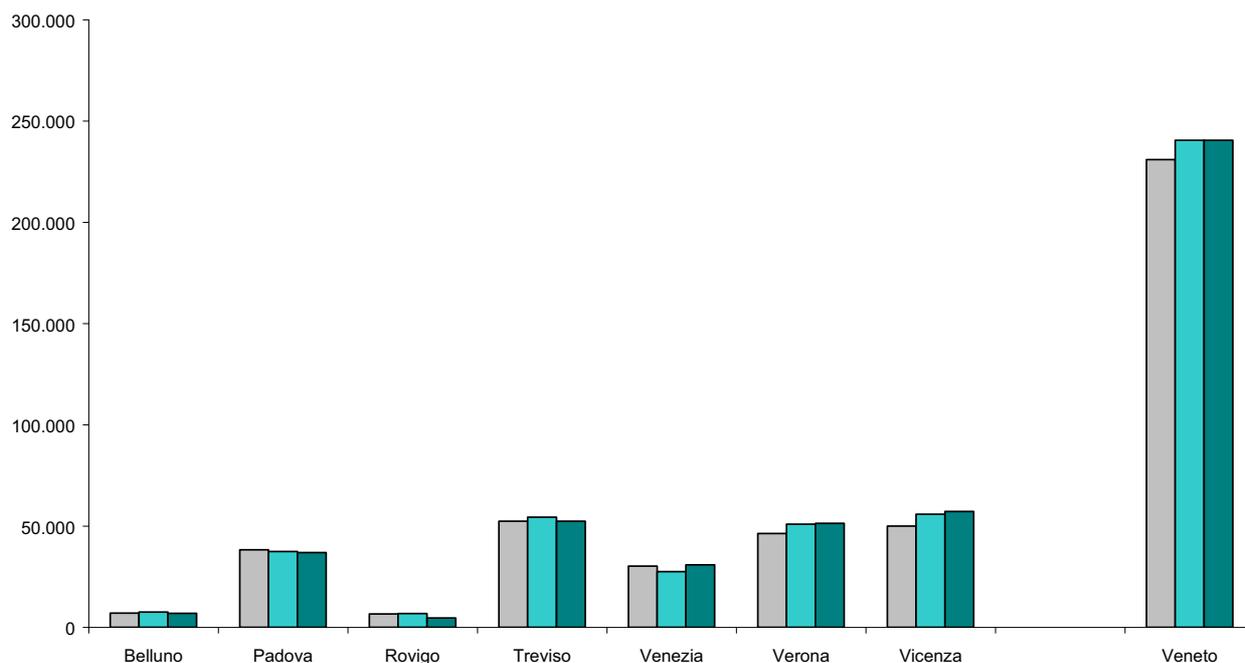
Tra gli effetti della regolarizzazione è possibile osservare l'aumento di immigrati regolari che si sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): **al primo semestre 2004 risultano registrati all'Anagrafe sanitaria del Veneto 240.433 cittadini stranieri.** Essi raggiungono un'incidenza del 5,2% sul totale degli iscritti. In effetti, la percentuale di





immigrati sul totale della popolazione residente nel territorio regionale è cresciuta di circa 2 punti percentuali nell'arco di tre anni. Quindi, il numero di migranti e la loro incidenza nella nostra Regione, restituiscono l'immagine di una immigrazione straniera in forte aumento la cui presenza sul territorio diventa sempre più evidente.

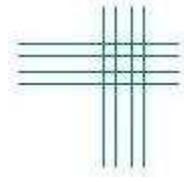
Cittadini stranieri nelle Province del Veneto nel 2004
(Fonte Osservatorio Immigrazione della Regione del Veneto)



Province	Permessi di soggiorno al primo gennaio 2004	Dati ISTAT al primo gennaio 2004	Iscritti al SSN nel primo semestre 2004
Belluno	7.059	7.541	6.954
Padova	38.283	37.456	36.976
Rovigo	6.572	6.791	4.591
Treviso	52.449	54.400	52.443
Venezia	30.260	27.494	30.892
Verona	46.376	50.922	51.364
Vicenza	50.000	55.830	57.213
Veneto	230.999	240.434	240.433

* Il dato sui permessi di soggiorno della Provincia di Vicenza è una stima.
Elaborazioni su dati del Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario.

L'immigrazione straniera nel Veneto è stata caratterizzata per lungo tempo da presenze di sesso maschile. Tuttavia, negli ultimi anni l'ingresso più consistente delle donne ha favorito un maggior equilibrio tra i generi: i successivi ricongiungimenti familiari e l'ingresso per motivi



lavorativi hanno determinato un aumento del peso della componente femminile pari al 46% della popolazione straniera.

Nell'arco di un anno, le donne iscritte al SSN sono aumentate del 23%. In alcune province del Veneto le donne, tra l'altro, hanno una presenza maggioritaria (Belluno) o molto vicina a quella degli uomini (Rovigo e Venezia).

Per determinati gruppi nazionali però il rapporto tra i generi è ancora sbilanciato: mentre tra i migranti del Marocco e del Bangladesh gli uomini superano circa il 70% delle presenze, le quote dei flussi migratori provenienti dall'Ucraina e dalla Moldavia sono quasi esclusivamente femminili, pari al 70% e all'88% del totale.

Nella maggior parte **giovane**, la popolazione straniera si concentra principalmente nella fascia di età compresa tra i 25 e 39 anni: 108.000 persone, 44% del totale.

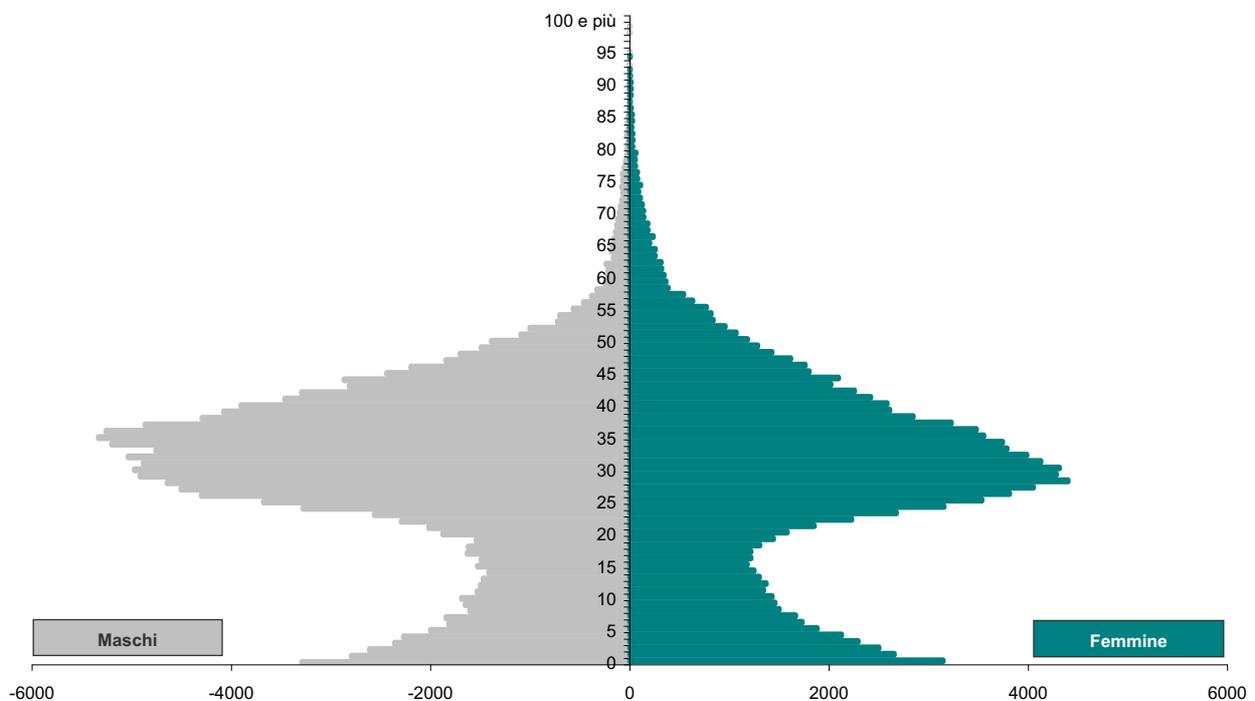
Dal 2001 si osserva uno spostamento verso le classi di età più adulte, mentre l'incidenza della componente minorile è leggermente diminuita. In effetti, l'aumento dei migranti regolarizzati, per lo più adulti, ha favorito la maggior incidenza delle classi over 35 e, in particolare, ha inciso sulla crescita più consistente dei migranti tra i 45-49 anni.

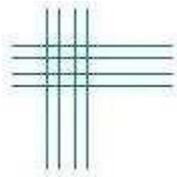
Contrariamente alla comunità italiana, tra i gruppi stranieri risultano particolarmente alte le quote di minori con meno di 14 anni, mentre la percentuale di over 50, soprattutto anziani ultrasessantenni, è inferiore al 2%.

Perciò, in ambito sanitario, l'area materno-infantile assume un rilievo particolare.

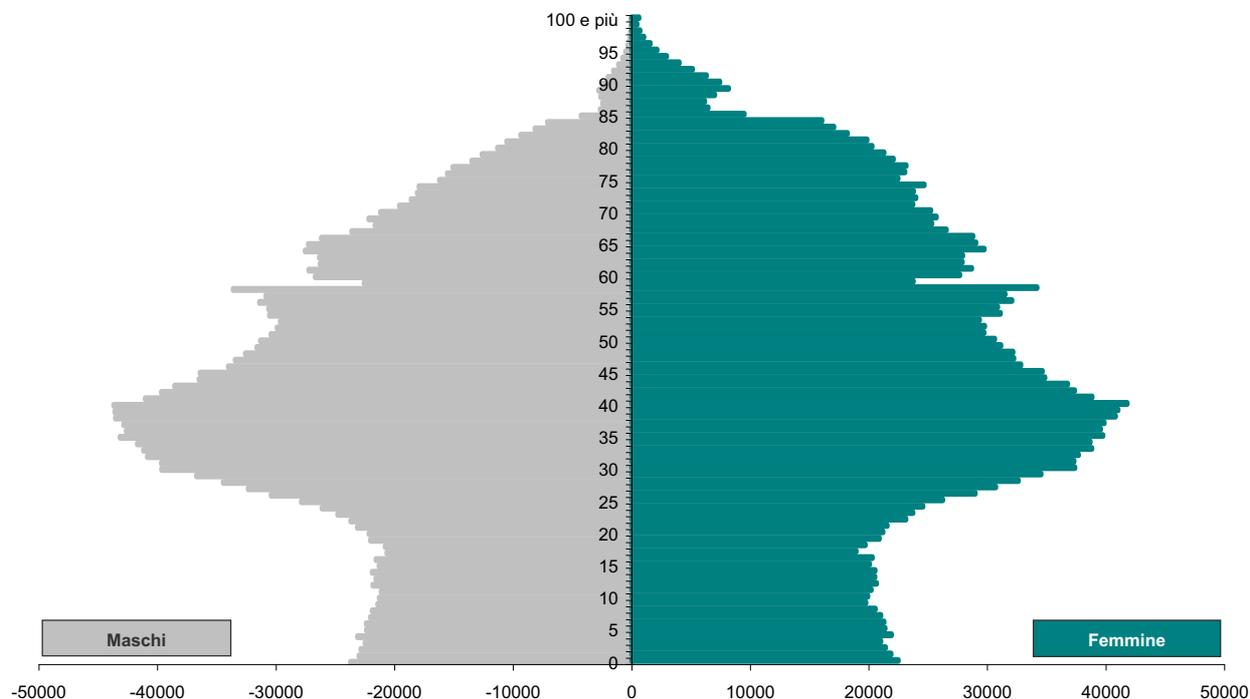
I dati ISTAT per il 2005 confermano le considerazioni riprese dalla sintesi del rapporto dell'Osservatorio regionale sull'Immigrazione.

Popolazione immigrata nel Veneto suddivisa per età e sesso - Anno 2005



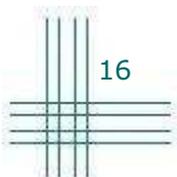


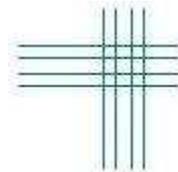
Popolazione del Veneto suddivisa per età e sesso - Anno 2005



Popolazione del Veneto suddivisa per fasce di età e sesso - Dati ISTAT al 1° gennaio 2005

Province		fino a 1 anno		da 1 a 5 anni		da 6 a 44 anni		da 45 a 64 anni		da 65 a 74 anni		da 75 e oltre		Totale	
		Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri
Belluno	Maschi	1.787	153	3.733	224	49.775	3.151	28.831	530	10.237	64	7.482	23	101.845	4.145
	Femmine	1.709	152	3.514	231	47.872	3.152	28.837	891	12.626	70	15.841	35	110.399	4.531
Padova	Maschi	8.741	927	16.718	1.392	226.095	19.022	112.439	2.653	40.319	138	26.542	49	430.854	24.181
	Femmine	8.136	882	15.850	1.269	215.878	16.583	114.399	2.843	48.164	214	49.498	88	451.925	21.879
Rovigo	Maschi	1.777	197	3.548	263	58.188	3.417	33.233	527	12.646	41	9.214	15	118.606	4.460
	Femmine	1.739	201	3.306	259	55.408	3.008	32.929	548	15.501	54	17.136	21	126.019	4.091
Treviso	Maschi	9.160	1.502	17.316	2.170	221.051	28.942	105.686	3.919	36.158	232	24.556	91	413.927	36.856
	Femmine	8.580	1.417	16.286	2.135	205.723	21.550	105.207	3.160	42.222	304	46.787	124	424.805	28.690
Venezia	Maschi	7.551	611	14.745	898	201.426	13.852	110.747	1.934	41.567	182	26.602	73	402.638	17.550
	Femmine	7.074	561	13.505	831	192.492	12.348	114.484	2.890	49.378	228	49.847	98	426.780	16.956
Verona	Maschi	8.750	1.256	17.233	2.033	222.123	24.306	108.353	3.925	39.382	280	26.501	128	422.342	31.928
	Femmine	8.430	1.195	16.348	1.913	208.357	19.970	109.063	3.211	46.594	370	49.662	139	438.454	26.798
Vicenza	Maschi	8.948	1.440	17.525	2.267	222.865	28.754	103.675	4.133	35.940	232	22.363	72	411.316	36.898
	Femmine	8.683	1.393	16.856	2.165	205.800	21.432	102.630	3.402	42.162	281	43.909	96	420.040	28.769
Veneto	Maschi	46.714	6.086	90.818	9.247	1.201.523	121.444	602.964	17.621	216.249	1.169	143.260	451	2.301.528	156.018
	Femmine	44.351	5.801	85.665	8.803	1.131.530	98.043	607.549	16.945	256.647	1.521	272.680	601	2.398.422	131.714
													4.699.950	287.732	





Presenza cittadini stranieri in Veneto nel 2005

iscritti nelle anagrafi comunali al 31 dicembre 2004, iscritti alle anagrafi sanitarie delle Aziende ULSS al primo semestre 2005. Valori assoluti (v.a.) per genere, percentuale donne e minori, incidenza cittadini stranieri su totale della popolazione e variazione percentuale 2004-2005.

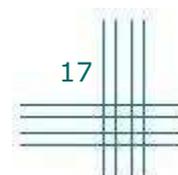
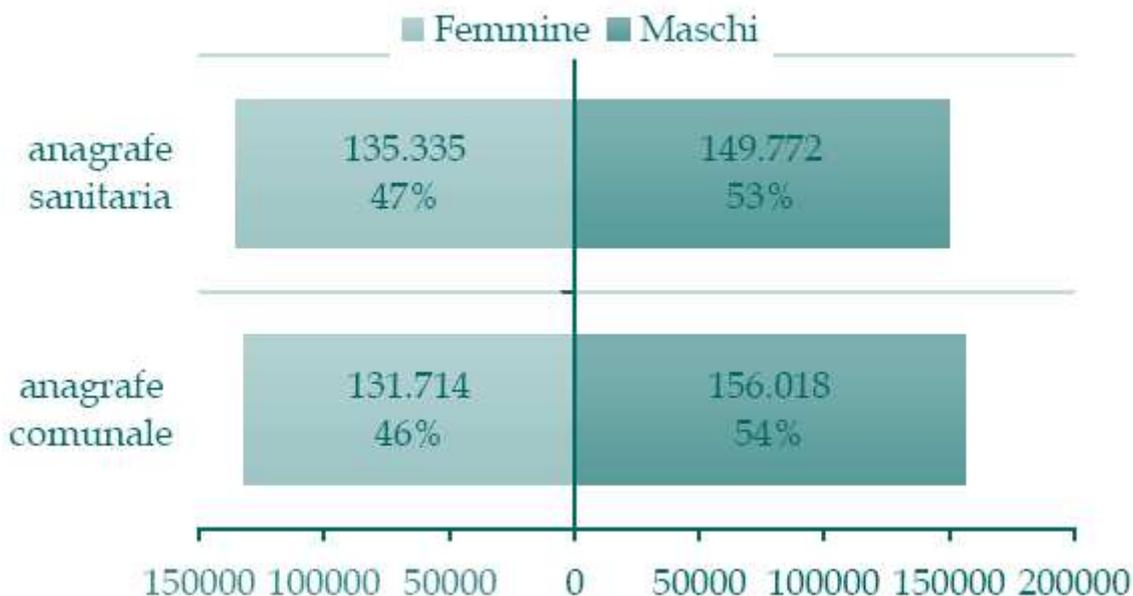
Componenti	Iscritti all'anagrafe comunale al 1° gennaio 2005	Iscritti all'anagrafe sanitaria nel primo semestre 2005
	Valori assoluti	Valori assoluti
Maschi	156.018	149.772
Femmine	135.335	131.714
Totale	287.732	285.107

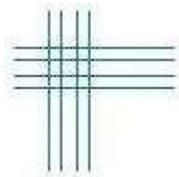
	Valori percentuali	Valori percentuali
Donne	45,8	47,5
Minori	23,0	22,6
Stranieri su totale popolazione	6,1	6,1
Variazione percentuale 2004-2005	19,7	18,6

Fonte: Osservatorio Immigrazione Regionale "Immigrazione in Veneto Caratteristiche socio-demografiche e lavorative - Dossier Gennaio 2006". Elaborazioni Osservatorio Immigrazione Regionale - Regione Veneto su dati ISTAT al 31.12.2004, Anagrafe Sanitaria - Regione del Veneto al primo semestre 2005 e stime a fine 2004 "Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2005" su dati Min.Interno e Istat.

Cittadini stranieri per genere

iscritti alle anagrafi comunali al 31 dicembre 2004 e alle anagrafi sanitarie al primo semestre 2005
Dati in valori assoluti e percentuali - Veneto 2005





Riflessioni sul contesto demografico

Sulla base dei dati rappresentati in precedenza possiamo affermare che il Veneto presenta gli aspetti demografici tipici delle società occidentali degli ultimi decenni. In particolare vengono in evidenza un progressivo allungamento della vita media ed un conseguente aumento della popolazione anziana. I principali indicatori demografici del Veneto (natalità, indice di vecchiaia) sono sovrapponibili alla media nazionale; esistono però notevoli differenze intraregionali a livello di Azienda ULSS.

In tal senso, la tabella che segue sintetizza i principali indicatori demografici a livello nazionale e regionale, evidenziando il grado di variabilità intraregionale.

I principali indicatori demografici in Italia e nel Veneto (fonte ISTAT, anno 2003)

INDICATORI	ITALIA	VENETO	MINIMO VENETO	MASSIMO VENETO
Tasso di natalità (‰)	9,4	9,5	6,8 (Azienda ULSS 19 Adria)	11,3 (Azienda ULSS 8 Asolo)
Percentuale di popolazione con almeno 75 anni sul totale	8,7	8,7	7,1 (Azienda ULSS 13 Mirano-Dolo)	11,1 (Azienda ULSS 12 Veneziana)
Indice di vecchiaia*	134,8	136,3	103,4 (Azienda ULSS 8 Asolo)	212,3 (Azienda ULSS 12 Veneziana)

* rapporto tra il numero di soggetti con età superiore a 65 anni e il numero di soggetti con età inferiore a 14 anni.

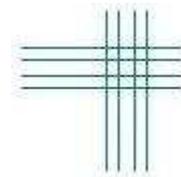
Nella nostra Regione, come si è detto, negli ultimissimi anni vi è stata una ripresa della natalità, anche per il rilevante contributo degli immigrati. Tuttavia tale fenomeno non pare in grado di compensare l'invecchiamento complessivo della popolazione nei prossimi anni.

L'incremento della popolazione anziana comporta la crescita di domanda assistenziale legata a patologie cronico-degenerative e alla conseguente disabilità. Inoltre l'aumento dell'aspettativa di vita e la quota crescente di persone che raggiunge l'età anziana in buone condizioni di salute stanno generando una modifica degli obiettivi terapeutici e dei profili di cura verso questi soggetti: basti citare come dal 2000 al 2004 il numero di interventi cardiocirurgici eseguiti nella nostra Regione in soggetti ultraottantenni sia triplicato.

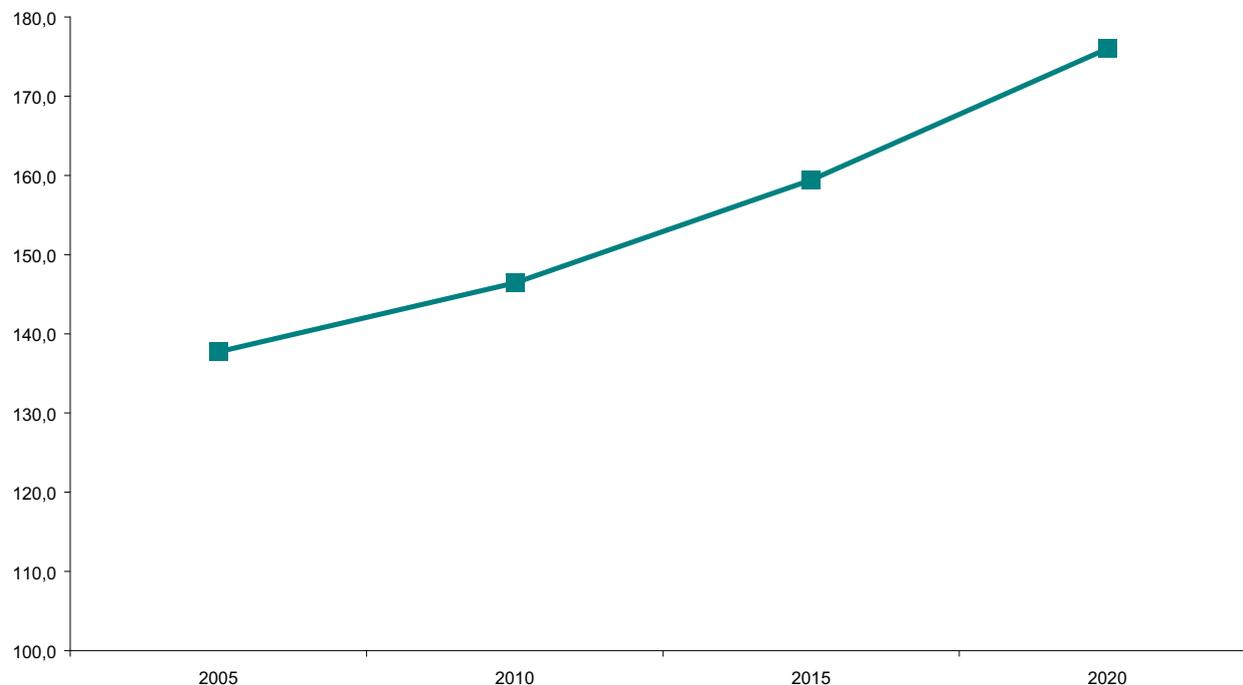
Le previsioni inerenti l'evoluzione demografica nei prossimi quindici anni a livello nazionale segnalano un progressivo aumento dell'indice di vecchiaia. È presumibile che nel Veneto l'andamento della popolazione non si discosti in modo rilevante da tale trend.

Evoluzione demografica nei prossimi 15 anni in Italia (fonte ISTAT 2006)

Anno	Popolazione totale	Percentuale con età 75 e oltre	Indice di vecchiaia
2005	58.462.375	9,0	137,7
2010	58.986.221	10,1	146,4
2015	59.166.695	11,2	159,4
2020	59.050.757	11,9	176,0



Indice di vecchiaia in Italia nei prossimi 15 anni



Mortalità

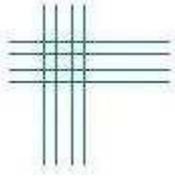
Nel Veneto le principali cause di morte nella popolazione sono le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Tuttavia, la dinamica della mortalità generale e per causa mostra una importante diminuzione di tali cause di morte dal 1995 al 2002.

Tassi standardizzati (x1000) di mortalità generale e per causa Regione Veneto nel 1995 e nel 2002 (fonte: archivio regionale delle Schede di Morte, elaborazioni SER).

		Totale	Malattie cardio-vascolari	IMA*	Ictus	Neoplasie	Neoplasie polmonari
Maschi	1995	11.58	4.31	0.99	0.71	4.03	1.23
	2002	9.62	3.44	0.77	0.52	3.5	0.99
	2002 vs 1995	- 17%	- 20%	- 22%	- 27%	- 13%	- 20%
Femmine	1995	9.55	4.46	0.64	0.92	2.42	0.25
	2002	8.17	3.53	0.52	0.63	2.28	0.26
	2002 vs 1995	- 14%	- 21%	- 19%	- 31%	- 6%	+ 4%

* IMA = Infarto acuto del miocardio

Procedura di calcolo: Standardizzazione diretta. Popolazione standard di riferimento: popolazione nazionale al 1 gennaio 2000, fonte ISTAT, classi quinquennali di età.



L'andamento generale è quindi positivo, riflette globalmente ciò che è avvenuto a livello nazionale ed è legato a vari aspetti, non ultimi i progressi nelle cure di numerose patologie, in particolare le patologie cardiovascolari.

Un altro dato rilevante è rappresentato dalla drastica riduzione della mortalità per AIDS: nella regione Veneto questa si è ridotta del 90% dal 1995 al 2002, sia nei maschi che nelle femmine.

Alcuni aspetti però vanno tenuti in debita considerazione:

La mortalità per neoplasie nel Veneto è più alta rispetto alla media nazionale, in particolare per le neoplasie dell'apparato respiratorio e dell'esofago, legate all'esposizione a fumo di tabacco e alcol. Non vi sono invece differenze sostanziali nella mortalità per le neoplasie potenzialmente prevenibili con programmi di screening (mammella, utero, prostata).

Si segnala la tendenza all'incremento della mortalità per neoplasie polmonari nel sesso femminile, come peraltro a livello nazionale, ad indicare una maggiore propensione delle donne verso il fumo di tabacco.

In Veneto si muore di più che nel resto d'Italia per **traumatismi involontari** in età giovanile (principale causa di morte nei maschi tra i 25 e i 44 anni di età). Tra i traumi, assumono assoluta prevalenza quelli stradali ed, in secondo luogo, quelli occupazionali (incidenti sul lavoro).

Le malattie cardiovascolari

Lo scompenso cardiaco è una condizione estremamente diffusa con conseguenze rilevanti sul benessere soggettivo e sulla mortalità. La sua ricaduta sul Servizio Sanitario è notevole, in particolare sull'assistenza ospedaliera, necessaria di fronte ai casi più gravi, ma potenzialmente evitabile, almeno in parte, con una gestione accurata dei soggetti affetti da tale patologia.

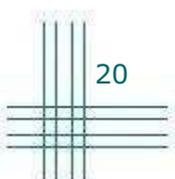
Poiché si tratta di una condizione destinata ad aumentare, una quantificazione dell'impatto della patologia nel determinare mortalità ed invalidità (**burden**) ed un suo monitoraggio, oltre all'osservazione dei percorsi assistenziali e degli esiti sono essenziali per evidenziare possibili ambiti di miglioramento assistenziale.

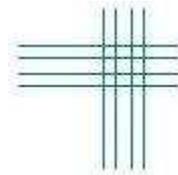
L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco viene erogata a vari livelli: medico di medicina generale, ambulatori specialistici, ricovero ospedaliero. La parte ospedaliera rappresenta senza dubbio la parte più rilevante in termini di gravità del problema e di assorbimento di risorse.

Nella nostra analisi ci soffermeremo su indicatori complessivi di occorrenza dell'evento, riservando ad un secondo momento un'analisi più dettagliata delle caratteristiche cliniche, dei pattern assistenziali e degli esiti.

Gli strumenti e i criteri di analisi

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono ampiamente utilizzate per studi di epidemiologia assistenziale relativamente allo scompenso cardiaco, pur in presenza di criticità inerenti l'accuratezza del dato SDO in questo ambito. I criteri di selezione applicati per identificare i ricoveri per scompenso cardiaco sono piuttosto vari e generano stime abbastanza differenti per quanto riguarda il burden della malattia.





L'approccio forse più frequente si basa sul DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock), ma altri approcci prevedono l'utilizzo di pattern di codici di malattia (ICD9-CM) variamente aggregati.

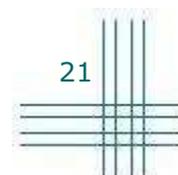
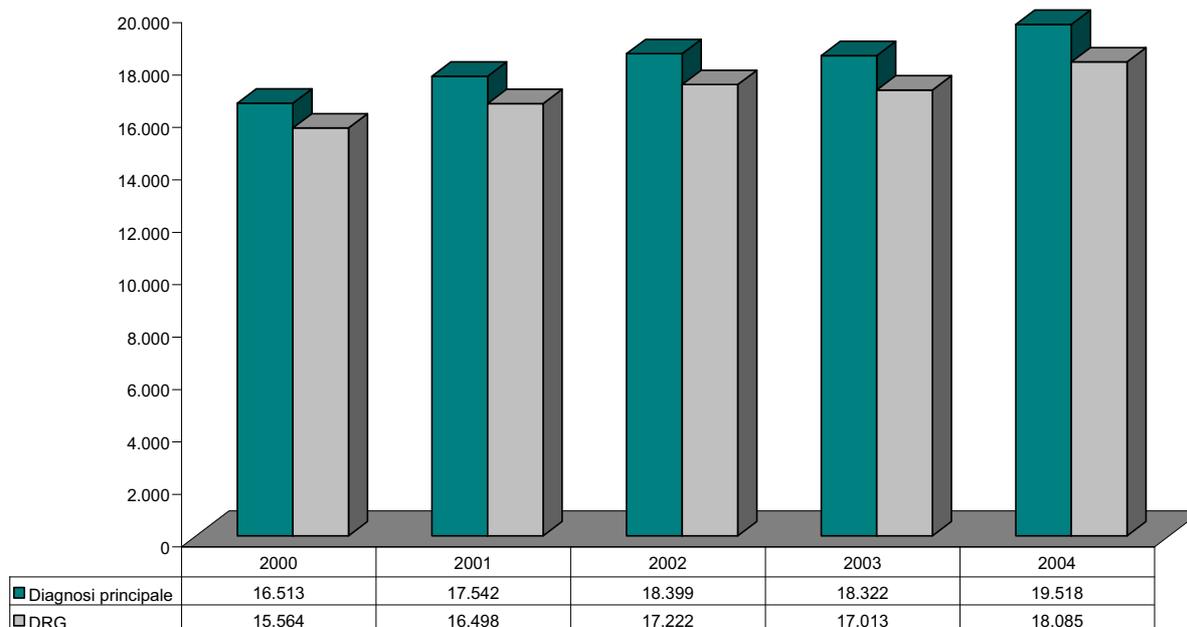
Il criterio scelto si basa sulla presenza in diagnosi principale dei codici elencati nella tabella che segue. Ci pare che questo criterio rappresenti allo stato attuale il miglior compromesso fra sensibilità e specificità del metodo.

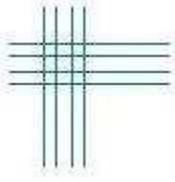
I criteri di identificazione dei ricoveri per scompenso cardiaco

Codice ICD9-CM	Descrizione
398.91	Scompenso cardiaco da febbre reumatica
402.x1	Cardiopatía ipertensiva con scompenso
404.x1	Cardioneftropatia ipertensiva con scompenso
404.x3	Cardioneftropatia ipertensiva con scompenso ed insufficienza renale
428	Scompenso cardiaco
785.50	Shock non specificato senza menzione di trauma
785.51	Shock cardiogeno

I ricoveri considerati sono quelli relativi ai residenti nella Regione Veneto dal 2000 al 2004, comprensivi della mobilità passiva (cittadini veneti che vanno a ricoverarsi in altre Regioni o all'estero). Di seguito descriviamo i principali indicatori ricavabili dalle informazioni contenute nella schede di dimissione ospedaliera.

Raffronto numero di dimissioni con diagnosi principale di scompenso cardiaco e con DRG 127 Trend temporale





Analisi dei fenomeni

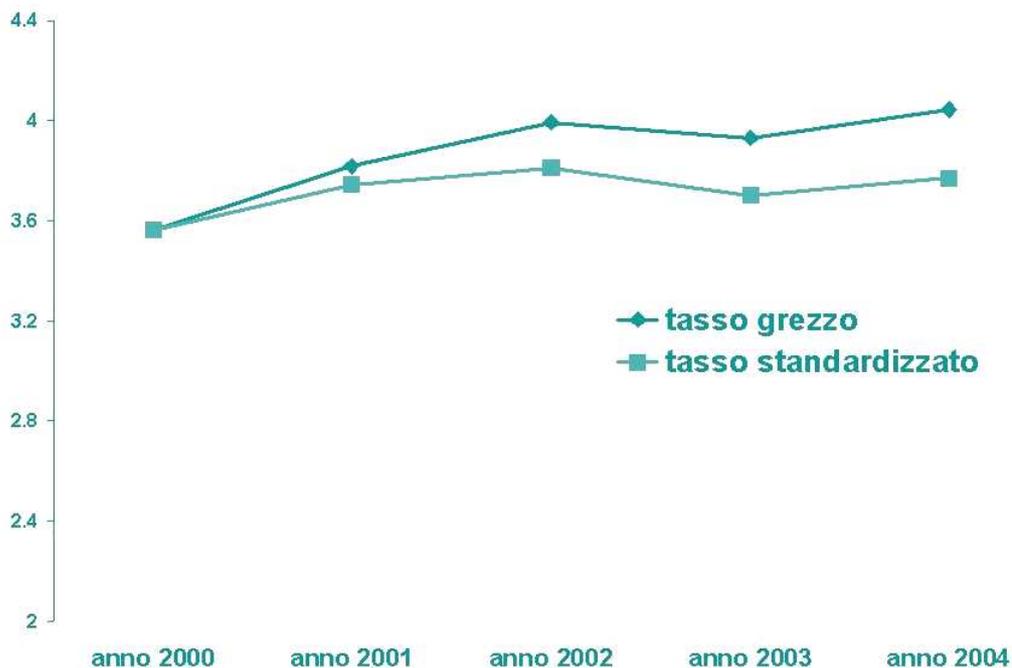
Considerando la diagnosi principale, nei cinque anni considerati si sono registrati 90.294 ricoveri per scompenso cardiaco. Il grafico sopra rappresentato evidenzia il trend annuale e le differenze tra l'approccio "diagnosi principale" e l'approccio DRG. Mediamente selezionando il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) si identifica una minore quota di ricoveri, pari al 6%.

Lo scompenso cardiaco rappresenta in assoluto la terza causa di ospedalizzazione per numero di ricoveri (dopo quelli legati al parto e quelli per cataratta) e contende all'ictus il non invidiabile primato nel numero di giornate di degenza consumate.

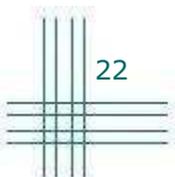
Dal 2000 al 2004 il numero di ricoveri è aumentato del 18% circa, andamento in controtendenza rispetto all'ospedalizzazione per tutte le cause che nello stesso periodo è calata di circa il 4%.

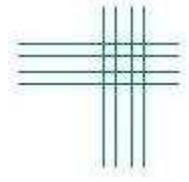
Il grafico sottostante mostra il tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per anno ed il tasso standardizzato per sesso ed età (standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 2000). Parte dell'incremento nel tasso grezzo è giustificata dalle dinamiche demografiche, ma rimane una parte legata ad un reale incremento nel "burden" della malattia, come evidenziato dal concomitante aumento, anche se in misura inferiore, del tasso standardizzato.

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (grezzo e standardizzato, x 1000 abitanti)

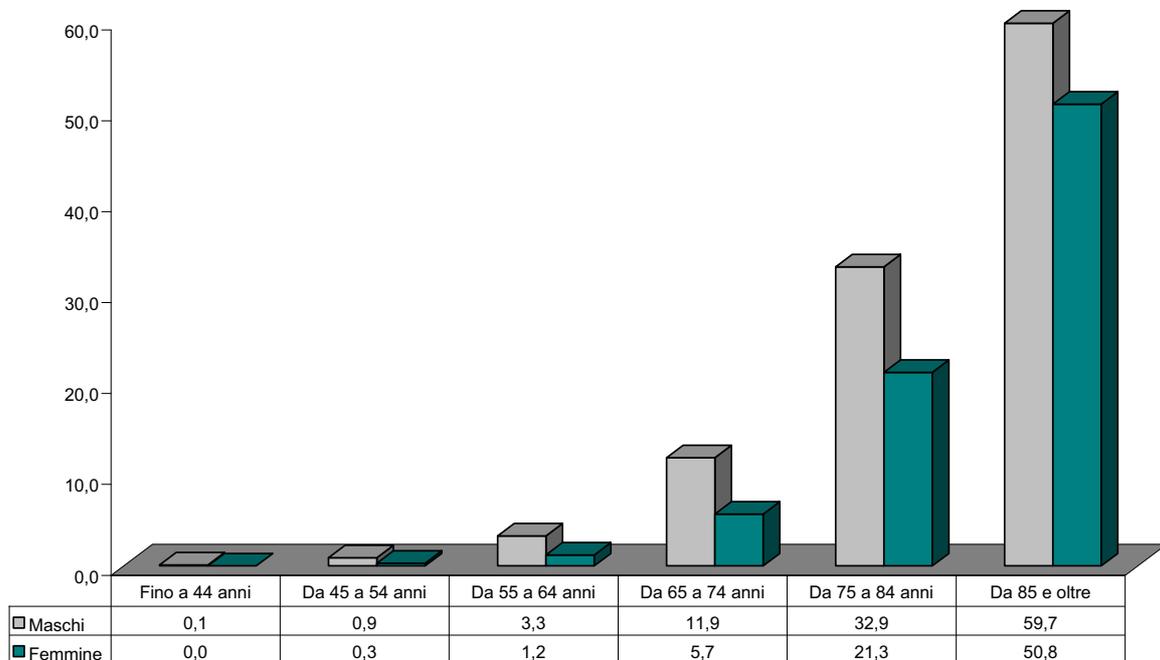


Lo scompenso cardiaco è fortemente legato all'età e al genere. Si tratta di una condizione complessivamente rara in età giovanile ed invece molto frequente negli anziani. Nei maschi lo scompenso cardiaco presenta una frequenza circa doppia rispetto alle femmine. La netta preponderanza del sesso femminile nelle fasce di età più avanzate fa sì che in queste fasce oltre metà dei ricoveri per scompenso cardiaco (52%) avvenga in soggetti di sesso femminile.



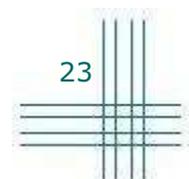
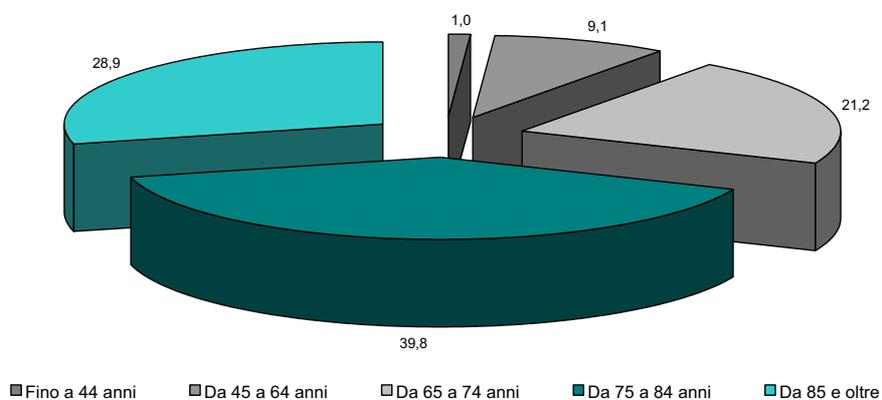


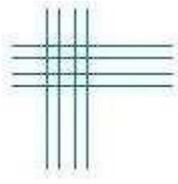
**Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (x 1.000 abitanti) per genere e per classi di età
Media 2000-2004**



L'età media dei maschi ricoverati per scompenso cardiaco è circa 74 anni, mentre per le femmine è circa 80 anni. Quasi il 60% dei ricoveri per scompenso cardiaco avviene in soggetti con età pari o superiore a 75 anni. Nel periodo considerato l'età media dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è aumentata di circa un anno (da 77,2 anni nel 2000 a 78,3 anni nel 2004).

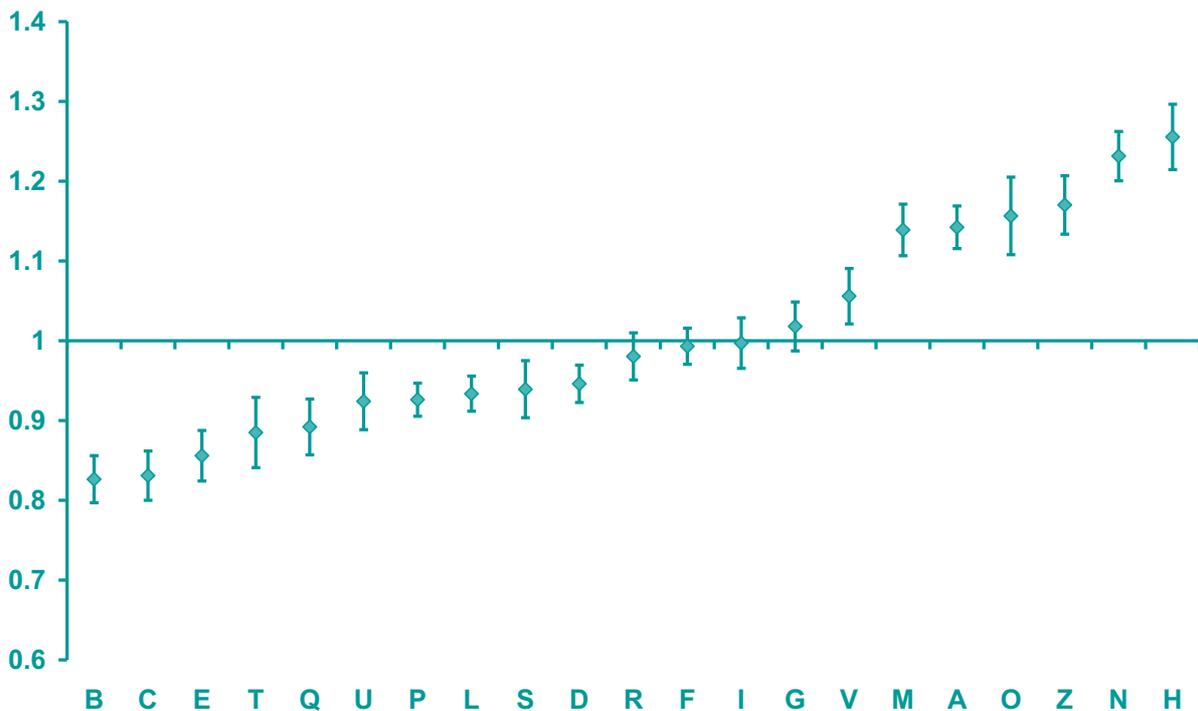
Distribuzione per fasce di età dei ricoveri per scompenso cardiaco (media 2000-2004)





L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco per Azienda ULSS di residenza appare abbastanza omogenea all'interno della nostra Regione, con piccolo margine di variabilità.

Tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco per Azienda ULSS
Standardizzazione indiretta (osservati/attesi) per genere e classe di età – media 2000 – 2004

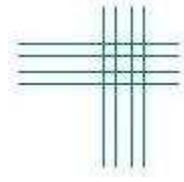


Alcune considerazioni possono essere tratte da questa analisi puramente descrittiva:

- Lo scompenso cardiaco è un problema estremamente rilevante per la sua diffusione, per il suo trend in aumento e per l'impatto sui servizi sanitari;
- I pazienti con scompenso cardiaco presentano un'età anziana, con importanti implicazioni di carattere assistenziale sanitario e sociale;
- Pur in presenza di politiche di contenimento dell'uso dell'ospedale, il tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco è in aumento. Questo può essere l'espressione di possibili miglioramenti con riferimento a prognosi e ricovero per queste patologie, ma può anche essere l'effetto di un'aumentata incidenza legata all'aumento dei fattori di rischio per scompenso cardiaco.

Inoltre, una nota sui limiti di questa analisi appare necessaria:

- Pur essendo interessanti e consistenti, i dati sopra esposti necessitano di un miglioramento del processo di valutazione della loro accuratezza. Nel caso specifico dello scompenso cardiaco si rileva come una diagnosi basata essenzialmente sulla clinica e dai contorni sfumati, soprattutto per i casi borderline, comporti difficoltà di rilevazione, molto più di altre condizioni più facilmente oggettivabili. Anche in considerazione di questo fattore di criticità, sono attualmente in corso degli studi sull'epidemiologia, sui percorsi assistenziali e sugli



esiti dello scompenso cardiaco basati su una validazione della documentazione clinica esistente secondo criteri standardizzati.

L'infarto acuto del miocardio

L'infarto acuto del miocardio (IMA) è una situazione frequente e grave. L'esigenza di garantire tempestivamente cure adeguate ai soggetti colpiti da infarto comporta necessariamente un impatto importante sugli aspetti organizzativi del Sistema Sanitario.

Un aspetto assistenziale rilevante è il ricorso crescente ad approcci diagnostico-terapeutici invasivi, generati sia dai progressi tecnologici (per esempio l'introduzione dei drug-eluting stents) sia dalle conoscenze scientifiche.

Gli strumenti e i criteri di analisi

La fonte dei dati è l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) degli anni 2000-2003 dei residenti nella regione Veneto.

L'unità di analisi è l'evento IMA (se un paziente va incontro a più ricoveri per lo stesso evento, questi vengono contati una sola volta).

Il codice ICD-9-CM 410.71 identifica l'infarto acuto del miocardio senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI); il codice 410.x1 con $x \neq 7$ identifica l'infarto acuto del miocardio con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI).

Il setting assistenziale è definito intensivo quando nel percorso assistenziale appaiono come reparto di ammissione, dimissione o trasferimento l'Unità Coronarica o la Terapia Intensiva.

Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di coronarografia (88.51) e di angioplastica (36.0x).

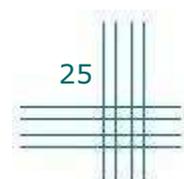
Analisi dei fenomeni

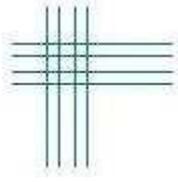
Negli anni considerati si è assistito ad un incremento della proporzione di soggetti assistiti in setting intensivo, sia per STEMI che per NSTEMI. Analizzando questa proporzione per classi di età si evidenzia come fino ai 74 anni vi è un livello abbastanza omogeneo di assistenza, mentre nelle classi di età più anziane la proporzione decresce.

Nell'**infarto STEMI** un'arteria coronarica presenta un'ostruzione completa: l'occlusione è causata dalla formazione di un trombo piastrinico associata ad una malattia conosciuta come aterosclerosi. I pazienti di questo tipo sono anche ad alto rischio di un successivo infarto, ictus e morte.

L'infarto miocardico con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) e l'infarto miocardico senza sovraslivellamento del tratto ST (**NSTEMI**) sono entrambi comunemente conosciuti come "infarti miocardici" assieme all'angina instabile sono le tre condizioni classificate come **sindrome coronarica acuta** (ACS).

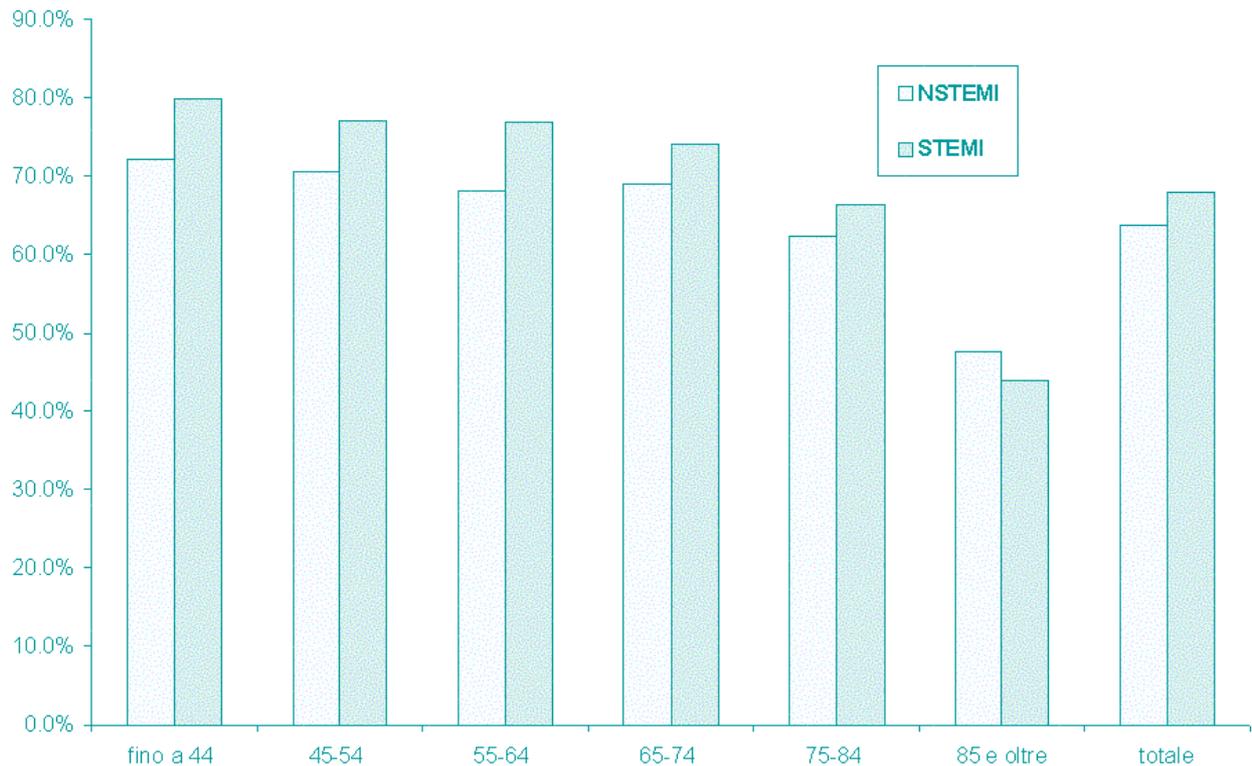
Esempi di sintomi comuni di sindrome coronarica acuta sono rappresentati da forte dolore persistente o intermittente e/o sensazione di peso (forte oppressione) al petto, dispnea (sensazione di non poter respirare), formicolio o perdita di sensibilità al braccio o al collo, nausea, dolore che può essere irradiato ad altre parti del corpo (schiena o stomaco) e altri ancora.





Tra i fattori di incidenza e sviluppo di queste patologie, l'**aterotrombosi** è causa di eventi mortali come infarti e ictus ischemici. È un processo progressivo che inizia con la rottura improvvisa e imprevedibile di una placca aterosclerotica. La rottura di queste placche attiva le piastrine nel sangue formando un trombo (coagulo) e questo trombo può a sua volta bloccare parzialmente o completamente le arterie e causare eventi aterotrombotici come infarti o ictus ischemici.

Proporzione di soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti in setting intensivo per classe di età e tipo di infarto – media 2000-2003

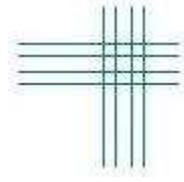


Per quanto riguarda il genere si può evidenziare come per ogni classe di età non vi sia praticamente differenza nella proporzione di soggetti assistiti in setting intensivo tra i due generi.

Analizzando questo aspetto per Azienda ULSS di residenza possiamo notare una certa omogeneità di comportamento. Per due Aziende (Azienda ULSS 9 Treviso e Azienda ULSS 13 Mirano-Dolo) si evidenzia una bassa proporzione di soggetti in setting intensivo, questo fenomeno è ampiamente compensato dalla proporzione di soggetti assistiti in ambiente specialistico, riflettendo presumibilmente una peculiarità nell'organizzazione del reparto.

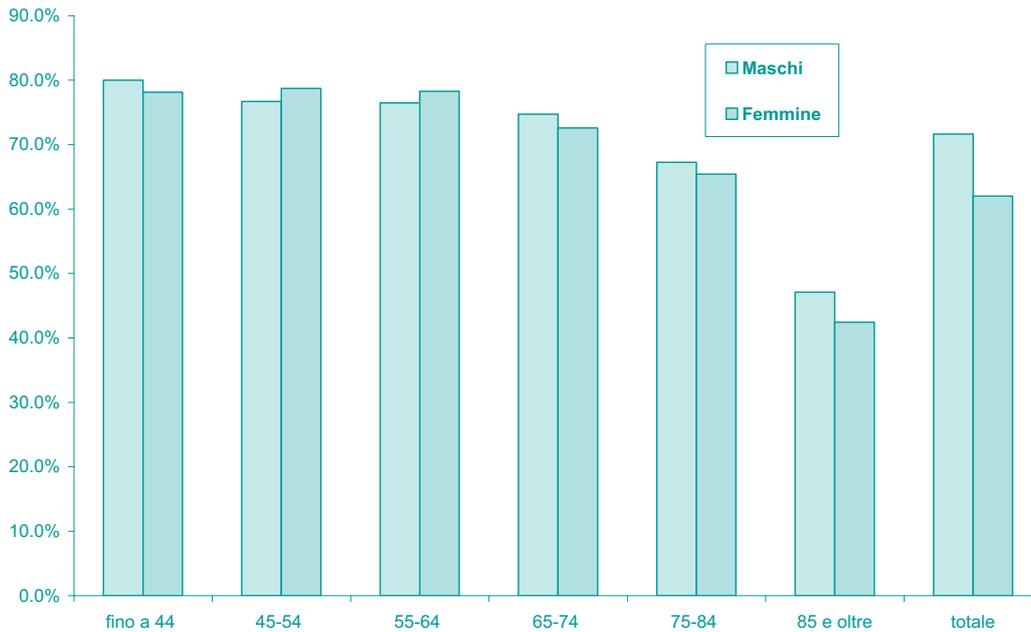
La proporzione di soggetti con infarto acuto del miocardio sottoposti a procedure invasive mostra un netto decremento per fasce di età, sia per STEMI che per NSTEMI. Esiste inoltre una differenza legata al genere nella proporzione di soggetti sottoposti ad angioplastica. Questa differenza, peraltro già nota in letteratura, è più evidente nelle fasce di età più giovani.

Oltre alle caratteristiche del paziente, di cui si sono descritte solamente età e genere, l'utilizzo di procedure invasive nella terapia dell'IMA può essere condizionato anche da caratteristiche strutturali del servizio sanitario. Nella nostra regione 8 Aziende ULSS (53% della popolazione)

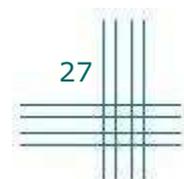
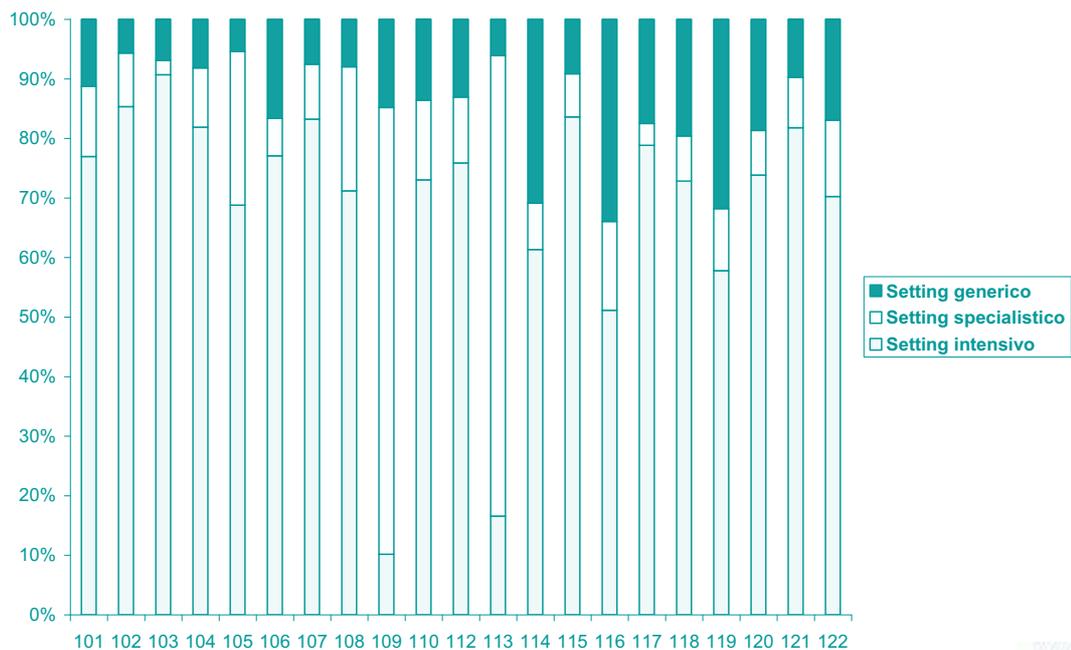


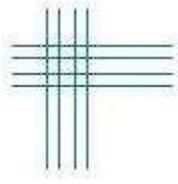
presentano nel proprio territorio un servizio di emodinamica interventistica attivo tutti i giorni 24 ore su 24, 3 Aziende ULSS (12% della popolazione regionale) hanno un servizio interventistico attivo 5 giorni la settimana in orario "d'ufficio" e 10 Aziende ULSS (35% della popolazione) non hanno emodinamica interventistica nel proprio territorio.

**Proporzione di soggetti con STEMI assistiti in setting intensivo per genere e classe di età
Media 2000-2003**

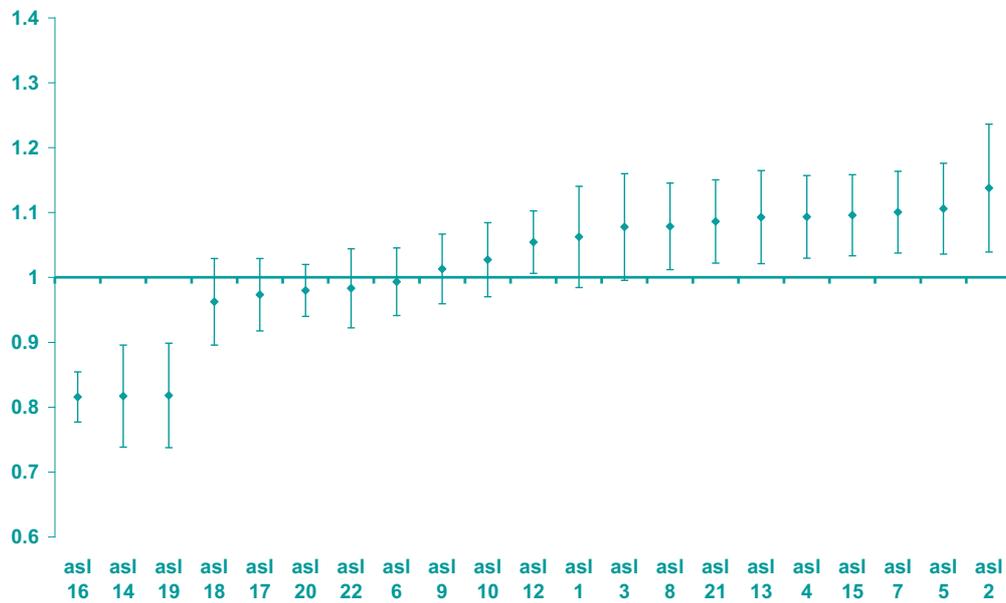


Proporzione di soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti nei diversi settings per Azienda ULSS di residenza - Media 2000-2003

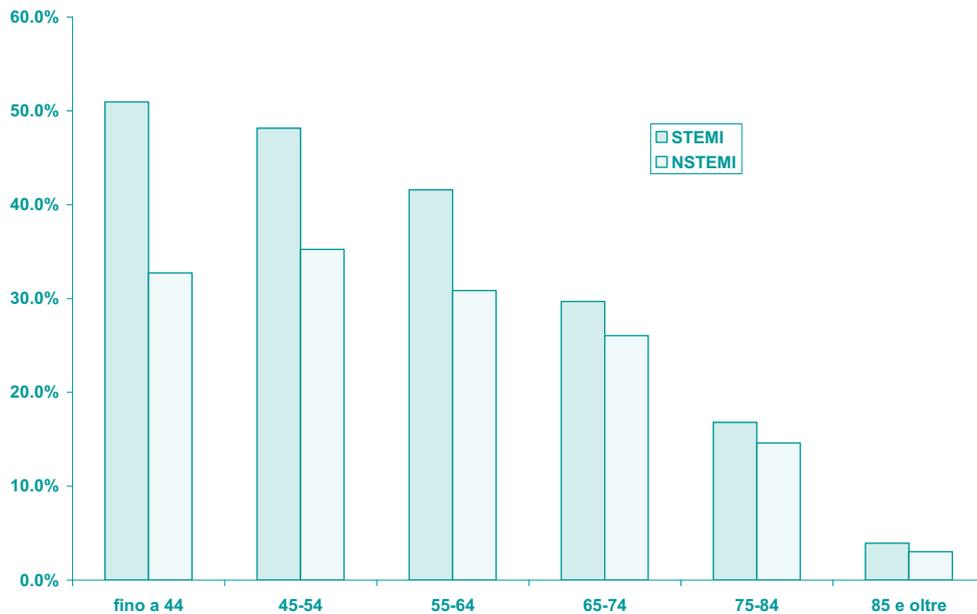


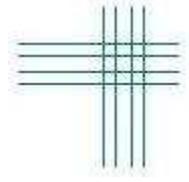


**Rapporto standardizzato (per età, genere e tipo di IMA) dei soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti in setting intensivo o specialistico per Azienda ULSS di residenza
Media 2000-2003 – Standardizzazione indiretta (osservati su attesi)**

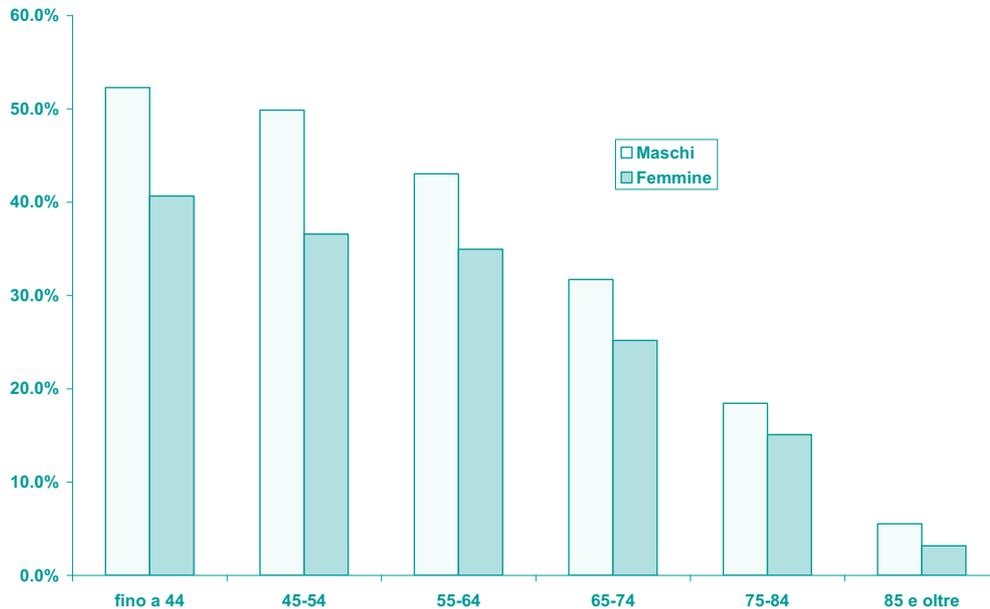


**Proporzione di soggetti con infarto acuto del miocardio sottoposti ad angioplastica per fasce di età
Media 2000-2003**



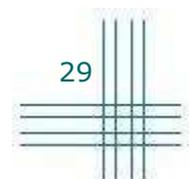
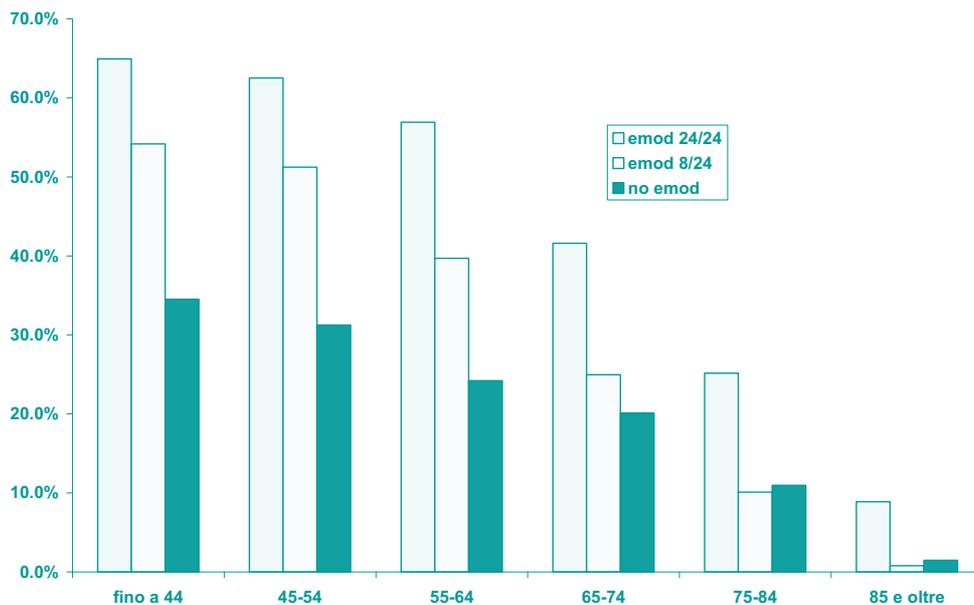


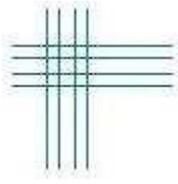
**Proporzione di soggetti con STEMI sottoposti ad angioplastica per genere e classe di età
Media 2000-2003**



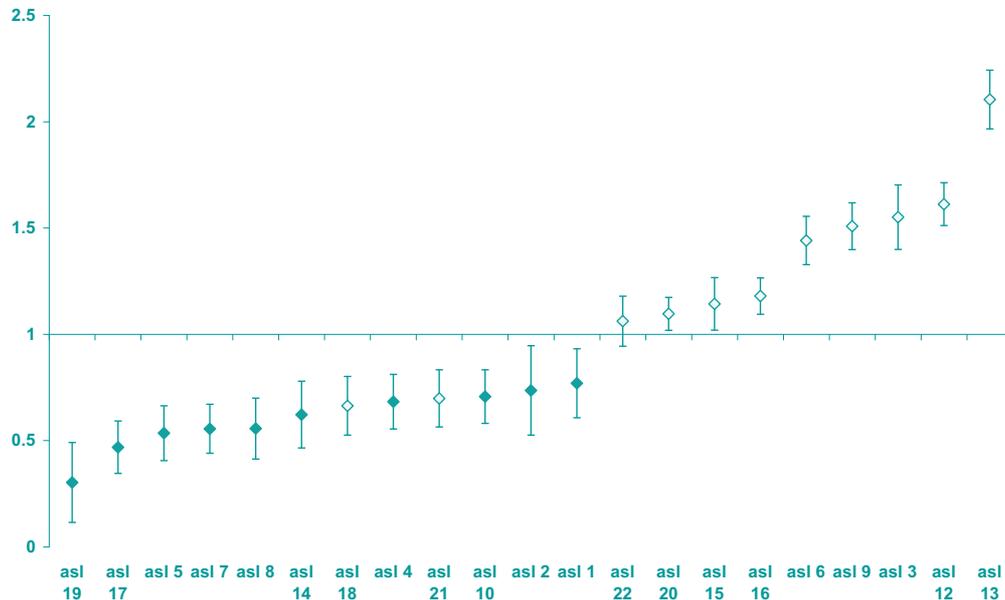
La proporzione di soggetti con STEMI che hanno eseguito un'angioplastica in relazione alla presenza di emodinamica nella propria Azienda ULSS di residenza viene rappresentata nell'immagine che segue. Il grafico si riferisce ai soggetti di sesso maschile per evidenziare le differenze esistenti tra le diverse caratteristiche strutturali (al netto della diversa distribuzione per genere), per il sesso femminile l'andamento è del tutto analogo.

Proporzione di soggetti di sesso maschile con STEMI sottoposti ad angioplastica in relazione alla presenza ed al grado di attività dell'emodinamica – Media 2000-2003





Rapporto standardizzato della proporzione di soggetti con STEMI sottoposti ad angioplastica per ASL di residenza – anni 2000-2003



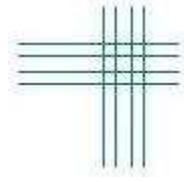
In questa parte dedicata all'infarto acuto del miocardio, sempre con un approccio di tipo descrittivo, è stato fornito un maggior dettaglio nella descrizione dei profili assistenziali in relazione ad alcuni macrodeterminanti: età, genere ed Azienda ULSS di residenza.

Le differenze relative all'età, sia per il setting assistenziale, sia per il ricorso a procedure invasive, sono attese, in quanto i soggetti anziani sono frequentemente portatori di comorbidità, spesso di grado tale che la prognosi cardiologica passa in secondo piano.

Più controversa è la questione già presente nella letteratura scientifica e confermata dai nostri dati sul differente utilizzo dell'angioplastica legato al genere. L'**angioplastica** (PTCA) è una tecnica che consente di dilatare arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache senza eseguire un vero e proprio intervento chirurgico. Si esegue infatti come il cateterismo cardiaco, inserendo un sottile catetere in un'arteria dell'inguine e facendolo risalire sino alle coronarie. Il catetere ha sulla punta un palloncino che, una volta arrivato al restringimento che occlude totalmente o parzialmente il vaso, viene gonfiato in modo da allargarlo. L'intervento viene eseguito in anestesia locale.

Il trattamento terapeutico di urgenza dell'infarto acuto del miocardio ha due opzioni, a parte le comuni prestazioni rianimatorie del paziente: 1) la prima è rappresentata dalla procedura di angioplastica primaria; 2) la seconda concerne l'esecuzione della **fibrinolisi sistemica**, idonea a dissolvere il trombo che occlude l'arteria o le arterie coronarie.

Evidenze derivanti da studi randomizzati (ovvero studi prospettici nel quale i partecipanti sono reclutati e assegnati in modo casuale) hanno dimostrato che l'angioplastica primaria (pPCI) in corso di infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è il trattamento più efficace, ma soltanto se eseguita da operatori esperti in ospedali con adeguati volumi di attività ed in tempi competitivi con la fibrinolisi.



Questo trattamento, quindi, appare difficilmente applicabile a pazienti ricoverati in ospedali senza un laboratorio di emodinamica interventistica attivo 24 ore su 24.

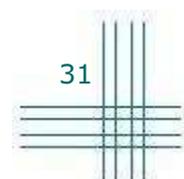
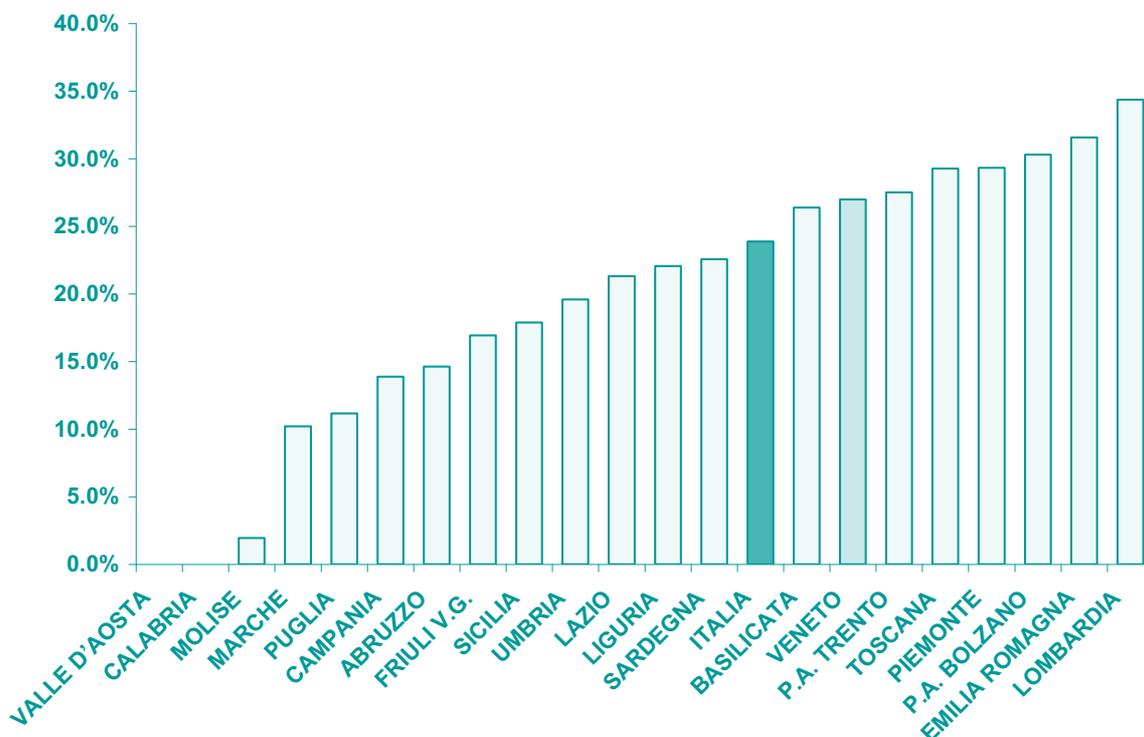
Nel 2002, la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) ha pubblicato un Documento di Consenso nazionale ed ha indicato a quali pazienti con STEMI andava eseguita l'angioplastica primaria con indicazione assoluta, mentre nel 2003 precisava le modalità organizzative della "rete interospedaliera", necessarie per offrire ai pazienti con STEMI le migliori opzioni terapeutiche.

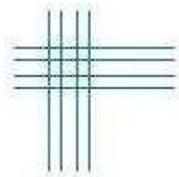
La Regione del Veneto ha adottato un approccio globale a questo problema, coinvolgendo la quasi totalità delle Cardiologie Ospedaliere ed Universitarie in un progetto mirato ad offrire ai pazienti con STEMI ad alto rischio la possibilità di un trattamento ripercussivo meccanico nell'ambito della rete interospedaliera regionale condividendo un unico protocollo diagnostico-terapeutico.

Al tempo stesso è stato istituito un registro prospettico denominato "**VENERE**" (VENeto acute myocardial infarction REgistry) con l'obiettivo di indagare l'epidemiologia ospedaliera dello STEMI, l'applicabilità del protocollo al contesto veneto e di verificare gli esiti clinici in funzione dei percorsi terapeutici seguiti.

Il Registro "VENERE" ha confermato il legame tra utilizzo di procedure invasive e dotazione strutturale. Ciò conforta anche la nostra analisi, dalla quale emergono rilevanti differenze tra Aziende ULSS per quanto riguarda il ricorso a procedure invasive di rivascolarizzazione. Tale dato va peraltro contestualizzato nello scenario nazionale, in cui comunque il Veneto presenta una delle percentuali più alte di ricorso a procedure invasive nel corso dell'infarto.

**Proporzione di ricoveri con infarto acuto del miocardio sottoposti a procedura invasiva
Percentuale per Regione - anno 2003**





Quindi, i risultati della nostra analisi evidenziano l'esigenza di una maggiore omogeneità a livello regionale nell'accesso alle cure per i soggetti affetti da infarto acuto del miocardio. Un importante apporto in tal senso viene dagli stessi cardiologi che sin dall'ottobre 2002 hanno concordato un protocollo terapeutico per il trattamento ripercussivo dei pazienti con STEMI insorto da meno di 12 ore.

Neoplasie

L'attività di assistenza erogata a pazienti affetti da patologie neoplastiche si avvale di considerevoli risorse ospedaliere. L'analisi è stata condotta utilizzando l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2003: sono stati presi in considerazione i ricoveri dei residenti nel Veneto nelle strutture regionali con diagnosi principale di neoplasia (codice ICD-9-CM compreso tra 140 e 239, v580-81, v671-672).

La tabella che segue descrive i volumi di attività oncologica generati dalla popolazione residente in regione nel corso del 2003, come numero di ricoveri e giornate di degenza, secondo il regime di ricovero (ordinario o day-hospital) e il tipo di DRG (medico o chirurgico).

Il numero di ricoveri ordinari (63.329, pari al 53.9% del totale) non è di molto superiore al numero di ricoveri in regime di day hospital (54.149, 46.1%). Se si tiene conto invece delle giornate di ospedalizzazione, il 70.6% è rappresentato da degenze ordinarie. Nonostante il crescente ricorso all'attività di day surgery, il peso più rilevante sul totale dell'attività di day hospital è relativo all'assistenza medica. Per quanto riguarda il tipo di DRG dei ricoveri ordinari, il numero è ripartito in modo pressoché equivalente tra medici e chirurgici, con una più lunga degenza media per quelli medici.

Ricoveri per regime di ricovero e DRG: residenti nel Veneto, anno 2003

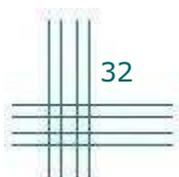
Regime ricovero	DRG	Dimissioni	Percentuale	Giornate di degenza	Percentuale	Degenza Media
Ordinario	Medico	31.081	26,5	361.619	37,9	11,63
Ordinario	Chirurgico	32.248	27,5	311.748	32,7	9,66
Day Hospital	Medico	39.291	33,4	247.962	26,0	6,30
Day Hospital	Chirurgico	14.858	12,6	32.269	3,4	2,17
Totale		117.478	100	953.598	100	8,11

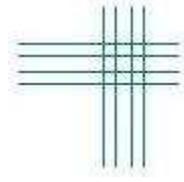
Gli strumenti e i criteri di analisi

Attraverso i dati provenienti dalle schede di dimissione ospedaliera è stata analizzata la distribuzione dei ricoveri oncologici per tipo di tumore, tipo di DRG e regime di ricovero, sia in termini di frequenza che di numero delle giornate di ospedalizzazione.

Analisi dei fenomeni

Si nota come i ricoveri in regime di day hospital con DRG chirurgico siano soprattutto per tumori benigni e tumori della cute; seguono i ricoveri per neoplasie mammarie e della vescica.

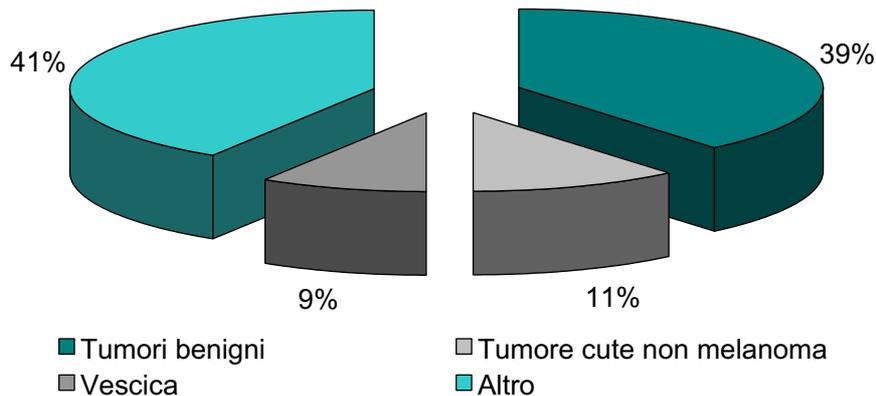




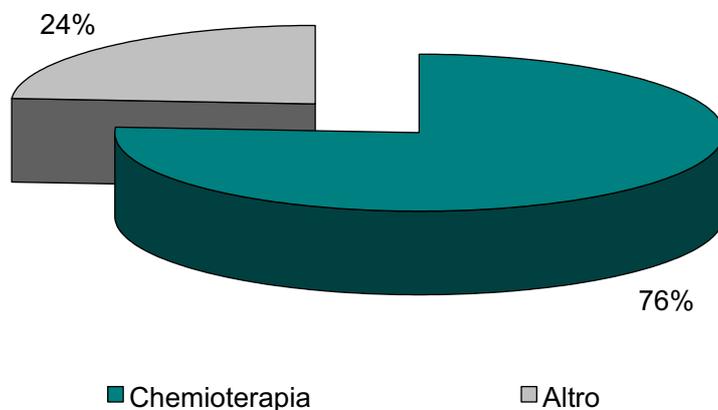
Tra i day hospital medici, il 63% dei ricoveri e ben il 76% delle giornate di degenza riporta un codice di chemioterapia in prima diagnosi, ed una frazione non trascurabile (4%, 1404 ricoveri) un codice di trattamento radioterapico.

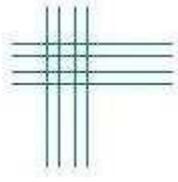
Per quanto riguarda i ricoveri in regime ordinario con DRG chirurgico, i tumori del colon e del retto rappresentano circa il 10% dei ricoveri, ma, con una degenza media maggiore di 17 giorni, arrivano a giustificare il 18% delle giornate di degenza. Degenze medie di poco superiori ai 5 giorni presentano invece i ricoveri chirurgici per neoplasie benigne (23% dei ricoveri, 13% delle giornate) e per tumore della mammella (12% dei ricoveri, 7% delle giornate). Infine, una quota rilevante è rappresentata dalle ospedalizzazioni per neoplasie di polmone, prostata e vescica.

Day Hospital chirurgici: distribuzione delle giornate di ricovero



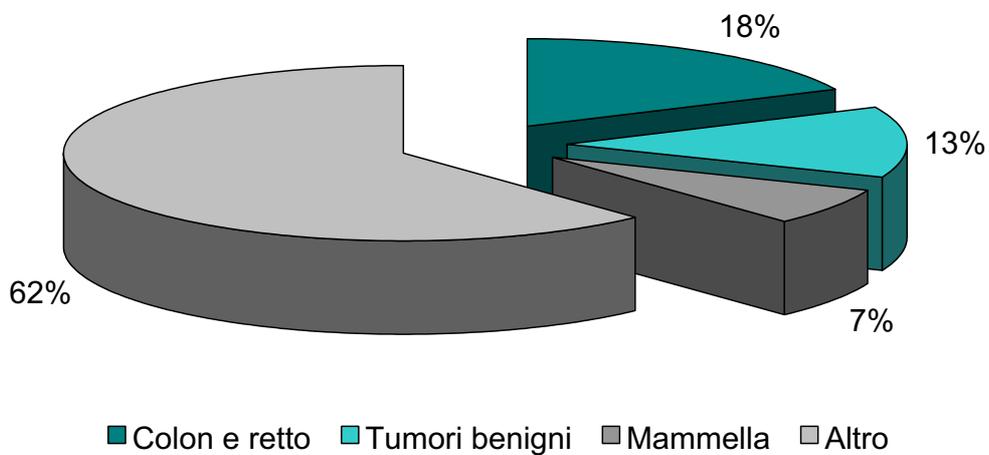
Day Hospital medici: distribuzione delle giornate di ricovero



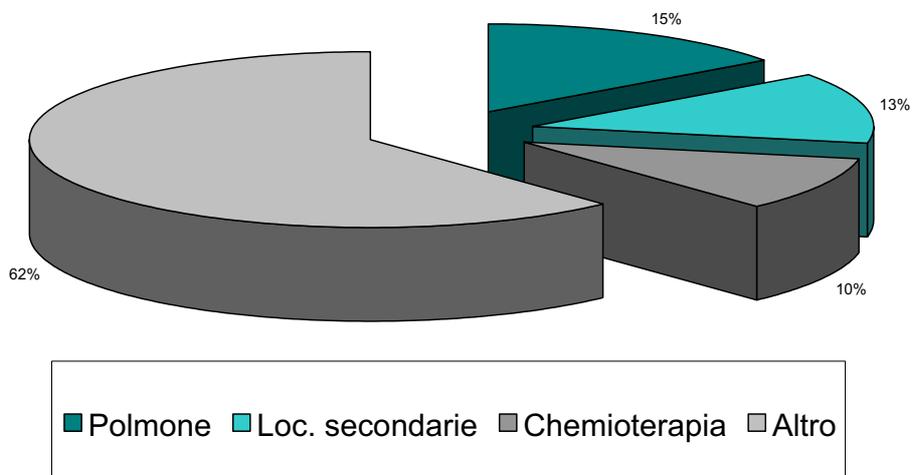


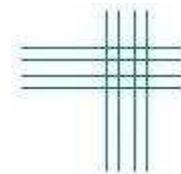
Passando ai ricoveri ordinari con DRG medici, il 15% delle giornate di degenza è dovuto a neoplasie polmonari (4.133 ricoveri, con una degenza media vicina ai 13 giorni). Seguono le dimissioni con diagnosi principale di chemioterapia e localizzazioni metastatiche. Infine, un numero elevato di ricoveri ed una lunga degenza media rendono conto del rilevante carico attribuibile a neoplasie del fegato e del pancreas (rispettivamente il 5% ed il 4% delle giornate di degenza).

Ricoveri ordinari chirurgici: distribuzione delle giornate di ricovero



Ricoveri ordinari medici: distribuzione delle giornate di ricovero





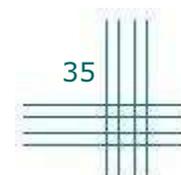
**Tassi di ospedalizzazione (*1000) nella Regione del Veneto per Azienda ULSS di residenza
(ricoveri oncologici e totali) - Anno 2003**

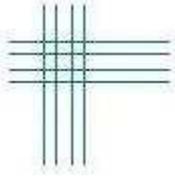
Azienda ULSS di residenza	Ricoveri oncologici		Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	n	%		
101. BELLUNO	2.751	13.0	21.4	20.0
102. FELTRE	1.785	12.6	21.8	20.3
103. BASSANO D. GRAPPA	3.593	12.8	21.5	23.0
104. THIENE	3.142	11.4	17.8	18.4
105. ARZIGNANO	3.549	11.3	21.1	22.7
106. VICENZA	7.348	13.1	24.9	26.0
107. PIEVE DI SOLIGO	4.673	13.4	22.7	22.3
108. ASOLO	4.747	12.2	20.8	22.7
109. TREVISO	8.606	12.4	23.0	23.6
110. SAN DONÀ DI PIAVE	4.593	13.4	23.0	22.9
112. VENEZIA-MESTRE	9.997	15.1	33.2	28.6
113. MIRANO	6.838	14.5	28.2	29.3
114. CHIOGGIA	4.989	18.2	38.5	39.6
115. CITTADELLA	4.869	11.8	21.6	23.8
116. PADOVA	11.676	14.9	29.8	28.8
117. ESTE	4.959	14.7	27.8	27.3
118. ROVIGO	3.780	13.4	22.2	20.2
119. ADRIA	2.239	13.9	29.9	27.6
120. VERONA	12.718	13.5	28.7	28.3
121. LEGNAGO	3.513	12.6	24.6	24.3
122. BUSSOLENGO	7.114	13.7	28.1	29.9
Totale	117.479	13.5	25.7	

Il tasso di ospedalizzazione misura l'intensità dell'uso delle strutture ospedaliere da parte della popolazione. Per poter confrontare i tassi delle diverse Aziende ULSS bisogna tener conto della loro diversa struttura demografica.

È stata perciò applicata una procedura di standardizzazione diretta (per sesso ed età sulla popolazione regionale al 1 gennaio 2003, dati ISTAT), così che le differenze tra ULSS rispecchiano una diversa incidenza-prevalenza delle neoplasie o un diverso pattern di ospedalizzazione a parità di bisogni.

Nella tabella sopra rappresentata sono presentati i tassi grezzi e standardizzati (per 1000 residenti) di ricoveri oncologici (ordinari e day hospital) e la percentuale dei ricoveri totali rappresentati dai ricoveri oncologici. Il tasso medio regionale di ospedalizzazione per cause oncologiche è 25.7 per 1000 residenti, con una notevole variabilità tra ULSS, che solo in parte diminuisce dopo standardizzazione.





I ricoveri oncologici complessivamente rappresentano il 13.5% dei ricoveri erogati alla popolazione residente. L'andamento dell'ospedalizzazione per cause oncologiche tra ULSS non solo segue quello dell'ospedalizzazione generale, ma sembra esserne tra i principali determinanti. Infatti le ULSS che presentano il valore più elevato di ospedalizzazioni oncologiche tendono anche ad avere tassi maggiori di ricoveri totali con un'alta proporzione rappresentata proprio dai ricoveri oncologici. Nel complesso, la situazione sembra paragonabile a quella di altre regioni che hanno già condotto analoghe analisi (ad esempio: CPO - Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte: Relazione 2003).

Carcinoma mammario

L'attività epidemiologica in campo oncologico, oltre a produrre dati di incidenza e sopravvivenza, è sempre maggiormente orientata anche a fornire informazioni sui percorsi assistenziali, utili per le decisioni di programmazione e governo clinico.

L'importanza di monitorare i pattern di cura in campo oncologico diviene ancor più rilevante quando si cerca di armonizzare i profili assistenziali ed i requisiti organizzativi delle strutture. In questo contesto, l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) consente, in modo standardizzato e con una copertura completa e costante della realtà regionale, di tracciare una mappa dell'assistenza erogata alle pazienti con carcinoma della mammella e di evidenziare aree problematiche, in cui eventualmente programmare indagini ad hoc di approfondimento.

Gli strumenti e i criteri di analisi

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono già state utilizzate in alcune regioni italiane come fonte di informazione per analizzare l'eterogeneità nel ricorso alla chirurgia conservativa a seconda del tipo di struttura e dell'area geografica; le SDO rappresentano infatti una fonte privilegiata per l'analisi del trattamento chirurgico delle patologie neoplastiche, soprattutto rispetto a studi condotti su base ospedaliera i cui risultati possono essere influenzati dal particolare bacino d'utenza o dalla selezione delle pazienti.

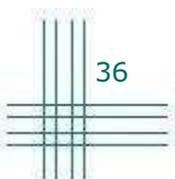
In tal senso, lo scopo di questo paragrafo è presentare una prima valutazione descrittiva dell'assistenza ospedaliera alle pazienti con carcinoma mammario nella Regione del Veneto.

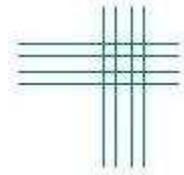
Sono dunque state selezionate le SDO del periodo 2000-2004 relative ai soggetti residenti in Veneto che riportavano in qualunque posizione diagnostica il codice ICD9-CM 174 (tumori maligni della mammella della donna), per un totale di 63.920 ricoveri. I ricoveri ordinari giustificano una maggior quota di DRG chirurgici rispetto ai ricoveri diurni.

Analisi dei fenomeni

I ricoveri con DRG medico hanno una degenza media superiore a quelli con DRG chirurgico, per entrambi i regimi di ricovero (ordinario e diurno). I casi in cui nella diagnosi principale vi è un codice diverso dal 174, che si riscontrano prevalentemente in regime diurno, presentano per lo più nella prima posizione diagnostica un codice direttamente riconducibile alla patologia o al suo trattamento: chemioterapia o radioterapia, oppure malattia diffusa.

La distribuzione dei ricoveri per classe di età evidenzia un discreto carico assistenziale anche sotto i 50 anni di età (23.7% del totale). Complessivamente, il tasso di ospedalizzazione, già elevato nella classe di età tra i 40 ed i 49, raggiunge un picco tra i 50 ed i 69 anni.

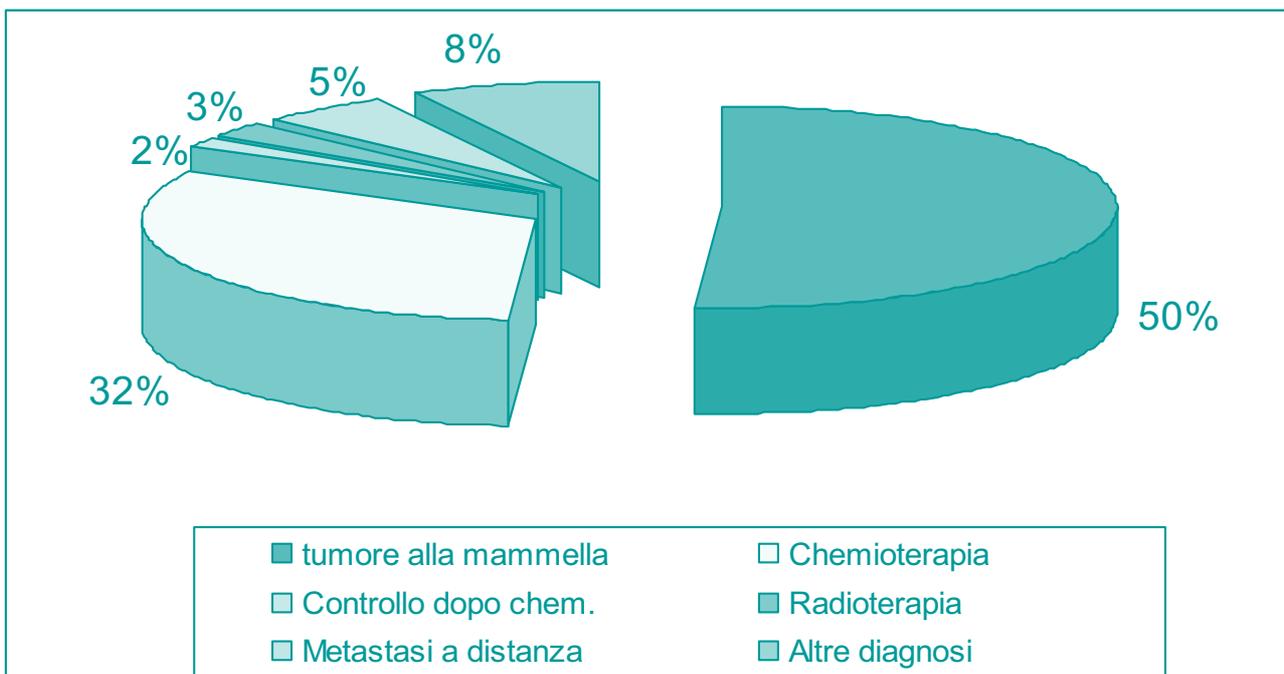




Numero di ricoveri e degenza mediana per regime di ricovero e tipo di DRG

Regime di ricovero	DRG	N ricoveri	Degenza mediana (giornate)	Giornate di degenza
Ordinario	Chirurgico	21.642	5	131.367
	Medico	10.398	9	127.895
Day hospital	Chirurgico	4.820	1	13.400
	Medico	27.059	4	173.989

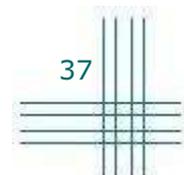
Distribuzione dei codici ICD9-CM in diagnosi principale nelle SDO con codice 174 in qualsiasi posizione in regime ordinario e day hospital

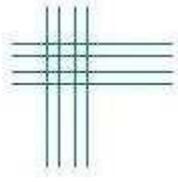


Il tasso grezzo di ospedalizzazione è andato progressivamente riducendosi nel periodo considerato: da 5.73 ricoveri ogni 1000 donne nel 2000 a 5.05 ricoveri nel 2004.

Sono state poi selezionate le schede di dimissione ospedaliera che riportavano un codice di intervento chirurgico; in caso di più interventi, è stato selezionato il codice corrispondente all'intervento più demolitivo.

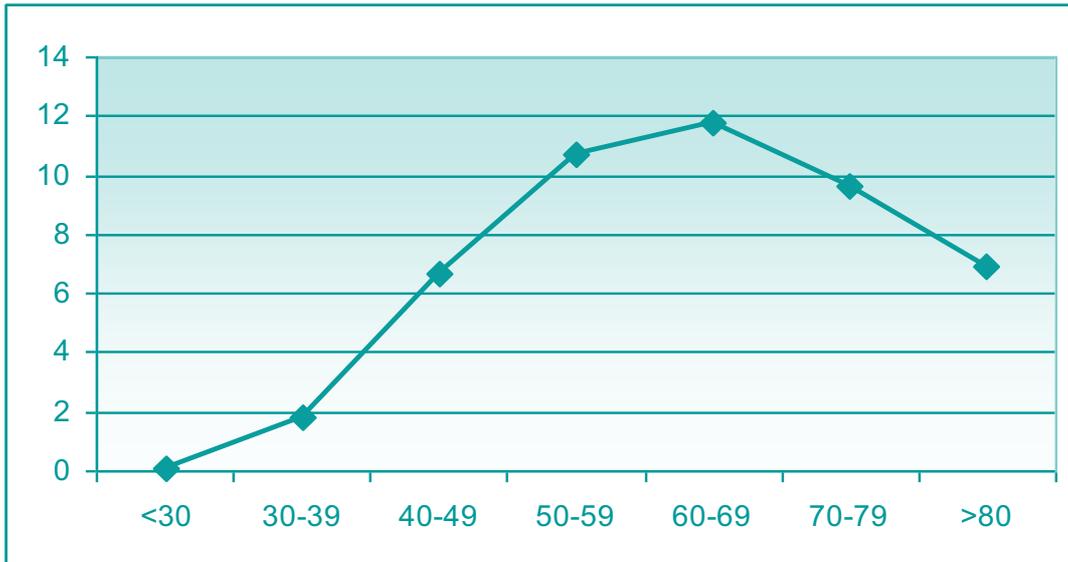
Delle 20.655 SDO con codice di intervento chirurgico (32,3% del totale), il 55,7% (11.503) presentavano codici identificativi di intervento conservativo (85.21-85.23), il 42,0% (8.671) di intervento radicale (85.4x), mentre il 2,3% (481) non sono state classificate (85.20, 85.3x).



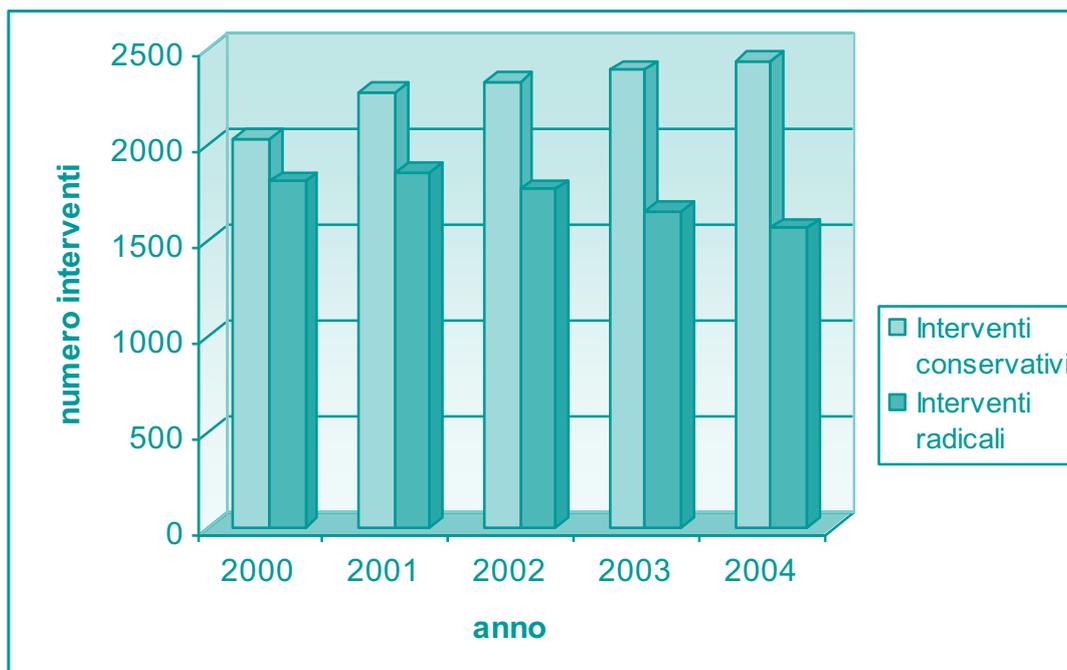


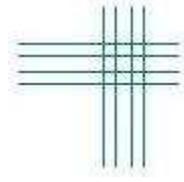
Nel periodo considerato si è registrato un notevole incremento nel numero di interventi dal 2000 al 2001, ed una lieve diminuzione negli anni successivi. Si è registrato un progressivo calo degli interventi demolitivi (-14%) ed un parallelo aumento della chirurgia conservativa (+20). La percentuale di interventi conservativi sul totale è cresciuta dal 53% nel 2000 al 61% nel 2004.

Tasso di ospedalizzazione per neoplasia mammaria (per 1000 donne residenti al 1 gennaio 2002) per classi di età



Andamento dei ricoveri con chirurgia conservativa e radicale (residenti nel Veneto, periodo 2000-2004)

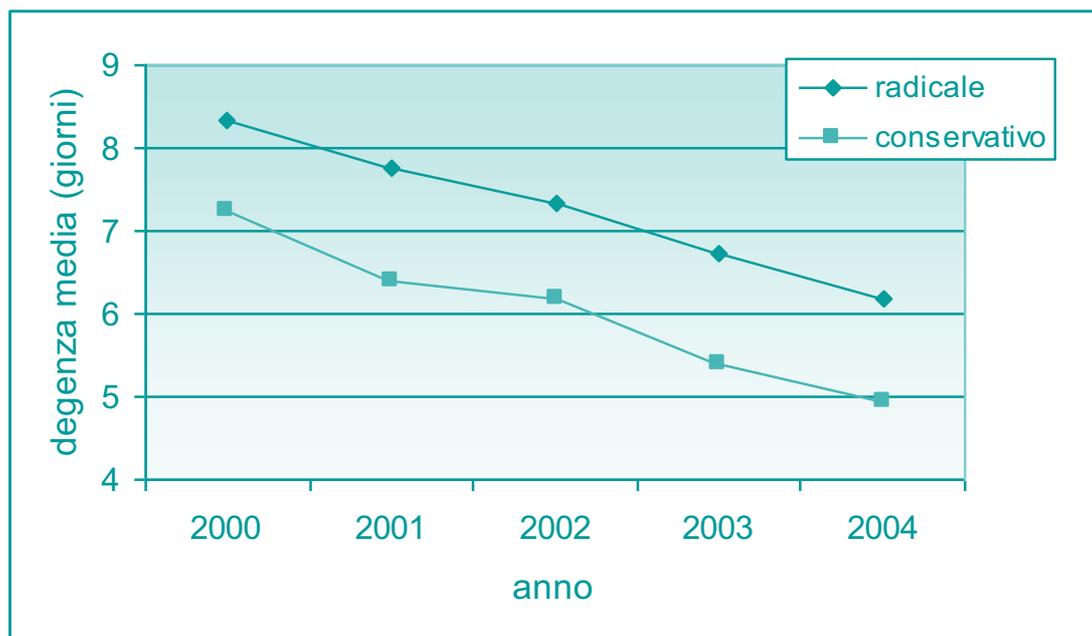




La percentuale di interventi conservativi diminuisce drasticamente sopra i 70 anni. Al crescere dell'età, aumenta anche la degenza media dei ricoveri chirurgici; all'interno di ciascuna classe di età, la degenza media è sempre superiore in caso di intervento radicale che di intervento conservativo.

La durata della degenza diminuisce progressivamente negli anni considerati sia nei ricoveri con intervento conservativo che in quelli con intervento radicale.

Andamento nel quinquennio 2000-2004 della degenza media dei ricoveri con intervento radicale e conservativo (solo ricoveri ordinari)

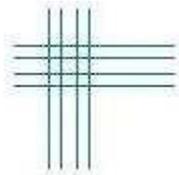


Il numero di ricoveri fuori regione è sceso da 906 nel 2000 (6.8% del totale), a 681 nel 2002 (5.3%), per risalire poi leggermente a 719 nel 2004 (6.0%), non discostandosi comunque dal livello di mobilità passiva osservata sul totale dei ricoveri (circa il 5%).

In particolare, la mobilità extraregionale è rivolta nella maggior parte dei casi verso il Friuli Venezia Giulia. Per quanto riguarda invece la mobilità attiva (ricoveri in strutture regionali di pazienti non residenti nel Veneto), non inclusa in queste prime analisi, le schede di dimissione ospedaliera con diagnosi 174 sono passate da 446 nel 2000 a 493 nel 2002, per poi scendere a 351 nel 2004.

Per quanto riguarda la mobilità intraregionale, il 29% dei ricoveri di donne residenti nel Veneto con diagnosi di neoplasia mammaria avviene in un'Azienda ULSS differente da quella di residenza. Considerando solo i ricoveri con gli interventi chirurgici selezionati, la mobilità intraregionale risulta essere più contenuta (23%), ed è spiegata per circa la metà da ricoveri nelle Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona di residenti delle ULSS vicine.

I 63920 ricoveri analizzati sono relativi a 27555 persone (in media 2.32 ricoveri per paziente nel periodo 2000-2004). Nel totale, le pazienti che hanno ricevuto un trattamento chemioterapico o radioterapico in regime di ricovero sono state rispettivamente 7702 (28.0%) e 805 (2.9%). Delle pazienti ospedalizzate nel quinquennio per neoplasia mammaria, 18591



(67.5%) avevano almeno un ricovero con intervento chirurgico: 17073 donne (91.8%) hanno avuto un singolo ricovero con segnalazione di intervento, mentre 1518 (8.2%) sono state ricoverate per chirurgia due o più volte.

7128 donne (25.9%) avevano almeno un ricovero con codice di patologia diffusa (codici 196, 197, 198): nell'arco del periodo considerato le pazienti con patologia diffusa hanno giustificato il 45.6% dei ricoveri per tumore maligno della mammella; più di un quarto delle donne con patologia diffusa è deceduto durante uno di questi ricoveri.

Numero medio di ricoveri con codice ICD9-CM 174 e corrispondenti decessi intraospedalieri nelle pazienti con neoplasia mammaria localizzata o diffusa

Neoplasia	Numero donne	Percentuale	Numero medio ricoveri	Decessi in ospedale	Percentuale
Localizzata	20.427	74.1%	1.7	547	2.7%
Diffusa	7.128	25.9%	4.1	2.032	28.5%
Totale	27.555	100%	2.3	2.579	9.4%

L'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera consente dunque di ricavare una considerevole mole di informazioni sul carico e la tipologia dell'assistenza alle pazienti con carcinoma mammario.

L'integrazione con altri fonti informative che si stanno rendendo disponibili (come il flusso della specialistica ambulatoriale) consentirà in futuro di tratteggiare un quadro più completo della situazione regionale (ad esempio per quanto riguarda le prestazioni di radioterapia).

Gli effetti delle condizioni climatiche avverse sulla salute

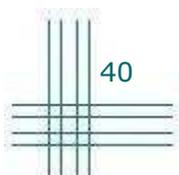
Il monitoraggio nella Regione del Veneto nell'estate 2005

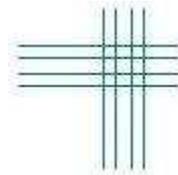
L'estate del 2003 ha presentato nel continente europeo condizioni climatiche caratterizzate da temperature e livelli di umidità particolarmente elevati, con importanti ricadute sullo stato di salute della popolazione, particolarmente su quella anziana.

Il rilievo mediatico dato al fenomeno è stato enorme, tale da ingenerare nella pubblica opinione, anche negli anni successivi, reazioni di allarmismo talvolta esagerato. Questa situazione ha indotto il bisogno di dare risposte tempestive e sufficientemente accurate in termini di monitoraggio a supporto di interventi di sanità pubblica.

A partire dal 2003 la Regione del Veneto, attraverso il Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico (CRRC - SER), ha attivato un monitoraggio degli effetti sulle condizioni di salute delle ondate di calore.

Esso si è basato sull'analisi degli accessi in pronto soccorso, dei ricoveri ospedalieri e dei decessi nei comuni capoluogo di provincia (per il 2003) e nei comuni con popolazione superiore ai 25.000 abitanti (anni 2004 e 2005), correlati con i dati quotidiani di temperatura ed umidità resi disponibili dall'ARPAV.





Per tali dati è stato necessario creare dei flussi informativi ad hoc per garantire una adeguata tempestività del ritorno informativo.

Nel 2005 la Regione del Veneto ha continuato le attività di monitoraggio già sperimentate negli anni precedenti ed è stato gestito per la prima volta un flusso straordinario delle schede di morte per i mesi di luglio ed agosto 2005. Di seguito si riassumono i risultati principali dell'attività svolta.

I dati climatici

L'ARPAV ha analizzato i dati climatici rilevati nei capoluoghi di provincia del Veneto nel periodo estivo. Da questi dati è stato calcolato l'**humidex** massimo, un indicatore ottenuto dai valori di temperatura e di umidità. Come parametro di riferimento si può considerare la seguente scala di disagio ambientale:

- humidex fino a 27: clima confortevole, nessun disagio;
- humidex fra 27 e 30: lieve disagio ambientale;
- humidex tra 30 e 40: disagio ambientale moderato-elevato;
- humidex fra 40 e 55: condizioni climatiche pericolose;
- humidex maggiore di 55: condizioni climatiche estremamente pericolose.

Numero di giorni per livello di humidex nei periodi luglio-agosto 2005 e 2003.

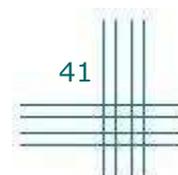
humidex massimo	2005	2003
<30	17	1
30-35	26	11
35-40	16	28
>40	3	22

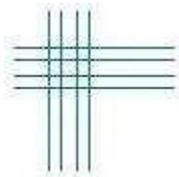
Complessivamente quindi, solo in tre giorni si è verificato un humidex massimo (considerato come media dei capoluoghi di provincia) superiore a 40 ed in 16 giorni l'humidex è stato tra 35 e 40. La differenza rispetto al 2003 in termini di minor disagio climatico-ambientale è evidente dalla semplice osservazione della tabella. I giorni del 2005 in cui l'Humidex complessivo regionale è stato superiore a 40 sono stati 3 giorni consecutivi (dal 28 al 30 luglio).

Il flusso informativo delle schede di morte

Il flusso informativo è stato istituito dalla Regione del Veneto per la prima volta nel 2005. La gestione è stata affidata al Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico.

Il Centro Regionale di Riferimento ha dato indicazione alle Aziende ULSS di inviare con cadenza quindicinale copia cartacea delle schede di morte dei deceduti in Azienda o dei propri residenti deceduti fuori Azienda ULSS nei periodi interessati.





Il Centro Regionale di Riferimento ha curato l'archiviazione, la codifica e l'informatizzazione delle schede di morte, oltre agli aspetti relativi all'analisi dei dati (controlli di qualità e reportistica).

La tempistica è stata sostanzialmente rispettata da tutte le Aziende ULSS e la completezza e la qualità dell'archivio sono risultate più che sufficienti per gli obiettivi dello studio.

Nei due mesi considerati sono stati registrati circa 6.000 decessi, il 15% circa in soggetti con età inferiore a 65 anni, il 20% in soggetti con età tra 65 e 74 anni e il restante 65% in soggetti ultrasettantaquattrenni. Per valutare l'associazione fra le condizioni climatiche e la mortalità si è considerato il numero medio di decessi giornalieri per livelli di humidex e per classi di età.

Numero medio di decessi giornalieri per fasce di età e livelli di humidex nella Regione del Veneto (luglio-agosto 2005)

humidex	<30	30-35	35-40	>40
Fino a 64 anni	12.5	12	13.6	14.7
65-74 anni	15.5	15.8	14.2	13
75 anni e oltre	59.2	62	64.1	77,1

Mentre per le età fino a 74 anni non pare esservi relazione tra condizioni climatiche e numero di decessi, per i soggetti anziani (oltre i 74 anni) nelle giornate in cui i livelli di humidex sono stati particolarmente elevati (>40) si è assistito ad un aumento nel numero di decessi, pari a circa il 30% rispetto ai giorni con condizioni climatiche più favorevoli (humidex < 35).

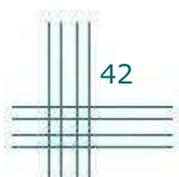
L'utilizzo dell'humidex giornaliero come livello di esposizione a condizioni climatiche avverse può non essere sufficientemente informativo sugli effetti di esposizioni prolungate a condizioni climatiche avverse. L'utilizzo di altri indicatori climatici (media di 3 giorni) non modifica la sostanza dell'analisi, anche perché i giorni fra loro vicini tendono ad avere condizioni climatiche simili (per esempio nel 2005 i tre giorni in cui l'humidex ha superato il livello di 40 sono tre giorni consecutivi). I dati sopraesposti confermano come livelli particolarmente elevati di calore ed umidità impattano sulla mortalità nella popolazione anziana.

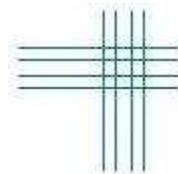
Il flusso informativo comunale della comunicazione dei decessi

Il flusso informativo è stato attivato dalla Regione del Veneto a partire dall'anno 2003. Ai Comuni capoluogo di provincia della Regione del Veneto viene chiesto di comunicare con cadenza quindicinale il numero di residenti, distinti per fasce di età, deceduti quotidianamente in città tra il 1 giugno ed il 31 agosto. A partire dal 2004 questa rilevazione è stata estesa anche agli altri comuni della Regione con una popolazione superiore a 25.000 abitanti (altri 13 Comuni).

Comuni capoluogo di Provincia

In base alla popolazione residente sono stati distinti i comuni con più di 200.000 abitanti (Venezia, Verona, Padova) e con meno di 200.000 abitanti (Vicenza, Treviso, Rovigo, Belluno).





Il numero di decessi durante l'estate 2005 è risultato pari a 2.176, in calo del 3.2% rispetto all'estate 2004, e del 15% rispetto all'estate 2003, periodo in cui si erano verificate condizioni climatiche estreme.

La diminuzione della mortalità nel 2005 rispetto al 2004 e soprattutto al 2003 si osserva sia nei comuni sopra i 200.000 che nei comuni sotto i 200.000 abitanti. Nello specifico si sono osservati 319 decessi in meno nella classe di età più avanzata nel 2005 rispetto al 2003.

Decessi nel periodo estivo, per popolazione del comune capoluogo

Comuni	Decessi			Differenza percentuale	Differenza percentuale
	2003	2004	2005	2005-2004	2005-2003
< 200000 abitanti	669	586	572	-2.4%	-14.5%
> 200000 abitanti	1.890	1.661	1.604	-3.4%	-15.1%
Tutti i Comuni	2.559	2.247	2.176	-3.2%	-15.0%

Decessi nel periodo estivo nei comuni capoluogo di provincia, per classi di età

Classi di età	Decessi			Differenza	Differenza
	2003	2004	2005	2005-2004	2005-2003
<=64	330	287	302	5.2%	-8.5%
65-74	391	396	355	-10.4%	-9.2%
>=75	1.838	1.564	1.519	-2.9%	-17.4%

Altri Comuni con popolazione superiore a 25.000 abitanti

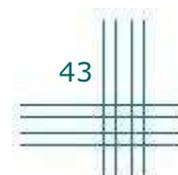
I comuni di Bassano del Grappa, Castelfranco Veneto, Chioggia, Conegliano, Mira, Mirano, Mogliano Veneto, Montebelluna, San Donà di Piave, Schio, Valdagno, Villafranca di Verona e Vittorio Veneto hanno comunicato il numero giornaliero di residenti deceduti sia in città che fuori comune tra il 1 giugno ed il 31 agosto 2005.

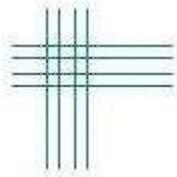
Si sono verificati 859 decessi (299 in giugno, 273 in luglio e 287 in agosto). Anche in questi Comuni si riscontra un calo della mortalità rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, in cui si erano verificati 919 decessi (-6.5%).

Particolarità: il flusso informativo degli accessi in Pronto Soccorso

Le Aziende ULSS hanno fornito i dati relativi agli accessi giornalieri al Pronto Soccorso tra il 1 giugno ed il 31 agosto 2005. I dati sono stati richiesti disaggregati per genere e classe di età. Si tratta di una prima attivazione suscettibile di miglioramento. Tuttavia, alcune brevi considerazioni sono possibili.

Nel periodo considerato sono stati registrati complessivamente 349.833 accessi (55% uomini e 45% donne); il 56% riguarda soggetti con meno di 45 anni, il 13% soggetti con età uguale o superiore ai 75 anni.



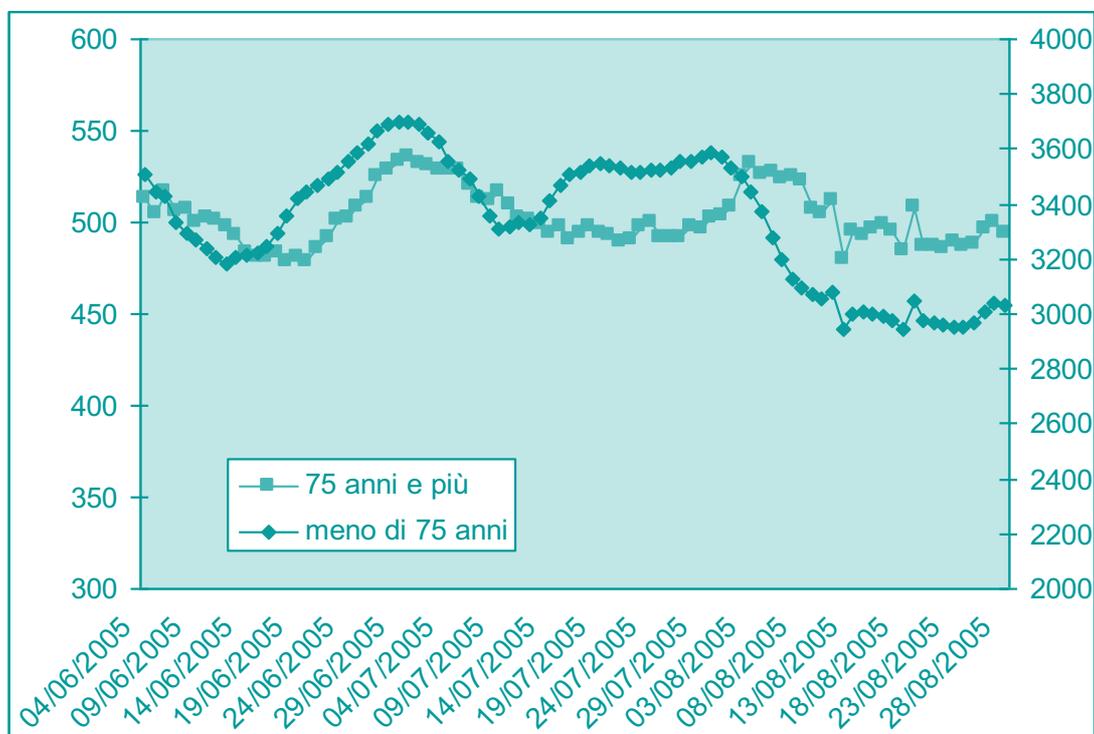


Nel totale della popolazione, vi è stato un picco di accessi nella settimana dal 27 giugno al 3 luglio, una sostanziale stabilità nel mese di luglio, ed un considerevole calo che ha interessato tutto il mese di agosto, particolarmente marcato tra i soggetti con meno di 75 anni.

Tale pattern potrebbe essere legato all'andamento delle attività produttive nei mesi di giugno e luglio, ed al successivo calo dei residenti più giovani presenti in Regione nel corso del mese successivo, a causa delle ferie.

Tra i soggetti con almeno 75 anni, vi è un secondo picco nel ricorso ai servizi di Pronto Soccorso durante la settimana dall'1 al 7 agosto; nel complesso il numero di accessi si mantiene elevato per tutto il mese di agosto.

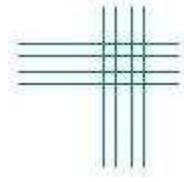
**Andamento degli accessi ai Pronto Soccorso (media mobile* di 7 giorni)
separatamente nei soggetti con meno o più di 75 anni di età**



* La **media mobile** una tecnica matematica finalizzata a rendere equilibrate le fluttuazioni incluse nei dati per rappresentare più chiaramente uno schema o una tendenza. Il suo scopo non è quello di anticipare fenomeni o di prevederne le evoluzioni future, ma di seguirli passo passo nei loro movimenti. Come suggerisce il termine *media*, si tratta di una media di una determinata quantità di dati (solitamente vengono considerati quelli di chiusura, ma ovviamente possono essere utilizzati anche quelli di massimo, minimo, piuttosto che apertura). Si dice "mobile" perché il numero degli elementi considerati è fisso, ma l'intervallo di tempo avanza. I vecchi dati devono essere rimossi quando vengono aggiunti nuovi dati, questo fa sì che la media si muova in progressione con l'andamento del fenomeno oggetto di analisi. In un grafico, una media mobile è utile per smussare le oscillazioni dei dati in modo che la tendenza sia mostrata più chiaramente.

Considerazioni

Le attività di monitoraggio degli effetti di condizioni climatiche estreme sullo stato di salute della popolazione nella nostra Regione hanno coinvolto diversi interlocutori e, grazie al fattivo contributo dei vari protagonisti, si sono dimostrate sostenibili, attendibili e con un adeguato grado di tempestività, ovviamente differenziato per le diverse attività.

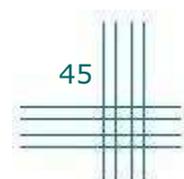


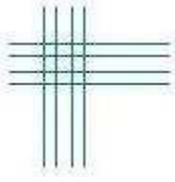
L'estate del 2005 non ha presentato livelli anomali di temperatura ed umidità, non si sono osservate le ondate di calore registrate nel 2003. Pur tuttavia dall'analisi dei dati si conferma anche nel 2005, nei soggetti anziani, una associazione fra condizioni climatiche estreme e mortalità.

Il monitoraggio della mortalità dai dati trasmessi dai comuni con popolazione superiore a 25000 abitanti consente il confronto diretto con gli anni precedenti ed è evidente come nel 2005 il numero di decessi segnalati sia inferiore rispetto sia al 2004 sia al 2003 (limitatamente ai capoluoghi di provincia).

L'analisi degli accessi al Pronto Soccorso mostra un andamento non correlabile con le condizioni climatiche, ma che sembra seguire dinamiche di altro tipo.

In conclusione il 2005 è stato un anno in cui non vi sono particolari rilievi riguardo agli effetti del clima sulla salute. L'esperienza vissuta nel 2003 in ogni caso rende indispensabile proseguire e potenziare le attività di monitoraggio degli effetti delle condizioni climatiche sulla salute, al fine di supportare adeguatamente le politiche di sanità pubblica di settore.





1.2 Particolari profili di intervento: il diabete mellito

Descrizione dei fenomeni

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo. Esistono due forme principali di diabete:

- **Diabete di tipo 1** (insulino-dipendente): è quello in cui il pancreas non produce insulina in quantità sufficiente. Questa forma si sviluppa più facilmente nei bambini e negli adolescenti, anche se la sua prevalenza è in aumento in persone di età più avanzata.
- **Diabete di tipo 2** (non insulino-dipendente): è determinato dall'incapacità delle cellule dei tessuti del corpo a rispondere in modo adeguato all'azione dell'insulina prodotta dal pancreas. Il diabete di tipo 2 è molto più frequente e rappresenta circa il 90 per cento dei casi in Italia come pure nel resto del mondo. Normalmente si manifesta negli adulti, ma negli ultimi anni si è notato un aumento della prevalenza anche negli adolescenti.

In entrambi i casi il risultato è un aumento della concentrazione di zucchero nel sangue (iperglicemia) che, se non curata, può portare allo sviluppo di complicanze a diversi organi ed apparati.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'ultima stima del numero di malati di diabete nel mondo è di circa 177 milioni di persone. La prevalenza di questa malattia è però in continuo aumento e l'OMS prevede che entro il 2025 il numero dei diabetici potrebbe raddoppiare.

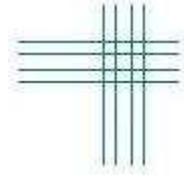
In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia di circa il 3,5%, con valori più alti all'aumentare dell'età; nelle persone con più di 65 anni la prevalenza del diabete di tipo 2 è circa il 12%. Sulla base di questi calcoli, si può stimare che in Italia ci siano circa 2 milioni di diabetici.

A causa della dimensione del problema, insieme all'evidenza che un attento monitoraggio ed efficaci trattamenti precoci possono migliorare la salute delle persone con diabete, il Ministro della Salute ha inserito il diabete tra le quattro priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi per una prevenzione attiva, attuando un accordo con le Regioni per la pratica di un Piano di lungo termine basato su quattro obiettivi, di cui uno è proprio la prevenzione delle complicanze del diabete (Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004 – Il disegno strategico della sanità futura).

Recentemente si sono realizzati importanti progressi per il trattamento del diabete e la prevenzione delle sue complicanze. Il contemporaneo controllo del diabete e di altri determinanti di salute come l'ipertensione, il colesterolo, l'eccesso di peso, l'attività fisica ed il fumo possono produrre un notevole decremento delle complicanze associate alla patologia ed aumentare la sopravvivenza in termini di anni di vita guadagnati e di anni vissuti in buona salute.

In tal senso esistono diverse linee guida che propongono una serie di misure volte a prevenire le complicanze ed individuarne precocemente l'insorgenza in modo da intraprendere appropriati interventi di prevenzione.

Nonostante l'importanza del problema, le informazioni disponibili sulla qualità e la completezza delle cure del diabete sono incomplete. I diversi studi realizzati in Italia su queste tematiche sono stati generalmente limitati ai pazienti che frequentano i centri anti-diabetici, o ai medici di famiglia, oppure hanno analizzato aree geografiche limitate. Inoltre, l'informazione sulla qualità



e le modalità dell'assistenza è stata raccolta prevalentemente dal punto di vista dei servizi, e non a partire dai pazienti. Per superare tali criticità è stato attivato lo Studio Quadri.

Lo **Studio Quadri** (Qualità dell'assistenza alle persone diabetiche nelle Regioni italiane) è uno studio epidemiologico realizzato da quasi tutte le regioni italiane con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità per evidenziare non solo la qualità dell'assistenza alle persone con diabete, percepita dal punto di vista del malato, ma anche la qualità e regolarità del follow-up clinico e biologico di queste persone e, infine, l'adeguatezza delle informazioni che vengono proposte per migliorare la qualità di vita ed evitare le complicazioni più frequenti. Presentato negli ultimi mesi del 2003, lo studio si è realizzato nel 2004.

Lo studio si propone di fornire un quadro nazionale della qualità e delle modalità dell'assistenza dal punto di vista del malato, in un campione di popolazione fra i 18 e i 65 anni che abbia avuto l'esenzione dal ticket per diabete. La scelta delle classi di età su cui concentrare lo studio dipende dal fatto che è proprio in questa fascia di età che una prevenzione precoce ed il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante.

È utile ricordare, tuttavia, che la popolazione inclusa nello studio non è rappresentativa di tutta la popolazione dei diabetici in ciascuna Regione, se si considera che approssimativamente il 45% della popolazione diabetica si trova nella fascia d'età oltre i 65 anni. Attenzione, quindi, deve essere posta nel generalizzare i risultati all'intera popolazione diabetica, specialmente per quanto attiene alle complicanze e ai ricoveri che aumentano con l'aumentare dell'età.

Obiettivi

A livello regionale e nazionale gli obiettivi specifici dello studio sono:

Descrivere (dal punto di vista dei pazienti):

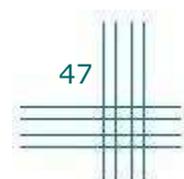
- Le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti;
- Le caratteristiche cliniche della malattia, inclusa la frequenza delle complicanze;
- L'aderenza delle pratiche cliniche e di laboratorio alle linee guida in uso in Italia;
- I modelli più frequenti di assistenza ai diabetici e le attività e la frequenza di follow-up clinici;
- Le conoscenze ed i comportamenti dei diabetici riguardo gli stili di vita e le cure adottate;
- La percezione della qualità dell'assistenza erogata dai servizi sanitari e le conoscenze dei diabetici riguardo ai propri diritti.

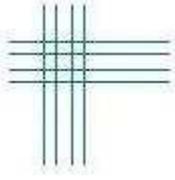
Stimare:

- La prevalenza degli eventuali fattori di rischio per le complicanze;
- La prevalenza delle complicanze;
- Tipo e frequenza delle attività di follow-up clinico;
- Tipo e frequenza dei comportamenti e delle terapie adottate per curare il diabete.

Metodi

Si tratta di uno studio trasversale, ovvero un tipo di disegno di studio, detto anche di prevalenza, in cui una popolazione definita viene esaminata in un preciso istante al fine di





determinare la presenza di una malattia, l'esposizione a un particolare fattore o anche la presenza di qualsiasi altra condizione. Lo studio trasversale può essere considerato una fotografia istantanea del gruppo di persone esaminate e non richiede che i soggetti vengano seguiti nel tempo (né retrospettivamente né prospetticamente).

La prevalenza è la proporzione di persone facenti parte di una popolazione definita che, in un momento determinato risultano affette da una certa malattia (nel nostro caso il diabete) o sulle quali è possibile rilevare un certo parametro (per esempio l'ipercolesterolemia). Il tasso di prevalenza può essere studiato con riferimento a periodi temporali diversi: giorni, settimane, mesi, anni. Infine, per prevalenza nella vita si intende la proporzione di persone che, nell'intero corso della loro vita, hanno presentato in un qualche momento il disturbo, il fenomeno o il valore preso in esame. La prevalenza è una misura di frequenza adatta per lo studio di fenomeni patologici tendenzialmente cronici o protratti mentre è inadatta per lo studio di fenomeni patologici acuti.

Lo studio, promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato condotto in tutte le Regioni italiane. La popolazione in studio è costituita dalle persone con diabete rilevate dalle liste distrettuali di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) in età compresa fra 18 e 64 anni.

Per le Regioni più piccole e le Province il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di esenzione ticket centralizzate. In queste Regioni sono stati selezionati 100 individui insieme ad altri 100 come eventuali sostituti.

Per le Regioni più grandi (tra cui il Veneto) si è optato per il *cluster survey design*, che costituisce il metodo di scelta per la realizzazione di indagini trasversali efficienti e a basso costo. Ai fini dello studio sono stati selezionati 30 distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla loro popolazione. I distretti sono stati selezionati con metodo random tra tutti i distretti della Regione Veneto (in totale 53) dopo aver pesato ogni distretto per la popolazione residente.

In ogni distretto selezionato, il campione di persone da intervistare è stato estratto dagli elenchi dei diabetici con esenzione ticket presenti negli elenchi degli esenti ticket centralizzati a livello distrettuale. All'interno di ogni distretto campionato, venivano selezionati con metodo casuale semplice 7 soggetti da intervistare (e 7 eventuali sostituti), per un totale di 210 soggetti.

A tutti i soggetti è stato somministrato un questionario standardizzato e precedentemente validato con uno studio pilota. Le interviste sono state eseguite da assistenti sanitari, infermieri o altri operatori sanitari dei Distretti Socio-Sanitari.

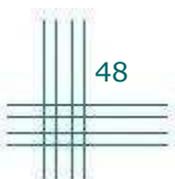
La metodologia dello studio e le dimensioni del campione non consentono di eseguire analisi a livello di singola Azienda ULSS.

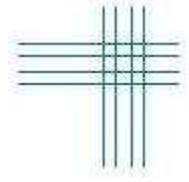
Risultati

Il campione selezionato nel Veneto presenta una netta prevalenza del sesso maschile, superiore rispetto a quanto riscontrato a livello nazionale (rapporto maschi/femmine = 2/1 nel Veneto e 1.4/1 in Italia.)

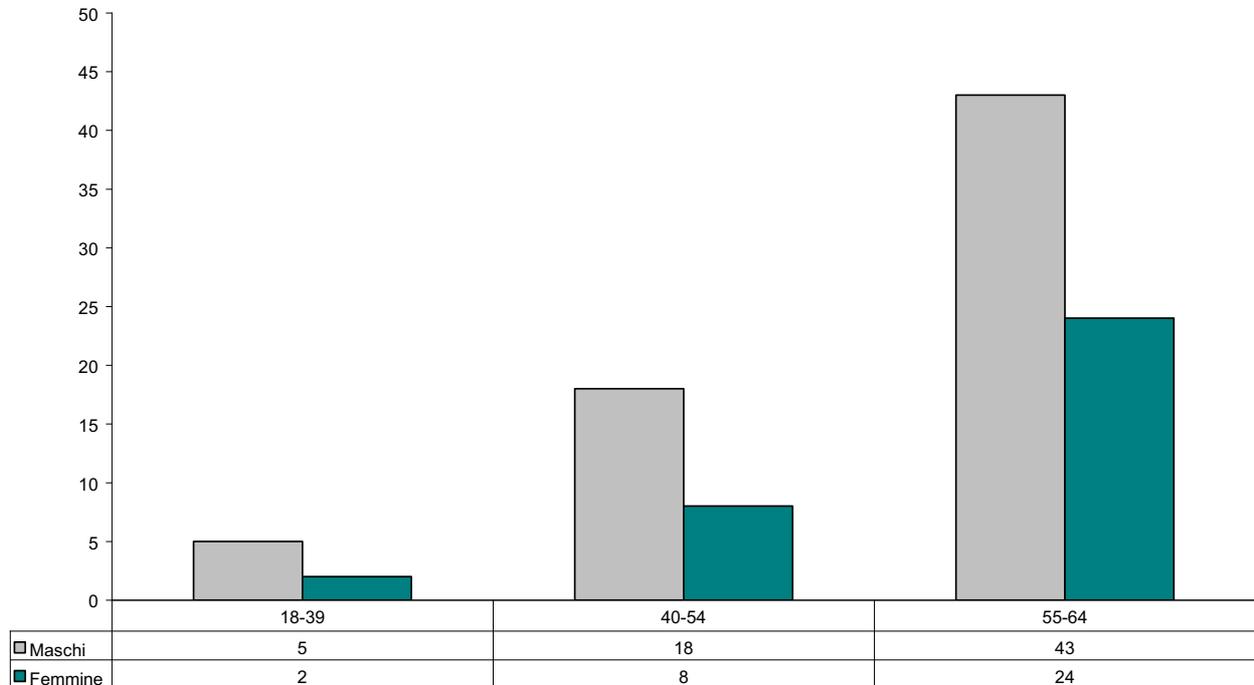
Il 7% appartiene alla fascia di età 18 – 39 anni, il 26% alla fascia 40 – 54 anni ed il 67% alla fascia di età compresa tra 55 – 64 anni.

A livello nazionale i valori corrispondenti sono dell'8% tra 18 e 39, del 31% tra 40 e 54 e del 61 % tra 55 e 64 anni.



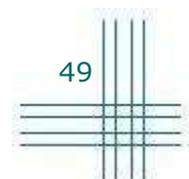
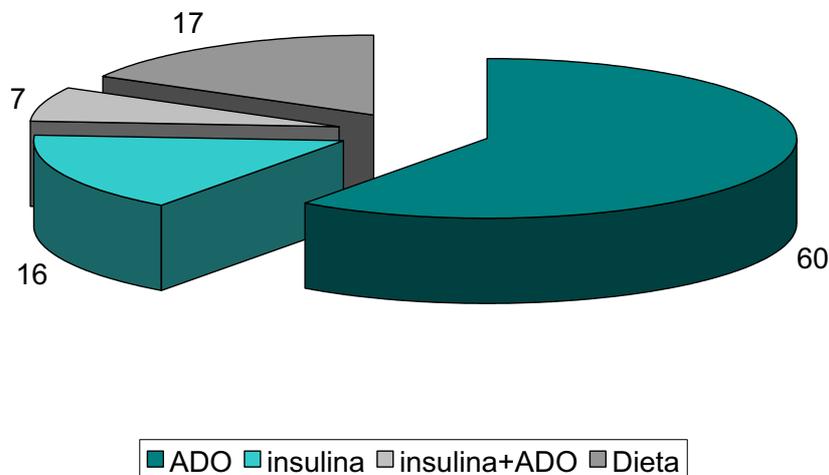


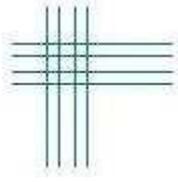
Distribuzione per fasce di età e sesso del campione della Regione del Veneto



Il 48% degli intervistati dichiara un grado di istruzione basso (nessuno/elementare), il 25% un grado di istruzione medio inferiore mentre il 27% un grado di istruzione superiore o la laurea. In Italia i dati corrispondenti sono 41%, 31% e 28%. Tra le persone con meno di 55 anni il 47% delle donne ed l'85% degli uomini sono occupati, mentre tra le persone da 55 a 64 anni il 18% delle donne ed il 26% degli uomini dichiarano di essere occupati.

Terapia ipoglicemizzante nel campione selezionato

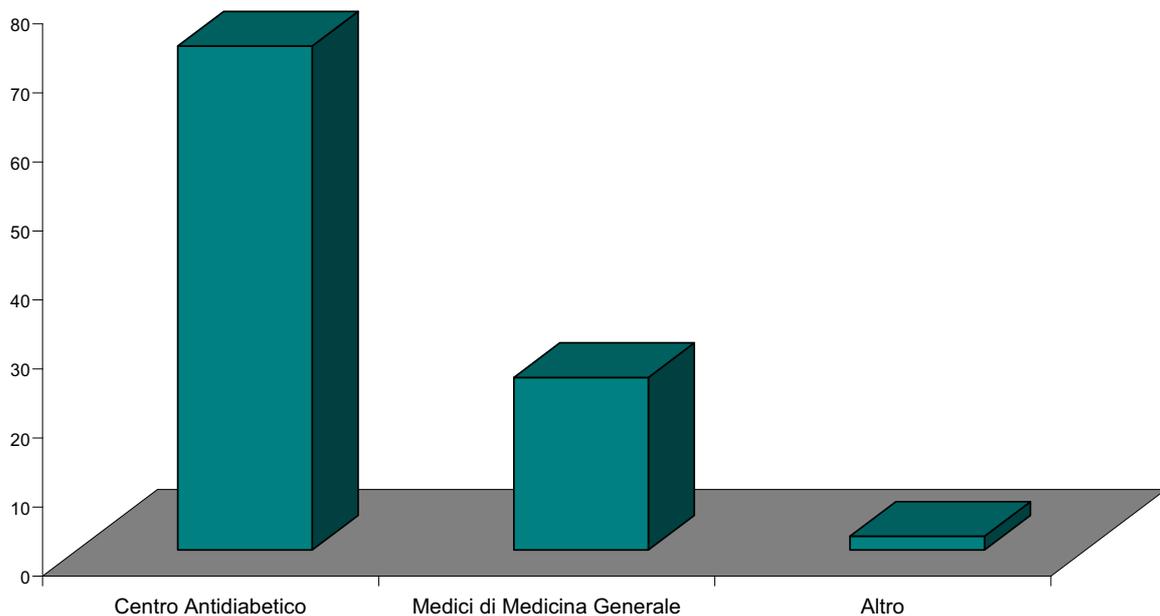




La durata media di malattia è 10.8 anni. Il 28% ha il diabete da meno di 5 anni, il 41% rientra nella fascia 5-14 anni e il 31% ha una durata di malattia maggiore o uguale a 15 anni. Il 60% dei soggetti è in trattamento con antidiabetici orali (ADO), il 16% in terapia insulinica, il 7% in terapia combinata (insulina e antidiabetici orali) e il 17%, in trattamento con sola dieta.

Il 73% degli intervistati indica il centro Antidiabetico come il principale erogatore di cure (in Italia il 64%).

Principale erogatore delle cure per il diabete



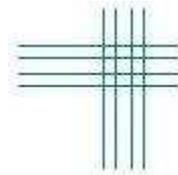
	Centro Antidiabetico	Medici di Medicina Generale	Altro
Principale erogatore delle cure per il diabete	73%	25%	2%

Ben l'87% degli intervistati riferisce almeno un altro fattore di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso od obesità, fumo).

Il 30% dei soggetti riferisce almeno una complicanza micro- o macrovascolare. (retinopatia nel 19% dei pazienti, cardiopatia ischemica nell'11%).

Informazioni e comportamenti dei pazienti diabetici

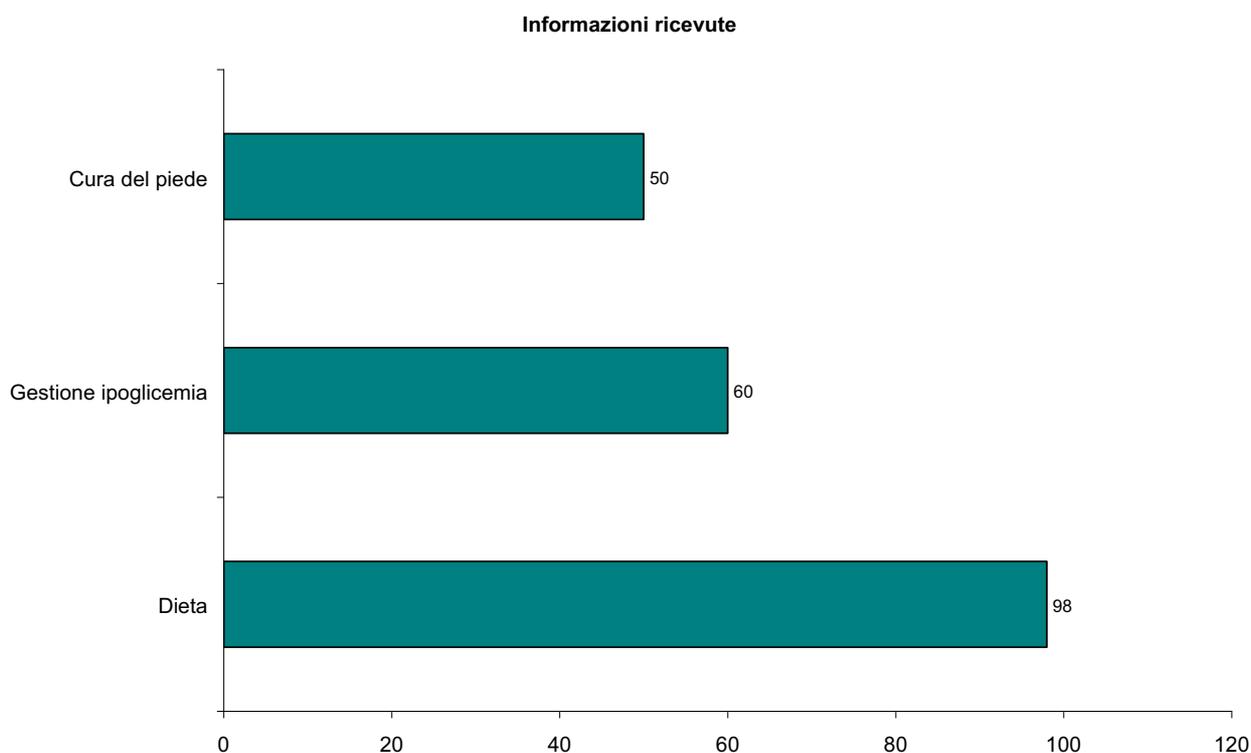
Alcune informazioni di base sono essenziali affinché il diabetico sia in grado di affrontare in modo adeguato le diverse problematiche legate alla sua condizione. Fra le informazioni più importanti vi sono quelle riguardanti la dieta. Infatti, sia nel diabete di tipo 1 che nel tipo 2, una dieta bilanciata rappresenta un momento decisivo nella gestione terapeutica globale del diabetico in quanto contribuisce a garantire un migliore controllo dei valori glicemici, a



mantenere un peso corporeo ideale, a controllare gli altri fattori di rischio cardio-vascolare. Quasi tutti i pazienti (98%) dichiarano di aver ricevuto informazioni sull'importanza di una dieta mirata al controllo del diabete, il 32% ha ricevuto una dieta scritta, e il 64% ha fatto ricorso a un dietologo o a un nutrizionista.

L'ipoglicemia è un'evenienza relativamente frequente e potenzialmente pericolosa nei pazienti in trattamento farmacologico. È fondamentale pertanto che i diabetici siano consapevoli di tale eventualità, la sappiano riconoscere e siano in grado di porvi rimedio efficacemente. Nel campione selezionato, il 60% dei diabetici trattati con farmaci dichiara di aver ricevuto informazioni su come gestire l'ipoglicemia. Tale quota sale al 93% tra coloro che assumono terapia insulinica.

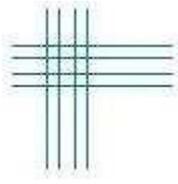
Il piede è un organo bersaglio di particolare rilievo nel diabetico. L'adozione regolare di piccoli accorgimenti nella pulizia dei piedi, nel tipo di calzature e nell'ispezione periodica dei piedi consente di ridurre il rischio di gravi alterazioni che possono portare in casi estremi a conseguenze drammatiche (amputazioni). Solo il 50% dei soggetti intervistati riferisce di aver ricevuto informazioni sulla cura del piede.



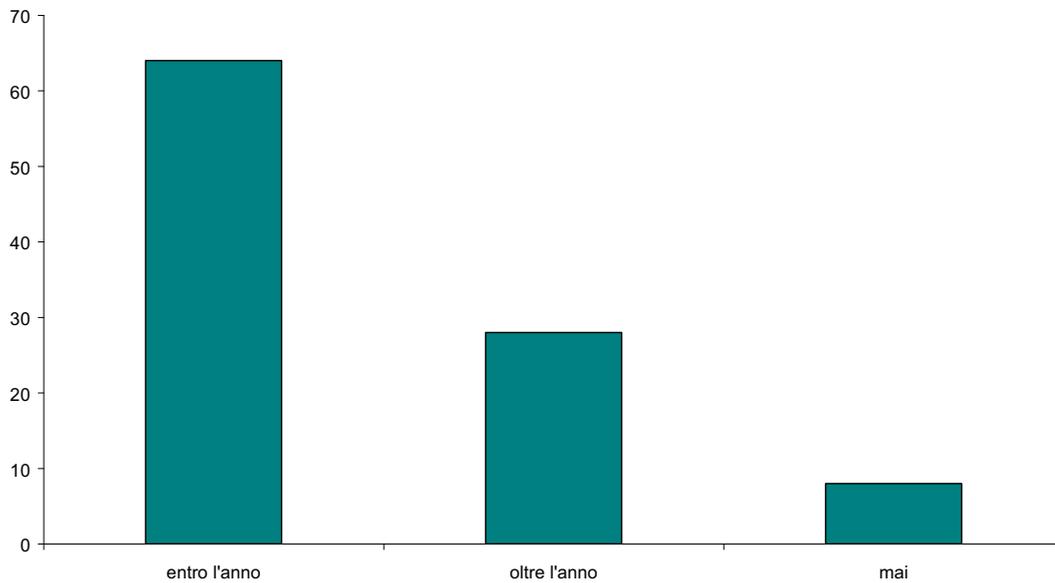
Aderenza alle linee guida

Esistono numerose linee guida sugli standard assistenziali per i diabetici. Lo studio Quadri ha indagato con domande apposite se i soggetti avevano eseguito i controlli consigliati, nei tempi indicati.

Per esempio, l'esame del fundus oculi è consigliato annualmente. Nel nostro campione il 64% riferisce tale controllo nell'ultimo anno, mentre il 28% lo riferisce più di un anno fa e l'8% riferisce di non aver mai eseguito l'esame del fondo degli occhi (tra coloro con una durata di malattia superiore all'anno).

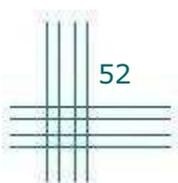
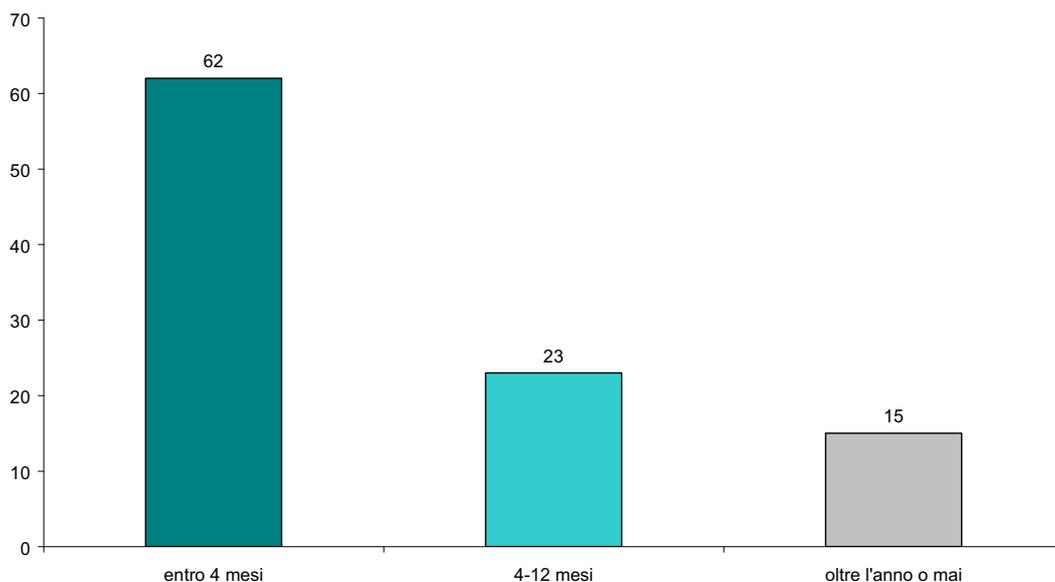


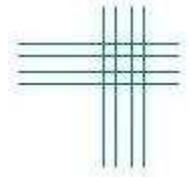
Esecuzione esami nei tempi previsti



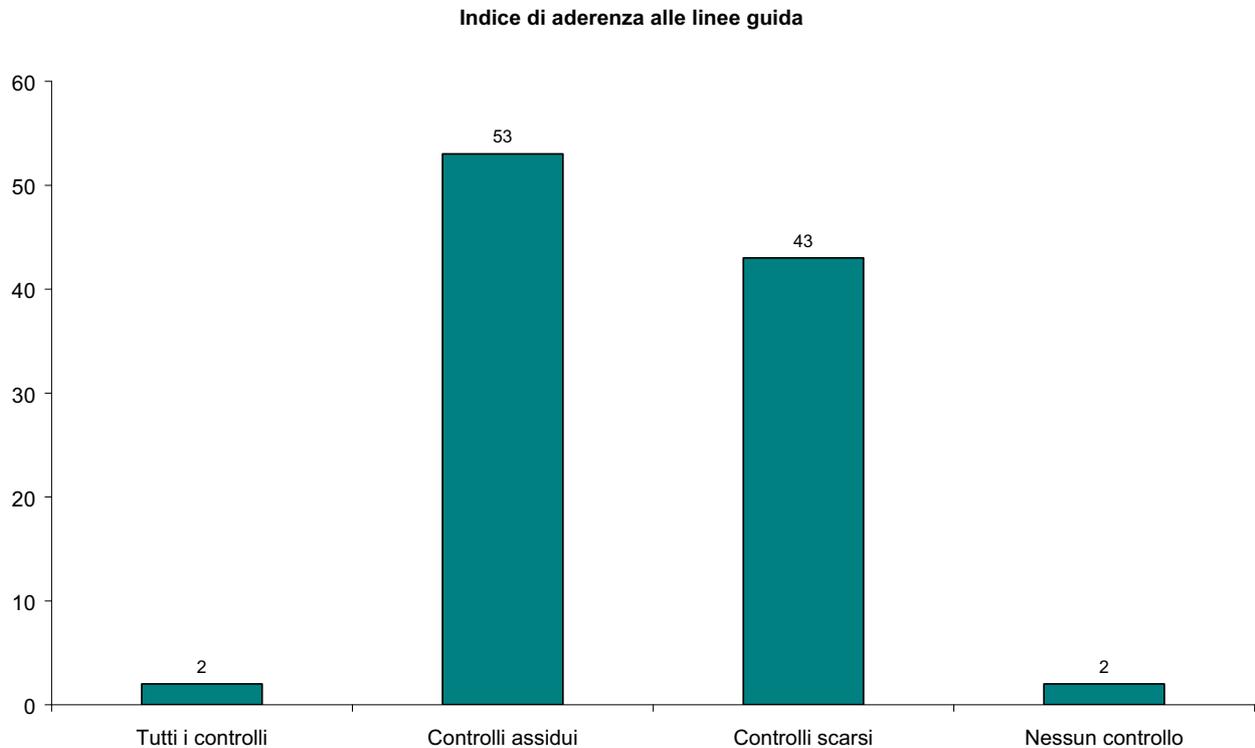
L'**emoglobina glicata** è un esame fondamentale per monitorare il controllo metabolico dei diabetici. Le linee-guida ne consigliano l'esecuzione 3-4 volte l'anno. Circa il 30% degli intervistati ha riferito di non conoscere questo esame (indicatore del grado di informazione dei pazienti). Tra coloro che conoscono l'esame, il 62% dei diabetici ha eseguito un controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 4 mesi, il 23% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 15% riferisce di aver fatto l'ultima volta questo controllo più di un anno fa o non ricorda.

Esecuzione dell'emoglobina glicata



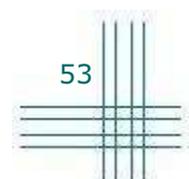
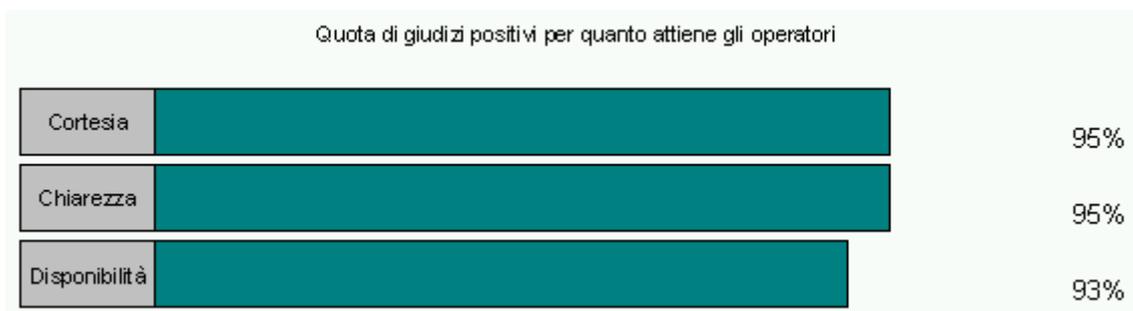


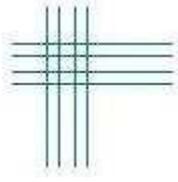
Sulla base dei principali controlli consigliati (emoglobina glicata, fundus oculi, assetto lipidico, controllo pressorio, ecc.) e sui tempi indicati per la loro esecuzione è possibile riassumere l'aderenza alle linee guida con un indice percentuale.



Qualità percepita

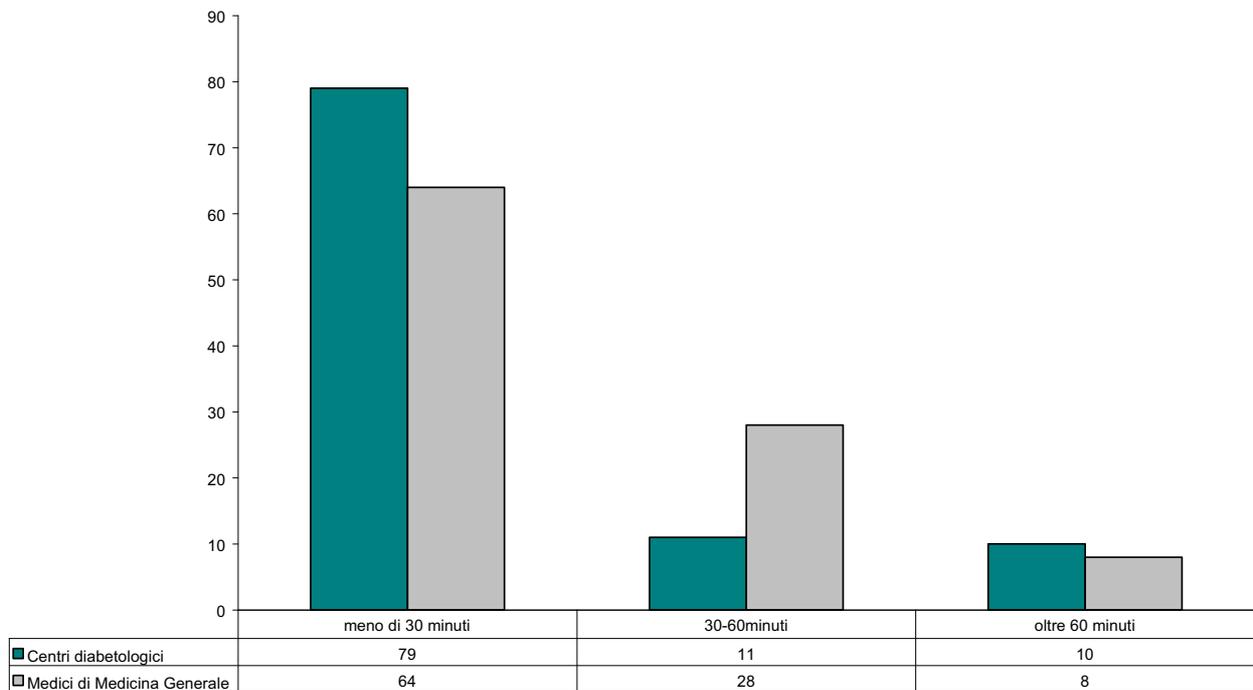
Ai soggetti intervistati è stato chiesto di esprimere un giudizio su vari aspetti dell'assistenza loro erogata (operatori, strutture, orari, organizzazione, ecc.). In particolare, per quanto concerne gli operatori, è stato chiesto di valutare la cortesia, la disponibilità e la chiarezza nelle esposizioni. Il dato che emerge è estremamente lusinghiero, visto che oltre il 90% dei soggetti dà un giudizio positivo (ottimo o buono), un dato superiore rispetto alla pur elevata media nazionale, senza distinzione fra gli erogatori dell'assistenza.





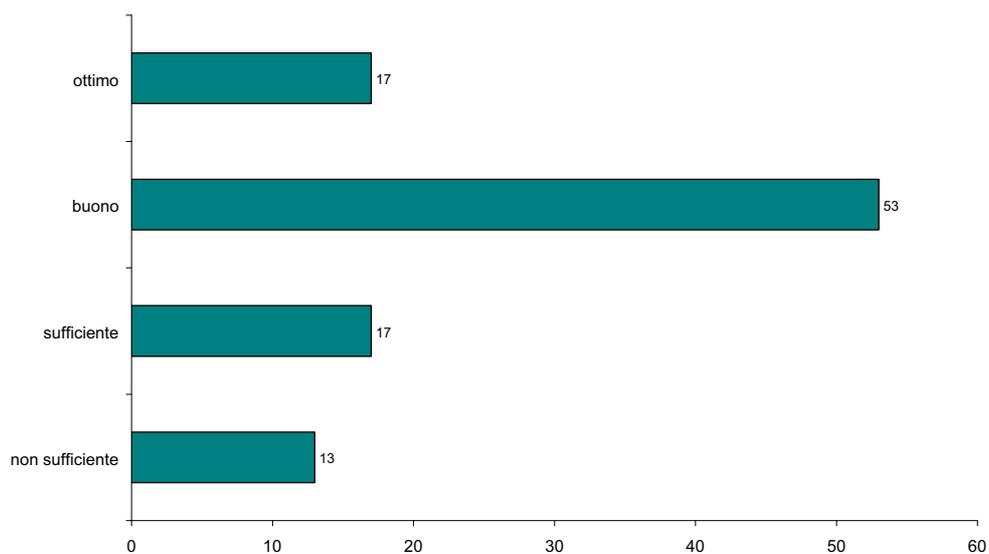
Pur nell'ambito di un giudizio complessivo positivo, l'aspetto più criticato da una parte degli intervistati è il grado di coordinazione tra i vari specialisti. La maggior parte dei Centri diabetologici opera su appuntamento (oltre 90%). Ciò si traduce in un basso tempo di attesa per la prestazione.

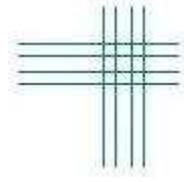
Tempi di inizio per la visita



Il giudizio su tutti gli aspetti dell'assistenza è complessivamente lusinghiero.

Giudizio complessivo sull'assistenza





Considerazioni

Per esigenze di sintesi si sono citati solo alcuni dei risultati emersi dallo studio Quadri. È opportuno porre l'accento su alcuni limiti dello studio. Innanzitutto il campione selezionato è rappresentativo degli esenti ticket per diabete, i quali non sono tutti i diabetici.

Infatti nel Veneto una quota importante di soggetti assume farmaci antidiabetici senza essere presente nelle liste degli esenti ticket. Per diversi ambiti indagati nello studio Quadri questi soggetti potrebbero fornire risposte differenti da quelle emerse dall'indagine.

Un altro limite è costituito dal fatto che le variabili cliniche prese in esame sono dichiarate dai pazienti e non vi è un confronto con una documentazione clinica. Pertanto tali informazioni sono soggette ad un certo grado di parzialità: per esempio per le complicanze non è possibile verificare la gravità.

Pur tuttavia alcuni punti sembrano emergere in modo piuttosto evidente. Innanzitutto appare chiaro come l'assistenza diabetologica specialistica nella nostra Regione sia particolarmente presente e capillare (ai primi posti a livello nazionale). Inoltre i soggetti con diabete percepiscono un servizio di buona qualità e si manifestano soddisfatti, sia se seguiti dai Medici di Medicina Generale, sia se afferenti principalmente al servizio specialistico. Tuttavia permangono degli ambiti suscettibili di un miglioramento anche significativo nel percorso assistenziale di questi pazienti.

In tal senso, molti indicatori di processo (che per la metodologia dello studio possono essere considerati affidabili) mostrano un valore lontano dallo standard, come pure appare evidente un certo grado di carenza nella consapevolezza della malattia diabetica da parte dei pazienti, con conseguente mancata adozione di comportamenti idonei.

Tutto ciò è particolarmente rilevante in una situazione come il diabete, in cui il paziente è chiamato ad essere il protagonista nel suo percorso di cura.

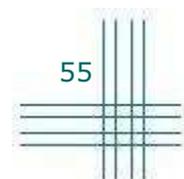
Appare pertanto opportuna una riflessione sulle strategie per un miglioramento assistenziale con il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, con la consapevolezza che in tal modo sarà possibile ottenere un migliore risultato di salute.

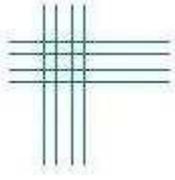
Sorveglianza epidemiologica del diabete mellito e delle sue complicanze maggiori

Come abbiamo visto, il diabete mellito rappresenta un grave problema di sanità pubblica per le società più sviluppate. Infatti i principali parametri epidemiologici sono coerenti nell'indicare un notevole aumento della popolazione diabetica, soprattutto per il diabete di tipo 2 (tanto che l'OMS parla di "epidemia" o "pandemia"), ma anche per il diabete di tipo 1. È noto che la malattia diabetica impatta fortemente sullo stato di salute della popolazione, in particolare per lo sviluppo di complicanze croniche, spesso invalidanti. Ciò ha evidentemente una diretta ricaduta sul ricorso ai Servizi Sanitari, sulle risorse necessarie e sui costi dell'assistenza.

È altresì noto che vi sono diverse possibilità efficaci di assistenza e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, basate su linee guida nazionali ed internazionali, erogabili a vari livelli di assistenza.

Tutto ciò costituisce una sfida nella definizione ed implementazione di un modello assistenziale che garantisca i migliori risultati in salute per la popolazione e nel contempo ottemperi al criterio fondamentale di efficienza in un regime a risorse limitate, non solo nello stato attuale ma anche nella prospettiva futura a breve-medio termine.





In tale prospettiva è evidente la rilevanza che assume un sistema di sorveglianza su scala regionale della malattia diabetica in termini di prevalenza, incidenza, mortalità, rischio e sviluppo di complicanze maggiori, monitoraggio dell'utilizzo delle risorse sanitarie, eventuale identificazione di elementi qualificanti dell'assistenza o al contrario di sospette aree critiche (da approfondire con indagini ad hoc).

In tal senso, la Regione del Veneto si era già impegnata con un "Progetto-Obiettivo" a migliorare la qualità dell'assistenza Diabetologica veneta (Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 5088 del 28/12/1998).

Il lavoro eseguito si è rivelato di estremo interesse per l'impostazione metodologica e per i risultati ottenuti. Infatti la definizione dei criteri di selezione degli eventi rappresenta un punto di partenza chiaro, riproducibile e monitorizzabile nel tempo. Anche gli indicatori di processo e di esito proposti hanno le stesse caratteristiche.

Esso però presenta dei limiti legati fondamentalmente all'utilizzo esclusivo dell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), e cioè:

- Visione solamente dell'aspetto "ospedaliero" (per quanto rilevante in termini di gravità e costi) della patologia diabetica;
- Possibile sottostima del reale impatto del diabete sul carico ospedaliero (in caso di mancata segnalazione nella SDO);
- Non sufficiente segnalazione di comorbidità (per esempio ipertensione);
- Impossibilità di stimare con accuratezza la mortalità.

Per superare tali limiti è stato attivato dalla Regione del Veneto il progetto **P.RE.VE.DI.** (PROGETTO REGIONALE VENETO DIABETE) che si propone di sperimentare/istituire un sistema di monitoraggio su scala regionale per il diabete mellito e le sue complicanze che abbia i requisiti fondamentali dei sistemi di sorveglianza, ovvero:

- Sufficiente accuratezza;
- Ampia copertura;
- Ritorno informativo tempestivo e periodico;
- Sostenibilità dei costi;

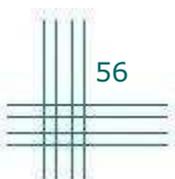
Il diabete mellito, per le sue peculiarità cliniche, assistenziali e normative, si presta ad una serie di considerazioni:

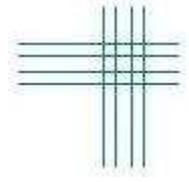
1. È una condizione a gestione prevalentemente ambulatoriale, di cui la parte ospedaliera è la punta dell'iceberg, sebbene presumibilmente la più grave e a maggiore impatto sulla salute e sulle risorse;
2. La terapia farmacologica del diabete è estremamente specifica, in quanto gli antidiabetici orali e l'insulina non prevedono altre indicazioni, se non il diabete mellito;
3. Il paziente diabetico ha diritto ad una serie di specifiche prestazioni sanitarie in regime di gratuità a patto che sia iscritto alle liste di esenzione ticket per patologia.

Identificazione dei pazienti diabetici

Dalle considerazioni sopraesposte, ci si propone di identificare i pazienti diabetici in 2 modi:

- con l'archivio della farmaceutica;





- con l'archivio delle esenzioni ticket.

Archivio della farmaceutica

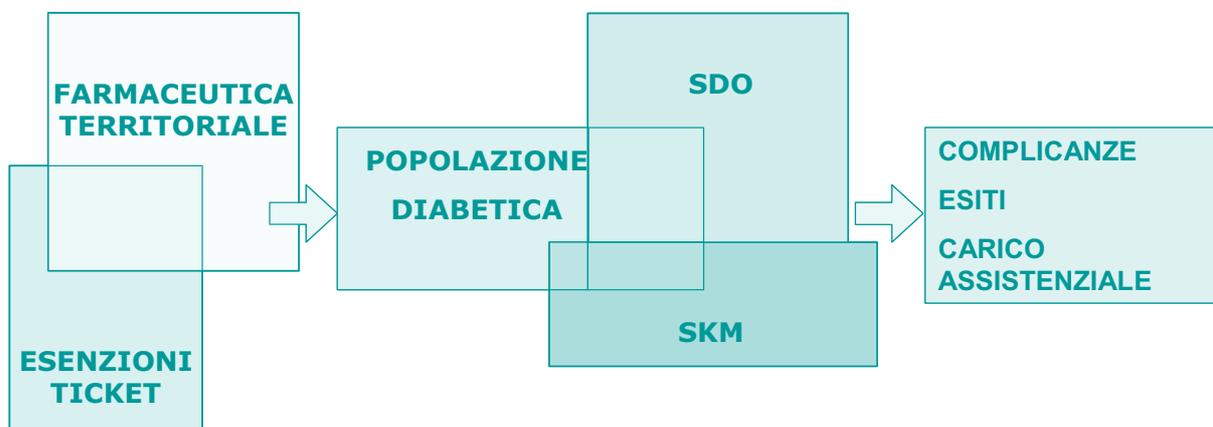
Esso consente di identificare tutti i pazienti in trattamento farmacologico per il diabete e di stratificarne in modo surrogato la gravità (mono- o poli- terapia con antidiabetici orali, terapia combinata con insulina, solo terapia insulinica; dosi medie di farmaco, ecc.). Identifica i pazienti di tutte le età, i falsi positivi* sono pochi, non identifica i pazienti diabetici in trattamento con sola dieta. Consente inoltre di valutare le terapie associate: antiipertensivi, antiaggreganti, statine.

* Un falso positivo è una persona non portatrice della condizione/malattia indagata in uno studio ma che presenta un esito positivo del test diagnostico effettuato per rilevarne la presenza.

Archivio delle esenzioni ticket

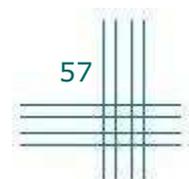
Esso consente una verifica ed una integrazione dell'archivio della farmaceutica soprattutto per i pazienti diabetici sotto i 65 anni e in trattamento con sola dieta (questa categoria di pazienti è rilevante dal punto di vista epidemiologico sia in termini numerici sia perché presenta un aumentato rischio cardiovascolare). L'utilizzo integrato di questi archivi consente di determinare con sufficiente accuratezza la popolazione con diabete. I pazienti esclusi sarebbero quelli trattati con sola dieta e non iscritti alla lista di esenzione ticket per diabete, cioè una quota estremamente limitata sotto i 65 anni, più rilevante invece oltre i 65 anni.

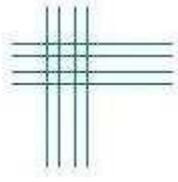
Architettura globale del **progetto P.RE.VE.DI.**, archivi utilizzati e loro integrazione



Identificazione delle complicanze maggiori del diabete

Per studiare le complicanze maggiori del diabete ci si propone di utilizzare l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e delle Schede di morte (SKM). L'archivio delle SDO è ormai un archivio standardizzato, completo ed affidabile per la qualità del dato. Le finalità "remunerativa" e gestionale dello strumento, lo rendono particolarmente idoneo ad identificare eventi gravi ad ospedalizzazione pressoché "obbligata" come le complicanze cardiovascolari (infarto acuto del miocardio, ictus, amputazione degli arti inferiori, insufficienza





renale cronica terminale). Esso consente inoltre di integrare il database dei pazienti diabetici, qualora vi fosse una segnalazione di diabete non nota dall'archivio delle esenzioni ticket o della farmaceutica.

L'archivio delle schede di morte consentirà invece, associato all'anagrafe sanitaria, di quantificare i tassi di mortalità nella popolazione diabetica e di evidenziarne le cause.

Obiettivi del progetto

In sintesi in una prima fase ci si propone di stimare:

- Prevalenza ed incidenza del diabete mellito nel Veneto;
- Mortalità nella popolazione diabetica e nella popolazione generale;
- Cause di morte nella popolazione diabetica;
- Incidenza e prevalenza di eventi vascolari maggiori nella popolazione diabetica;
- Incidenza e prevalenza di complicanze renali;
- Stima di QALYs e DALYs*;
- Analisi dei percorsi assistenziali ospedalieri dei pazienti con complicanze maggiori;
- Analisi del carico assistenziale.

Una volta a regime si può prevedere una reportistica annuale degli indicatori sopraelencati, con una periodica analisi di trend (per esempio triennale).

* Il **QALYs** (*Quality Adjusted Life Years*, anni aggiustati per qualità della vita) è un'unità di misura relativa agli anni liberi da malattia ed invalidità. Un QALYs pari ad 1 corrisponde ad un anno di attesa di vita in condizioni di buona salute. Un QALYs inferiore ad 1 rappresenta il diverso grado di un anno di vita in cattive condizioni di salute.

Il DALYs è un'unità di misura dell'impatto di una particolare patologia. Il **DALYs** (*Disability Adjusted Life Years*), è la somma degli anni di vita persi per mortalità prematura (*Years of Life Lost -YLLs*) e degli anni di vita vissuti in condizioni di salute non ottimale o di disabilità (*Years of Life lived with Disability -YLDs*).

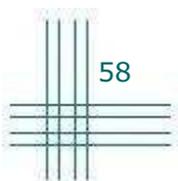
Risultati preliminari

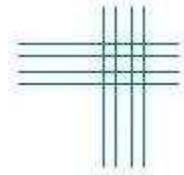
Si è sperimentato questo protocollo di analisi sugli archivi di due Aziende ULSS, con una popolazione complessiva pari a circa 650.000 abitanti (circa il 15% della Regione).

Nella popolazione in esame sono stati identificati 24.243 soggetti con diabete (17% dalle esenzioni ticket, 28% dalle prescrizioni farmaceutiche, 55% da entrambi). La prevalenza grezza nella popolazione generale delle due Aziende ULSS è pari a 3.66%. La proiezione su scala regionale, con la metodica della standardizzazione diretta, consente di stimare un tasso di prevalenza regionale pari a 3.72%, corrispondente a circa 170.000 diabetici.

L'analisi degli esiti mostra come il diabete mellito anche nella nostra Regione rappresenti un'importante causa di morbosità grave e di mortalità, e richieda un considerevole impiego di risorse.

Complessivamente la popolazione diabetica presenta un tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario per qualsiasi causa che è maggiore di 100-150 ricoveri per mille rispetto alla popolazione non diabetica in ogni fascia di età. Il rischio relativo (rapporto tra i rischi) di

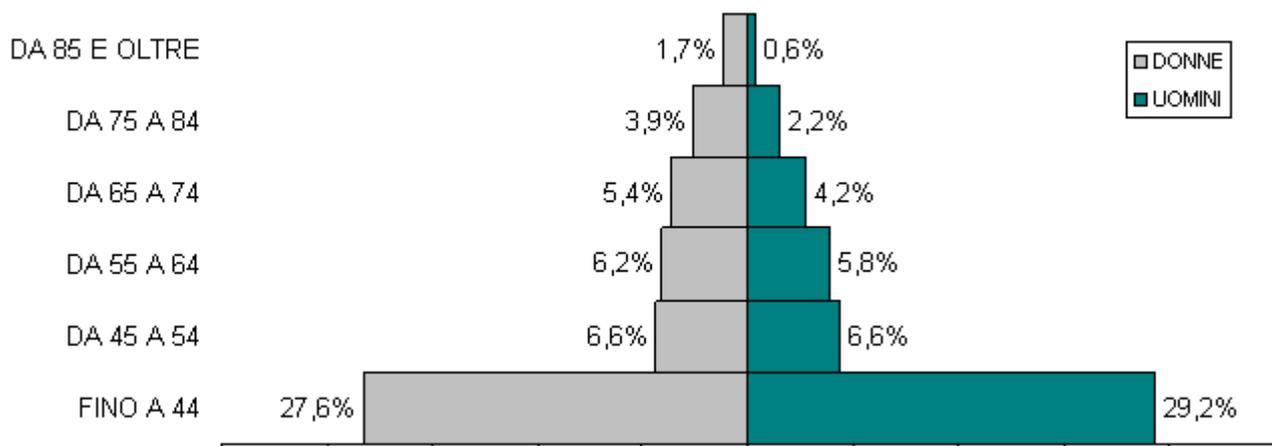




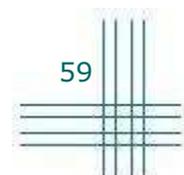
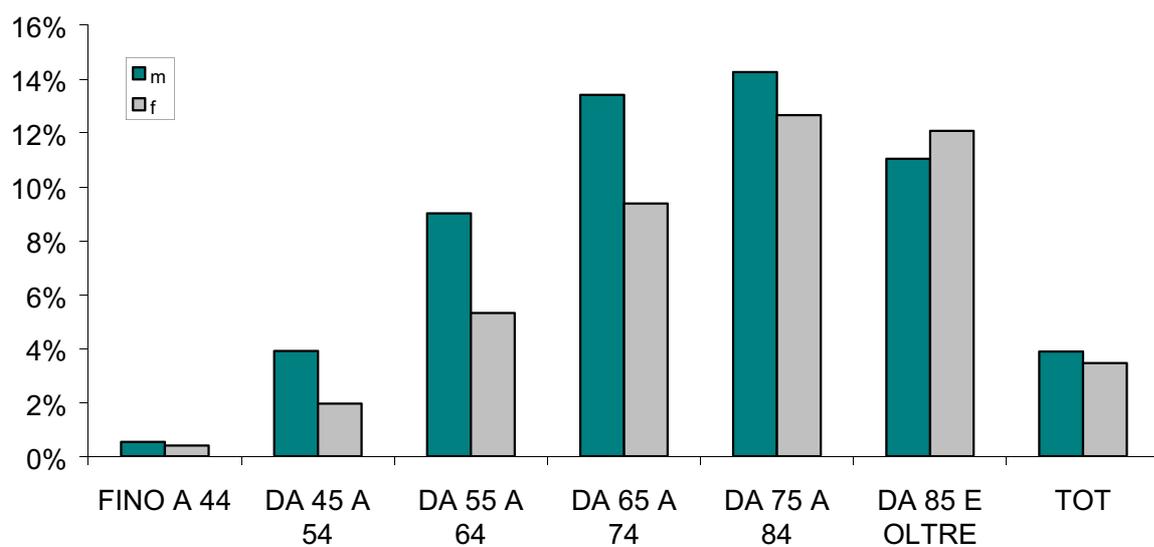
ricovero tra i diabetici rispetto ai non diabetici è particolarmente marcato nelle fasce di età più giovani (più del doppio sotto i 65 anni di età).

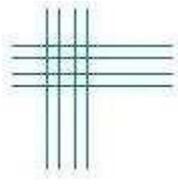
DISTRIBUZIONE PER ETÀ E SESSO DELLA POPOLAZIONE STUDIATA E DELLA POPOLAZIONE REGIONALE

POPOLAZIONE STUDIO PILOTA

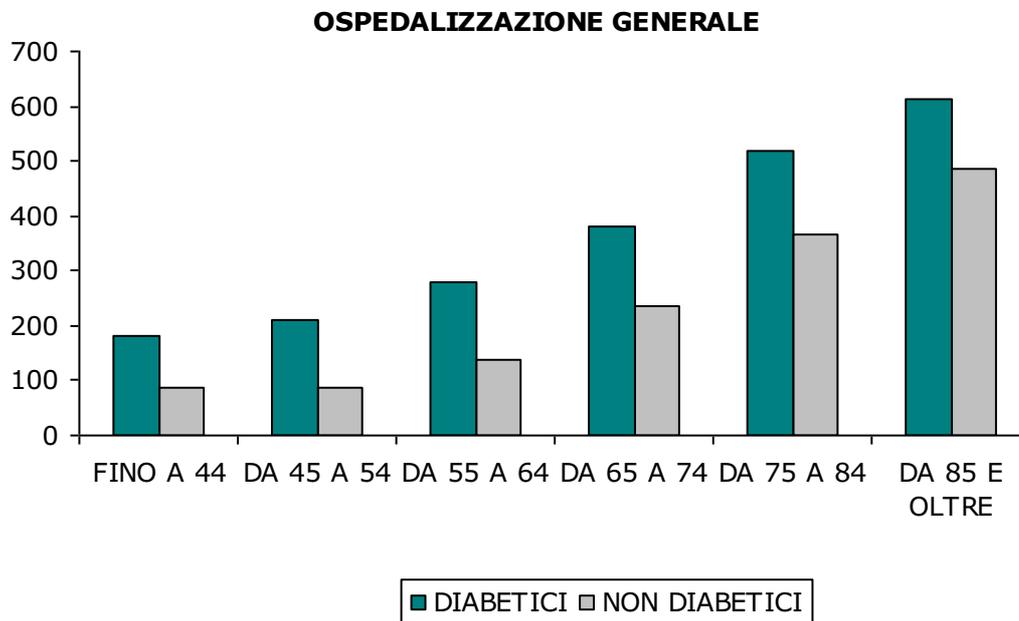


PREVALENZA DEL DIABETE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ



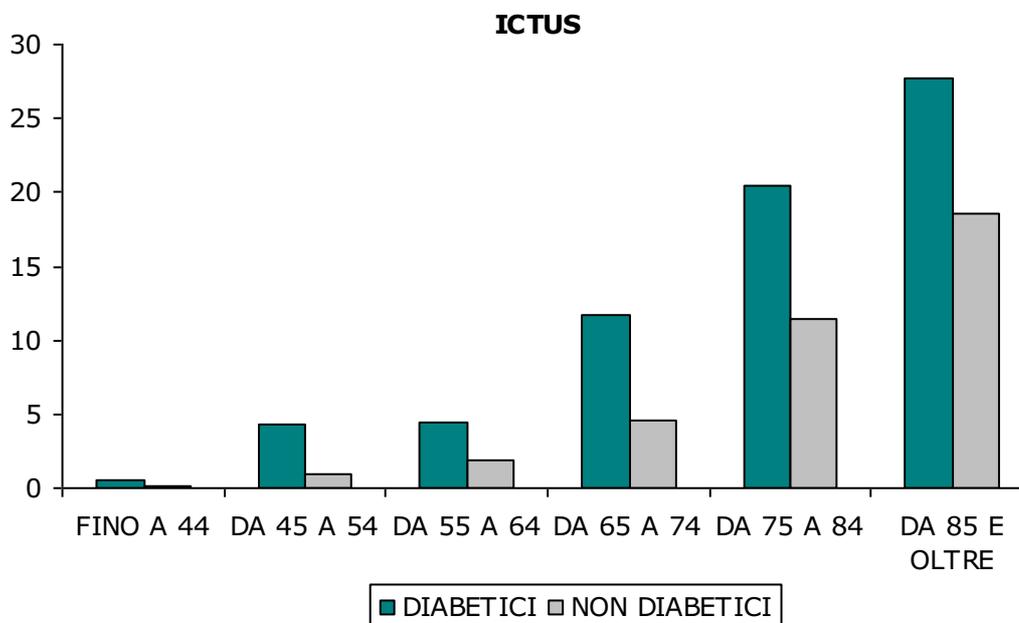


Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti per fasce di età nei diabetici e nella popolazione non diabetica

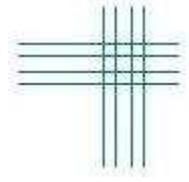


L'ospedalizzazione specifica per alcune condizioni significative mostra come patologie che normalmente compaiono in modo importante in età anziana (dopo i 65 anni) quali la cardiopatia ischemica, l'infarto del miocardio, l'ictus cerebrale, lo scompenso cardiaco, nella popolazione diabetica presentino un rischio rilevante anche in età decisamente più precoci.

Tasso di ospedalizzazione per ictus cerebrali per fasce di età

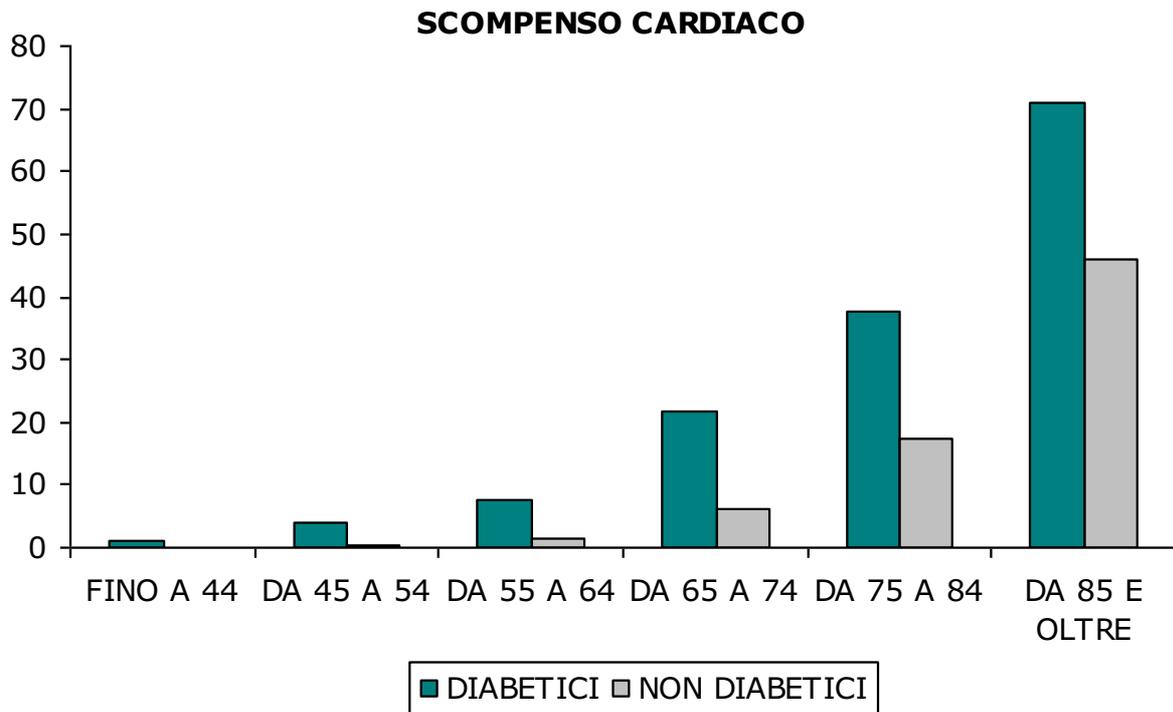


Nella popolazione diabetica, per tali condizioni, il rischio è estremamente più elevato nel corso di tutte le età.

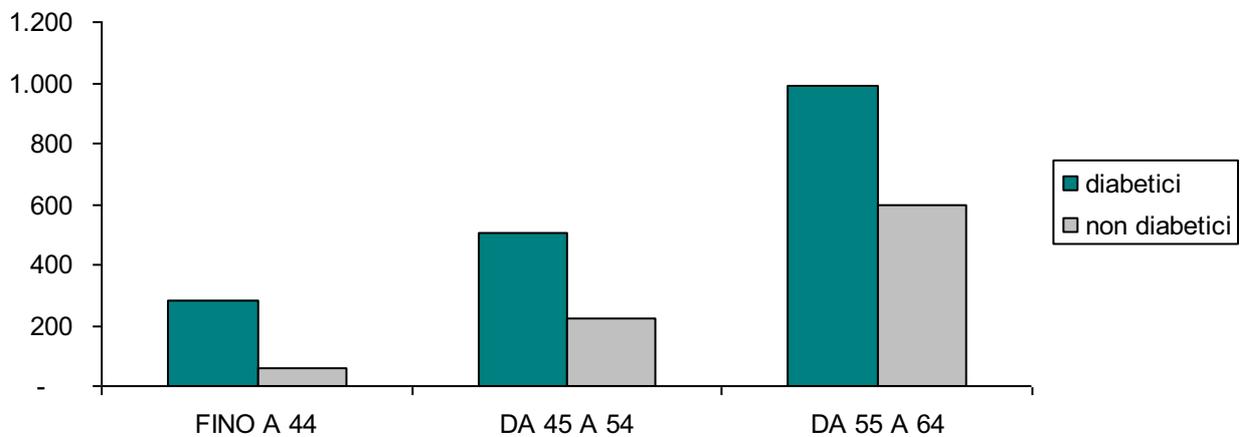


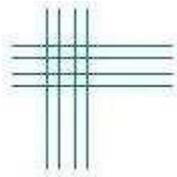
Particolarmente evidente è la differenza nell'ospedalizzazione per quelle condizioni per cui il diabete è noto essere fattore di rischio di assoluto rilievo, ovvero l'insufficienza renale cronica (rischio relativo circa 5) e le amputazioni degli arti inferiori (rischio relativo circa 10).

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per fasce di età

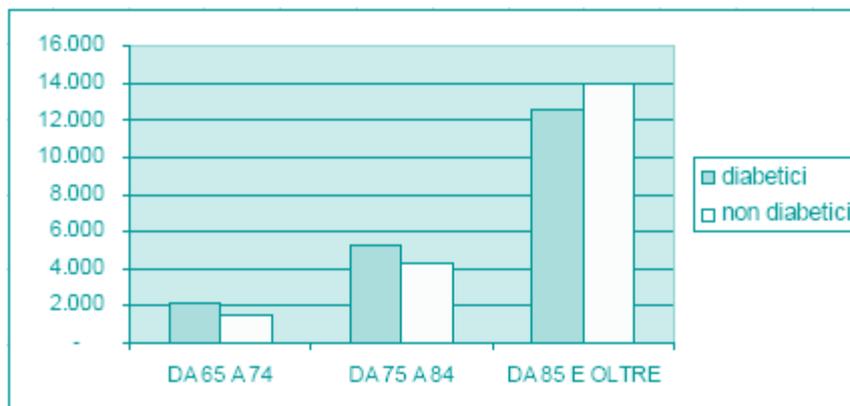


Tasso di mortalità nella popolazione adulta





Tasso di mortalità nella popolazione anziana



Considerazioni

- L'impatto del diabete mellito sulla morbosità e sulla mortalità è noto da tempo. Il valore aggiunto di questo lavoro riguarda diversi aspetti. Innanzitutto si evidenzia come i dati correnti siano utilizzabili per la produzione di dati fruibili su scala regionale per il monitoraggio della malattia diabetica.
- In secondo luogo le stime di prevalenza e di rischio di complicanze sono basate su dati locali e non su estrapolazioni da elementi di letteratura (potenzialmente non applicabili alla popolazione veneta).
- Inoltre il modello di analisi sperimentato sembra possedere quelle caratteristiche di efficienza, sostenibilità e tempestività indispensabili ad una programmazione sanitaria efficace.

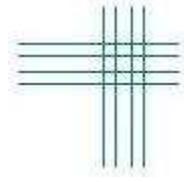
Gli obiettivi prioritari sono quindi due: 1) l'estensione della rilevazione dei dati fino a raggiungere la totale copertura regionale; 2) la periodicità del ritorno informativo, tale da consentire quindi una sintesi dell'andamento epidemiologico del diabete e delle sue complicanze e della risposta erogata dal sistema sanitario a questa importante problematica.

Vi sono altre fonti informative che potenzialmente potrebbero dare un notevole apporto alla raccolta dei dati di interesse epidemiologico:

- Gli archivi dei Medici di Medicina Generale;
- I Servizi di Diabetologia (o Centri Antidiabetici);
- I Laboratori di analisi.

Il grado di informatizzazione di questi potenziali archivi va sviluppato e rappresenta un'area di miglioramento del Sistema Socio Sanitario regionale. La diffusione di banche dati gestite con procedure informatiche può infatti consentire, per gli aspetti specifici del diabete, un'integrazione dei dati, con un migliore controllo di qualità degli indicatori già proposti e l'identificazione di nuovi indirizzi di indagine, come ad esempio: a) la descrizione del profilo di rischio complessivo (controllo metabolico, ipertensione, fumo, dislipidemia, ecc.); b) il quadro epidemiologico delle complicanze in fase precoce; c) l'analisi di outcome forti ma non ospedalizzati, come la cecità.

Tutto ciò deve necessariamente passare per una fase sperimentale indispensabile non tanto nei presupposti teorici del sistema, quanto piuttosto per la sua realizzazione pratica.



1.3 Progettualità, tecnologia, epidemiologia: il Registro Nascite

Descrizione dei fenomeni

La Regione del Veneto, attraverso il Sistema Epidemiologico regionale, provvede anche al monitoraggio della condizione di salute della fascia giovane della popolazione veneta, oltre che alla produzione e diffusione di informazione specifica. A tale proposito è stato istituito sin dal 1999 (delibera della Giunta Regionale n. 4812 del 28/12/1999) l'Osservatorio Regionale per la Patologia in età Pediatrica, che ha sede presso l'Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova e dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Le finalità perseguite dalla Regione del Veneto sono:

- Disegnare e/o gestire flussi informativi riguardanti la salute di donne, nati, bambini e adolescenti;
- Svolgere studi ad hoc sulla salute di bambini e adolescenti;
- Supportare le attività di programmazione e valutazione delle Aziende Sanitarie e della Regione;
- Diffondere informazione sullo stato di salute della fascia giovane di popolazione;
- Sostenere e/o attuare programmi di formazione permanente.

Tra le aree di attività privilegiate sono da considerare in particolare la progettazione e gestione delle attività e dei flussi informativi riguardanti il Registro Nascite.

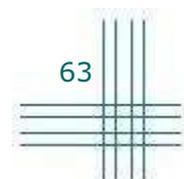
Da questo punto di vista, il progetto di rete regionale sulle nascite trae origine dall'istituzione del nuovo certificato di assistenza al parto (DM 16/7/2001, n. 349), che viene compilato per ogni nato e contiene informazioni socio-demografiche sui genitori, dati sulla gravidanza, il parto e il neonato.

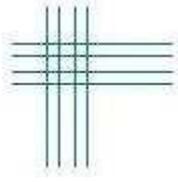
Il certificato di assistenza al parto (CEDAP) è stato l'occasione per progettare una più complessa rete regionale sulle nascite, che tenesse in considerazione i molteplici attori istituzionali coinvolti nell'evento nascita e rispondesse alle necessità di informazione, tutela, assistenza ed efficienza amministrativa.

La realizzazione del Registro nascite si è sviluppata attraverso molteplici iniziative, che hanno visto impegnate professionalità diverse di formazione medica, statistica ed informatica. Nella Regione del Veneto il CEDAP è stato da subito arricchito con informazioni aggiuntive, al fine di rendere più completo il quadro epidemiologico ricavabile attraverso questa fonte.

Il filo conduttore che ha caratterizzato tutte le iniziative intraprese nella costruzione del Registro nascite è stata la convinzione che affinché un flusso informativo sia di buona qualità e risponda agli obiettivi per cui è nato, è necessario che i fornitori dei dati siano fortemente motivati.

La motivazione è legata alla consapevolezza di produrre informazione utile a tutti i livelli della programmazione locale, regionale e nazionale. Inoltre, poiché la raccolta dati comporta sempre un impiego importante di risorse umane e di tempo, contestualmente vanno garantite opportunità di ottimizzazione dei processi attraverso la fornitura di servizi, che permettano un





risparmio di tempo in altre attività (produzione e stampa di documenti, elaborazione di statistiche riepilogative, compilazione di registri, ricerca di casistica progressa...).

L'implementazione del Registro Nascite ha avuto inizio nel 2002 e nel corso del biennio 2003-2004 è stato realizzato il sistema definitivo per la sua gestione.

Si tratta di un applicativo web prodotto in ambiente Oracle e Java, che collega i Punti Nascita alla rete intranet regionale. Tale sistema consente di rendere disponibili i dati in tempo reale, ovvero non appena inseriti nel sistema.

Chiaramente l'accesso ai dati è strutturato con delle modalità di abilitazione selettiva a seconda dell'utente:

- Ostetriche e Medici hanno accesso completo ai dati del proprio Punto Nascita;
- La Capo Ostetrica e i Primari hanno abilitazioni superiori con le quali possono ad esempio estrarre tutti i dati inseriti presso il proprio Punto Nascita;
- Le Aziende Sanitarie hanno accesso in lettura ai dati dei nati nel proprio territorio e dei propri residenti (abilitazione in corso di realizzazione);
- I comuni di residenza e di evento hanno accesso ai soli dati anagrafici dei nati di propria competenza (abilitazione in corso di realizzazione);
- La Regione ha l'accesso completo in lettura dei dati di tutti i Punti Nascita;
- L' Osservatorio (incaricato della gestione del flusso) ha l'accesso completo a tutti i dati

Sono attualmente collegati a questo sistema l'83 % dei Punti Nascita.

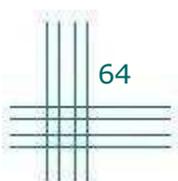
Anche per l'avvio di questo applicativo si è resa necessaria l'organizzazione di corsi di apprendimento pratico guidato, rivolti a 900 operatori (Ostetriche, Medici ed Infermieri). Gli incontri sono stati organizzati presso la sede dell'Osservatorio nel periodo settembre 2004 - febbraio 2005 e hanno coinvolto circa 20 persone ad incontro.

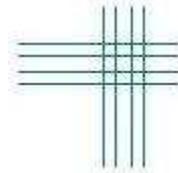
Il nuovo applicativo garantisce un'ottima qualità dei dati, in quanto dotato di dettagliati sistemi di controllo e compatibilità dei dati in fase di inserimento. Possiede inoltre diverse funzioni di utilità, analoghe a quelle già citate (statistiche, registri, ecc.). Perché la scelta di un sistema in rete? La nascita è un evento che coinvolge innanzitutto diversi attori istituzionali locali che devono essere fra loro collegati: l'Ospedale, il Comune, l'Azienda Sanitaria, il Tribunale dei Minorenni.

Il sistema in rete dovrà progressivamente accogliere tutti gli attori. È ora in corso il processo di collegamento con i Comuni. Si tratta di un intervento estremamente importante, che vede la partecipazione della Procura Generale della Repubblica, attraverso un formale accordo con la Regione Veneto, e che è stato finanziato parzialmente come progetto di e-government.

L'importanza risiede nel fatto che, ad oggi, non vi è nel nostro Paese un sistema di notifica dall'ospedale al Comune, che consenta di verificare che tutti i nati siano dichiarati in Comune. In pratica, è oggi possibile che un bimbo nato in ospedale sia dimesso con la madre (generalmente entro 3 giorni) prima di essere dichiarato in Comune, dove ci si può recare fino a 10 giorni dalla nascita.

In questo modo sarà possibile in pochi giorni avere le informazioni sui nati non dichiarati e attivare quindi le strutture competenti. Il progetto proseguirà poi con la predisposizione di procedure che consentano la dichiarazione di nascita e la scelta del Pediatra direttamente dall'ospedale.





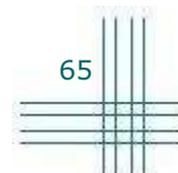
Infine, col Registro Nascite si stanno implementando le cartelle ostetrica e neonatale informatizzate. A tale proposito, sono stati effettuati diversi incontri con i Collegi primari ginecologi e pediatri del Veneto. Tali incontri hanno portato a concordare la cartella ostetrica regionale e la cartella neonatale regionale, uguali in tutti i Punti Nascita.

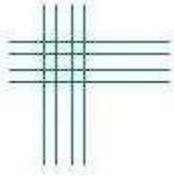
È ora in corso l'inserimento delle cartelle nel sistema informatico attualmente in uso per la registrazione del certificato di assistenza al parto (CEDAP). In questo modo le informazioni già presenti nel CEDAP saranno utilizzate e migrate nelle cartelle, che saranno poi integrate con altre informazioni specifiche. L'approccio utilizzato quindi congiunge l'esigenza statistico-informativa con quella assistenziale, ed entrambe ne risultano arricchite.

L'infrastruttura tecnologica assicura tutte le misure di tutela nel trattamento dei dati personali e sensibili. Lo stesso sistema che gestisce il flusso informativo consente agli operatori sanitari di accedere a una serie di funzioni di utilità e di sintesi dei dati, che riducono i tempi di lavoro amministrativo.

Certificati di assistenza al parto nel Veneto (frontespizio lingue disponibili)

ITALIANO	FRANCESE
ARABO	CINESE

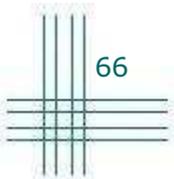


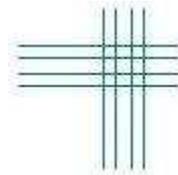


Oltre il 90% del personale è stato direttamente formato attraverso esercitazioni pratiche effettuate alla presenza di tutor. È stata prestata particolare attenzione agli aspetti logistici e organizzativi per la gestione del flusso, attraverso sopralluoghi in ciascun punto nascita e la predisposizione di documentazione ad hoc per le partorienti straniere.

Certificati di assistenza al parto nel Veneto (frontespizio lingue disponibili)

INGLESE	SPAGNOLO
CROATO	RUSSO
PUNJABI (INDIA)	<p>La disponibilità del modulo di rilevazione in diverse lingue agevola la comunicazione ed il lavoro degli operatori.</p>





Gestione della nuova rilevazione dei CEDAP, basata sull'applicativo intranet

Il Registro Nascite costituisce un'attività impegnativa. Esso si basa sulla rilevazione dei certificati di assistenza al parto (CEDAP), ma consiste anche nello sviluppo di un più ampio sistema, che prevede l'integrazione del CEDAP con le procedure amministrative e assistenziali proprie dei punti nascita, oltre che un'intensa attività di analisi dei dati e ricerca epidemiologica.

Il massiccio passaggio al nuovo sistema ha richiesto un forte impegno per seguire e fornire assistenza ai punti nascita nei primi periodi di utilizzo, non solo per le questioni strettamente legate al CEDAP, ma anche per avere consulenza su come gestire le varie situazioni particolari che si creano (casi di non riconoscimento, parti da donne con meno di 16 anni, ecc.).

Il nuovo applicativo ha portato a un notevole miglioramento della qualità dei dati, oltre al grande vantaggio di disporre dei dati in tempo reale. In tal senso, l'archivio definitivo è stato poi elaborato.

L'integrazione si presenta però molto complessa, sia per la vastità delle informazioni che scaturiscono da un siffatto sistema, sia per l'organizzazione della documentazione, infatti:

- la cartella ostetrica si riferisce al periodo prima della gravidanza;
- il CEDAP principalmente al parto;
- la cartella neonatale al neonato e al suo stato di salute nel periodo post-parto.

Vi sono inoltre degli aspetti legali rilevanti, legati alla valenza giuridica delle cartelle cliniche, che deve essere mantenuta anche nel momento in cui tali cartelle vengono informatizzate. Prestando attenzione agli aspetti evidenziati ed a seguito di incontri effettuati con i Collegi dei Primari Ostetrici e Pediatri del Veneto, si è giunti a definire i contenuti comuni delle cartelle integrate col CEDAP.

Analisi dei dati

Nella tabella sotto rappresentata si nota che il tasso di natalità per la Regione Veneto nel 2004 risulta 9,9‰, leggermente superiore a quello nazionale fornito dall'ISTAT e pari al 9,7‰.

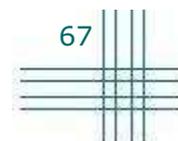
Il numero medio di figli per donna è uguale a 1,34, valore molto vicino al dato nazionale di 1,33 stimato dall'ISTAT. Vicenza rappresenta la provincia con tassi di natalità e di fecondità più elevati, pari rispettivamente all'11‰ e al 46‰, mentre Rovigo registra i valori più bassi della Regione.

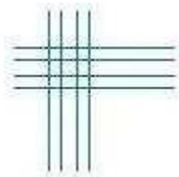
Indicatori sintetici provinciali - Veneto anno 2004

Provincia	Quoziente di natalità	Tasso di fecondità grezzo	Tasso di fecondità standardizzato *	Numero medio di figli per donna	Tasso di fecondità delle minorenni	Età media al parto	Parti cesarei (%)	Quoziente di natalità (per 1.000 nati)
Verona	10,8	45,3	44,5	1,46	3,54	31,0	27,3	3,90
Vicenza	11,1	46,3	45,1	1,48	1,92	31,1	29,8	3,08
Belluno	9,1	40,7	40,5	1,32	1,18	31,4	28,8	2,58
Treviso	10,0	41,4	40,5	1,33	1,81	31,2	20,9	2,79
Venezia	8,4	36,0	35,4	1,15	2,01	31,7	32,4	2,88
Padova	10,3	42,5	41,4	1,34	2,15	31,9	33,4	3,23
Rovigo	7,4	31,7	32,4	1,07	4,12	30,8	33,5	3,32
Veneto	9,9	41,7	41,0	1,34	2,36	31,3	28,9	3,18

* tasso standardizzato alla popolazione italiana residente al 1° gennaio 2004

Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica - flusso CEDAP





* Occorre tenere presente che i risultati per la Regione Veneto si riferiscono ai nati presenti e non ai nati da donne ivi residenti e che il dato nazionale ISTAT è calcolato con riferimento alla data di registrazione dell'atto in anagrafe e non alla data di nascita effettiva.

Numero di nati e parti nel Veneto (Anni 2002-2004)

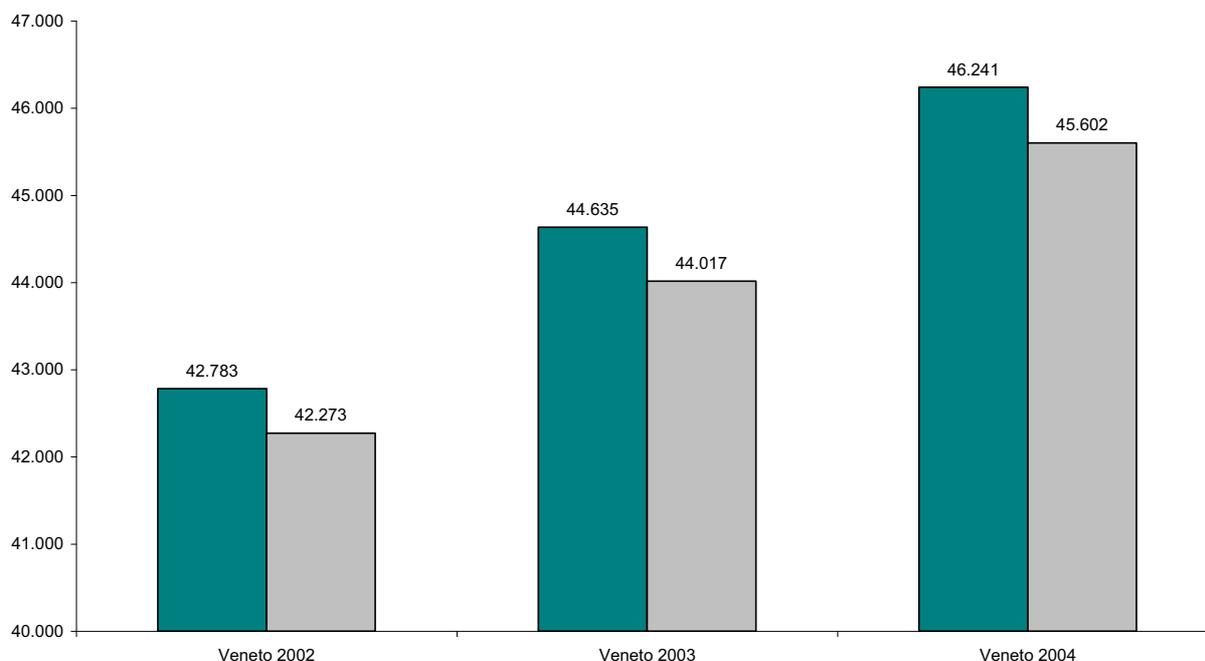
	Veneto 2002	%	Veneto 2003	%	Veneto 2004	%
Nati	42.783		44.635		46.241	
Parti	42.273		44.017		45.602	
di cui:						
semplici	41.773		43.316		44.981	
plurimi	500	1,2	601	1,4	621	1,4
Nati morti	136	3,2	140	3,1	147	3,2

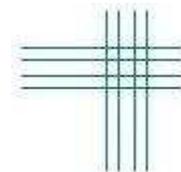
* Per i nati morti il tasso è per mille nati.

In Veneto nel 2004 sono nati 46.241 bambini in 41 Punti Nascita, ovvero l'8,1% in più rispetto all'anno 2002 e il 3,6% in più rispetto al 2003. L'aumento rilevante dal 2002 al 2004 è dovuto in prevalenza ad un incremento del 52% dei parti da donne straniere, a fronte di un aumento nello stesso periodo del 4,1% dei parti da donne italiane.

Nell'anno 2004 in Veneto ci sono stati 147 nati morti, pari al 3,2 ogni mille nati, valore leggermente superiore al tasso di natimortalità relativo al 2003. Se si osserva la distribuzione per ULSS, il numero maggiore di nati è stato registrato dalle Aziende Ospedaliere di Padova (3911) e Verona (3.797), dall'ULSS di Vicenza (3.445), di Treviso (3.513) e di Bussoleto (3260). Non stupisce, quindi, che queste ULSS siano caratterizzate anche dal maggior numero di nati morti.

Numero dei nati e parti nel Veneto (Anni 2002-2004)





Nati per Azienda ULSS, vitalità e sesso - Veneto, anno 2004

Azienda ULSS	Nati vivi				Nati morti				Totale nati			
	Maschi	Femmine	Non indicato	Maschi + Femmine	Maschi	Femmine	Non indicato	Maschi + Femmine	Maschi	Femmine	Non indicato	Maschi + Femmine
Belluno	439	381	0	820	1	2	0	3	440	381		821
Feltre	561	557	0	1.118	0	2	0	2	561	557		1.118
Bassano del Grappa	903	854	1	1.758	3	2	0	5	906	854	1	1.761
Alto Vicentino	1.078	1.060	1	2.139	6	1	0	7	1.084	1.060	1	2.145
Ovest Vicentino	905	829	1	1.735	1	3	0	4	906	829	1	1.736
Vicenza	1.758	1.681	0	3.439	6	6	0	12	1.764	1.681		3.445
Pieve di Soligo	1.121	1.075	0	2.196	3	6	0	9	1.124	1.075		2.199
Asolo	1.331	1.188	0	2.519	4	4	0	8	1.335	1.188		2.523
Treviso	1.857	1.649	4	3.510	3	3	0	6	1.860	1.649	4	3.513
Veneto Orientale	785	739	0	1.524	3	3	0	6	788	739		1.527
Veneziana	1.438	1.328	1	2.767	5	3	0	8	1.443	1.328	1	2.772
Mirano	1.101	1.106	1	2.208	3	1	0	4	1.104	1.106	1	2.211
Chioggia	551	518	1	1.070	3	2	0	5	554	518	1	1.073
Alta Padovana	1.344	1.217	4	2.565	5	2	0	7	1.349	1.217	4	2.570
Padova (Abano T.)	491	485	0	976	0	0	0	0	491	485		976
Este	448	444	0	892	0	3	0	3	448	444		892
Rovigo	649	645	1	1.295	1	4	0	5	650	645	1	1.296
Adria	250	261	0	511	0	1	0	1	250	261		511
Verona (Soave)	643	592	0	1.235	6	1	0	7	649	592		1.241
Legnago	473	450	1	924	0	2	0	2	473	450	1	924
Bussolengo	1.663	1.588	3	3.254	6	4	0	10	1.669	1.588	3	3.260
Azienda Osp. PD	1.983	1.913	8	3.904	6	9	1	16	1.989	1.913	9	3.911
Azienda Osp. VR	1.924	1.863	0	3.787	10	7	0	17	1.934	1.863		3.797
Non indicato*	8	11	0	19	0	0	0	0	8	11	0	19
Veneto	23.704	22.434	27	46.165	75	71	1	147	23.779	22.434	28	46.241

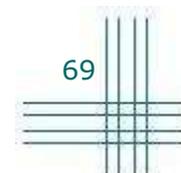
Fonte: Osservatorio Regionale della Patologia in Et  Pediatrica - flusso CEDAP

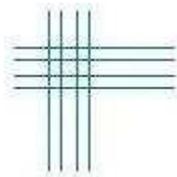
*non disponendo dell'atto di nascita, non   possibile assegnare con precisione il comune di nascita per i casi che non sono nati in Istituto o a domicilio ma altrove (strada, mezzi di trasporto...)

Distribuzione dei parti secondo la cittadinanza della madre

Cittadinanza	VENETO (2002)		VENETO (2003)		VENETO (2004)	
	N	%	N	%	N	%
Italia	35.614	86,7	36.770	84,2	37.074	81,7
Straniera, proveniente da:	5.449	13,3	6.877	15,8	8.280	18,3
<i>Est Europa*</i>	2.210	5,4	2.898	6,6	3.528	7,8
<i>Ovest Europa</i>	209	0,5	184	0,4	199	0,4
<i>Africa</i>	1.719	4,2	2.042	4,7	2.568	5,7
<i>America</i>	386	0,9	510	1,2	496	1,1
<i>Asia</i>	918	2,2	1.237	2,8	1.487	3,3
<i>Oceania</i>	7	0,0	6	0,0	2	0,0
<i>Totale</i>	41.063	100	43.647	100	45.354	100
Non dichiarata	1.210		370		248	
Totale complessivo	42.273		44.017		45.602	

* Biellorussia, Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Moldavia, Polonia, Romania, Russia, Slovacchia, Turchia, Ungheria, Albania, Bosnia, Croazia, Jugoslavia, Macedonia, Slovenia, Ucraina





Osservando la distribuzione dei parti secondo il Punto Nascita, il numero maggiore di parti è stato registrato dall'Azienda Ospedaliera di Padova (3.805), seguita dall'Azienda Ospedaliera di Verona (3.723) e dagli ospedali di Vicenza (2.783) e di Treviso (2.457).

Il numero minore di parti, invece, viene espletato presso gli ospedali di Asiago (108), di Pieve di Cadore (270) e di Trecenta (269). La percentuale di nati prematuri di età gestazionale inferiore a 37 settimane rappresenta il 7,5% delle nascite, e i nati di età gestazionale inferiore a 33 settimane sono pari all'1,5% di tutti i nati.

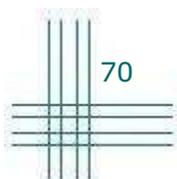
Analizzando il fenomeno della prematurità secondo il numero dei parti, nell'anno 2004 si sono verificati 2.933 parti di età gestazionale inferiore a 37 settimane, pari al 6,4% di tutti i parti e 568 parti di età gestazionale minore di 32 settimane, pari all'1,3% del totale. Si è verificato un aumento rispetto al 2002, in cui le percentuali di parti di età gestazionale inferiore a 37 e a 32 settimane risultano rispettivamente del 5,8% e dell'1,2 %, mentre sono rimaste costanti rispetto al 2003.

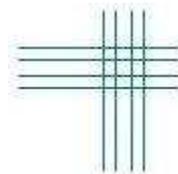
Nel 2004 il 28,9% dei parti è esitato in cesareo, con un lieve incremento rispetto al dato rilevato nel 2003 (28,8%) e inferiore, invece, alla percentuale registrata nel 2002 (29,4%). Dalla distribuzione mensile risulta che nei mesi estivi, come giugno e luglio, e nel mese di dicembre vengono rilevate le percentuali più elevate di parto cesareo.

La presentazione anomala del neonato rappresenta una forte indicazione al parto cesareo: se la presentazione risulta differente dal vertice, caso in cui solo il 26% nasce con cesareo, la percentuale di bambini che nascono con taglio cesareo risulta sempre superiore all'80% per podice (96,4%), fronte (87%), faccia (91,9%) e spalla (88,9%), mentre è del 46,7 % per bregma (la parte anteriore della testa, situata al di sopra della fronte, detta dai medici "Sincipite", che nei bambini è molle ed è l'ultima a consolidarsi).

Distribuzione percentuale dei parti cesarei sul totale (triennio 2002-2004)

	VENETO (2002)	VENETO (2003)	VENETO (2004)
Mese	% cesarei	% cesarei	% cesarei
gennaio	28,3	28,7	28,0
febbraio	29,9	28,0	27,8
marzo	30,0	28,9	29,1
aprile	28,1	28,9	29,3
maggio	28,0	28,2	27,6
giugno	28,6	29,1	30,0
luglio	29,3	29,3	30,0
agosto	28,9	27,4	27,7
settembre	28,7	28,6	28,8
ottobre	31,9	28,7	29,4
novembre	29,2	29,9	27,9
dicembre	31,0	30,0	31,0
Totale complessivo	29,4	28,8	28,9





Se si osserva la distribuzione dei parti secondo il tipo di decorso della gravidanza si nota che la percentuale di gravidanze patologiche è diminuita nel periodo 2002-2004 da un valore pari al 21,8% nel 2002 al 19,5% nel 2004 (Tabella 11). Se da un lato alcune patologie come le minacce di parto prematuro o le malattie infettive risultano in diminuzione dal 2003 al 2004, dall'altro si riscontra un incremento dei casi di minacce di aborto (10,3%), di diabete (44,3%) e di gestosi (47,3%).

Parti, percentuale di parti cesarei, percentuale di nati prematuri (<37 e <=32 settimane) per Punto Nascita. Veneto, Anno 2004

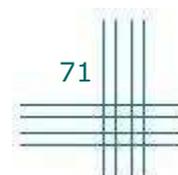
Punto Nascita	Totale parti	Percentuale di parti cesarei	Percentuale di nati prematuri <37 settimane	Percentuale di nati prematuri <=32 settimane
OSPEDALE SACRO CUORE NEGRAR	1.114	20,9	4,33	0,36
CASA DI CURA PRIVATA POLISP. DOTT. PEDERZOLI - PESCHIERA DEL GARDA	569	28,6	4,97	0,29
OSP. CLASS. VILLASALUS - VENEZIA	1.158	25,8	3,72	0,26
CASA DI CURA "ABANO TERME"	971	31,9	3,51	0,10
OSPEDALE S. MARTINO BELLUNO	542	31,2	9,76	1,47
OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE	270	40,9	3,36	0,37
OSPEDALE SANTA MARIA DEL PRATO - FELTRE	1.112	24,6	4,27	0,20
OSPEDALE SAN BASSIANO DI BASSANO DEL GRAPPA	1.636	32,0	5,78	0,37
OSPEDALE DI ASIAGO	108	37,0	2,88	0,00
PADIGLIONE OSP. "BOLDRINI" - THIENE	2.103	30,9	7,57	0,89
OSPEDALE DI ARZIGNANO	1.072	32,3	7,31	0,19
OSPEDALE DI VALDAGNO	645	27,9	3,67	0,31
OSPEDALE DI VICENZA	2.783	27,3	9,16	2,49
OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	594	27,8	7,02	0,50
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CONEGLIANO	1.321	30,7	7,60	1,22
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VITTORIO VENETO	853	19,2	3,78	0,12
OSPEDALE DI CASTELFRANCO VENETO	998	23,2	5,96	0,50
OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	1.496	19,6	5,64	0,28
OSPEDALE CA FONCELLO TREVISO	2.457	17,8	13,23	5,50
OSPEDALE DI ODERZO	976	16,6	6,68	0,40
PRESIDIO OSPEDALIERO DI PORTOGRUARO	585	18,8	5,68	0,00
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN DONA DI PIAVE	925	27,9	6,85	0,45
OSPEDALE CIVILE VENEZIA	649	28,8	4,73	0,15
OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1° - VENEZIA	935	41,2	8,55	1,27
OSPEDALE CIVILE DI DOLO	871	39,1	4,41	0,13
OSPEDALE CIVILE DI MIRANO	1.311	36,2	5,40	0,25
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIOGGIA	434	39,0	5,34	0,00
PRESIDIO OSPEDALIERO DI PIOVE DI SACCO	630	28,0	4,60	0,16
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CAMPOSAMPIERO	1.591	28,9	9,63	3,40
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CITTADELLA	950	29,0	5,32	0,32
OSPEDALE MONSELICE	887	36,0	4,33	0,23
OSPEDALE S. MARIA DELLA MISERICORDIA ROVIGO	1.003	34,0	7,11	0,20
OSPEDALE S. LUCA - TRECENTA	269	29,9	0,41	0,00
OSPEDALE CIVILE DI ADRIA	508	34,6	4,54	0,39
P.O. SOAVE	1.229	16,9	2,95	0,33
OSPEDALE PER ACUTI "MATER SALUTIS" LEGNAGO	915	32,3	4,49	0,46
OSPEDALE CIVILE ORLANDI BUSSOLENGO	993	32,0	5,32	0,22
OSPEDALE ISOLA DELLA SCALA	558	27,9	2,87	0,00
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	3.805	37,1	13,84	4,03
OSPEDALE CIVILE MAGGIORE - VERONA	1.926	29,4	8,25	2,63
OSPEDALE POLICLINICO - VERONA	1.797	30,6	14,86	4,94
NATI A DOMICILIO O ALTROVE	53	9,6	5,88	3,92
Veneto	45.602	28,9	7,46	1,50

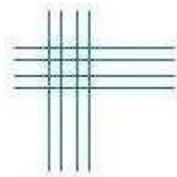
Dati mancanti=

0,52%

4,51%

4,51%





Diminuisce anche il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita dal 2003, in cui i casi registrati risultano pari a 919, al 2004, in cui i casi risultano 873, pari al 2% di tutti i parti.

In Veneto la scelta di avere figli avviene ancora in gran parte all'interno del matrimonio (85,9%), ma va evidenziato che ben il 14,1% delle nascite avviene fuori dal vincolo coniugale, in prevalenza da donne ancora nubili (11,1%).

Il titolo di studio risulta principalmente medio-alto: il 46,7% delle donne ha conseguito il diploma e il 16,3% la laurea. Solo il 2,8% ha la licenza elementare o meno.

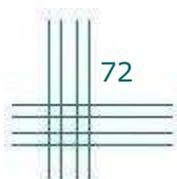
Il 50,8% delle donne che hanno partorito nel 2004 non ha figli, il 37,9% ha un figlio, l'8,8% ha due figli e il restante 2,6% ha tre o più figli. La distribuzione percentuale è rimasta costante dal 2003 al 2004.

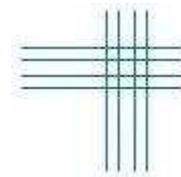
Una donna in gravidanza, oltre alle usuali visite di controllo ed ecografie può effettuare anche indagini di tipo invasivo, come amniocentesi, villocentesi e funicolocentesi. Generalmente la richiesta maggiore è registrata dall'amniocentesi, eseguita nel 2004 da 6.059 donne in gravidanza, dato riconducibile all'innalzamento dell'età riproduttiva e di conseguenza ad una maggiore raccomandazione nell'effettuare questo esame per le donne con età superiore ai 35 anni. La percentuale di donne che hanno effettuato almeno un'indagine invasiva nel 2004 è stata del 21,6%, in diminuzione rispetto al 2002 e al 2003 (rispettivamente con una percentuale pari al 21,9% ed al 23,4%).

Distribuzione dei parti secondo il decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	VENETO (2002)		VENETO (2003)		VENETO (2004)	
	N	%	N	%	N	%
Fisiologico	31.254	78,2	34.473	78,8	36.417	80,5
Patologico, di cui:	8.720	21,8	9.252	21,2	8.846	19,5
<i>Minaccia d'aborto</i>	596		619		683	
<i>Minaccia di parto prematuro</i>	668		740		664	
<i>Malattie infettive</i>	89		118		86	
<i>Infezioni del tratto genito-urinario</i>	161		230		247	
<i>Diabete</i>	193		244		352	
<i>Gestosi</i>	272		315		464	
<i>Altro disturbo</i>	538		624		810	
<i>Più disturbi contemporanei</i>	6.203		6.362		5.540	
Totale	39.974	100	43.725	100	45.263	100
Non dichiarato	2.299		292		339	
Totale complessivo	42.273		44.017		45.602	

L'età media al parto della donna è per il Veneto di 31,3 anni. Si tratta di un valore decisamente elevato, che si sta avvicinando rapidamente ai 35 anni, età considerata "a rischio" per la gravidanza. Il 68,5% dei parti nel 2004 è relativo a donne con età superiore ai 30 anni, di cui il 28,5% sopra i 35.





Distribuzione dei parti secondo l'età della madre

Età madre	VENETO (2002)		VENETO (2003)		VENETO (2004)	
	N	%	N	%	N	%
<18	143	0,3	139	0,3	139	0,3
18-24	3.790	9,0	3.997	9,1	4.281	9,7
25-29	11.073	26,4	11.158	25,4	11.028	25,1
30-34	16.490	39,3	17.094	38,9	17.582	40,0
35-39	8.964	21,3	9.880	22,5	10.637	24,2
40-44	1.477	3,5	1.593	3,6	1.814	4,1
>44	66	0,2	48	0,1	64	0,1
<i>Totale</i>	<i>42.003</i>	<i>100</i>	<i>43.909</i>	<i>100</i>	<i>45.545</i>	<i>104</i>
Non dichiarato	270		108		57	
<i>Totale complessivo</i>	<i>42.273</i>		<i>44.017</i>		<i>45.602</i>	

Le implicazioni dell'innalzamento dell'età media al parto sono molteplici: aumenta il rischio per lo stato di salute di madre e bambino, e di conseguenza, dal punto di vista dei servizi, aumentano i costi per il monitoraggio delle gravidanze considerate a maggior rischio. Sono costi aumentati sia per i genitori, che in conseguenza dell'età avanzata scelgono di effettuare più accertamenti, sia per il Servizio Sanitario, che, ad esempio, mette in convenzione l'amniocentesi oltre i 35 anni d'età.

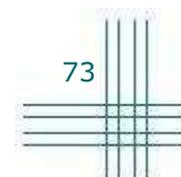
Ricerca nell'ambito materno-infantile

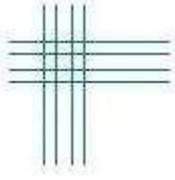
La Regione del Veneto presta la massima attenzione ai temi più rilevanti nell'ambito materno-infantile. Essi scaturiscono dall'avanzamento scientifico e tecnologico (ad esempio la procreazione assistita) o dalla modificazione della struttura della popolazione femminile in età feconda, principalmente a causa del forte impatto delle donne straniere nella fecondità regionale.

Nel corso del 2005 nell'ambito materno-infantile sono stati effettuati diversi approfondimenti. Si segnalano in particolare gli studi sui nati malformati, sui nati prematuri, sui nati da procreazione medico-assistita e sull'abortività volontaria. Tali studi, pur essendo in fasi piuttosto avanzate, potranno essere inseriti nella prossima Relazione Socio Sanitaria (ad eccezione dello studio sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza a cui sarà dedicato un apposito paragrafo). Qui si dà conto della loro elaborazione ed implementazione.

I nati malformati

La determinazione dell'entità delle malformazioni congenite rappresenta un tema molto importante da un punto di vista sia epidemiologico sia assistenziale. La conoscenza della reale entità dei nati malformati non è però semplice e tantomeno disponibile, poiché la gran parte delle malformazioni non è visibile alla nascita. Esse sono perciò diagnosticate giorni, mesi o anche anni dopo la nascita, a seconda del tipo di malformazione. La conoscenza dell'esatta entità del fenomeno è perciò possibile mediante l'integrazione di più fonti informative e mediante tecniche di ricostruzione di coorti.





Inoltre, il fenomeno non deve essere sottovalutato alla luce dell'avanzamento della tecnica medica, in virtù della quale oggi la sopravvivenza di feti malformati è decisamente superiore rispetto al passato. È da attendersi, quindi, non una diminuzione dell'entità dei nati malformati, ma una stabilità o addirittura un aumento.

Lo studio sull'argomento è basato sull'integrazione delle informazioni disponibili dalle schede di dimissione ospedaliera e dai certificati di assistenza al parto. In questo studio, i nati di ogni anno sono stati seguiti fino alla prima infanzia grazie alla disponibilità di più anni delle schede di dimissione ospedaliera. È stato così possibile identificare i loro ricoveri e il momento di eventuale prima diagnosi di malformazione.

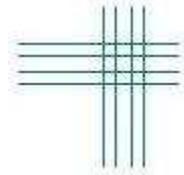
I nati prematuri

L'entità dei nati prematuri sta rapidamente aumentando nel corso degli anni. Ciò è dovuto sia a una loro maggiore sopravvivenza in virtù degli avanzamenti medici, sia all'aumento dei parti gemellari, a loro volta in aumento a seguito del ricorso alla procreazione assistita.

Il fenomeno merita perciò di essere seguito con attenzione, anche per le risorse assistenziali che esso richiede. Diversi lavori e ricerche sono state svolte con la collaborazione di strutture ospedaliere competenti.

La procreazione medicalmente assistita

Il ricorso a tecniche di fecondazione assistita sta aumentando in Italia e anche nella nostra Regione. Le implicazioni sono molteplici: il maggior rischio di parto gemellare (circa $\frac{1}{4}$ dei parti con procreazione assistita sono gemellari), il maggior uso di risorse economiche e sanitarie, i maggiori rischi legati alla gravidanza, se non altro perché in genere le donne che fanno ricorso alla PMA sono in età avanzata. Per tali motivi la Regione ha ritenuto opportuno intraprendere un percorso di analisi del fenomeno.



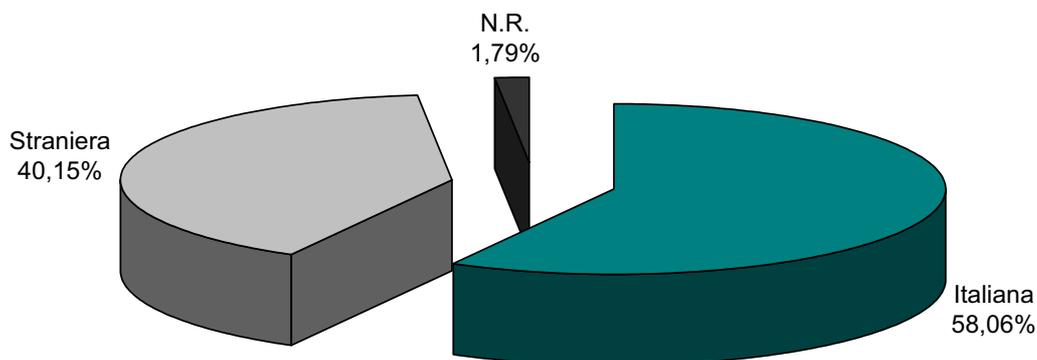
Analisi dell'abortività volontaria in Veneto

Il fenomeno dell'abortività volontaria viene monitorato in Italia mediante un flusso statistico coordinato dall'ISTAT, che registra tutti gli interventi di IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) effettuati nelle strutture pubbliche e private abilitate. Nella Regione del Veneto tale flusso è gestito mediante un applicativo web che si avvale della rete intranet regionale.

Negli anni 2004-2005 il fenomeno, appare in contenuto ma costante calo. Tuttavia, se questo è vero per le donne venete, si riscontra invece un aumento tra le donne straniere a seguito del forte impatto dell'immigrazione. Si pensi che in Veneto oltre il quaranta per cento delle interruzioni volontarie di gravidanza è effettuato da donne immigrate.

Di seguito si propongono i dati rilevati sull'andamento delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel Veneto, nel biennio 2004-2005.

Interruzioni volontarie di gravidanza per nazionalità della donna - Veneto Anno 2004



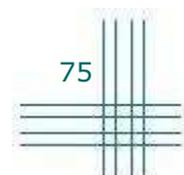
■ Italiana ■ Straniera ■ N.R.

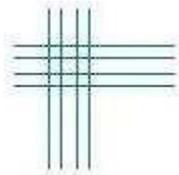
N.R. = non rilevato

Anno 2004

Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)			
Numero totale IVG	7.417	di cui IVG effettuate da donne di età inferiore ai 18 anni	198

Suddivisione per età										
Età inferiore ai 18 anni	18	19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	N.R.	Totale
198	153	214	1.347	1.819	1.750	1.368	536	32	0	7.417





Suddivisione per residenza						
Azienda ULSS di residenza	Altra Azienda ULSS della Provincia	Altra Provincia (stessa regione)	Altra regione	Estero	N.R.	Totale
2.997	2.449	1.229	333	409	0	7.417

Suddivisione per cittadinanza									
Italiana	Straniera							N.R.	Totale
	Est Europa	Altri Paesi europei	Africa	America Nord	America Centro Sud	Asia	Oceania		
4.306	1.698	40	656	16	157	409	2	133	7.417

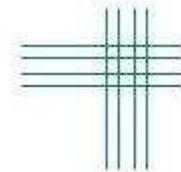
Suddivisione per stato civile					
Nubili	Coniugate	Separate/Divorziate	Vedove	N.R.	Totale
3.188	3.618	481	27	103	7.417

Suddivisione per titolo di studio					
Nessuno/Elem.	Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea o altro titolo universitario	N.R.	Totale
659	3.469	2.571	405	313	7.417

Suddivisione per professione							
Occupata	Disoccupata	In cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra condizione professionale	N.R.	Totale
4.012	984	132	1.600	527	15	146	7.417

Gravidanze precedenti							
N° donne con:	0	1	2	3	≥ 4	N.R.	Totale
Nati vivi	3.035	1.924	1.810	438	121	89	7.417
Nati morti	7.179	40	4	0	1	193	7.417
Aborti spontanei	6.316	725	153	33	12	178	7.417
IVG	5.510	1.214	350	112	71	160	7.417

Settimane di Gestazione per età della donna									
Settimane di gestazione	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥ 40	N.R.	Totale
≤ 8	2	66	158	251	260	201	104	0	1.042
9-10	5	234	618	807	776	592	239	0	3.271
11-12	2	203	463	616	556	384	153	0	2.377
13-15	1	35	56	55	56	57	24	0	284
16-20	1	1	6	17	25	50	20	0	120
≥ 21	0	2	7	21	30	25	4	0	89
N.R.	0	13	39	52	47	59	24	0	234
Totale	11	554	1.347	1.819	1.750	1.368	568	0	7.417



Certificazione rilasciata da						
Consultorio	Medico di fiducia	Servizio ostetrico ginecologico	Altra struttura	Mancante pericolo vita donna	N.R.	Totale
2.911	2.157	2.089	190	0	70	7.417

Urgenza				Assenso dei genitori					
Urgenti	Non urgenti	N.R.	Totale	Genitori	Giudice tutelare	Mancante per urgenza	Mancante IVG > 90 giorni	Non necessario	Totale
487	6.562	368	7.417	63	25	1	0	7.328	7.417

Attesa dell'intervento (N° donne che hanno aspettato dalla data della certificazione a quella dell'intervento)							
N° giorni	< 8	8-14	15-21	22-28	> 28	N.R.	Totale
N° donne	835	1.517	1.797	1.873	1.395	0	7.417

Tipo di intervento					
Raschiamento	Karman	Isterosuzione	Altro metodo	N.R.	Totale
1.005	3.933	2.198	205	76	7.417

Terapia antalgica						
Anestesia generale	Anestesia locale	Analgesia	Altra	Nessuna	N.R.	Totale
5.565	882	59	818	35	58	7.417

Durata della degenza (se inferiore a 24 ore e include il pernottamento, si considera 1 giorno)								
< 1	1	2	3	4	5	≥ 6	N.R.	Totale
6.283	909	69	42	22	9	38	45	7.417

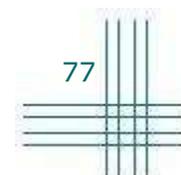
Complicanze immediate								
Nessuna	Emorragia	Infezione	Perforazione	Lacerazione	Decesso	Altra	N.R.	Totale
7.342	8	3	2	1	0	5	56	7.417

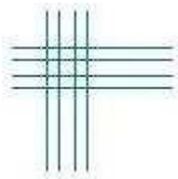
Andamento mensile dell'abortività											
Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
616	641	652	641	687	655	646	525	585	578	589	602

Anno 2005

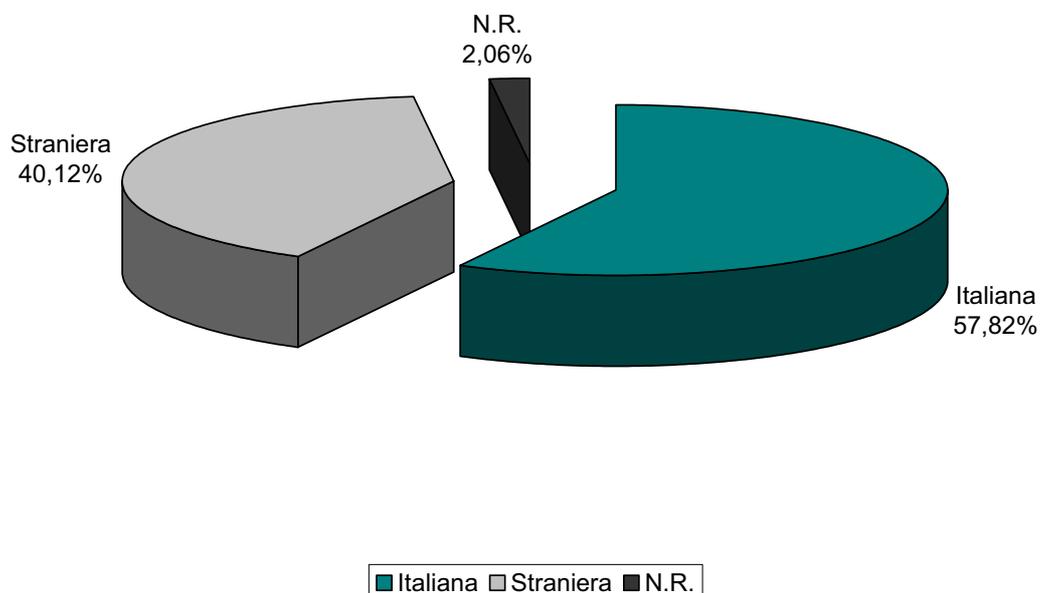
Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)			
Numero totale IVG	7.151	di cui IVG effettuate da donne di età inferiore ai 18 anni	167

Suddivisione per età											
Età inferiore ai 18 anni	18	19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	N.R.	Totale	
167	153	189	1.339	1.620	1.717	1.305	622	39	0	7.151	





Interruzioni volontarie di gravidanza per nazionalità della donna - Veneto Anno 2005

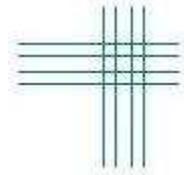


Suddivisione per residenza						
Azienda ULSS di residenza	Altra Azienda ULSS della Provincia	Altra Provincia (stessa regione)	Altra regione	Estero	N.R.	Totale
3.088	1.932	1.069	272	551	239	7.151

Suddivisione per cittadinanza									
Italiana	Straniera							N.R.	Totale
	Est Europa	Altri Paesi europei	Africa	America Nord	America Centro Sud	Asia	Oceania		
4.135	1.642	44	619	7	151	405	1	147	7.151

Suddivisione per stato civile					
Nubili	Coniugate	Separate/Divorziate	Vedove	N.R.	Totale
3.069	3.397	494	32	159	7.151

Suddivisione per titolo di studio					
Nessuno/Elem.	Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea o altro titolo universitario	N.R.	Totale
625	3.197	2.564	420	345	7.151



Suddivisione per professione							
Occupata	Disoccupata	In cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra condizione professionale	N.R.	Totale
3.868	1.014	108	1.492	491	15	163	7.151

Gravidanze precedenti							
N° donne con:	0	1	2	3	≥ 4	N.R.	Totale
Nati vivi	2.885	1.917	1.707	454	135	53	7.151
Nati morti	6.966	44	4	1	1	135	7.151
Aborti spontanei	6.110	737	134	29	15	126	7.151
IVG	5.358	1.152	355	102	56	128	7.151

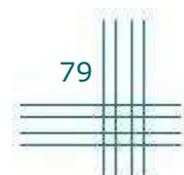
Settimane di Gestazione per età della donna									
Settimane di gestazione	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥ 40	N.R.	Totale
≤ 8	0	80	174	203	245	239	134	0	1075
9-10	4	206	584	719	745	539	269	0	3066
11-12	3	184	469	573	565	364	193	1	2352
13-15	1	18	57	47	54	58	25	0	260
16-20	0	2	9	17	26	45	17	0	116
≥ 21	0	0	8	20	30	16	5	0	79
N.R.	0	10	38	41	52	44	18	0	203
Totale	8	500	1339	1620	1717	1305	661	1	7151

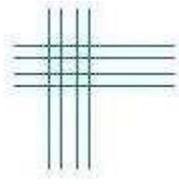
Certificazione rilasciata da						
consultorio	medico di fiducia	servizio ostetrico ginecologico	altra struttura	mancante pericolo vita donna	N.R.	Totale
2.664	2.033	2.171	234	1	48	7.151

Urgenza				Assenso dei genitori					
Urgenti	Non urgenti	N.R.	Totale	Genitori	Giudice tutelare	Mancante per urgenza	Mancante IVG > 90 giorni	Non necessario	Totale
467	6.305	379	7.151	74	21	3	0	7.053	7.151

Attesa dell'intervento (N° donne che hanno aspettato dalla data della certificazione a quella dell'intervento)							
N° giorni	< 8	8-14	15-21	22-28	> 28	N.R.	Totale
N° donne	957	1.424	1.667	1.790	1.313	0	7.151

Tipo di intervento					
Raschiamento	Karman	Isterosuzione	Altro metodo	N.R.	Totale
768	4.192	2.008	143	40	7.151



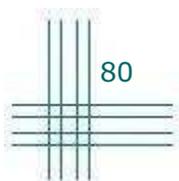


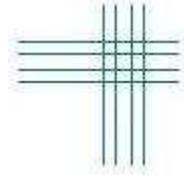
Terapia antalgica						
Anestesia generale	Anestesia locale	Analgesia	Altra	Nessuna	N.R.	Totale
5.425	746	71	829	28	52	7.151

Durata della degenza (se inferiore a 24 ore e include il pernottamento, si considera 1 giorno)								
< 1	1	2	3	4	5	≥ 6	N.R.	Totale
5.994	818	107	42	22	14	41	113	7.151

Complicanze immediate								
Nessuna	Emorragia	Infezione	Perforazione	Lacerazione	Decesso	Altra	N.R.	Totale
7.035	8	0	2	0	0	13	93	7.151

Andamento mensile dell'abortività												
Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	
627	597	698	624	719	617	603	529	542	545	492	558	





1.4 Epidemiologia e diritti dei minori

Descrizione dei fenomeni

L'attenzione ai fenomeni di tipo demografico ed epidemiologico che connotano l'azione della Regione del Veneto si esprime anche attraverso un legame inedito tra epidemiologia e diritti dei minori.

In tal senso, l'Ufficio di Protezione e Pubblica Tutela dei minori ha attivato e coordinato un gruppo di studio interdisciplinare per la definizione e attuazione di una ricerca su un campione di ospedali del Veneto, finalizzata ad una verifica dell'attuazione della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia in ambito ospedaliero, ad una riflessione per un aggiornamento della Carta dei diritti dei bambini in ospedale e alla promozione di "linee guida" per garantire l'ascolto e la cura dei loro bisogni fondamentali.

Tra i componenti del gruppo si segnalano: un esperto in diritti dell'infanzia nel campo socio-sanitario, un pediatra **esperto in epidemiologia e sanità pubblica**, un dirigente in servizio infermieristico, un pediatra rappresentante della società triveneta di neonatologia, un pediatra rappresentante del collegio dei primari di pediatria della Regione Veneto, una giornalista esperta in sanità, un giurista.

Il Pubblico Tutore dei minori è il garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza: un organo indipendente della Regione che sostiene le politiche e le iniziative che proteggono e promuovono i diritti dei bambini e degli adolescenti nel Veneto. Tali attività sono promosse dai servizi sociali e sanitari, dalla scuola, dalle autorità giudiziarie, dalle associazioni, dalle famiglie e dai singoli cittadini.

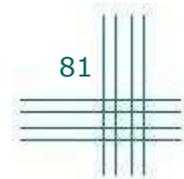
Il Pubblico Tutore dei minori vigila affinché in ogni circostanza sia rispettato il supremo interesse dei bambini, come richiesto dalla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (art. 3).

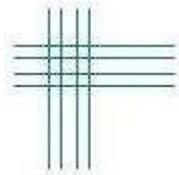
Ora, nell'ambito dell'interazione dell'Ufficio con i servizi sanitari, socio sanitari e sociali della Regione del Veneto è stata condotta nel corso del 2004 e nei primi mesi del 2005 una ricerca che rappresenta la prima e, a tutt'oggi, più estesa analisi sul rispetto dei diritti dei bambini nella rete ospedaliera regionale.

L'obiettivo generale del progetto era infatti quello di conoscere lo stato di applicazione di tali diritti negli ospedali del Veneto e promuovere la diffusione degli stessi attraverso l'acquisizione di consapevolezza della loro fondamentale importanza. In altri termini, l'azione era indirizzata a far sì che la filosofia dei diritti dell'infanzia diventasse patrimonio di tutti i soggetti coinvolti nei processi di cura destinati ai bambini.

Il progetto, alquanto complesso, è stato realizzato da un gruppo di lavoro estremamente qualificato e si è articolato in più fasi:

- In primo luogo è stata raccolta la normativa di riferimento (in particolare a livello comunitario) e sono state esaminate le esperienze condotte in Italia e all'Estero che potevano essere di supporto all'azione intrapresa.
- Quindi, prendendo in considerazione le prassi dei vari ospedali della Regione, attraverso una lettura accurata dei percorsi ospedalieri dei minori ricoverati, è stata messa a punto una **check-list** finalizzata ad acquisire anche dati "soggettivi" sulle modalità di trattamento, dal ricovero alla dimissione dei bambini interessati.





- La check-list, che comprendeva sia domande a risposta chiusa che quesiti a risposta aperta, è stata realizzata tenendo conto di quali sarebbero stati i destinatari del questionario finale, ovvero medici ed infermieri dei reparti ospedalieri in cui vengono ricoverati almeno **venti minori all'anno** (quindi, non solo pediatrie), i genitori dei bambini ricoverati, i degenti adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 17 anni.
- Tale strumento ha consentito di tradurre i diritti dell'infanzia in termini di prassi ospedaliere quotidiane. Peraltro, nella stessa fase di elaborazione, la check-list ha suscitato l'interesse e la fattiva collaborazione delle Direzioni Sanitarie di tutte le Aziende ULSS del Veneto. Le Unità operative coinvolte sono state complessivamente 122 e sono state individuate attraverso le schede di dimissione ospedaliera degli anni 2001-2003.
- I questionari elaborati sono stati distribuiti ad un campione di operatori ed utenti. I dati quantitativi "oggettivi" acquisiti attraverso la lettura delle schede di dimissione ospedaliera sono stati poi comparati con i dati "soggettivi" risultanti dalla comparazione delle check-list.

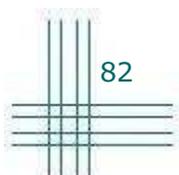
I primi esiti della ricerca sono stati presentati in un convegno che ha avuto luogo a Padova il 10 febbraio 2005 e al Forum PA 2005. Si auspica che lo strumento elaborato, suscettibile di sistematico e continuo miglioramento, entri nelle abituali attività ospedaliere, facilitando l'auto-monitoraggio dell'attuazione effettiva dei diritti dell'infanzia negli ospedali del Veneto.

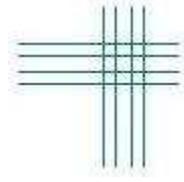
È altresì auspicabile la realizzazione di un flusso informativo e la creazione di una guida regionale che promuova e faciliti l'adozione di buone pratiche.

L'assistenza pediatrica nella Regione Veneto Unità Operative Autonome al 30 giugno 2004

UNITÀ OPERATIVE AUTONOME	NUMERO
PEDIATRIA	36
CHIRURGIA PEDIATRICA	4
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	1
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4
CHIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA	1
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	1
PATOLOGIA NEONATALE	5
TOTALE	54

UNITÀ OPERATIVE AUTONOME	POSTI LETTO
PEDIATRIA	411
CHIRURGIA PEDIATRICA	56
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	37
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
CHIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA	7
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	
PATOLOGIA NEONATALE	35
TOTALE	552





Chiarimenti

Di seguito si indicano i significati di alcuni termini utilizzati in questa sezione della Relazione Socio Sanitaria. La fonte delle definizioni è il Ministero della Salute.

Sistema di classificazione ICD9-CM: La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

Nel 1893, la Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, che ebbe luogo a Chicago, approvò la Classificazione internazionale delle cause di morte. L'Italia adottò tale Classificazione a partire dal 1924.

Sottoposta periodicamente a revisione, la Classificazione internazionale, a partire dalla 6° revisione (1948), fu adottata anche per rilevare le cause di morbosità. Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29° Assemblea della Organizzazione mondiale della sanità è stata approvata la 9° revisione della Classificazione (ICD9).

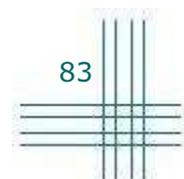
Negli Stati Uniti, un Comitato (in cui sono rappresentati le associazioni professionali ed accademiche dei medici, le associazioni degli ospedali, l'ufficio regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'amministrazione pubblica HCFA), ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD9-CM ("International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification"), la quale è stata utilizzata dal 1979.

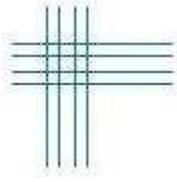
Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD-9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità. Infatti, le principali modificazioni introdotte sono finalizzate a consentire sia una classificazione più precisa ed analitica delle formulazioni diagnostiche, attraverso l'introduzione di un quinto carattere, sia l'introduzione della classificazione delle procedure.

La Classificazione ICD9 nella traduzione italiana predisposta e pubblicata a cura dell'Istat ("Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte", 9° revisione, 1975, Coll. Metodi e Norme, serie C, n.10, Voll.1-2), è stata utilizzata, ai sensi del Decreto del Ministero della sanità 26 luglio 1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

La classificazione vigente è riportata nel **Manuale ICD9-CM** e rappresenta la traduzione italiana della versione 1997 della classificazione ICD9-CM, predisposta a cura del Ministero della Salute e pubblicata dall'Istituto Poligrafico dello Stato. Essa è utilizzata a partire dal 1 gennaio 2001 per la codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ai sensi del Decreto del Ministero della sanità 27 ottobre 2000, n. 380. Contiene oltre undicimila codici finali di diagnosi e oltre tremila codici finali di procedure

Scheda di Dimissione Ospedaliera - Strumento informativo per la raccolta dei dati relativi ai singoli dimessi dagli istituti di ricovero ospedaliero; costituisce la sintesi delle informazioni contenute nella cartella clinica. La identificazione delle informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione e le relative modalità di compilazione e codifica sono disciplinate dal decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991 e dal decreto Ministero della sanità 26 luglio 1993 (cfr. allegati 1 e 2). A far data dal 1 gennaio 2001, la nuova disciplina della SDO è stabilita dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380.





Diagnosis Related Group (DRG) - Categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione.

Grouper - Software che assegna ogni caso al corrispondente DRG, ovvero che, utilizzando come input i dati clinici rilevati dalla scheda di dimissione, produce come output un numero a tre caratteri che identifica il DRG corrispondente.

* Per approfondimenti:

(<http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezApprofondimenti.jsp?label=cod>)

Burden - Quantificazione dell'impatto della patologia nel determinare mortalità ed invalidità ottenuta attraverso il controllo incrociato tra stime di quantità diverse, ma tra loro collegate, quali la prevalenza, l'incidenza e la mortalità, nonché la sopravvivenza o la permanenza in un certo stato di salute, al fine di assicurarsi che le varie stime siano tra loro compatibili.

Dal 1998, nell'ambito di un rinnovamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, consistente in vari cambiamenti nella struttura e nei contenuti strategici della organizzazione stessa, è stata creata una nuova unità operativa, alla quale corrisponde un programma denominato "Global Programme on Evidence for Health Policy" (GPE), con l'obiettivo di migliorare le metodiche di pianificazione e allocazione di risorse sanitarie. Parallelamente è stato costituito l'**International Burden of Disease Network**, di cui fa parte il GPE, che riunisce vari Paesi. Tali Paesi hanno concordato di cercare di dare una base razionale di valutazione costo-efficacia alle politiche sanitarie (fonte: Istituto Superiore di Sanità Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica).

Normativa

Decreto Ministeriale del Ministero della Salute n. 349 - 16 luglio 2001, recante: "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".

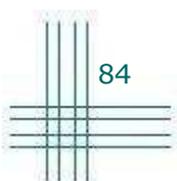
Circolare del Ministero della Salute n. 15 - 19 dicembre 2001: "Modalità di attuazione del Decreto 16 luglio 2001, n. 349: Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".

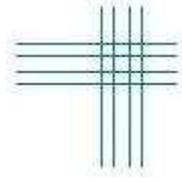
Allegato 1: "Istruzioni per le modalità di trasmissione dei dati rilevati attraverso i certificati di assistenza al parto";

Allegato 2: "Definizione e codifica delle informazioni contenute nello schema esemplificativo del certificato di assistenza al parto".

Legge Regionale 9 agosto 1988, n. 42, recante: "Istituzione dell'Ufficio di Protezione e Pubblica Tutela dei minori".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2477 del 6 agosto 2004: "Osservatorio regionale della patologia in età pediatrica c/o Azienda ospedaliera di Padova. Finanziamento per la gestione del flusso informativo regionale dei certificati di assistenza al parto (CEDAP) - anni 2003 e 2004".





Deliberazione della Giunta Regionale n. 3282 del 22 ottobre 2004: "DGR n. 1972 del 4.7.2003 Centro regionale di riferimento per il coordinamento del SER. Approvazione relazione a consuntivo e rendiconto delle spese anno di attività 2003, programma di attività e preventivo di spesa anno di attività 2004. DGR n. 4069 del 30.12.2003 - Modifica".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 661 del 4 marzo 2005: "Ufficio di Protezione e Pubblica Tutela dei Minori: Prosecuzione attività. Piano attività 2005".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 924 del 18 marzo 2005: "DGR n. 1183 del 30.04.2003 e DGR n. 1972 del 4.7.2003 Centro regionale di riferimento per il coordinamento del SER. Approvazione relazione a consuntivo e rendiconto delle spese anno di attività 2004, programma di attività e preventivo di spesa anno di attività 2005. DGR n. 2013 del 27.07.2001, integrata con DGR n. 3907 del 31.12.2001. Finanziamento del gruppo di lavoro costituito presso il Centro regionale di riferimento per il coordinamento del SER".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 927 del 18 marzo 2005: "Osservatorio regionale della patologia in età pediatrica. Approvazione rapporto tecnico attività anno 2005. Finanziamento attività per l'anno 2006".

Fonti

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica - dati ufficiali più recenti sulla popolazione residente nei Comuni italiani derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici di Anagrafe.

Sito Internet:

<http://demo.istat.it/>

Centro regionale di riferimento per il coordinamento del Sistema Epidemiologico della Regione del Veneto - CRRC - SER, presso il Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto dell'Azienda ULSS 8 di Asolo.

Sito Internet:

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

Osservatorio Regionale per la Patologia in età Pediatrica, presso l'Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova e dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

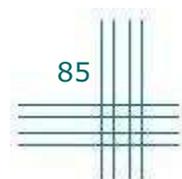
Sito Internet:

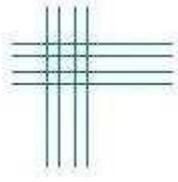
<http://www.osservabimbo.it/home.htm>.

Regione del Veneto: Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari afferente alla Segreteria Sanità e Sociale, presso Palazzo Molin a Venezia.

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.+Piani+e+Programmi+Socio+Sanitari.htm>





Regione del Veneto: Direzione Servizi Sanitari afferente alla Segreteria Sanità e Sociale.

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.+Servizi+Sanitari.htm>

Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche - afferenti alla Segreteria Sanità e Sociale.

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Sistema+Informativo+Socio+Sanitario+e+Tecnologie+Informatiche/>

Osservatorio Immigrazione della Regione Veneto

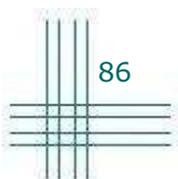
Sito Internet:

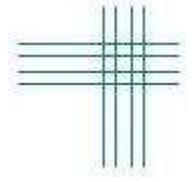
<http://www.venetoimmigrazione.it/>

Ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori

Sito Internet:

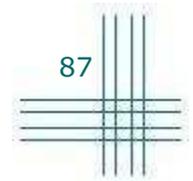
<http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/Organi+di+Garanzia/Pubblico+Tutore+dei+Minori/>

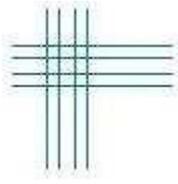




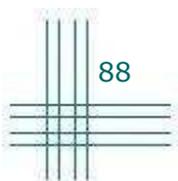
Parte Seconda

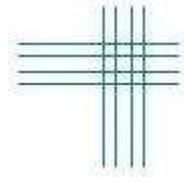
Attività di prevenzione





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di rappresentare le attività di prevenzione implementate in ambito regionale negli anni 2004 e 2005.





2.1 Copertura vaccinale, sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

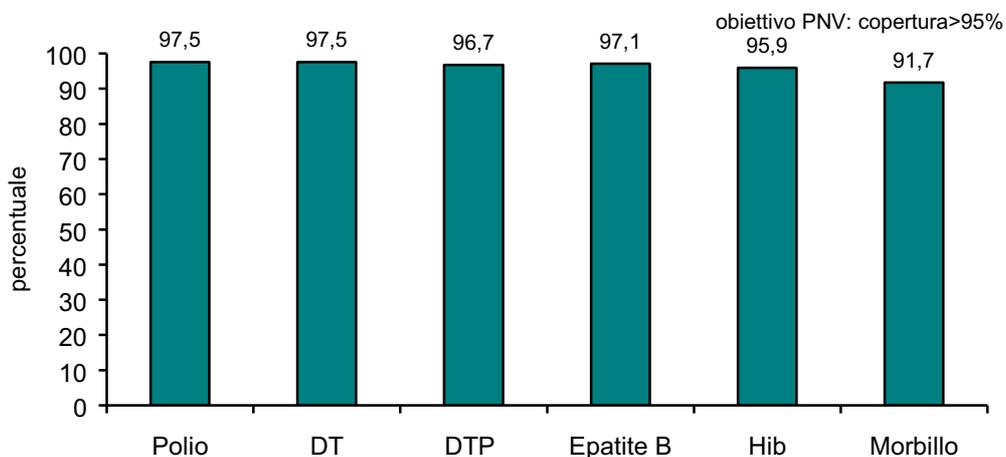
Descrizione dei fenomeni

Per l'anno 2004 i livelli di copertura vaccinale raggiunti nel Veneto per poliomielite, difterite (DT), pertosse (DTP), ed epatite B sono molto elevati: i valori ottenuti superano la soglia del 95% che rappresenta l'obiettivo fissato dal Piano Nazionale Vaccini per garantire un'adeguata protezione contro le malattie prevenibili con le vaccinazioni considerate.

L'*Haemophilus Influenzae* tipo B (Hib) era la causa più frequente di meningite nei bambini di età inferiore a 2 anni prima dell'estensione della vaccinazione a tutti i nuovi nati. I bambini non vaccinati di età inferiore a 4 anni sono a rischio aumentato di infezione invasive da Hib, specie se vivono a contatto prolungato (ad esempio in casa) con un bambino che abbia presentato un'infezione invasiva. Da quando è stato introdotto l'uso esteso del vaccino coniugato contro l'Hib l'incidenza delle infezioni invasive nei lattanti e nei bambini piccoli è diminuita di circa il 99%.

Deve essere invece migliorata la copertura contro morbillo e rosolia che si mantiene ancora al di sotto del 95% e rappresenta pertanto il principale obiettivo vaccinale non ancora raggiunto nella nostra Regione.

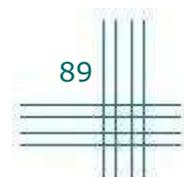
**Coperture vaccinali percentuale a 24 mesi nel Veneto
Anno 2004 (coorte di nascita 2002).**

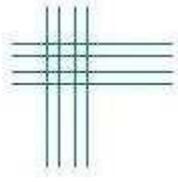


* PNV = Piano Nazionale Vaccini

Morbillo:

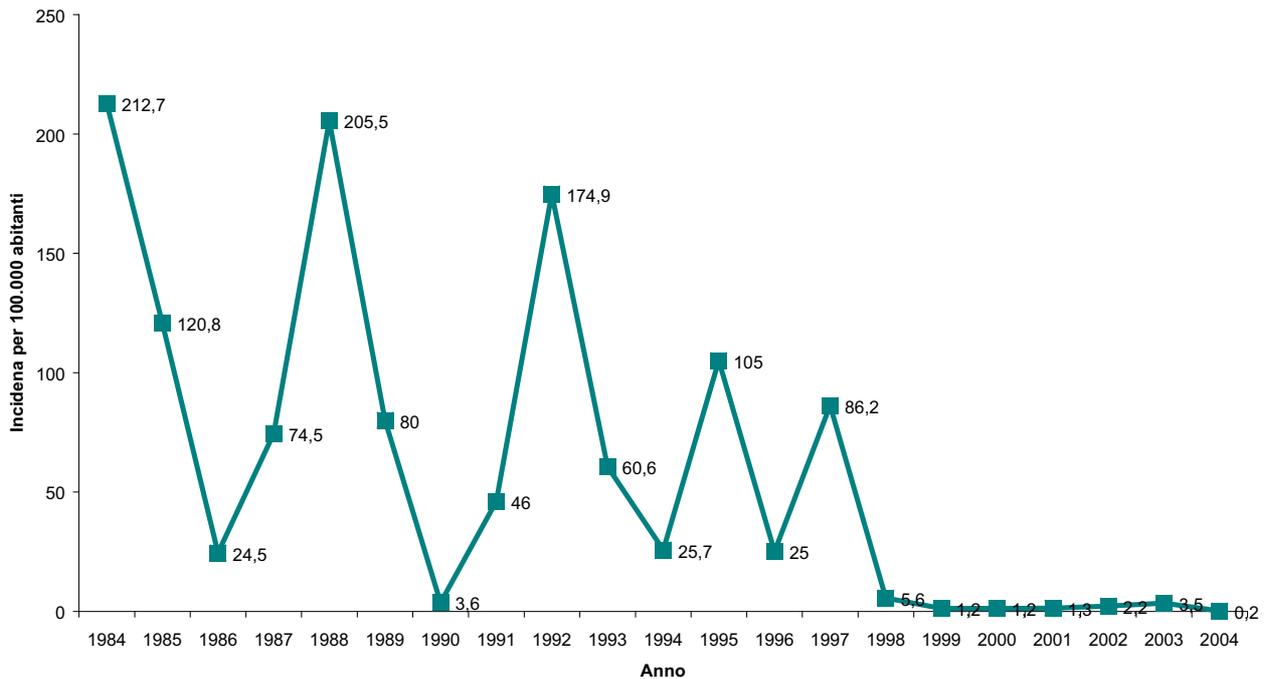
Negli ultimi venti anni per effetto della vaccinazione si è verificata una graduale riduzione dell'incidenza della malattia: in particolare grazie al programma di eliminazione del morbillo, lanciato dalla Regione nel 1998, si era ottenuta una netta riduzione dell'incidenza a 1,2 - 1,3 casi per 100.000 abitanti.





Nel 2002 l'incidenza della malattia è nuovamente aumentata a 2,2 (70 casi) a causa di 57 casi di morbillo associati all'epidemia in corso in Campania. Nel 2003 si sono avuti 140 casi (incidenza 3,5/100.000 abitanti) a cui hanno contribuito due focolai epidemici manifestatisi rispettivamente tra gli alunni di una scuola superiore (32 casi) e tra bambini membri di una società sportiva (14 casi). Nel 2004 sono stati notificati 9 casi di morbillo.

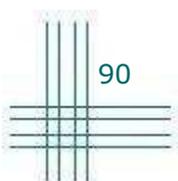
Andamento dell'incidenza del morbillo nella Regione del Veneto anni 1984-2004

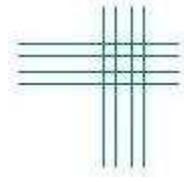


La copertura vaccinale contro il morbillo nella Regione è progressivamente migliorata dalla metà degli anni 80 in poi per raggiungere a metà degli anni 90 valori attorno all' 80%. Con il programma regionale di eliminazione del morbillo 1998-2000 e con l'avvio del programma nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nel 2004 è stata raggiunta una copertura del 91.7% nella coorte dei nati del 2002.

Regione Veneto: numero di vaccinati contro il morbillo e contro morbillo-parotite-rosolia

	2003	2004
1° dose nei nuovi nati	39.399	40.434
1° dose recuperi	10.676	15.258
2° dose	7.348	87.085





Anche il programma nazionale prevede l'offerta attiva di una dose di vaccino antimorbillo-parotite-rosolia a bambini e ragazzi mai vaccinati e la somministrazione della seconda dose. Nell'ambito di questo programma l'attività di vaccinazione contro il morbillo nel 2004 ha avuto un grosso incremento, continuando a costituire una delle azioni prioritarie condotte dai servizi di vaccinazione.

Vaccinazione antipertossica

Anche la copertura vaccinale regionale per la pertosse, come per il morbillo, è progressivamente aumentata fino a raggiungere a partire dal 1997 valori superiori al 95% grazie alla disponibilità del vaccino antipertossico acellulare e in seguito alla disponibilità di vaccini combinati.

Motivi della mancata vaccinazione antipolio

Il numero di bambini non vaccinati perché i loro genitori sono contrari alle vaccinazioni è continuato a salire. I genitori che hanno opposto un rifiuto alle vaccinazioni sono stati 497 (1.2%) nel 2003 e 555 (1.3%) nel 2004.

Influenza: stagione epidemica 2004-2005

Nell'ambito degli interventi di Sanità Pubblica la prevenzione dell'influenza costituisce un'azione prioritaria: l'influenza rappresenta infatti una delle più importanti cause di morte per malattie infettive nei Paesi industrializzati, subito dopo AIDS e tubercolosi.

Dopo aver attivato per prima una rete di sorveglianza nel 1994-95, la Regione del Veneto collabora dalla stagione 1999-2000 con l'Istituto Superiore di Sanità alla Rete Nazionale di Sorveglianza, basata sui medici sentinella facenti capo ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica di ogni Azienda ULSS.

Nella stagione 2004-2005 hanno partecipato al sistema di sorveglianza 9 Aziende ULSS (ULSS n. 1, 2, 4, 6, 10, 12, 16, 19 e 20) con 94 Medici Sentinella tra MMG e PLS, che hanno sorvegliato complessivamente una popolazione di 118.695 assistiti, pari al 2,6% della popolazione regionale

La sorveglianza è stata condotta suddividendo la popolazione in 3 classi di età: da 0 a 14 anni, da 15 a 64 anni e di età superiore a 64 anni. La classe 0-14 anni, solitamente più colpita dall'epidemia, è stata ulteriormente divisa in due sottoclassi, 0-4 e 5-14 anni.

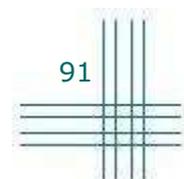
La sorveglianza epidemiologica ha avuto inizio la seconda settimana di Ottobre 2004 e si è protratta fino alla penultima settimana di Aprile 2005, per un totale di 28 settimane.

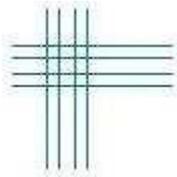
La fascia 0-14 anni è risultata essere la più colpita dall'epidemia, come è di comune riscontro clinico.

L'andamento dell'epidemia influenzale nella nostra Regione è pressoché sovrapponibile a quello del resto del Paese, a conferma dell'affidabilità della rete di sorveglianza.

Confrontando i valori di durata e di incidenza cumulativa nelle fasce pediatrica e adulta della popolazione, si nota come l'epidemia della stagione 2004-2005 abbia raggiunto dimensioni vicine alle maggiori registrate nell'intero periodo considerato.

Nella fascia di età superiore a 64 anni, la più importante delle categorie a rischio per complicanze, l'epidemia di questa stagione ha raggiunto dimensioni notevolmente superiori a quelle degli anni precedenti, con valori di incidenza settimanali più elevati.





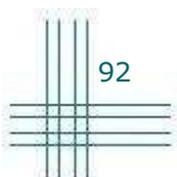
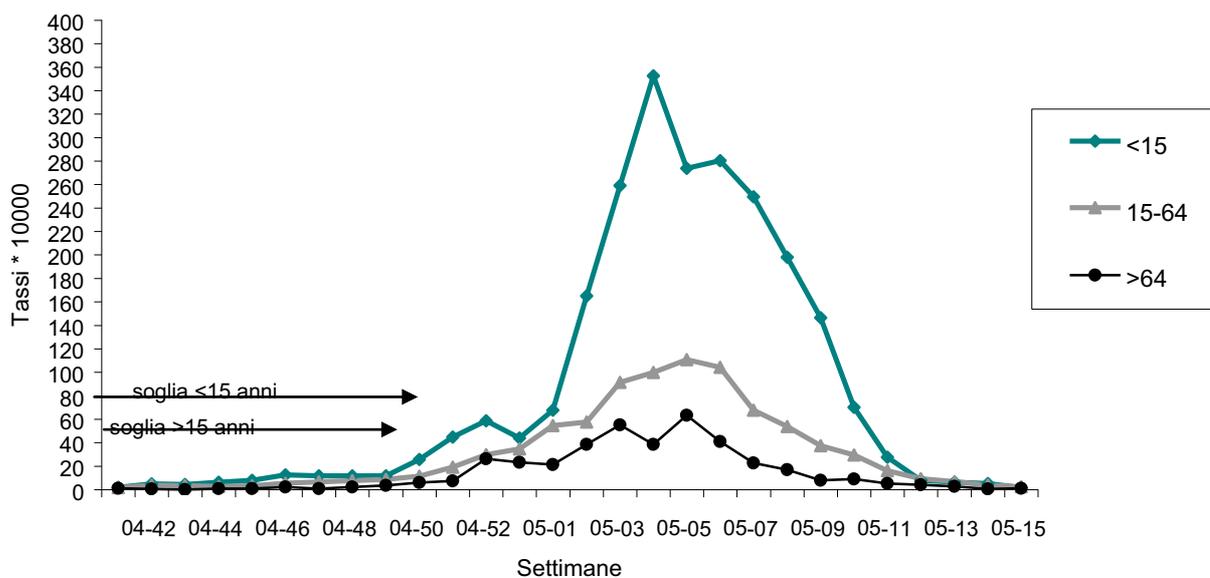
La curva inoltre sale più precocemente, a differenza della stagione 2003-2004 supera la soglia epidemica e tende a scendere più bruscamente, rispetto alle precedenti stagioni considerate.

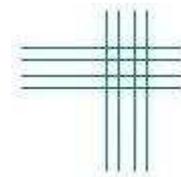
**Ripartizione degli assistiti per Azienda Ulss - Regione del Veneto
Anni 1994-2005**

Anni	Numero Aziende ULSS coinvolte	Numero medici sentinella	Totale assistiti	Percentuale popolazione sorvegliata
1994 - 1995	12	102	139.557	3,1
1995 - 1996	9	84	113.566	2,5
1996 - 1997	7	68	86.698	2,0
1997 - 1998	8	78	97.595	2,2
1998 - 1999	7	76	97.184	2,1
1999 - 2000	7	76	97.377	2,1
2000 - 2001	10	102	120.933	2,7
2001 - 2002	8	89	112.014	2,5
2002 - 2003	9	97	123.336	2,7
2003 - 2004	9	95	119.749	2,7
2004 - 2005	9	94	118.695	2,6

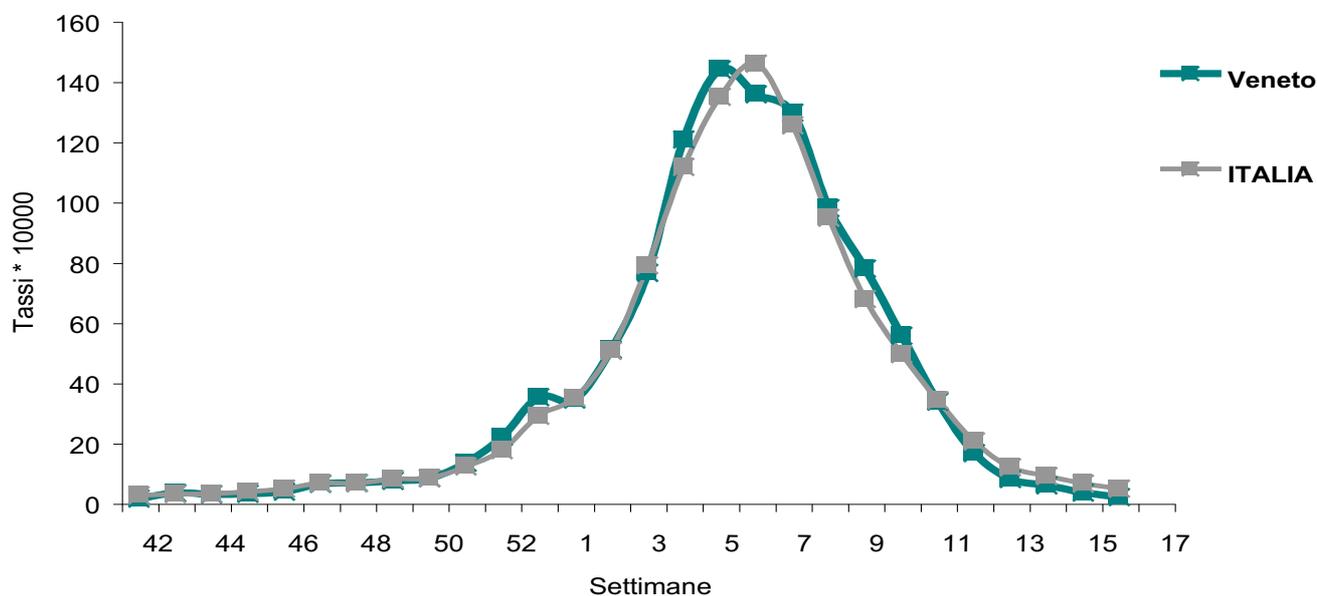
Nei grafici che seguono per "settimane" si intendono settimane di registrazione dei dati (esempio 04-42 dalla quarta settimana alla quarantaduesima).

Incidenza di sindromi influenzali per fasce di età. Regione Veneto, 2004-2005





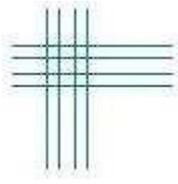
**Incidenze totali di sindromi influenzali:
Stagione epidemica 2004-2005, confronto Veneto - Italia**



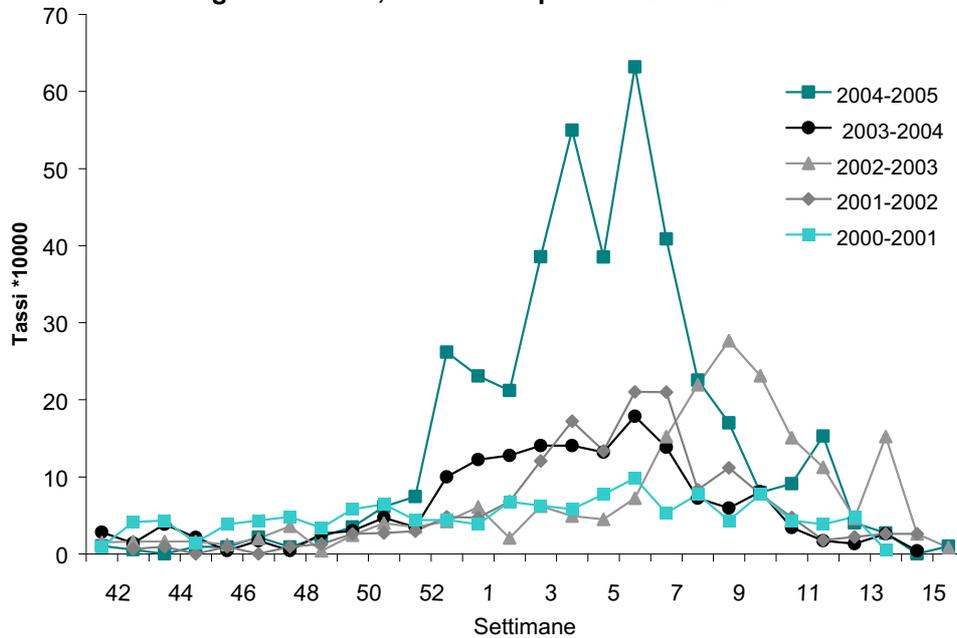
Incidenza sindrome influenzale

Stagioni epidemiche	Popolazione < 15 anni			Popolazione > 15 anni		
	Durata epidemia (settimane)	Massima incidenza settimanale (x1.000)	Incidenza cumulativa (x1.000)	Durata epidemia (settimane)	Massima incidenza settimanale (x1.000)	Incidenza cumulativa (x1.000)
1994 - 1995	10	20.8	143.4	10	8.9	68.6
1995 - 1996	17	18.7	215.8	14	9.7	92.6
1996 - 1997	17	20.1	224.8	16	11.1	119.4
1997 - 1998	8	25.5	139.2	9	13.6	76.9
1998 - 1999	12	33.8	228.1	11	12,6	110.7
1999 - 2000	8	21.3	102.8	6	13,1	54.7
2000 - 2001	6	20.9	92.5	1	3,9	3.9
2001 - 2002	8	34.4	165.4	6	6,5	31.3
2002 - 2003	7	24,7	110,6	5	8.1	31.4
2003 - 2004	6	17,4	72,8	Soglia non superata	3.7	(40.9)* n.c.
2004 - 2005	10	35,3	227,8	8	9,9	73,0

* Incidenza cumulativa calcolata sull'intero periodo di sorveglianza

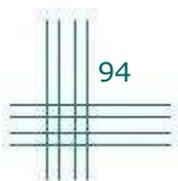
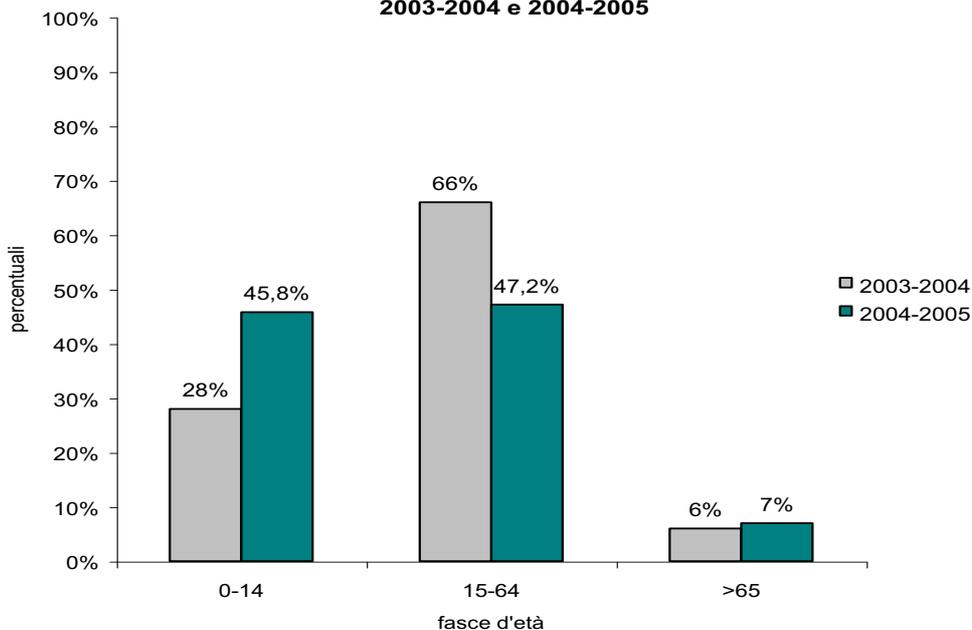


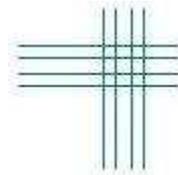
**Incidenza di sindromi influenzali tra gli anziani >64 anni.
Regione Veneto, confronto epidemie 2000-2005**



È possibile confrontare la proporzione di sindromi influenzali per fasce d'età nelle ultime due stagioni epidemiche: la percentuale di casi registrati nella popolazione anziana appare sostanzialmente sovrapponibile nelle due stagioni considerate per effetto del controllo esercitato sull'epidemia dalla campagna vaccinale.

**Proporzione di sindromi influenzali per fasce d'età: confronto stagioni
2003-2004 e 2004-2005**



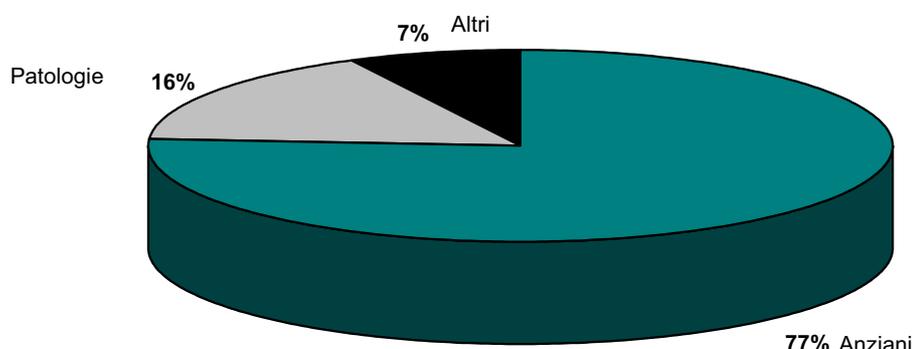


Effetti della campagna vaccinale della stagione 2004-2005

Nel corso della campagna di vaccinazione contro l'influenza condotta dalle Aziende ULSS del Veneto nella stagione 2004-2005, sono state vaccinate 805.230 persone, 6.785 in più rispetto alla campagna precedente, con un incremento pari allo 0,8%.

La maggior parte dei vaccinati è rappresentata da anziani di età superiore a 65 anni, 613.410 persone, pari 76,2%. Per quanto riguarda le indicazioni alla vaccinazione, le persone di età inferiore ai 65 anni sono state vaccinate o perché affette da una delle malattie per le quali è raccomandata la vaccinazione contro l'influenza (16,3% del totale dei vaccinati), o in quanto conviventi di soggetti ad alto rischio (2,1%), o perché adibiti a servizi di pubblica utilità (4,8%).

Proporzione di vaccinati nell'ultima campagna 2004-2005, per grandi gruppi di indicazione

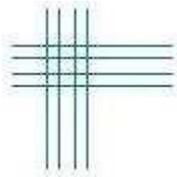


I livelli di copertura raggiunti dalle singole Aziende ULSS per la popolazione anziana segnalano un'elevata variabilità, comprendendo valori da un minimo del 61,8% dell'ULSS 1, ad un massimo del 78,6% dell'ULSS 17.

Nel territorio regionale alla quota di anziani vaccinati dalle singole Aziende ULSS (68,8%) devono essere aggiunti quelli che si sono vaccinati acquistando direttamente il vaccino nelle farmacie: nella stagione 2004-2005 si è stimato che fossero il 4,1%, portando la copertura regionale al 72,9%, valore prossimo all'obiettivo regionale del 75%.

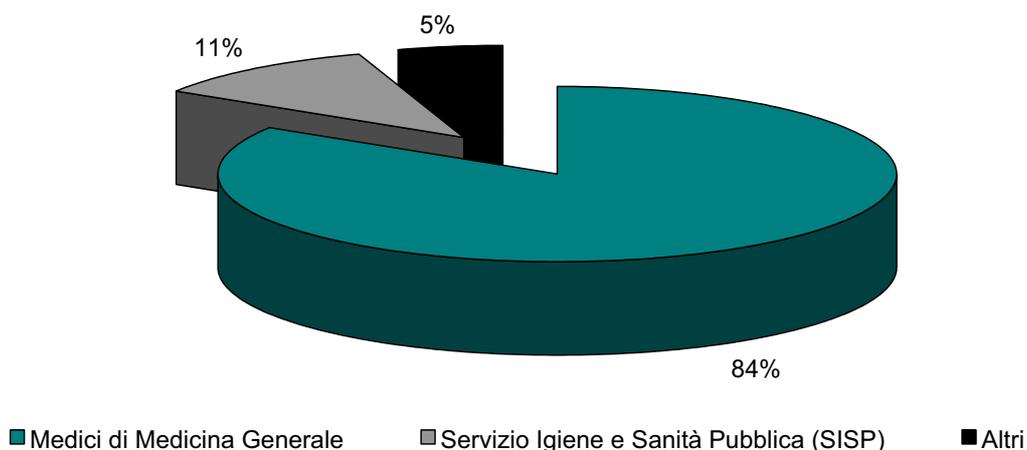
Copertura anziani	Percentuale vaccinati		Totale Regione
	Aziende ULSS	Farmacie*	
	68,8	4,1	72,9 %

* Dato stimato dalla rilevazione in due Aziende ULSS campione



A partire dalla campagna vaccinale del 2000-2001 si è verificato un significativo aumento del coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'esecuzione delle vaccinazioni. Infatti, nella nostra Regione i Medici di Medicina Generale eseguono l'84% del totale delle vaccinazioni antinfluenzali.

Proporzione soggetti vaccinati per esecutori.
Veneto campagna vaccinale 2004-2005



Nel corso delle campagne vaccinali si è notevolmente modificato anche il tipo di vaccino somministrato: nella stagione 1999-2000 è stato introdotto il vaccino "adiuvato", mentre a partire dalla stagione 2001-2002 non è più stato utilizzato il vaccino intero.

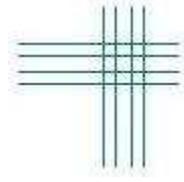
Infatti, si hanno sia vaccini contenenti il virus intero (vaccino intero), sia frammentato (split) con un miglior grado di tollerabilità.

In Italia, per la vaccinazione antinfluenzale sono disponibili i seguenti tipi di vaccino:

- vaccino split, contenente virus influenzale frammentato;
- vaccino virosomale;
- vaccino adiuvato;
- vaccino a subunità, contenente solo gli antigeni di superficie purificati, emoagglutinina e neuraminidasi.

Il vaccino adiuvato è stato messo a punto proprio per migliorare la risposta negli individui che hanno bisogno di maggior protezione e che possono risultare meno protetti dai vaccini convenzionali ed ha dimostrato di determinare negli anziani una risposta paragonabile a quella che si ottiene negli adulti sani con un vaccino convenzionale.

Il vaccino adiuvato virosomale è particolarmente indicato per i bambini a rischio, per la biocompatibilità dell'adiuvante naturale (i virosomi vengono completamente metabolizzati dall'organismo) e per l'ottima tollerabilità, che consente la sua somministrazione ai bambini di età superiore ai 3 anni.



I vaccini a subunità, in virtù della loro estrema tollerabilità, sono particolarmente indicati per l'immunizzazione dei bambini e di adulti che abbiano presentato episodi reattivi in seguito a precedenti somministrazioni di vaccino antinfluenzale; i vaccini adiuvati sono indicati, attualmente, per la vaccinazione degli ultrasessantacinquenni.

Il vaccino adiuvato è stato messo a punto proprio per migliorare la risposta negli individui che hanno bisogno di maggior protezione e che possono risultare meno protetti dai vaccini convenzionali. Il vaccino adiuvato ha dimostrato di determinare negli anziani una risposta paragonabile a quella che si ottiene negli adulti sani con un vaccino convenzionale.

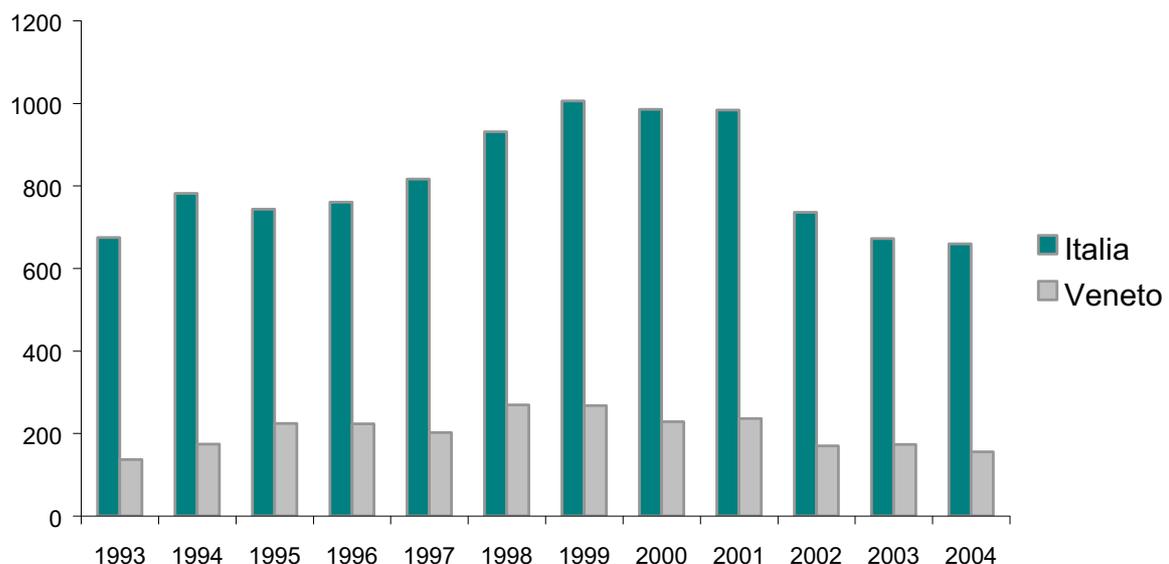
Nel Veneto, nel 2005, rispetto all'anno precedente, si è osservato un incremento nella somministrazione del vaccino tipo "split", e una concomitante riduzione nell'utilizzo del vaccino "a subunità", che comunque rappresenta il tipo più somministrato con 508.378 dosi, pari al 63% delle totali. Il vaccino del tipo "adiuvato" è stato utilizzato per il 5% circa del totale delle dosi.

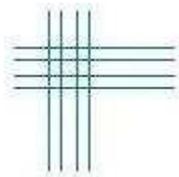
Sorveglianza e prevenzione epidemiologica delle malattie infettive: la Malaria

La malaria è una parassitosi causata da una o più delle quattro specie di Plasmodio (Plasmodio Falciparum, Plasmodio Vivax, Plasmodio Ovale e Plasmodio Malariae) che possono infettare l'uomo. Altre specie infettano gli animali. L'infezione è trasmessa dalla puntura di una zanzara infetta l'*Anopheles gambiae*.

La malaria con oltre 500 milioni di casi stimati all'anno, rappresenta un grave problema mondiale. Il 49% della popolazione mondiale vive in aree endemiche: gran parte dell'Africa, Asia, Medio Oriente, est Europa, America centro-meridionale, Oceania. Secondo stime dell'OMS, la malaria è responsabile ogni anno, nel mondo, di oltre 1 milione di morti, l'80% dei quali in Africa sub-Sahariana. Provoca, inoltre, più di 50.000 casi di danni neurologici; più di 400.000 casi di anemia severa in donne gravide; più di 300.000 casi di bambini che presentano basso peso alla nascita.

Numero di casi di malaria in Italia e nel Veneto negli anni 1993-2004





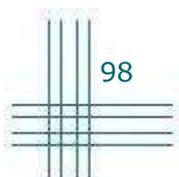
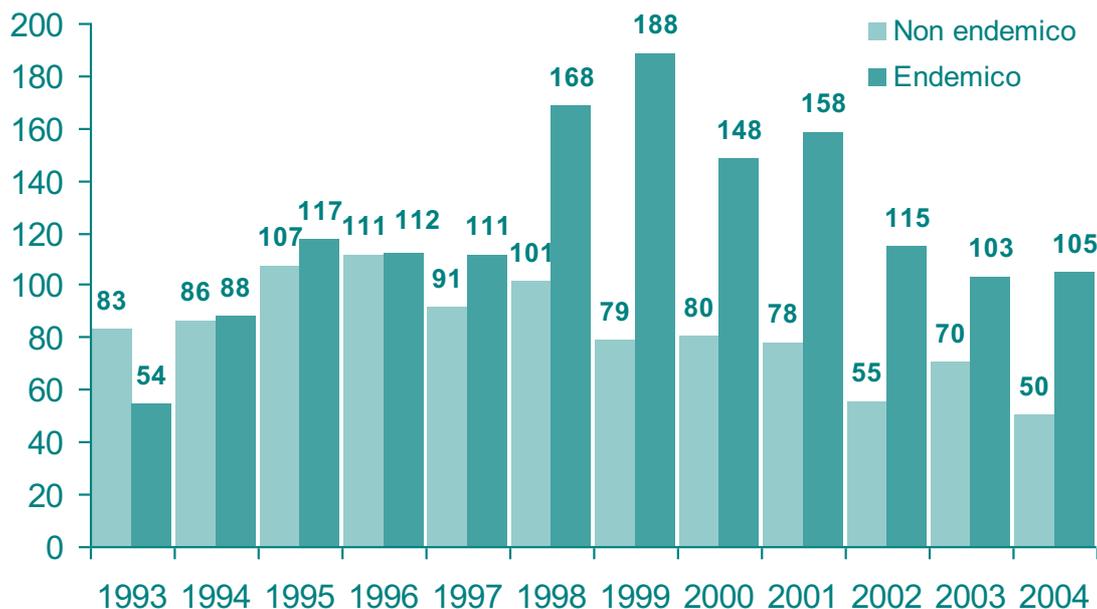
I casi di malaria che si verificano in Italia sono per la maggior parte importati da Paesi endemici. A partire dal 2000, si è osservata una progressiva diminuzione dei casi in Italia (- 33% nel 2004 rispetto al 2000). Tale andamento è stato osservato anche nel Veneto (- 32%).

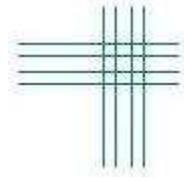
Numero di casi di malaria in Italia e nel Veneto negli anni 1993-2004 (dettaglio)

Anni	Italia	Veneto
	numero casi	numero casi
1993	675	137
1994	782	174
1995	743	224
1996	760	223
1997	816	202
1998	931	269
1999	1.006	267
2000	985	228
2001	984	236
2002	736	170
2003	672	173
2004	659	155
Totale	9.749	2.458

Analizzando i dati del Veneto relativi al periodo dal 1993 al 2004, si osserva che i casi di malaria si sono verificati prevalentemente in soggetti immigrati provenienti da aree endemiche.

Casi di malaria in soggetti endemici e non endemici nel Veneto - Anni 1993:2004



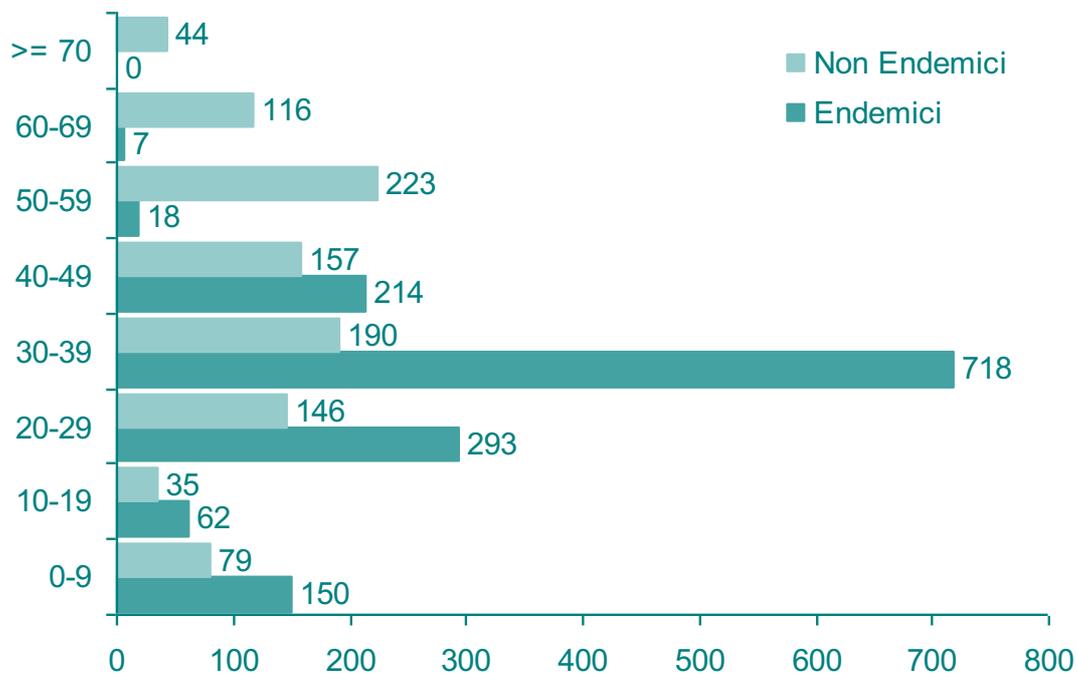


Negli anni considerati si è assistito a un progressivo aumento dei casi nei soggetti provenienti da tali aree con un picco nel 1999 (70,4%), seguito da una progressiva diminuzione a partire dal 2000.

Nella nostra Regione dal 1993 al 2004 la frequenza dei casi di malaria suddivisi per classi di età registra valori più elevati tra i soggetti provenienti da aree endemiche nelle classi di età 20-29 e 30-39 anni.

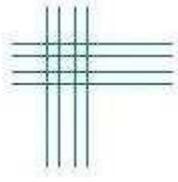
Tra i non endemiche il numero di casi è pressappoco uguale per le due classi 20-29 e 40-49 anni, mentre si ha un picco nella classe 50-59 anni. Il numero di casi nei bambini di età inferiore a 10 anni con provenienza da Paesi endemiche è quasi il doppio rispetto ai bambini originari da Paesi non endemiche. I figli di immigrati, nati nei Paesi non endemiche, non hanno acquisito alcuna resistenza nei confronti del Plasmodio e al momento del rientro nei Paesi di origine dei genitori possono acquisire la malattia in forma grave.

Casi di malaria per classi di età nel Veneto – Anni 1993:2004



Per quanto riguarda il contagio derivante da viaggio rilevato dal 2002 al 2004, si evidenzia che il 49.4% degli ammalati ha riguardato soggetti extracomunitari: in particolare il 41.8% di questo gruppo si è ammalato dopo il rientro nei Paesi di origine per visitare i familiari, mentre solo il 7.6% dopo essere arrivato per la prima volta in Italia. Il 7.2% ha riguardato persone che hanno soggiornato in zone endemiche per motivi di turismo.

Dall'analisi delle schede di notifica del flusso speciale relative al periodo dal 1993 al 2004, nelle quali era indicato il tipo di Plasmodio, si sono evidenziati 2059 casi di infezioni (comprendenti anche casi di coinfezioni) così distribuiti: 1616 casi (78,5%) da Plasmodio Falciparum, responsabile della forma più grave di malaria; 185 casi (9%) da Plasmodio Vivax; 82 casi (4%)



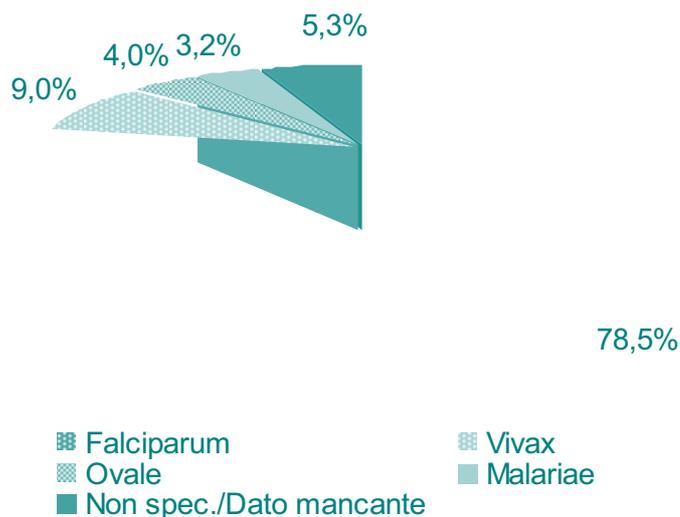
da Plasmodio Ovale; 66 casi (3.2%) da Plasmodio Malariae. In 110 (5.3%) schede è stata indicata la modalità "non specificato" o non è stata riportata alcuna informazione.

Casi di malaria nel Veneto per motivo del viaggio - Anni 2002:2004

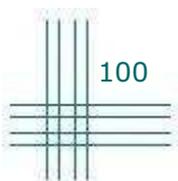
Motivo del Viaggio	2002	2003	2004	Totale
Immigrazione	13	9	16	38
Rientro in Patria	75	64	69	208
Missione/Volontariato	19	14	7	40
Lavoro	14	14	16	44
Turismo	12	10	14	36
Altro	9	8	2	19
Non specificato	28	54	31	113
Totale	170	173	155	498

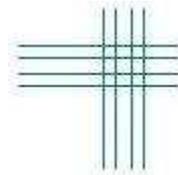
Nel periodo dal 2002 al 2004 nella nostra Regione su 498 persone che si sono ammalate di malaria, 327 (65,7%) hanno dichiarato di non avere eseguito alcuna profilassi farmacologica per prevenire la malattia durante il loro soggiorno in aree endemiche, 68 persone (13,7%) hanno dichiarato di aver effettuato la chemiopprofilassi, ma solo 7 di queste (10,3%) hanno dichiarato di averla eseguita correttamente per modalità e tempi di assunzione.

Specie di Plasmodio più frequentemente in causa nei casi di malaria nel Veneto Anni 1993: 2004



Con il termine chemiopprofilassi si intende l'assunzione periodica e sistematica di farmaci, al fine di prevenire l'insorgenza della malattia infettiva.





Nel Veneto l'andamento dei casi di malaria è analogo a quello registrato nel resto d'Italia in cui si è evidenziato un progressivo ma costante decremento negli ultimi 5 anni. Permane elevata la percentuale dei casi nei soggetti provenienti da aree endemiche come pure quella dei loro bambini che sono particolarmente esposti a rischio in caso di soggiorni nei paesi di origine dei genitori.

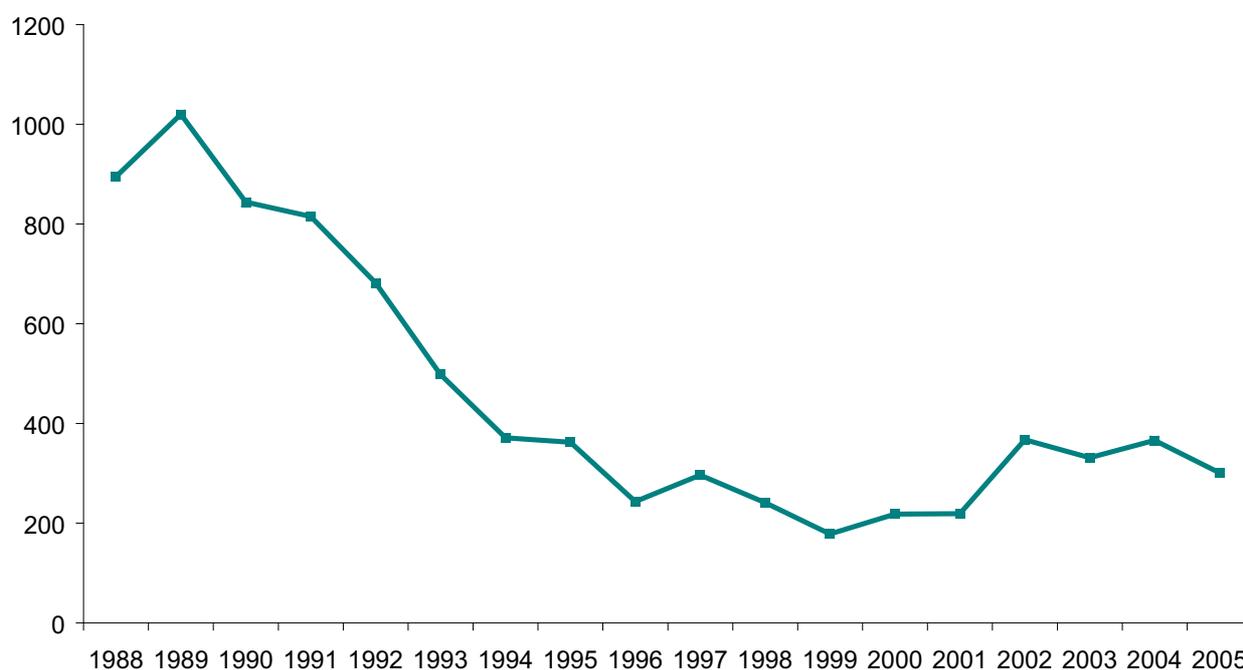
La maggior parte delle persone che si ammala non ha eseguito la chemioprolifassi anti-malarica, o l'ha eseguita in modo scorretto.

Da questo punto di vista, il miglioramento della collaborazione tra gli ambulatori di profilassi dei viaggiatori internazionali, i Medici di Medicina Generale e i Farmacisti può evitare, per quanto possibile, che i viaggiatori, in particolare gli immigrati e i loro figli, si rechino nei Paesi a rischio senza un'adeguata informazione sulle norme di profilassi e senza aver adottato le opportune precauzioni.

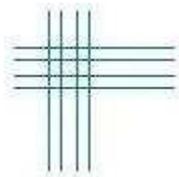
Sistema di Sorveglianza Regionale HIV

Il Sistema di Sorveglianza Regionale sull'infezione da HIV (acronimo che significa Human Immunodeficiency Virus), attivato dalla Regione del Veneto sin dal 1988, rileva un lieve aumento per l'anno 2004 delle persone HIV positive a cui fa seguito una riduzione delle stesse nel 2005, che conferma il trend complessivo di diminuzione dei casi.

Persone HIV positive - Veneto 1998-2005



Su di un totale di 8.247 persone positive 5.894 sono maschi pari al 71,5%. La maggiore rilevanza del sesso maschile è presente anche stratificando per fasce di età; il rapporto



maschi/femmine è globalmente 2,5. Fa eccezione la classe di età 13-19 in cui prevale il sesso femminile.

La maggior parte delle persone positive al test è costituita da giovani adulti di età compresa tra i 20 e i 34 anni. In questa fascia di età ricadono il 76,5% delle donne sieropositive e il 65,8% dei maschi. L'età media delle femmine (28,5 anni) è inferiore a quella dei maschi (32,3 anni).

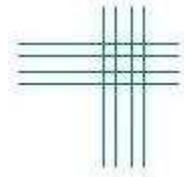
Questa differenza è soprattutto conseguenza del fatto che raramente le donne sieropositive hanno un'età superiore a 40 anni ed infatti nelle fasce superiori ricade solo il 8% delle donne contro il 17,7 % dei maschi.

Numero di persone HIV positive per anno di diagnosi e sesso – Anni 1988 - 2005

	Maschi	Femmine	Totale
1988	660	235	895
1989	758	262	1.020
1990	629	215	844
1991	594	221	815
1992	503	179	682
1993	345	153	498
1994	258	113	371
1995	258	104	362
1996	162	81	243
1997	218	78	296
1998	170	71	241
1999	116	62	178
2000	154	64	218
2001	145	74	219
2002	262	105	367
2003	223	108	331
2004	238	128	366
2005	201	100	301
Totale	5.894	2.353	8.247

Il rapporto maschi-femmine tra i soggetti HIV positivi si è tendenzialmente ridotto passando da un caso femminile ogni 3 maschili ad un caso ogni 2. Negli ultimi anni, anche per effetto di una numerosità contenuta, questo parametro ha subito delle oscillazioni. L'infezione da HIV continua comunque ad essere ancora un fenomeno prevalentemente maschile.

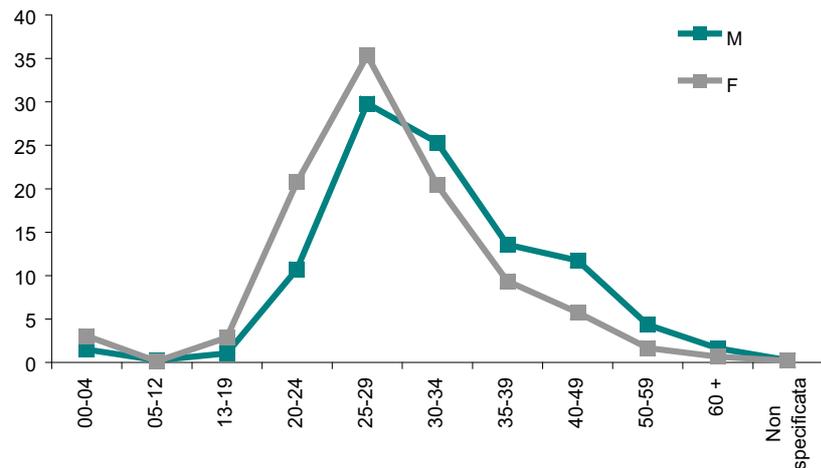
Si è assistito, nel corso degli anni, ad un sensibile e sostanziale invecchiamento dei casi individuati dal sistema. In particolare si è fortemente ridotto il numero di sieropositivi nei giovani-adulti di età compresa tra i 20 e i 24 anni: erano il 26,2 % nel 1988 e sono il 7,6% nel



2005. Nella classe di età 25-29 erano il 40,7 % nel 1988 sono il 17,3 % nel 2005. Conseguentemente l'importanza relativa degli adulti tra i 35 e i 40 è passata dal 4,2 % del 1988 al 16,6 % del 2005 mentre la classe successiva è aumentata, nello stesso periodo, dal 2,7% al 20,3%.

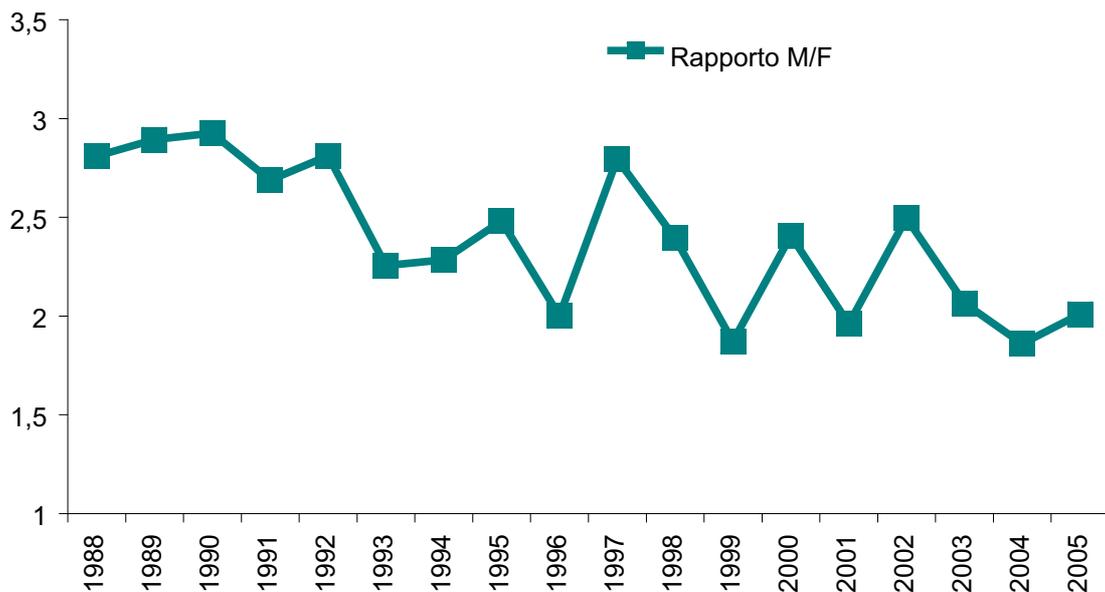
Distribuzione relativa degli HIV positivi per classi d'età e sesso - Anni 1988-2005

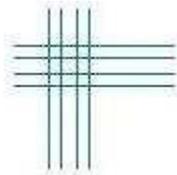
Classe di Età	M	F	Totale
00-04	86	71	157
05-12	14	3	17
13-19	60	67	127
20-24	633	488	1.121
25-29	1.756	831	2.587
30-34	1.492	480	1.972
35-39	798	220	1.018
40-49	692	135	827
50-59	255	39	294
60 +	95	15	110
n.s.	13	4	17
Totale	5.894	2.353	8.247



M = Maschi; F = Femmine; n.s. = non specificata

Rapporto Maschi / Femmine nel gruppo degli HIV positivi - Anni 1988-2005





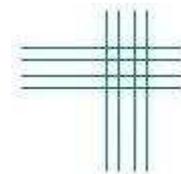
Numero di persone HIV positive per età e anno di diagnosi – Anni 1988-2005

Classe di Età	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
00-04	49	21	5	8	4	3		11	2	15	8	2	2	4	4	2	11	6	157
05-12	5	1			1	2		1		1			3			2		1	17
13-19	18	17	9	16	18	6	6	2	1	2	1	2	2	3	6	6	5	7	127
20-24	235	226	150	91	76	60	35	31	22	21	17	23	13	16	22	25	35	23	1.121
25-29	364	438	367	328	255	134	88	80	61	65	61	27	44	44	67	50	62	52	2.587
30-34	156	200	186	212	160	156	122	129	74	87	61	46	48	48	96	62	64	65	1.972
35-39	38	64	60	66	69	53	59	59	39	54	43	33	55	47	78	80	71	50	1.018
40-49	24	33	41	65	57	55	39	37	29	36	26	27	38	37	65	77	80	61	827
50-59	4	13	14	22	28	19	14	10	11	10	19	13	12	15	17	19	29	25	294
60 +	1	3	8	5	10	10	6	2	4	5	5	5	1	5	12	8	9	11	110
n.s.	1	4	4	2	4		2												17
Totale	895	1.020	844	815	682	498	371	362	243	296	241	178	218	219	367	331	366	301	8.247

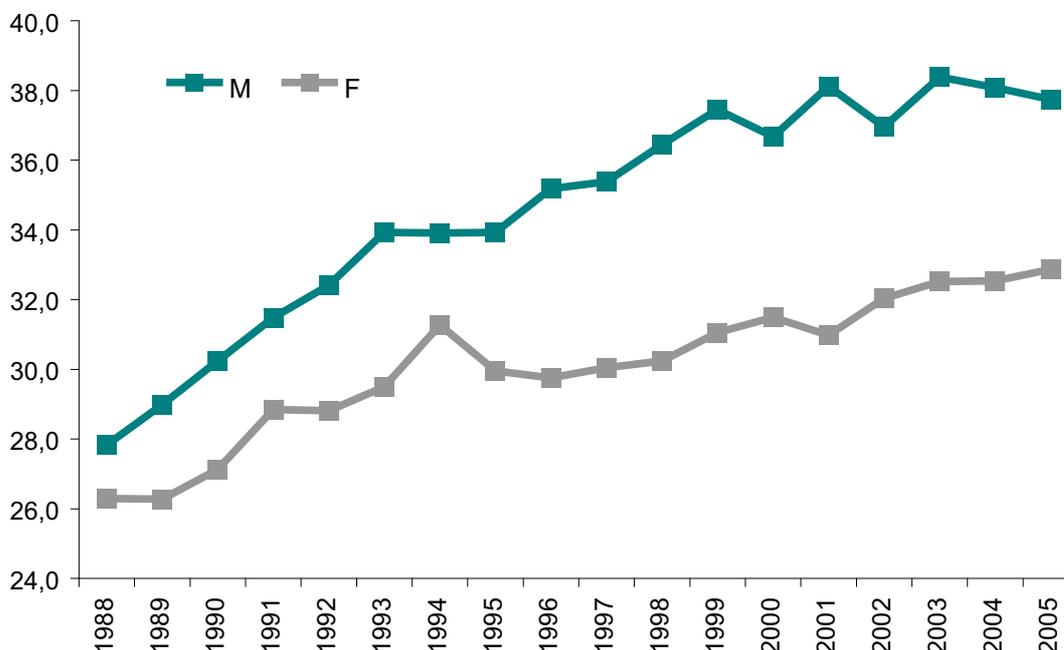
Andamento dell'età media nel periodo, per sesso – Anni 1988-2005

Classe di Età	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
00-04	5,5	2,1	0,6	1,0	0,6	0,6		3,0	0,8	5,1	3,3	1,1	0,9	1,8	1,1	0,6	3,0	2,0	1,9
05-12	0,6	0,1			0,1	0,4		0,3		0,3			1,4			0,6		0,3	0,2
13-19	2,0	1,7	1,1	2,0	2,6	1,2	1,6	0,6	0,4	0,7	0,4	1,1	0,9	1,4	1,6	1,8	1,4	2,3	1,5
20-24	26,3	22,2	17,8	11,2	11,1	12,0	9,4	8,6	9,1	7,1	7,1	12,9	6,0	7,3	6,0	7,6	9,6	7,6	13,6
25-29	40,7	42,9	43,5	40,2	37,4	26,9	23,7	22,1	25,1	22,0	25,3	15,2	20,2	20,1	18,3	15,1	16,9	17,3	31,4
30-34	17,4	19,6	22,0	26,0	23,5	31,3	32,9	35,6	30,5	29,4	25,3	25,8	22,0	21,9	26,2	18,7	17,5	21,6	23,9
35-39	4,2	6,3	7,1	8,1	10,1	10,6	15,9	16,3	16,0	18,2	17,8	18,5	25,2	21,5	21,3	24,2	19,4	16,6	12,3
40-49	2,7	3,2	4,9	8,0	8,4	11,0	10,5	10,2	11,9	12,2	10,8	15,2	17,4	16,9	17,7	23,3	21,9	20,3	10,0
50-59	0,4	1,3	1,7	2,7	4,1	3,8	3,8	2,8	4,5	3,4	7,9	7,3	5,5	6,8	4,6	5,7	7,9	8,3	3,6
60 +	0,1	0,3	0,9	0,6	1,5	2,0	1,6	0,6	1,6	1,7	2,1	2,8	0,5	2,3	3,3	2,4	2,5	3,7	1,3
n.s.	0,1	0,4	0,5	0,2	0,6		0,5												0,2
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

L'età media è tendenzialmente aumentata nei maschi partendo da una media di 27,8 anni nel 1988 e raggiungendo il valore di 37,7 nel 2005. Per le femmine l'età media che nel 1988 era minima con 26,3 anni, ha raggiunto il valore massimo di 32,9 anni nel 2005.



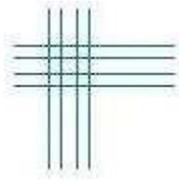
Andamento dell'età media nel periodo, per sesso – Anni 1988-2005



La classe con il più alto tasso cumulativo di incidenza, considerando la popolazione al censimento ISTAT 2001, negli ultimi cinque anni è, per i maschi, quella compresa tra i 35 e i 39 anni (119 per 100.000 residenti) che vede il tasso crescere dal 18,8 nel 2001 a 30,2 per 100.000 residenti nel 2002 per poi ricominciare a diminuire fino a un valore pari a 15,4 nel 2005.

Tassi di incidenza per 100.000 residenti distinti per età e sesso – Anni 2001-2005

Classe di Età	Maschi					Femmine				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Meno di 5	1,86	2,79	1,86	1,86	0,93	1,95	0,97	0,00	8,77	4,87
05-09	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,00	0,00
10-14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,07	0,00	1,03
15-19	1,88	0,94	2,82	0,94	5,64	0,99	4,94	0,99	3,95	0,99
20-24	3,10	8,52	7,75	10,85	6,97	9,63	8,83	12,03	16,85	11,23
25-29	10,23	22,17	13,64	19,33	16,49	15,40	16,59	15,40	16,59	13,63
30-34	16,65	34,81	19,17	20,68	21,69	8,01	14,42	12,82	12,29	11,75
35-39	18,84	30,24	29,75	24,79	15,37	4,66	8,80	10,35	10,87	9,84
40-44	11,61	22,06	24,96	26,12	20,32	2,43	5,46	7,88	7,28	3,03
45-49	6,53	8,48	11,75	13,05	11,09	2,00	3,33	2,00	2,00	2,67
50-54	6,52	7,17	7,17	9,78	9,13	0,00	0,00	1,30	1,95	1,95
55-59	2,19	4,37	4,37	6,56	4,37	1,42	0,00	0,00	1,42	1,42
60-64	1,48	2,97	2,97	2,97	3,71	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00
65-69	0,91	1,83	0,00	0,91	4,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
70+	0,91	1,82	1,37	0,91	0,00	0,00	0,27	0,27	0,54	0,27



Tra le femmine la fascia più colpita è quella compresa tra i 25 e 29 anni (77,6 per 100.000) con un picco massimo di incidenza nel 2002 e nel 2004.

Fattori di rischio

Il fattore di rischio di gran lunga più importante nella nostra Regione è la tossicodipendenza. Complessivamente 4.011 casi su 8.247, pari al 48,6% delle persone sieropositive, segnalano d'aver fatto uso iniettivo di stupefacenti.

Al secondo posto, tra i fattori di rischio, troviamo i rapporti eterosessuali con 1.979 casi, pari al 24%, seguito dai rapporti omosessuali maschili con 1.094 casi.

Da rilevare che il 10,5% dei sieropositivi è compreso nella categoria in cui non è segnalato alcun fattore di rischio o sono segnalati altri fattori.

Questa quota è adeguatamente contenuta e tale da non compromettere in alcun modo l'interpretazione complessiva dei dati. Considerata la delicatezza delle informazioni richieste e la naturale ritrosia a fornirle in un contesto di primo livello, possiamo considerarla come un indicatore di buona qualità del sistema.

Numero di persone HIV positive per sesso e comportamenti a rischio – Anni 1988-2005

Fattore di rischio	Maschi	Percentuale	Femmine	Percentuale	Totale	Percentuale
Tossicodipendenza	3.086	52,4	925	39,3	4011	48,6
Omo-bisessuali	1.087	18,4	7	0,3	1094	13,3
Eterosessuali	959	16,3	1.020	43,3	1979	24,0
Emofilici	123	2,1	26	1,1	149	1,8
Bimbi	85	1,4	63	2,7	148	1,8
Altro	554	9,4	312	13,3	866	10,5
Totale	5.894	100,0	2.353	100,0	8.247	100,0

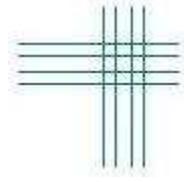
La distribuzione relativa dei casi positivi rispetto al fattore di rischio è in parte diversa tra i sessi. Il rischio legato all'uso iniettivo di droghe è più presente nei maschi cui sono ascrivibili oltre il 52% dei casi contro circa il 39,3% delle donne.

I maschi sieropositivi tra i tossicodipendenti sono 3.086 su un totale di 4.011, pari al 76,9% del totale.

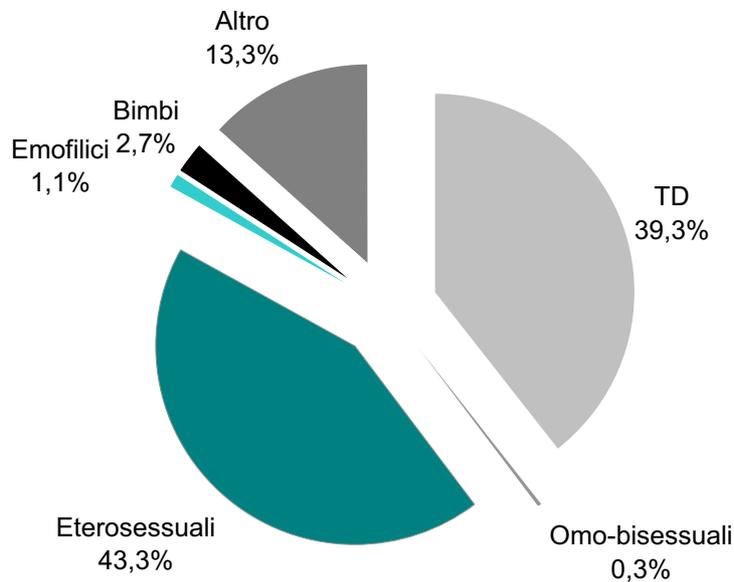
Diversa è l'importanza relativa dei rapporti eterosessuali come fattore di rischio nei due sessi: costituisce il 43,3% dei casi nelle donne contro il 16,3% negli uomini. Dei complessivi 1979 casi ascrivibili a questo fattore di rischio, 1.020, il 51,5%, sono riferiti al sesso femminile.

In 1087 casi, pari al 18,4% nei maschi e al 13,2% del totale, è stata riferita l'omosessualità maschile come fattore di rischio. La quota delle persone che non segnalano fattori di rischio è, in senso relativo, più elevata per le donne, 13,3 %, che nei maschi, 9,4%.

L'importanza assoluta e relativa dei principali fattori di rischio sia totali che nei due sessi ha subito delle importanti variazioni nel periodo di osservazione. Infatti, nei primi anni il Sistema di Sorveglianza ha raccolto i casi accumulatisi negli anni precedenti, riferibili quindi all'epidemia degli anni 80.



Frequenza relativa soggetti HIV positivi di sesso femminile per fattori di rischio – Anni 1988-2005



TD = Tossicodipendenti

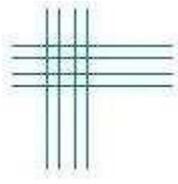
Questa appariva **quasi esclusivamente a carico dei tossicodipendenti**: nei primi due anni sono stati rispettivamente individuati, nel 1988, 712 casi in tossicodipendenti, pari al 79.5% del totale, e nel 1989, 780 sieropositivi tossicodipendenti pari a circa il 76.5 %.

Successivamente, l'importanza assoluta e relativa di questo fattore di rischio è andata progressivamente diminuendo: nel 1999 sono stati segnalati solo 33 casi, con una percentuale sul totale del 18,5%. Successivamente vi è stata una ripresa con un nuovo picco di 66 casi nel 2002 per poi diminuire fino a 29 casi nel 2005, pari al 9,6% del totale.

Inoltre, a partire dal 1996, l'uso di droghe da primo fattore di rischio quale era, è sceso al secondo posto, superato dai casi a trasmissione eterosessuale. Il numero di persone positive che segnalano un comportamento a rischio di tipo eterosessuale ha avuto un primo valore massimo di 134 casi nel 1991: da allora vi sono state oscillazioni ma negli ultimi anni vi è stata una crescita costante che ha portato ad avere nel 2004 un secondo valore massimo di 180 casi.

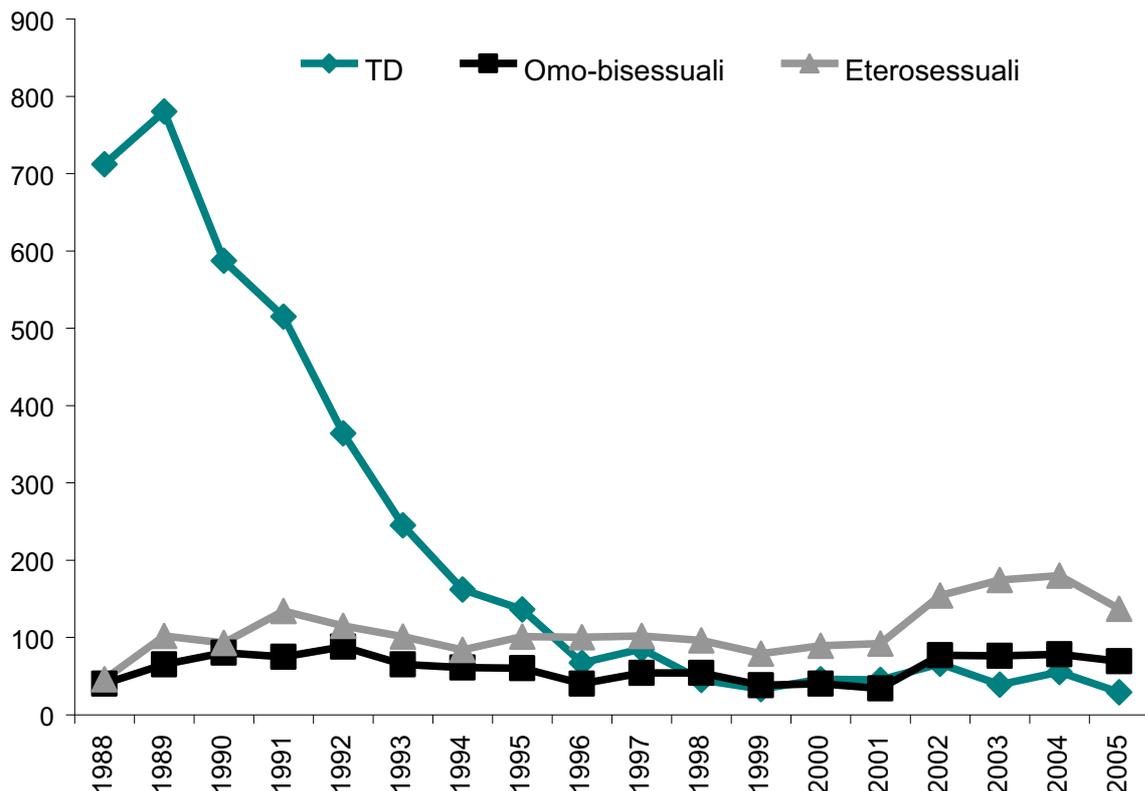
In senso relativo, anche per effetto della forte riduzione del numero di casi nei tossicodipendenti, l'importanza del fattore di rischio eterosessuale è costantemente aumentata, passando da valori intorno al 10% nei primi anni della sorveglianza a valori intorno al 50% negli ultimi anni.

Il maggior numero di positivi che segnalavano come fattore di rischio l'omosessualità maschile si è avuto nel 1992, con 88 nuove persone positive. Negli anni successivi si è avuto un minimo nel 2001 con 33 casi, aumentato bruscamente fino a 76 nel 2002 per poi stabilizzarsi nel 2003 e 2004 e diminuire nel 2005.



In senso relativo l'importanza di questo fattore di rischio è quintuplicata passando da 4,5% nel 1988 a circa 23% nel 2005.

**Numero totale delle persone HIV positive per i principali fattori di rischio e anno di diagnosi
Anni 1988-2005**

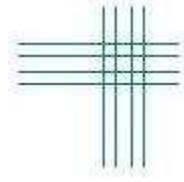


Nelle donne l'epidemia degli anni '80 si è verificata soprattutto tra le tossicodipendenti; nei primi due anni della sorveglianza sono state individuate 176 sieropositive con fattore di rischio l'uso iniettivo di droghe nel 1988 (74,9 % delle femmine segnalate) e 170 nel 1989 (pari al 64,9%). Tale fattore di rischio si è sensibilmente ridotto negli ultimi anni: nel 2005 si sono avuti solo 5 casi, circa il 5% del totale delle femmine segnalate.

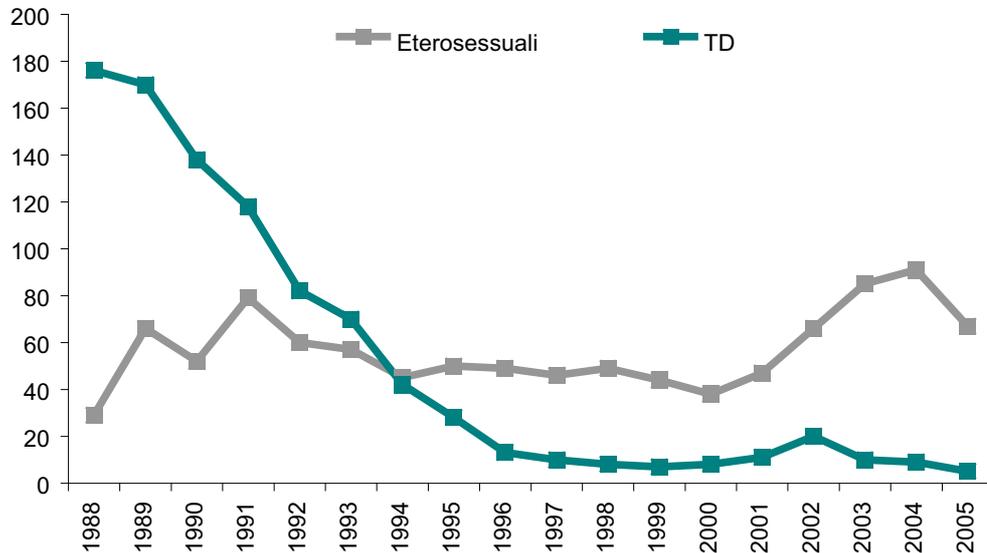
Il numero delle donne che segnalano un rischio sessuale è costantemente cresciuto dal 2000 fino a raggiungere un picco di 91 casi nel 2004. In senso relativo, l'aumento è ancora più evidente per la diminuzione del numero di tossicodipendenti.

Anche per i maschi si evidenzia come l'epidemia che ha preceduto l'istituzione del sistema di sorveglianza si sia diffusa essenzialmente tra i tossicodipendenti: nel 1988 sono risultati positivi 536 maschi tossicodipendenti, nel 1989 610 e nel 1990 449. In questi tre anni i tossicodipendenti maschi rappresentavano oltre il 77,9% dei sieropositivi maschi totali.

Risulta pertanto evidente che l'HIV è divenuto un problema di sanità pubblica che prescinde i gruppi a rischio e sta a poco a poco entrando nella popolazione generale. Per questo motivo necessitano strategie comunicative e di social marketing che sensibilizzino i diversi gruppi sociali, in particolare i giovani e che riescano a creare alleanze con tutti i possibili interlocutori.

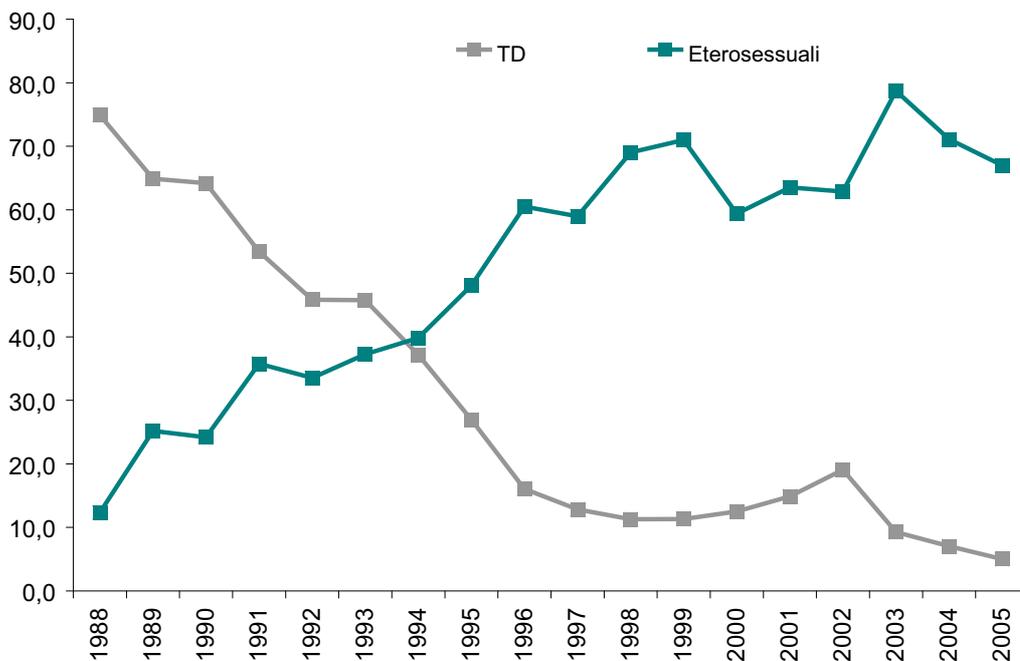


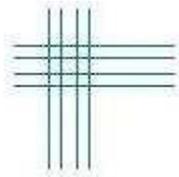
Numero delle persone HIV positive per i principali fattori di rischio e anno di diagnosi nelle donne Anni 1988-2005



Infine, considerato che tale patologia sta cronicizzandosi, diventa strategico e opportuno, continuare una attenta sorveglianza sull'evoluzione del fenomeno tramite il monitoraggio dei nuovi casi di HIV.

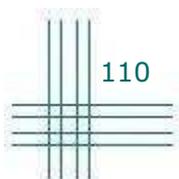
Frequenza relativa delle persone HIV positive per i principali comportamenti a rischio e anno di diagnosi nelle donne - Anni 1988:2005

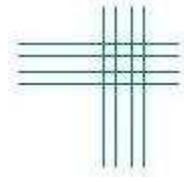




Numero di persone HIV positive esaminate per comportamento a rischio, sesso e anno di diagnosi Anni 1988-2005

Fattore di rischio	Sesso	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
Tossicodipendenti	Maschi	536	610	449	397	282	175	120	108	54	75	37	26	38	34	46	29	46	24	3.086
Tossicodipendenti	Femmine	176	170	138	118	82	70	42	28	13	10	8	7	8	11	20	10	9	5	925
Totali		712	780	587	515	364	245	162	136	67	85	45	33	46	45	66	39	55	29	4.011
Omo-bisessuali	Maschi	40	65	80	75	88	65	60	60	39	54	53	38	40	33	76	76	76	69	1.087
Omo-bisessuali	Femmine						1		1		1				1	1		2		7
Totali		40	65	80	75	88	65	61	60	40	54	54	38	40	34	77	76	78	69	1.094
Eterosessuali	Maschi	17	36	41	55	55	44	39	51	51	56	47	35	51	45	88	89	89	70	959
Eterosessuali	Femmine	29	66	52	79	60	57	45	50	49	46	49	44	38	47	66	85	91	67	1.020
Totali		46	102	93	134	115	101	84	101	100	102	96	79	89	92	154	174	180	137	1.979
Emofilici	Maschi	25	16	17	28	11	1	3	3	2	1	1			3	5	2	1	4	123
Emofilici	Femmine	1	3	3	2	1	2		4	1	1		1	2		1	1	1	2	26
Totali		26	19	20	30	12	3	3	7	3	2	1	1	2	3	6	3	2	6	149
Bimbi	Maschi	28	8	2	6	3	5		8	1	10	5	1	4	1	2			1	85
Bimbi	Femmine	23	11	3	2	1			4	1	6	3	1		2	1	2	3		63
Totali		51	19	5	8	4	5	0	12	2	16	8	2	4	3	3	2	3	1	148
Altro	Maschi	14	23	40	33	64	55	36	28	15	22	27	16	21	29	45	27	26	33	554
Altro	Femmine	6	12	19	20	35	24	25	18	16	15	10	9	16	13	16	10	22	26	312
Totali		20	35	59	53	99	79	61	46	31	37	37	25	37	42	61	37	48	59	866
Totale		895	1.020	844	815	682	498	371	362	243	296	241	178	218	219	367	331	366	301	8.247





2.2 Igiene degli alimenti, della nutrizione e delle acque

Descrizione dei fenomeni

La tutela dell'igiene degli alimenti di origine vegetale e animale, della nutrizione e delle acque ha assunto in questi ultimi anni un'importanza crescente. Il sistema di allerta alimentare e ambientale è infatti essenziale per intervenire su tutte le fasi della filiera produttiva e/o distributiva, **al fine di impedire che prodotti non idonei al consumo umano arrivino al consumatore finale**. Ciò avviene con il fondamentale contributo di tutti i livelli del Servizio Sanitario Regionale (Servizi Veterinari di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle Aziende ULSS) e di tutti gli operatori coinvolti.

In tal senso, la Regione del Veneto, sulla base di quanto pianificato con il Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare effettua le attività di sorveglianza e di prevenzione, secondo principi di priorità e di efficacia, assicurando l'esecuzione e l'efficienza degli interventi codificati da norme cogenti e fornendo risposte sanitarie fondate sulla preventiva analisi del rischio ed adeguate ai reali bisogni della collettività.

In particolare, l'attuazione del Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare 2005-2007, coerentemente con il precedente piano, si esplicita in alcuni filoni di attività:

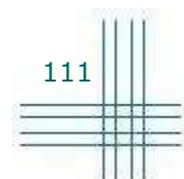
- contaminanti chimici;
- patogeni alimentari;
- anagrafe e sistemi informativi;
- comunicazione del rischio;
- controllo acque;
- nutrizione;
- controllo ufficiale prodotti alimentari;
- sistema di allerta.

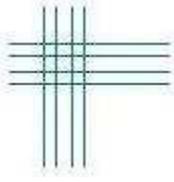
Contaminanti chimici

L'azione di prevenzione in questo ambito ha evidenziato l'insorgere nella nostra Regione di problematiche connesse all'elevata presenza di aflatossina B1 nel mais ad uso zootecnico e la conseguente contaminazione di parte della produzione di latte regionale.

La Regione del Veneto ha quindi dovuto affrontare specifici aspetti quali il trasferimento dell'aflatoxina M1 dal latte ai prodotti caseari, in particolare i formaggi. Infatti, questi ultimi si diversificano in funzione dei diversi protocolli di produzione, che, a loro volta, condizionano il trasferimento dei contaminanti dal latte al prodotto trasformato.

Quindi è emersa l'esigenza di studiare approfonditamente i diversi processi di trasferimento, prendendo in considerazione prioritariamente le produzioni più significative, estendendo il lavoro di analisi già svolto nel 2004 e mantenendo nel contempo viva l'attenzione sui livelli di contaminazione del latte.





Le aflatossine sono sostanze tossiche e cancerogene prodotte da "muffe" *Aspergillus*. Si originano quindi dal metabolismo di alcuni funghi e sono presenti in vari substrati (foraggi, insilati, cereali, farine di estrazione, arachidi).

Le muffe si formano sulle materie prime destinate all'alimentazione del bestiame e soprattutto sui **chicchi di mais**, prima e dopo la raccolta. Nel campo di mais si sviluppano in presenza di condizioni particolari che causano **stress** alle piante:

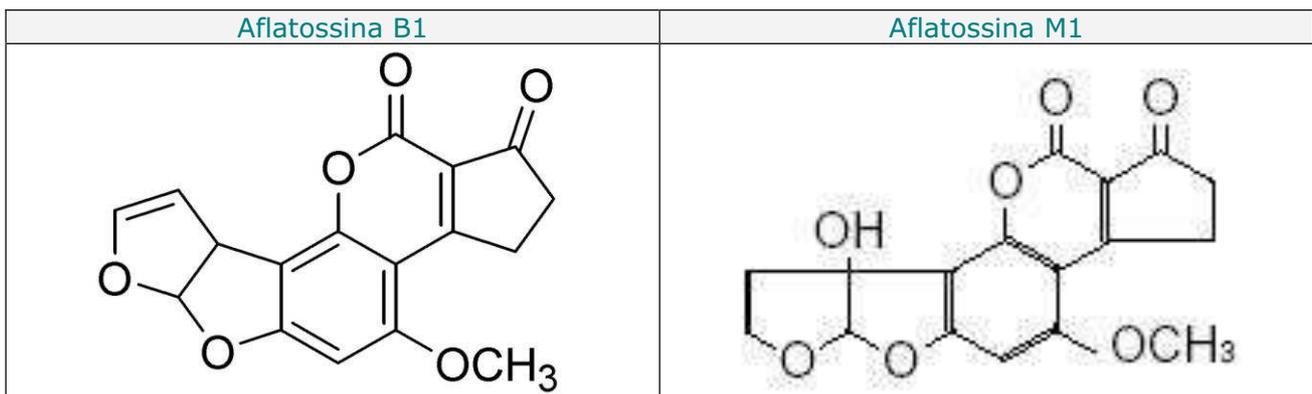
- alta temperatura e umidità;
- scarsità d'acqua;
- danni provocati da insetti;
- una concimazione inadeguata del terreno.

La contaminazione dalle muffe che ha inizio nel campo e si mantiene durante le fasi di coltivazione e raccolta, può proseguire e peggiorare durante la permanenza in magazzino e nelle fasi di trasformazione, stoccaggio e trasporto del mais, soprattutto se i chicchi di mais sono spezzati.

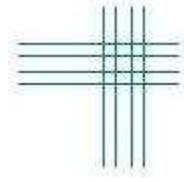
Nel mais le muffe producono l'**aflatossina B1**, cancerogena sia per gli animali che per l'uomo. I bovini da latte che vengono alimentati con mais contaminato da aflatossina B1, attraverso il sistema digestivo trasformano l'aflatossina B1 in **aflatossina M1**, che passa nel latte prodotto. L'aflatossina M1 può avere **effetto cancerogeno** se viene assunta in grosse dosi e per un tempo prolungato.

L'effetto tossico è dovuto al legame tossina-acidi nucleici, tossina-nucleoproteine; il risultato è un indebolimento delle difese immunitarie, cancerogenesi, teratogenesi (anomalie del feto). L'organo più colpito è il fegato con necrosi delle cellule epatiche e/o ingrossamento (colore grigiastro, struttura fibrosa, lobi allargati e bordi arrotondati).

La potenziale incidenza sul numero di tumori del fegato e delle malformazioni dei neonati rende quindi indispensabile un'intensa attività di prevenzione.



Parallelamente all'osservazione della presenza di aflatossine nel mais, nel latte e nei prodotti caseari, le attività di monitoraggio sui contaminanti come i metalli pesanti, i pesticidi, ecc., hanno permesso di valutare i trend di contaminazione legati alle attività antropiche.



L'andamento di alcune tipologie di inquinamento viene osservato individuando l'organismo animale più idoneo a fungere da biomarcatore, sia per la sua recettività all'inquinante, sia per la sua significatività all'interno dell'habitat controllato.

Per citare un esempio, la laguna è, emblematicamente, un habitat estremamente significativo e delicato ed i molluschi che lo popolano possono essere considerati dei biomarcatori di particolare significatività.

Oltre alle attività di monitoraggio, è stata iniziata un'analisi delle attività di vigilanza svolte sui prodotti alimentari e sulle attività attualmente programmate sulla base del piano di campionamento nazionale individuando una coerente distribuzione territoriale ed un ordinamento in relazione con la significatività delle analisi previste.

Patogeni alimentari

Nel biennio 2004-2005 è proseguita l'attività di monitoraggio dei patogeni alimentari nelle popolazioni animali, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'applicazione di specifiche misure di controllo finalizzate al raggiungimento degli obiettivi comunitari di riduzione della prevalenza.

Tali azioni si accompagnano al Piano Triennale Sanità Animale e Igiene delle Produzioni Zootecniche e, in particolare alle misure di controllo rivolte ai riproduttori *Gallus gallus* ed alle galline ovaiole, essendo queste le prime due categorie per le quali verranno fissati gli obiettivi di riduzione della prevalenza. Inoltre, si pensa di valutare le possibilità operative nel settore della suinicoltura.

Viene inoltre perseguita l'armonizzazione degli interventi di controllo ufficiale sugli alimenti, mediante l'adeguamento/integrazione del Piano Regionale di Campionamento Alimenti (la cui struttura è stata validata nel 2004), nonché la loro implementazione con ulteriori specifiche di controllo ufficiale, derivanti da raccomandazioni o da piani di origine comunitaria e nazionale.

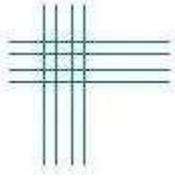
Completa il quadro la verifica delle capacità strutturali di analisi dei Laboratori del Controllo Ufficiale (Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale del Veneto ARPAV), che è attualmente in corso di realizzazione.

Anagrafe e sistemi informativi

La Regione del Veneto ha proseguito nel 2005 nella realizzazione della base dati relativa alle principali strutture di produzione, lavorazione, distribuzione e vendita degli alimenti destinati al consumo umano. Lo sviluppo della struttura del database ha comportato un ulteriore approfondimento relativo alle caratteristiche di tutte le strutture territoriali delle Aziende ULSS del Veneto, che sono interessate al suo utilizzo. Presso tali sedi la base dati, per la parte già completata, è stata sperimentata al fine di ottenere uno strumento idoneo alle necessità operative.

Per quanto attiene ad altri flussi informativi, è stata inoltre curata l'integrazione della procedura informatizzata per la gestione dei dati relativi alla qualità e salubrità del latte prodotto in Veneto con il sistema già in uso per l'anagrafe bovina.

In particolare si è dato corso alle seguenti attività:



- revisione del modulo informatizzato di gestione delle anagrafiche (suite SIVE) e del sistema di validazione dei dati raccolti;
- coordinamento delle attività di progressiva informatizzazione dei Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (modulo SIAN-NET);
- attivazione di un call-center per gli utenti dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione territoriali presso il Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria (C.R.E.V.);
- adeguamento della procedura informatizzata per la gestione dei dati relativi alla qualità del latte alla produzione e coordinamento dei flussi informativi con i laboratori di analisi e riscrittura della procedura in uso, al fine di integrarla nel sistema di gestione in uso per l'anagrafe (suite SIVE);
- revisione del sistema informativo regionale sulle acque destinate al consumo umano.

Comunicazione del rischio

La più recente normativa comunitaria prevede che i consumatori possano accedere alle informazioni sulla natura e sulla qualità degli alimenti e delle acque e che tali indicazioni debbano essere adeguate per permettere loro di effettuare delle scelte consapevoli, sia per l'acquisto, sia per il loro corretto impiego.

Inoltre, i consumatori devono avere la possibilità di conoscere il rischio collegato al consumo degli alimenti. Ciò risponde anche ad una maggiore sensibilità dell'opinione pubblica, in questi ultimi anni molto aumentata. Tuttavia, le nuove preoccupazioni in materia di sicurezza alimentare, possono rappresentare una potenziale fonte di allarmismo ingiustificato se le informazioni non sono comunicate in maniera chiara ed efficace.

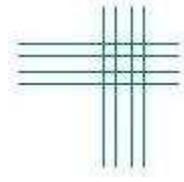
Quindi, la valutazione del rischio è strettamente connessa alla comunicazione: essa deve coinvolgere il pubblico per rispondere ad esigenze operative (disporre di una popolazione informata e preparata a gestire un'emergenza) ed a requisiti di carattere sociale (consentendo una maggiore e più consapevole partecipazione collettiva).

Per questo motivo, la Regione del Veneto ha ulteriormente ampliato i fattori di indagine sulla percezione del rischio alimentare (completata nell'ambito del precedente Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare e degli indirizzi operativi del Piano Regionale di Comunicazione per la Sicurezza Alimentare) ed ha avviato delle campagne mirate all'informazione dei consumatori sui rischi alimentari e nutrizionali di importanza prioritaria.

Controllo acque

Le attività avviate con la Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 4080 del 22.12.2004, sulle acque destinate al consumo umano, sono proseguite anche nel 2005, 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. In tal senso sarà molto utile la messa a regime del sistema informativo dedicato alla matrice acqua.

Nell'ambito dell'analisi del rischio, è stata data importanza prioritaria alla valutazione di rischio rispetto alle acque per uso irriguo, in particolare per il pericolo salmonella e sono state avviate iniziative per valutare e mettere a punto sistemi di monitoraggio delle malattie di origine idrica.



Nutrizione

Le molteplici iniziative avviate con il Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare del precedente triennio, sono state confermate e consolidate nel 2005, in particolare per quanto attiene alla Sorveglianza Nutrizionale, con la valutazione e la diffusione dei risultati dello Studio Multicentrico effettuato sulla popolazione scolastica.

Inoltre, è stata programmata la partecipazione di altre fasce di età posizionate tra la preadolescenza e l'adolescenza ad ulteriori iniziative per la rilevazione di analoghi dati antropometrici e di dati sui profili alimentari (consumi ed abitudini alimentari).

Per quanto concerne la ristorazione collettiva sono state completate le linee di indirizzo per la ristorazione nelle Strutture Residenziali Extraospedaliere, propedeutiche alla realizzazione di analoghe linee di indirizzo per la ristorazione negli ospedali e nelle case di cura.

Infine, sono stati promossi interventi di informazione ed educazione alimentare, sia per ambiti specifici (scuole, genitori, ecc.) sia per la popolazione in generale.

Controllo ufficiale prodotti alimentari

Il controllo ufficiale sui prodotti alimentari consiste nell'attività ispettiva effettuata dai Servizi Veterinari di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, presso le ditte e le strutture che producono, lavorano, trasportano, commercializzano, manipolano e somministrano prodotti alimentari.

Nel corso di tale attività ispettiva vengono effettuati anche dei campionamenti di prodotti alimentari che vengono poi analizzati presso i Laboratori di Analisi del Controllo Ufficiale, ovvero l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale del Veneto.

I risultati aggregati di tale controllo (attività ispettiva e attività di analisi dei campioni - anni 2004 e 2005) sono illustrati nelle tabelle che seguono.

La Regione del Veneto ha provveduto ad emanare un proprio Piano Regionale di Campionamento Alimenti annuale, del quale è attualmente in corso la revisione in base ai risultati ottenuti ed alle radicali modifiche correlate all'applicazione di nuovi regolamenti comunitari in materia (es.: Regolamento CE n. 882/2004).

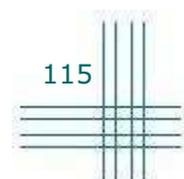
I dati aggregati sono inviati annualmente, mediante apposite tabelle, al Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti, del Ministero della Salute in adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea.

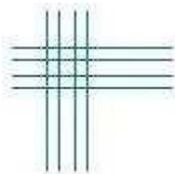
Sistema di allerta

Il Regolamento n. 178/2001/CE, all'art. 50 identifica un **Sistema Rapido di Allerta** per gli alimenti (foods) ed i mangimi (feeds). In tal senso, l'accordo, per la parte alimenti, intercorso tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome nel 23 marzo 2005 ne ha definito ulteriori aspetti applicativi.

Nel corso del 2005 la Regione del Veneto ha attivato le proprie strutture per l'applicazione di tale procedura sia per quanto attiene gli alimenti che per ciò che concerne i mangimi.

Nella successiva tabella sono indicate le segnalazioni di *allerta rapido* curate nel corso dell'anno 2005 relativamente agli alimenti ed ai mangimi.



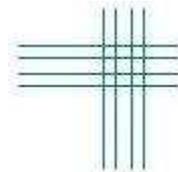


**CONTROLLO UFFICIALE PRODOTTI ALIMENTARI – ATTIVITÀ ISPETTIVA
ANNO 2004**

Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi Veterinari	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione
Numero di Unità	58.652	72.929
Numero di Unità Controllate	44.637	15.309
Numero di Ispezioni	172.119	27.721
Numero di Unità con Infrazioni	296	2.719
Totale di Campioni Prelevati	36.806	6.373
Totale di Campioni non Regolamentari	554	333
Numero di infrazioni		
a) Igiene Generale	163	1.175
b) Igiene (HACCP, Formazione del Personale)	128	1.772
c) Composizione	9	32
d) Contaminazione (Diversa da quella microbiologica)	41	26
e) Etichettatura e Presentazione	34	32
f) Altro	60	254
Provvedimenti		
a) Amministrativi	549	2.710
b) Notizie di Reato	65	87

**CONTROLLO UFFICIALE PRODOTTI ALIMENTARI – ATTIVITÀ ISPETTIVA
ANNO 2005**

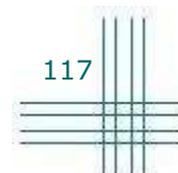
Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi Veterinari	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione
Numero di Unità	53.842	75.903
Numero di Unità Controllate	42.742	17.005
Numero di Ispezioni	163.484	23.343
Numero di Unità con Infrazioni	349	2.826
Totale di Campioni Prelevati	54.697	6.456
Totale di Campioni non Regolamentari	404	547
Numero di infrazioni		
a) Igiene Generale	138	1.331
b) Igiene (HACCP, Formazione del Personale)	82	1.340
c) Composizione	10	28
d) Contaminazione (Diversa da quella microbiologica)	49	18
e) Etichettatura e Presentazione	56	35
f) Altro	103	323
Provvedimenti		
a) Amministrativi	752	2.057
b) Notizie di Reato	68	73

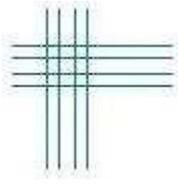
**CONTROLLO UFFICIALE PRODOTTI ALIMENTARI: ANALISI DEI CAMPIONI – ANNO 2004**

Prodotti	Numero Campioni	Numero Campioni Irregolari
lattiero caseari	2.642	20
uova e ovoprodotti	186	0
carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.298	0
pesci, crostacei, molluschi	835	47
grassi ed oli	215	10
zuppe, brodi, salse	151	1
cereali e prodotti della panetteria	1.564	50
frutta e verdura	772	5
erbe, spezie, caffè, the	82	16
bevande non alcoliche	316	13
vino	219	2
bevande alcoliche escluso il vino	66	4
gelati e dessert	280	0
cacao e preparazioni a base di cacao	43	2
dolciumi	137	5
frutta secca a guscio rigido e spuntini	97	1
piatti preparati	1.798	13
prodotti destinati ad una alimentazione particolare	107	2
additivi	30	0
materiali destinati al contatto con gli alimenti	313	6
altri alimenti	100	4

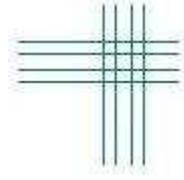
CONTROLLO UFFICIALE PRODOTTI ALIMENTARI: ANALISI DEI CAMPIONI – ANNO 2005

Prodotti	Numero Campioni	Numero Campioni Irregolari
lattiero caseari	2.585	26
uova e ovoprodotti	241	0
carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.792	26
pesci, crostacei, molluschi	879	10
grassi ed oli	367	17
zuppe, brodi, salse	216	1
cereali e prodotti della panetteria	1.568	58
frutta e verdura	1.033	9
erbe, spezie, caffè, the	141	0
bevande non alcoliche	217	7
vino	255	13
bevande alcoliche escluso il vino	59	0
gelati e dessert	422	2
cacao e preparazioni a base di cacao	56	1
dolciumi	171	4
frutta secca a guscio rigido e spuntini	92	0
piatti preparati	1.719	6
prodotti destinati ad una alimentazione particolare	197	1
additivi	67	0
materiali destinati al contatto con gli alimenti	616	2
altri alimenti	142	0





NUMERO SEGNALAZIONI DI ALLERTA RAPIDO ALIMENTI- ANNO 2005	
PRODOTTI DELLA PESCA	57
CARNI ROSSE	13
CARNI BIANCHE	5
PRODOTTI A BASE DI CARNE	7
MIELE E DERIVATI	5
PRODOTTI LATTIERO CASEARI	9
ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE	77
ACQUE MINERALI	31
MANGIMI	13
TOTALE	217



2.3 Sanità animale

Descrizione dei fenomeni

Il biennio 2004-2005 si è contraddistinto per i primi importanti risultati nella lotta alle principali malattie infettive che hanno caratterizzato la storia dei primi anni del nuovo secolo: l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) e l'influenza aviaria.

Per entrambe le malattie si vedono i frutti di un'importante lavoro di organizzazione: la creazione delle banche dati degli insediamenti zootecnici, i piani di vaccinazione e le nuove modalità di intervento contro tali patologie hanno portato ad una costante riduzione dei focolai nel 2004 e nel 2005.

Anche nel campo delle malattie più "tradizionali" (Tubercolosi bovina, brucellosi, ecc.) il buon andamento dei piani di risanamento degli allevamenti ha permesso l'adozione del piano 2004-2006 con l'obiettivo di acquisire la qualifica di Regione ufficialmente indenne entro la fine del 2006.

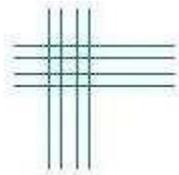
Le **Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili** o TSE (Transmissible Spongiform Encephalopathies) rappresentano una serie di differenti stati patologici infettivi, abbastanza simili, i quali interessano alcune specie animali (suini, bovini, ecc.), generalmente caratterizzati da un periodo più o meno lungo di incubazione, durante il quale la malattia è difficilmente dimostrabile, e da una lenta progressiva neurodegenerazione. Queste patologie sono tutte letali e caratterizzate dalla presenza di una proteina specifica, il **prione** (Proteinaceous Infectious Particle o entità proteiche infettanti), la quale svolge un ruolo cruciale nella patogenesi della malattia ed è responsabile dello sviluppo delle lesioni degenerative. Si parla infatti di malattie da prioni. Vengono dette spongiformi perché i tessuti colpiti assumono un aspetto spugnoso.

Per ciò che concerne l'**Encefalopatia Spongiforme Bovina** (o BSE o morbo della mucca pazza), i primi casi di questa malattia neurodegenerativa infettiva che colpisce i bovini, furono scoperti in Gran Bretagna negli anni compresi tra il 1970 ed il 1980. Successivamente, la malattia si diffuse, provocando nel bestiame colpito la perdita di coordinazione ed una condizione di insolita agitazione, di alterazione del comportamento. Si presume che la BSE abbia avuto origine dal consumo di carne ed ossa contaminate con l'agente dello scrapie, e che poi il riciclaggio di carcasse bovine infette per la preparazione di mangime avrebbe sostenuto l'epidemia fra i bovini e provocato i casi di encefalopatia spongiforme anche tra i felini, i bovidi ed i primati.

Lo **scrapie** o virosi nervosa degenerativa della pecora è una malattia degenerativa neurologica che colpisce gli ovini, i caprini, e più recentemente i mufloni, la quale può essere trasmessa ad una varietà di mammiferi comprendenti topi e criceti. È clinicamente identificata per lo più in animali di età compresa tra i 2.5 e 5 anni, anche se il periodo di incubazione può raggiungere i 10 anni. Gli animali colpiti perdono la coordinazione dei movimenti, quindi diventano incapaci di reggersi sulle zampe, e infine sopraggiunge la morte. Inoltre soffrono di un prurito così intenso da indurli a raschiare via parti del mantello (dal verbo inglese *to scrape*, cioè grattare).

L'**influenza aviaria** è una malattia virale contagiosa che può colpire tutte le specie di uccelli. Per quanto riguarda la sintomatologia, questa malattia si divide in due gruppi principali:

- influenza aviaria ad alta patogenicità che causa alta mortalità;



- influenza aviaria a bassa patogenicità che determina una lieve sintomatologia nei soggetti colpiti.

Gli uccelli selvatici possono veicolare il virus influenzale senza ammalarsi, a causa della loro resistenza naturale, contribuendo in questo modo alla diffusione della malattia negli animali domestici.

Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE e scrapie)

Per fronteggiare l'emergenza BSE la Comunità Europea, con il Regolamento (CE) 999/2001 e successive modifiche ed integrazioni, ha previsto l'adozione, da parte dei singoli stati membri, di un sistema di sorveglianza attiva della BSE, avviato nel gennaio 2001, che prevede l'esame sistematico del tronco encefalico dei bovini appartenenti alle categorie a rischio. Questo programma ha interessato non solo gli animali sospetti clinici di malattia (sorveglianza passiva), ma anche gli animali regolarmente macellati di età superiore ai 24 mesi e i bovini a rischio di BSE (sorveglianza attiva).

La nuova strategia, basata sulla sorveglianza attiva è stata resa possibile grazie all'introduzione dei test rapidi che hanno evidenziato anche in Italia i primi casi autoctoni di BSE. Questi test consentono la diagnosi preclinica della malattia in animali di età superiore a 24 mesi, integrando così l'attività diagnostica effettuata nell'ambito della sorveglianza passiva.

A partire dall' 1 gennaio 2001, tutti i bovini di età superiore a 30 mesi, regolarmente macellati o appartenenti alle categorie a rischio, sono stati sottoposti al test rapido per BSE nei laboratori degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

In tal senso, la Regione del Veneto si è dotata di un proprio piano di controllo delle TSE, in linea con le disposizioni comunitarie.

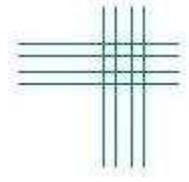
Un'altra attività che ha impegnato i Servizi Veterinari è stata quella dell'analisi microscopica dei mangimi ad uso zootecnico. Dal 1994 infatti, con l'entrata in vigore del divieto di somministrazione di proteine di origine animale ai ruminanti, il controllo di questi alimenti ha assunto un'importanza sempre maggiore.

Casi di BSE in Italia e nel Veneto dal 2001 al 2005

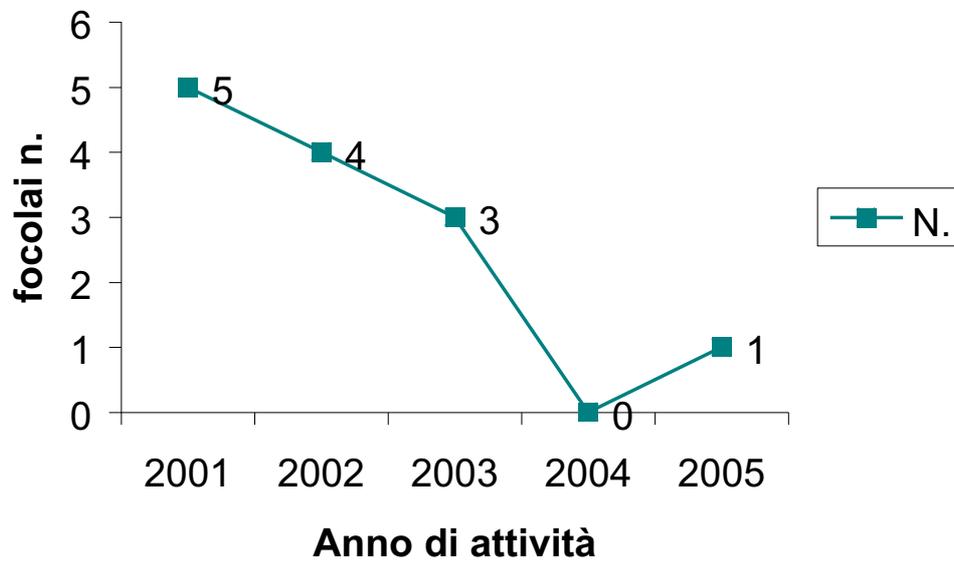
	2001	2002	2003	2004	2005
Veneto	5	4	3	0	1
Italia	49	34	29	7	8

Numero di test rapidi effettuati nel Veneto

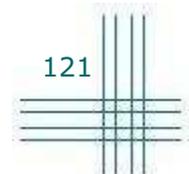
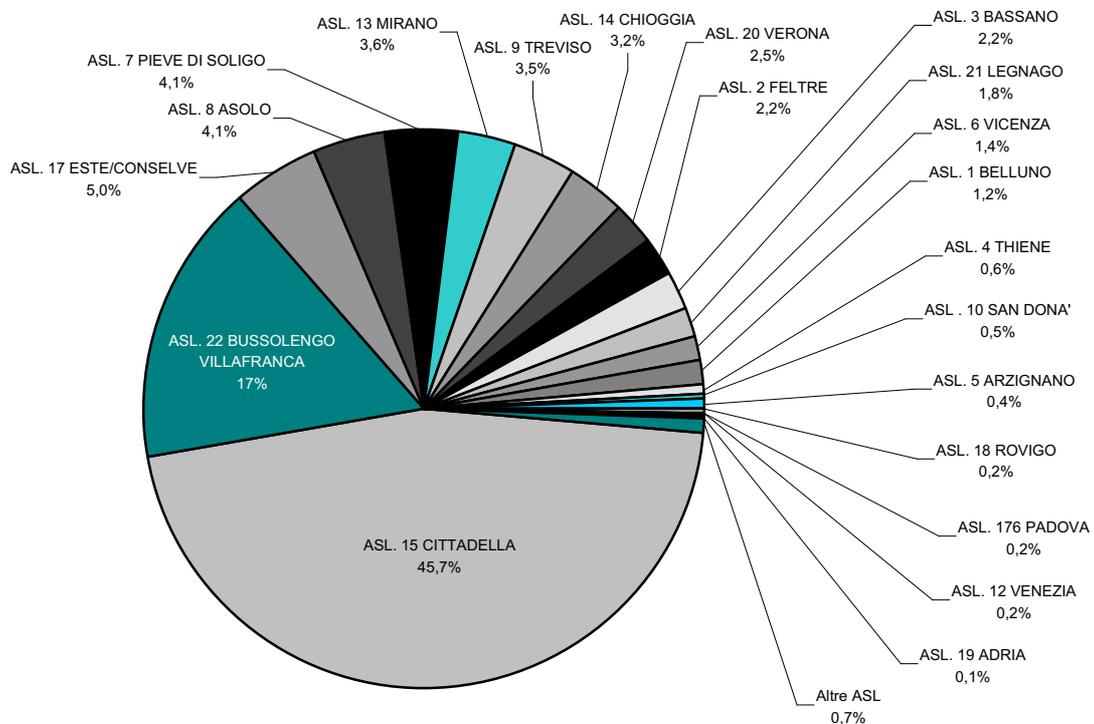
	2001	2002	2003	2004	2005
Macellati	27.164	39.919	43.633	38.491	27.820
Morti in stalla	3.815	4.085	4.351	3.194	3.119
Totale	30.979	44.004	47.984	41.685	30.939

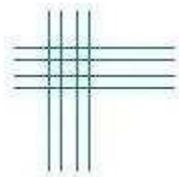


Positività per BSE nel Veneto



Percentuale dei controlli per BSE divisa per Azienda ULSS





Analisi microscopica dei mangimi

L'analisi microscopica degli alimenti ad uso zootecnico si basa sulla possibilità di distinguere i frammenti ossei appartenenti a mammifero, uccello e pesce in funzione della diversa morfologia delle lacune ossee.

Analogamente, è possibile riconoscere la presenza di altre componenti di origine animale, quali penne, piume, tessuto corneo, squame.

Questo tipo di indagine è quindi utilizzato per rilevare la presenza di alcuni componenti di origine animale e di conseguenza escludere, ai sensi della vigente normativa, eventuali mangimi contaminati dall'alimentazione degli animali.

Numero campioni 2004

REGIONE	SORVEGLIANZA	VIGILANZA	EXTRAPIANO	TOTALE
VENETO	294	141	117	552

Numero campioni primo semestre 2005

REGIONE	SORVEGLIANZA	VIGILANZA	EXTRAPIANO	TOTALE
VENETO	185	74	209	468

Numero di aziende zootecniche campionate - Anno 2004

Regione	Azienda con bovini	Azienda senza bovini	Totale
VENETO	145	16	161

Numero di aziende zootecniche campionate - primo semestre Anno 2005

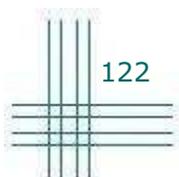
Regione	Azienda con bovini	Azienda senza bovini	Totale
VENETO	72	11	83

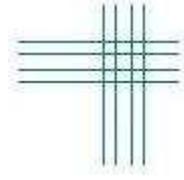
Alimentazione animale

La sicurezza dei nutrimenti impiegati in alimentazione animale costituisce, nell'ambito del più vasto capitolo della sicurezza alimentare, un aspetto di primaria importanza, come peraltro emerso, in modo eclatante per l'opinione pubblica, in seguito alle emergenze sanitarie che, a partire dalla BSE, hanno messo in luce lo stretto collegamento esistente fra qualità degli alimenti per il bestiame e salute pubblica, alimentazione animale e alimentazione umana.

Ecco perché dal 2001 è stato attuato a livello nazionale il "Piano Nazionale di Vigilanza e Controlli Sanitari sull'Alimentazione degli Animali" (successivamente denominato Piano Nazionale Alimentazione Animale).

Il Piano è stato successivamente modificato e aggiornato con riferimento ai risultati ottenuti con il monitoraggio effettuato negli anni seguenti, alle indicazioni fornite dalla Commissione Europea nelle raccomandazioni in materia di controlli sull'alimentazione animale ed alle risultanze della missione della Direzione generale per la salute e la tutela dei consumatori dell'Unione Europea condotta nella Regione Veneto a fine ottobre 2004.





Nel suo complesso il Piano Nazionale Alimentazione Animale è finalizzato, così come la normativa comunitaria e nazionale, al raggiungimento di una maggiore tutela della sanità pubblica ed a fornire ai consumatori garanzie di salubrità, sicurezza e qualità dei prodotti di origine animale, attraverso verifiche del rispetto dei divieti d'utilizzo delle proteine animali trasformate, della ricerca dei contaminanti ed altre sostanze nocive.

Anagrafe canina e prevenzione del randagismo

Il legislatore nazionale ha determinato regole di gestione in materia di tutela degli animali e prevenzione del randagismo sin dal 1991 (Legge quadro n. 281/1991). La Regione del Veneto ha quindi approvato una propria Legge Regionale dal 1993 (L. R. n. 60/1993).

A seguito di tale norma, nella Regione Veneto sono state fino ad oggi riconosciute ed iscritte all'Albo Regionale n. 13 Associazioni Protezionistiche degli animali, i cui fini statutari sono conformi a quanto stabilito dalla norma nazionale.

La stessa Legge quadro fornisce indicazioni di indirizzo su come devono essere applicate a livello territoriale le attività di cattura e custodia dei cani randagi. A tal proposito la Regione Veneto, unitamente ai Comuni ed alle Aziende ULSS, predispone piani di cofinanziamento per la costruzione di strutture di ricovero per animali d'affezione.

Attualmente risultano in attività complessivamente n. 129 strutture suddivise in: a) rifugi per cani (gestiti dai Comuni); b) canili sanitari (gestiti dalle Aziende ULSS); c) strutture di ricovero per cani private.

La Regione Veneto esercita compiti di controllo e vigilanza su tali strutture direttamente o per il tramite dei Servizi Veterinari territoriali. La Regione promuove inoltre l'affidamento degli animali ivi ospitati attraverso campagne cofinanziate di formazione ed informazione e sviluppa la prevenzione del fenomeno del randagismo.

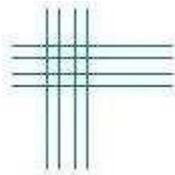
Il DPCM 28 febbraio 2003, n. 358, recante: "Recepimento dell'accordo recante disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy", prevede che le Regioni Italiane utilizzino, entro il 2005, il microchip come sistema di identificazione dei cani. Nel citato decreto è previsto inoltre che le Regioni italiane si dotino di una propria banca dati, da interfacciare con una banca dati nazionale, da istituirsi presso il Ministero della Sanità.

Poiché la Regione Veneto aveva già attivato il microchip quale sistema di identificazione dei cani, si è provveduto ad istituire una banca dati regionale dell'anagrafe canina a cui devono essere collegati tutti i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS.

A tale proposito è stato realizzato un apposito software che permette la gestione di tale banca dati, in modo da poter condividere tutti i dati in essa contenuti e da costituire una utile fonte di informazione, per i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS, per la programmazione regionale e per gli stessi cittadini.

L'anagrafe canina regionale è stata istituita, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 887 del 6 aprile 2004, presso il Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria (CREV) e sono state definite le linee guida per l'applicazione dei microchip nella Regione Veneto. La citata deliberazione prevede inoltre:

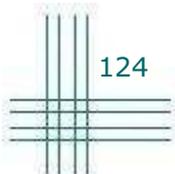
- la possibilità che i veterinari liberi professionisti identifichino i cani mediante microchip;
- la distribuzione di microchip gratuiti da parte della Regione del Veneto per favorire la pratica dell'identificazione dei cani, al fine di combattere il loro abbandono e il conseguente randagismo.

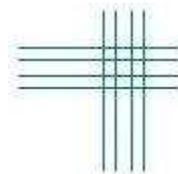
**Numero di cani iscritti in banca dati - Anno 2004**

Aziende ULSS	Cani presenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	4.783
Azienda Ulss n. 2 Feltre	7.031
Azienda Ulss n. 3 Bassano	17.805
Azienda Ulss n. 4 Thiene	14.233
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	12.664
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	34.871
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	22.975
Azienda Ulss n. 8 Asolo	17.217
Azienda Ulss n. 9 Treviso	42.973
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	15.744
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	16.377
Azienda Ulss n. 13 Mirano	15.805
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	7.602
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	26.266
Azienda Ulss n. 16 Padova	41.328
Azienda Ulss n. 17 Este	21.337
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	16.552
Azienda Ulss n. 19 Adria	8.293
Azienda Ulss n. 20 Verona	28.501
Azienda Ulss n. 21 Legnago	18.875
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	25.458
Totali	416.690

Numero di cani iscritti in banca dati - Anno 2005

Aziende ULSS	Cani presenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	4.751
Azienda Ulss n. 2 Feltre	6.952
Azienda Ulss n. 3 Bassano	17.485
Azienda Ulss n. 4 Thiene	13.970
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	12.371
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	34.263
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	22.774
Azienda Ulss n. 8 Asolo	16.968
Azienda Ulss n. 9 Treviso	42.444
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	15.383
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	16.085
Azienda Ulss n. 13 Mirano	15.621
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	7.445
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	26.044
Azienda Ulss n. 16 Padova	40.898
Azienda Ulss n. 17 Este	20.792
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	16.148
Azienda Ulss n. 19 Adria	7.555
Azienda Ulss n. 20 Verona	28.391
Azienda Ulss n. 21 Legnago	18.644
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	25.176
Totali	410.160



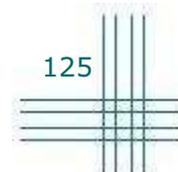


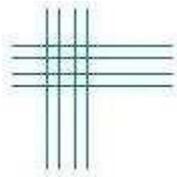
Microchip distribuiti dai Servizi Veterinari - dati anno 2005

AZIENDE ULSS	Totale microchip assegnati	Totale cani identificati con microchip	Cani identificati con microchip dall' Aziende ULSS	Microchip in giacenza presso l'Aziende ULSS	Microchip assegnati a veterinari	Cani identificati con microchip da veterinari	Microchip in giacenza presso i veterinari
Azienda Ulss n. 1 Belluno	3.000	1.562	376	234	2.390	1.186	1.204
Azienda Ulss n. 2 Feltre	3.000	1.341	99	1.121	1.780	1.242	538
Azienda Ulss n. 3 Bassano	5.000	4.070	50	300	4.650	4.020	630
Azienda Ulss n. 4 Thiene	5.990	5.610	50	0	5.940	5.560	380
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	7.560	6.206	405	5	7.150	5.801	1.349
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	6.760	4.791	739	984	5.037	4.052	985
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	7.000	6.258	59	1	6.940	6.199	741
Azienda Ulss n. 8 Asolo	7.960	6.919	2.241	229	5.490	4.678	812
Azienda Ulss n. 9 Treviso	12.520	10.161	1.106	24	11.390	9.055	2.335
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	6.796	4.960	350	786	5.660	4.610	1.050
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	4.500	3.563	0	0	4.500	3.563	937
Azienda Ulss n. 13 Mirano	4.970	3.819	3.678	1.132	160	141	19
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	4.870	2.785	0	1.010	3.860	2.785	1.075
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	6.000	5.416	10	0	5.990	5.406	584
Azienda Ulss n. 16 Padova	10.750	6.626	6.626	4.124	0	0	0
Azienda Ulss n. 17 Este	12.000	6.732	613	3.507	7.880	6.119	1.761
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	5.000	3.899	9	91	4.900	3.890	1.010
Azienda Ulss n. 19 Adria	2.050	1.484	86	54	1.910	1.398	512
Azienda Ulss n. 20 Verona	10.130	4.743	180	300	9.650	4.563	5.087
Azienda Ulss n. 21 Legnago	3.600	1.761	222	718	2.660	1.539	1.121
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	12.000	6.300	9	1.111	10.880	6.291	4.589
Totali	141.456	99.006	16.908	15.731	108.817	82.098	26.719

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1515 del 26 maggio 2004 è stata disposta la predisposizione della stampa dei modelli di passaporto per la movimentazione, in ambito comunitario, dei cani, dei gatti e dei furetti, in attuazione del Regolamento (CE) 998/2003 e della Decisione 889/2003/CE. I dati che seguono sono aggiornati a maggio 2006.

Aziende Ulss	Numero di passaporti distribuiti	Aziende Ulss	Numero di passaporti distribuiti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	541	Azienda Ulss n. 13 Mirano	873
Azienda Ulss n. 2 Feltre	261	Azienda Ulss n. 14 Chioggia	293
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.224	Azienda Ulss n. 15 Cittadella	988
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1.646	Azienda Ulss n. 16 Padova	1.576
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.224	Azienda Ulss n. 17 Este	1.581
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	1.975	Azienda Ulss n. 18 Rovigo	208
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	1.198	Azienda Ulss n. 19 Adria	993
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.140	Azienda Ulss n. 20 Verona	1.546
Azienda Ulss n. 9 Treviso	1.780	Azienda Ulss n. 21 Legnago	323
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	645	Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	1.764
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	1.296	Totali	23.075





Piano di risanamento degli allevamenti.

Con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1709 del 18 giugno 2004 è stato approvato il piano di risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina, dalla leucosi bovina enzootica, dalla brucellosi bovina o ovi-caprina per il triennio 2004-2006.

La normativa comunitaria condiziona il rilascio della qualifica di territorio ufficialmente indenne all'effettivo controllo ufficiale di tutti gli allevamenti presenti sul territorio ed al mantenimento di un'elevata percentuale di allevamenti ufficialmente indenni: questa percentuale è pari al 99,9% per quanto riguarda la tubercolosi bovina (TBC) e 99,8% per brucellosi bovina, calcolate al 31 dicembre di ogni anno. Tale parametro va mantenuto per periodi rispettivamente di 6 e 5 anni.

L'obiettivo che si prefigge il piano è il raggiungimento, nel corso del prossimo triennio, delle qualifiche di territorio ufficialmente indenne per TBC, brucellosi bovina e leucosi bovina enzootica (LEB) ai sensi della normativa comunitaria.

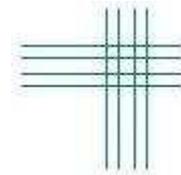
La **tubercolosi bovina** è una malattia infettiva contagiosa caratterizzata da infiammazione di tipo specifico (granuloma tubercolare) che colpisce i bovini ed è sostenuta da vari tipi di micobatteri. Esiste una sensibilità specie-specifica: infatti il micobatterio tuberculosis ha tra gli ospiti preferenziali il bovino, (gli altri sono l'uomo e gli uccelli), ma ci sono anche interscambi tra specie. La tubercolosi bovina è dunque una zoonosi, ovvero una malattia che può essere trasmessa dagli animali all'uomo e viceversa.

La **Leucosi bovina enzootica** (LEB) è una malattia contagiosa che colpisce i bovini. L'agente eziologico, ovvero l'agente causale, appartiene alla famiglia delle Retroviridae (della stessa famiglia del HIV) che raccoglie virus in grado di causare forme tumorali nei mammiferi, negli uccelli e nei rettili.

La **brucellosi** è malattia infettiva causata da batteri della famiglia delle brucelle (*Brucella abortus bovis*, *Brucella abortus suis*, *Brucella melitensis*), che colpiscono primariamente bovini, caprini e suini, i quali trasmettono l'infezione alla specie umana. Il contagio può avvenire per via diretta mediante contatto con l'animale infetto o con le sue deiezioni. Le brucelle penetrano per via cutanea, aerea o congiuntivale. Questo tipo di trasmissione interessa ovviamente le categorie professionali a contatto diretto con gli animali. Tuttavia, può verificarsi la trasmissione per via indiretta, cioè attraverso alimenti contaminati, perlopiù latte crudo e formaggi freschi, specialmente di capra e di pecora.

Regione del Veneto - Dati per il primo semestre 2005

Malattia	Specie	Numero aziende presenti nel territorio	Numero di aziende con almeno un animale risultato positivo
Tubercolosi	Bovini	19.979	5
Tubercolosi	Bufalini	29	0
Brucellosi	Bovini	19.979	0
Brucellosi	Bufalini	29	0
Brucellosi	Ovicaprina	1.692	0
Leucosi	Bovini	19.979	1



Regione del Veneto - Animali risultati positivi (dati per il primo semestre 2005)

Malattia	Specie	Numero totale animali presenti nel territorio	Numero animali risultati positivi
Tubercolosi	Bovini	948.243	93
Tubercolosi	Bufalini	1.993	0
Bruccellosi	Bovini	948.243	0
Bruccellosi	Bufalini	1.993	0
Bruccellosi	Ovicaprina	50.509	0
Leucosi	Bovini	948.243	21

Piano regionale di controllo dell'IBR

La Rinotracheite Infettiva del Bovino (IBR) è una malattia infettiva sostenuta da un herpes virus (BHV 1). Clinicamente può manifestarsi in diverse forme anche se la più frequente è quella respiratoria.

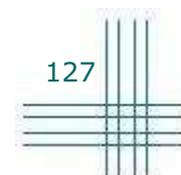
L'IBR è oggetto di un interesse crescente da parte del mondo veterinario e zootecnico, non solo italiano, ma anche comunitario a causa delle perdite economiche che questa determina nell'allevamento di bovini da latte e per la rilevanza che l'infezione da BHV 1 ha assunto nella movimentazione e commercializzazione degli animali.

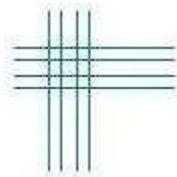
Per evitare che gli animali allevati nel territorio regionale possano incontrare difficoltà nella loro movimentazione e quindi nella loro commercializzazione, la Giunta Regionale con deliberazione n. 870 del 26 marzo 2004 ha adottato il nuovo piano di controllo che sostituisce quello approvato nel 2002.

Piano Nazionale Residui (PNR)

Il Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n. 336 recante: "Attuazione delle direttive 96/22/CE e 96/23/CE concernenti il divieto di utilizzazione di talune sostanze ad azione ormonica, tireostatica e delle sostanze (beta)-agoniste nelle produzioni di animali e le misure di controllo su talune sostanze e sui loro residui negli animali vivi e nei loro prodotti", disciplina il divieto di utilizzazione di talune sostanze ad azione ormonica, tireostatica e beta agoniste e le misure di controllo su tali sostanze e sui residui negli animali vivi e nei loro prodotti. Definisce altresì i compiti e le responsabilità delle autorità di controllo, degli operatori della filiera. Tra le azioni di controllo previste è compreso il **Piano Nazionale Residui (PNR)**, piano di controllo effettuato dai servizi veterinari territoriali per la ricerca di residui di sostanze vietate negli allevamenti e negli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale.

Il problema del controllo dei residui delle sostanze ad azione ormonica e tireostatica nelle derrate alimentari di origine animale è sempre più sentito dagli operatori e dai consumatori. La preoccupazione è pienamente giustificata dal fatto che un numero crescente di sostanze è utilizzato in allevamento per stimolare la crescita e la produttività degli animali. Esse si aggiungono ai farmaci ed ai contaminanti dell'ambiente naturale negli organismi degli animali



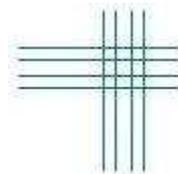


in produzione e nei prodotti da loro derivati. Il consumatore è infatti esposto all'assunzione dei residui di queste sostanze in modiche quantità, ma in maniera costante e sistematica per la durata di tutta una vita.

Piano Nazionale Residui (PNR) - Controlli effettuati nel Veneto nel 2004

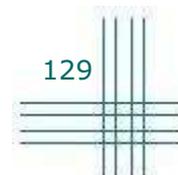
	Numero controlli previsti dal Piano	Numero controlli totali effettuati "in Piano" ed "extra Piano"
2004	6.457	7.489
2005	7.192	7.710

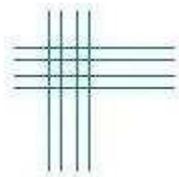
Sostanze del Gruppo A (di cui al Decreto Legislativo n. 336/1999) - Anno 2004				
Sostanze riscontrate	Specie animali/Tipologia prodotti	Numero aziende risultate positive	Sanzioni amministrative	Sanzioni penali
Cortisonici	Bovini	2	In attesa di revisione di analisi	In attesa di revisione di analisi
Cortisonici	Vitellone	1	Segnalazione all'Azienda ULSS di provenienza	1
Cortisonici	Vacca	1	1	0
Desametasone	Bovini	1	Segnalazione all'Azienda ULSS di provenienza	0
Desametasone	Bovini da carne	1	2	0
Cloramfenicolo	Galline	1	1	1
Totali		7	4	2
Sostanze del Gruppo B (di cui al Decreto Legislativo n. 336/1999) - Anno 2004				
Sostanze riscontrate	Specie animali/Tipologia prodotti	Numero aziende risultate positive	Provvedimenti	
Cadmio	Equino	0	Prelievo al macello	
Cadmio	Equino	0	Prelievo al macello	
Cadmio	Equino	1		
Cadmio	Equino	0	Prelievo al macello	
Ossitetraciclina	Vitello C.B.	1	Distruzione ex Art. 15, comma 6, lett. D, del Decreto Legislativo n. 336/99	
Sulfamidici	Vitellone	0	Segnalazione all'Azienda ULSS di provenienza	
Sostanze inibenti	Bovini	5		
Sostanze inibenti	Vitellone	2		
Coxiciclina	Broilers	0	prelievo al macello	
Sulfadimetossina	Vitello	1		
Sulfadimetossina	Vitello	1		
Totali		11		



Piano Nazionale Residui (PNR) - Controlli effettuati nel Veneto nel 2005

Sostanze del Gruppo A (di cui al Decreto Legislativo 336/1999) - Anno 2005				
Sostanze riscontrate	Specie animali/Tipologia prodotti	Numero aziende risultate positive	Sanzioni amministrative	Sanzioni penali
Clembuterolo	Vitellone da carne	1	0	0
Clembuterolo	Vitellone da carne	1	1	0
Cortisonici	Bovini	1	0	0
Cortisonici	Bovini	1	0	1
Cortisonici	Vacca	0	0	1
Cortisonici	Vitelli c.b	1	1	0
Desametasone	Bovini/Vitellone(1)	1	0	0
Desametasone	Bovino	0	0	0
Desametasone	Bovino da carne	1	1	Comunicazione Autorità giudiziaria
Desametasone	Bovini	1	0	0
Desametasone	Vacca	1	0	0
Desametasone	Vitellone	1	0	0
Desametasone	Vitellone	1	2	0
Desametasone	Vitellone	1	1	0
Desametasone	Vitellone	1	0	0
Desametasone	Vacca da riforma	1	0	0
Desametasone	Bovini da carne	1	1	0
Cloranfenicolo	Acqua/Coniglio	1	2	0
Cloranfenicolo	Coniglio	1	0	0
Totali		17	9	2
Sostanze del Gruppo B (di cui al Decreto Legislativo 336/1999) - Anno 2005				
Sostanze riscontrate	Specie animali/Tipologia prodotti	Numero aziende risultate positive	Provvedimenti	
Aflatossina M1	Latte crudo in caseificio	2	Una sanzione penale	
Aflatossina M1	Latte bovino in azienda	7	Valutazione alimenti zootecnici presenti in azienda	
Aflatossina M1	Latte bovino	15		
Aflatossina B1	mangime semplice	1	Valutazione alimenti zootecnici presenti in azienda	
Cromo	Vacca	1		





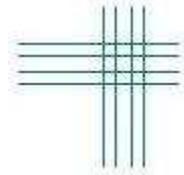
Altre sostanze del Gruppo B (di cui al Decreto Legislativo 336/1999) - Anno 2005			
Sostanze riscontrate	Specie animali/Tipologia prodotti	Numero aziende risultate positive	Provvedimenti
cromo	Vacca	1	
Cromo	Vitelli C.B.	1	
Cadmio	Equino	0	
flumequina	Broilers	1	
Ossitetraciclina	Vitellone	1	
Sostanze inibenti	Bovini	1	Azienda della Regione Friuli Venezia Giulia. Avvisata Azienda Sanitaria di competenza
Sulfamometossina	Vitellone	1	
Robenidina	Coniglio	1	
Totali		33	

Piano di monitoraggio per il miglioramento della produzione di carne bovina in Veneto

La Regione del Veneto ha attivato nel 2004 il "Piano di monitoraggio per il miglioramento della produzione di carne bovina in Veneto". L'azione è stata completata il 26 gennaio 2005 con il controllo di 98 partite di vitelli a carne bianca e vitelloni ed il prelievo di campioni da 349 animali. L'obiettivo è stato quello di testare nuovi approcci per la ricerca dell'utilizzo di sostanze vietate attraverso l'individuazione di parametri istologici, ematochimici e di biologia molecolare, allo scopo di aumentare la sicurezza degli alimenti ed elevare gli standard igienico-sanitari delle produzioni zootecniche.

Piano di monitoraggio per il miglioramento della produzione di carne bovina in Veneto Dati di attività

Periodo attività di prelievo:	dal 30 settembre 2004 al 26 gennaio 2005
Impianti di macellazione controllati:	27
Totale partite testate:	98
Totale soggetti controllati:	349
Aziende controllate:	95
Laboratori di analisi:	Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie
	Facoltà di Medicina Veterinaria di Padova



Piano di monitoraggio per il miglioramento della produzione di carne bovina in Veneto
Dati di attività di laboratorio

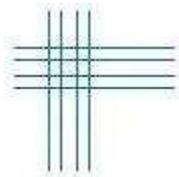
MATRICI:	
Matrici per l'esame istologico:	1.267
Serie analitiche per l'esame ematochimico:	343
Matrici per la genomica:	1.276
Matrici per la proteomica:	346
Matrici per analisi chimiche:	
Plasma:	343
Bulbo oculare:	324
Grasso perirenale:	324
Fegato:	349
Matrici per NIRS (spettrometria nel vicino infrarosso):	
Muscolo:	349
Urina:	330
Matrici per biomarcatori farmacologici:	
Fegato:	349
Urina:	330

Tra le metodologie di analisi utilizzate, vi è la spettroscopia nel vicino infrarosso (NIRS, Near Infrared Spectroscopy). La NIRS è una tecnica ottica di imaging per applicazioni mediche fra le più importanti, il cui impiego si è notevolmente sviluppato negli ultimi venti anni. Il crescente interesse che si è creato verso questa tecnica è dovuto al fatto che essa permette di ottenere, con una buona risoluzione spaziale e temporale, immagini di tessuti relativi ad organi diversi (tessuti muscolari, cardiaci, cerebrali) e attraverso l'utilizzo di queste immagini possono essere rilevate patologie oppure possono essere effettuati studi di carattere funzionale.

Le mappe che si possono ottenere con la spettroscopia nel vicino infrarosso forniscono essenzialmente la variazione di concentrazione dell'emoglobina all'interno dei tessuti, in particolare i muscoli o il cervello, in conseguenza di stimoli di carattere motorio o visivo.

La tecnologia NIRS utilizza sorgenti luminose in una finestra ottica che va da 700 a 900 nanometri (vicino infrarosso); in questo intervallo la luce penetra attraverso i tessuti biologici e viene assorbita dal cromoforo principale.

Per cromoforo si intende un pigmento che assorbe la luce nella regione spettrale di interesse, ogni cromoforo presenta un particolare spettro che ne descrive il livello di assorbimento per



ogni lunghezza d'onda. Nel cervello il principale cromoforo è l'emoglobina nelle due forme ossigenata e non ossigenata.

Benessere animale

Con l'organizzazione di specifici gruppi di lavoro composti dai rappresentanti del mondo produttivo, degli Ordini professionali veterinari, di veterinari liberi professionisti e dei principali Enti di programmazione e ricerca, sono stati elaborati atti di indirizzo e linee guida per l'applicazione della normativa europea in materia di benessere animale.

Sono state inoltre fornite concrete indicazioni sulla programmazione dei controlli da effettuare sul territorio, in considerazione del patrimonio zootecnico afferente a ciascuna Azienda ULSS e con riferimento all'analisi dei rischi emersi durante le attività di controllo negli anni precedenti e alle ispezioni effettuate di concerto con il Ministero della Salute.

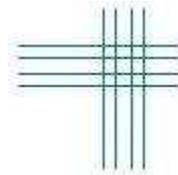
Il benessere animale in allevamento viene controllato dai Servizi Veterinari sulla base del rischio che caratterizza gli allevamenti. In particolare, in aggiunta all'attività di controllo programmata, le Aziende ULSS rendicontano annualmente al competente Ufficio del Ministero della Salute le attività di controllo effettuate specificatamente negli allevamenti di vitelli, suini e galline ovaiole.

A tal fine la Regione del Veneto ha predisposto delle specifiche check-list destinate ai Servizi Veterinari delle Aziende ULSS per l'ispezione ed il controllo del benessere animale negli allevamenti delle specie sopra indicate.

Controlli effettuati nella Regione del Veneto con riferimento al benessere animale in allevamento Anni 2000-2004

Anno	Allevamento di Vitelli			Allevamento di suini			Allevamento di galline ovaiole			Totale infrazioni e provvedimenti		
	Numero aziende	Numero aziende ispezionate	Numero infrazioni	Numero aziende	Numero aziende ispezionate	Numero infrazioni	Numero aziende	Numero aziende ispezionate	Numero infrazioni	Infrazioni	Diffide	Sanzioni
2000	1.080	388	0	1.072	675	3	132	120	1	4	0	0
2001	1.086	435	3	1.097	709	2	140	129	2	7	2	1
2002	849	470	1	871	560	0	104	99	0	1	0	0
2003	1.013	659	2	1.080	732	2	109	104	0	4	2	0
2004	1.896	1.546	20	1.011	670	0	117	112	9	29	9	20

Il controllo del benessere animale durante il trasporto viene effettuato in diversi momenti: alla partenza, durante il viaggio, nei luoghi di sosta, di trasferimento e di arrivo. Per i controlli durante il viaggio i Servizi Veterinari territoriali operano in collaborazione con la Polizia Stradale, mentre i controlli effettuati sugli animali provenienti da altri Stati vengono programmati ed effettuati grazie alla cooperazione tra Servizi regionali ed uffici Uffici Veterinari per gli Adempimenti Comunitari (UVAC) e Posti di Ispezione Frontaliera (PIF).



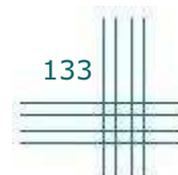
Tutti i controlli del benessere durante il trasporto vengono rendicontati annualmente al competente Ufficio del Ministero della Salute, utilizzando uno specifico modulo fornito dall'Unione Europea.

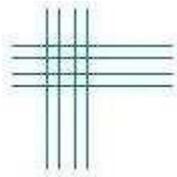
Controlli effettuati nella Regione del Veneto con riferimento al benessere animale durante il trasporto Anno 2004

Animali trasportati (n. di capi)		1 Bovini	2 Suini	3 Piccoli Ruminanti	4 Equini	5 Volatili domestici e conigli	6 Altre specie
a Da macello		805.403	355.507	5.810	14.356	199.324.071	16.386.816
b Da esportazione		20.855	300	0	72	1.425.350	1
c Importati per allevamento		294.997	193.088	201	3.060	30.020.249	1.100.526
d Altri animali trasportati		1.191.559	636.640	55.094	0	182.481.071	0
a+b+c+d		2.312.814	1.185.535	61.105	17.488	413.250.741	17.487.343
Numero delle ispezioni	1 Sui mezzi di trasporto	Numero di animali					
		2 Bovini	3 Suini	4 Piccoli ruminanti	5 Equini	6 Volatili domestici e conigli	7 Altre specie
a Durante il trasporto stradale	21	721	140	2.100	0	2.000	0
b Al luogo di arrivo	5.932	193.256	236.508	0	1.260	31.468.722	59.165
c1 Al mercato	132	654	612	0	53	0	0
c2 Al luogo di partenza	305	12.862	11.941	0	47	548.580	0
c3 Ai punti sosta	0	0	0	0	0	0	0
c4 Ai punti di trasferimento	0	0	0	0	0	0	0
a+b+c1+c2+c3+c4	6.390	207.493	249.201	2.100	1.360	32.019.302	59.165
d Controlli documentali	2.818	5.773	1.400	3	95	11.614	31
Numero di violazioni	1 Sui mezzi di trasporto	Numero di animali					
		2 Bovini	3 Suini	4 Piccoli ruminanti	5 Equini	6 Volatili domestici e conigli	7 Altre specie
a Durante il trasporto stradale	4	0	0	1.400	0	2.000	0
b Al luogo di arrivo	12	152	1.237	0	0	15.300	0
c1 Al mercato	0	0	0	0	0	0	0
c2 Al luogo di partenza	0	0	0	0	0	0	0
c3 Ai punti sosta	0	0	0	0	0	0	0
c4 Ai punti di trasferimento	0	0	0	0	0	0	0
a+b+c1+c2+c3+c4	16	152	1.237	1.400	0	17.300	0
d Controlli documentali	16	3	7	2	0	5	0

Autorizzazione all'esercizio delle Strutture Veterinarie

La Regione del Veneto ha definito nel 2005 le linee guida recanti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie da parte di strutture pubbliche e private. Sono state inoltre stabilite le modalità di autorizzazione delle nuove strutture, nonché i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture già autorizzate, da applicarsi in tutto il territorio regionale.





Tali linee guida sono frutto di un processo di interazione e collaborazione tra Ordini Provinciali dei Medici Veterinari, Agenzia Regionale Socio Sanitaria, Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare e l'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani).

Sottoprodotti di origine animale

La normativa emanata dall'Unione Europea fissa norme di polizia sanitaria applicabili alla raccolta, al trasporto, al deposito, alla manipolazione, alla trasformazione e all'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale, al fine di evitare ogni rischio per la salute pubblica e della salute degli animali. La Regione del Veneto ha stabilito a fine 2004 le linee guida per l'applicazione di tali norme. Sulla base di queste, sono stati riconosciuti in Regione Veneto i seguenti impianti:

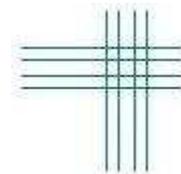
Sottoprodotti di origine animale - Stabilimenti riconosciuti ai sensi del Regolamento CE 1774/2002	Anno 2005
Impianti di produzione di alimenti per animali da compagnia e articoli da masticare	3
Impianto di compostaggio	1
Centri di raccolta	1
Impianti di transito (categoria 1)	6
Impianti di transito (categoria 2)	1
Impianti di transito (categoria 3)	66
Impianti di incenerimento a bassa capacità	1
Impianti di magazzinaggio (categoria 3)	5
Impianti tecnici	8
Impianti di trasformazione (categoria 1)	2
Impianti di trasformazione (categoria 2)	1
Impianti di trasformazione (categoria 3)	11
Totali	106

I sottoprodotti di origine animale sono definiti come parti di carcasse di animali o materiali di origine animale, non destinati al consumo umano. Nella definizione data in ambito europeo l'aspetto essenziale è la destinazione.

La carcassa di un animale macellato per il consumo umano è prevalentemente destinata a questo fine. Tuttavia, vi saranno degli scarti che potranno essere tali in alcune aree territoriali e non esserlo in altre.

Ad esempio, vi sono zone in Europa in cui la lingua dei bovini è considerata carne destinata al consumo umano. Al contrario, nelle regioni d'Europa in cui non esiste un mercato per la lingua di bovino la si considera un sottoprodotto di origine animale. I prodotti animali diventano sottoprodotti di origine animale se è certo che non saranno utilizzati per il consumo umano.

L'uso di alcuni sottoprodotti di origine animale nei mangimi può contribuire alla diffusione dell'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) e di altre malattie animali, oppure alla propagazione di contaminanti chimici come le diossine. Se non vengono eliminati correttamente i sottoprodotti di origine animale possono inoltre costituire una minaccia per la



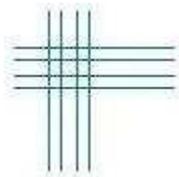
salute umana. Per questo motivo è indispensabile un'intensa azione di monitoraggio e controllo.

Da questo punto di vista, i dati produttivi delle attività di trasformazione dei sottoprodotti di origine animale negli impianti veneti autorizzati, di seguito rappresentati, inducono alcune opportune considerazioni:

- Gli impianti (n. 2) che trasformano il materiale specifico a rischio, che la norma obbliga alla distruzione, hanno una elevata capacità produttiva;
- Dalla scomposizione del dato di oltre 62.000 tonnellate di materiale introdotto (anno 2005) si può affermare che il 50% circa è di provenienza extra-regionale;
- Occorre affermare il ruolo della Regione del Veneto quale leader nel settore della produzione di fertilizzanti organici, in considerazione della presenza di impianti specializzati di particolare importanza nel nostro territorio.

**Quantità di sottoprodotti di origine animale (materiale fresco e prodotto trasformato)
Quantità divise per categorie - Regione del Veneto Anno 2004**

	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3
	Tonnellate	Tonnellate	Tonnellate
1. Materiale fresco (totale)	60.353	15.923	406.597
1.1 di cui eliminato:	2	0	0
- mediante incenerimento/coincenerimento in impianti ad alta o bassa capacità	0	0	0
- mediante interrimento	2	0	0
- per altri usi (specificare)	0	0	0
1.2 di cui utilizzato (introdotto):	60.351	15.923	307.378
- in impianti di trasformazione regionali	60.351	15.280	287.339
- in impianti di biogas/compostaggio	0	643	12.134
- in impianti di petfood regionali	0	0	7.905
- in impianti tecnici regionali	0	0	0
1.3 di cui utilizzato tal quale nell'alimentazione animale:	0	0	99.219
- per animali da reddito (es. Reg. 79/2005)	0	0	99.219
- per animali particolari (art. 23 Reg. 1774)	0	0	0
2. Prodotto trasformato in impianti (totale)	20.788	3.498	106.013
- di cui PAT (carne/ossa e sangue)	15.708	3.498	66.687
- di cui grassi	5.080	0	39.326
- di cui idrolizzati proteici	0	0	0
2.1 di cui eliminato:	20.788	0	1.724
- mediante incenerimento/coincenerimento	20.788	0	1.724
- mediante interrimento in discarica	0	0	0
2.2 di cui utilizzato:	0	3.498	29.337
- per fertilizzanti	0	3.498	29.062
- in impianti di biogas/compostaggio	0	0	0
- per usi industriali (es. grassi fusi)	0	0	275
- per altri usi	0	0	0
2.3 di cui destinato all'alimentazione animale:	0	0	91.793
- per animali da reddito	0	0	50.221
- per cibi per animali (petfood)	0	0	41.572



**Quantità di sottoprodotti di origine animale (materiale fresco e prodotto trasformato)
Quantità divise per categorie - Regione del Veneto Anno 2005**

	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3
	Tonnellate	Tonnellate	Tonnellate
1. Materiale fresco (totale)	62.126	33.455	479.463
1.1 di cui eliminato:	0	0	0
- mediante incenerimento/coincenerimento in impianti ad alta o bassa capacità	0	0	0
- mediante interramento	0	0	0
- per altri usi (specificare)	0	0	0
1.2 di cui utilizzato (introdotto):	62.126	33.455	390.730
- in impianti di trasformazione regionali	62.126	16.151	367.600
- in impianti di biogas/compostaggio	0	973	13.285
- in impianti di petfood regionali	0	0	9.780
- in impianti tecnici regionali	0	16.331	65
1.3 di cui utilizzato tal quale nell'alimentazione animale:	0	0	88.733
- per animali da reddito (es. Reg. 79/2005)	0	0	88.733
- per animali particolari (art. 23 Reg. 1774)	0	0	0
2. Prodotto trasformato in impianti (totale)	19.082	3.861	119.726
- di cui PAT (carne/ossa e sangue)	15.014	3.861	65.965
- di cui grassi	4.068	0	45.261
- di cui idrolizzati proteici	0	0	8.500
2.1 di cui eliminato:	19.078	0	3.800
- mediante incenerimento/coincenerimento	19.078	0	3.800
- mediante interramento in discarica	0	0	0
2.2 di cui utilizzato:	0	3.861	37.606
- per fertilizzanti	0	3.861	30.443
- in impianti di biogas/compostaggio	0	0	0
- per usi industriali (es. grassi fusi)	0	0	7.163
- per altri usi	0	0	0
2.3 di cui destinato all'alimentazione animale:	0	0	93.107
- per animali da reddito	0	0	47.490
- per cibi per animali (petfood)	0	0	45.617

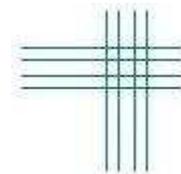
* I dati devono essere riferiti a materiali introdotti negli impianti operanti sul territorio regionale.

** La Categoria del materiale fresco viene valutata anche in funzione dell'impianto di destinazione (ad esempio: materiale di Categoria 2 destinato ad un impianto di trasformazione di Categoria 1, deve essere considerato di Categoria 1).

I sottoprodotti di origine animale sono suddivisi in 3 categorie. I parametri per stabilire la categoria sono relativi alle diverse modalità e ai diversi gradi di incenerimento e/o trasformazione.

Le attività produttive considerate sono quelle riguardanti i materiali (e le relative trasformazioni) derivanti dalla concia delle pelli, i mangimi, i fertilizzanti organici ed i grassi per la saponificazione.

Inoltre l'attenzione è posta al compostaggio con l'impiego di sottoprodotti di origine animale ed alle attività di trasformazione dello stallatico, per la produzione di terreno per la fungicoltura e per la produzione di fertilizzanti organici.



L'industria veneta dei settori segnalati manifesta valori produttivi elevati, di altrettanto considerevole valore commerciale. Anche, per questo motivo è indispensabile un'attenta vigilanza collegata ad azioni di valutazione del rischio per quanto attiene la sicurezza alimentare.

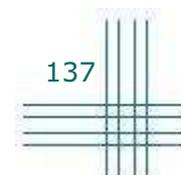
**Attività di controllo relativa alla gestione dei sottoprodotti di origine animale
Regione del Veneto anno 2005**

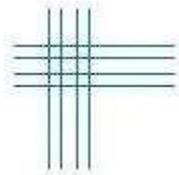
Impianto	Numero controlli senza protocollo	Numero controlli con protocollo	Provvedimenti adottati per non conformità
Allevamento bovini	7.540	5.708	0
Allevamenti ovi-caprini	546	43	0
Macello di ruminanti	4.412	1.180	2
Attività di sezionamento	3.273	1.175	3
Macellerie	975	916	1
Impianto di transito Categoria 1	306	4	0
Impianto di trasformazione di Categoria 1	220	1	0
Totali	17.272	9.027	6

Consistenza attività produttive nel Veneto al 31 dicembre 2005

A conclusione di questo capitolo dedicato alla sanità animale, si rappresentano di seguito le consistenze degli allevamenti diversi da quelli di bovini al 31 dicembre 2006.

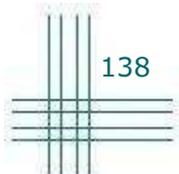
SUINI					
Aziende ULSS	Consistenza Potenziale Verri	Consistenza potenziale Scrofe	Consistenza potenziale Ingrasso	Consistenza potenziale Svezzamento	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	21	1.492	1.678	2.765	31
Azienda Ulss n. 2 Feltre	91	2.433	1.159	7.212	22
Azienda Ulss n. 3 Bassano	14	621	10.790	22	67
Azienda Ulss n. 4 Thiene	0	681	11.323	0	62
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	10	254	5.882	2.470	248
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	8	949	31.174	7.315	54
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	23	618	16.807	3.862	65
Azienda Ulss n. 8 Asolo	172	6.794	60.203	18.486	290
Azienda Ulss n. 9 Treviso	101	10.148	37.043	7.924	233
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	32	2.199	15.733	6.069	83
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	28	723	965	2.566	103
Azienda Ulss n. 13 Mirano	4	1.507	5.651	20	87
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	35	1.777	18.185	13.527	214
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	7	6.158	70.364	2.050	171
Azienda Ulss n. 16 Padova	19	193	4.872	15	246
Azienda Ulss n. 17 Este	49	2.278	19.226	1.202	880
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	148	5.042	43.511	202	201
Azienda Ulss n. 19 Adria	29	1.475	23.741	5.000	174
Azienda Ulss n. 20 Verona	79	3.492	25.184	15.593	97
Azienda Ulss n. 21 Legnago	138	8.326	107.482	20.587	103
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	93	28.998	129.907	13.241	418
T o t a l i	1.101	86.158	640.880	130.128	3.849

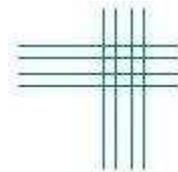




OVINI		
Aziende ULSS	Consistenza potenziale	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	5.049	362
Azienda Ulss n. 2 Feltre	5.100	266
Azienda Ulss n. 3 Bassano	2.406	181
Azienda Ulss n. 4 Thiene	3.799	92
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	2.622	73
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3.249	45
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	1.507	119
Azienda Ulss n. 8 Asolo	4.706	85
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2.823	42
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	88	11
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	486	12
Azienda Ulss n. 13 Mirano	567	121
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	1.179	21
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1.887	32
Azienda Ulss n. 16 Padova	283	41
Azienda Ulss n. 17 Este	6.855	31
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	3.603	26
Azienda Ulss n. 19 Adria	1.640	13
Azienda Ulss n. 20 Verona	2.539	111
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1.228	21
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	3.831	101
T o t a l i	55.447	1.806

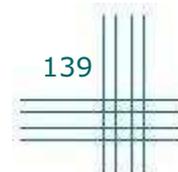
CAPRINI		
Aziende ULSS	Consistenza potenziale	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1.687	353
Azienda Ulss n. 2 Feltre	1.281	128
Azienda Ulss n. 3 Bassano	2.487	207
Azienda Ulss n. 4 Thiene	2.122	98
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.023	70
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3.269	50
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	1.232	157
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.317	88
Azienda Ulss n. 9 Treviso	659	55
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	125	19
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	270	20
Azienda Ulss n. 13 Mirano	585	126
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	1.044	26
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	308	13
Azienda Ulss n. 16 Padova	484	119
Azienda Ulss n. 17 Este	510	35
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.165	23
Azienda Ulss n. 19 Adria	162	9
Azienda Ulss n. 20 Verona	1.023	63
Azienda Ulss n. 21 Legnago	525	7
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	2.981	103
T o t a l i	24.259	1.769

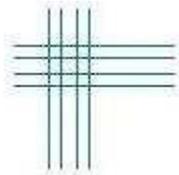




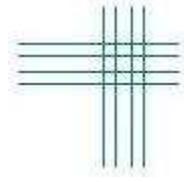
EQUINI		
Aziende ULSS	Consistenza potenziale	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	164	129
Azienda Ulss n. 2 Feltre	181	181
Azienda Ulss n. 3 Bassano	543	140
Azienda Ulss n. 4 Thiene	131	230
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	354	169
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	100	82
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	797	235
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.576	262
Azienda Ulss n. 9 Treviso	1.454	360
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	645	137
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	369	68
Azienda Ulss n. 13 Mirano	120	47
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	699	140
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	310	223
Azienda Ulss n. 16 Padova	1.208	270
Azienda Ulss n. 17 Este	1.815	393
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	586	157
Azienda Ulss n. 19 Adria	434	85
Azienda Ulss n. 20 Verona	413	306
Azienda Ulss n. 21 Legnago	352	181
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	3.741	362
T o t a l i	15.992	4.157

CONIGLI			
Aziende ULSS	Consistenza potenziale Ingrasso	Consistenza potenziale Riproduzione	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	28.759	1.378	139
Azienda Ulss n. 2 Feltre	9.800	1.990	12
Azienda Ulss n. 3 Bassano	102.880	15.310	33
Azienda Ulss n. 4 Thiene	14.209	85	16
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	156.024	12.232	35
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	68.700	6.497	29
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	141.874	34.648	211
Azienda Ulss n. 8 Asolo	692.226	102.553	195
Azienda Ulss n. 9 Treviso	284.554	38.564	312
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	80.386	15.020	433
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	206	0	5
Azienda Ulss n. 13 Mirano	143.000	700	8
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	49.321	3.340	460
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	337.691	50.670	66
Azienda Ulss n. 16 Padova	75.374	6.487	159
Azienda Ulss n. 17 Este	145.143	19.750	183
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	36.275	3.075	196
Azienda Ulss n. 19 Adria	31.386	1.060	395
Azienda Ulss n. 20 Verona	162.304	64.464	54
Azienda Ulss n. 21 Legnago	116.930	6.850	34
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	144.967	30.298	83
T o t a l i	2.822.009	414.971	3.058





LEPRI			
Aziende ULSS	Consistenza potenziale Ingrasso	Consistenza potenziale Riproduzione	Numero allevamenti
Azienda Ulss n. 1 Belluno	0	0	0
Azienda Ulss n. 2 Feltre	0	300	4
Azienda Ulss n. 3 Bassano	200	295	3
Azienda Ulss n. 4 Thiene	0	0	8
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	0	150	5
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	0	0	1
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	9	364	18
Azienda Ulss n. 8 Asolo	353	542	13
Azienda Ulss n. 9 Treviso	125	76	6
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	0	0	0
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	0	0	0
Azienda Ulss n. 13 Mirano	0	0	0
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	36	1.100	8
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	0	0	12
Azienda Ulss n. 16 Padova	307	70	3
Azienda Ulss n. 17 Este	182	644	10
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	50	350	2
Azienda Ulss n. 19 Adria	0	0	0
Azienda Ulss n. 20 Verona	17	22	6
Azienda Ulss n. 21 Legnago	0	512	6
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	116	292	34
T o t a l i	1.395	4.717	139



2.4 Servizio Igiene Pubblica

Descrizione dei fenomeni

Le azioni inerenti il Servizio Igiene Pubblica sono indirizzate alla tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali.

L'attività di programmazione ed indirizzo regionale in questo settore consente: A) una maggiore omogeneità di interventi dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle Aziende sanitarie; B) la condivisione di conoscenze e metodi di lavoro al fine di assicurare risposte tempestive e appropriate alla popolazione; C) il costante e sistematico miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie territoriali.

L'ambito di intervento dell'Igiene pubblica è eterogeneo: accanto a problematiche legate all'ambiente (quali ad esempio l'inquinamento elettromagnetico o gli effetti del radon o l'uso dei prodotti fitosanitari in agricoltura) vi sono ambiti di intervento che attengono all'igiene edilizia o alla medicina legale e necroscopica.

Prodotti fitosanitari

Il monitoraggio ed il controllo sull'acquisto e l'utilizzo di prodotti fitosanitari nella nostra Regione ha avuto un ulteriore sviluppo nel biennio 2004-2005. Il potenziale inquinamento in caso di uso eccessivo e/o scorretto di tali prodotti (concimi chimici) rende indispensabile una costante attenzione.

Perciò nella nostra Regione sono proseguiti gli interventi previsti con il Progetto Regionale FAS (Fitosanitari Ambiente Salute), approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 131 del 31 gennaio 2003.

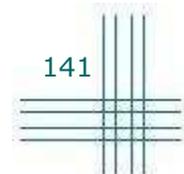
In particolare è stata curata, sia intermini procedurali che di indirizzo, l'attività dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale (ARPAV), con riferimento alle competenze della stessa in merito alla gestione dei dati derivanti dalle dichiarazioni annuali di vendita di prodotti fitosanitari nel Veneto.

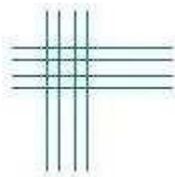
In tal senso la predisposizione di un'anagrafica delle rivendite di prodotti fitosanitari ha evidenziato la presenza di 729 rivenditori, distinti territorialmente per Azienda ULSS competente.

Quindi, nel 2004 è stato realizzato un applicativo per la raccolta e la gestione dei dati. Nel 2005, il software per la rilevazione ed il governo delle informazioni provenienti dalle dichiarazioni annuali di vendita di prodotti fitosanitari è stato ulteriormente perfezionato.

Tra i dati più significativi vi è il riscontro e l'identificazione di 3.500 prodotti commerciali registrati ed individuati, suddivisi per area di utilizzo.

Inoltre, sulla base del **Piano Regionale fitosanitari** (DGRV n. 1516 del 26 maggio 2004 e n. 940 del 18 marzo 2005) le Aziende ULSS sono state chiamate, attraverso criteri preordinati sulla base di indicatori desunti dalle dichiarazioni annuali di vendita, ad attuare i controlli sanitari presso i rivenditori dei prodotti fitosanitari e presso le Aziende Agricole in cui gli stessi prodotti vengono utilizzati.





Sopralluoghi effettuati dai tecnici delle Aziende ULSS

Sopralluoghi effettuati nel 2004	
Presso rivendite	552
Presso utilizzatori	448
Sopralluoghi effettuati nel 2005	
Presso rivendite	400
Presso utilizzatori*	700

* I dati 2005 sono provvisori.

Il 2005 ha visto una maggiore attenzione all'utilizzo dei prodotti fitosanitari, ambito ritenuto particolarmente significativo sul piano degli interventi di prevenzione sanitaria necessari. Da questo punto di vista si deve registrare un miglioramento complessivo, anche in termini qualitativi, dell'attività ispettiva che viene ora orientata e razionalizzata attraverso una programmazione regionale annuale.

Un altro ambito di intervento è rappresentato dalla formazione degli operatori sanitari in tema di prodotti fitosanitari. La Regione del Veneto ha attivato allo scopo il corso: "La produzione, la commercializzazione e l'impiego dei prodotti fitosanitari", frequentato da 100 partecipanti tra Medici e Tecnici della Prevenzione delle Aziende ULSS, impegnati nel settore in questione.

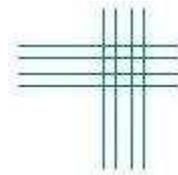
Il corso si è svolto a Bassano del Grappa in tre edizioni da marzo a maggio 2005 ed ha evidenziato elementi di ulteriore stimolo per affrontare in termini adeguati le difficoltà emergenti nel territorio in questo comparto.

Tutte le Aziende ULSS sono state dotate del software su tutti i prodotti fitosanitari registrati, strumento che consente di svolgere con maggiore appropriatezza l'attività istituzionale di controllo e nel contempo consente agli operatori sanitari di svolgere un ruolo importante di informazione, sia verso i venditori che nei confronti degli utilizzatori.

Tatuaggi e piercing

La diffusione del fenomeno del tatuaggio e piercing nella nostra Regione ha determinato un rafforzamento dell'iniziativa della Regione del Veneto in questo delicato settore, avviata sin dal 2001. Pertanto, sono state implementate alcune misure concrete di prevenzione sanitaria:

- È stata garantita la continuità dell'esperienza formativa obbligatoria per l'ottenimento dell'idoneità igienico sanitaria all'esercizio dell'attività di tatuaggio e piercing;
- L'articolazione e i contenuti didattici dei corsi professionali sono stati migliorati;
- Sono stati censiti 500 operatori che mantengono costanti contatti con i docenti del corso e con il responsabile dell'iniziativa di formazione.



Igiene delle piscine

L'Accordo 16 gennaio 2003, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sugli aspetti igienico-sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine a uso natatorio ha indicato con chiarezza la strada della semplificazione amministrativa, della responsabilizzazione, della formazione e della valorizzazione delle autonomie regionali.

Su tali basi la Giunta Regionale del Veneto, con deliberazione n. 3583 del 28 novembre 2003, ha approvato il "Progetto Regionale Piscine" articolato in moduli operativi dei quali è previsto uno sviluppo con scansione temporale triennale.

La prima azione è stata indirizzata alla ricognizione degli impianti natatori e alla costituzione di una banca dati, al fine di conoscere il numero e la distribuzione territoriale degli impianti natatori, le condizioni igienico sanitarie e strutturali degli impianti esistenti, onde poter definire anche un piano dei controlli.

Il censimento è iniziato nel 2004, proseguendo nel 2005. La rilevazione ha riguardato le piscine pubbliche e quelle di uso pubblico (alberghi, campeggi, palestre, ecc.). I dati raccolti sono stati inseriti in un database con codificazione univoca degli impianti su base regionale. Ciò consentirà, in relazione a possibili ulteriori sviluppi, l'integrazione con la banca dati dell'ARPAV e l'accesso da parte degli operatori delle Aziende ULSS ai dati, anche analitici, concernenti ogni singolo impianto.

Piscine censite e stimate (anno 2005)

	Censite	Totale stimate
Piscine pubbliche	133	140
Altre piscine ad uso collettivo	590	800

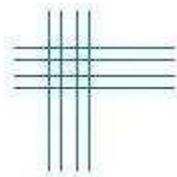
Una volta completato il rilevamento delle piscine pubbliche e ad uso pubblico e portato a regime il sistema informatico di rilevazione, si procederà alla rilevazione delle piscine condominiali e delle strutture termali e terapeutiche. La stima è di altre 350 - 400 piscine.

Anche in questo caso si ritiene indispensabile l'attivazione di un percorso formativo. Per questo motivo è stato assegnato all'Azienda ULSS 4 di Thiene il compito di organizzare un corso di formazione per i professionisti della salute delle Aziende Sanitarie del Veneto.

Il corso intitolato "Igiene e sicurezza nelle piscine", accreditato ECM, è stato organizzato in due sessioni, tra giugno e ottobre 2005. L'evento ha avuto risonanza nazionale in quanto si è trattato del primo corso di formazione in materia di piscine dopo l'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003. Il corso è stato frequentato da 19 medici e 55 tecnici della prevenzione.

L'attività di formazione proseguirà con una o più giornate di studio destinate in modo specifico ai gestori di piscine. Tale compito è stato assegnato all'Azienda Ulss n. 22 di Bussoleto (Delibera della Giunta Regionale n. 2872 del 4 ottobre 2005).

È stata prevista inoltre una serie di iniziative di comunicazione come la redazione di opuscoli per la raccolta dei documenti tecnici, le circolari ed ogni altro materiale informativo utile per gli operatori del settore, nonché l'elaborazione di materiale informativo per gli utenti, con elementi di educazione alla salute.



La prima iniziativa realizzata nell'ambito del modulo della comunicazione è stata il *dossier* "La salute nelle piscine" con il quale sono stati raccolti, coordinati e commentati i documenti ufficiali elaborati fino al gennaio 2005. Il documento ha il fine di fare chiarezza sugli aspetti giuridico-normativi e tecnici che caratterizzano la materia.

Nell'ottica di una costante collaborazione con le Aziende ULSS, la realizzazione del *dossier* è stata affidata all'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo. La presentazione ed una prima distribuzione del *dossier* hanno avuto luogo nel corso di un convegno svoltosi a Conegliano il primo febbraio 2005.

L'evento ha registrato la partecipazione al di sopra di ogni aspettativa: 352 convegnisti di cui 79 da fuori regione (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, TrentinoAlto Adige).

Tra i relatori erano rappresentate la Regione Lombardia, l'Emilia Romagna, la Liguria, la Toscana, il Piemonte, la Provincia di Trento, il Ministero della Salute, l'Istituto superiore di Sanità, l'UNI e le Associazioni di categoria che hanno partecipato ai tavoli di lavoro.

Dati sulla partecipazione al convegno di Conegliano (primo febbraio 2005):

Provenienza	Operatori pubblici	Operatori privati	Totale
Veneto	109	164	273
Altre regioni	36	43	79
Totale	145	207	352

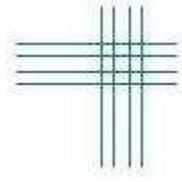
Successivamente i volumi sono stati inviati a Comuni, Prefetture, Province, Aziende ULSS, ARPAV, altre Regioni, Ministeri, Associazioni di categoria, Ordini Professionali e Università italiane.

Autocontrollo

L'Accordo Stato-Regioni sulle piscine introduce una novità di rilievo ovvero l'autocontrollo. In tal senso l'Accordo prevede che il responsabile della piscina debba "garantire la corretta gestione sotto il profilo igienico sanitario di tutti gli elementi funzionali del complesso che concorrono alla sicurezza della piscina". I controlli per la verifica del corretto funzionamento del complesso sono soprattutto interni e vanno eseguiti secondo protocolli di gestione.

Unità mobile ARPAV

L'Accordo citato prevede inoltre controlli esterni, istituzionalmente di competenza delle Aziende Sanitarie che operano in collaborazione e con il supporto dell'ARPAV. Per avviare una prima fase sperimentale di rilevazione dei requisiti microclimatici delle piscine è stata finanziata l'attivazione di una Unità mobile dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione



Ambientale per tutta la Regione, in considerazione dello speciale contenuto tecnico-scientifico (microclima e rumore) di tali controlli e della mancanza di esperienza in questo senso.

Livello interregionale

A livello interregionale lo stesso gruppo di lavoro che a suo tempo aveva istruito l'Accordo Stato Regioni 16 gennaio 2003, ha ripreso la propria attività a partire dalla primavera del 2004, con l'obiettivo di predisporre un testo comune da assumere come base per la nuova normativa regionale.

Il documento "Disciplina interregionale delle piscine" è stato approvato il 22 giugno 2004 dal Coordinamento Interregionale Prevenzione. Presentato alla Conferenza delle Regioni il documento è stato approvato il 14 luglio 2004 dagli Assessori alla Sanità e il 16 dicembre 2004 dai Presidenti delle Regioni come Accordo Interregionale, formula giuridica innovativa prevista dall'articolo 177, comma 8, della Costituzione.

Invalità civile

La Legge 15 ottobre 1990, n. 295, stabilisce che gli accertamenti sanitari relativi al riconoscimento dello stato di invalido civile, cieco civile o sordomuto sono effettuati dalle unità sanitarie locali attraverso proprie Commissioni Mediche. L'accertamento sanitario a fini medico-legali, da parte delle Commissioni per l'Invalidità civile, è compito istituzionale dell'Azienda Ulss ed è inserito nell'area "Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro".

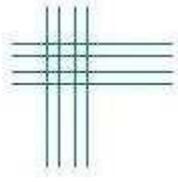
La Giunta Regionale del Veneto, sin dal 1990, aveva fornito alle Aziende ULSS del Veneto alcune direttive in ordine all'applicazione della legge nazionale ed al funzionamento delle Commissioni Mediche per l'accertamento dell'invalidità civile. Nel corso del tempo, è stato necessario adeguare e modificare le disposizioni citate, principalmente con riferimento a tre fattori:

- le ulteriori competenze delle Commissioni (l'accertamento della situazione di handicap di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, l'accertamento della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo di cui alla Legge 12 Marzo 1999 n. 68);
- il progressivo aumento dell'età della popolazione e la conseguente crescita delle condizioni potenzialmente invalidanti;
- la maggiore facilità di accesso alle informazioni, sulle agevolazioni di carattere previdenziale ed assistenziali, economiche e non, da parte dell'utenza.

Dunque, si è avvertita la necessità di orientare la pianificazione, e le conseguenti azioni, al raggiungimento di alcuni obiettivi prioritari, quali:

- Migliorare il servizio offerto;
- Semplificare l'iter amministrativo;
- Ridurre i tempi di attesa;
- Migliorare gli strumenti informativi.

Per tali ragioni è stato costituito un Gruppo di Lavoro di Medicina Legale, con la partecipazione di alcuni Responsabili dei Servizi di Medicina Legale delle Aziende ULSS, onde individuare e coordinare le proposte e gli strumenti più utili a garantire il miglior funzionamento delle



Commissioni Mediche per l'accertamento dell'Invalidità Civile, dell'Handicap e per l'Inserimento Lavorativo dei Disabili.

Per migliorare il funzionamento e l'organizzazione delle Commissioni il lavoro del Gruppo regionale si è rivolto a:

- fornire indicazioni uniformi regionali di semplificazione e di sveltimento sull'applicazione e sull'interpretazione delle normative in materia;
- uniformare le procedure e la modulistica relative all'invalidità civile.

Inoltre, per omogeneizzare le prestazioni, sono state intraprese azioni tese a:

- promuovere il confronto ed il coordinamento fra i medici componenti le Commissioni;
- promuovere percorsi formativi dei professionisti della salute;
- ipotizzare un monitoraggio per miglioramento della qualità prestazioni.

Per agevolare gli utenti nell'accesso alle informazioni si è agito per promuovere nelle Aziende ULSS la costituzione degli Sportelli Unici per l'invalidità che consenta all'utente di rivolgersi ad un unico ufficio per le informazioni e la presentazione di istanze che sarebbero dirette ad uffici diversi, quali:

- l'ufficio invalidi civili;
- informa handicap;
- ufficio protesi ed ausili;
- ufficio benefici economici.

Il risultato è rappresentato da indicazioni applicative uniformi regionali in materia di funzionamento e organizzazione delle Commissioni Invalidi Civili e dalla standardizzazione della modulistica necessaria. Per quanto concerne quest'ultima, di particolare rilevanza sono i moduli che riguardano i casi di interdizione e inabilitazione.

Polizia Mortuaria

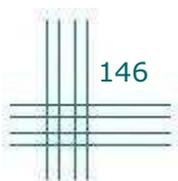
La Regione rilascia le autorizzazioni previste dal Regolamento di Polizia Mortuaria (Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285) che, con decorrenza 1 gennaio 2001, sono divenute di competenza regionale (ai sensi del Decreto Legislativo 112/1998 e del successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26.05.2000).

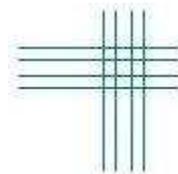
Si tratta delle autorizzazioni relative:

- all'aumento o riduzione del periodo di turnazione delle salme;
- alle tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri;
- alle deroghe delle prescrizioni tecniche per la costruzione o ristrutturazione dei cimiteri e l'utilizzo di strutture cimiteriali esistenti;
- ai cosiddetti passaporti mortuari.

Per i passaporti mortuari in base alla normativa vigente, è stata individuata la competenza dei Comuni al rilascio delle autorizzazioni che prima erano di competenza prefettizia.

Per le altre autorizzazioni è stato necessario disciplinare il procedimento con l'indicazione delle modalità per la presentazione delle domande ed è stata costituita una Commissione consultiva





regionale per le autorizzazioni del Regolamento di Polizia Mortuaria. Le autorizzazioni vengono rilasciate con Decreto del Dirigente Regionale competente (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1533 del 14 giugno 2002).

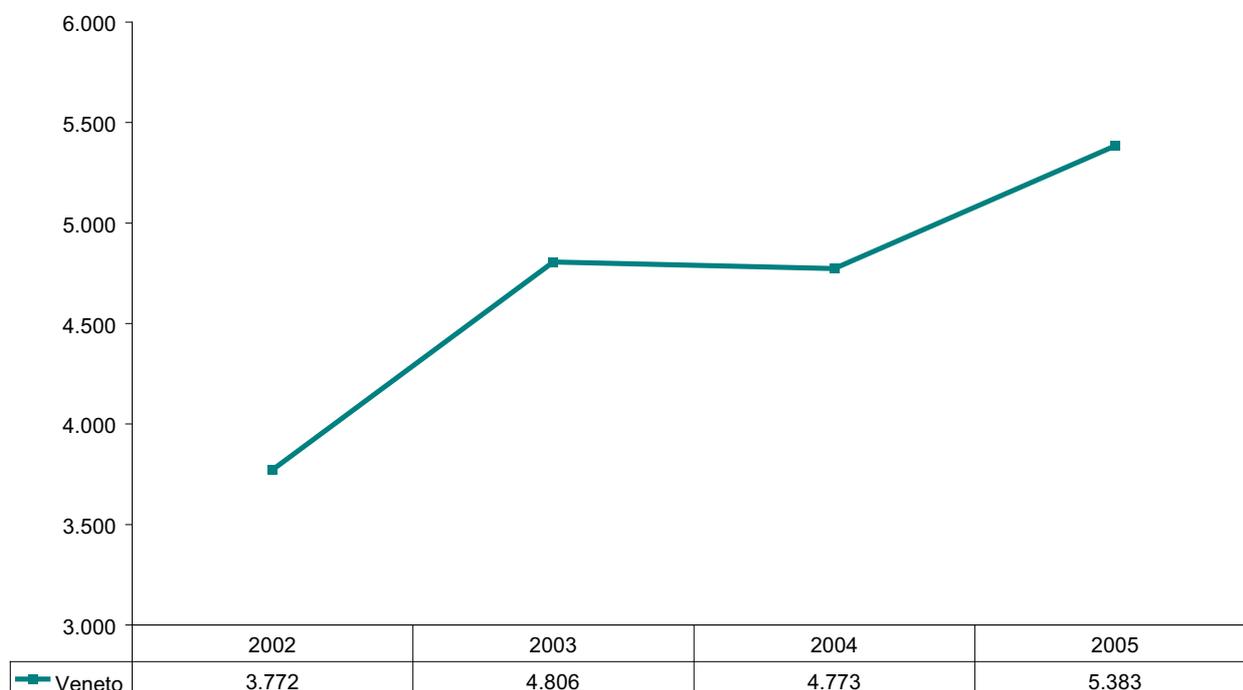
Autorizzazioni rilasciate dal 2002 al 2005

Tipologia	2002	2003	2004	2005
Deroghe delle prescrizioni tecniche per la costruzione o ristrutturazione dei cimiteri e l'utilizzo di strutture cimiteriali esistenti	2	0	0	0
Tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri	3	1	2	4

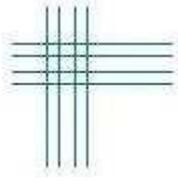
Cremazione

L'articolo 6, comma primo della Legge 30 Marzo 2001, n. 130 prevede delle competenze specifiche per quanto attiene la programmazione regionale dei crematori, la costruzione e la gestione degli stessi.

Cremazioni nel Veneto 2002-2005 (Fonte: Federutility SEFIT)

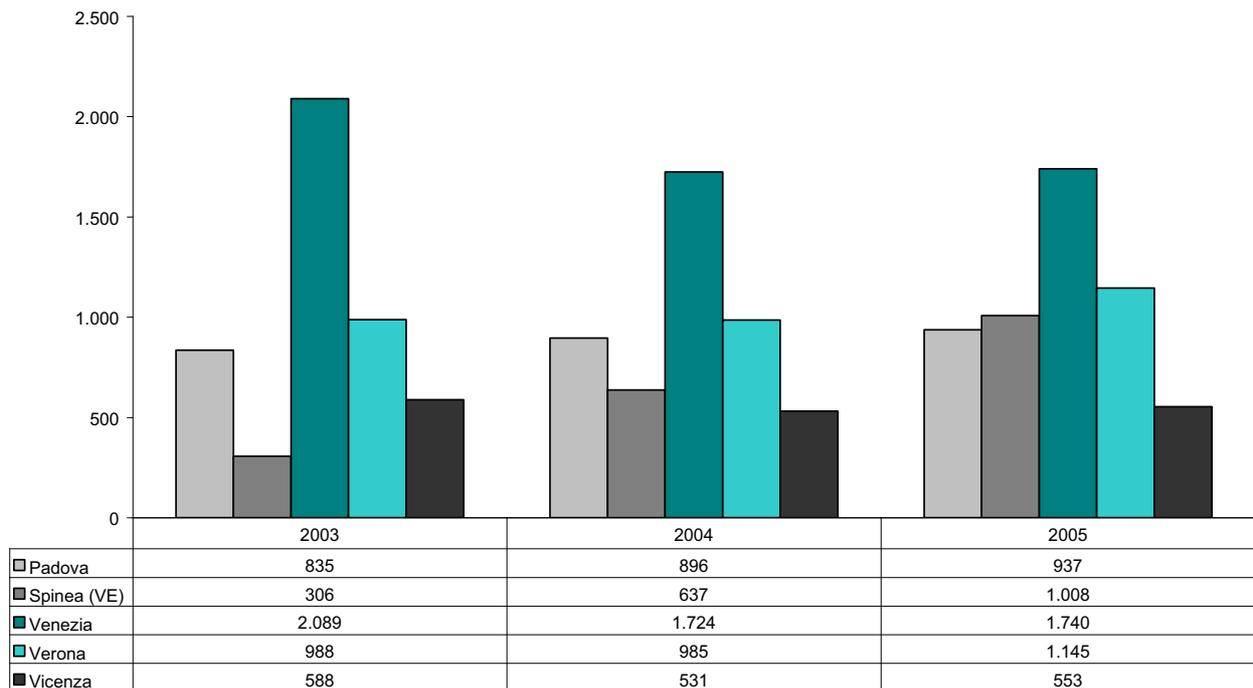


La Regione del Veneto ha quindi provveduto, al fine di elaborare eventuali piani regionali di coordinamento, a raccogliere i dati necessari con apposita richiesta ai Comuni. In particolare, sono state chieste informazioni in merito:



- alla popolazione residente;
- all'indice di mortalità;
- ai dati statistici relativi alla scelta crematoria;
- al numero dei crematori presenti e, per ciascuno, l'entità del loro utilizzo;
- all'iter procedimentale seguito per la progettazione e realizzazione dei crematori.

Cremazioni nei Comuni provvisti di crematorio - Veneto 2003-2005



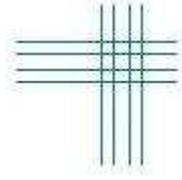
* Nel Comune di Venezia esistono due impianti, uno a Marghera e l'altro a San Michele in Isola. Inoltre, è prevista la realizzazione di un impianto anche a Treviso, presso l'area cimiteriale di Santa Bona.

Radioprotezione

Le **radiazioni ionizzanti artificiali** sono le radiazioni che derivano da sorgenti artificiali utilizzate in ambito industriale o sanitario a scopi sia diagnostici che terapeutici, mentre quelle naturali sono rappresentate soprattutto da gas naturali quali radon e toron.

Il Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 241 disciplina il regime di detenzione e utilizzo delle sorgenti radioattive e delle apparecchiature radiogene. In particolare, l'articolo 22 prevede l'istituto della comunicazione preventiva di pratica.

Ciò significa che la maggioranza delle ipotesi di detenzione e utilizzo delle sorgenti radioattive e delle apparecchiature radiogene, non necessita più, come previsto dalla previgente normativa, dell'autorizzazione preventiva rilasciata con formale provvedimento regionale, ma rientra appunto nel regime di comunicazione preventiva che intercorre direttamente tra detentore e Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS competente.



Per le ipotesi previste dalla legislazione statale in cui le apparecchiature radiogene o le sorgenti radioattive rientrano ancora nell'ambito autorizzativo, l'autorizzazione viene rilasciata dalla Direzione Regionale competente. Nel corso dell'anno 2004 sono stati adottati tredici decreti autorizzativi. Mentre, nel corso dell'anno 2005 ne sono stati adottati sei.

Nel corso degli anni 2004 e 2005 la Regione del Veneto ha implementato il coordinamento dell'archivio regionale delle apparecchiature radiogene e sorgenti radioattive presenti sul territorio regionale. L'archivio è gestito attualmente dal Centro Regionale per il Censimento delle sorgenti radiogene, con sede presso l'Ospedale Civile S.S. Giovanni e Paolo di Venezia, dell'Azienda ULSS 12 Veneziana e comprende una banca dati delle apparecchiature radiogene e delle sorgenti radioattive detenute e utilizzate dalle Aziende Sanitarie del Veneto e dalle strutture sanitarie private regionali.

L'inserimento on line dei dati nell'anagrafe informatica regionale è a cura di ciascun Dipartimento di Prevenzione e si contraddistinguono per essere raggruppabili in tre categorie:

1. comunicazione preventiva di pratica;
2. comunicazione di modifiche alle pratiche detenute;
3. comunicazioni di cessazione di pratica.

Commissione Consultiva Regionale per la radioprotezione

La Regione del Veneto ha costituito, sin dal 2001, la Commissione Consultiva Regionale per la radioprotezione, composta da dieci componenti, tra cui vi sono rappresentanti delle Aziende Sanitarie del Veneto e dell'ARPAV. La Commissione formula pareri tecnici in materia e svolge un'attività generale di supporto tecnico ai fini della predisposizione di circolari regionali e disegni di legge di iniziativa di Giunta Regionale in materia radioprotezionistica

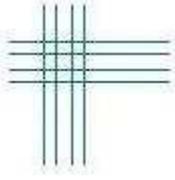
All'interno della Commissione operano tre specifiche Sottocommissioni di lavoro, con relative specifiche aree di competenza, quali:

- disciplina relativa all'utilizzo delle apparecchiature a risonanza magnetica nucleare;
- disciplina della gestione dei rifiuti radioattivi prodotti dal ciclo sanitario;
- studio ed elaborazione della normativa regionale di settore radioprotezionistico.

La Sottocommissione competente in materia di utilizzo di apparecchiature a risonanza magnetica, nel corso del biennio 2004-2005, ha espresso i pareri tecnici di competenza per ciò che riguarda la comunicazione di detenzione delle apparecchiature a risonanza magnetica "settoriali" e "total body", installate presso le strutture sanitarie pubbliche e private.

La Sottocommissione competente in materia di rifiuti radioattivi prodotti dal ciclo sanitario ha prodotto nel 2004 le Linee guida regionali in materia di rifiuti radioattivi prodotti in campo sanitario (DGRV n. 2486 del 6 agosto 2004). Con esse sono state ridefinite tutte le procedure in ordine alla gestione e smaltimento dei rifiuti radioattivi prodotti in campo sanitario, puntando sul principio della riduzione e ottimizzazione della produzione e dello smaltimento dei rifiuti.

Per quanto concerne le **radiazioni ionizzanti naturali** la normativa statale prende come riferimento il gas radioattivo radon. Il Radon è un gas naturale radioattivo inodore, insapore e incolore. Tale gas, proveniente principalmente dal terreno, si propaga facilmente nell'ambiente diffondendosi nell'aria. In spazi aperti è diluito dalle correnti d'aria e raggiunge solo basse



concentrazioni. Al contrario in ambiente chiuso, come può essere quello di un'abitazione, il radon può accumularsi e raggiungere alte concentrazioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il gas radon dannoso alla salute in quanto risulta essere una delle principali cause di cancro ai polmoni dopo il fumo da sigarette.

La Regione del Veneto ha svolto negli anni varie iniziative volte alla prevenzione dal gas radon, con azioni di monitoraggio finalizzate ad una mappatura del territorio. Ciò ha consentito di individuare le aree a più alto potenziale di concentrazione di radon.

Quindi, con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 79 del 18 gennaio 2002, è stato fissato il livello massimo di concentrazione del gas per le abitazioni (200 Bq/m^3) oltre il quale si raccomandano interventi di mitigazione.

Il Radon si misura in Bq/m^3 = Becquerel per metro cubo. La misura indica il numero di disintegrazioni (decadimenti) al secondo di una sostanza radioattiva. Per cui un valore di 200 Bq/m^3 significa che in un volume di un metro cubo di aria si verificano 200 disintegrazioni al secondo con altrettante radiazioni emesse.

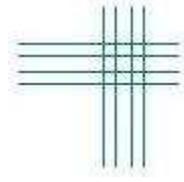
Tra le iniziative di prevenzione vi è l'incarico all'ARPAV di effettuare un'azione di monitoraggio di tutte le scuole (inclusi asili nido e materne) ubicate nei territori dei Comuni a rischio, per quanto riguarda la concentrazione di gas radon.

Il monitoraggio nelle scuole ha avuto corso tra la fine del 2003 ed il biennio 2004-2005. La conclusione di questa intensa attività di osservazione e rilevazione è prevista in autunno del 2006, con l'elaborazione dei dati e la loro comunicazione nella versione definitiva alle Amministrazioni comunali coinvolte, alle quali compete la responsabilità di porre in essere le azioni di mitigazioni necessarie.

Nell'ambito delle **radiazioni non ionizzanti** l'attività della Regione del Veneto riguarda principalmente il coordinamento delle procedure di riduzione a conformità per le ipotesi di mancata osservanza, da parte di elettrodotti e impianti per teleradiocomunicazioni, dei limiti relativi ai valori di campo elettromagnetico stabiliti dalla vigente legislazione di settore.

Gli anni 2004 e 2005 hanno visto un numero consistente di interventi per ciò che attiene agli impianti emittenti radio e televisivi, con l'avvio di numerosi procedimenti di riduzione a conformità. Le Province coinvolte sono state quelle di Padova, di Verona, di Belluno, di Vicenza e di Rovigo.

Non risultano invece sul territorio regionale situazioni di mancato rispetto della normativa di settore da parte degli impianti per la telefonia mobile.



2.5 Sicurezza sul lavoro

Descrizione dei fenomeni

Dal 1999 è in corso una specifica pianificazione regionale per la prevenzione e la promozione della salute negli ambienti di lavoro sviluppatasi secondo le linee definite da programmazioni triennali entro lo scenario delineato dai seguenti elementi:

- Il quadro epidemiologico regionale, gli infortuni prevalenti per comparto e settore;
- La necessità di incrementare i livelli di efficacia ed efficienza del sistema regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro, attraverso l'azione coordinata dei Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL), a parità di risorse;
- La necessità di promuovere la partecipazione delle parti sociali quali espressione diretta dei protagonisti del mondo del lavoro.

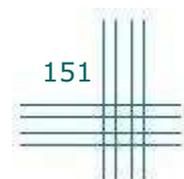
L'esperienza di apprendimento organizzativo attuata con la pianificazione regionale 1999-2004 ha permesso di giungere alla condivisione di obiettivi e pratiche di lavoro attraverso azioni progettuali mirate a:

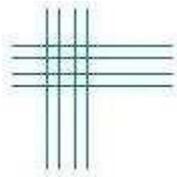
- il miglioramento delle condizioni di salute psicofisica dei lavoratori in comparti che da indagini epidemiologiche sono stati individuati come comparti a rischio (edilizia, metalmeccanica, legno, agricoltura, trasporti, ...) attraverso azioni di informazione, formazione, assistenza, vigilanza;
- la condivisione delle conoscenze e delle pratiche di lavoro dei Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- la valorizzazione delle competenze delle professionalità presenti negli SPISAL (personale tecnico e sanitario);
- lo sviluppo di buone pratiche e strumenti operativi per la promozione della salute nelle aziende;
- l'istituzione ed il consolidamento di "reti di lavoro" con il coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo contribuiscono alla promozione della salute negli ambienti di lavoro. In particolare: Associazioni dei datori di lavoro, Organizzazioni Sindacali, Istituti Universitari, Servizi delle Aziende ULSS, ISPEL, INAIL, Centri Regionali di riferimento del Veneto, Direzioni Regionali e Provinciali del Lavoro.

In tale contesto le aree in cui si sono concentrate le azioni di miglioramento sono state:

- Area vigilanza, per l'integrazione dei progetti di vigilanza;
- Area promozione della salute, finalizzata ad intervenire nella promozione di stili di vita salubri e di sviluppo del benessere organizzativo;
- Area formazione di supporto alle necessità di formazione delle aree sopra indicate, oltre che per la sperimentazione di progetti specifici.

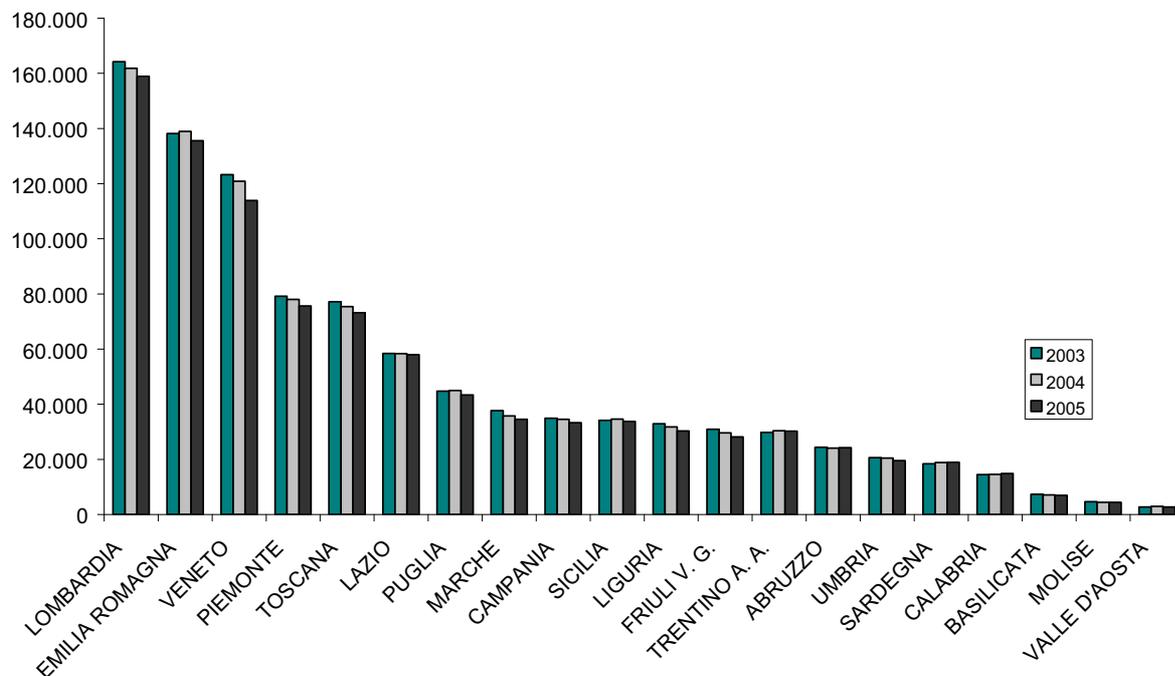
Il processo di pianificazione ha rappresentato soprattutto una grande esperienza ed un'evoluzione organizzativa in positivo, oltre che di avvio dell'omogeneizzazione delle procedure partendo dalla concreta operatività dei Servizi. Inoltre, la pianificazione ha favorito il potenziamento della rete dei soggetti che operano nel campo della sicurezza sul lavoro e



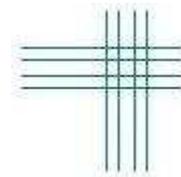


l'integrazione ed il coordinamento dell'attività degli SPISAL, con una elevata visibilità dei compiti e delle funzioni degli organi competenti in materia.

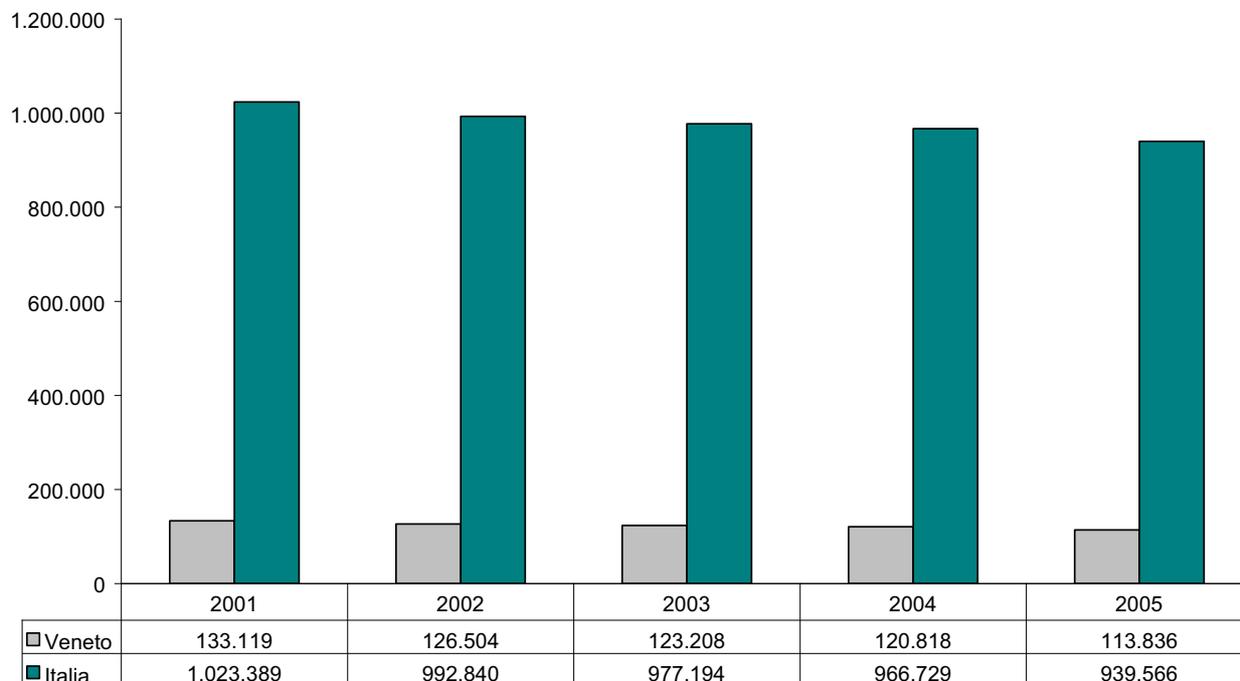
Infortunati sul lavoro per Regione - Triennio 2003-2005



INFORTUNI SUL LAVORO PER REGIONE - INCIDENZA PERCENTUALE RISPETTO AL TOTALE NAZIONALE						
REGIONI	2003	PERCENTUALE	2004	PERCENTUALE	2005	PERCENTUALE
LOMBARDIA	164.137	16,80%	161.823	16,74%	158.903	16,91%
EMILIA ROMAGNA	138.094	14,13%	138.865	14,36%	135.549	14,43%
VENETO	123.208	12,61%	120.818	12,50%	113.836	12,12%
PIEMONTE	79.117	8,10%	77.973	8,07%	75.604	8,05%
TOSCANA	77.113	7,89%	75.362	7,80%	73.168	7,79%
LAZIO	58.390	5,98%	58.278	6,03%	57.908	6,16%
PUGLIA	44.700	4,57%	44.932	4,65%	43.307	4,61%
MARCHE	37.616	3,85%	35.756	3,70%	34.511	3,67%
CAMPANIA	34.891	3,57%	34.523	3,57%	33.233	3,54%
SICILIA	34.079	3,49%	34.548	3,57%	33.756	3,59%
LIGURIA	32.898	3,37%	31.762	3,29%	30.262	3,22%
FRIULI V. G.	30.893	3,16%	29.590	3,06%	28.090	2,99%
TRENTINO A. A.	29.738	3,04%	30.332	3,14%	30.160	3,21%
ABRUZZO	24.377	2,49%	24.009	2,48%	24.171	2,57%
UMBRIA	20.564	2,10%	20.463	2,12%	19.516	2,08%
SARDEGNA	18.335	1,88%	18.840	1,95%	18.909	2,01%
CALABRIA	14.454	1,48%	14.527	1,50%	14.789	1,57%
BASILICATA	7.275	0,74%	7.055	0,73%	6.878	0,73%
MOLISE	4.633	0,47%	4.374	0,45%	4.352	0,46%
VALLE D'AOSTA	2.682	0,27%	2.899	0,30%	2.664	0,28%
ITALIA	977.194	100%	966.729	100%	939.566	100%



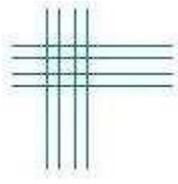
Infotuni sul lavoro nel Veneto in rapporto con i valori nazionali - Trend 2001-2005



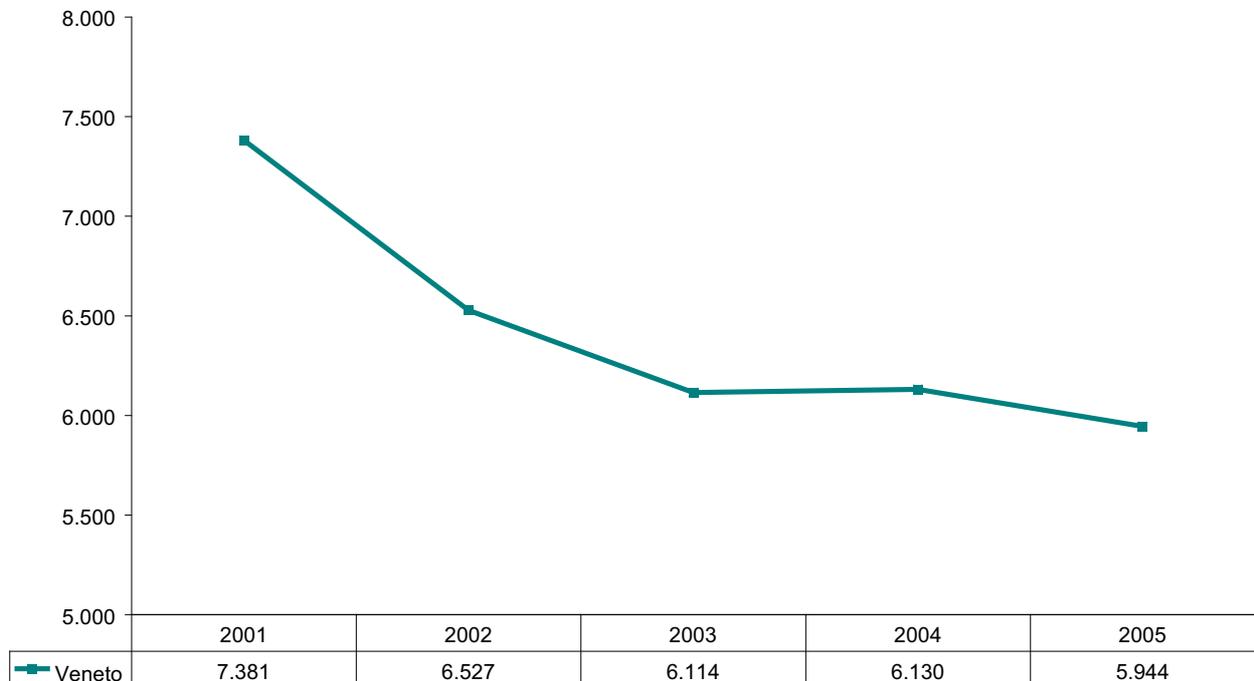
* Fonte: INAIL (i dati 2003 sono leggermente diversi rispetto alla Relazione Socio Sanitaria 2004 in quanto sono consolidati e validati a seguito di verifica)

Infotuni sul lavoro nel Veneto - Dati per Provincia 2003-2005

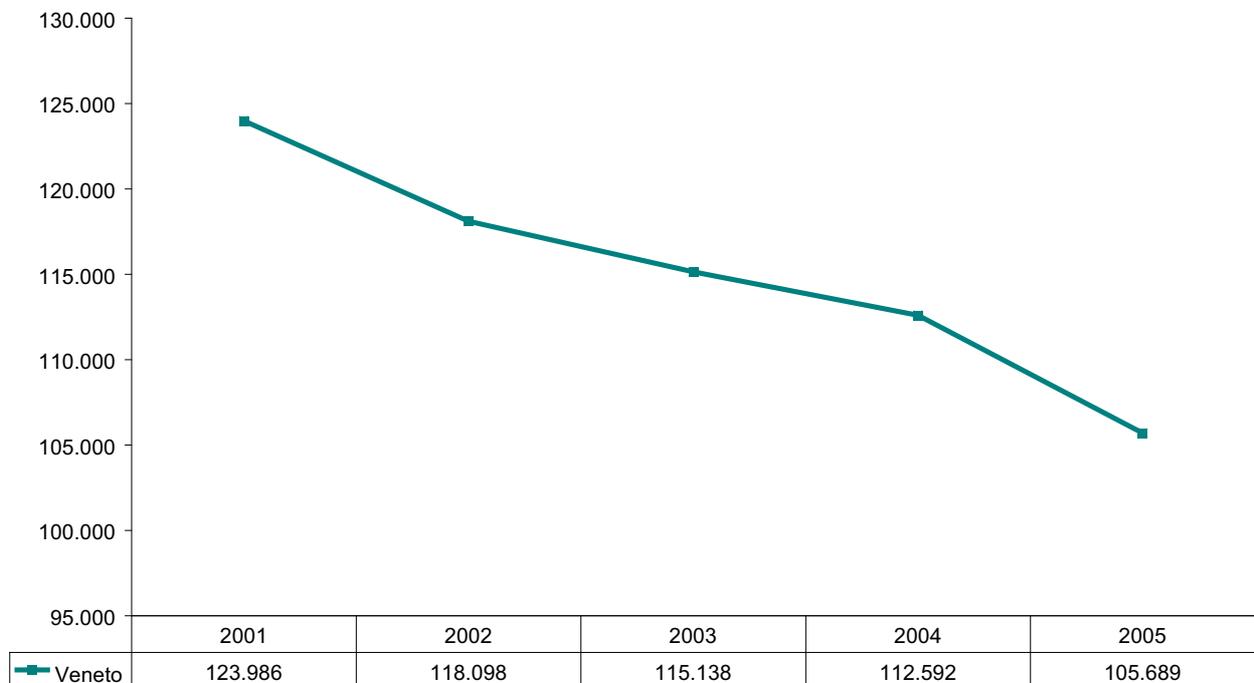
	AGRICOLTURA			INDUSTRIA E SERVIZI			DIPENDENTI CONTO STATO			TOTALI		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
BELLUNO	179	171	192	4.490	4.465	4.197	100	124	140	4.769	4.760	4.529
PADOVA	895	895	898	20.778	20.403	18.511	367	387	414	22.040	21.685	19.823
ROVIGO	489	499	455	4.197	4.249	3.825	64	104	72	4.750	4.852	4.352
TREVISO	1.062	1.094	1.073	20.892	20.753	19.979	270	306	345	22.224	22.153	21.397
VENEZIA	602	624	502	19.399	19.414	17.734	375	374	403	20.376	20.412	18.639
VERONA	1.951	1.895	1.933	23.780	22.133	21.392	460	464	483	26.191	24.492	23.808
VICENZA	936	952	891	21.602	21.175	20.051	320	337	346	22.858	22.464	21.288
VENETO	6.114	6.130	5.944	115.138	112.592	105.689	1.956	2.096	2.203	123.208	120.818	113.836

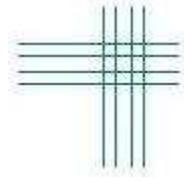


Infortunati in agricoltura - Veneto 2001-2005

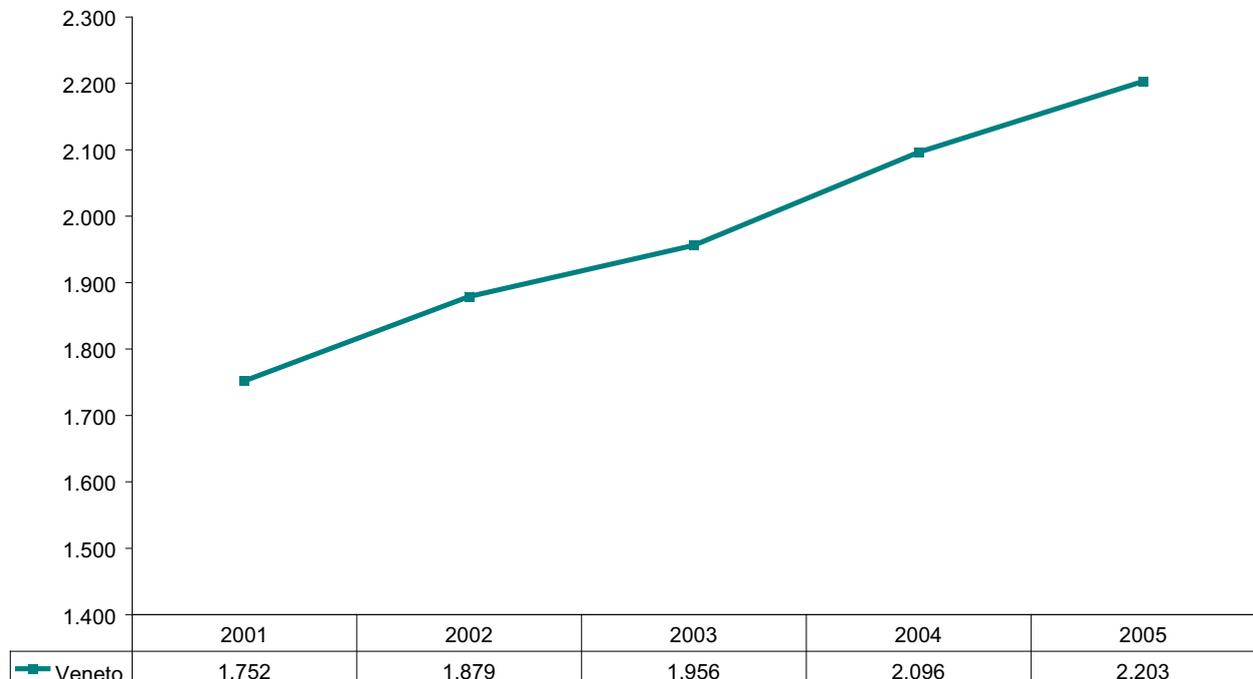


Infortunati nel settore industria e servizi - Veneto 2001-2005





Infortunati dipendenti conto Stato - Veneto 2001-2005



Sulla base della precedente esperienza, la Regione del Veneto ha definito, con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3846 del 3 dicembre 2004, le linee di indirizzo per la pianificazione delle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro per il periodo 2005-2007.

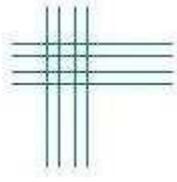
Le scelte strategiche sono ispirate alle politiche di intervento sociale promosse dall'Unione Europea che si basano sulla consapevolezza della forte incidenza sulle condizioni di sicurezza del lavoro dei determinanti di natura politica, culturale, economica e sociale, solo in parte modificabili con interventi di prevenzione sanitaria.

La promozione della salute negli ambienti di lavoro è pertanto un'azione posta in capo anche ai vari soggetti del mondo produttivo, ai datori di lavoro, ai lavoratori e alle loro rappresentanze sociali.

L'intervento pubblico, oltre ad azioni di vigilanza per il controllo e contrasto dei rischi occupazionali più gravi, si articola anche nello sviluppo di azioni di comunicazione sociale del rischio, di condivisione e coinvolgimento attivo delle Parti Sociali e di altri Enti ed Istituzioni.

Ma ancora ciò non basta. Il governo della promozione della salute attraverso il network regionale richiede lo sviluppo di un'azione di gestione delle conoscenze (knowledge management) interna per la condivisione delle informazioni e del sapere a livello di tutto il personale dei Servizi. Strumenti per il Knowledge Management sono i Centri di Riferimento Regionale, **la piattaforma Internet Safetynet**, i piani di lavoro ed i progetti specifici.

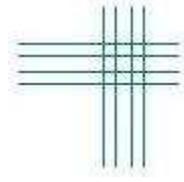
Per questo motivo, le strategie di sviluppo indicate nella pianificazione regionale 2005-2007, hanno come obiettivi generali:



- Contribuire con azioni a livello culturale e strutturale, attraverso strategie integrate di promozione della salute e di vigilanza, al miglioramento dello stato di benessere psico-fisico della popolazione lavorativa, principalmente riducendo gli infortuni e le malattie professionali, secondo criteri di priorità e di efficacia e, attraverso l'applicazione delle norme, favorire il vantaggio competitivo ed il valore etico del sistema produttivo regionale;
- Integrare le strategie del sistema regionale della prevenzione negli ambienti di lavoro con le politiche della Regione Veneto, delle altre istituzioni competenti in materia di sicurezza e igiene del lavoro e delle parti sociali e consolidare, su base regionale, le pratiche di lavoro in qualità.

La schermata di apertura della piattaforma Internet Safetynet della Regione del Veneto

La pianificazione 2005–2007 pone al centro del Sistema Regionale della Prevenzione un modello regionale di intervento finalizzato all'orientamento delle aziende (a partire da quelle caratterizzate dai più alti indici di frequenza e gravità di infortunio e da elevati numeri di malattie professionali) verso lo sviluppo ed il mantenimento di un **Sistema di Gestione della Sicurezza**. Il Piano 2005-2007 si articola in cinque aree di attività: vigilanza, attività sanitaria, promozione della salute, formazione, progetti, ricerca e sviluppo.



I Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL) sono i principali protagonisti dell'attuazione della pianificazione regionale in materia di salute e sicurezza del lavoro. Tuttavia, in un contesto più ampio svolgono importanti funzioni di supporto ed elaborazione anche i Centri di Riferimento Regionale.

Centro di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (COREO)

Il Centro raccoglie, elabora e fornisce alla Regione e alla rete dei Servizi di prevenzione i dati di salute della popolazione lavorativa veneta per impostare le politiche di prevenzione e valutare i risultati conseguiti.

Tra le linee di lavoro del COREO si segnala quella relativa alla tenuta del Registro regionale dei mesoteliomi (tumori polmonari e addominali) ed altri tumori professionali attraverso:

- studio degli adenocarcinomi delle fossa nasali in relazione al ruolo eziologico (causale), estremamente marcato, giocato dalla esposizione professionale a polveri di legno e polveri di cuoio;
- identificazione dei decessi di angiosarcoma epatico e di tumore primitivo epatico che sono insorti e quelli che potranno insorgere, prospetticamente, nei lavoratori addetti alla produzione di CVM (Cloruro Vinile Monomero);
- mantenimento, su fonte INAIL, del database dei dati nominativi relativi ai riconoscimenti per silicosi in residenti del Veneto;
- identificazione dei decessi per tumore polmonare per una attività prospettica.

Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale (CRREO)

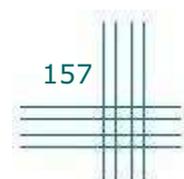
Il Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale ha sede presso lo SPISAL di Monselice (PD) ed ha funzioni di capofila e coordinamento a livello regionale dell'azione degli SPISAL in materia di ergonomia. Il Centro, sulla base della raccolta e dell'elaborazione dei dati, cura la produzione e la diffusione di linee guida e protocolli operativi condivisi, avviando iniziative specifiche di promozione del miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori esposti a rischi ergonomici.

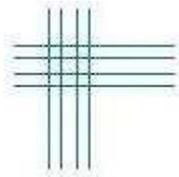
Tra le linee di lavoro del CRREO si segnala:

- implementazione del Sistema Regionale di Registrazione dei casi di patologie da rischi ergonomici e sviluppo dei rapporti con l'INAIL regionale;
- implementazione, in accordo con l'Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale, del Sistema Regionale dei casi di patologia segnalati/denunciati ai Servizi SPISAL;
- realizzazione di momenti ufficiali di incontro e di confronto sui dati e sulle possibili iniziative formative comuni con l'INAIL.

Le malattie professionali in Veneto

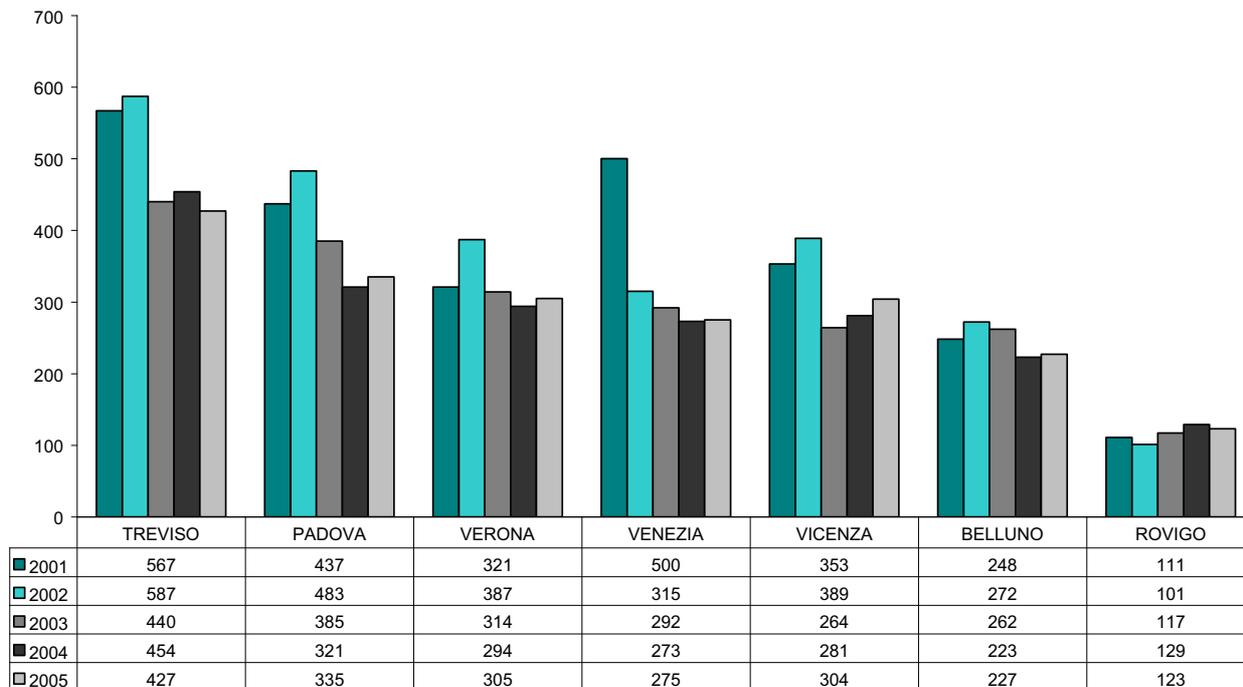
Tra le malattie professionali rilevate nel Veneto, la percentuale maggiore è rappresentata da ipoacusie (da sole ammontano all'80%). L'ipoacusia è una compromissione dell'udito che può variare dalla difficoltà a comprendere parole o suoni alla sordità completa. La presenza di tale deficit condiziona notevolmente la qualità di vita dell'individuo. Le ipoacusie sono seguite da elevati valori percentuali per le malattie dell'apparato respiratorio e per le malattie cutanee.



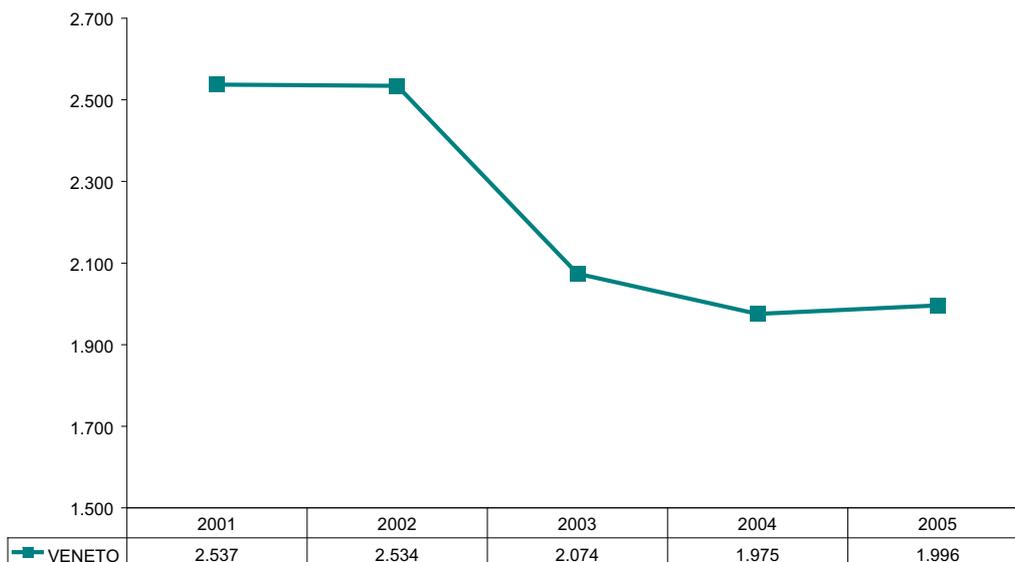


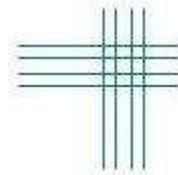
Tuttavia negli ultimi anni l'incidenza di tali patologie è diminuita progressivamente, a conferma di un maggiore controllo dei fattori di inquinamento chimico e fisico. Sono invece in aumento i tumori e le patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico.

Malattie professionali denunciate all'INAIL - Veneto 2001-2005



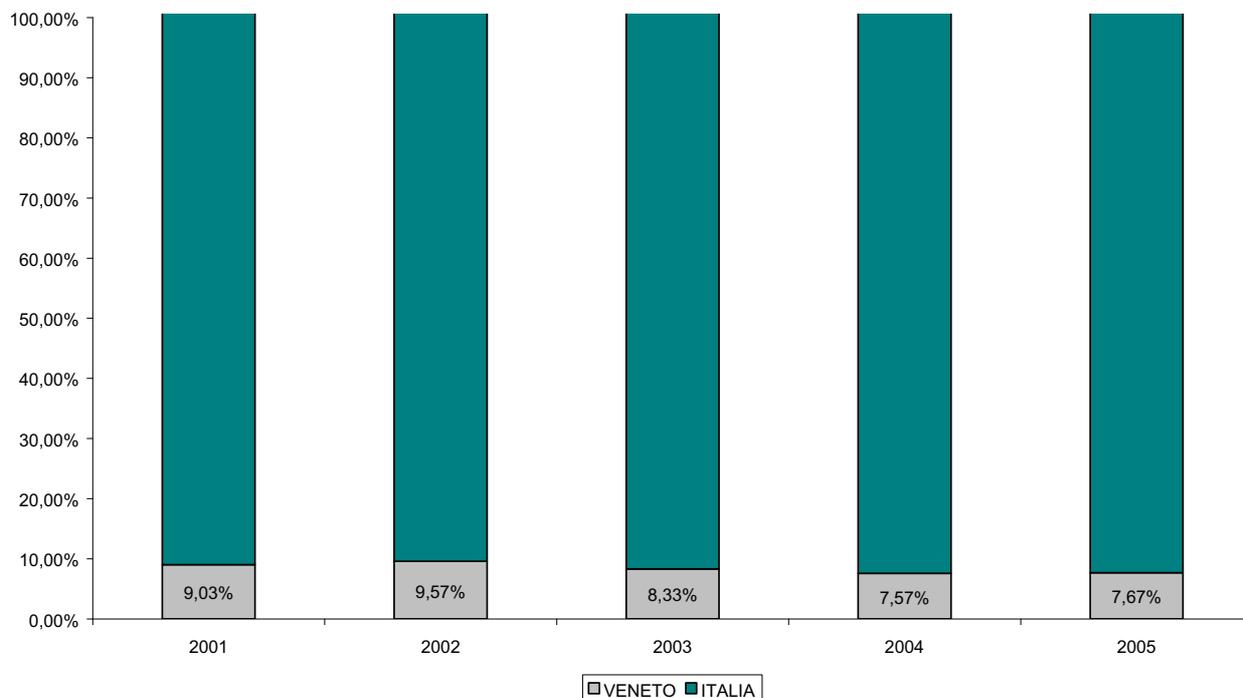
Malattie professionali denunciate all'INAIL - Veneto 2001-2005





Da segnalare che negli ultimi anni vi è stato un aumento delle segnalazioni di neoplasie e delle malattie da amianto, ciò anche a seguito dell'attivazione di uno specifico progetto regionale di sorveglianza degli ex esposti ad amianto e cloruro di vinile monomero (CVM).

Malattie professionali in Italia e nel Veneto - Anni 2001-2005



	2001	2002	2003	2004	2005
VENETO	2.537	2.534	2.074	1.975	1.996
ITALIA	28.103	26.487	24.909	26.073	26.022

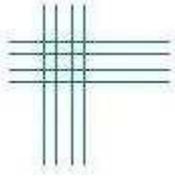
* Malattie professionali riguardanti agricoltura, industria e servizi.

La respirazione di fibre di amianto (chiamato anche asbesto), può determinare malattie diverse, tutte comunque caratterizzate da un lungo periodo di incubazione. Il tempo di latenza è in genere di decenni. Il rischio per la salute è direttamente legato alla quantità ed al tipo di fibre inalate, alla loro stabilità chimica, ed ad una predisposizione personale a sviluppare la malattia.

Le malattie principali che possono essere provocate dall'asbesto sono:

- asbestosi;
- mesotelioma;
- carcinomi polmonari;
- tumori del tratto gastro-intestinale, della laringe e di altre sedi

L'**asbestosi** è una malattia respiratoria cronica legata alle proprietà delle fibre di asbesto di provocare una cicatrizzazione (fibrosi) del tessuto polmonare; ne conseguono irrigidimento e



perdita della capacità funzionale. L'asbestosi è pertanto una malattia in cui esiste una stretta relazione fra "dose" di amianto inalata e la "risposta" dell'organismo ed è quindi tipica di una esposizione professionale.

Non esiste una terapia specifica per l'asbestosi e non è possibile pertanto una guarigione delle lesioni polmonari: la terapia è essenzialmente mirata a ostacolare le complicanze infettive e a migliorare, nei limiti del possibile, le capacità respiratorie.



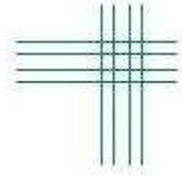
Il **mesotelioma** è un tumore maligno che può colpire le membrane sierose di rivestimento dei polmoni (pleura) e degli organi addominali (peritoneo).

Sono stati descritti casi di mesotelioma in persone residenti intorno a miniere di asbesto o nelle città sede di insediamenti industriali con lavorazioni dell'amianto, in familiari venuti in contatto con le polveri accumulate sulle tute di lavoratori direttamente esposti. I mesoteliomi sono quasi inesistenti nella popolazione non esposta ad asbesto. In genere il tempo di latenza (ovvero il tempo che intercorre tra l'esposizione ad amianto e la comparsa della malattia) è dell'ordine di decenni e può anche superare i 40 anni dall'inizio dell'esposizione.

Il decorso dei mesoteliomi è quasi sempre molto rapido, accompagnato da un progressivo deterioramento delle condizioni generali. Sono possibili diffusioni del tumore ad altre sedi (metastasi) per il passaggio delle cellule tumorali nel circolo ematico o linfatico. La sopravvivenza è in genere inferiore a un anno dalla scoperta del tumore, e specialmente in soggetti giovani può limitarsi a soli sei mesi. A oggi non sono state individuate terapie efficaci.

Il **carcinoma polmonare** è un tumore maligno molto frequente. Come per l'asbestosi anche per i carcinomi polmonari è stata riscontrata una stretta relazione con la quantità totale di asbesto inalata e con l'abitudine al fumo di tabacco.

Il decorso è caratterizzato da un progressivo deterioramento delle condizioni di salute e dalla possibilità di ulteriori disturbi legati a localizzazioni metastatiche in altri organi. Per alcuni tumori più piccoli e in fase iniziale si può tentare un'asportazione chirurgica radicale, ma i risultati sono spesso insoddisfacenti. Anche l'efficacia di trattamenti farmacologici e radianti è purtroppo, a tutt'oggi, molto relativa.



Per quanto concerne i **tumori del tratto gastro-intestinale, della laringe e di altre sedi**, numerosi studi hanno mostrato che la mortalità per tumori in genere è più alta nei lavoratori esposti a polveri libere di asbesto che nella popolazione generale, e in particolare sembrano più frequenti i tumori del tratto gastro-intestinale e della laringe. L'aumento della frequenza per queste malattie è comunque molto inferiore rispetto a quello descritto per i tumori polmonari ed è a tutt'oggi oggetto di studi per una migliore comprensione dei meccanismi che lo determinano.

Anche per questi tumori i disturbi sono rappresentati da compromissione dello stato generale di salute, da disturbi della funzione stessa degli organi colpiti e da segni di compressione degli organi adiacenti. Altri disturbi possono dipendere da localizzazioni metastatiche. Il decorso è progressivo: molte forme iniziali possono essere aggredite chirurgicamente ed eventualmente si possono praticare terapie radianti o farmacologiche.

L'esposizione al cloruro di vinile monomero (CVM) può indurre nei lavoratori esposti malattie epatiche (fibrosi e cirrosi) e patologie maligne (angiosarcoma e carcinoma epatocellulare, tumori al fegato, al cervello, alla laringe, al polmone ed al sistema linfatico ed emopoietico).

Da queste brevi informazioni scientifiche si può comprendere l'importanza di un intervento regionale in questo particolare settore di malattie professionali. Per questo motivo il progetto della Regione del Veneto, attivato sin dal 1998, è intervenuto sulla delicata materia della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto e cloruro di vinile monomero (CVM).

I principali risultati, relativi ai dati disponibili, sono i seguenti:

Amianto

Sono stati esaminati 1.105 lavoratori ex esposti: 366 (33.1%) presentavano placche pleuriche, 18 (1.6%) asbestosi, e 242 (21.9%) noduli polmonari. Sono stati trovati 9 casi (0.8%) di tumore polmonare, tutti in fumatori o ex-fumatori. Rispetto ai soggetti con esposizione cumulativa inferiore a 25 fibre/ml×anni, il rischio di tumore polmonare è 2.36 nei soggetti esposti a più di 200 fibre/ml×anno.

Cloruro di Vinile Monomero (CVM)

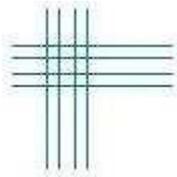
Sono stati esaminati 889 ex-esposti a CVM, i casi di epatocarcinoma sono stati 3/270 e 2/619 nei soggetti con esposizione cumulativa a CVM superiore o inferiore a 1.000 ppm×anno, rispettivamente; il rischio relativo era 3.4. I casi di tumore polmonare sono stati 7/213 e 1/676 negli insaccatori e non-insaccatori di poli-vinilcloruro, rispettivamente; il rischio relativo è risultato di 21,9.

In conclusione lo studio ha permesso di definire i protocolli più adeguati alla sorveglianza sanitaria sviluppando metodologie, strumenti e criteri di indagine secondo i principi dell'evidenza. In tale maniera è possibile garantire la continuazione dello screening, estendendolo a tutti i lavoratori ex esposti individuati ad alto rischio, rispettando criteri di economia e di etica.

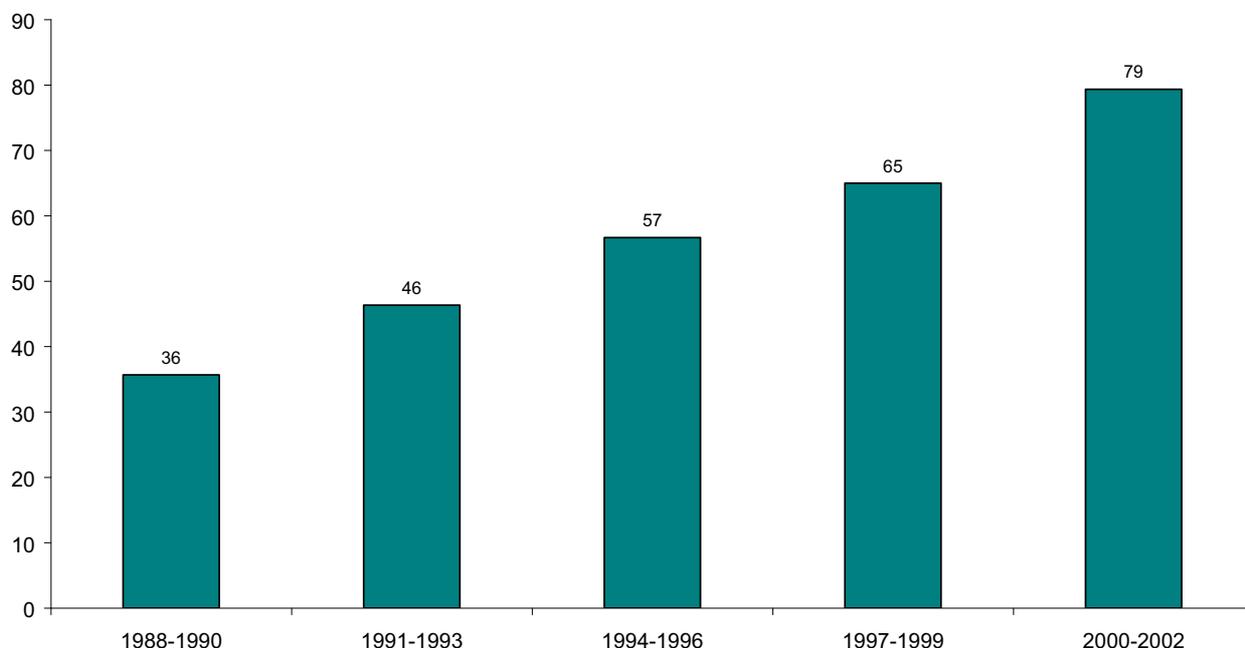
Peraltro, la prosecuzione della sorveglianza sanitaria sugli ex esposti a CVM ed amianto è stata definita con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 4033 del 19 dicembre 2003, secondo il protocollo di efficacia definito con la ricerca.

Mesoteliomi

Le Province del Veneto a maggiore frequenza di questa patologia risultano quelle di Venezia e di Padova. Nell'82,3% circa dei soggetti affetti da mesotelioma viene rilevata una pregressa esposizione ad amianto, percentuale che risulta maggiore nei maschi tra i quali è prevalente il peso di esposizioni lavorative ad amianto.



Nuovi casi di mesotelioma insorti in residenti nel Veneto
(Fonte: Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma - Ottobre 2004)



Nel Veneto è in corso una contrazione delle forme più tradizionali di patologia occupazionale, come gli infortuni e le malattie professionali usualmente rappresentate dall'INAIL. Tuttavia siamo ancora lontani dal raggiungimento di risultati soddisfacenti (il Veneto è al terzo posto per infortuni a livello nazionale) e, comunque, stiamo assistendo all'intensificarsi delle patologie di natura neoplastica e a danni legati a nuovi rischi occupazionali come la mobilità stradale, lo stress, il disagio organizzativo, i turni e la precarietà lavorativa.

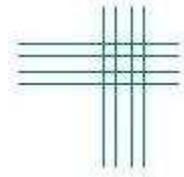
In termini di mortalità, se a quella relativa agli infortuni si aggiunge quella per mesoteliomia e quella per tumore polmonare di origine occupazionale (asbesto e CVM) si arriva ad una stima di circa 250 decessi/anno.

Monitoraggio degli infortuni sul lavoro gravi e mortali

La Regione del Veneto ha aderito al progetto di ricerca finalizzata promosso dall'Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), dal Ministero della Salute e dalle Regioni, denominato: "Sistema di sorveglianza epidemiologica degli infortuni lavorativi finalizzato alla conoscenza e allo studio delle cause - Sbagliando si impara, infortuni gravi e mortali".

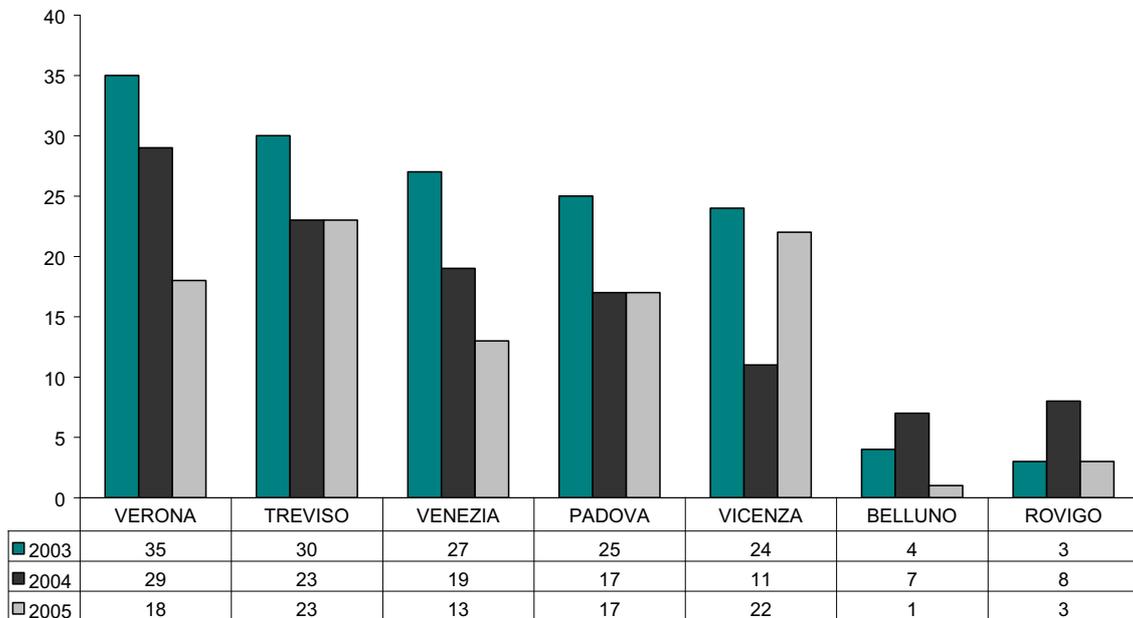
L'obiettivo del progetto è stato quello di descrivere le dinamiche di accadimento degli infortuni gravi e mortali nel triennio 2002-2004 e utilizzarle a fini preventivi.

I dati vengono analizzati, con il modello unico nazionale, dal referente scientifico regionale e da quello nazionale, tenendo informati gli operatori coinvolti, i quali frequentano appositi corsi di

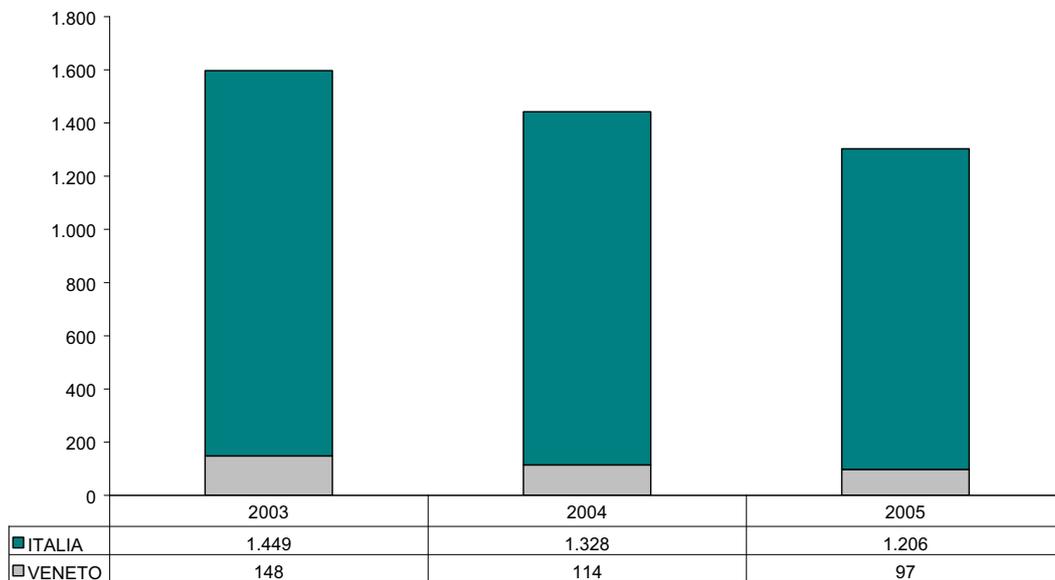


formazione. In tale contesto sono stati raccolti ed analizzati complessivamente 277 casi d'infortunio (48% mortali e 52% gravi).

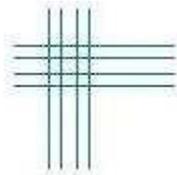
Infortunati mortali nel Veneto per Provincia - Anni 2003-2005 (Fonte INAIL)



Infortunati mortali in Italia e nel Veneto - Anni 2003-2005

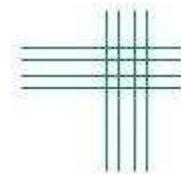


Nella maggioranza dei casi (55% per i mortali e 77% per i gravi) sono stati coinvolti lavoratori dipendenti. Peraltro, tra questi si trovano spesso lavoratori stranieri (16% mortali e 26% gravi).



Infurtuni mortali considerati nel progetto per territorio (Azienda ULSS) di accadimento				
Azienda ULSS	2002	2003	2004	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	0	1	2	3
Azienda Ulss n. 2 Feltre	1	1	0	2
Azienda Ulss n. 3 Bassano	2	1	0	3
Azienda Ulss n. 4 Thiene	2	2	3	7
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	3	2	2	7
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3	4	2	9
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	2	0	1	3
Azienda Ulss n. 8 Asolo	6	2	1	9
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2	6	3	11
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	2	5	3	10
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	0	3	4	7
Azienda Ulss n. 13 Mirano	0	3	2	5
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	0	1	0	1
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	4	3	3	10
Azienda Ulss n. 16 Padova	1	1	4	6
Azienda Ulss n. 17 Este	0	3	3	6
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	0	0	3	3
Azienda Ulss n. 19 Adria	3	0	2	5
Azienda Ulss n. 20 Verona	2	1	5	8
Azienda Ulss n. 21 Legnago	2	3	2	7
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	4	4	3	11
Totale	39	46	48	133

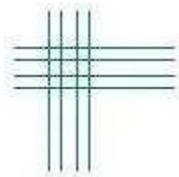
Infurtuni gravi considerati nel progetto per territorio (Azienda ULSS) di accadimento			
Azienda ULSS	2003	2004	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	0	5	5
Azienda Ulss n. 2 Feltre	0	4	4
Azienda Ulss n. 3 Bassano	2	5	7
Azienda Ulss n. 4 Thiene	0	5	5
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	0	7	7
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	1	8	9
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	2	10	12
Azienda Ulss n. 8 Asolo	0	10	10
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2	15	17
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1	6	7
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	0	1	1
Azienda Ulss n. 13 Mirano	0	7	7
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	0	4	4
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1	7	8
Azienda Ulss n. 16 Padova	0	11	11
Azienda Ulss n. 17 Este	0	2	2
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	0	1	1
Azienda Ulss n. 19 Adria	0	1	1
Azienda Ulss n. 20 Verona	3	9	12
Azienda Ulss n. 21 Legnago	0	2	2
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	3	9	12
Totale	15	129	144



Comparti in cui avvengono gli infortuni mortali secondo i dati rilevati nel progetto

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE ATECO Tipologia di classificazione adottata dall'Istituto Nazionale di Statistica italiano (ISTAT) per le rilevazioni statistiche nazionali di carattere economico		Mortali		Gravi		Totale
		Numero	%	Numero	%	
01	Agricoltura, caccia e relativi servizi	22	17%	8	6%	30
02	Silvicoltura e utilizzazione di aree forestali e servizi connessi	0	0%	1	1%	1
05	Pesca, piscicoltura e servizi connessi	1	1%	0	0%	1
15	Industrie alimentari e delle bevande	1	1%	2	1%	3
16	Industria del tabacco	0	0%	2	1%	2
17	Industrie tessili	0	0%	2	1%	2
19	Preparazione e concia del cuoio	2	2%	0	0%	2
20	Industria del legno e dei prodotti in legno e sughero, esclusi i mobili	2	2%	11	8%	13
21	Fabbricazione della pasta-carta, della carta e...	2	2%	3	2%	5
24	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali	3	2%	1	1%	4
25	Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	0	0%	4	3%	4
26	Fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi	3	2%	4	3%	7
27	Produzione di metalli e loro leghe	1	1%	8	6%	9
28	Fabbricazione e lavorazione dei prodotti in metallo, escluse macchine e impianti	10	8%	15	10%	25
29	Fabbricazione di macchine e apparecchi meccanici, compresi installazione, manutenzione e riparazione	6	5%	6	4%	12
31	Fabbricazione di macchine ed apparecchi elettrici n.c.a.	1	1%	5	3%	6
33	Fabbricazione di apparecchi medicali, di apparecchi di precisione, di strumenti ottici e di orologi	0	0%	1	1%	1
34	Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi	1		0		
35	Fabbricazione di altri mezzi di trasporto	2	2%	1	1%	3
36	Fabbricazione di mobili; altre industrie manifatturiere	3	2%	6	4%	9
37	Recupero e preparazione per il riciclaggio	1	1%	2	1%	3
45	Costruzioni	53	40%	42	29%	95
51	Commercio all'ingrosso e intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli esclusi	1	1%	0	0%	1
52	Commercio al dettaglio, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	2	2%	0	0%	2
60	Trasporti terrestri; trasporti mediante condotte	5	4%	7	5%	12
63	Attività di supporto ed ausiliarie dei trasporti	5	4%	5	3%	10
70	Attività immobiliari	1	1%	0	0%	1
74	Altre attività professionali ed imprenditoriali	1	1%	5	3%	6
80	Istruzione	0	0%	1	1%	1
90	Smaltimento dei rifiuti solidi, delle acque di scarico e simili	1	1%	1	1%	2
92	Attività ricreative, culturali e sportive	3	2%	1	1%	4
		133	100%	144	100%	277

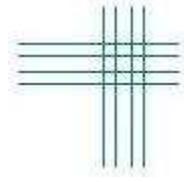
Si può rilevare che il progetto ha confermato la necessità di sviluppare le azioni regionali nelle seguenti aree di miglioramento: a) i flussi informativi correntemente disponibili in materia di infortuni sul lavoro, pur fornendo indicazioni sufficientemente precise sul "dove, quando e come" accadono gli infortuni, non consentono, se non in casi particolari, di fornire risposta anche sul "perché" questi accadono; b) il patrimonio informativo raccolto dai Servizi di



prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto costituisce una fonte di grande potenzialità da valorizzare anche per scopi epidemiologici.

Personale SPISAL al 1 gennaio 2005 (numero in organico)

Aziende Ulss	Medici	Assistenti sanitari/Infermieri	Tecnici Laureati	Tecnici Diplomati	Amministrativi	Altro	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	2	2	1	4	1	0	10
Azienda Ulss n. 2 Feltre	1	1	0	3	1	0	6
Azienda Ulss n. 3 Bassano	2	2	0	3	0	0	7
Azienda Ulss n. 4 Thiene	2	2	1	6	2	0	13
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	3	3	0	6	2	0	14
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	5	2	2	9	1	0	19
Azienda Ulss n. 7 Pieve di S.	2	2	0	6	1	0	11
Azienda Ulss n. 8 Asolo	3	3	1	6	1	1	15
Azienda Ulss n. 9 Treviso	3	3	3	5	1	0	15
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	3	1	0	6	2	0	12
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	6	6	2	14	3	0	31
Azienda Ulss n. 13 Mirano	3	3	0	9	1	0	16
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	3	0	1	5	1	0	10
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	5	3	0	9	2	0	19
Azienda Ulss n. 16 Padova	6	3	2	10	3	0	24
Azienda Ulss n. 17 Este	4	2	0	6	2	0	14
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	4	2	2	9	0	0	17
Azienda Ulss n. 19 Adria	2	0	0	4	0	0	6
Azienda Ulss n. 20 Verona	6	3	3	9	1	2	24
Azienda Ulss n. 21 Legnago	2	3	2	5	1	0	13
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	3	2	1	8	2	2	18
T o t a l i	70	48	21	142	28	5	314



Chiarimenti

Le attività di prevenzione implementate dalla Regione del Veneto comportano un'intensa opera di pianificazione e programmazione. Nella fase di attuazione vengono invece in evidenza il coordinamento ed i rapporti sinergici tra la Regione e le Aziende ULSS del Veneto.

Infatti, lo sviluppo di azioni di prevenzione medica e veterinaria implica una forte integrazione tra le attività di tutti gli attori coinvolti in tale settore. In tal senso, i Servizi afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione del Veneto hanno colto l'importanza di orientare la propria operatività su temi ad alto impatto sulla salute pubblica. Tali temi possono essere meglio affrontati in una logica dipartimentale interservizi.

Ciò significa integrare i diversi Piani di Settore in un disegno unitario. Per questo motivo, assumono una dimensione strategica le tematiche sotto elencate, che sono oggetto di una gestione integrata:

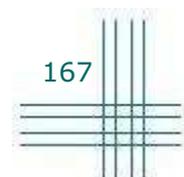
1. prevenzione traumi da traffico (Piani SISP – SPISAL);
2. prevenzione incidenti domestici (Piani SISP – SPISAL);
3. prevenzione patologie fumo correlate (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare);
4. prevenzione patologie alcol correlate (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare);
5. lotta alla sedentarietà (Piani SISP – SPISAL – SIAN);
6. valutazione progettualità edilizia complessa (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare – Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche);
7. valutazione piani urbanistici (Piani SISP – SPISAL);
8. vigilanza per ambiti (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare – Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche);
9. emergenze terroristiche (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare – Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche);
10. sorveglianza malattie umane di origine alimentare e idrica (Piani Sicurezza Alimentare – Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – SISP);
11. integrazioni con il progetto FitoSanitari e Ambiente (Piani SISP – SPISAL – Sicurezza Alimentare - Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche);
12. sviluppo di un sistema informativo/informatico integrato (Piani SISP, SPISAL, Sicurezza Alimentare, Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche).

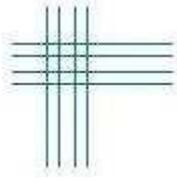
Il raggiungimento degli obiettivi prefissi è pertanto frutto di azioni che coinvolgono tutti gli attori che agiscono nel contesto della prevenzione, a partire dal livello regionale sino ai Dipartimenti di Prevenzione dell'Azienda Ulss.

Normativa

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2093 del 2 agosto 2002: "Piano Triennale Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2224 del 9 agosto 2002: "Piano triennale per la Sicurezza Alimentare".





Deliberazione della Giunta Regionale n. 2200 del 9 agosto 2002: "Approvazione Piano triennale 2002-2004 di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3932 del 30 dicembre 2002: "Piano triennale regionale di Sanità animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche per la sorveglianza epidemiologica".

Accordo 16 gennaio 2003, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sugli aspetti igienico-sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine a uso natatorio (Gazzetta Ufficiale n.51 del 03/03/2003).

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1397 del 16 maggio 2003: "Centro regionale di riferimento per l'ergonomia occupazionale (CRREO). Istituzione. Impegno di spesa anno 2003".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3104 del 23 novembre 2003: "Indicazioni applicative per il miglioramento del funzionamento delle Commissioni invalidi ULSS".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3583 del 28 novembre 2003: "Accordo Stato-Regioni sugli aspetti igienico sanitari concernenti la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine a uso natatorio. Avvio del progetto regionale piscine".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 491 del 5 marzo 2004: "Approvazione dei modelli delle istanze e del verbale delle Commissioni mediche ULSS per l'accertamento dell'invalidità civile. Modifica della DGR n. 1949 del 19/7/2002".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 870 del 26 marzo 2004: "Piano di controllo della rinotracheite bovina infettiva nel territorio della Regione Veneto".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 887 del 6 aprile 2004: "Tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo. Identificazione dei cani mediante microchip. Linee guida (Ir n. 60/1993)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1515 del 26 maggio 2004: "Passaporto per i movimenti tra stati membri della CEE, per animali da compagnia della specie cane, gatto e furetto".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1516 del 26 maggio 2004: "Piano regionale annuale di controllo su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari (P.Re.fit 2004)".

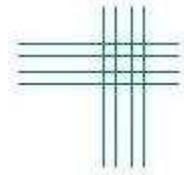
Deliberazione della Giunta Regionale n. 1517 del 26 maggio 2004: "Seminario regionale: "I prodotti fitosanitari e la tutela della salute nel Sistema Veneto. Il progetto regionale FAS. Affidamento all'Azienda ULSS N. 4 di Thiene (VI) degli aspetti organizzativi e gestionali riguardanti la manifestazione. Impegno di spesa".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1708 del 18 giugno 2004: "Piano di monitoraggio per il miglioramento della produzione di carne bovina in Veneto".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1709 del 18 giugno 2004: "Piano regionale per il triennio 2004-2006, di eradicazione della tubercolosi bovina, della brucellosi bovina e ovicaprina, della leucosi bovina enzootica e di controllo della paratubercolosi bovina".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2486 del 6 agosto 2004: "Linee guida regionali in materia di rifiuti radioattivi in campo sanitario. Approvazione".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3733 del 26 novembre 2004: "Attività formativa e di aggiornamento per il personale delle Aziende ULSS sulla problematica della tutela della salute in connessione alle attività di vendita e impiego dei prodotti fitosanitari. Impegno di spesa".



Deliberazione della Giunta Regionale n. 3846 del 3 dicembre 2004: "Pianificazione Triennale della Prevenzione 2005-2007 - Approvazione".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4052 del 22 dicembre 2004: "Convegno: "Il nuovo modello di collaborazione orizzontale previsto dalla Costituzione. Un esempio significativo: la nuova disciplina igienico sanitaria delle piscine". Affidamento all'Azienda ULSS N. 7 di Pieve di Soligo (TV) degli aspetti organizzativi riguardanti il convegno. Impegno di spesa".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4065 del 22 dicembre 2004: "Realizzazione di un opuscolo divulgativo e di educazione alla salute sugli aspetti igienico sanitari delle piscine a uso natatorio. Affidamento incarico all'Azienda ULSS N. 7 Pieve di Soligo (TV). Impegno di spesa".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 940 del 18 marzo 2005: "Piano regionale annuale 2005 di controllo su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari (P.Re.fit. 2005)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 945 del 18 marzo 2005: "Realizzazione di iniziative di formazione e aggiornamento in tema di prevenzione sanitaria connesse alle attività di vendita e impiego dei prodotti fitosanitari. Impegno di spesa".

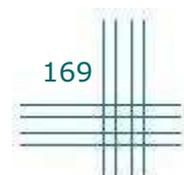
Deliberazione della Giunta Regionale n. 650 del 4 marzo 2005: "Autorizzazione alla sperimentazione di prodotti fitosanitari. Procedura relativa al coinvolgimento delle Aziende ULSS nella fase di svolgimento delle stesse prove sperimentali".

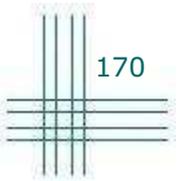
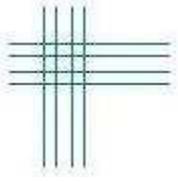
Fonti

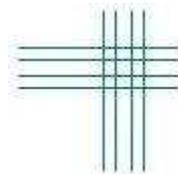
Regione del Veneto: Direzione Prevenzione afferente alla Segreteria Sanità e Sociale.

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/>

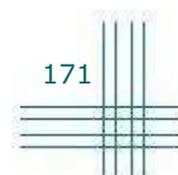


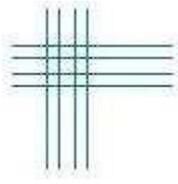




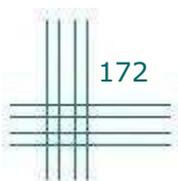
Parte Terza

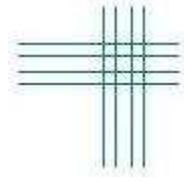
Assistenza distrettuale e servizi sociali





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di rappresentare le attività relative all'assistenza distrettuale ed i servizi sociali nel biennio 2004-2005.





3.1 Medicina convenzionata di assistenza primaria

Descrizione dei fenomeni

L'introduzione a livello internazionale del *concetto di centralità delle Cure Primarie e degli strumenti di Clinical Governance* offre l'opportunità di continuare sulla strada del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, ponendo maggiore attenzione alla medicina territoriale e interpretando il Governo Clinico non come governo sui medici o dei medici, ma con i medici.

Da questo punto di vista è indispensabile un sistema di relazioni tra diverse professionalità e diversi livelli di cura che consenta di dare effettività alla *continuità dell'assistenza*. In tale contesto si è sviluppata la logica dei Patti con i Medici di Assistenza Primaria nella Regione del Veneto.

Lo sviluppo dei Patti nella realtà regionale veneta ha consentito di porre le basi concrete perché le Cure Primarie siano riconosciute come elemento fondamentale nell'assistenza al paziente, superando la visione ospedalecentrica, o meglio restituendo a ciascun ambito di cura le proprie competenze.

Ciò nonostante, è emersa subito l'esigenza di verificare e monitorare gli effetti ed i risultati dei Patti citati. Ecco allora che la funzione di governo della Regione del Veneto della Medicina Convenzionata, ovvero Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e Specialisti ambulatoriali interni, nel corso dell'esercizio 2004, è stata esercitata attraverso due azioni fondamentali:

1. Il progetto "Attività di indirizzo e coordinamento per l'Accordo regionale della Medicina convenzionata - Cabina di Regia" (Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1008 del 16 aprile 2004), ha inteso svolgere un'analisi sui Patti aziendali e sui trattamenti economici del personale Medico convenzionato, al fine di costruire una banca dati regionale sui compiti, le attività e la relativa remunerazione.

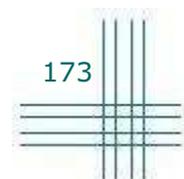
Detta produzione informativa è stata considerata quale supporto per:

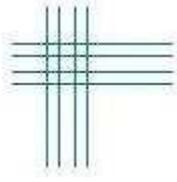
- il sistema di *accountability* regionale (responsabilità sociale e rendicontazione);
- la programmazione e il controllo a livello regionale;
- la formulazione degli indirizzi per i nuovi Accordi regionali e dei Patti aziendali.

Peraltro, il monitoraggio degli effettivi benefici generati dai Patti aziendali, a partire da informazioni omogenee e comparabili raccolte dalle varie Aziende, ha avuto il fine di individuare, per poi diffonderle, le esperienze di *buone pratiche* in questo settore.

2. L'altro fronte su cui è stata incentrata l'azione della Regione del Veneto è rappresentato dalla programmazione e dallo sviluppo delle forme associative. Lo sviluppo nel Veneto delle forme associative per la Medicina di Assistenza Primaria è riconducibile, fondamentalmente, a due atti di programmazione: l'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 28 agosto 1997 e l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 31 dicembre 2001.

L'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 1997 prevedeva la costituzione di team di medici. Lo scopo di tale assetto organizzativo era quello di riunire i medici partecipanti in gruppi (generalmente con un numero di componenti variabile da



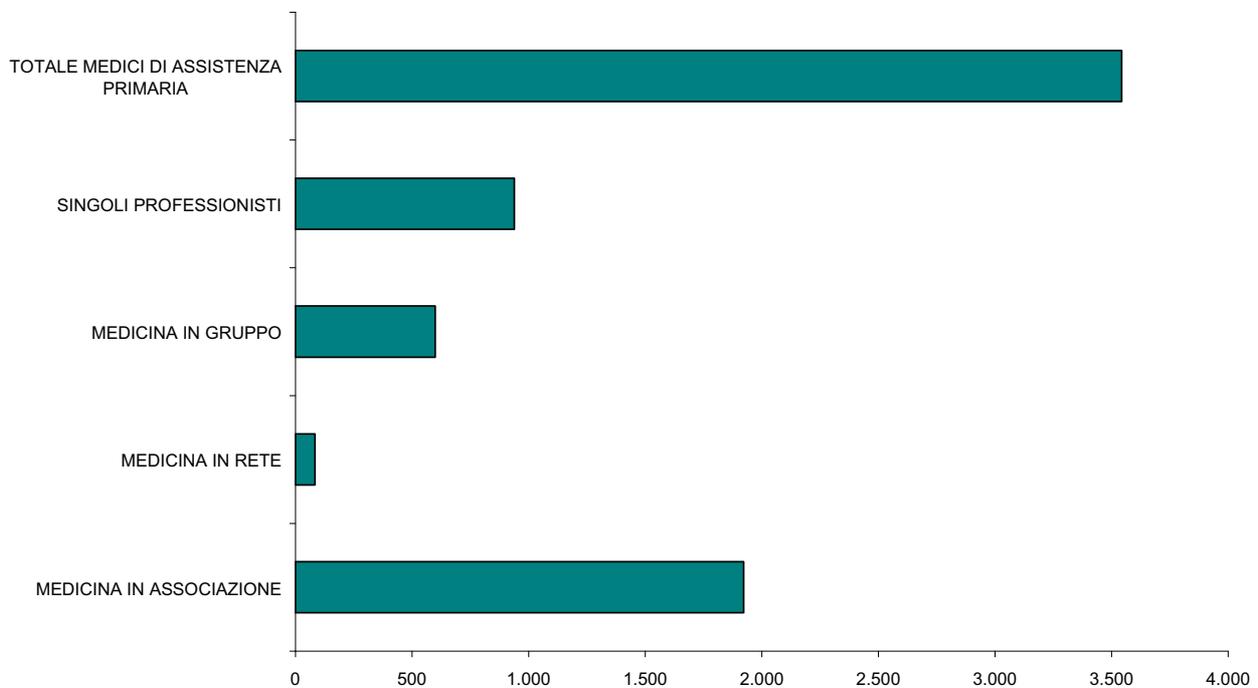


4 a 12) senza che vi fosse una condivisione di spazi ambulatoriali o di lavoro istituzionale. Era una sorta di rete territoriale di singoli professionisti che continuavano a lavorare individualmente con la consapevolezza di far parte di un gruppo. Non si trattava cioè di un legame strutturale ma funzionale.

Con l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 2001 sono state definite, sulla scorta delle esperienze avviate con i team, le seguenti forme associative: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo.

Nel 2004 l'appartenenza a forme associative ha riguardato 2.605 Medici di Assistenza Primaria su 3.544 ovvero il 74% circa, così ripartiti: n. 1.922 in Associazione, n. 84 in Rete, n. 599 in Gruppo. Tali forme associative costituiscono la rete territoriale per l'Assistenza Primaria della Medicina Convenzionata, punto di forza della programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

Medici di Assistenza Primaria - Veneto 2004



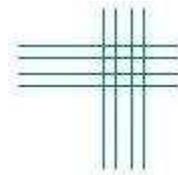
Per una piena comprensione si forniscono di seguito alcune sintetiche definizioni:

Medicina di Gruppo

La Medicina di Gruppo può essere costituita da un minimo di 3 ad un massimo di 8 Medici di Medicina Generale e richiede: una sede principale unica del gruppo con studi per almeno il 50% dei medici aderenti all'associazione con possibilità di uso promiscuo degli stessi in orari differenziati, nonché la condivisione di beni e servizi.

Medicina in Rete

La Medicina in Rete può essere costituita da un minimo di 3 ad un massimo di 10 Medici di Medicina Generale e prevede il collegamento reciproco degli studi medici dei singoli



professionisti attraverso sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione. Gli studi non sono vincolati a sede unica. La forma di associazione prevede anche il collegamento con i Centri di Prenotazione Unica (CUP) e la ricezione/trasmisione dei dati epidemiologici o prescrittivi. Questa forma associativa consente l'erogazione delle prestazioni convenzionate anche agli assistiti degli altri medici appartenenti all'associazione, la ricezione delle richieste di visite domiciliari e la loro esecuzione, la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche, l'erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive. Nell'ambito di questa tipologia associativa è prevista la nomina di un delegato dei medici associati per i rapporti col responsabile del Distretto Socio Sanitario, oltre a periodiche riunioni tra gli associati per la verifica della conformità dell'attività agli obiettivi distrettuali.

Medicina in Associazione

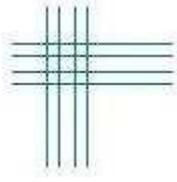
La Medicina in Associazione può essere costituita da un minimo di 3 ad un massimo di 10 Medici di Medicina Generale, organizzati in studi medici non vincolati dalla sede unica. Si tratta, per così dire, della "forma associativa base" che garantisce la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.

Équipe territoriali:

Le équipe territoriali nascono dall'esperienza delle forme associative complesse, allo scopo di integrare professionisti diversi nell'ambito dei programmi dei Distretti Socio Sanitari. L'équipe territoriale realizza forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, consente la promozione e lo sviluppo della continuità assistenziale, favorisce la presa in carico del paziente ed è orientata al conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali. L'ambito distrettuale di riferimento delle équipe territoriali e delle UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) viene individuato dal Direttore del Distretto Socio Sanitario e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie.

	MEDICINA IN ASSOCIAZIONE	MEDICINA IN RETE	MEDICINA IN GRUPPO	SINGOLI PROFESSIONISTI	TOTALE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA
NUMERO	1.922	84	599	939	3.544
PERCENTUALE	54,23%	2,37%	16,90%	26,50%	100%

L'adesione, nel Veneto, del 74% dei Medici di Medicina Generale alla Medicina in Gruppo, alla Medicina in Rete e alla Medicina in Associazione rappresenta un importante risultato che esprime l'ampia diffusione, ma anche il consolidamento, delle forme associative nella realtà regionale e pone le premesse per l'implementazione di forme associative più evolute, quali le **équipe territoriali**, ovvero di più elevata complessità, quali le **UTAP** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), che sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria.



Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie, inteso come modalità di lavoro condiviso con i medici, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

Gli Accordi regionali riguardanti la Medicina convenzionata di assistenza primaria sono gli strumenti attraverso i quali si esplicitano gli indirizzi della Regione del Veneto. Nel 2005 essi hanno inteso recepire ed integrare gli obiettivi e le linee programmatiche definite dagli Accordi Collettivi nazionali del 23 marzo 2005 e successivamente del 15 dicembre 2005.

Tali Accordi si pongono in una prospettiva di continuità rispetto al sistema di concertazione e partecipazione costruito tra la Regione, le Aziende ULSS ed i Medici Convenzionati e costituiscono, altresì, un sostanziale consolidamento del processo di programmazione e di gestione della Medicina Convenzionata attivato a partire dal 2001.

MEDICINA CONVENZIONATA DI ASSISTENZA PRIMARIA ATTI DI RECEPIMENTO DEGLI ACCORDI

Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 4395 del 30 dicembre 2005, per i Medici di Medicina Generale (MMG),

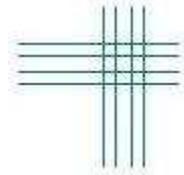
Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3889 del 31 dicembre 2001, per i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta (PLS),

Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3220 del 25 ottobre 2005, per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altre professionalità sanitarie.

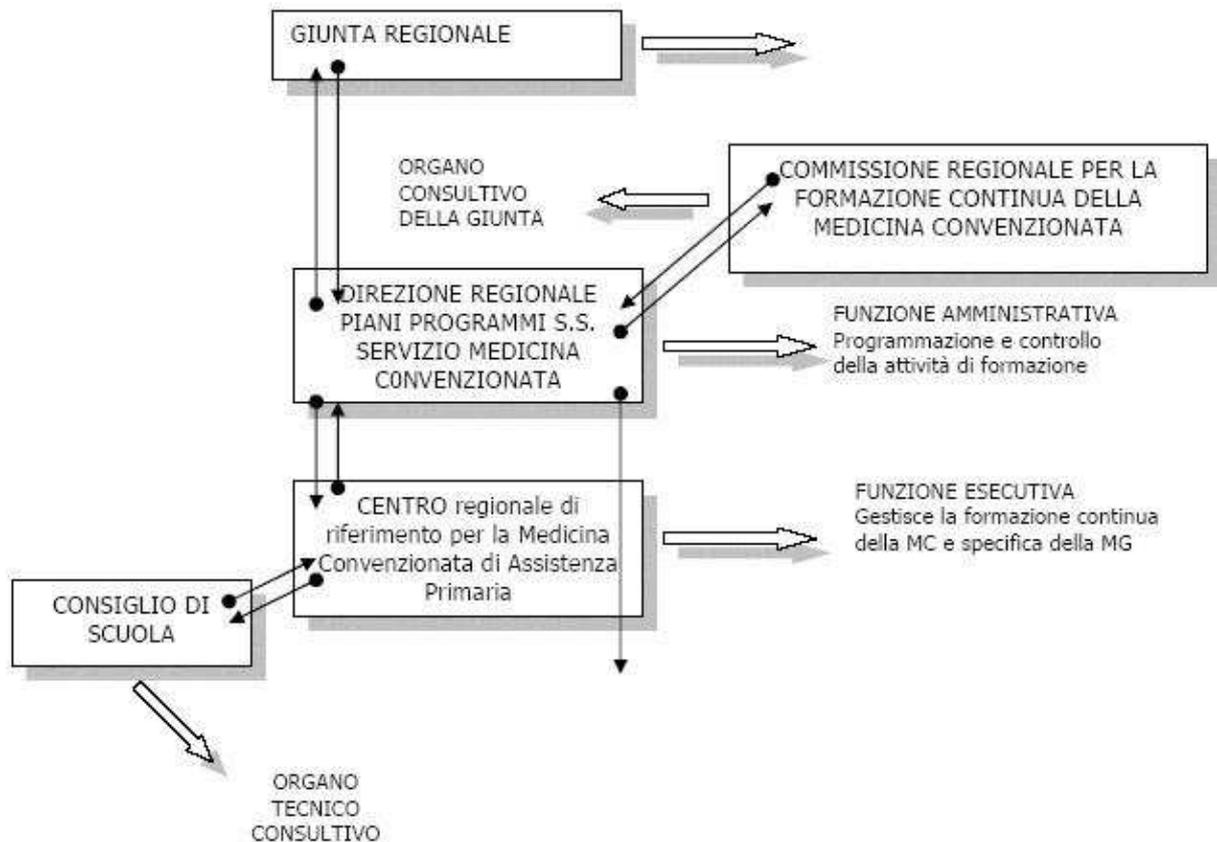
Va sottolineato, nel contempo, che vi sono alcuni importanti elementi innovativi. Gli Accordi rappresentano un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della Medicina Convenzionata, all'interno della quale le Aziende ULSS, in sintonia con i Medici Convenzionati, definiscono l'organizzazione dell'assistenza sul territorio.

Gli Accordi mirano a privilegiare la realizzazione concreta dei servizi rispetto alla loro attuazione formale e burocratica. L'implementazione degli stessi segue contestualmente il cambiamento della modalità di offerta dei servizi, accompagnato e guidato da un mutamento culturale nell'approccio al proprio lavoro da parte dei professionisti. I medici di assistenza primaria sono figure che devono condividere e partecipare attivamente al processo di integrazione e di creazione di un sistema d'offerta unitario in ambito territoriale.

Questo principio si configura come il frutto di una negoziazione tra le parti. Inoltre, a supporto del processo di cambiamento si ritiene indispensabile la progettazione a livello aziendale di un'attività formativa continuativa rivolta ai Medici delle Cure Primarie ed integrata con altre figure professionali.



Sistema organizzativo di formazione continua



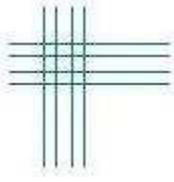
Un ulteriore principio cardine su cui si fondano gli Accordi riguarda la partecipazione dei Medici Convenzionati all'appropriata allocazione delle risorse, la loro responsabilizzazione e coinvolgimento nel governo dei fattori e nella eliminazione di eventuali sprechi, finalizzata al potenziamento dei processi assistenziali territoriali.

Al fine di garantire continuità e consolidamento al processo sinora attuato, gli Accordi trovano fondamento soprattutto sugli obiettivi raggiunti dallo stato dell'arte della Medicina Convenzionata e negli obiettivi di *gestione integrata dei pazienti* e di *continuità dell'assistenza*.

In particolare, dalle rilevazioni effettuate sui patti aziendali emerge un'elevata variabilità: il panorama che si profila nelle realtà aziendali della Regione denota la presenza di una vasta gamma di servizi sul territorio afferenti a diverse tipologie di bisogni.

Quindi, la strategia che si intende attuare insiste sulla riorganizzazione dell'esistente con modalità orientate a fornire risposte esaustive, complete e coordinate alla molteplicità di bisogni di salute di ogni singolo paziente.

Il punto nodale degli Accordi è l'adozione di una visione di sistema, in una prospettiva unitaria e coerente delle prestazioni attualmente offerte. Infatti, al fine di erogare servizi tempestivi e coordinati rispetto a casi multi-problematici e ad elevata complessità presenti sul territorio, è necessaria una presa in carico del paziente nella sua globalità. Ciò consente altresì di governare la domanda.



Lo scenario sopra rappresentato si realizza perseguendo gli obiettivi, tra loro correlati, di una maggiore disponibilità ed accessibilità ai servizi, di un'organizzazione di un'offerta che garantisca una effettiva continuità dell'assistenza nonché, attraverso la gestione per processi, il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni erogate.

Questo secondo aspetto richiede sistemi di integrazione multi-livello, rivolti sia all'integrazione di diversi servizi e prestazioni (I livello), sia all'integrazione di professionalità afferenti a più aree disciplinari – in particolare alle aree clinico-sanitaria ed economico-gestionale (II livello).

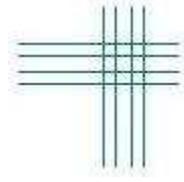
PASSAGGI LOGICI CHE GUIDANO L'INTERO PROCESSO		
Dalla cura della malattia	➔	All'assistenza globale della persona
Dall'approccio per prestazione (output)	➔	All'approccio per processo e alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome)
Dalla produzione di singole prestazioni e dalla frammentarietà delle specializzazioni	➔	Alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati finalizzati all'assistenza della persona
Dall'approccio all'individuo	➔	Alla dimensione di servizio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia, inserito nella Comunità

Concentrandosi sulle modalità di offerta dei servizi e su come essi intervengano nella risoluzione dei problemi di salute **il paziente viene posto al centro del Sistema**, modificando nel contempo il ruolo di intermediario (gatekeeper) finora richiesto al Medico di Assistenza Primaria.

Il Medico di assistenza primaria diviene parte integrante del Sistema, anello di congiunzione tra i pazienti e l'intera gamma di strutture d'offerta delle Aziende ULSS. Al Medico viene demandato il compito di *care e case-manager del processo primario*, di presa in carico complessiva e globale dei pazienti, di gestore del budget (inteso come obiettivi su risorse) ovvero:

- di lettura e di interpretazione dei bisogni degli assistiti;
- di promozione della salute con interventi appropriati ed efficaci;
- di offerta di prestazioni;
- di partecipazione nell'organizzazione ed erogazione di alcuni servizi;
- di orientamento del paziente all'interno del complesso Sistema Socio Sanitario.

Ne consegue un cambiamento del ruolo assegnato ai Medici di Assistenza Primaria che, pur rimanendo gli attori principali dell'assistenza territoriale, sono soggetti facenti parte del Sistema, integrati con gli altri servizi. Se gli Accordi regionali riguardanti la Medicina convenzionata di assistenza primaria sono gli strumenti attraverso i quali si esplicitano gli indirizzi della Regione del Veneto, attraverso i Patti aziendali i singoli obiettivi strategici trovano concreta applicazione in ambito territoriale.



Questi sono accordi che ciascuna Azienda ULSS negozia con i propri Medici Convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi.

La realizzazione di articolati progetti di integrazione dei servizi e di miglioramento della continuità dell'assistenza richiederebbe una programmazione pluriennale, strutturata in diverse fasi operative. Sarebbe quindi opportuno definire dei Patti a valenza pluriennale (due-tre anni), articolati annualmente mediante i Contratti, strumenti che declinano a livello operativo gli obiettivi di programmazione.

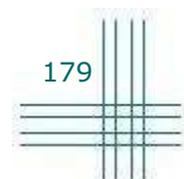
Anche i Patti aziendali intervengono affinché si giunga al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sul singolo ambulatorio del medico in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione.

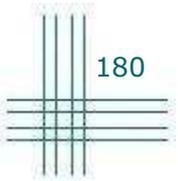
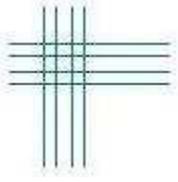
A questo riguardo tali accordi individuano requisiti specifici aggiuntivi richiesti per ciascuna forma associativa prevista, nonché ribadiscono i contenuti fondamentali che ciascuna tipologia deve presentare.

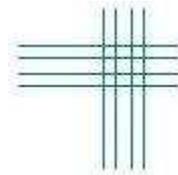
Nei requisiti specifici aggiuntivi si distinguono quelli finalizzati al miglioramento del servizio di continuità dell'assistenza – inteso sia come migliore accessibilità ai servizi (a livello di orario di copertura giornaliera di apertura ambulatoriale) sia come migliore presa in carico del paziente grazie allo scambio di informazioni tra medico e medico e tra medico e Azienda – e quelli volti al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Riguardo al *sistema premiante* gli accordi superano, laddove non espressamente previsto, la logica basata sul sistema di "retribuzione per prestazione" a favore di una logica di costituzione di un Fondo rischi ed oneri, dedicato a promuovere ed a riconoscere i servizi offerti dai Medici.

Tale ottica è coerente con le finalità dei Patti, strumenti volti ad introdurre sistemi d'offerta fondati non solo sulla gestione delle singole prestazioni sanitarie, ma soprattutto sulla gestione integrata di diversi processi







Assistenza territoriale domiciliare e attività riabilitativa

Descrizione dei fenomeni

La classificazione dei profili assistenziali ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) deriva da una serie di indicazioni normative, che sono state riviste e riprese recentemente in maniera organica. L'assistenza territoriale domiciliare risulta oggi così classificata:

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA				
PROFILO A	PROFILO B	PROFILO C	PROFILO D	PROFILO E
Assistenza domiciliare riabilitativa eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza domiciliare infermieristica eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza programmata eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza domiciliare ad alta integrazione sociosanitaria	Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare
ADI PROFILO A	ADI PROFILO B	ADI PROFILO C	ADIMED	ADI-HR

La Regione del Veneto ha attivato a partire dal 1999 un flusso informativo a cadenza trimestrale in materia di assistenza domiciliare con presenza della componente sanitaria. La raccolta dei dati è di notevole complessità, anche per effetto delle diverse tipologie di assistenza da considerare.

In tal senso, il processo di perfezionamento degli strumenti informativi all'interno delle Aziende ULSS del Veneto è ancora in corso di svolgimento. Ciò è dovuto alla necessità di integrazione dei flussi informativi, che sono generati in differenti servizi centrali e territoriali delle Aziende ULSS e nei servizi sociali di Comuni, con conseguenti disomogeneità da uniformare.

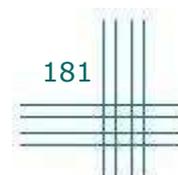
Inoltre, l'invio alla Regione di dati aggregati consente una esplorazione ed una interpretazione limitata. Il quadro che esce dai dati inviati dalle ULSS può considerarsi, comunque, sufficientemente affidabile per una valutazione dell'andamento del fenomeno nei suoi elementi essenziali a livello regionale, mentre va affrontata con maggiore cautela un'eventuale analisi delle singole specificità locali.

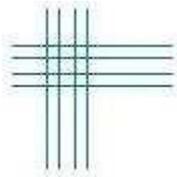
La Regione del Veneto sta comunque superando questi specifici limiti con l'attivazione del nuovo sistema informativo SID-ADI Sistema Informativo di Distretto - modulo Assistenza Domiciliare Integrata, proposto nella sua versione sperimentale alla fine del 2004.

I risultati della prima implementazione del SID-ADI nelle Aziende ULSS pilota sono da un lato quello di rendere molto più omogenei i dati delle ULSS, dall'altro quello di filtrare gli interventi domiciliari occasionali, a favore di piani di assistenza più intensivi e continuativi.

La effettiva realizzazione del nuovo flusso informativo relativo all'assistenza domiciliare sull'intero territorio regionale consente quindi di codificare l'attività secondo regole comuni prefissate, quali:

- determinazione di numero minimo di accessi per previsti per singolo profilo ADI e per figura professionale;





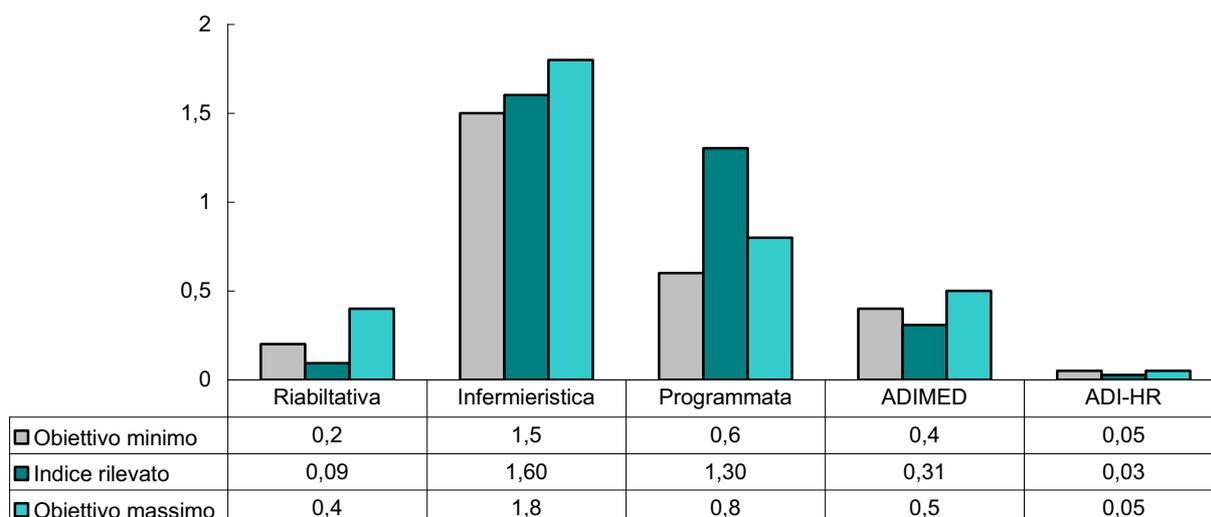
- classificazione unica delle attività svolte a domicilio, aggregata per macro aree;
- individuazione del focus del profilo progettato sulla base al numero di accessi delle varie figure professionali sul caso nel periodo considerato;
- alimentazione di un flusso di dati individuali agganciati all'anagrafe degli assistiti, che rende possibile anche la valutazione della copertura ADI in fase di deospedalizzazione per specifiche patologie (es. scompenso cardiaco, frattura femore, ictus).

La sperimentazione ha permesso di evidenziare le potenzialità del sistema informativo quale supporto ai processi decisionali in materia di pratiche assistenziali domiciliari. Ci si può attendere che l'utilizzazione routinaria dei dati del SID-ADI, provenienti da tutte le Aziende ULSS del Veneto, possa fornire validi spunti per la programmazione dei servizi di assistenza domiciliare, ad esempio nell'ambito delle attività di indirizzo e coordinamento per l'Accordo Regionale della Medicina Convenzionata, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1008/2004.

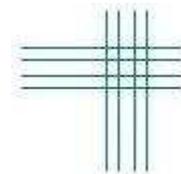
Il sistema di rilevazione dell'attività consentirà di valorizzare i processi assistenziali domiciliari, con la possibilità di individuare le aree di miglioramento e le buone pratiche esistenti in ambito regionale, nonché con l'opportunità di definire percorsi assistenziali "standard" sulla base dei dati raccolti, determinandone contestualmente i costi.

Oggi, le diverse tipologie di assistenza domiciliare integrata comportano una forte interazione su più livelli, quali ad esempio: ospedale-territorio, sanitario-sociale, Aziende ULSS-Comuni e perciò si caratterizzano, come abbiamo detto, per una particolare complessità nella raccolta e nella elaborazione dei dati. Ciò spiega anche i disallineamenti evidenziati nel grafico che segue. Va sottolineato che, per le motivazioni sopra esplicitate, parte delle differenze potrebbero essere legate a problemi di errata classificazione dei casi.

Obiettivi di copertura (DGR n. 5273/98) e copertura reale - Veneto
Pazienti trattati nell'anno 2004
(indici per 100 residenti)



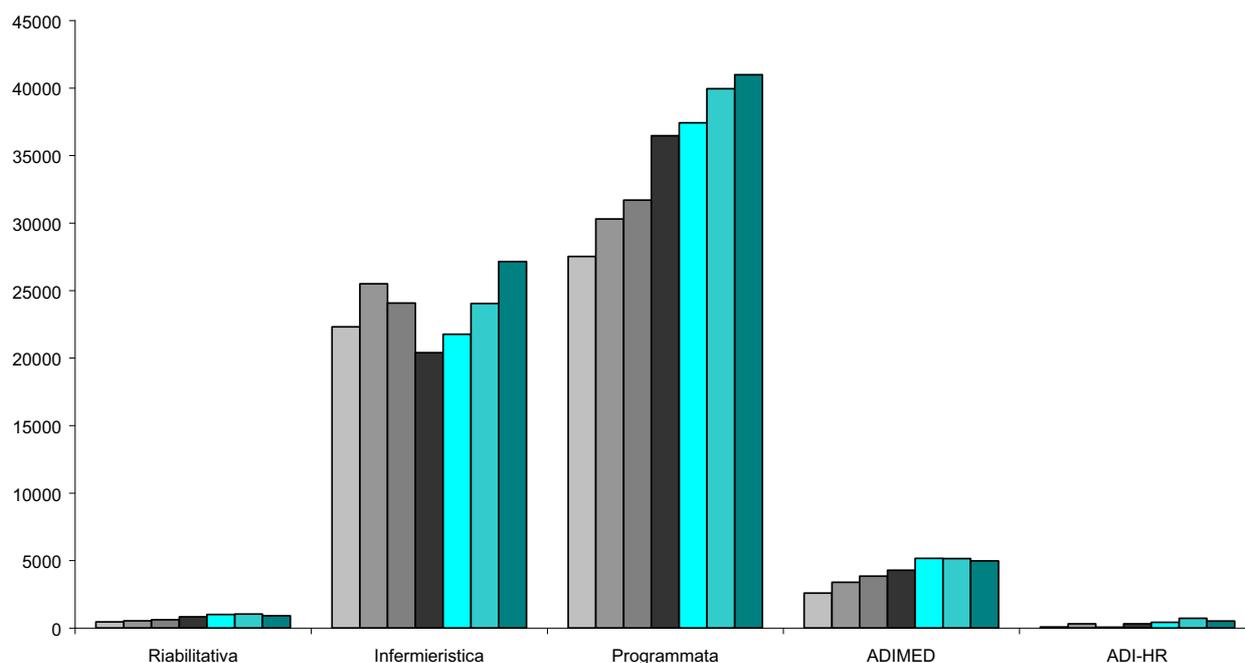
La copertura della popolazione può essere più correttamente valutata riportandosi alla popolazione anziana, ed in particolari ai grandi anziani, che sono tipicamente eleggibili per



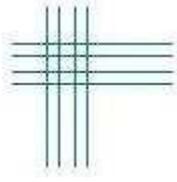
l'ADI per la loro situazione di fragilità clinica ed assistenziale. Al di sopra dei 75 anni l'11 % della popolazione assistita è coperta dall'assistenza domiciliare (di cui 6,3% con l'assistenza programmata e 3,9% con l'assistenza infermieristica).

TIPO DI ASSISTENZA / PROFILO ASSISTENZIALE	PERCENTUALI PER CLASSI DI ETÀ			
	< 65 anni	65-74 anni	>= 75 anni	Tutte le età
ASSISTENZA RIABILITATIVA	0,0	0,0	0,1	0,0
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	0,1	1,1	3,9	0,5
ASSISTENZA PROGRAMMATA	0,1	1,3	6,3	0,8
ADIMED	0,0	0,2	0,7	0,1
ADI-HR	0,0	0,0	0,0	0,0
TUTTI I TIPI / PROFILI DI ASSISTENZA	0,2	2,6	11,0	1,4

**Assistenza Territoriale Domiciliare - Numero pazienti in carico per tipo di assistenza
Trend temporale Regione Veneto 1999-2004**

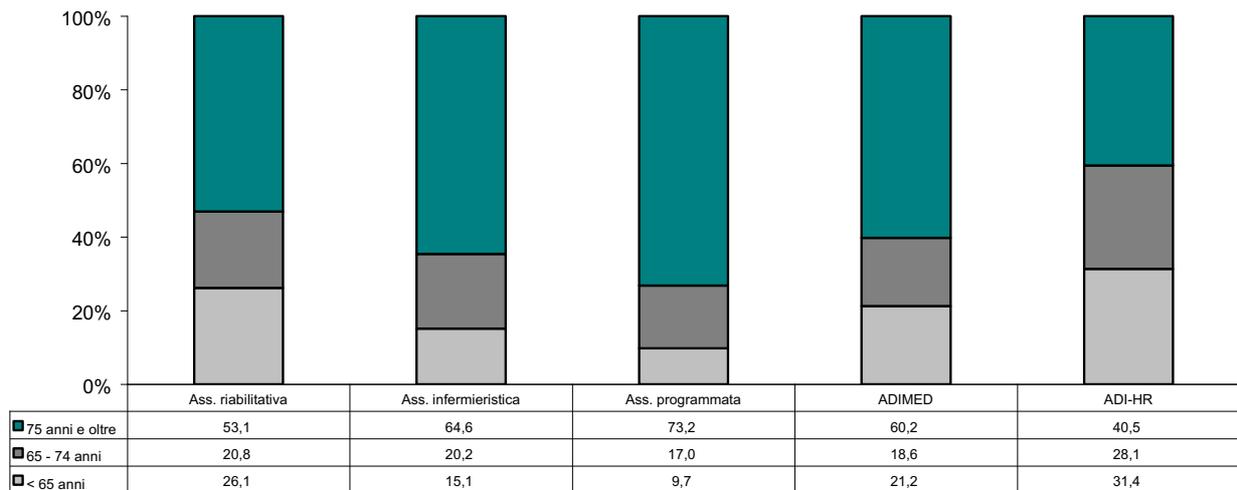


Dati	Riabilitativa	Infermieristica	Programmata	ADIMED	ADI-HR
al 01.01.1999	449	22.305	27.517	2.588	74
al 31.12.1999	533	25.493	30.298	3.382	308
al 31.12.2000	608	24.063	31.697	3.851	65
al 31.12.2001	836	20.403	36.461	4.280	306
al 31.12.2002	1.001	21.757	37.421	5.163	416
al 31.12.2003	1.033	24.040	39.951	5.154	726
al 31.12.2004	916	27.139	40.982	4.976	515



Il trend temporale segnala un notevole aumento dell'Assistenza Domiciliare Integrata programmata, a conferma di una maggiore programmazione fondata sulla rilevazione dei bisogni della popolazione. Gli altri profili ADI non evidenziano scostamenti di rilievo, ad eccezione dell'infermieristica che conferma la tendenza ad un graduale aumento e l'ADI-HR che diminuisce rispetto al 2003.

Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
percentuale utenti in carico al 31.12.2004 per classi di età

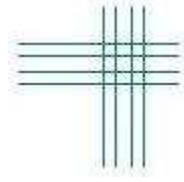


Per quanto riguarda la tipologia di utenza si osserva che la composizione per età dei pazienti in carico appare coerente con le specificità assistenziali dei diversi profili: netta prevalenza di anziani, in particolare di quelli in età più avanzata, per le forme di assistenza rivolte alla cronicità o alla non autosufficienza (assistenza programmata ed infermieristica), e distribuzione più equilibrata per quelle previste per la presa in carico di casi acuti o post-acuti (assistenza riabilitativa, ADIMED, ADI-HR).

La casistica trattata in ADIMED è ancora orientata verso la cronicità, presumibilmente per motivi legati sia all'offerta, sia alla domanda. Infatti, sul fronte dell'offerta si osservano servizi di assistenza domiciliare ancora in evoluzione. Lo sviluppo futuro porterà probabilmente miglioramenti sostanziali in termini di professionalità e di creazione di strumenti adeguati ad affrontare episodi situazioni post-acute o terminali, per le quali l'ospedale rappresenta ancora il punto di riferimento privilegiato. Sul fronte della domanda invece vengono in evidenza le problematiche connesse alla necessità di interazione tra diversi soggetti istituzionali ed il loro riflesso sulla comunicazione e sull'informazione ai cittadini utenti. Ciò nonostante, pur permanendo tali criticità, si assiste comunque ad un trend favorevole.

Anche dagli indicatori relativi alle modalità di assistenza emergono alcune considerazioni utili alla programmazione regionale, in un'ottica di miglioramento continuo:

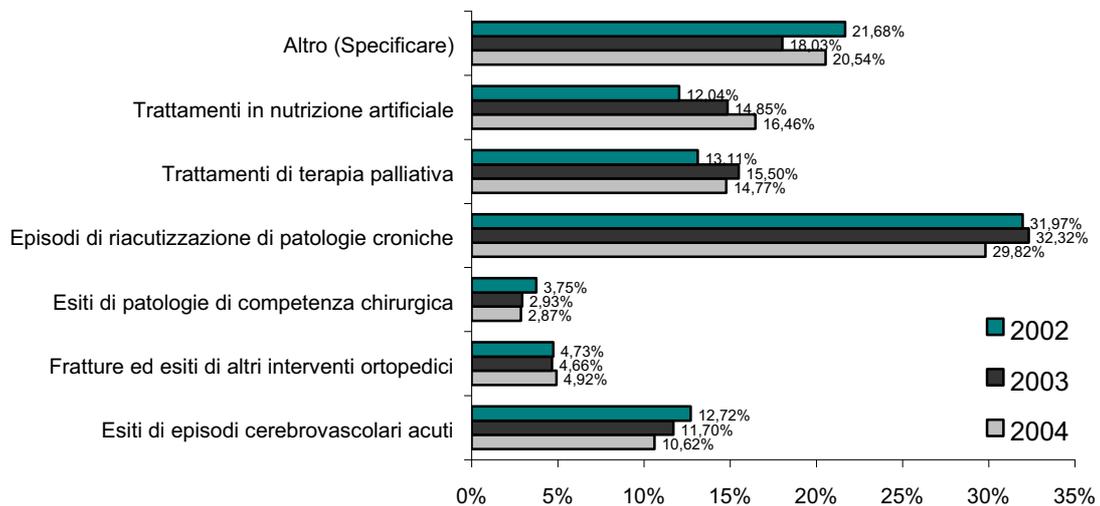
- l'assistenza domiciliare programmata ha nella generalità dei casi una durata lunga. Questo fatto, unitamente all'aumento osservato per questo profilo assistenziale, rende necessario un approfondimento della casistica trattata e delle relative modalità assistenziali al fine di giungere ad una migliore definizione delle specificità assistenziali. È indispensabile escludere un utilizzo potenzialmente poco appropriato di tale forma di assistenza ed è



fondamentale fornire risposte mirate ad eventuali bisogni di natura sociale legati alla non autosufficienza dei pazienti negli spostamenti.

- i profili di assistenza infermieristica necessitano di una più puntuale definizione, per differenziare i trattamenti occasionali dai casi più gravosi e continuativi, che richiedono uno specifico progetto assistenziale;
- per gli altri profili la durata dell'assistenza appare differenziata rispetto alle corrispondenti specificità assistenziali che prevedono il trattamento sia occasionale che periodico per assistenza domiciliare riabilitativa;
- per i profili ADIMED e ADI-HR la quota consistente di trattamenti brevi (inferiori ai 30 giorni) potrebbe essere spiegata dalle condizioni di gravità e/o di complessità dei casi trattati cui si associano livelli elevati sia di mortalità che di ricorso al ricovero ospedaliero.

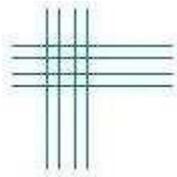
Assistenza territoriale domiciliare - ADIMED - Veneto
Percentuale pazienti in carico per condizione specifica - Anni 2002, 2003 e 2004



Relativamente alla frequenza di accesso mensile del medico emerge che poco più del 60% dei casi in ADIMED risulta inferiore a 5 accessi al mese, quantità non conforme a quanto indicato dalle linee guida regionali che per i bisogni assistenziali rientranti in questo profilo prevedono la necessità di più accessi settimanali del medico.

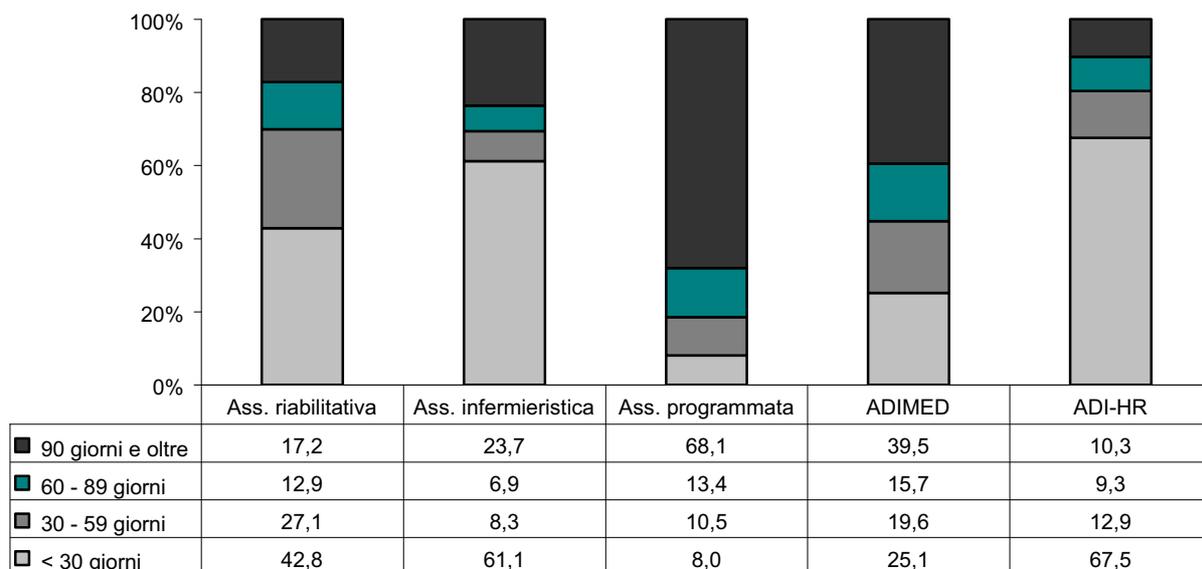
Il percorso che porta alla presa in carico in ADIMED indica come il processo di miglioramento dell'integrazione fra ospedale e territorio sia ancora in atto. È del tutto verosimile che vi siano ancora ampi margini di sviluppo.

L'ADIMED costituisce una tipologia di assistenza domiciliare integrata ad elevata intensità assistenziale (in relazione ai bisogni assistenziali degli pazienti) che abbisogna di un costante e sistematico monitoraggio degli accessi realmente effettuati a domicilio del paziente da parte di tutti gli operatori sanitari e sociali. Da un punto di vista organizzativo essa si conferma quale

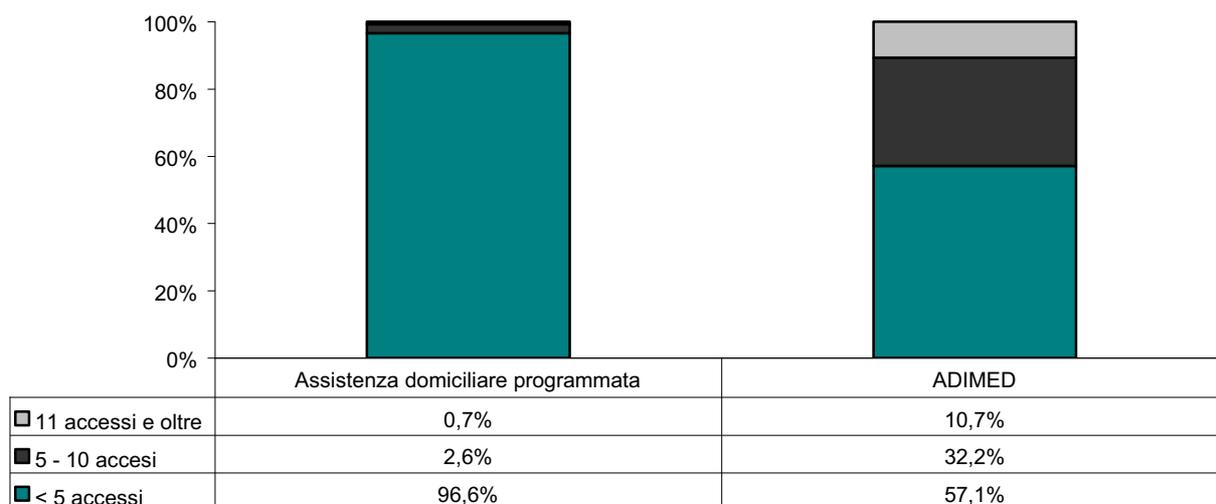


pratica assistenziale che vede un confronto ed un'interazione tra professionalità diverse che convergono verso la centralità della persona assistita.

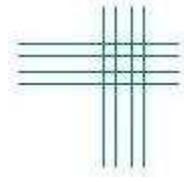
**Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
Percentuale pazienti dimessi per durata di assistenza - Anno 2004**



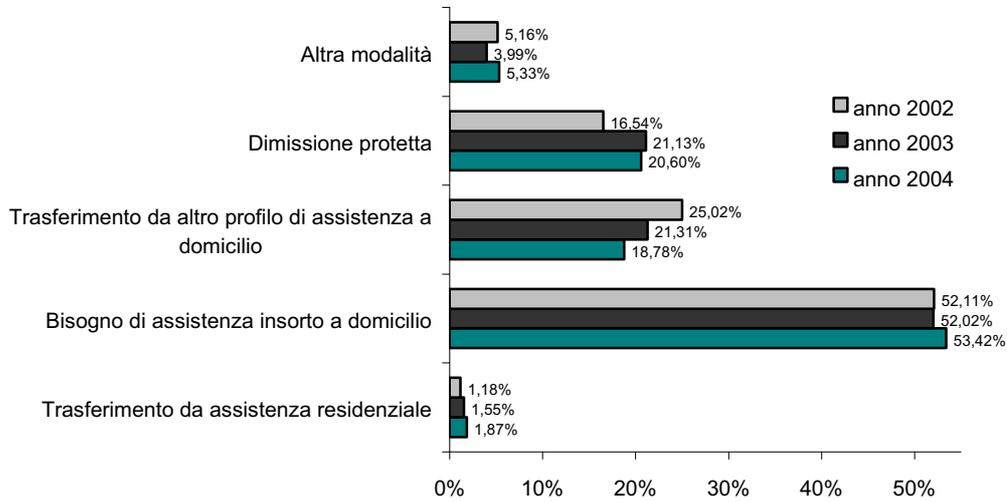
**Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
Percentuale pazienti in carico per frequenza accessi MMG al 31.12.2004**



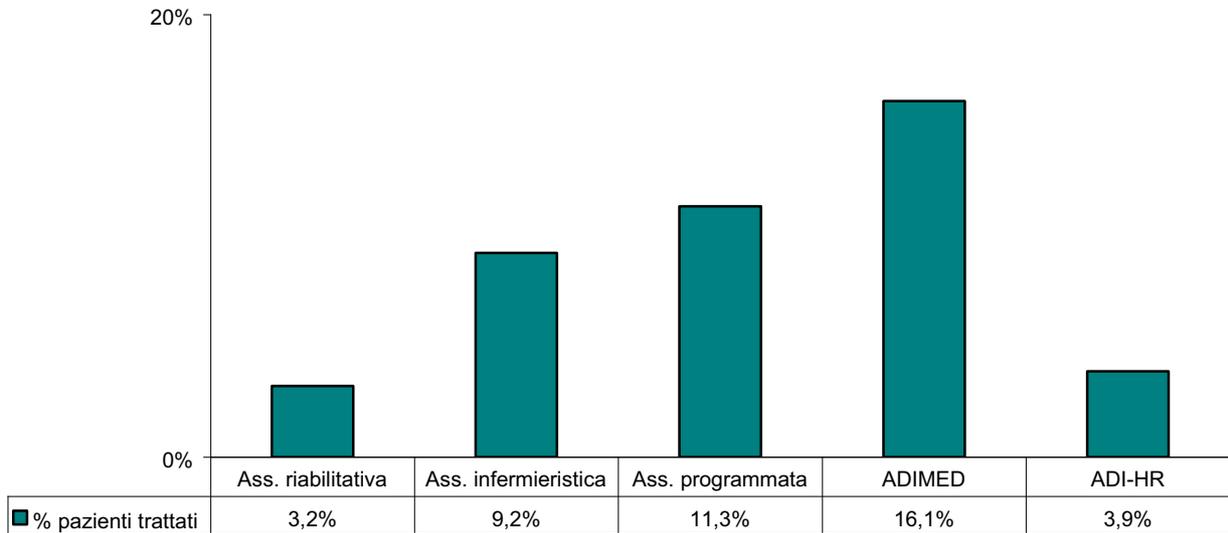
* MMG = Medici di Medicina Generale

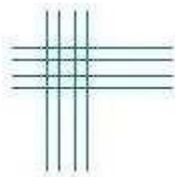


Assistenza territoriale domiciliare - ADIMED - Veneto
Percentuale pazienti in carico per modalità di attivazione - Anno 2002, 2003 e 2004



Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
Percentuale pazienti trattati con integrazione con intervento sociale - Anno 2004





Attività riabilitativa nei centri convenzionati

In questa area assistenziale la Regione del Veneto si avvale di 16 centri convenzionati, ai sensi dell'articolo 26 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

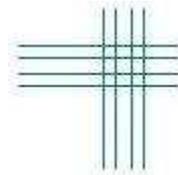
Da questo punto di vista, nel corso dell'anno 2005, relativamente all'attività riabilitativa, la Regione del Veneto si è avvalsa di 16 centri convenzionati:

- Istituto Pio XII di Misurina (BL);
- Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) di Padova e Rosà (VI);
- La Nostra Famiglia di: Padova, Vicenza, Treviso, Oderzo, Conegliano, Pieve di Soligo, San Donà di Piave e Caorle;
- Istituto Psicopedagogico Villa Maria di Monticello Conte Otto (VI);
- Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (UILDM) di Padova e Verona;
- Centro Medico Sociale Claudio Santi (VR);
- Associazione Rieducativa Ente Privato (AREP) di Villorba (TV).

Nel 2005 sono stati seguiti dai centri convenzionati **11.120 pazienti disabili**, 177 dei quali seguiti contemporaneamente da più strutture. Di seguito si riporta il numero e la percentuale dei pazienti seguiti dai centri riabilitativi per Azienda ULSS di appartenenza:

STRUTTURA		DATI	
AZIENDA ULSS	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NUMERO PAZIENTI	PERCENTUALE
Azienda Ulss n. 1 Belluno	Istituto Pio XII	465	4,2
Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa	AISM Rosà	178	1,6
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	La Nostra Famiglia di Vicenza	482	4,3
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	Istituto Psicopedagogico Villa Maria	199	1,8
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	La Nostra Famiglia di Conegliano	1.982	17,8
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	La Nostra Famiglia di Pieve di Soligo	932	8,4
Azienda Ulss n. 9 Treviso	La Nostra Famiglia di Treviso	861	7,7
Azienda Ulss n. 9 Treviso	La Nostra Famiglia di Oderzo	727	6,5
Azienda Ulss n. 9 Treviso	AREP di Villorba	1.253	11,3
Azienda Ulss n. 10 S. Donà di Piave	La Nostra Famiglia di Caorle	59	0,5
Azienda Ulss n. 10 S. Donà di Piave	La Nostra Famiglia di San Donà di Piave	906	8,2
Azienda Ulss n. 16 Padova	La Nostra Famiglia di Padova	894	8,1
Azienda Ulss n. 16 Padova	AISM Padova	231	2,1
Azienda Ulss n. 16 Padova	UILDM Padova	144	1,3
Azienda Ulss n. 20 Verona	Centro Medico Sociale Claudio Santi	1.582	14,2
Azienda Ulss n. 20 Verona	UILDM Verona	225	2
TOTALE		11.120	100

L'Associazione "La Nostra Famiglia" segue complessivamente, nelle diverse sedi, 6.843 pazienti (pari al 61,5% del totale) ed è rivolta all'assistenza e alla riabilitazione di soggetti disabili portatori di uno o più handicap, ovvero prende in carico pazienti che presentano un profilo di



patologia e disabilità assai eterogeneo, come accade anche per l'AREP di Villorba e il Centro Medico Sociale Claudio Santi.

Si differenziano in questo senso le altre strutture quali: l'UILDM e l'AIMS, che seguono prevalentemente pazienti affetti rispettivamente da distrofie muscolari e da sclerosi multipla. L'Istituto Pio XII, è un centro per la cura e la riabilitazione dell'asma infantile, mentre il Centro Psicopedagogico Villa Maria è al servizio di soggetti di età evolutiva con disabilità psichica.

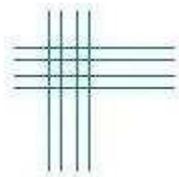
I centri ex art. 26 sono prevalentemente dedicati alla riabilitazione di pazienti in età pediatrica (per il 70,4%). Il 57,4% dei pazienti risulta essere di sesso maschile e il 76% risiede nella stessa Azienda ULSS di locazione del servizio.

Distribuzione delle diagnosi presentate dai pazienti seguiti dalle strutture convenzionate, per macro-gruppi di patologie

MACRO-GRUPPO DI PATOLOGIA (Classificazione ICD9-CM)	Numerosità	Percentuale
malattie infettive e parassitarie	174	1,2
tumori	72	0,5
malattie ghiandole endocrine, nutrizione	76	0,5
malattie sangue	5	0,0
disturbi psichici	5.095	35,5
malattie sistema nervoso	3.547	24,7
malattie sistema circolatorio	155	1,1
malattie apparato respiratorio	479	3,4
malattie apparato digerente	43	0,3
malattie apparato genitourinario	2	0,0
complicazione gravidanza	5	0,0
malattie pelle	111	0,8
malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	2.057	14,4
malformazioni congenite	1.491	10,4
alcune condiz. morbose e di origine perinatale	242	1,7
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	368	2,6
traumatismi e avvelenamenti	278	1,9
altro	139	1,0
Totale	14.339	100
Diagnosi non specificata	30	
Totale	14.369	

Il gruppo nosologico in assoluto più rappresentato risulta essere quello relativo ai disturbi psichici con 5.095 diagnosi pari al 35,5% del totale delle diagnosi. Seguono le malattie del sistema nervoso con 3.547 diagnosi (24,7%), le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo con 2.057 diagnosi (14,4%) e le malformazioni congenite con 1.491 (10,4%).

Il numero totale delle **disabilità** seguite dai centri convenzionati è pari a 13.913 (in media 1,3 disabilità per soggetto). Le disabilità maggiormente rappresentate sono quelle relative al



comportamento (29,4%), alla locomozione (23,0%), all'assetto corporeo (21,6%) e alla comunicazione (11,8%).

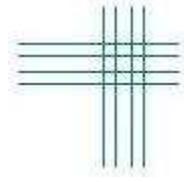
Distribuzione delle categorie di disabilità dei pazienti seguiti dalle strutture convenzionate

CATEGORIA DI DISABILITÀ (Classificazione ICIDH)	Numerosità	Percentuale
nel comportamento	3.604	29,4
nella comunicazione	1.447	11,8
nella cura della propria persona	391	3,2
locomotorie	2.821	23,0
dovute all'assetto corporeo	2.659	21,6
nella destrezza	767	6,2
circostanziali	550	4,5
in particolari capacità	9	0,1
altre limitazione dell'attività	21	0,2
Totale	12.269	100
Disabilità non meglio specificata	1.644	
Totale	13.913	

Per quanto riguarda il **regime di trattamento** effettuato dalle strutture ex art. 26, la maggior parte dei trattamenti sono effettuati in regime ambulatoriale (46,7%).

Distribuzione dei trattamenti effettuati dalle strutture convenzionate, per regime di trattamento

REGIME DI TRATTAMENTO	Numerosità	Percentuale
continuo	327	2,2
diurno	803	5,3
ambulatoriale	7.035	46,7
extramurale	153	1,0
domiciliare	900	6,0
ambulatoriale di gruppo	517	3,4
continuo con accompagnatore	2	0,0
soggiorno climatico	72	0,5
visita di accertamento	4.022	26,7
diurnato diagnostico	1.236	8,2
Totale	15.067	100
trattamento non specificato	23	
Totale	15.090	



3.3 Servizi Sociali

Descrizione dei fenomeni

La domiciliarità:

Oggi, la fascia di popolazione che manifesta il maggior bisogno di servizi sociali è quella di età avanzata. In tal senso, le politiche assistenziali rivolte agli anziani sono declinate sul criterio della **domiciliarità**, sia per dare risposta alle patologie croniche, sempre più presenti nel nostro contesto sociale, che per tenere sotto controllo l'espansione della spesa pubblica.

I bisogni dell'anziano sono diversi e complessi e, per questo motivo, la Regione del Veneto ha sviluppato un sistema organico di interventi a supporto della persona e della famiglia. Tale realtà, anche sulla base dell'aumento costante della speranza di vita, abbisogna di modalità di azione basate sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Da questo punto di vista, il sistema dei servizi per le persone anziane comprende:

- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- sostegni economici familiari
- centro diurno sociosanitario;
- servizio di telesoccorso o telecontrollo;

L'Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare è un servizio erogato ormai da molti anni dai Comuni. Costituisce la forma di assistenza più adatta all'anziano perchè si svolge all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui esso è vissuto e consente di mantenere il rapporto abituale con i propri spazi vitali e la propria memoria.

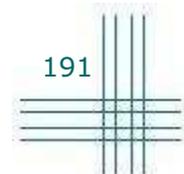
Si tratta di un servizio offerto anche a persone non in età avanzata, ma che hanno bisogno di aiuto per la cura o l'igiene della persona o per lo svolgimento di normali attività quotidiane. Le prestazioni comprendono: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e lo sviluppo di processi di ri-socializzazione.

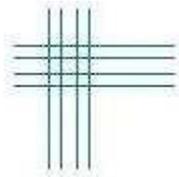
Nel caso in cui la persona, oltre agli aiuti sopra elencati, necessiti d'interventi di tipo medico, infermieristico, riabilitativo può richiedere l' Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), di cui si è parlato anche nel precedente capitolo.

L'Assistenza Domiciliare Integrata

Il servizio di assistenza domiciliare integrata offre la possibilità di usufruire nel proprio domicilio, unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e/o riabilitative necessarie. L'anziano può essere così adeguatamente curato a casa, evitando i disagi e i costi di un ricovero ospedaliero.

Come abbiamo detto è un modulo assistenziale che attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale



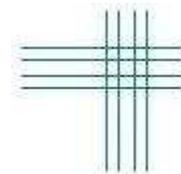


limitato o continuativo nel tempo. Anche in questo caso i fruitori del servizio non sono esclusivamente persone anziane.

La Regione del Veneto sostiene l'Assistenza Domiciliare Integrata, nelle forme precedentemente descritte, anche contribuendo alla spesa dei Comuni per gli assistenti sociali, gli operatori sociali, e gli operatori socio-sanitari, coinvolti nella realizzazione degli interventi integrati.

**Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata:
Utenti e Operatori dei servizi comunali – Anno 2004**

Azienda ULSS di riferimento	Utenti dell'assistenza domiciliare		Operatori equivalenti dedicati all'assistenza domiciliare			
	di cui ADI	operatori di assistenza	assistenti sociali	di cui dedicati all'ADI		
				operatori di assistenza	assistenti sociali	
101	1.037	417	41,01	9,40	23,32	5,57
102	1.763	876	35,10	11,50	25,82	8,30
103	987	247	43,93	8,95	18,44	4,61
104	2.434	1.269	64,25	13,41	36,89	6,88
105	735	289	39,18	6,53	21,68	3,87
106	1.238	545	60,63	20,39	33,37	11,84
107	1.688	683	40,83	13,04	17,81	5,46
108	1.986	880	71,30	16,23	37,10	7,47
109	1.886	755	106,78	25,24	38,39	11,37
110	2.646	1.544	86,94	16,98	73,99	13,95
112	2.235	624	279,78	30,32	107,21	11,70
113	1.247	418	70,89	10,76	26,55	4,04
114	739	298	36,61	5,83	18,03	2,85
115	947	337	65,09	12,40	58,59	11,16
116	1.552	873	74,53	23,08	41,66	12,75
117	1.548	670	52,99	16,63	26,20	7,73
118	898	460	41,71	9,37	25,33	5,92
119	418	385	8,69	2,47	8,06	2,71
120	2.236	1.321	234,45	48,84	173,02	34,14
121	711	432	34,40	11,50	17,05	6,20
122	1.253	949	66,19	10,11	49,99	7,88
Totale	30.184	14.272	1.555,28	322,98	878,50	186,40

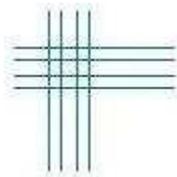


**Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata:
Utenti e Operatori dei servizi comunali – Anno 2005**

Azienda ULSS di riferimento	Utenti dell'assistenza domiciliare	Operatori equivalenti dedicati all'assistenza domiciliare				
		di cui ADI	operatori di assistenza	assistenti sociali	di cui dedicati all'ADI	
					operatori di assistenza	assistenti sociali
101	953	378	40,59	8,73	21,13	4,9
102	1.842	900	36,81	14,00	27,22	10,53
103	952	255	43,27	8,60	21,93	4,62
104	3.336	1.655	62,41	12,72	29,85	6,91
105	786	343	40,73	6,37	22,92	3,68
106	1.297	617	60,58	23,61	34,05	13,32
107	1.556	633	41,02	12,99	19,34	5,95
108	1.947	730	70,19	17,97	33,1	8,26
109	1.962	761	107,86	25,06	43,78	11,42
110	2.586	1.523	94,27	17,70	79,96	14,33
112	2.572	628	271,86	30,38	106,49	11,73
113	1.301	449	69,55	10,91	25,96	4,26
114	777	321	37,14	5,73	18,55	2,74
115	1.120	445	65,33	12,45	58,8	11,21
116	1.517	838	85,43	22,54	47,85	12,56
117	1.505	631	52,02	17,51	27,28	7,81
118	899	499	42,30	10,14	24,44	6,01
119	331	212	8,69	2,47	5,71	1,39
120	2.294	1.903	240,50	45,54	238,56	44,12
121	714	451	33,43	8,68	18,23	5,42
122	1.249	915	68,47	10,20	51,49	7,56
Totale	28.466	13.575	1.572,45	324,30	956,64	198,73

L'intervento economico familiare (Legge Regionale n. 28/91)

È un intervento finalizzato a consentire alle persone adulte e anziane con deficit o perdita di autonomia fisica o psichica di continuare a vivere nel proprio domicilio o nel nucleo familiare di appartenenza. Per questo la Regione Veneto, per il tramite dei Comuni, riconosce e assegna alle persone interessate un contributo economico giornaliero per le prestazioni assistenziali e di rilievo sanitario fornite o sostenute nel proprio domicilio.



L'entità del contributo varia a seconda del reddito, della gravità della situazione personale e del livello di assistenza prestata al proprio domicilio.

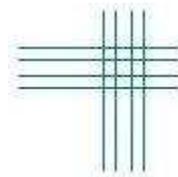
Il contributo economico è complementare al servizio domiciliare e al centro diurno ed è finalizzato a sostenere la famiglia o gli altri soggetti (esempio: vicini) che si prendono cura della persona in condizione di non autosufficienza.

**Beneficiari degli assegni di cura (L.R. n. 28/91, "Badanti" e "Alzheimer")
Anni 2004 e 2005**

Azienda ULSS di riferimento	Beneficiari LR 28/1991		Beneficiari contribuiti "Badanti"		Beneficiari contribuiti "Alzheimer" e altre demenze		TOTALE BENEFICIARI	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
101	229	207	129	102	52	55	410	364
102	195	265	94	94	39	45	328	404
103	427	466	115	94	50	70	592	630
104	320	350	129	109	31	45	480	504
105	403	468	73	72	55	70	531	610
106	555	646	219	131	90	120	864	897
107	630	747	189	159	77	80	896	986
108	671	767	142	127	87	90	900	984
109	1.037	1.220	217	196	112	120	1.366	1.536
110	743	913	186	198	82	90	1.011	1.201
112	803	948	402	330	142	150	1.347	1.428
113	832	983	187	149	73	100	1.092	1.232
114	622	729	115	83	47	60	784	872
115	1.323	1.421	164	124	64	90	1.551	1.635
116	978	1.099	314	253	147	150	1.439	1.502
117	1.137	1.199	155	113	63	80	1.355	1.392
118	921	1.126	152	144	76	80	1.149	1.350
119	439	585	30	27	30	35	499	647
120	901	1.055	189	156	168	175	1.258	1.386
121	593	695	80	71	53	65	726	831
122	658	724	126	117	75	90	859	931
Totale	14.417	16.613	3.407	2.849	1.613	1.860	19.437	21.322

Gli interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari

La Regione del Veneto, anche attraverso questo progetto sperimentale, intende promuovere la domiciliarità dell'assistenza, intesa nella sua valenza di valore sociale e civile e come espressione di un diritto fondamentale del cittadino. La Regione intende conferire altresì piena legittimazione e trasparenza all'attività assistenziale resa da persone provenienti da altri Paesi, mediante la regolarizzazione del rapporto di lavoro.



Per questi motivi l'iniziativa trova espressione in un contributo economico a quelle famiglie che si fanno carico di assistere in casa la persona non autosufficiente ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari ("Badanti").

L'ammissione al contributo è vincolata alla situazione economica del nucleo familiare in cui vive la persona assistita.

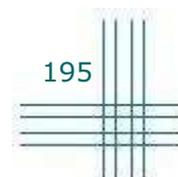
Gli interventi economici a sostegno delle famiglie che assistono direttamente congiunti affetti da malattia di Alzheimer o altre gravi demenze

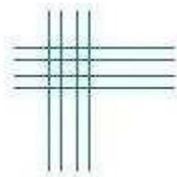
Si tratta di un finanziamento mensile erogato dalla Regione per il tramite delle Aziende ULSS alle persone affette da malattia di Alzheimer o altre gravi demenze con gravi disturbi comportamentali e finalizzato alla loro permanenza in famiglia.

L'erogazione del contributo è vincolata alla gravità della patologia, al reddito e alle condizioni complessive della famiglia in ordine alla capacità di assistere adeguatamente la persona con malattia di Alzheimer o altra grave demenza.

Interventi di "sollievo": utenti dei progetti locali

Azienda ULSS di riferimento	anni 2002-2004			anno 2005		
	anziani	disabili	Totale	anziani	disabili	Totale
101	166	0	267	91	8	99
102	279	34	415	221	48	269
103	92	75	270	77	60	137
104	467	115	686	248	164	412
105	202	145	452	80	108	188
106	197	56	359	495	0	495
107	311	86	504	372	59	431
108	259	29	396	118	69	187
109	319	2	430	362	92	454
110	161	77	348	125	46	171
112	0	433	545	55	10	65
113	314	0	427	150	228	378
114	234	16	364	69	69	138
115	207	29	351	144	49	193
116	75	1.105	1.296	0	837	837
117	201	26	344	98	86	184
118	505	8	631	220	152	372
119	81	36	236	31	38	69
120	503	211	834	478	165	643
121	128	21	270	74	81	155
122	14	33	169	70	101	171
Totale	4.715	2.537	7.252	3.578	2.470	6.048





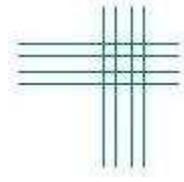
Gli interventi sperimentali per il sollievo alle famiglie che assistono persone non autosufficienti

La Regione del Veneto intende aiutare quelle famiglie che si fanno carico di assistere direttamente il congiunto anziano non autosufficiente, offrendo loro ulteriori contributi economici. Le tipologie di aiuto previste sono:

- Il **buono servizio** (chiamato voucher) è una somma riconosciuta alla famiglia per l'acquisto di servizi di accoglienza residenziale temporanea presso le strutture residenziali quali Case di Riposo, R.S.A, Centri di accoglienza convenzionati.
- **L'assegno di sollievo** è invece una somma che viene assegnata alla famiglia in riferimento al particolare carico assistenziale che si trova ad affrontare in uno specifico periodo. Questa può essere erogata per l'affido temporaneo dell'anziano o del disabile a persone terze, per l'assistenza continuativa a domicilio di malati terminali, per l'affido temporaneo dell'anziano o del disabile ad altro nucleo disponibile all'accoglienza. L'assegno di sollievo può essere riconosciuto anche a quelle famiglie già destinatarie di contributi assegnati per la presenza di assistenti familiari ("Badanti").

"Telesoccorso": Numero di Utenti collegati

Azienda ULSS di riferimento	Utenti collegati nel corso dell'anno	
	2004	2005
101	738	712
102	597	574
103	515	506
104	611	600
105	424	464
106	1.432	1.477
107	963	1.017
108	778	833
109	2.283	2.300
110	979	1.027
112	2.592	2.628
113	656	682
114	565	587
115	1.687	1.762
116	1.509	1.499
117	988	1.043
118	1.421	1.581
119	538	520
120	1.935	1.910
121	700	711
122	1.035	1.098
Totale	22.946	23.531



Il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo

Si tratta di un sistema organico di controllo telefonico collegato ad un centro operativo funzionante 24 ore su 24. Ogni utente è dotato di un mini apparecchio dal peso di pochi grammi provvisto di un pulsante che, se premuto, fa scattare un segnale di allarme al centro operativo.

Il centro, in questo caso, è in grado di agire immediatamente ed attivare tempestivamente tutte le risorse necessarie per un intervento urgente. Il personale del centro accerta che la richiesta di intervento abbia corso e sia portata a termine con sollecitudine.

Per le necessità sanitarie, oltre ad avvertire i parenti, l'operatore del centro prende contatto anche con il medico di famiglia o con il personale del distretto o con il presidio ospedaliero. Attraverso il servizio del Telecontrollo, invece, il centro si mette in contatto con l'utente anche più volte la settimana per conoscere le sue condizioni e per accertare che l'apparecchio sia funzionante.

A sua volta ogni utente può mettersi in contatto con il centro per qualsiasi necessità. Ad ogni chiamata, previo controllo, il centro provvede con immediatezza ad interessare la competente struttura, sia che si tratti di necessità mediche, infermieristiche, domestiche o sociali.

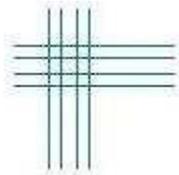
La residenzialità

la Regione del Veneto dispone di una vasta e capillare rete di strutture residenziali idonee a offrire prestazioni assistenziali anche a situazioni di bisogno complesse. Negli ultimi anni tale rete si è andata consolidando anche per effetto di un preciso intervento di programmazione regionale, accompagnato dalla erogazione certa di cospicue risorse, che ha consentito lo sviluppo di un vero e proprio sistema di residenzialità.

Esso presenta, nello specifico, le seguenti caratteristiche:

- **un sistema ad elevata integrazione socio-sanitaria:** in cui il concorso delle prestazioni assistenziali sia sanitarie che sociali contribuisce ad assicurare risposte adeguate per il benessere della persona;
- **un sistema prevalentemente pubblico,** in cui gli enti gestori dei servizi residenziali sono Ipub (Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza) o Comuni;
- **un sistema presente territorialmente in maniera rilevante:** i servizi residenziali sono diffusi su tutto il territorio regionale, su 582 comuni vi sono 270 strutture residenziali. Tali servizi sono quindi espressione di volontà nate a livello locale, spesso su iniziative avviate grazie a lasciti o beneficenze, e che hanno visto il coinvolgimento di tutta la comunità presente nel territorio;
- **un sistema di residenzialità qualificato** e che effettua prestazioni di eccellenza: la Regione del Veneto è stata una delle prime in Italia ad aver introdotto requisiti strutturali e qualitativi delle strutture residenziali e ad aver curato la formazione e la qualificazione degli operatori.

La Regione del Veneto ha approvato sin dal 2000 (Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 751 del 10 marzo 2000) la programmazione sulla residenzialità extraospedaliera fondata su livelli di fabbisogno territoriale e promuovendo di fatto lo sviluppo del sistema della residenzialità in tutto il territorio regionale, attraverso la nascita di servizi e strutture vicine ai contesti sociali in cui le persone vivono ed evitando allentamenti e sradicamenti da tale sistema di vita.



Ciò ha permesso di passare da circa 17.000 posti di residenzialità extraospedaliera della metà degli anni '90 a quasi 22.000 posti letto del 2005. Altrettanto rilevante è l'impegno della Regione ad assicurare livelli assistenziali di eccellenza anche nelle strutture e nei servizi residenziali sia a livello strutturale che a livello organizzativo e professionale.

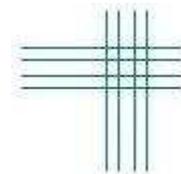
Il sistema della residenzialità per le persone non autosufficienti ha superato la vecchia caratterizzazione di "Istituto" e di "Casa di riposo", per configurarsi in modo sempre più deciso in Centri di Servizio in grado di assicurare prestazioni e qualità di intervento diversificate e complesse.

Residenzialità per non autosufficienti: posti letto residenziali e diurni autorizzati con quota sanitaria

Azienda ULSS di riferimento	AL 31.12.2004							
	Posti residenziali							Centri diurni
	intensità ridotta- minima	intensità media		di cui Religiosi	SAPA	HRSA	TOTALE residenzialità	
		di cui SVP						
A	B	C	D	E	F	A+B+E+F	G	
101	637	48			10		695	29
102	627	24		38	10		661	24
103	641	168		152		100	909	24
104	703	144	6	16	10	75	932	35
105	600	48	6		10		658	20
106	1.486	216	5	50	10	30	1.742	33
107	955	120	10	85	10		1.085	45
108	986	144	10	9			1.130	39
109	1.322	168	12	41	15		1.505	81
110	489	24	10		10		523	10
112	1.189	312				237	1.738	52
113	546	72		36			618	23
114	433	24	6				457	35
115	621	96	10		10	48	775	46
116	1.455	336		24			1.791	
117	576	72				62	710	
118	732	120				90	942	5
119	307	48					355	
120	2.003	120	5	18		85	2.208	
121	694	24			10		728	8
122	1.009	48	8	125	10	70	1.137	17
Totale	18.011	2.376	88	594	115	797	21.299	526

Legenda:

- SVP = Posti letto per persone in situazione di Stato Vegetativo Permanente
- SAPA = Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer
- HRSA = Strutture residenziali di riconversione ospedaliera



Residenzialità per non autosufficienti: posti letto residenziali e diurni autorizzati con quota sanitaria

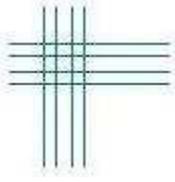
Azienda ULSS di riferimento	AL 31.12.2005							
	Posti residenziali							Centri diurni
	intensità ridotta-minima	intensità media		di cui Religiosi	SAPA	HRSA	TOTALE residenzialità	
		A	B					
101	660	48			10		718	35
102	620	24		38	10		654	24
103	664	192		152		100	956	34
104	719	144	6	16	10	75	948	35
105	600	48	6		10		658	26
106	1.512	240	10	50	15	30	1.797	103
107	949	192	10	85	10		1.151	49
108	912	222	10	9	10		1.144	44
109	1.359	192	12	41	15		1.566	79
110	509	72	10		10		591	13
112	1.213	312	8		15	237	1.777	52
113	588	96		36			684	33
114	389	72	6				461	24
115	549	168	10		10	48	775	41
116	1.431	360		24			1.791	
117	540	72			10	62	684	30
118	732	120			10	90	952	
119	311	48					359	
120	1.783	360	5	18		85	2.228	
121	670	48			10		728	8
122	1.047	48	8	125	10	70	1.175	58
Totale	17.187	3.030	101	594	165	797	21.874	688

Il Servizio di Integrazione Scolastica

Il Servizio d'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. Il Servizio è quindi caratterizzato da una particolare complessità gestionale ed ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nei processi di educazione, istruzione e apprendimento.

Il Servizio opera attraverso interventi finalizzati allo sviluppo delle capacità, potenzialità e relazioni interpersonali, dinamiche di gruppo e sistema ambientale ed ha le seguenti finalità:

- favorire la permanenza della persona in condizione di handicap nel proprio nucleo familiare e nel normale ambiente di vita (nella fattispecie la scuola);
- garantire alla persona disabile adeguati interventi assistenziali ed educativi, finalizzati all'acquisizione di autonomie personali e sociali, per assicurare il diritto all'istruzione e all'educazione;



- concorrere a rimuovere gli ostacoli che possono creare situazioni di bisogno o fenomeni di marginalità o discriminazione;
- promuovere la cultura della solidarietà, accoglienza e condivisione della persona disabile e della sua famiglia;
- progettare attività culturali ricreativo-sociali, in un contesto di pari opportunità con i coetanei.

Il Servizio, di competenza dell'Azienda ULSS di residenza, di norma è erogato nel periodo scolastico da Operatori Addetti all'Assistenza, che svolgono prevalentemente i seguenti interventi:

- cura della persona;
- sviluppo dell'autonomia personale e sociale;
- attività socio-assistenziali di tipo educativo;
- collaborazione alla realizzazione del progetto educativo personalizzato;
- collaborazione con la famiglia e la rete dei servizi per la presa in carico globale della persona.

Il Servizio di Integrazione Lavorativa

Il Servizio Integrazione Lavorativa (SIL), definito dalla Legge Regionale n. 16/2001, ha lo scopo di promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate.

Il SIL persegue i seguenti obiettivi:

- consente alle persone svantaggiate di ottenere, mediante un ruolo lavorativo, quell'identità sociale che costituisce un'autentica riabilitazione;
- migliora la qualità della vita delle persone più deboli favorendo la loro capacità di diventare esse stesse protagoniste del proprio progetto;
- promuove sinergie atte a concretizzare l'integrazione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate nel loro ambiente di vita.
- L'operatività del SIL si esplica attraverso:
 - la conoscenza e la valutazione delle potenzialità e dei bisogni individuali delle persone e delle aziende;
 - la programmazione e la gestione di percorsi individualizzati d'integrazione lavorativa per un positivo incontro tra domanda ed offerta di lavoro;
 - il monitoraggio delle esperienze;
 - la promozione di collaborazione fra soggetti istituzionali del mondo imprenditoriale, del sistema della formazione professionale e della cooperazione sociale, del volontariato che opera specificamente nel settore e delle associazioni dei disabili e dei familiari;
 - la collaborazione con i Servizi e i Centri per l'impiego della Provincia;

Per raggiungere gli obiettivi sopraelencati il SIL 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. In particolare:

