

**ALLEGATOD alla Dgr n. 1554 del 10 novembre 2015**

RELAZIONI illustrative dei risultati raggiunti relative ai progetti approvati per l'anno 2013 con D.G.R. Veneto n. 1112 del 1.07.2014 “Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2013. - Accordo Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281”.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 - allegato A**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 1 “Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi”

**Titolo del progetto:** La riorganizzazione delle Cure Primarie e lo sviluppo della Centrale Operativa. Territoriale quale strumento di integrazione

**PARTE A**

In linea con le progettualità previste per la riorganizzazione delle Cure Primarie la Giunta Regionale con DGR n. 2122/2013, ha approvato le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate e definito schede di dotazione delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. La riorganizzazione pianificata per il territorio e l'attribuzione di un nuovo ruolo al distretto socio-sanitario sono finalizzati a creare un sistema più vicino al paziente, assicurandogli una risposta certa, competente e coordinata. Proprio per questo è stato introdotto il concetto di “filiera dell'assistenza”, nella quale ciascun servizio distrettuale, forma associativa e struttura intermedia rappresenta un nodo fondamentale della rete territoriale e contribuisce a garantire un sistema di cure graduali a tutela del percorso di presa in carico. Con DGR n. 2271/2013 sono state approvate nuove disposizioni in tema di organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere, definendo linee guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio Sanitario.

Il nuovo piano programmatico si pone quale obiettivo prioritario il rafforzamento delle struttura distrettuale, sia in riferimento alla sua dimensione organizzativa che alla sua dimensione clinico-assistenziale. Tra gli obiettivi affidati al distretto socio-sanitario si richiamano:

- Garantire l'assistenza h24, 7 gg su 7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- Implementare in modo diffuso le Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali finalizzati a gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento;
- Definire e implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche a livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti.

L'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) risponde alla necessità di radicare stabilmente e diffusamente un modello organizzativo che proponga una rimodulazione dell'offerta assistenziale in termini di accessibilità e di conseguimento di obiettivi di salute. Nel sistema veneto la MGI si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. n. 189/2012 (cosiddetto “Decreto Balduzzi”). Pertanto in attuazione degli indirizzi del PSSR e in esecuzione dei principi della sopracitata legge, nel 2013 è stata raggiunta un'intesa tra la Regione Veneto e le OO.SS. della Medicina (approvata con DGR 953/2013), la quale prevede un progressivo passaggio di tutti i medici di assistenza primaria alla forma associativa delle MGI, unico modello per l'erogazione dell'assistenza primaria.

Inoltre, con DGR n. 1753/2013 è stato definito il disciplinare tecnico atto all'applicazione delle disposizioni in materia di flussi nazionali e regionali contenute nella DGR n.953/2013 e della relativa indennità economica prevista, al fine di incentivare l'utilizzo della scheda sanitaria individuale su supporto informatico, la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, l'utilizzo dei sistemi di comunicazione informatica, di rete telematica, di teleconsulto, di teleferitazione e di telemedicina.

Infine, vista la rilevanza di tale modello organizzativo-assistenziale sia su territorio regionale che nazionale, l'implementazione diffusa del modello di medicina di gruppo integrata è stata posta tra gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2014 (DGR 2533/2013), ritenendo quali criteri di adempimento per l'Azienda l'adeguata rimodulazione del proprio Piano aziendale di sviluppo delle Cure Primarie e dei relativi piani esecutivi annuali, avviando il processo di implementazione delle Medicine di Gruppo integrate sulla scorta delle indicazioni regionali, monitorandone lo stato di avanzamento anche attraverso opportuni indicatori.

## PARTE B

Conformemente a quanto previsto dal PSSR 2012-2013, nella Regione è stato avviato un processo di riorganizzazione che consenta lo sviluppo di attività che da un lato permettano il miglioramento delle performance ospedaliere e dall'altro lo sviluppo delle competenze clinico-organizzative territoriali per una gestione efficace dei pazienti che necessitino di dimissione/ammissione protetta o di una presa in carico coordinata secondo sistemi di corresponsabilità.

Le esperienze sviluppate nel Veneto hanno fatto emergere l'esigenza di un "luogo" che fosse in grado di coordinare la presa in carico del paziente "protetto" e di essere punto di raccordo tra i soggetti della rete (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi), che concorrono con le loro professionalità e competenze alla gestione del malato "complesso".

Con DGR 2271/2013 sono state definite le linee guida per la predisposizione degli Atti Aziendali e quindi per la ridefinizione dell'assetto distrettuale, prevedendo tra gli strumenti a supporto dell'AULSS l'inserimento della Centrale Operativa Territoriale.

È strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Ad essa vengono demandate cinque MacroAttività:

- 1 raccoglie, classifica decodifica il bisogno;
- 2 attiva le risorse più appropriate;
- 3 (concorrendo se necessario alla) programmazione e pianificazione degli interventi;
- 4 programma e pianifica gli interventi attivando i "soggetti/risorse" della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA;
- 5 tutela (tracciando e monitorando) le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Come da indicazioni contenute nella medesima DGR, la Centrale Operativa dovrà essere oggetto prioritario del primo provvedimento organizzativo formulato, la progettualità dovrà essere frutto della collaborazione tra il Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale con il Direttore Sanitario.

Inoltre, vista la strategicità di tale strumento, l'implementazione (anche a livello sperimentale) in ciascuna ULSS del Modello di Centrale Operativa Territoriale conforme alle linee di indirizzo regionali è stata posta tra gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2014 (DGR 2533/2013), ritenendo quali criteri di adempimento la formulazione del progetto e il suo sviluppo sperimentale con concomitante monitoraggio delle attività.

### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 - allegato B**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 1 "Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi"

Titolo del progetto: Accordo regionale per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (PHT) per conto delle aziende ULSS e avvio trattative con le farmacie pubbliche e private per la gestione informatizzata dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione dei pazienti affetti da diabete mellito.

Con riferimento al Progetto " *Accordo regionale per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (PHT) per conto delle aziende ULS e avvio trattative con le farmacie pubbliche e private per la gestione informatizzata dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione dei pazienti affetti da diabete mellito*", che si esplicava in due azioni, l'una riguardante la dispensazione dei farmaci della continuità assistenziale ospedale – territorio (PHT) a distribuzione diretta per conto delle Strutture sanitarie attraverso la rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private (DPC),

l'altra, la gestione informatizzata dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione dei pazienti affetti da diabete mellito da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate aperte al pubblico presenti nel territorio regionale attraverso un sistema informatizzato web (*WebCare* per il diabete), condiviso da tutti gli attori del sistema (Azienda ULSS e loro distretti –farmacie), si rappresenta che gli obiettivi prefissati sono stati ampiamente raggiunti.

Per quanto attiene in particolare alla DPC, si evidenzia che i dati registrati al 31 dicembre 2013 comprovano uno sviluppo di tale modalità di dispensazione (var%2013 vs 2012: + 3,8%) con conseguente diminuzione delle erogazioni tramite la “diretta” (var%2013 vs 2012: -1,2%) e la “convenzionata” (var%2013 vs 2012: -16,6%) a dimostrazione della riduzione dei costi sia in termini di spesa farmaceutica che in termini di disagi del cittadino nell'accesso al farmaco. Lo scopo di detta Azione del Progetto, indicato come prioritario, è stato dunque assolto.

Altrettanto dicasi per l'obiettivo dell'Azione riguardante il “*WebCare*”; tale strumento informatico è stato infatti fornito, peraltro gratuitamente, a tutti gli attori del sistema in seguito ad accordi intervenuti con le Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie pubbliche e private. Si è reso così possibile avviare la gestione *on-line* nel territorio regionale della prescrizione e dispensazione dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito attraverso un Programma di Cura informatizzato e compilato dal medico specialista con vantaggi importanti, specie per i cittadini diabetici in termini di miglioramento della aderenza al monitoraggio prescritto dal diabetologo.

In particolare,

con riferimento agli atti assunti dalla Regione del Veneto si citano:

per l'Azione 1 (DPC)

- DGRV n. 2849 del 28 dicembre 2012 ad oggetto: “*Dispensazione di medicinali in applicazione dell'art. 8 della legge 405/2001. Razionalizzazione del processo distributivo dei farmaci di cui al Prontuario della distribuzione diretta (PHT) per conto delle Aziende ULSS tramite le farmacie convenzionate: approvazione dello schema di accordo per la distribuzione per conto tra la Regione del Veneto, Federfarma Veneto, Assofarm Veneto.*”

Accordo sottoscritto tra le parti in data 31.1.2013 ed entrato in vigore in data 2.4.2013 –ai sensi dell'art. 7 dell'accordo stesso-;

- decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 30 del 18.4.2013 ad oggetto: “*Approvazione linee di indirizzo di dispensazione dei farmaci in DPC*”, successivamente modificato con Decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 174 del 31.12.2013 in seguito alle decisioni assunte dal Tavolo di Lavoro Multidisciplinare -art. 6 dell'accordo-;

per l'Azione 2 (Sistema informatizzato per il diabete)

- DGRV n. 497 del 13 aprile 2013 ad oggetto “*Fornitura con onere SSR dei dispositivi (reattivi rapidi) per l'autocontrollo della glicemia nel diabete mellito: aggiornamento prezzi di rimborso. Modifica DGR n. 1806 del 8 novembre 2011*” che introduce, tra l'altro, la necessità di formalizzare un accordo con Federfarma Veneto per la fornitura, senza onere per la Regione e per le Aziende ULSS, dell'applicativo “*WebCare*” per la gestione dell'assistenza integrativa “*on-line*” attraverso le farmacie;
- DGRV n. 1067 del 28 giugno 2013 ad oggetto “*Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito: modifica disposizioni regionali vigenti. Modifica DGR n. 1798 del 16.6.2009 e DGR n. 1806 del 8.11.2011.*” di aggiornamento delle disposizioni regionali concernenti la prescrizione e dispensazione dei dispositivi a favore di persone affette da diabete mellito, ivi inclusa l'adozione di nuovo modello di Programma di Cura, indispensabile proprio per la prescrizione dei dispositivi in questione;
- decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 94 del 13.5.2014 ad oggetto: “*Approvazione schema di convenzione tra Regione del Veneto e Federfarma Veneto per la fornitura e l'utilizzo dell'applicativo “WebCare” per il diabete.*”; convenzione entrata in vigore in data 15.5.2014;
- decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n.127 del 24.7.2014 ad oggetto: “*Approvazione schema di convenzione tra Regione del Veneto, Farmacieunite e Assofarm per l'utilizzo dell'applicativo “WebCare” per il diabete.*”; convenzione entrata in vigore in data 6.8.2014.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 - allegato C**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 2 “Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche”.

Titolo del progetto: Utilizzo del Grouper di popolazione ACG (Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups) per la misurazione del case-mix nella popolazione e per la gestione di soggetti con patologie croniche e multimorbilità attraverso interventi di sanità di iniziativa (disease management e case management).

Il progetto ACG ® in Veneto, dal 2012 al 2013

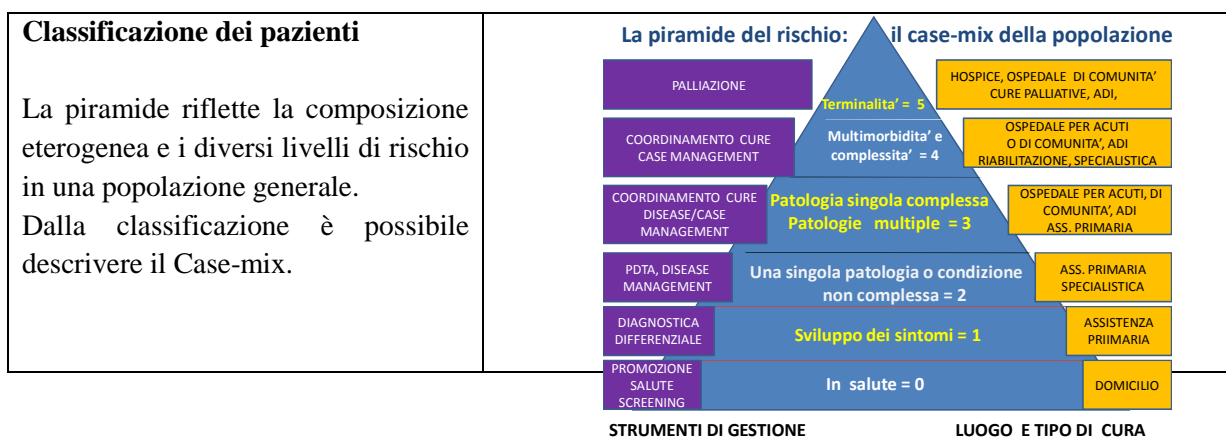
La Regione del Veneto, nel percorso di riforma dell'organizzazione dei servizi territoriali sancita dalla LR n. 23 del 29 giugno 2012, ha evidenziato la necessità di adottare strumenti di misurazione, analisi e gestione della salute del cittadino che, analogamente al sistema dei DRG ospedalieri, consentisse di misurarne oggettivamente l'attività e di confrontare popolazioni di assistiti, partendo dal paziente, dal suo carico di malattia e multimorbilità e non dalla prestazione, dal suo costo o dall'erogatore.

L'analisi degli strumenti metodologici disponibili in ambito di *management* sanitario, ha portato, alla individuazione nel 2012 del sistema Johns Hopkins ACG (*Adjusted Clinical Group*), approvando il progetto biennale «Sistema ACG per la valutazione del case-mix territoriale nella Regione del Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione, analisi, programmazione e *case-management* per il governo clinico del territorio».

Durante il primo biennio di progetto 2012/2013 la Regione Veneto con la DGRV n. 439 del 20 marzo 2012 ha identificato nelle ULSS 16 e ULSS 20 le Aziende Sanitarie pilota per sperimentare l'applicazione del Sistema ACG in due popolazioni che rappresentavano circa il 20% della popolazione veneta. Le due Aziende ULSS rappresentano ed insieme assistono quasi un milione di cittadini. Le due Aziende ULSS sono le più grandi e complesse Aziende Sanitarie del territorio veneto, lavorano in stretta integrazione con le due Aziende Ospedaliere e sono caratterizzate da una realtà territoriale connotata da una forte e crescente integrazione tra i diversi flussi informativi aziendali, i flussi dei medici di assistenza primaria e quelli del privato accreditato.

Successivamente con la DGRV n. 498 del 16 aprile 2013 la Regione ha approvato l'estensione del progetto estendendolo a 2 milioni di assistiti e individuando, con Decreto n. 36 del 30 aprile 2013, ad integrazione delle Aziende ULSS 16 e 20, le Aziende ULSS 4 (Alto Vicentino), ULSS 6 (Vicenza) e ULSS 9 (Treviso) per un totale di 1.899.562 residenti/assistiti, integrando la partecipazione dell'Azienda ULSS 2 (Feltre) al fine di utilizzare il sistema ACG con 2 milioni di assistiti.

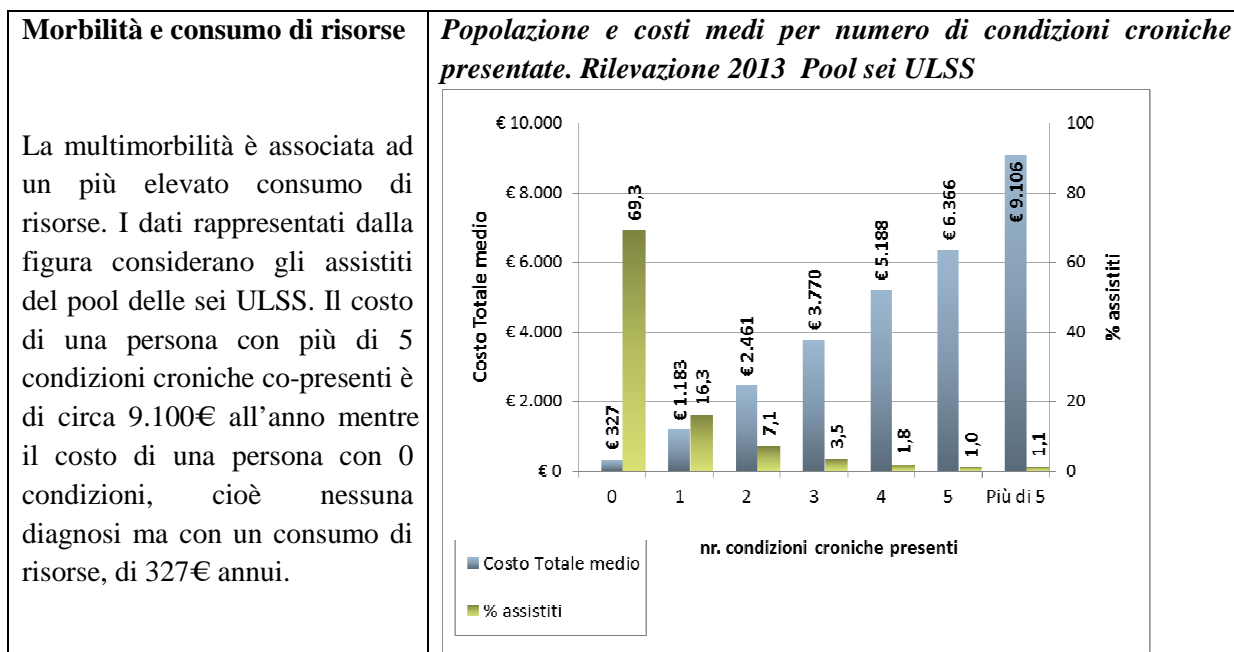
Prima di applicare il sistema ACG a tutta la popolazione del Veneto, si è pensato di sperimentare nelle Aziende ULSS pilota sopracitate, come questo sistema, centrato sul paziente e non sulla prestazione, riesca a valorizzare le informazioni ed i dati presenti nei nostri sistemi informativi aziendali. La loro elaborazione, infatti, ha fornito analisi di aggiustamento per il case-mix, misurazione di performance delle forme organizzate di cure primarie, confronti tra diverse popolazioni assistite per l'assegnazione pesata di budget, risorse e quote capitarie, e infine identificare pazienti ad alto rischio per il relativo care management.



Attività svolte nell'anno 2013

1. Lancio e programmazione del Progetto con 6 ULSS.
2. Sviluppo del database: preparazione dei file di input e merging dei file dalle diverse fonti (anagrafe, esenzioni, ambulatoriale, ricoveri, pronto soccorso, malattie rare, psichiatria, assistenza domiciliare).
3. Sviluppo di analisi descrittive di morbilità della popolazione con generazione di mappe territoriali di clusterizzazione di patologie.

## 4. Valutazione del modello ACG con analisi della variabilità dei costi.



## Conclusioni sull'uso di ACG nel Veneto nel 2013

1. Nel 2013 Il grouper ACG ha consentito di misurare il case-mix in 2 milioni di assistiti del Veneto, utilizzando dati raccolti routinariamente dai sistemi informativi delle ULSS 2,4,6,9,16 e 20. Il sistema è ora validato anche in ambito italiano. Pur in presenza di indicatori di salute non molto difforni tra le sei popolazioni, viene confermato un maggior utilizzo di risorse sanitarie nelle aree urbane rispetto a quelle rurali e soprattutto nelle città con presenza di ospedale universitario, in analogia a quanto osservato in tutte le altre popolazioni europee.
2. Potenziare il territorio nella gestione della salute dei cittadini è uno dei mandati più cogenti del Piano Socio Sanitario della Regione Veneto. Ma per potenziare il territorio e ridurre il ricorso inappropriato all'ospedale è importante disporre di indicatori di salute e di malattia (case-mix) della popolazione per poterne misurare le transizioni ed i miglioramenti.
3. ACG può essere utilizzato per intercettare pazienti affetti da patologie croniche e particolari profili di multi morbilità per iniziative di disease management (PDTA). La prevalenza osservata con ACG di malattie come scompenso, diabete ed ipertensione si è rivelata molto simile a quella attesa da studi epidemiologici.
4. Intercettare e rispondere ai bisogni di pazienti con multimorbilità ed elevata complessità è uno degli obiettivi principali della nuova Centrale Operativa Territoriale. La disponibilità di elenchi di questi pazienti, prodotti da ACG, rende possibile avviare programmi di coordinamento delle cure (case-management) che mettono in sinergia tutti i medici, infermieri e operatori socio-sanitari della filiera assistenziale, con particolare riferimento al Medico di Medicina Generale ed ai distretti.
5. Il fascicolo sanitario elettronico non è un semplice contenitore di documenti del passato. ACG può integrarlo sia con dati relativi alle patologie acute e croniche, all'uso di farmaci e alla complessità assistenziale (peso/carico) sia con stime sul consumo atteso di risorse sanitarie nel futuro.
6. ACG è stato usato per aggiustare gli attuali indicatori di performance per il carico di malattia. Questo metodo è stato utilizzato per aggiustare gli indicatori di consumo farmaceutico dei MMG, ma può diventare utile anche per generare budget aggiustati per il carico di malattia da affidare alla

committenza (Aziende ULSS, distretti, AFT in analogia alle ACO = Accountable Care Organizations) che coordina gli erogatori (Ospedali, Specialisti, Accreditati, MMG).

7. Sempre più diffusi sono i sistemi di Business Intelligence aziendali che consentono di creare cruscotti di governo. ACG è stato interfacciato con successo a Qlik in tre Aziende ULSS per fornire ai decisori dati interattivi sui problemi di salute della popolazione, sull'attività assistenziale e sui risultati delle azioni intraprese.
8. Indicatori prognostici sono sempre più usati per anticipare i bisogni e programmare le risorse da allocare. ACG fornisce, con modelli predittivi, stime del rischio di ospedalizzazione che sono stati validati confrontando i ricoveri attesi verso i ricoveri osservati con una ottima concordanza nei casi in cui la probabilità di ricovero nell'anno successivo superava il 20%.
9. Infine, il carico assistenziale degli assistiti negli ultimi mesi di vita si è confermato essere oltre 8 volte il carico assistenziale degli altri assistiti, con una sicura sottostima. Accedere alle migliori cure di fine vita è un diritto di tutti i cittadini. Le risorse impiegate per scongiurare e allontanare l'evento più temuto in sanità sono molte e preziose e devono essere utilizzate con equità ed appropriatezza.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 - allegato D**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 3 "Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011"

Titolo del progetto: Attivazione delle Unità Riabilitative Territoriali in ambito regionale.

Lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera rappresenta un obiettivo strategico regionale da realizzarsi attivando strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

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

Nel Piano Socio Sanitario Nazionale 2011 – 2013 viene confermato il ruolo delle strutture intermedie quali strumenti per il potenziamento della rete assistenziale territoriale con il preciso scopo di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale territorio.

L'attivazione delle suddette strutture è un obiettivo definito a livello nazionale ma anche un obiettivo della Regione Veneto come evidenziato dal Piano Socio- Sanitario 2013-2013 ( LR 23 / 2012 e come delineato nella DGR 2122/2013 di attuazione del Piano relativa alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale (vedi tabella allegata)

DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTO DI STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE  
A LIVELLO REGIONALE E PER SINGOLA AZIENDA ULSS

AZIENDE	Pop > 42 anni (ISTAT 2011)	RILEVAZIONE DELL'ESISTENTE					PROGRAMMAZIONE 2014-2015	
		CTRP	CENTRI ex art 26 e strutture assimilate	HOSPICE	OSPEDALE DI COMUNITÀ	UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE(**)	STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	
		n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl complessivi programmati	n° pl da attivare
ULSS n.1	73.252	28	100	8	20	10	88	27
ULSS n.2	46.650	13	0	4	20	10	56	7
ULSS n.3	88.758	20	0	8	-	28	106	42
ULSS n.4	94.705	12	19	9	16	38	113	20
ULSS n.5	87.209	34	0	0	25	10	105	42
ULSS n.6	159.792	71	12	7	-	77	192	57
ULSS n.7	114.097	33	30	0	-	10	137	91
ULSS n.8	119.404	36	0	0	20	10	143	75
ULSS n.9	207.771	30	10	12	-	27	249	144
ULSS n.10	112.832	30	0	17	-	10	135	72
ULSS n.12	177.114	20	0	41	40	75	213	0
ULSS n.13	137.297	18	0	0	-	10	165	111
ULSS n.14	27.582	14	0	0	-	0	45	32
ULSS n.15	119.781	20	0	12	-	20	144	74
ULSS n.16	257.450	40	0	26	60	26	309	115
ULSS n.17	98.971	23	0	0	-	10	119	69
ULSS n.18	97.966	42	0	8	-	10	118	69
ULSS n.19	42.133	0	0	0	-	0	50	38
ULSS n.20	241.358	68	22	21	15	80	290	97
ULSS n.21	78.395	14	0	0	-	10	94	59
ULSS n.22	139.179	55	0	0	20	82	167	21
<b>Totale</b>	<b>2.531.726</b>	<b>621</b>	<b>181</b>	<b>181</b>	<b>236</b>	<b>552</b>	<b>3.039</b>	<b>1.263</b>
<i>Standard per 1.000 abit. &gt; 42 anni</i>							<b>1,20</b>	

(\*) Il numero dei pl attivati è derivato dal rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" (giugno 2011)

(\*\*) Il numero di pl attivati classificati nella tipologia di Unità Riabilitative Territoriali comprende i pl cosiddetti di RSA a valenza riabilitativa e i pl SAPA

UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI: definizione, programmazione e sviluppo

L'Unità Riabilitativa Territoriale accoglie elettivamente pazienti con le seguenti caratteristiche:

- paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva;
- pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione);
- paziente cronico evolutivo (es.: Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.

I luoghi di cura

La localizzazione di queste strutture sta avvenendo all'interno di due settings distinti di cura:

- Strutture ospedaliere in dismissione e riconvertibili a strutture di cure intermedie
- Centri Servizi già accreditati per attività di residenzialità extra-ospedaliera di tipo socio-sanitario che dispongano di unità di offerta dedicate da adibire a questa funzione.

In entrambe le situazioni, si stanno seguendo le procedure di autorizzazione e accreditamento secondo l'iter della DGR 22/2004 facendo riferimento ai requisiti qui sotto riportati.

Requisiti strutturali e di autorizzazione

Prima della attivazione delle strutture nel 2012, 2013 e 2014 sono stati approvati importanti documenti normativi relativi alle Unità di Riabilitazione Territoriale:

**DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012.** L.R. 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.

- Allegato A.** Caratteristiche delle strutture intermedie Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale

- o [Allegato B](#). Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 12 della LR 22/2002 ad integrazione e modifica delle DGR 2501/04 e 3148/07
- o [Allegato C](#). Liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Ospedale di Comunità.
- o [Allegato D](#). Liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Unità Riabilitativa Territoriale.

**DGR n. 2122 del 19 novembre 2013**. Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013. (Il testo completo del provvedimento è scaricabile dal [BURV online](#))

- o [Allegato E](#). Criteri e la determinazione dei posti letto di strutture di ricovero intermedie a livello regionale e per singola Azienda Ulss
- o [Allegato G](#). Schede di dotazione territoriale dettagliate per singola Azienda ULSS.

**DGR n. 2108 del 10 novembre 2014**. L.R. 29 giugno 2012 n.23 art. 10 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario.

- o [Allegato A](#). Trasformazione di spazi sanitari e socio-sanitari già autorizzati all'esercizio in Ospedali di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT).
- o [Allegato B](#). Ospedali di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT). Trasformazione di spazi esistenti in strutture sanitarie o socio-sanitarie non in uso.
- o [Allegato C](#). Modalità per la richiesta e rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT).

**DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014**. Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22.

- o [Allegato A](#). Contenuto assistenziale delle prestazioni mediche presso le strutture di ricovero intermedie (OdC e URT)
- o [Allegato B](#). Requisiti minimi e di qualità per l'accreditamento istituzionale e loro ambito di applicazione per ospedale di comunità e unità riabilitativa territoriale.
- o [Allegato C](#). Tracciato sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza. ([file in formato Excel](#))
- o [Allegato D](#). Indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.

Il monitoraggio della situazione al 2014 e la programmazione per le strutture di ricovero intermedie fino alla scadenza del Piano Socio-Sanitario



A. Ulss	In Programmazione e da attivare			di cui in itinere: non ancora accreditati	Attivi dal 2011 al 2014			di cui in itinere (esclusi Hospice): non ancora accreditati ex l.r. n. 22/02
	Hospice	ODC	URT		Hospice	ODC	URT (ex RSA riabilit.)	
1 Belluno		20	7	10	8	20		20
2 Feltre			10		7	20		20
3 Bassano del Grappa		42		30	8		20	20
4 Thiene		20					41	24
5 Arzignano	9	11	22		9	25		15
6 Vicenza	4	50	15	15	7		62	30
7 Pieve di Soligo		45	15		10			
8 Asolo		65	25					
9 Treviso	6	40	20		12		16	
10 San Donà di Piave		48	24		17			
12 Venezia		111	40		41	40		
13 Mirano	11	60	40	40				
14 Chioggia	11	22		12				
15 Cittadella		50	24	49	12			
16 Padova	4	50	46	24	19	60	20	80
17 Este		69			8			
18 Rovigo		69			8			
19 Adria		24	14					
20 Verona		79	28	80	21	15	80	15
21 Legnago		59						
22 Bussolengo	21	50				20	72	
<b>Totali parziali</b>	<b>66</b>	<b>984</b>	<b>330</b>	<b>260</b>	<b>187</b>	<b>200</b>	<b>311</b>	<b>224</b>
<b>Totali complessivi</b>		<b>1380</b>				<b>698</b>		
<b>Totale ODC - URT</b>		<b>1314</b>				<b>511</b>		

### Obiettivi e risultati attesi

L'obiettivo principale di questo piano di attivazione è il miglioramento dello stato generale di salute e funzionale del soggetto favorendo la deospedalizzazione e la tempestiva riattivazione, dopo un periodo di allettamento, declino funzionale e perdita dell'autosufficienza legato alla ospedalizzazione, in sostegno alla domiciliarietà. Come stabilito nella DGR 2718/2012, gli standard assistenziali, strutturali e organizzativi ivi definiti dovranno garantire e misurare gli esiti attesi di queste attività che saranno misurati utilizzando il flusso informativo che costituirà adempimento per ogni nuova struttura che verrà autorizzata e accreditata.

Essi sono:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana
- incremento del numero di giornate di degenza in cure intermedie per tutta la popolazione ultra75enne
- incremento della percentuale di soggetti il cui decesso avviene fuori dall'ospedale
- miglioramento della situazione funzionale nei soggetti con traiettoria prognostica compatibile
- riduzione del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione dei soggetti anziani.

### Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato E

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 4 “Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all’Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011)”.

Titolo del progetto: Consolidamento di modelli organizzativo e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità

L'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in condizioni di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale, poiché il numero e l'aspettativa di vita di individui in tale stato è in progressivo aumento in tutti i Paesi industrializzati, conseguentemente al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della rianimazione e più in generale al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Nell'organizzare una rete di assistenza capace di rispondere ai bisogni delle persone in stato vegetativo e di minima coscienza, il punto critico è rappresentato sicuramente dalla fase post-acuta, fase in cui più

facilmente possono verificarsi fratture nella continuità assistenziale e potenzialmente condizioni di improprio abbandono delle famiglie.

La Regione Veneto negli ultimi dieci anni, ha realizzato un sistema di servizi ed interventi specificatamente rivolti a favore delle persone in SV e SMC. Rispetto a quanto approntato si ritiene opportuno tener conto di un mutato scenario, sia da un punto di vista epidemiologico, per l'aumento di incidenza di nuovi casi e l'aumentata sopravvivenza dei presenti, sia da un punto di vista di organizzazione dei servizi.

La complessità dell'assistenza alle persone in SV e SMC è determinata, oltre che da aspetti di tipo prettamente clinico, anche dal coinvolgimento di più professionisti e servizi, che in successione e/o contemporaneamente, generalmente per periodi di tempo molto lunghi, sono chiamati a realizzare la presa in carico.

La promozione di un modello a filiera nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, rappresenta un valido orientamento per la definizione di un percorso assistenziale rispondente ai bisogni delle persone in SV e SMC. Questo percorso ha lo scopo di evitare interruzioni nell'assistenza che possono verificarsi nel passaggio da una fase all'altra del decorso clinico, dall'emergenza alla fase di cronicità. Mentre le prime fasi del decorso clinico, dalla fase di emergenza fino al periodo post-acuzie, riconoscono delle risposte organizzative che fanno leva sulla rete ospedaliera, e che quindi appaiono più delineate anche nelle fasi di trasferimento per esempio da un'unità operativa all'altra, la fase di cronicità presenta da questo punto di vista elementi di maggiore criticità.

Diversi obiettivi della programmazione regionale quali, ad esempio, il potenziamento dell'assistenza territoriale, lo sviluppo di modelli di gestione integrata della cronicità fondati su team multi professionali, la ridefinizione dell'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento alla registrazione di dati da flussi aziendali, rappresentano tutti elementi di rilievo che devono orientare anche le scelte di organizzazione relative all'assistenza alle persone in SV e SMC.

La strutturazione del percorso assistenziale per le persone in SV e SMC risponde alla necessità di integrare e raccordare progressivamente e in maniera sempre più forte queste strutture alla rete ospedaliera da un lato, e alla rete territoriale dall'altro, costituendosi come nodi di svincolo essenziali dell'intero sistema. La programmazione regionale ha scelto di attivare, per la presa in carico della cronicità, strutture di piccole dimensioni, relativamente diffuse nel territorio e quindi situate non troppo lontano dalla residenza della famiglia, al cui interno siano riconosciuti spazi e assistenza specificamente dedicati in un ambiente il più possibile simile ad un ambiente familiare

#### Obiettivi

Il presente progetto ha avuto come obiettivo il consolidamento dell'attuale rete di offerta che garantisce un percorso assistenziale per i soggetti in SV e SMC che segue la persona nelle varie fasi del decorso clinico, dall'emergenza, alla fase acuta e post-acuta fino alla fase di manifestazione degli esiti, prestando particolare attenzione alla gestione del passaggio tra diversi livelli di cura e servizi di assistenza. Questo obiettivo risponde alla necessità di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sullo stesso paziente, realizzando un miglior coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, che in fasi diverse o a volte contemporaneamente, concorrono alla presa in carico.

#### Obiettivi specifici

1. Avviare una coerente raccolta dati su tutte le attività per questi pazienti all'interno del flusso FAR
2. Istituzione di un flusso informativo regolare sui pazienti in SVP O SMC.
3. Consultare periodicamente i clinici operanti nelle strutture che principalmente si occupano di SV e SMC in Regione che avrà il compito di valutare il funzionamento della rete, tenuto conto dell'organizzazione dei servizi regionali, al fine di garantire la progettazione e l'attuazione del percorso di presa in carico di ciascuna persona in SV e SMC e di supporto alla sua famiglia; Contestualmente iniziare una ricognizione sui percorsi già attivati in tutte le aziende sanitarie locali;
4. Consolidare i percorsi assistenziali regionali per le persone in SV e SMC,

#### Risultati ottenuti

Approvazione di delibera per la raccolta sistematica del flusso informativo su SVP e pazienti con SMC ( 2961 del 29 dicembre 2012)

Consolidamento Data base con flusso trimestrale ADT di tutti i pazienti ricoverati presso le strutture per SVP.

sistema permanente di valutazione della qualità della presa in carico delle persone con SV e SMC attraverso il sistema di autorizzazione e accreditamento ( DGR 84/2007)  
 definizione dei percorsi assistenziali alle persone con SV e SMC e messa in atto di azioni per il loro miglioramento.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato F**

**Linea progettuale:** All. A, Linea 5 “Assistenza agli anziani in condizione di fragilità e di non autosufficienza”

**Titolo del progetto:** Garantire la continuità assistenziale dell’anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali

Nel corso del 2014 il cronoprogramma inserito nella DGR n. 1112 del 1 luglio 2014 – di approvazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale - è stato sostanzialmente rispettato.

Il primo step, rappresentato dall’approvazione, da parte della Giunta Regionale, della programmazione delle strutture di ricovero intermedie formulata dalle Aziende ULSS, è stato raggiunto. Nei termini prescritti le Aziende ULSS hanno presentato i rispettivi piani aziendali, successivamente approvati dalla Giunta Regionale.

In tal modo, ogni Azienda ULSS ha definito per il proprio ambito territoriale il numero, la tipologia di strutture intermedie (ospedale di comunità, unità riabilitativa territoriale, hospice) da attivare entro il 2015, con associato il relativo numero dei posti letto.

Dall’analisi della programmazione dei posti letto di cure intermedie formulata dalle A.Ulss nei piani aziendali emerge in modo netto come la tipologia di struttura intermedia scelta per raccordare la continuità assistenziale ospedale/territorio sia l’Ospedale di Comunità.

Tabella A – distribuzione percentuale dei posti letto da attivare calcolata sulla programmazione formulata dalle Aziende ULSS

	Ospedali di Comunità	Hospice	Unità Riabilitative territoriale
Posti letto % da attivare entro il 2015	71,30%	4,78%	23,81%

Nel corso del 2014 la Giunta Regionale ha inoltre provveduto a definire :

- Con delibera n. 2108 del 10 novembre 2014, gli standard strutturali minimi degli Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali, necessari per il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell’art. 7 della L.R. 22/02. Disciplinando in tal modo sia le realizzazione attuate mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all’esercizio per l’erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, che le realizzazioni attuate in contesti sanitari o socio/sanitari non autorizzati.
- Con delibera n. 2683 del 29 dicembre 2014, i requisiti generali e specifici per il rilascio dell’accreditamento istituzionale, il tracciato record utile per il monitoraggio dell’assistenza erogata, gli indicatori di attività e risultato. Con tale delibera è stato anche definito il contenuto assistenziale delle prestazioni mediche erogate presso le suddette strutture specificando nel dettaglio:
  - a) i modelli assistenziali: in conformità al Patto per la Salute
  - b) la responsabilità della gestione clinica (dei pazienti)
  - c) la responsabilità sanitaria: Direttore Medico di U.O.C. operanti nel Distretto (ad esempio Direttore U.O. Cure Primarie oppure Palliative, etc.) o Direttore di U.O. Ospedaliera
  - d) l’attività da garantire ai paziente da parte del responsabile clinico
  - e) gli aspetti strutturali, organizzativi e di supporto alle attività
  - f) il ruolo del Fisiatra

Nel corso del 2014 si è pertanto provveduto a definire in modo puntuale il quadro normativo e programmatico entro il quale gli enti gestori dovranno necessariamente muoversi per attivare legittimamente le strutture intermedie.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato G**

**Linea progettuale:** All. A, Linea 6 “Contrasto alle disuguaglianze in sanità”.

Titolo del progetto: Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro: prevenzione del suicidio.

Il progetto prevedeva le seguenti azioni:

- Il Punto di Ascolto regionale (progettazione, attivazione e messa a regime) per la gestione delle possibili manifestazioni dell'intenzionalità suicidaria degli imprenditori che operano nella Regione del Veneto;
- La Task-force provinciale
- La Rete dei servizi territoriali.

#### AZIONI/INTERVENTI SVOLTI E RELATIVI OBIETTIVI

L'intervento

1. L'imprenditore in difficoltà contatta l'operatore del servizio (telefono, chat, mail). L'operatore effettua il primo intervento con l'obiettivo di gestire l'emergenza e concordare un appuntamento per valutare quali sono le strade percorribili

*oppure*

2. i servizi territoriali o segnalano un caso critico (o si individua tramite le ricerche della piattaforma), e lo psicologo provinciale contatta il possibile utente.
3. L'operatore, in base agli elementi raccolti, contatta la task-force di riferimento per valutare quali sono i servizi di supporto sul territorio.
4. Viene effettuato un primo incontro tra utente, operatore e psicologo della task-force; durante l'incontro vengono offerti i possibili contatti.
5. La task-force monitora l'intervento, attraverso l'operatore che accompagna l'utente durante tutti i contatti con i servizi.
6. L'operatore territoriale monitora l'utente a cadenza stabilita (uno,tre, sei mesi) da quando l'intervento cessa da parte del progetto e prosegue con i servizi del territorio.

Utilizzo del numero verde

Relativamente all'utilizzo del servizio da parte dell'utenza, il totale delle chiamate ricevute è stato di 710.

Relativamente ai chiamanti gli stessi sono per il 68% di sesso maschile e un 32% di sesso femminile.

La principale occupazione degli utenti risulta essere, come da target del progetto, quella dell'imprenditore. Interessante sottolineare come si siano rivolti al servizio anche lavoratori dipendenti, nonché disoccupati e ciò va a coincidere con le richieste di coadiuvo nella ricerca di lavoro in linea con l'assetto socio-economico attuale; ma anche liberi professionisti e artigiani, questi ultimi infatti pur avendo associazioni di categoria si sono rivolti al servizio per un coadiuvo nella gestione di situazioni debitorie o fallimentari e per le quali il servizio si è mosso nell'ottica della costituzione di una rete con le associazioni di categoria. .

I principali temi/ricieste portati dagli utenti durante le telefonate sono le seguenti:

- Questioni legali e debitorie con il 22% di casi, ovvero tutte le situazioni di richiesta in merito al modo di gestire questioni legali e debitorie (debiti con le banche, pignoramenti, mutui, etc);
- Coadiuvo nel gestire la situazione attuale di difficoltà nel 18% dei casi, ovvero gli utenti riportano difficoltà relative alla gestione economica sia a livello lavorativo che familiare;
- Per il 18% dei casi le chiamate sono state relative a segnalazioni di parenti, amici e conoscenti in merito a situazioni economiche e imprenditoriali critiche; in questi casi si è condivisa una strategia per promuovere il contatto diretto da parte dell'interessato o si è concordata una gestione condivisa con il segnalante;
- Nel 10% dei casi le motivazioni di chiamata vertevano sull'aiuto nella ricerca di lavoro o denuncia della situazione di disoccupazione;
- Nell'8% le richieste erano specifiche per le situazioni imprenditoriali critiche (ad esempio, gestioni di fallimenti, chiusura ditta, pagamento dipendenti et);

- Nel 6% dei casi gli utenti chiedevano un supporto psicologico, lamentavano depressione e senso di impotenza;
- In un 5% si sono richieste informazioni sull'attività del servizio e su come poteva essere utile;
- in un altro 5% invece altri servizi o singoli professionisti hanno offerto la loro disponibilità sul territorio come supporto agli utenti, nell'ottica della creazione di una rete di servizi;
- Infine nel 4% dei casi venivano riportate intenzioni suicidarie sia dal diretto interessato che riportate relativamente a conoscenti, amici e parenti;
- per il restante 4% si trattava di richieste generiche, ad esempio si chiede di parlare con altri servizi sul territorio, si chiedono specifiche su cosa è il servizio, chiede informazioni per ricevere un rimborso spese etc.

#### Gestione dell'utenza: declinazione dell'intervento

Gli utenti presi in carico dal Servizio sono stati 341 di cui 239 utenti gestiti attraverso il Numero Verde, mentre per 102 utenti si è valutato utile un affiancamento da parte di un Operatore Territoriale, per la definizione delle strategie di gestione delle situazioni portate e quindi l'aggancio ai servizi territoriali di competenza.

L'aggancio con un Operatore Territoriale è stato frutto di una valutazione preliminare degli operatori del Numero Verde relativa sia alla situazione portata che al grado di rischio suicidario valutato per ogni utente.

#### Gestione dell'utenza da parte degli operatori territoriali: la strutturazione delle reti territoriali.

Ogni Operatore Territoriale ha coperto il territorio relativo ad ognuna delle province della Regione Veneto e ha dunque affiancato gli utenti con incontri svoltisi sul territorio.

- Per la provincia di Vicenza gli utenti seguiti sono stati 22 di cui il 59% (13 utenti) è stata sganciato mentre il 9% (2 utenti) è tutt'ora in gestione. Il 30% (7 utenti) è andata in drop-out mentre nel 2% dei casi si è avuto un contatto diretto tra Operatore territoriale e altri servizi (nello specifico una figura professionale, commercialista) per la gestione di un utente già in carico al servizio e seguito dall'operatore.
- Per la Provincia di Treviso seguiti 21 utenti di cui il 20% (4 utenti) in gestione, il 46% (10 utenti) sono stati sganciati e il 34% (7 utenti) in drop-out.
- Per la provincia di Venezia sono stati seguiti 10 utenti di cui il 9% (1 utente) in gestione, il 66% (7 utenti) sono stati sganciati e il 25% (2 utenti) in drop-out.
- Relativamente alla Provincia di Padova sono stati gestite le situazioni portate da 37 utenti di cui il 29% (11 utenti) in gestione, il 33% drop-out (12 utenti) e il 36% sganciato (13 utenti) e una risorsa del territorio che ha coadiuvato con l'operatore territoriale la gestione di un utente.
- Per la Provincia di Verona sono stati seguiti 11 utenti di cui il 11% (1 utente) in gestione, il 61% (7 utenti) sono stati sganciati e il 28% (3 utenti) in drop-out.
- Per le provincie di Belluno e Rovigo le sollecitazioni sono inferiori, si sono ricevute 1 segnalazione per la seconda e nessuna per la prima relativamente al solo anno 2013

#### La Rete Territoriale per la Regione Veneto.

Gli enti che hanno richiesto l'attivazione del Servizio per la gestione di loro utenti sono stati di seguito:

I Servizi Sociali con il 30% dell'utenza inviata, i Centri di Salute Mentale con il 20%, il 30% dell'utenza è stata segnalata da familiari e conoscenti; il 15% dell'utenza dalla Camera di Commercio e il 5% da altri enti (come ad es. Medico di Base, Commercialista, Caritas).

Relativamente invece alle attivazioni che il progetto ha richiesto al territorio della Regione Veneto in generale (quindi sia per la gestione degli utenti da Numero Verde che con l'Operatore territoriale), prima presentate per singola provincia, queste hanno coinvolto:

- Servizi specifici sul territorio
- Servizi Sociali

- Caritas
- Agenzie di Collocamento (Centri per l'impiego etc)
- Associazioni di Categoria (Confcontribuenti, Camera di Commercio etc.)
- Consulenza psicologica/psichiatrica
- SSN (Ulss, medici di base, consultori)
- Varie figure professionali (avvocati, commercialisti, consulenti del lavoro)
- Banche/Equitalia
- Servizi di mediazione
- Servizi di micro-credito
- Istituzioni (Regione, Comune, Provincia)
- Associazioni varie (centro anziani, associazioni di consulenza etc)
- Sindacato/Cgil
- Poste Italiane
- Risorse private
- Istituti scolastici
- Prefettura

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato H**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 7 “Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa specialistica”

Titolo del progetto: Lo sviluppo della rete delle cure palliative.

Nella Regione Veneto sono in atto processi di consolidamento delle iniziative per la costruzione della rete di cure palliative e lo sviluppo della lotta al dolore, diretta ai malati oncologici, ai soggetti con malattie neurologiche, neuromuscolari, cardiache, BPCO e con altre insufficienze d’organo o con disturbi cognitivi. Si persegue, infatti, l’obiettivo di realizzare un’organizzazione che coinvolga le Aziende ULSS, la Medicina Generale e le Strutture presenti nel territorio al fine di offrire ai malati risposte personalizzate sulla base dei loro bisogni clinico-assistenziali.

L’attenzione alla prossimità al decesso, oltre ad assumere un valore etico, rappresenta un fattore decisivo nel determinare l’ospedalizzazione e gli stessi costi dell’assistenza sanitaria e richiede un’organizzazione per processi in grado di superare la frammentazione degli interventi e l’agire settoriale. Questo ha spinto il legislatore a porsi quale obiettivo la definizione di strategie per lo sviluppo delle cure palliative in tutti i setting assistenziali delle aziende sanitarie, individuando precisi standard organizzativi per le cure palliative, come definite nel PSSR e delibere attuative seguenti.

Al fine di dare piena attuazione alla L.R. n 7/2009, nonché alla Legge n. 38/2010, con il PSSR (L.R. 23/2012) e successiva DGR 2271/2013 la Regione ha previsto che nella nuova articolazione organizzativa distrettuale fosse compresa l’attivazione dell’U.O. Cure palliative.

Nello specifico, vista la complessità caratterizzante i malati inseriti in percorsi di Cure Palliative, nonché la sempre crescente numerosità degli stessi, è stata ritenuta strategica l’attivazione di tale U.O. all’interno del Distretto con la finalità di garantire uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale attraverso la gestione e programmazione del percorso, e continuità clinico-assistenziale tra l’Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità).

Come da DGR 2271/2013, l’U.O. Cure palliative ha funzioni di:

- attivazione e coordinamento del Nucleo di Cure Palliative, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.);
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di

- monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

Con la medesima DGR, al fine di assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione, è stata introdotta, quale strumento di supporto al Sistema, la Centrale Operativa Territoriale, che grazie alla sua attività di Coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale, potrà contribuire nell'attivazione della presa in carico e nel monitoraggio dei soggetti inseriti in percorsi di Cure Palliative e di Terapia del Dolore.

Oltre alla riorganizzazione strutturale della Rete dei Servizi Sanitari Regionali, per la definizione di una nuova offerta assistenziale è stato fondamentale prevedere il consolidamento del Coordinamento Regionale per lo sviluppo delle Cure Palliative e la Lotta al Dolore. Con DGR 2145/2013 la Giunta ha provveduto a nominare il Nuovo Coordinamento Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (come da L.R. n. 7/2009), nonché l'istituzione e la nomina della Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, con funzioni di supporto.

I componenti del Coordinamento sono stati scelti come rappresentativa delle principali branche mediche interessate al trattamento e alla cura del dolore, compresa l'area pediatrica, con l'intento di governare unitariamente e in modo coordinato gli interventi in materia di cure palliative e terapia del dolore.

Al Coordinamento, coerentemente con sopracitata legge regionale e in linea con le Linee Guida dell'Accordo Stato Regioni 16.12.2010, sono affidati i compiti di:

- a. "definire indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore;
- b. sviluppare e monitorare il sistema informativo regionale per le cure palliative e la terapia del dolore;
- c. definire e monitorare gli indicatori quali-quantitativi di cure palliative e di terapia del dolore ivi inclusi gli standard di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- d. promuovere e monitorare l'attività di ricerca in materia di cure palliative e di terapia del dolore;
- e. valutare la qualità delle prestazioni e l'appropriatezza da prevedersi nell'ambito dell'accreditamento."

Inoltre, nell'ambito delle attività coordinate e monitorate dal Coordinamento regionale rientrano anche le attività connesse alla realizzazione del progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui alle DDGR n. 2332/2011 e n. 950/2013.

Nello specifico, come da DGR 2332/2011 è stato disposto che le risorse destinate al progetto "Ospedale-Territorio senza dolore" siano destinate alle attività sperimentali di:

- a. sviluppo del sistema informativo regionale e aziendale sulla Terapia del Dolore;
- b. monitoraggio dello stato di attuazione della rete regionale e aziendale;
- c. controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza dei costi in relazione alle prestazioni erogate;
- d. programmi di formazione continua in terapia del dolore;
- e. tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- f. definizione, nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati;
- g. programmi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta;
- h. campagne informative riguardanti la nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo;
- i. programmi di sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei; attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa;
- j. programmi di gestione del dolore procedurale pediatrico in ambito ospedaliero.

Tra le attività preliminari svolte dal Nuovo Coordinamento è stato effettuato un monitoraggio sullo stato di attuazione della L.R. n. 7/2009, che ha consentito di delineare un quadro di riferimento per la proposta di eventuali interventi riorganizzativi *ad hoc*.

Dall'analisi dei questionari pervenuti dalle 21 ULSS è stato rilevato un costante sviluppo nell'organizzazione dei servizi, con un incremento del numero delle aziende che hanno attivato le Unità di Cure Palliative (UCP) e l'aumento del numero di personale dedicato (grafico 1 e 2).

***Evoluzione delle Unità Operative di Cure Palliative della Regione Veneto***

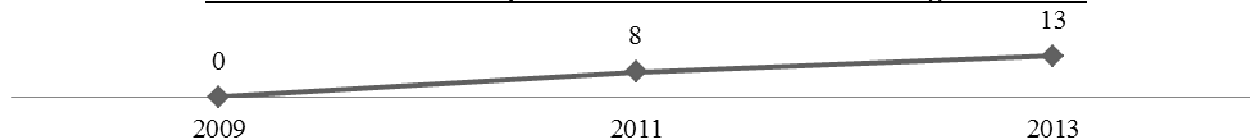


Grafico 1. Evoluzione del numero di U.O. di Cure Palliative nella regione Veneto  
Fonte: questionari sullo stato di attuazione della L.R. n. 7/2009

***Evoluzione degli operatori coinvolti nelle Cure Palliative della Regione Veneto***

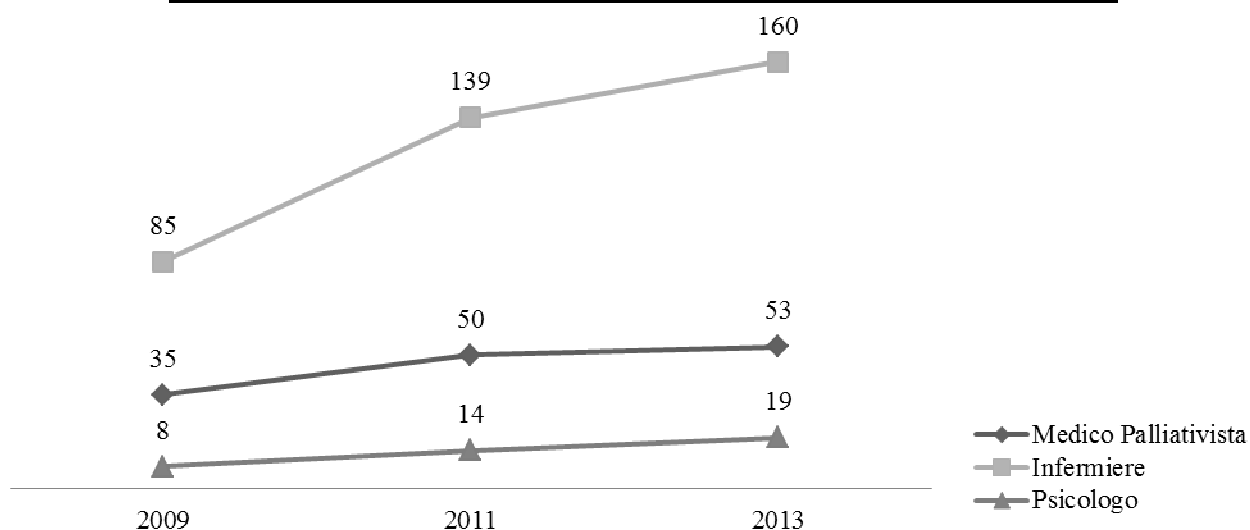


Grafico 2. Evoluzione del numero di operatori coinvolti nelle cure palliative della Regione Veneto.  
Fonte: questionari sullo stato di attuazione della L.R. n. 7/2009

Allo stesso modo, è stato registrato un incremento con successiva stabilizzazione del numero dei malati oncologici presi in carico dai servizi di Cure Palliative; al contrario si è mantenuto basso il numero complessivo dichiarato di presa in carico di pazienti con patologie neurologiche e cardiologiche (grafico 3).



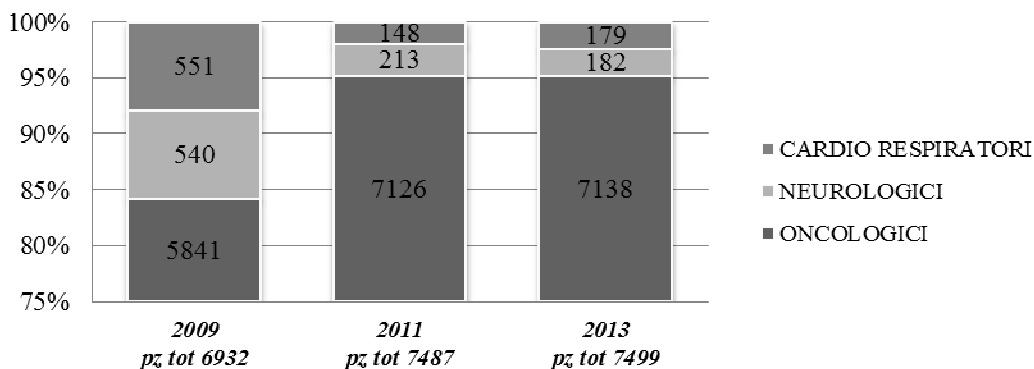
***Evoluzione della distribuzione dei pazienti in Cure Palliative per tipo di patologia***

Grafico 3. Evoluzione della distribuzione dei pazienti presi in carico dalle Cure Palliative per tipologia di patologia  
Fonte: questionari sullo stato di attuazione della L.R. n. 7/2009

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali e gestionali l'analisi dei questionari ha permesso di evidenziare una situazione disomogenea tra le varie aziende sanitarie.

### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato I**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 8 “Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali”

**Titolo del progetto:** L'umanizzazione dell'organizzazione, delle conoscenze, dell'accoglienza.

L'umanizzazione dell'assistenza rappresenta uno dei capisaldi del SSSR, opportunamente delineato nel PSSR 2012-2016 - L.R. 23/2012. Umanizzare significa riorganizzare strutture e servizi, formulare nuovi profili di conoscenza/competenza e prospettare diverse modalità di accoglienza e ospitalità del paziente e del suo bisogno. Ma per rispondere adeguatamente ai bisogni è sostanziale, innanzitutto, la definizione di regole che determinano funzioni organizzative e ne esplicitano i ruoli.

Si richiamano sinteticamente a seguito i provvedimenti e le attività/strumenti messi in campo per favorire l'umanizzazione nell'ambito del SSR.

*1. Definizione ed adozione dei Percorsi Terapeutici Diagnostico-Assistenziali (PDTA), strumenti che consentono una trasformazione della Rete dei Servizi, che transita da un Sistema di cura a un Sistema che “si prende cura” della persona.*

Elementi qualificanti diventano quindi:

- la concretizzazione dei concetti di multidisciplinarietà e multiprofessionalità quali elementi cardine per formulare una azione integrata, per soluzioni che conducano alla crescita di salute e benessere delle persone;
- l'accrescimento della responsabilità dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico ma anche la partecipazione della persona stessa attraverso l'implementazione di interventi personalizzati;

*2. Partecipazione multiprofessionale, multidisciplinare e della rappresentanza delle associazioni dei pazienti nell'ambito delle Commissioni regionali o di tavoli di lavoro.*

Ne costituiscono due esempi la Commissione Regionale per le attività diabetologiche e il Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore.

La Giunta Regionale con DGR n.37/2013 ha disposto la ricostituzione della Commissione Diabetologica, nominando un tavolo tecnico di esperti in rappresentanza di tutti gli operatori coinvolti nella cura del diabete mellito e della rappresentanza dei pazienti, al fine di organizzare un sistema coordinato di prevenzione,

diagnosi e cura, nonché verificarne in tutto il territorio regionale il rispetto dei principi e delle disposizioni normative vigenti in materia.

Con DGR n.2145/2013 la Giunta ha provveduto a nominare il Nuovo Coordinamento Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (come da L.R. n. 7/2009) e ad istituire la Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, con funzioni di supporto al coordinamento, nell'intento di governare unitariamente e in modo coordinato gli interventi in materia di cure palliative e terapia del dolore, vista la sempre crescente numerosità dei pazienti necessitanti di questo ambito di cure.

Nel corso del 2013 è stata condotta una rilevazione su tutte le Aziende ULSS rilevando, tra gli aspetti organizzativo-strutturali un costante sviluppo nell'organizzazione dei servizi e un incremento progressivo del personale dedicato (grafico 1).

**Evoluzione degli operatori coinvolti nelle Cure Palliative della Regione Veneto**

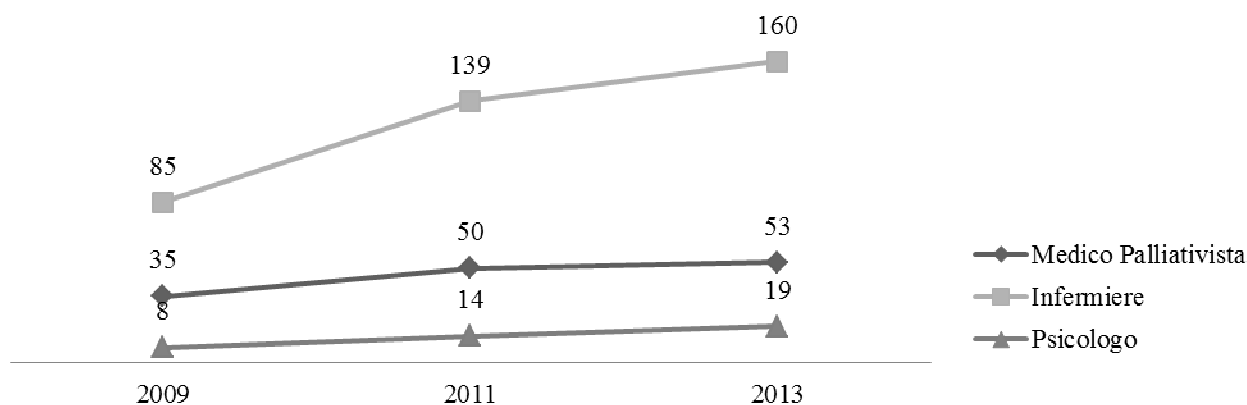


Grafico 1. Evoluzione del numero di operatori coinvolti nelle cure palliative della Regione Veneto.  
Fonte: questionari sullo stato di attuazione della L.R. n. 7/2009

Inoltre, analizzando l'assetto organizzativo più strettamente correlato all'assistenza si è rilevato che tutte le Aziende ULSS utilizzano strumenti o scale di valutazione del dolore, 18 Aziende ULSS su 21 hanno adottato una scheda per la presa in carico dei pazienti e 16 Aziende ULSS su 21 hanno attivato un numero telefonico dedicato per i pazienti e i loro familiari. Più in generale si può asserire che le Aziende stanno transitando verso modelli organizzativi sempre più attenti al prendersi cura della persona, grazie all'adozione di schede per un'offerta uniforme e allo stesso tempo personalizzata; al coinvolgimento del MMG, quale principale referente della Cura alla persona; alla contattabilità diretta per una risposta pronta ai bisogni degli assistiti; nonché all'utilizzo di strumenti validati per la rilevazione e valutazione del dolore per una cura sempre più attenta al "sentire" della persona.

In linea con tale propensione "all'ascolto", anche nel 2013 la Regione Veneto ha aderito con numerose iniziative alla Giornata Nazionale del Sollievo, per promuovere informazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e dei cittadini sull'importanza di diffondere la "cultura del sollievo" ed estendere la consapevolezza che il sollievo non è solo desiderabile ma anche possibile. In questa giornata, infatti, si afferma la centralità della persona malata e il suo diritto ad essere informata su quanto si può fare per controllare il dolore e la sofferenza attraverso le terapie più avanzate, ma anche l'importanza di considerare il malato nella sua interezza, ponendo attenzione a tutti i bisogni, psichici, fisici, sociali e spirituali, in modo di creare la migliore qualità di vita per lui e per la sua famiglia.

**3. Introduzione di strumenti organizzativi a favore della presa in carico dei pazienti fragili.**

Con DGR n. 2271/2013 è stata introdotta la Centrale Operativa Territoriale, quale strumento di supporto ai singoli nodi della rete e garante di una presa in carico organizzata e coordinata e della continuità nell'assistenza, il cui sviluppo sperimentale è stato posto quale obiettivo dei Direttori Generali per il 2014 (DGR 2533/2013), assieme alla diffusione del modello di Medicina di gruppo Integrata.

#### 4. *Promozione di strumenti di counselling ed empowerment nell'assistenza primaria*

- La riorganizzazione delle cure primarie, introdotta con al DGR n.953/2013, intende perseguire il consolidamento del ruolo del medico di medicina generale, quale perno del sistema dell'assistenza in grado di accompagnare il paziente nel percorso assistenziale, affiancato dall'infermiere, dal collaboratore di studio e dagli Specialisti Ambulatoriali, nonché in stretta integrazione con i servizi sociali. Lo sviluppo dei team multiprofessionali, organizzati in Medicine di Gruppo Integrate, intende infatti promuovere una presa in carico totale del paziente enfatizzandone l'umanizzazione e offrendogli un percorso assistenziale che tenga conto della sua salute da tutti i suoi punti di vista.
- Il potenziamento delle cure domiciliari e palliative per favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.
- La promozione di scelte determinanti che spingono al continuo flusso informativo sul rapporto Sistema sociosanitario-cittadino. Il paziente deve essere informato in maniera trasparente e capillare riguardo ai servizi erogati nelle strutture socio-sanitarie mediante strumenti di comunicazione quali la carta dei servizi, i bollettini periodici, i siti web, ecc. Le Aziende ULSS ed Ospedaliere con le diverse competenze professionali si fanno garanti della validità delle informazioni, dell'uniformità contenutistica e della massima diffusione. Viene inoltre enfatizzata la comunicazione diretta fra professionisti sanitari e assistiti in modo da stabilire un rapporto bilaterale che consenta un coinvolgimento del paziente riguardo i percorsi di cura, promuovendo una cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute.

#### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato J**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 9 “Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari. - Promozione della rete nazionale dei tumori rari – Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi”

Titolo del progetto: Gestione a distanza delle somministrazioni dei farmaci orfani presso i distretti e gli ospedali tramite il Piano Terapeutico Personalizzato: adattamento della gestione attiva in Regione Veneto per la Regione Emilia Romagna e le PP.AA. di Trento e di Bolzano come attività di cooperazione interregionale.

Nell'ambito del sistema informativo già operante da tempo, dedicato alla presa in carico della persona con malattia rara, comune tra la Regione del Veneto, le PPAA di Trento e Bolzano e la Regione Emilia-Romagna, è stato predisposto il modulo dedicato alla somministrazione a distanza dei farmaci orfani, collegando i servizi e le strutture di prescrizione (Centri di Riferimento), di dispensazione (farmacie ospedaliere) e di somministrazione (Centri di Riferimento od ospedali delle Aziende).

Tramite tale modulo il medico del Centro di Riferimento prescrive il farmaco orfano compilando il Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) della persona con malattia rara, sceglie la farmacia ospedaliera che erogherà il farmaco ed imposta, direttamente all'interno dell'applicativo, il percorso più adeguato per il paziente per la somministrazione del farmaco, potendo scegliere se essa avverrà in ambiente ospedaliero (all'interno dello stesso Centro di Riferimento oppure in altra struttura ospedaliera vicino alla residenza del paziente), oppure a livello territoriale, presso il Distretto sanitario di residenza del paziente o al domicilio della persona nel contesto di un'assistenza domiciliare.

La farmacia ospedaliera incaricata di distribuire il farmaco accede al piano terapeutico personalizzato del paziente e visualizza la richiesta tramite il sistema informativo. Dopo la dispensazione da parte della farmacia ospedaliera all'unità operativa incaricata della somministrazione del farmaco, i dati relativi al prodotto consegnato sono raccolti in una scheda di dispensazione ad uso dei farmacisti abilitati delle farmacie ospedaliere che è collegata al piano terapeutico contenente la prescrizione del farmaco orfano.

Il centro scelto come somministratore, sia esso lo stesso Centro di Riferimento (che può essere ubicato indistintamente in una delle Regioni, Veneto e Emilia-Romagna, o PPAA, di Trento o Bolzano, che utilizzano lo stesso sistema informativo), o un reparto dell'ospedale vicino al luogo di vita della persona o il

distretto sanitario, effettua la somministrazione in base alle indicazioni date dal Centro di Riferimento (che può trovarsi lontano dal centro somministratore) e registra nel sistema informativo le informazioni relative alla fase di somministrazione. Per ciascuna somministrazione è prevista la compilazione di una scheda comune disponibile attraverso il sistema informativo mirata a registrare informazioni su dosaggio, modalità di somministrazione, eventuali reazioni avverse, immediate e a distanza, dati di laboratorio strumentali e clinici (utili al follow-up).

In caso di prescrizione di un farmaco orfano, che può avvenire contestualmente alla compilazione del certificato di malattia o, successivamente, da parte del medico specialista del Centro di riferimento, è richiesto sia di compilare un'apposita scheda di prescrizione in cui siano riportati gli elementi clinici essenziali che motivino l'inserimento del paziente nella terapia sia di riportare successivamente, nella scheda di follow-up farmaco-specifica, alcuni specifici parametri di efficacia e sicurezza. Per tale motivo, per ogni farmaco orfano, sono state predisposte ed inserite nel sistema informativo delle schede farmaco-specifiche di prescrizione-monitoraggio. In ogni scheda è contenuta una serie di parametri di efficacia e di sicurezza specifici per patologia e farmaco, ricavati dalle schede tecniche del farmaco e dagli studi presenti in letteratura. Le schede suddette sono da compilarsi da parte dei Centri prescrittori e/o dei Centri incaricati della somministrazione (ospedale vicino al luogo di vita, distretti sanitari).

Sono state censite le UOC da collegare, siano essi reparti di ospedali vicini al luogo di vita della persona (Presidi ospedalieri di Aziende ULSS) o ambulatori di Distretti Sanitari e sono stati formati all'utilizzo gli operatori coinvolti tramite corsi formativi ad hoc.

Tramite il sistema informativo delle malattie rare è a disposizione (e continuamente aggiornata) la lista completa dei farmaci orfani approvati nell'Unione Europea con procedura centralizzata e in commercio in Italia per le malattie rare ex DM 279/2001, i quali sono resi disponibili per la prescrizione attraverso il PTP da parte dei clinici dei Centri di Riferimento.

La nuova gestione dei farmaci orfani mediante la formulazione di un piano terapeutico individualizzato consente al medico che prescrive nel sistema informatizzato un farmaco orfano di scegliere, al momento della prescrizione, fra le strutture proposte per l'erogazione e la somministrazione del farmaco quelle di residenza del paziente, laddove le condizioni di somministrazione siano sotto controllo ed il paziente possa essere rinvio alla Azienda di residenza, anche se il Centro di Riferimento è ubicato fuori Regione o fuori dalle PPAA.

Inoltre, questo processo permette un monitoraggio della sicurezza post-marketing in tempo reale e non a posteriori, monitoraggio molto utile nel caso dei farmaci orfani, poiché essi sono immessi in commercio con prove di efficacia non complete. L'implementazione di sistemi di monitoraggio post-marketing permette un maggiore controllo dei prezzi di mercato di questi farmaci in funzione della loro diffusione reale e del loro utilizzo nella pratica clinica, anche allo scopo di monitorarne l'efficacia clinica.

Infine, la gestione a distanza della somministrazione dei farmaci orfani riduce i trasferimenti dei pazienti presso i Centri di Riferimento, potenzialmente anche molto lontani dal loro luogo di vita, riducendo i costi indiretti delle famiglie e aumentando la loro soddisfazione; riduce le liste d'attesa per day-hospital nei Centri di Riferimento per l'attività di somministrazione, liberando risorse utili ad altro; riqualifica l'attività degli ospedali periferici che recuperano così l'attività sui propri residenti affetti da malattia rara.

Grazie al caricamento tramite il sistema informativo dei dati di consumo e di spesa per i farmaci orfani da parte delle Farmacie ospedaliere di residenza dei pazienti in terapia con tali medicinali, è possibile valutare l'impatto di spesa che i suddetti medicinali ad alto costo hanno sul SSR, stimarne il costo in previsione ed altro.

#### Indicatori

- UOC di ospedali periferici (senza Centri di riferimento) e di distretti sanitari collegate al sistema informativo tramite il modulo "somministrazione di farmaci orfani": 15;
- utenti di UOC di ospedali periferici e di distretti socio-sanitari abilitati ad entrare nel sistema informativo per la somministrazione di farmaci orfani: 71 medici e 230 infermieri;
- % di pazienti (sul totale degli eleggibili) che effettuano la somministrazione del farmaco orfano presso l'ospedale vicino alla residenza: 22%.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato K**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n.10 “Tutela della maternità – percorso nascita –partoanalgesia. Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi”

**Titolo del progetto:** Progetto per la promozione e il sostegno dell’allattamento materno

**Obiettivo generale**

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

**Obiettivi specifici**

1) Attivazione del Comitato Regionale Allattamento Materno previsto dalla DGR 248 del 4.02.2005:

Durante l’anno 2013, il Comitato Regionale Allattamento si è riunito:

- il 27/02/2013, (seconda riunione) in occasione di un incontro esteso a tutta la rete degli stakeholders. Si è trattato di una vera e propria conferenza regionale sulla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno. Rispondendo alle sollecitazioni arrivate dagli operatori e gli Enti coinvolti in oltre un anno di lavoro, il Comitato Regionale Allattamento ha colto l’occasione per un’informazione sullo stato dell’arte del Progetto Regionale, ma soprattutto per la condivisione con un numero estesissimo e qualificato di stakeholders, delle progettualità in atto e future su questo importante tema, prima ancora che di sanità pubblica, di qualità della vita complessiva di bambini, mamme e famiglie.
- il 19/09/2013, in terza riunione. La terza riunione è stato un incontro congiunto tra i due tavoli, Genitori più e Progetto Allattamento, che si è occupato di:
  1. Prospettive future della prevenzione materno-infantile alla luce del Piano Nazionale della Prevenzione,
  2. Aggiornamento delle attività sovrapposte dei due progetti e dell’ipotesi della loro riorganizzazione,
  3. Realizzazione di un percorso/evento congiunto per il coinvolgimento di tutte le componenti interessate sia istituzionali che della comunità

2) Proteggere, Promuovere e Sostenere l’Allattamento al Seno nel percorso nascita:

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

È stata inoltre gestita la distribuzione mirata - legata agli step di implementazione del progetto BFH- della “Politica Sintetica Illustrata” (in 5 lingue) redatta secondo le indicazioni OMS/UNICEF da esporre nei Punti Nascita.

È stata resa disponibile su richiesta e sul sito [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it) la versione A4 della Politica Sintetica Illustrata I nelle 15 lingue straniere più parlate in Veneto (disponibili sul sito GenitoriPiù) attivando collaborazioni di rete con l’UNICEF e l’ASL di Milano.

I risultati raggiunti sono pienamente soddisfacenti, vista la richiesta, anche fuori regione, dei materiali prodotti.

Questi materiali e la loro diffusione sono stati sottoposti a valutazione secondo gli Standard OMS/UNICEF pertanto l’AUDIT sarà dirimente.

3) Implementare il progetto OMS/UNICEF “Ospedali Amici dei Bambini” e “Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno”:

Concepito per 5 punti nascita, il progetto coinvolge attualmente 25 strutture appartenenti a 19 aziende sanitarie. Sono inoltre coinvolti i 2 Ospedali Amici dei Bambini (BFHI) già esistenti (ULSS 3 di Bassano e ULSS 20 di Verona).

Le attività del 2013 si sono svolte secondo programmazione e con il percorso seguente:

- Formazione a cascata: è stata svolta una sesta edizione del Corso 40h in maggio 2013, e una settima edizione in ottobre 2013, nella terza annualità, per un totale di 126 (+ 16 esterni) operatori sanitari veneti formati fin dall'inizio del percorso. Si tratta di una attività e di un pool di formatori senza precedenti in Italia e non solo.
- Formazione in loco. È in corso un costante monitoraggio dei corsi standard OMS/UNCIEF di 20h avviati, sin dal settembre 2012, dalle aziende interessate. Il feedback qualitativo delle attività formative svolte dai formatori formati nel progetto sono lusinghiere. Il numero di Operatori sanitari coinvolti finora è di circa 1700, su circa 2500 previsti complessivamente.
- Consolidamento della "manutenzione" della Rete, attraverso contatti diretti continui, visite in loco, e in particolare con, il 10 Maggio 2013, la terza riunione plenaria con i referenti delle Aziende aderenti. Sono state illustrate le tappe del "Monitoraggio del percorso verso la BFHI". Si sono affrontate criticità emerse nel percorso individuando correttivi adeguati in un confronto aperto tra UNICEF e Referenti Aziendali del Progetto.
- programmazione di almeno ulteriori due Corsi per Formatori di Formatori in Allattamento a copertura delle necessità riscontrate. Ipotesi di insediamento di un sistema di supervisione costante, in loco, delle attività di formazione espletate dalle Aziende Partners a garanzia degli Standard da raggiungere.

In conclusione le attività di implementazione stanno mantenendo il livello di impegno e di risultato superiore ad ogni aspettativa segnalato fin dall'inizio del progetto, con l'adesione di altre n. 3 Aziende (ULSS 8, 9 e 10) con diverse modalità di formalizzazione.

4) Realizzare un sistema informatizzato integrato Ospedale/Territorio per il monitoraggio dell'allattamento materno e di altri indicatori di salute dalla nascita alla prima infanzia:

La creazione e il consolidamento di una cultura del monitoraggio e della realizzazione di un sistema di sorveglianza è considerato un elemento cruciale in particolare per il determinante allattamento materno. Modalità e standard sono indicati a livello internazionale e il compito è quello di applicarli localmente, col necessario adattamento ai sistemi disponibili. Questo ne fa nei sistemi sanitari evoluti un compito particolarmente sfidante

*La raccolta del Dato alla dimissione attraverso CEDAP/SDO e il Rilevamento per Flussi attraverso l'anamnesi vaccinale informatizzata sono tuttora in attesa della possibilità di avvio formale. Nel frattempo si è fatto riferimento a dati del programma Genitori Più.*

Monitoraggio degli Standard. È attivo il monitoraggio regionale periodico degli standard del percorso "Ospedali Amici dei Bambini per l'Allattamento Materno" (BFHI) presso le Aziende coinvolte. E' in corso il tutoring in n.20 ospedali, mentre si è concluso positivamente l'Audit finale per l'Ospedale di Bussolengo (ULSS 22) con la sua nomina di Baby Friendly Hospital OMS/UNICEF (23° in Italia, 3° nel Veneto).

#### SVILUPPI DI CARATTERE GENERALE

I risultati raggiunti dal progetto e le energie mobilitate stanno accompagnando 25 punti nascita verso un obiettivo di eccellenza. Il ruolo regionale in proposito risulta tuttora cruciale. Si tratta di un vero Benchmark di promozione della salute. Il progetto pertanto è nelle condizioni di portare a termine il percorso BFH se la regione continuerà a contribuire, in modo proporzionale alla mobilitazione attivata, assistendo le attività fino al perseguimento dell'obiettivo finale per il maggior numero di strutture possibili. Si segnala l'attenzione che a livello nazionale viene rivolta al modello di implementazione "collettivo" messo in atto dal Veneto.

Target/Beneficiari:

a) Giovani coppie, neogenitori, neonati (nati 43.708 anno 2012)

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		ATTESO	OSSERVATO***
Prevalenza Allattamento materno esclusivo alla dimissione negli ospedali candidati BFH (criterio OMS*)	CEDAP/SDO Novembre 2012	>75% (UNICEF Italia) (>80 % BFH OMS/UNICEF) (>67% Veneto 2012)	71%
Prevalenza allattamento materno esclusivo a 6 mesi (criterio OMS*)	Rilevamento alla seconda seduta vaccinale (Indicazioni) **	10 %	12.3%

\* secondo gli standard di tipizzazione OMS-UNICEF \*\* Fonte: ricerca GenitoriPiù giugno 2013

\*\*\*Entrambi raggiunti gli obiettivi di incremento rispetto all'anno precedente

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato L**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 10 “Tutela della maternità – percorso nascita – partoanalgesia. Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi”

Titolo del progetto: Partoanalgesia

La Regione Veneto è da tempo intervenuta affinché ad ogni gestante e presso ogni punto nascita, potesse essere offerto di avvalersi di tecniche antalgiche quali la partoanalgesia epidurale, che rappresenta la più collaudata delle tecniche analgesiche in travaglio di parto.

Dal punto di vista normativo, nelle more di un inserimento dell'anestesia epidurale nei LEA nazionali, il Veneto ha inteso garantire su tutto il territorio regionale la possibilità di accedere, in modo gratuito, alla partoanalgesia epidurale nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto con Legge Regionale n. 25 del 16 agosto 2007.

L'attività dell'ultimo biennio (2013-2014) dei punti nascita operanti in ambito regionale (n. 40 nel 2013 e n. 39 nel 2014) è di seguito riportata e evidenzia, oltre a un contenimento del ricorso al parto cesareo, un incremento del numero di parto analgesie.

Tutto ciò anche grazie al completamento dell'attività formativa rivolta a tutto il personale operante presso i punti nascita finalizzata a garantire l'erogazione della partoanalgesia epidurale e delle altre tecniche antalgiche presso tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate

Nel corso del 2013 si è assistito a n. 40.941 parti espletati presso i 40 punti nascita attivi in ambito generale con n. 90 parti avvenuti al di fuori degli stessi.

Il ricorso al parto cesareo è stato complessivamente pari al 27%, ovvero 11.004\*.

Dei 29.824 parti spontanei, il 16,6%, ovvero 4.943, è avvenuto con parto analgesia\*\*, e un ulteriore 6% con altre tecniche per il controllo del dolore.

\*113 cedap con modalità parto non nota

\*\*2.315 cedap con partoanalgesia non nota

Nel corso del 2014 si è assistito a n. 39.631 parti espletati presso i 39 punti nascita attivi in ambito generale con n. 102 parti avvenuti al di fuori degli stessi.

Il ricorso al parto cesareo è stato complessivamente pari al 25%, ovvero 10.031§.

Dei 29.396 parti spontanei, il 17,3%, ovvero 5.073, è avvenuto con parto analgesia§§, e un ulteriore 9% con altre tecniche per il controllo del dolore.

§204 cedap con modalità parto non nota

§§1.831 cedap con partoanalgesia non nota

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato M**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 11 “Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l’istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali”

Titolo del progetto: Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l’istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali.

Gli obiettivi del progetto sono stati affrontati mediante la stretta collaborazione tra esperti e istituzioni in cui sono già operative biobanche di conservazione dei tessuti, instaurando con esse anche un buon livello di cooperazione e individuando i punti cardine per una eventuale interazione ed organizzazione regionale, finalizzato anche alla creazione di una biobanca integrata del tessuto ovarico e cellule germinali.

Per raggiungere tali obiettivi si sono poste in essere le seguenti azioni:

- a. Definizione, all’interno del gruppo di lavoro formalizzato con Decreto del Segretario Regionale n. 147 del 29.11.2013, degli standard di Biobanca di riferimento, partendo da quanto previsto dalla normativa nazionale e internazionale.
- b. Censimento regionale delle Biobanche esistenti: In prima istanza è stato richiesto alle Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale di segnalare le realtà coinvolte nella conservazione e stoccaggio di materiale biologico, sia esso a fini assistenziali o di ricerca. Da tale indagine è emerso che nel territorio della Regione Veneto sarebbero presenti oltre 100 realtà che si autodefiniscono “Biobanche”.

Il gruppo di lavoro di cui al punto precedente ha dunque provveduto a stilare un questionario finalizzato a rilevare un *setting* di dati che consenta di conoscerne la natura giuridica, di descrivere le caratteristiche organizzative e strutturali delle realtà censite. A tale indagine hanno risposto circa 90 Unità Operative, tra cui si è rilevata la presenza di unità occupate nella gestione e conservazione di ovociti, riscontrando che nella maggior parte dei casi la conservazione del materiale dei tessuti rispecchia i parametri di un bioarchivio.

- c. Accredimento: la Regione, a partire dal censimento effettuato, intende procedere verso un percorso di accreditamento delle realtà esistenti, in un’ottica di efficienza e condivisione delle risorse disponibili e a tutela della salute della popolazione.
- d. Collaborazioni: alle Biobanche Venete è stato preliminarmente chiesto di collegarsi con le altre banche esistenti nel territorio italiano, tramite la collaborazione anche nell’ambito di progetti di ricerca finanziati dal livello centrale, al fine di coordinare la distribuzione di tessuti, oltre il territorio di distribuzione della singola banca, per rispondere in modo rapido ed efficace alle richieste degli utilizzatori. L’istituzione di tali reti e consorzi porterebbe a garantire un caratteristiche di sicurezza e di qualità del tessuto prelevato e conservato.
- e. Creazione di un database: per quanto riguarda il ridefinire, a livello regionale, il sistema organizzativo delle banche dei Tessuti del Veneto orientato verso un modello più flessibile d’interazione, che potenzi lo sviluppo di competenze specifiche, al servizio, nell’ottica di rete, di tutto il territorio regionale: si sta procedendo alla valutazione per l’implementazione e/o acquisizione di un adeguato repository informatico, a livello regionale.

Inoltre, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19.11.2013, la Regione del Veneto ha istituito la Rete Oncologica Veneta (ROV), i cui principali obiettivi sono:

- garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti
- adeguati livelli di cura e di continuità dell’assistenza
- equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando sia un’informazione capillare alla cittadinanza in considerazione che, indipendentemente dalle modalità di accesso alle cure oncologiche e dal luogo di residenza, a ogni cittadino devono essere comunque fornite le migliori cure limitandone per quanto possibile i trasferimenti, nel



pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate, sia una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

All'interno dei vari gruppi di lavoro della ROV è programmata l'istituzione del Gruppo di Lavoro Biobanche e Rete Diagnostica Molecolare.

### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato N**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 12 “Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera urogenitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale).”

Titolo del progetto: Percorso diagnostico-assistenziale regionale per le persone affette da cistite interstiziale.

Obiettivo del progetto è stato quello di definire e rendere operativo il percorso diagnostico-assistenziale regionale per le persone affette da cistite interstiziale, orientando la presa in carico del paziente e la definizione del suo piano assistenziale individualizzato, all'interno di un distinto percorso regionale, basato sulle caratteristiche specifiche di organizzazione dei servizi sanitari.

La cistite interstiziale è una patologia ricompresa nel DM 279/2001 che definisce la rete nazionale di assistenza per le persone affette da malattia rara e garantisce loro benefici particolari, fin dal sospetto di malattia. La rete è formata da Presidi di Riferimento identificati dalle Amministrazioni regionali.

Nel percorso regionale dedicato alla cistite interstiziale si sono identificati:

1. I Centri di riferimento, incaricati di effettuare il percorso diagnostico in caso di sospetto di cistite interstiziale, di porre la diagnosi, di stilare il certificato di malattia rara ed il piano terapeutico personalizzato (PTP) e di mantenere la regia della presa in carico della persona.

I Centri per cistite interstiziale identificati con provvedimento dell'Amministrazione regionale sono tre nella Regione del Veneto (Padova, Verona, Belluno) e due di Area Vasta (Trento e Bolzano).

2. Il sistema informativo, che supporta la presa in carico: è attivo dal 2001 nella Regione del Veneto ed è stato assunto in seguito dalle PPAA di Area Vasta e da altre Regioni. Esso è in continuo aggiornamento e supporta, in tempo reale, la presa in carico della persona affetta da cistite interstiziale, permettendo l'attività di certificazione da parte del Centro di riferimento (che può essere anche lontano dalla residenza dell'assistito), il rilascio dell'attestato di esenzione da parte del distretto dell'Azienda di assistenza, i controlli clinici, la definizione del PTP, con gestione completa della prescrizione, acquisizione e distribuzione dei prodotti farmacologici.

3. I contenuti del percorso, i diritti esigibili dei pazienti, il protocollo diagnostico-terapeutico.

Il gruppo tecnico interregionale di Area Vasta ha attivato un gruppo di lavoro costituito dagli specialisti per cistite interstiziale operanti nei Centri di Riferimento di Area Vasta, coordinati dal Coordinamento Malattie Rare della Regione Veneto. Il gruppo si è riunito due volte e ha lavorato a distanza tramite una piattaforma informatica predisposta dal Coordinamento Malattie Rare, accessibile con password dai Centri di riferimento per cistite interstiziale, in cui è stato messo a disposizione il materiale bibliografico. Tramite tale strumento, i clinici hanno potuto proporre essi stessi altro materiale di lavoro ed esprimere nel contempo pareri rispetto al protocollo diagnostico e terapeutico. Il gruppo tecnico ha dunque elaborato, sulla base delle linee guida internazionali riconosciute e dei dati di letteratura dell'expertise clinica comune, un protocollo diagnostico e terapeutico comune sulla cistite interstiziale, descritto di seguito.

#### Protocollo diagnostico

Il gruppo di lavoro ha deciso di considerare la cistoscopia con idrodistensione l'esame fondamentale per la diagnosi di cistite interstiziale e di definirlo come protocollo diagnostico comune da adottare in tutti i Centri accreditati. L'esame è da effettuarsi in anestesia generale o spinale. In una prima fase si esegue una prima valutazione cistoscopica previo riempimento con soluzione fisiologica alla pressione di 80 cmH<sub>2</sub>O fino al raggiungimento della massima capacità vescicale. Interrotto il riempimento la vescica deve essere mantenuta distesa per 3 minuti. La vescica viene quindi svuotata e poi riempita di nuovo per poter verificare la presenza di glomerulazioni o ulcerazioni (ulcere di Hunner) sulla parete anteriore, posteriore, laterale e sulla cupola.

Nell'ipotesi in cui la cistoscopia con idrodistensione dimostri la presenza di lesioni di Hunner, è necessario eseguire in sede di lesione biopsie vescicali per l'approfondimento diagnostico. In caso di assenza di lesioni, il gruppo di lavoro ha deciso che la biopsia vescicale non debba essere considerata un esame necessario e dirimente ai fini della diagnosi, dato che la malattia può essere diagnosticata anche in base ad una corretta valutazione dei segni, dei sintomi e della storia clinica del paziente.

Per quanto riguarda l'esame di urodinamica si conviene di considerarlo un esame opzionale, ma utile per la valutazione funzionale del paziente e per impostare la terapia nel modo più adeguato possibile.

Per la valutazione dei pazienti e il monitoraggio della patologia gli specialisti hanno sottolineato l'importanza dell'uso di questionari indaganti la qualità della vita, di scale di valutazione del dolore e di diari minzionali. Sulla base del materiale già in uso nei vari centri accreditati e della bibliografia raccolta si è stabilito che la scala del dolore da utilizzarsi preferibilmente è la scala Visual Analogue Scale (VAS) 1-10, mentre per la misurazione della qualità della vita si propone di utilizzare l'indice di O'Leary-Sant. Infine, sulla base di quelli già in uso nei singoli Centri, si è elaborato un diario minzionale comune e condiviso.

Per la diagnosi di cistite interstiziale il gruppo di lavoro si accorda sullo schema seguente:

- 1- Sintomi necessari: dolore vescicale-pelvico, urgenza minzionale, pollachiuria, nicturia, dolore in relazione all'attività sessuale.
- 2- Esami necessari: esame obiettivo di vescica ed uretra, esame obiettivo pelvico, test del contatto vulvare, esplorazione rettale, esame urine, diario minzionale, cistoscopia con idrodistensione.
- 3- Esami utili per il completamento diagnostico: scale di misurazione del dolore VAS (1-10), indice di O'Leary-Sant per la misurazione della qualità della vita, uro dinamica.

#### Protocollo terapeutico

L'obiettivo primario è stato quello di estendere ai pazienti con cistite interstiziale l'esenzione dalla partecipazione al costo di alcuni farmaci e di altri prodotti ritenuti essenziali ed efficaci, indipendentemente dalla loro collocazione nelle fasce del prontuario farmaceutico (farmaci di fascia C, con diversa indicazione terapeutica, non in commercio in Italia, orfani e altri trattamenti come dispositivi medici e dietetici). Per perseguire tale obiettivo sono stati definiti i trattamenti considerati essenziali da parte dei clinici dei Centri di Riferimento, mediante la somministrazione di un questionario elaborato ad hoc e mediante la raccolta e l'esame delle evidenze pubblicate in letteratura a supporto o meno dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti proposti per il gruppo nosologico oggetto di studio da parte del Coordinamento Malattie Rare della Regione Veneto. Grazie al lavoro comune, durante gli incontri e a distanza, si è arrivati all'integrazione di entrambe le fonti (esperienza e casistica dei centri accreditati ed evidenza scientifica tramite i metodi dell'Evidence Based Medicine) e, quindi, alla definizione condivisa di un protocollo di trattamenti considerati specifici ed essenziali per tale patologia. Tramite il forum di discussione è stato reso possibile ai clinici, collegati al sistema informatizzato unico per le malattie rare, consultare le schede di approfondimento delle malattie in esame, scaricare il materiale bibliografico messo a disposizione dal Coordinamento, inserire eventuali commenti e visualizzare quelli inseriti dagli altri partecipanti. Il sistema ha facilitato il lavoro a distanza e ha reso tutti partecipi in tempo reale del prosieguo dei lavori.

Il gruppo di lavoro ha proceduto con un'approfondita valutazione dei prodotti farmacologici e non ricompresi nei LEA e non, stabilendo per questi ultimi quali fossero necessari ed insostituibili da proporre all'Amministrazione regionale come integrazione regionale ai LEA.

L'istruttoria tecnica del gruppo di lavoro è stata inoltre integrata con una stima dei costi massimi necessari in caso di integrazione ai LEA, in funzione del numero di pazienti iscritti nel sistema che potrebbero beneficiare di tali terapie; tale stima è stata elaborata da parte del Coordinamento Regionale sulla base dei dati del Registro Regionale delle Malattie Rare che afferisce al Coordinamento stesso.

Il protocollo finale è stato proposto all'Amministrazione Regionale per la eventuale deliberazione di integrazione dei LEA riguardanti i trattamenti proposti, che è stata adottata sub DGR 2695/2014.

Sono stati esaminati 27 trattamenti, dei quali 9 considerati come essenziali ed insostituibili ed esaminati 105 articoli della letteratura scientifica sui principi attivi in discussione.

La spesa massima stimata per i protocolli individuati è pari a € 230.000,00 per anno e il risparmio possibile grazie al controllo dell'appropriatezza prescrittiva (spesa stimata per 18 trattamenti non approvati) a € 237.000,00 per anno.

I trattamenti considerati essenziali ed insostituibili per la cistite interstiziale, divenuti integrazione ai LEA per i residenti in Regione sono i seguenti: pentosan polisolfato sodico, idrazina dicloridrato, amitriptilina, acido ialuronico, dimetilsulfossido, sodio ialuronato e condroitin solfato sodico, doxazosin mesilato, oxibutina, integrazione di palmitoiletanolamide. Rappresentano trattamenti farmacologici utili alla cura della sintomatologia invalidante della patologia, quali il dolore pelvico, l'iperattività detrusoriale, urgenza minzionale, pollachiuria.

Sono stati inoltre ridotti i tempi di accesso ai benefici previsti, poiché la gestione della prescrizione, erogazione e somministrazione di tali trattamenti, insieme a quella di tutti gli altri, è stata resa possibile attraverso il sistema informatizzato unico delle malattie rare, che collega tutti gli attori del sistema sanitario regionale coinvolti nella presa in carico dei pazienti con malattia rara (Coordinamento, Centri accreditati, Distretti socio-sanitari, Servizi farmaceutici territoriali, Farmacie ospedaliere, Ospedali). Tutti gli operatori coinvolti si interfacciano in tempo reale all'interno dell'applicativo informatico, azzerando così i tempi di trasmissione dell'informazione. Il medico prescrittore, grazie al database relazionale che gestisce le relazioni tra le patologie rare e i trattamenti da protocollo, vede in automatico, per effetto dell'applicativo informatico, i trattamenti prescrivibili in esenzione dalla compartecipazione al costo al paziente con una patologia trattata nei protocolli e li prescrive. In questo modo è possibile monitorare tutte le prescrizioni, sia nell'ambito dei LEA che al di fuori dei LEA, in termini di efficacia, di sicurezza e di costi.

Per tale motivo è presente, nel modulo informatizzato denominato "Piano terapeutico Personalizzato", una sezione per la prescrizione di farmaci previsti da protocolli regionali. Il clinico, secondo la diagnosi del paziente, visualizza in automatico, grazie al database relazionale, i farmaci che, da delibera, può prescrivere in esenzione dal costo. Per gli altri trattamenti è presente un campo di ricerca supportato dal database del prontuario farmaceutico di Farmadati, grazie al quale è possibile per il medico visionare tutti i principi attivi, i nomi commerciali e le formulazioni farmaceutiche presenti in commercio e gli altri prodotti. Tutto ciò facilita la prescrizione permettendo la ricerca di farmaci sia per principio attivo che per nome commerciale e formulazione, ma comporta la necessità di revisione e aggiornamento continuo delle informazioni inserite relative ai farmaci.

#### Indicatori

- attivazione del sito web per lavoro e formazione a distanza: si
- predisposizione report e tabelle riassuntive: si
- proposta di integrazione ai LEA all'Amministrazione Regionale: si
- soddisfazione dei pazienti: 80% dei pazienti in meno rispetto a prima necessitano di richieste di autorizzazione ad hoc dalla propria Azienda ULSS di residenza per farmaci extra-LEA, semplificando il percorso della persona all'interno dei servizi
- pazienti che ottengono i trattamenti e i benefici previsti dal modello assistenziale teorico: 93%
- provvedimento di integrazione ai LEA: DGR n. 2695 del 29 dicembre 2014

#### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato O**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 13 "Implementazione delle rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi delle infezioni da HPV"

Titolo del progetto: Prevenzione primaria delle infezioni da HPV attraverso l'offerta attiva della vaccinazione.

#### Coperture vaccinali

Senza considerare la ultime due coorti dei nati (2001-2002) inserite in tabella, in quanto ancora soggette a chiamata e completamento, le coperture per prima dose si attestano sopra l'80% per la coorte delle nate nel 2000, e del 76% per il ciclo completo, dato in rialzo rispetto la coorte precedente ed in linea con quelle passate.

Coperture vaccinali per HPV nelle femmine, dati al 30/09/2013, modello di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità, Regione Veneto.			
	% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
Coorte di nascita 2002	26,3%	14,0%	1,7%
Coorte di nascita 2001	73,9%	71,4%	57,4%
Coorte di nascita 2000	80,2%	78,9%	76,4%
Coorte di nascita 1999	79,3%	78,5%	75,9%
Coorte di nascita 1998	80,5%	79,4%	77,8%
Coorte di nascita 1997	81,2%	80,1%	78,7%
Coorte di nascita 1996	82,6%	81,7%	80,2%
Coorte di nascita 1995	16,6%	15,8%	15,2%
Coorte di nascita 1994	13,8%	13,5%	13,0%
Coorte di nascita 1993	11,3%	11,0%	10,5%
Coorte di nascita 1992	8,5%	8,3%	7,9%
Coorte di nascita 1991	6,8%	6,6%	6,3%
Coorte di nascita 1990	5,1%	4,7%	4,7%
Coorti di nascita 1989-1982	2,2%	2,1%	2,0%

#### Valutazione della diffusione delle patologie HPV correlate nel sesso maschile

Il papillomavirus umano, oltre alle patologie neoplastiche del collo dell'utero, della vulva e della vagina è associato ad altre neoplasie. Molti autori evidenziano il coinvolgimento dell'HPV anche nella genesi di altre neoplasie maligne alle quali si aggiungono alcune patologie benigne, come la condilomatosi genitale e la papillomatosi respiratoria ricorrente, che hanno un impatto significativo sia economico che psicologico. In Italia si stimano circa 120.000 casi annuali di condilomi genitali nella popolazione femminile, rilevante come questa patologia rappresenti la principale diagnosi tra i maschi indirizzati a centri di malattie sessualmente trasmesse. La prevenzione delle patologie da HPV, rivolta al sesso femminile, prevede la vaccinazione e lo screening del carcinoma della cervice uterina mentre nessun intervento preventivo è attuato nella popolazione maschile. Il razionale dello studio è quindi la valutazione della frequenza, dei tassi di ospedalizzazione e dell'andamento spazio-temporale delle patologie HPV correlate nella popolazione della Regione Veneto.

È stato condotto uno studio retrospettivo basato sui dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) provenienti dall'Archivio Regionale nel periodo 2008 – 2011. Sono stati esaminati gli interventi e le procedure presumibilmente riconducibili alla patologia condilomatosa considerando tutte le diagnosi di dimissione ed escludendo dal conteggio dell'analisi i ricoveri ripetuti se con uguale diagnosi. Sono stati valutati soli i soggetti residenti nella regione Veneto. I tassi di ospedalizzazione sono stati calcolati utilizzando la specifica popolazione dell'anno di stima. Il costo diretto delle ospedalizzazioni per condilomi è stato calcolato sulla base delle tariffe DRG della Regione Veneto.

Il totale complessivo delle dimissioni da condilomatosi nella Regione Veneto nel periodo 2008 - 2011 è stato 2.890 casi, di questi, 399 soggetti hanno avuto più di un ricovero. Il rapporto femmine maschi è risultato pari a 1,8. Il tasso di ospedalizzazione nel periodo analizzato è stato 12,7 ricoveri per 100.000 ab. (16,1 nelle femmine e 9,1 nei maschi). La disaggregazione per classe di età ha evidenziato come il 60% dei condilomi nel sesso femminile è compreso tra 15-34 anni mentre in quello maschile il 59% è tra i 25 e 44 anni. Nel sesso femminile, l'andamento dei tassi nel periodo in esame ha presentato una riduzione costante passando

da 17,9 nel 2008 a 12,2 per 100.000 ab. nel 2011 (-32,1%); nel sesso maschile vi è stata una riduzione nel primo triennio del 21.5% (da 10,4 a 8,2 per 100.000 ab. rispettivamente nel 2008 e 2010) evidenziando tuttavia un lieve aumento nel corso del 2011 (8,4 per 100.000 abitanti). La valutazione degli interventi e delle procedure effettuate durante il ricovero ha rilevato una riduzione di quelli a carico della cute, dei genitali femminili e dei genitali maschili rispettivamente del 45,1%, 37,4% e 23,6%. Gli interventi effettuati sulla regione anale sono risultati invece costanti. Il costo complessivo DRG dell'attività ospedaliera è risultato mediamente di 1,3 mil/€, con una riduzione nel periodo esclusivamente per i ricoveri in regime diurno (da 1,2 mil/€ a 0,9 mil/€) mentre si è mantenuto costante per quelli in regime ordinario (mediamente 1,6 mil/€).

L'ospedalizzazione rappresenta un indicatore che sottostima l'entità del fenomeno in quanto rappresenta esclusivamente le forme più gravi della patologia. Il presente lavoro, nella Regione Veneto, ha evidenziato un carico di ospedalizzazioni per condilomi rilevante indicando la necessità di effettuare e implementare opportuni interventi preventivi, verificando i programmi di screening avviati e valutando di estendere l'offerta della vaccinazione anche ai maschi. Inoltre bisogna valutare ulteriormente l'appropriatezza dei ricoveri. Per una descrizione più accurata della condilomatosi nella Regione Veneto sono comunque necessarie ulteriori indagini epidemiologiche di tipo prospettico che coinvolgano medici specialisti.

#### Risultati ottenuti

- . Tassi di copertura vaccinale terza dose nelle 12enni
- . Effettuazione audit primari e secondari nelle Aziende ULSS con coperture vaccinali al di sotto del 65%
- . Stesura report di stima delle patologie HPV correlate nella Regione Veneto
- . Indicazione e valutazioni delle coperture vaccinali in entrambi i sessi

<b>Beneficiari</b>	Indiretti: la popolazione regionale residente/domiciliata Diretti: coorte dei 12enni (circa 45.0000/anno) Soggetti appartenenti alle categorie a rischio individuate		
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		ATTESO	OSSERVATO
Valutazione delle coperture vaccinali anti HPV nel sesso femminile	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	70%	76,4% (dato al 30/09/2013)
Stesura report patologie HPV correlate	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	2	2 (più presentazioni nelle varie sedi vaccinali)
Studio di fattibilità nel sesso maschile	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	sì	si

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato P**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 14 “Implementazione delle rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell’apparato genitale maschile.

**Titolo del progetto:** Progetto di prevenzione andrologica permanente.

Relazione descrittiva dell’attività svolta al 31/12/2013

Il progetto Androlife 2013-2014, voluto dalla Società Italiana di Medicina della Sessualità (SIAMS) e coordinato in Veneto dalla Fondazione Foresta Onlus, ha concluso l’analisi dei risultati ottenuti nel Veneto. Nei giorni dedicati alla campagna, 2.500 giovani hanno contattato i medici, 1.500 hanno ottenuto consulenze telefoniche, 950 hanno prenotato visite specialistiche. 850 mail sono state inviate, per richiesta di consigli e chiarimenti.

	Italia	Veneto
<b>Telefonate ricevute</b>	<b>21.832</b>	<b>2.500</b>
Visite prenotate	4.125	950
Questionari compilati	4022	900
E-mail ricevute	5.000ca	850ca
Consulenze telefoniche	11.500ca	1.500ca
Accessi unici al sito web	30.000ca	30.000ca

Il progetto Andorlife in Veneto ha avuto un successo grazie ad un testimonial d’eccezione, Alessandro Gassman, un buona comunicazione attraverso iniziative culturali, musicali, sportive e l’attivazione del numero verde 800 100 122.

Dalle visite effettuate, oltre il 30% dei giovani presentava manifestazioni andrologiche cliniche.

- Varicocele 31%
- Infezioni del tratto genitale 12%
- Problematiche sessuologiche 15%
- Riduzione volume del testicolo 7%
- Criptorchidismo 2,5%
- Neoplasie testicolari 1%

Questi risultati dimostrano come già a 18 anni è possibile rilevare patologie del sistema riproduttivo, che, se individuate precocemente, possono essere trattate per evitare che, in età più adulta, il potenziale di fertilità sia definitivamente compromesso e si debba ricorrere a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), che richiedono importanti risorse economiche ma soprattutto grandi coinvolgimenti psicologici ed emotivi della coppia.

Durante la visita è stato somministrato anche un questionario per rilevare abitudini e stili di vita dei giovani. Sono emersi alcuni risultati interessanti.

L’analisi delle informazioni ottenute su 950 giovani veneti nell’ambito del progetto di prevenzione andrologica Androlife ha portato a individuare sostanziali cambiamenti degli stili di vita nel nostro territorio: le informazioni riguardanti gli stili di vita rappresentano, per il sistema endocrino-riproduttivo dell’uomo, importanti fattori di rischio per l’infertilità e il funzionamento endocrino del testicolo. Inoltre tra gli intervistati è fortemente incrementata la frequenza di coloro che giudicano non soddisfacente la propria sessualità, lamentando diverse disfunzioni.

L’analisi di questa indagine mette in evidenza un’elevata frequenza di eiaculazione precoce, che però è caratteristica della giovane età, ma soprattutto risulta frequente il riscontro di disfunzione erettile e di assenza

di desiderio sessuale. La preoccupazione della sessualità nei giovani intervistati emerge anche dalle domande che più frequentemente rivolgono all'andrologo. Da queste domande emerge un'importante mancanza di cultura sulla sessualità in genere, poiché la maggior parte di questi giovani denuncia problemi riguardanti il significato della masturbazione, delle malattie sessualmente trasmesse e molti sono già incuriositi dalla possibilità di utilizzare i farmaci che solitamente vengono prescritti in presenza di disturbi dell'erezione.

### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato Q**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 15 “Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/ipertattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali”

Titolo del progetto: Rete regionale integrata per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva.

Il progetto si proponeva di realizzare una serie di azioni finalizzate al potenziamento delle reti assistenziale per i minori affetti da disturbi mentali anche attraverso un costante monitoraggio delle attività dei Servizi Distrettuali per l'Età Evolutive.

Nello specifico:

- Azione 1) completamento e messa a regime del sistema informativo per monitorare i dati relativi alle attività dei Servizi Distrettuali per l'età evolutiva;
- Azione 2) attivazione progetti per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento;
- Azione 3) definizione del Protocollo d'Intesa con Ufficio Scolastico Regionale per l'individuazione precoce dei casi sospetti di DSA;
- Azione 4) censimento dei Centri di riferimento autorizzati al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da ADHD ed individuazione del Centro coordinatore.

### **AZIONI/INTERVENTI SVOLTI E RELATIVI OBIETTIVI**

#### **Azione 1)**

La conoscenza dettagliata dell'attività svolta dai servizi, in termini di utenza, interventi, pattern di trattamento e risorse a disposizione, è una delle componenti fondamentali della programmazione e pianificazione dei servizi stessi: è solo disponendo di queste informazioni, infatti, che è possibile prendere decisioni che vadano incontro ai reali bisogni della popolazione. Pertanto, è necessario poter quantificare e qualificare le richieste di un territorio attraverso un sistema informativo adeguatamente sviluppato e pienamente integrato nella rete informativa Regionale, che consenta di monitorare i dati relativi alle attività dei Servizi per l'Età evolutiva e dei Centri accreditati che dovranno collaborare per la parte di loro competenza.

A tal fine è stata sviluppata la Scheda per la rilevazione delle attività del Servizio distrettuale per l'Età Evolutiva finalizzata alla quantificazione degli indicatori per la valutazione di cui alla DGR n. 1533 del 27 settembre 2011.

La prima rilevazione è stata avviata in via sperimentale con l'obiettivo di verificare sia l'adeguatezza del sistema regionale predisposto che la funzionalità dei sistemi informativi aziendali, per cui si è richiesta la trasmissione dei soli dati certi disponibili, quindi senza stime o proiezioni, riferiti all'anno 2012.

#### **Azione 2)**

Con DGR n. 1480 del 12 agosto 2013 è stato approvato il Bando per la realizzazione di progetti a favore delle persone con DSA ai sensi della L.R. n. 16 del 04 marzo 2010 finalizzati a:

- un potenziamento dei Servizi Distrettuali per l'Infanzia e l'Adolescenza in termini di personale qualificato nell'identificazione precoce e nel trattamento dei DSA, secondo il modello clinico-

scientifico, aderente alle Linee Guida e Raccomandazioni Cliniche Nazionali elaborate dall'Istituto Superiore della Sanità del 2011 e dalla Consensus Conference di Montecatini (2006 e 2011);

- una riqualificazione del personale già presente attraverso specifici percorsi formativi o attraverso la costituzione di una specifica équipe di riferimento;
- azioni finalizzate a favorire lo studio dei ragazzi della scuola secondaria di 1° grado.

#### Azione 3)

Con DGR n. 2438 del 20 dicembre 2013 è stato approvato il Protocollo tra Regione Veneto e Ufficio Scolastico Regionale per le attività di identificazione dei casi sospetti di DSA in attuazione dell'art. 7, c.1 della Legge 8 ottobre 2010, n. 170 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico) ai sensi del DM del 17 aprile 2013 (Linee guida per la predisposizione dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA).

#### Azione 4)

Con DGR n. 641 del 07 maggio 2013 (Elenco dei Centri Prescrittori per l'impiego di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale autorizzati nella Regione del Veneto. Pubblicazione delle linee guida regionali per la prescrizione di farmaci che necessitano di monitoraggio intensivo):

- a. sono state integrate le "Linee di indirizzo per la gestione dei soggetti con disturbo grave ADHD" approvate con DGR n. 3364 del 23 ottobre 2007, attribuendo la qualifica di Centro di riferimento autorizzato al trattamento dei pazienti affetti da ADHD in presenza del numero minimo di 10 pazienti arruolati nel Registro nazionale di monitoraggio dell'ADHD;
- b. è stato aggiornato l'Elenco dei Centri di riferimento autorizzati al trattamento dei pazienti affetti da ADHD, che include le UO di Neuropsichiatria infantile/Età evolutiva delle Aziende ULSS nn. 6, 10, 16 e 20, dell'AOU di Verona, nonché dell'IRCCS E. Medea di Conegliano (TV);
- c. è stato confermato il Centro Coordinatore, individuato nell'UO di Neuropsichiatria Infantile/Età Evolutiva dell'Azienda ULSS 10 di San Donà di Piave (VE), quale struttura di riferimento per il Registro Nazionale di monitoraggio dell'ADHD con compiti di raccordo e coordinamento.

#### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato R**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 16 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management"

Titolo del progetto: Adozione della scheda unica di terapia

Al fine di contrastare il fenomeno degli errori in terapia è unanimemente riconosciuta l'efficacia dell'adozione della scheda unica di terapia, strumento di comunicazione interna che ha la peculiarità di integrare in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, da considerarsi parte integrante della cartella clinica, la cui tenuta, conservazione e informatizzazione sono disciplinate dalla Legge regionale 14 dicembre 2007, n. 34.

L'utilizzo della scheda unica di terapia consente l'effettuazione della prescrizione scritta, evitando prescrizioni verbali da parte dei medici, e consentendo la corretta identificazione del prescrivente e le caratteristiche del paziente da parte dei farmacisti coinvolti nei processi terapeutici che prevedono la preparazione del farmaco e allo stesso tempo permette di evitare pericolosi passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica nel corso della somministrazione, conseguentemente permettendo un risparmio di tempo e garantendo nel contempo la piena tracciabilità, su un unico documento, di tutte le operazioni effettuate e dell'autore di ogni singolo intervento.

A seguito di un'indagine condotta nel corso del 2012 da parte dell'Unità Complessa Assistenza Ospedaliera pubblica e privata che ha evidenziato come l'utilizzo della stessa fosse diffuso alla quasi totalità delle strutture di ricovero, ovvero 23 delle 24 aziende sanitarie pubbliche e la totalità delle private accreditate, nel corso del 2013 la totalità delle aziende ha adottato tal strumento.

Da riportare inoltre come con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1099 del 18 agosto 2015, l'utilizzo della scheda unica di terapia, al pari dell'adozione delle procedure per l'identificazione del paziente



costituiranno dei requisiti per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, operanti in ambito regionale.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato S**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 17 Implementazione del “Codice etico” nelle Aziende Sanitarie.

**Titolo del progetto:** Valorizzazione delle competenze, formazione e audit, appropriatezza

Parte A) La valorizzazione delle competenze

La valorizzazione delle competenze professionali della risorsa umana delle organizzazioni rappresenta l'elemento cardine per la promozione dello sviluppo sociale ed economico della Comunità, in questo ambito l'impegno della Regione consisteva nel promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi al fine di conseguire l'implementazione delle migliori pratiche.

In linea con le progettualità proposte per il 2013, la Regione Veneto ha avviato un processo di riorganizzazione sia in termini organizzativi, veri e propri, che in termini di competenze clinico-assistenziali e organizzativo-gestionali (*case management*).

Con DGR 2271/2013 la Giunta regionale ha affidato al distretto numerosi obiettivi che per essere adeguatamente svolti comportano un necessario adeguamento delle competenze sul governo clinico secondo i principi di *clinical governance*, le cui componenti sono:

- il coinvolgimento degli assistiti,
- le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali,
- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale,
- la medicina e il nursing basati sull'evidenza,
- la gestione del rischio clinico,
- gli esiti e la loro misurazione,
- l'audit clinico, ivi compresi gli aspetti organizzativi ed assistenziali,
- la ricerca e lo sviluppo,
- la formazione continua,
- la valutazione del personale.

Inoltre, tra le altre novità organizzative introdotte è stato previsto l'inserimento, in staff al Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale, di una nuova figura di riferimento per il personale: la Direzione delle professioni sanitarie territoriali (UOS Professioni Sanitarie Territoriali).

A tale direzione compete:

- coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale, al fine di favorire una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multiprofessionale;
- partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali;
- supporto per l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del nursing case management;
- supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

Tale nuova organizzazione, differenziata tra ospedale e territorio ma allo stesso tempo integrata in un'unica Unità Complessa, consente una migliore analisi e quantificazione dei bisogni formativi delle singole figure professionali, garantendo un livello appropriato di assistenza equa ed uniforme nei vari *setting* assistenziali.

Parte B) La formazione

Il Piano Socio Sanitario Regionale colloca la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi volti al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza. La formazione e l'aggiornamento, a tutti i livelli, si concretizza quale leva del cambiamento, valorizzando da un lato le competenze professionali e dall'altro la centralità della persona nella presa in carico.

La nuova programmazione prevede infatti, in primis, la diffusione di una *vision* condivisa di sistema che sia a supporto del cambiamento, definendo azioni innovative che coinvolgano i diversi professionisti nel rispetto dei loro ruoli e delle loro competenze, sostenendo una gestione integrata tra Ospedale e Territorio, valorizzando la definizione e implementazione dei PDTA. Prevede poi la valorizzazione della formazione in tutte le sue accezioni: di base, specialistica/complementare e continua.

#### *Riorganizzazione complessiva del Sistema della Formazione per la Medicina Convenzionata*

Con la DGR n. 2065 del 19 novembre 2013 si è dato avvio al percorso di riorganizzazione complessiva del Sistema della Formazione per la Medicina Convenzionata (Coordinamento regionale per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria, Scuola regionale di formazione specifica in medicina generale, Formazione continua), al fine di adeguarlo a criteri di aderenza con la nuova programmazione regionale, a criteri di riqualificazione delle competenze, nonché a criteri di efficienza nell'uso delle risorse.

In particolare, nell'ambito della formazione specifica per la Medicina Generale, la DGR citata avvia con l'annualità 2013-2014 una fase di transizione preparatoria verso la riorganizzazione complessiva della Scuola regionale di formazione specifica in medicina generale.

Al fine di migliorare la dimensione della didattica e le correlate funzioni di assistenza e ricerca, a partire dall'annualità 2014-2015 è stato previsto di valorizzare le attività didattiche e tutoriali accentrando la parte teorica nei due Poli di Padova e Verona, anche per favorire il rafforzamento della collaborazione con l'Università.

#### Parte C) La metodica dell'audit

Il modello dell'audit in sanità consiste nell' "analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza medica (o sanitaria) che valuta le procedure clinico/organizzative utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli *outcome* risultanti e la qualità di vita per i pazienti". Esso si concretizza nell'iniziativa condotta dai professionisti per una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività con un atteggiamento di autovalutazione. Tale modus operandi rappresenta l'elemento facilitante per l'individuazione dei fattori che condizionano la buona pratica clinica, e incoraggia l'aggiornamento e il miglioramento, obbliga a misurare e allena nel confronto e interpretazione dei dati.

Nell'ambito delle Cure Primarie la Regione ha affidato tale compito alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, istituite con DGR n. 1666/2011 e integrata con DGR 2122/2013, indipendentemente che i medici in essa aggregati operino in medicina di gruppo, rete, associazione e singoli.

#### Parte D) Appropriatelyzza nell'erogazione delle prestazioni

Tale ambito è un argomento di interesse condiviso tra tutti gli attori del Sistema delle Cure, e concerne l'appropriatelyzza nell'erogazione delle prestazioni.

Al fine di conseguire una efficace ed efficiente programmazione delle stesse, la Regione Veneto ha avviato nel corso del 2013 alcune principali azioni strategiche.

#### *L'informatizzazione della Medicina Convenzionata*

Al fine di migliorare l'assistenza erogata, garantire la tracciabilità dei percorsi assistenziali, rendendo disponibili quelle informazioni utili ad erogare le cure e l'assistenza al paziente, nonché potenziare le attività di programmazione della Regione Veneto, con DGR 1753/2013 è stato definito il disciplinare tecnico atto all'applicazione delle disposizioni in materia di flussi nazionali e regionali contenute nella DGR n.953/2013.

#### *L'appropriatelyzza delle prestazioni quale obiettivo dei DG*

La Regione si era posta tra le attività strategiche per il 2013:

- il pieno coinvolgimento e *responsabilizzazione dei prescrittori*, in primis della medicina di famiglia, anche attraverso la diffusione di *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali* che consentano di individuare criteri oggettivi di appropriatelyzza e prioritizzazione delle prescrizioni. I percorsi assistenziali devono intendersi come modalità organizzate di svolgimento dell'assistenza, frutto di una metodologia e di un processo condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità

assistenziale, degli esiti, di sicurezza e soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell'uso delle risorse.

- l'ampliamento degli *orari di attività* dei servizi ambulatoriali e di utilizzo giornaliero (es. esteso alle ore serali 20-24) e settimanale (es. esteso ai festivi e prefestivi) delle apparecchiature diagnostiche.

Al fine di conseguire tali risultati, oltre alle strategie di coinvolgimento e sensibilizzazione degli operatori coinvolti, sono stati posti due obiettivi ai Direttori Generali per il 2014 (DGR 2533/2013):

- Obiettivo E.1: *“Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013”* mediante l'*“Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica”*;
- Obiettivo E.2: *“Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante”* attraverso il *“Mantenimento o Riduzione del Numero di prestazioni per Abitante al di sotto di 4”* e il *“Concorso alla diminuzione al numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS” da parte di tutti gli attori”*.

#### *Il potenziamento del ruolo del CUP Manager*

Come da progettualità per il 2013, la Regione si propone di potenziare il ruolo del CUP manager, ossia del coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, che ha il compito tra l'altro di verificare e controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa. La Regione, con DGR 2271/2013 pone a supervisione dell'attività dello stesso la nuova Unità Operativa Attività Specialistiche, inserita nella riorganizzazione distrettuale.

#### *Registro regionale GH*

E' stato implementato il Registro regionale GH (ormone della crescita) con applicativo regionale informatizzato, realizzato, gestito e mantenuto dal Coordinamento malattie rare regionale. Il sistema informativo regionale di prescrizione, dispensazione e monitoraggio dell'ormone della crescita ha la funzione di supportare la presa in carico dei pazienti in trattamento con GH, collegando tra di loro i vari professionisti della rete di assistenza regionale (chi prescrive, chi autorizza, chi controlla, chi dispensa: i Centri prescrittori autorizzati di terzo livello, i Centri periferici per il follow-up dei pazienti, i Distretti e i servizi ospedalieri e territoriali della Aziende ULSS di residenza e la Commissione regionale GH) e permette, nel contempo, il monitoraggio dell'efficacia, della sicurezza e dei costi, favorendo l'appropriatezza organizzativa ed economica. La creazione di un Registro ad hoc risponde alla necessità colmare il debito informativo verso il Ministero della Salute sulle prescrizioni GH, alla necessità di garantire appropriatezza (Nota 39) e sicurezza per un farmaco ad alto costo e delicato nella gestione, di supportare la presa in carico della persona, collegando i vari attori tra di loro, compreso il medico e il pediatra di famiglia che, grazie al sistema creato, sono coinvolti appieno nella gestione di trattamenti complessi e costosi prescritti da centri di terzo livello, non esclusi nella presa in carico del loro assistito, valorizzando il loro ruolo e la loro competenza.

Sono stati effettuati dei corsi di formazione presso la sede del Coordinamento durante il mese di ottobre 2013 all'uso dell'applicativo con la partecipazione degli utenti dedicati alla prescrizione e dispensazione del GH e al follow-up dei pazienti: medici dei centri autorizzati e dei centri satellite dedicati al follow-up, medici ed operatori del distretto, operatori dei servizi farmaceutici territoriali e farmacie ospedaliere. Complessivamente gli operatori formati sono stati 115.

Grazie a questa nuova gestione, i medici e pediatri di famiglia sono costantemente informati sulla prescrizione operata per il proprio assistito da parte di un centro di terzo livello, sulla farmacia ospedaliera che distribuisce (tramite distribuzione diretta, sulla base della prescrizione operata nell'applicativo da parte del centro di terzo livello) e sul centro che effettua il follow-up del paziente tramite la funzione del piano terapeutico personalizzato (PTP), che viene compilato direttamente tramite l'applicativo regionale dal centro autorizzato regionale o dal medico di distretto nel caso di pazienti seguiti fuori regione (sulla base del piano stilato dal centro fuori regione), viene stampato in due copie: uno per il paziente e uno per il medico o pediatra di famiglia.

*Gestione prodotti dietetici per persone affetta da malattie metaboliche ereditarie*

E' stato modificato il percorso di prescrizione e dispensazione dei prodotti dietetici per le persone affette da malattia metabolica congenita, prevedendo la dispensazione diretta, da parte delle Aziende ULSS, dei prodotti dietetici a base di miscele a composizione speciale, essenziali ed insostituibili nella dieta di soggetti con malattia metabolica congenita, con costi elevati, la cui tipologia e fabbisogno devono rigorosamente seguire la prescrizione medica alla stregua di veri e propri farmaci, mantenendo nelle farmacie aperte al pubblico la distribuzione, per tali pazienti, dei dietetici ipo/aproteici, quali succedanei di alimenti di uso comune.

Dal 2003, la prescrizione e dispensazione di tali prodotti per le persone affette da malattie metaboliche congenite è effettuata con procedura informatizzata tramite il sistema informativo dedicato alla presa in carico delle persone con malattia rara. Attraverso il sistema informativo, i Centri accreditati per malattie metaboliche prescrivono la dieta speciale personalizzata nella cartella informatizzata del paziente, i Distretti Socio-Sanitari di residenza degli assistiti stampano ed inviano i moduli delle diete mensili specifiche per patologia ed età, predisposti con supporto informatico e aggiornati ogni tre mesi, al domicilio dell'assistito, che, su presentazione in farmacia dei medesimi, ritira i prodotti dietetici. La nuova procedura si è resa necessaria per semplificare il percorso dei pazienti che, grazie all'immissione in commercio di prodotti sempre più costosi negli anni, ma più efficaci, si trovavano ad avere la necessità di percorsi autorizzativi locali. Pertanto ora i dietetici a base di miscele speciali e gli integratori sono erogati a favore dei pazienti che ne necessitano, da parte delle rispettive Farmacie ospedaliere di residenza, esclusivamente sulla base della prescrizione rilasciata dal Centro accreditato per le malattie metaboliche congenite, attraverso il PTP del paziente all'interno del sistema informativo del Registro delle Malattie Rare. L'erogazione di tali prodotti non è più assoggettata quindi a limitazione di spesa mensile, dipendendo unicamente dalla prescrizione medica personalizzata, senza necessità di ulteriori autorizzazioni. Mentre i dietetici costituiti da "prodotti ipo/aproteici" (pasta, pane ed alimenti affini, farine, complementari) sono erogabili, invece, a favore dei pazienti che ne necessitano, entro il limite dei nuovi tetti di spesa mensili pro-capite individuati per fasce di età e gruppi di patologia. La dispensazione di tali prodotti, continuerà ad attuarsi mediante l'utilizzo della modulistica mensile personalizzata per paziente, rilasciata dal sistema informativo del Registro Malattie Rare del Veneto ed inviata al domicilio dell'assistito dal Distretto Socio-Sanitario Aziendale di residenza, per la distribuzione di tali prodotti ipo/aproteici presso le farmacie aperte al pubblico. Tale gestione garantisce un percorso semplice e trasparente per il cittadino, che si trova a ricevere al domicilio i moduli da poter utilizzare in farmacia aperta al pubblico e ad avere le miscele, anche molto costose, senza necessità di autorizzazioni ulteriori. Inoltre persegue l'obiettivo dell'appropriatezza, con un controllo molto stretto della filiera del farmaco, dalla prescrizione alla distribuzione, con conoscenza in tempo reale dei costi, ma garantendo nel contempo ai cittadini che ne abbisognano di avere ciò che è loro necessario, in modo equo semplice e veloce.

Per la formazione all'utilizzo della nuova versione dell'applicativo, sono stati effettuati dei corsi di formazione presso la sede del Coordinamento durante il mese di ottobre 2013 con la partecipazione dei medici dei Centri di riferimento per malattie metaboliche congenite deputati alla prescrizione dei trattamenti, medici ed operatori dei Distretti, operatori dei servizi farmaceutici territoriali e delle farmacie ospedaliere. Anche in questo caso, grazie a questa nuova gestione, i medici e pediatri di famiglia sono informati della prescrizione operata per il proprio assistito da parte di un centro di terzo livello, della farmacia ospedaliera che distribuisce (direttamente, sulla base della prescrizione nell'applicativo da parte del centro di terzo livello) tramite la funzione del piano terapeutico personalizzato (PTP) che viene compilato direttamente tramite l'applicativo regionale dal centro autorizzato regionale o dal medico di distretto nel caso di pazienti seguiti fuori regione (sulla base del piano stilato dal centro fuori regione), viene stampato in due copie: uno per il paziente e uno per il medico o pediatra di famiglia.

Grazie all'utilizzo dei due applicativi descritti sopra, il medico di famiglia ha l'informazione completa sul proprio paziente, mantiene la sua competenza clinica di gestione complessiva dell'assistito e, nel contempo, il Centro di riferimento (di terzo livello) mantiene la responsabilità totale sulla prescrizione del farmaco o dei prodotti dietetici di sua competenza, senza necessità per il medico di famiglia di stilare ricette sulla base di prescrizione di medici di un centro di terzo livello e del paziente di fare code inutili presso l'ambulatorio per attività burocratico-amministrative.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato T**

**Linea progettuale:** All. A, Linea n. 18- Piano Nazionale Prevenzione

Titolo del progetto: Sorveglianza PASSI: attività di supporto e integrazione dei risultati con quelli prodotti dai sistemi di sorveglianza attivi in Veneto per la produzione di strumenti di comunicazione efficaci (contenuto nel Piano Regionale Prevenzione – DGR n. 3139 del 14/12/2010 – progetto 2.9.1).

Nel 2013 tutte le Aziende ULSS del Veneto hanno partecipato alla sorveglianza PASSI; ad eccezione dell’AULSS 14 di Chioggia e dell’Azienda ULSS 22 di Bussolengo che hanno raccolto 15 interviste al mese, in tutte le altre Azienda ULSS sono state eseguite regolarmente 25 o più interviste al mese.

Regione Veneto: Sorveglianza PASSI

		AULSS			
		partecipanti			
N. interviste		AULSS	con campione	Tasso di	Tasso di
		partecipanti	aziendale	sostituzione*	sostituzione**
2010	5242	18/21	16/18	12%	17%
2011	5501	18/21	18/18	14%	19%
2012	5901	20/21	18/20	12%	17%
2013	5460	21/21	19/20	13%	20%

\*Tasso di sostituzione: rifiuti, non reperibili

\*\*Tasso di sostituzione totale: sostituzioni per qualsiasi motivo (senza telefono, fuori range di età, rifiuti, non reperibili, ect.)

Dai gruppi aziendali PASSI delle Aziende ULSS sono stati prodotti rapporti, schede tematiche, articoli divulgativi in particolare sui temi di Guadagnare salute, ma anche sugli screening e sul rischio cardiovascolare. I materiali sono reperibili presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e sono pubblicati nei siti aziendali.

Per quanto riguarda i prodotti per la comunicazione dei risultati, a livello regionale sono state realizzate 4 schede tematiche su alcol, fumo, sovrappeso/obesità e screening. Inoltre i dati sono stati utilizzati in numerosi atti di programmazione regionale. Questo materiale è reperibile sul sito della Regione Veneto nell'area sanità/prevenzione.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		ATTESO	OSSERVATO
Numero di Aziende ULSS in cui la sorveglianza PASSI è condotta con continuità e numerosità campionaria sufficiente	Verbali degli incontri con i Coordinatori aziendali e sito passidati	19	21
Modelli e prodotti per la comunicazione delle diverse aree tematiche	Strumenti di comunicazione realizzati	5	22

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato U**

**Linea progettuale di collocamento:** All. A, Parte I, Linea n. 18 – Piano Nazionale della Prevenzione

Titolo del progetto: Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita.

Obiettivo Specifico 1 - Rete:

*Consolidamento della Rete Regionale per il Coordinamento dell'attività a livello Regionale/Aziendale e della Rete degli Esperti/ Project Leader Regionali sugli 8 determinanti. Attività di Help Desk per le Aziende Sanitarie della Regione.*

Sono proseguite le attività del Comitato Tecnico Scientifico per la realizzazione e il monitoraggio del Programma, formato da esperti nella promozione della salute e dai referenti a livello regionale dei progetti relativi agli 8 determinanti, ritenuti sinergici per l'efficace realizzazione del programma, nonché dai referenti regionali di alcune categorie professionali coinvolte nella realizzazione delle attività (PLS, MMG, Ostetriche, Assistenti Sanitari). Sono stati effettuati due incontri, il 13.11.12, di programmazione e approvazione dei piani aziendali, e il 19.9.13 con tema il consuntivo della seconda annualità e la programmazione della terza. L'incontro del 19.9.2013, ha visto una fase congiunta con il parallelo progetto per la promozione dell'allattamento materno, teso alla ricerca dei punti in comune e delle sinergie necessarie tra i due progetti, per una governance regionale più razionale delle tematiche preventive in ambito materno-infantile.

Il 30 gennaio 2013 è stato presentato e condiviso il nuovo piano di valutazione rivolto ai genitori centrato sull'emersione delle disuguaglianze in salute. Erano presenti non solo i referenti aziendali di GenitoriPiù ma anche, per la prima volta, i referenti aziendali per la Promozione dell'Allattamento al Seno e i referenti delle Diocesi Venete della Caritas ed è stata una occasione interessante per l'attivazione di reciproche sinergie. Molto interesse è stato mostrato dai partecipanti alla proposta presentata e infatti superiore alle aspettative l'adesione all'indagine.

Obiettivo Specifico 2 - Valutazione:

*Attivazione di un Service di dati alle Aziende Sanitarie aderenti al progetto. Avvio di un sistema di azioni coordinate a livello regionale per la valutazione dell'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti degli operatori e dei genitori sugli 8 determinanti. Diffusione dei dati.*

Completata l'elaborazione e l'analisi dei dati raccolti nel corso della ricerca effettuata nel corso della prima annualità (dati 2012) si è rilevato come i risultati dal punto di vista del Target Genitori rappresentino un preziosissimo database (n.6.246), rappresentativo statisticamente della popolazione veneta interessata e, per quel che riguarda gli operatori (n. 1590 ) un primo orientamento in attesa di raggiungere un campione rappresentativo sul piano statistico.

Tutta la già cospicua documentazione disponibile c/o l'U.O.S. S.P.E.S. va arricchendosi man mano che vengono fatte su richieste specifiche o per iniziativa dello staff nuove interrogazioni, con elaborazioni complesse che fanno emergere in modo indiscutibile l'importanza di una *equity lens* nella promozione degli 8 determinanti.

Come l'anno precedente tutte le aziende hanno ricevuto dagli operatori di Ca' Foscari i dati generali e disaggregati per il proprio territorio, relativi ai risultati della ricerca sugli 8 determinanti rilevati nel 2012, per riorientare la progettazione locale. Il service è stato interpellato per chiarimenti ed approfondimenti locali soprattutto in vista di attività formative anche in sinergia con la Ricerca sulle Scelte Vaccinali affidata dalla Regione al nostro Servizio. Questa attività one-to-one è stata privilegiata rispetto alla preparazione di database interrogabili on-line (pur prevista come obiettivo specifico) perché, ancorché più onerosa, è sembrata più produttiva dal punto di vista degli apprendimenti reciproci

Oltre alla restituzione in plenaria alle aziende sono state inoltre effettuate restituzioni mirate ai PLS a livello regionale e a livello locale, e i dati sono stati discussi in vista delle collaborazioni necessarie, anche con la Caritas.

Questo servizio proseguirà come previsto e in sinergia con le ricerche e le raccolte per flussi su tutta la Regione già avviate e/o in programma.

Sono stati effettuati n. 3 seminari ristretti (Periconcezionale: Folico/Alcol/Fumo, Allattamento, SIDS) di approfondimento con esperti a livello regionale e nazionale per una lettura ragionata dei dati e una valutazione dell'accuratezza degli strumenti di rilevazione. Si è trattato di riflessioni che hanno portato ad un approfondimento dell'interpretazione dei dati, con la produzione da parte dei colleghi statistici di analisi

multivariate per singolo determinante sulle variabili incidenti sui comportamenti dei genitori, di estrema rilevanza operativa.

Nel corso dell'incontro sulla SIDS si sono inoltre discussi e precisati nel dettaglio anche i contenuti della relativa Formazione a Distanza.

Nel corso dell'incontro sull'Allattamento si è curata la sinergia con il parallelo Progetto del Piano Regionale della Prevenzione.

Date le evidenze raccolte dalla ricerca 2012, è stato programmato un approfondimento sul tema delle disuguaglianze in salute. Il primo passo è stato l'affinamento di un questionario, sia sulla base delle esperienze precedenti, sia per una semplificazione per renderlo accessibile a categorie meno colte e di lingua straniera (tradotto in arabo, cinese, inglese, rumeno). La versione semplificata del questionario costituisce un patrimonio per indagini future, tenendo conto della rilettura effettuata anche in termini di mediazione linguistica-culturale di tutti gli items. I miglioramenti introdotti inoltre hanno tenuto il più possibile conto di una coerenza con la base di dati esistente per massimizzare la confrontabilità.

La somministrazione, mirata ad un target specifico, prevista in un primo momento in poche aziende, con il coinvolgimento di stakeholders (Caritas in primis) ha avuto un'adesione più diffusa sul territorio di quanto previsto (n. 18 territori aziendali).

È stata lasciata ai singoli territori la scelta dei filtri più idonei per raggiungere i genitori target, tra quelli individuati (Servizio Vaccinale, Punto Nascita, Pronto Soccorso Pediatrico, Consulenti Familiari, Pediatri di famiglia, Caritas) concordando le migliori modalità di somministrazione vista la delicatezza dei diversi contesti.

Sono stati raccolti in primavera 2013 n. 1.394 questionari.

Sul fronte dell'obiettivo di attivare un sistema di sorveglianza per flussi va registrata la decisione, in accordo con la Direzione Controlli e Governo del Servizio Sistema Informatico SSR e la direzione della Prevenzione, di rinviare la rilevazione tramite l'anagrafe vaccinale informatizzata (sistema ONVAC) a 3, 6, e 12 dei tassi di allattamento secondo i criteri OMS e delle abitudini al fumo delle famiglie, alla messa a regime del nuovo sistema.

### Obiettivo Specifico 3- Formazione:

*Consolidamento dell'attività formativa sugli 8 determinanti e sul Counselling per gli operatori e approfondimento secondo le priorità emerse dai dati rilevati. Riedizione mirata del percorso formativo Blended sul Counselling Vaccinale (sviluppato c/o ULSS n. 3).*

L'attività prevista dal programma per l'annualità in corso è stata positivamente conclusa.

È stata realizzata come da programmazione la 3° edizione della **FaD Blended sul Counselling vaccinale** con l'Ulss 8 di Asolo. La valutazione complessiva ha ulteriormente confermato la praticabilità e l'efficacia di un'attività, che ha utilizzato metodologie didattiche innovative e collaborative, che ha previsto il contributo esperienziale degli operatori, configurandosi, anche ai fini dell'accreditamento ECM, come Formazione Sul Campo.

Per problemi organizzativi interni, l'Ulss 4 di Thiene ha rinunciato alla formazione di approfondimento sul Counselling vaccinale liberando una quota economica a disposizione che si decide dopo un'attenta valutazione di investire nella realizzazione di Formazione a Distanza (**FaD**) **sulla prevenzione della SIDS.**

Questa iniziativa intende promuovere uno degli 8 determinanti sostenuti dal Programma, area dove persistono tuttora criticità, quali appunto l'adozione della corretta posizione del bambino in culla per la prevenzione della SIDS.

I dati di valutazione raccolti nel 2012 confermano infatti, pur con un leggero miglioramento rispetto alla precedente rilevazione del 2009, che solo il 57% circa dei genitori mette in posizione corretta il proprio neonato in culla (posizione supina) e soprattutto che solo il 74% circa degli operatori consiglia la corretta posizione in culla.

Alla luce di questi dati si mostra come molto opportuna una formazione che coinvolga gli operatori sanitari del Percorso Nascita delle Aziende Venete (Punti Nascita, Consulenti Familiari, Servizi Vaccinali e Pediatri di Famiglia- PdF). Il Corso intende dare rilievo all'importanza delle semplici pratiche quotidiane, che permettono di ridurre il rischio SIDS e del ruolo fondamentale, che hanno gli operatori sanitari a contatto con i futuri e neo genitori, nella promozione e diffusione dei comportamenti e delle attenzioni che, in un'ottica

di empowerment, essi possono mettere in atto per prevenire questa sindrome. Nel 2013 si è progettato, con il contributo di esperti di chiara fama a livello nazionale, il percorso e-learning che sarà implementato nella 1° metà del 2014 e verrà accreditato ECM come FaD a livello nazionale dall'agenzia selezionata attraverso le procedure vigenti, per minimo 2000 utenze, prevedendo circa 8-10 crediti per partecipante.

Si registra a livello aziendale un impegno diffuso nella formazione sulle tematiche di GenitoriPiù, nella maggior parte delle aziende; alcune con notevole coinvolgimento di operatori (10,15,16, Az. Osp VR e PD) in altre su tematiche approfondite (Ulss 6, 8).

Sono inoltre proseguite le collaborazioni con altre attività, anche Formative previste nelle Aziende dai vari progetti del Piano Regionale della Prevenzione, e in particolare con il percorso formativo sull'Alcol (*Non solo cura ma cultura, Programma per la prevenzione degli incidenti domestici*).

#### Obiettivo Specifico 4 – Promozione:

*Revisione/ristampa e produzione mirata di materiale divulgativo per la popolazione, comprendente aspetti multiculturali e di contrasto alle disuguaglianze in salute. Aggiornamento del sito WEB [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it).*

Nel 2013 non era prevista la produzione di materiale specifico, tuttavia da un lato per il maturare di nuove esigenze ed opportunità di promozione, dall'altro per economie di spesa su altre voci (coordinamento operativo, residui dei contributi aziendali, residui della formazione) è stato possibile produrre ulteriore materiale nonché affinare alcuni strumenti massmediatici esistenti.

Più precisamente ci si è concentrati, in analogia con le attività formative, sul tema della prevenzione della morte in culla, indicatore proxy del programma per la valutazione Ministeriale, rispetto alla quale si sono accumulate nel tempo nuove evidenze.

In sinergia con l'Associazione Nazionale "Semi per la SIDS" sono stati stampati (dopo idonea selezione del fornitore tipografico) 193.600 brochure bilingue (c.ca 4 anni), utilizzando il materiale più aggiornato e validato dalle principali società scientifiche pediatriche, coerente con i contenuti sia di GenitoriPiù che dei moduli della Formazione a Distanza predisposta.

Le risorse economiche rese disponibili sono state utilizzate anche per la revisione dello spot animato multilingue sull'acido folico che richiedeva maggior incisività, incaricando il professionista con cui era stata costruita la Campagna.

Circa il materiale cartaceo prodotto nel corso dell'intero programma si è avviata anche una ricognizione accurata, in sinergia con il Progetto Allattamento, della sua distribuzione per valutarne la capillarità, le modalità di consegna/accompagnamento, sia nei servizi del percorso nascita che presso i pediatri di famiglia. I dati raccolti dovranno ri-orientare le modalità di diffusione future che necessitano di un costante monitoraggio.

E' stato ulteriormente rinnovato il sito WEB [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it), puntando sul suo potenziamento e la sua valorizzazione come strumento di diffusione dei messaggi di salute il più possibile fruibile dalla popolazione, oltre che dagli operatori. Dopo una ricognizione a livello nazionale è stato selezionato, attraverso le procedure vigenti, un nuovo fornitore dei servizi sia web che editoriali. Sono state perfezionate le nuove modalità grafiche, più accattivanti e orientate fortemente al target genitori, per facilitare il loro accesso alle informazioni. Il restyling del sito ha previsto l'inserimento dei nuovi materiali e di nuove funzionalità di navigazione e di ricerca interna al sito, news a scorrimento e *cloud*. Il consolidamento del nuovo sito web prevede la revisione e l'integrazione delle pagine sulle azioni, la creazione di aree di approfondimento, l'aggiornamento continuo con news, la creazione e l'invio di newsletter periodiche, il potenziamento delle pagine dedicate alle ULSS

Tutta l'attività promozionale è stata pertanto riattivata grazie al criterio di ottimizzazione delle risorse.

#### Disuguaglianze in salute

Molta energia è stata dedicata per l'approfondimento dei dati raccolti nel 2012 nell'ottica delle disuguaglianze e per l'implementazione della rilevazione nel 2013 dedicata a questo obiettivo, tenendo in considerazione le buone pratiche in merito anche in collaborazione con varie organizzazioni ed enti (Medicina delle Migrazioni, Università di Torino, Caritas, ecc.).

Su un piano generale sono proseguite delle azioni per l'inserimento nel programma della attenzione a tutti i livelli sulle disuguaglianze in salute (rete, equity lens), e in particolare si è proseguita la collaborazione con



la Caritas Triveneto e con il Servizio di Mediazione Culturale dell'ULSS 20 per il raggiungimento degli obiettivi di salute del programma ai livelli regionale e locali nelle fasce di popolazione più svantaggiate. In particolare, per potenziare la collaborazione con la Caritas, è stata organizzata a Mestre una riunione nell'autunno 2012 con i responsabili dei Centri di Ascolto della Caritas di ogni Diocesi del Veneto con una parte dedicata all'approfondimento del Programma GenitoriPiù, e una parte dedicata al lancio della ricerca specifica (§ Valutazione).

Molto interesse è stato mostrato dai referenti dei progetti GenitoriPiù e Promozione Allattamento e dai referenti Caritas nel corso della riunione di presentazione della valutazione 2013, dedicata alle disuguaglianze, il 30.1.13, che è maturato in una alta adesione all'indagine (§ i 1394 questionari compilati).

L'attività svolta ha comportato da parte della Regione il coinvolgimento nel Progetto Europeo "Rethi" di membri dello staff del programma, in collaborazione con la direzione della Prevenzione, come riferimento delle attività di contrasto in ambito preventivo e, successivamente nel Gruppo di lavoro istituito dalla regione ai sensi della DGR 28 dicembre 2012, n. 2944 - *Approvazione delle linee di indirizzo relative alle disuguaglianze in salute ad integrazione del documento regionale di indirizzo (DGR 2028 del 3 agosto 2010) per la trasversalità tra le aree*: *istituzione di un gruppo di lavoro*".

Il lavoro sulle disuguaglianze in salute ha anche meritato l'attenzione al Seminario dove il poster "Salute per tutti. Una rete per il contrasto alle disuguaglianze nell' ULSS 20 di Verona" (di L. Simeoni et Al.) è risultato vincitore del 1° premio conferito dalla Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva "Giuseppe D'Alessandro" al 43° Corso residenziale: "Chi ha e chi non ha: le disuguaglianze di salute evitabili e le azioni di contrasto" Erice, 10-14 aprile 2013, c/o l' "Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture"

Tutto il lavoro e la ricerca svolti ha confermato la priorità di questa tematica nell'ambito della promozione della salute infantile (con particolare riferimento all' Early Child Development).

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Diminuzione di morbilità mortalità suscettibile (EBM) di prevenzione con le 8 Azioni. Proxy di processo: miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti nella popolazione sui singoli determinanti. Aumento delle competenze negli operatori sugli stessi determinanti.			
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		ATTESO	OSSERVATO
Aziende Sanitarie che aderiscono all'approfondimento delle disuguaglianze negli 8 determinanti	Adesione alla somministrazione di questionari specifici - 8 questionari restituiti	70%	74%
Genitori in situazione di svantaggio che fanno adottare la posizione supina in culla	Ricerca GenitoriPiù 2013 Setting specifici di somministrazione	Evidenza del dato (atteso intorno al 40%)*	Posizione supina in culla 2013: campione totale: 65,8% "gruppi svantaggiati": 42% (obiettivo raggiunto e superato)

\* Trattandosi di popolazione raggiunta probabilmente per la prima volta dai messaggi di GenitoriPiù (dato quest'ultimo da rilevarsi con un item specifico) il valore atteso è una stima del presumibile punto di partenza e non un parametro sul quale misura l'efficacia della promozione.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato V**

**Linea progettuale di collocamento:** All. A, Linea n. 18 Piano Nazionale Prevenzione

Titolo del progetto: Mantenimento ed estensione dei programmi di screening

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		ATTESO	OSSERVATO
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della cervice uterina (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	>85%	98,2%
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della mammella (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	>90%	100%
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore del colon retto (Numero di persone invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	>75%	95,2%
Numero di corsi realizzati per radiologi e tecnici dello screening mammografico	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	2	2
Numero di corsi realizzati per patologi dello screening mammografico	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	6	6
Numero di corsi realizzati per endoscopisti e infermieri dello screening colo-rettale	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	2	2

#### Estensione degli inviti.

Screening del tumore della cervice uterina. Complessivamente la popolazione obiettivo da invitare a inizio 2013 era pari a 1.354.326 donne, costituite dalle residenti di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Di queste, 161.817 donne sono state escluse dall'invito perché già affette dalla patologia, per aver effettuato recentemente il test spontaneamente o per altri motivi.

Complessivamente sono state invitate 398.020 donne, per un'estensione su base annuale pari al 98,2%, in linea con il target del progetto. La soglia prevista dell'85% è stata superata da 17 dei 21 programmi regionali. Si conferma l'obiettivo previsto per il 2014.

Screening del tumore della mammella. Complessivamente la popolazione obiettivo da invitare a inizio 2013 era pari a 629.027 donne, costituite dalle residenti di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Di queste, 77.751 donne sono state escluse dall'invito perché già affette dalla patologia, per aver effettuato recentemente l'esame spontaneamente o per altri motivi. Complessivamente sono state invitate 278.596 donne, per un'estensione su base annuale del 100%, in linea con l'obiettivo del progetto. La soglia prevista del 90% è stata superata da 17 dei 21 programmi regionali. Si conferma l'obiettivo previsto per il 2014.

Screening del tumore del colon retto. Complessivamente la popolazione obiettivo da invitare a inizio 2013 era pari a 1.173.020 persone, costituite dai residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni di tutte le Aziende ULSS (ad eccezione del programma dell'ULSS 20 di Verona che si rivolge, con una strategia mista rettosigmoidoscopia + test per il sangue occulto fecale, ai 60-69enni). Di queste, 102.970 persone sono state escluse dall'invito perché già affette dalla patologia, per aver effettuato recentemente l'esame

spontaneamente o per altri motivi. Complessivamente sono stati invitate 517.147 persone, per un'estensione su base annuale del 95,2%, in linea con il target del progetto. La soglia prevista del 75% è stata superata da 20 dei 21 programmi regionali. Si conferma l'obiettivo previsto per il 2014.

Si riportano in tabella i valori di estensione ottenuti da ciascuna ULSS per i tre screening nel 2013.

ULSS	Colorettale	Mammografico	Citologico
1 Belluno	112,2	99,2	104,5
2 Feltre	103,1	93,4	101,0
3 Bassano del Grappa	102,4	102,5	86,4
4 Alto Vicentino	104,3	101,0	106,1
5 Ovest Vicentino	85,6	81,0	83,0
6 Vicenza	105,7	120,6	107,9
7 Pieve di Soligo	113,0	97,7	97,5
8 Asolo	106,1	99,1	101,8
9 Treviso	97,1	102,6	101,1
10 Veneto Orientale	86,9	93,3	104,4
12 Venezia	89,0	111,3	74,6
13 Dolo	89,9	101,1	77,7
14 Chioggia	56,0 <sup>1</sup>	53,5	150,4
15 Alta Padovana	88,4	100,5	92,6
16 Padova	101,3	91,0	89,7
17 Este	83,8	100,6	82,1
18 Rovigo	79,2	88,5	94,4
19 Adria	84,8	103,6	112,8
20 Verona	77,9	114,2	109,4
21 Legnago	70,6	106,1	146,6
22 Bussolengo	111,2	88,9	99,5
<b>Veneto</b>	<b>95,2</b>	<b>100</b>	<b>98,2</b>

#### Formazione

Nel 2013 sono stati organizzati 13 incontri di formazione, per un totale di 872 partecipanti.

Di seguito l'elenco dei corsi.

#### 1. LA COMUNICAZIONE TELEFONICA E INTERPERSONALE CON GLI UTENTI NEL 1° LIVELLO DEGLI SCREENING ONCOLOGICI

Padova, 16 – 17 aprile e 6 giugno 2013

Partecipanti: 25

Crediti: 27

#### 2. LA COMUNICAZIONE DELLE CATTIVE NOTIZIE NEGLI SCREENING ONCOLOGICI

Padova, 9 – 10 maggio e 7 giugno 2013

Partecipanti: 23

Crediti: 26

---

<sup>1</sup> Per motivi organizzativi e per rispettare il periodismo degli inviti creatosi nel corso degli anni, il programma dell'ULSS 14 invita ad anni alterni la popolazione residente a Chioggia e quella dei comuni di Cavarzere e Cona, per cui il valore mostrato nel 2013 (56%) è compensato da quello dell'anno precedente (126%). Pertanto è da considerarsi di fatto raggiunta la soglia del 75% anche per il 2013.

**3. CASISTICA CITO-ISTOLOGICA AL MICROSCOPIO MULTITESTE CON VIDEOPROIEZIONE SIMULTANEA: CITOLOGIA e CORE BIOPSY”**

Vicenza, 21 febbraio 2013

Partecipanti: 16

Crediti: 5

**4. LESIONI MAMMARIE DA SCREENING: CASISTICA CITO-ISTOLOGICA AL MICROSCOPIO MULTITESTE CON VIDEOPROIEZIONE SIMULTANEA”**

Vicenza, 18 aprile 2013

Partecipanti: 28

Crediti: 6

**5. CASISTICA DI LESIONI MAMMARIE SCREEN-DETECTED AL MICROSCOPIO MULTITESTE CON VIDEOPROIEZIONE SIMULTANEA**

Vicenza, 6 giugno 2013

Partecipanti: 25

Crediti: 6

**6. LESIONI MAMMARIE SCREEN DETECTED: CASISTICA CITO-ISTOLOGICA AL MICROSCOPIO MULTITESTE CON VIDEOPROIEZIONE SIMULTANEA” VEN-FOR57174**

Vicenza, 26 settembre 2013

Partecipanti: 23

Crediti: 6

**7. CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN PATOLOGIA MAMMARIA DA SCREENING 2013**

FSC: 20 maggio 2013 – 28 dicembre 2013

Partecipanti: 43, crediti: 24

Garante: 1, crediti: 9

Responsabile Scientifico: 1, crediti: 21

Coordinatore gruppi di lavoro: 25, crediti: 3

**8. CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN PATOLOGIA CERVICO-VAGINALE DA SCREENING 2013**

FSC: 1 luglio 2013 - 29 novembre 2013

Partecipanti: 118, crediti: 24

Garante: 1, crediti: 12

Responsabile Scientifico: 1, crediti: 19

Coordinatore gruppi di lavoro: 32, crediti: 4

**9. CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IMMUNOISTOCHEMICO IN PATOLOGIA MAMMARIA DA SCREENING 2013**

FSC: 1 luglio 2013 – 28 dicembre 2013

Partecipanti: 58, crediti: 22

Garante: 1, crediti: 9

Responsabile Scientifico: 1, crediti: 21

Coordinatore gruppi di lavoro: 18, crediti: 3

**10. CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN PATOLOGIA COLORETTALE DA SCREENING**

FSC: 10 ottobre 2013 – 28 marzo 2014

Partecipanti: 22, crediti: 22

Garante: 1, crediti: 9

Responsabile Scientifico: 1, crediti: 21

Coordinatore gruppi di lavoro: 14, crediti: 3

**11. RIUNIONE ANNUALE SCREENING CERVICALE**

Padova, 19 novembre 2013

Partecipanti: 183

Crediti: 3

**12. RIUNIONE ANNUALE SCREENING COLORETTALE**

Padova, 4 dicembre 2013

Partecipanti: 96

Crediti: 2

### 13. RIUNIONE ANNUALE SCREENING MAMMOGRAFICO

Padova, 4 dicembre 2013

Partecipanti: 115

Crediti: 2

#### **Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato W**

**Linea progettuale di collocamento:** All. A, Linea n. 18 Piano Nazionale della Prevenzione.

Titolo del progetto: Programma di contenimento delle Malattie Infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio.

Obiettivo generale Miglioramento del sistema vaccinale e mantenimento delle coperture raggiunte.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

1. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale per i vaccini in calendario e consolidare la qualità dell'offerta vaccinale.
2. Perseguire un'adeguata formazione degli operatori dei servizi vaccinali e dei pediatri di libera scelta con particolare attenzione al personale di nuova assunzione. L'attività formativa sarà attuata con modalità blended/e-learning e con giornate residenziali/in aula per le seguenti tematiche:
  - Buone pratiche vaccinali
    - Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini; aggiornamento sulle controindicazioni vere e false e counselling in ambito vaccinale.
  - Morbillo e rosolia congenita nell'ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15
3. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali dei soggetti appartenenti a specifiche categorie a rischio (implementare le vaccinazioni anti-meningiti batteriche nei soggetti splenectomizzati di qualsiasi età, promuovere la vaccinazione anti-epatite A per i figli di immigrati che si recano in zone endemiche, promuovere la vaccinazione per la rosolia delle donne in età fertile).
4. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali per:
  - il vaccino antinfluenzale negli anziani e nelle categorie indicate dalla Circolare Ministeriale annuale
  - il vaccino antipneumococco nei soggetti di età uguale o superiore 65 anni e nelle persone a rischio di forme invasive
5. fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini.

Azioni principali.

Alcune Attività a Sostegno del Programma regionale di sospensione dell'obbligo vaccinale.

1. Informazione e sensibilizzazione della popolazione
2. Percorsi di formazione continua degli operatori sanitari (personale dei servizi vaccinali, pediatri di famiglia-PdF)
3. Controllo semestrale dei dati di copertura
4. Indagini conoscitive specifiche sui comportamenti dei genitori e sulle conoscenze degli operatori sanitari in ambito vaccinale
5. (Individuazione e vaccinazione di soggetti appartenenti a fasce deboli di popolazione (Ulss20: ROM, carcerati)

Per quanto riguarda la formazione per gli operatori dei servizi vaccinali, sono stati organizzati due corsi di formazione a distanza (FAD) nel 2010, il primo sulle "Buone pratiche vaccinali" e il secondo su "Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini".

Il corso master sulle “Buone pratiche vaccinali” è stato poi replicato a livello locale, nelle varie ULSS..

Nel 2013 è stata programmata e predisposta la FAD per la formazione a livello delle Aziende ULSS sulle “Reazioni avverse a vaccini”. Gli obiettivi del corso sono: aumentare le conoscenze e le competenze degli operatori vaccinali e dei pediatri di famiglia sulla gestione e comunicazione nell’ambito delle reazioni avverse. Gli obiettivi formativi del corso Fad sono:

1. acquisire consapevolezza sulle caratteristiche della scelta vaccinale e sulle criticità nelle conoscenze degli operatori sanitari sulle reazioni avverse
2. comprendere il fenomeno delle reazioni avverse a breve e a lungo termine riportate dai sistemi di rilevazione nazionale e regionale e le implicazioni medico-legali della pratica vaccinale
2. riconoscere e notificare un evento avverso
3. distinguere le vere dalle false controindicazioni ai vaccini
4. saper rispondere alle domande più frequenti dei genitori rispetto alla sicurezza dei vaccini

Il corso è rivolto al personale sanitario dei servizi vaccinali e pediatri di famiglia della Regione del Veneto, e si prevedono circa 1200 partecipanti. Le modalità didattiche sono e-learning. La diffusione del corso è prevista per il periodo gennaio-aprile 2014.

E’ stato ideato un libretto sulle reazioni avverse a vaccino contenente informazioni sulle malattie e un confronto tra i rischi delle stesse e i rischi delle vaccinazioni.

I principali argomenti trattati sono:

- i dubbi e le paure dei genitori, risposte alle domande più frequenti dei genitori
- l’offerta dei servizi
- la sicurezza dei vaccini
- le cose più importanti da sapere sulle malattie infettive prevenibili: confronto tra i rischi dovuti alle malattie e i rischi dovuti ai vaccini

Beneficiari	Indiretti: la popolazione regionale residente/domiciliata Diretti: nuovi nati (circa 45.0000/anno) Soggetti appartenenti alle categorie a rischio individuate		
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL’INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013	
		<b>ATTESO</b>	<b>OSSERVATO</b>
Mantenimento delle coperture vaccinali per i vaccini anti-difterite, tetano, poliomielite, epatite B.	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	95%	91%
Mantenimento della copertura per la vaccinazione MPR	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	92%	87%
Mantenimento del tasso di copertura vaccinale per l’influenza della popolazione anziana (≥65 anni)	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	70%	54,4%
Corsi FAD diffusione a livello locale, in tutte le Aziende	SISP Ulss 20	10%	Aggiornamento FAD (diffusione nel 2014)

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato X****Linea progettuale:** All. A, Linea n. 19 “Superamento OPG e Salute Mentale”

Titolo del progetto: Recepimento del Piano di azioni nazionali per la salute mentale. Applicazioni a livello locale del Piano, Individuazione e potenziamento delle aree suscettibili di miglioramento.

Nella seduta del 24 gennaio 2013 la Conferenza Unificata ha approvato il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) che impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili.

Buona parte delle azioni previste per le Regioni dal PANSM rientrano nella programmazione di settore già attuata o in corso di attuazione da parte della Regione del Veneto con particolare riferimento al Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale: triennio 2010-2012 (DGR n. 651 del 9 marzo 2010) e ai conseguenti provvedimenti applicativi.

Le aree che rimangono carenti nella programmazione regionale di settore, sono:

- Diagnosi e caratteristiche di base dei Piani terapeutici individualizzati (PTI);
- Trattamenti farmacologici e psicoterapici;
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
- Presa in carico dei disturbi di personalità;
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
- Contenzione e lavoro in SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura);
- Prevenzione e lotta allo stigma;
- Trattamento acuzie e emergenze;
- Percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità

**AZIONI/INTERVENTI SVOLTI E RELATIVI OBIETTIVI**

In attuazione al PANSM sono stati elaborati tre importanti documenti:

- “Le strutture residenziali psichiatriche per adulti” che si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.
- “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”. I trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale costituiscono un elemento importante dell'intervento in favore dei minorenni con disturbi neuropsichici; a fronte di ciò, sono del tutto diversificate le indicazioni normative e programmatiche sia a livello nazionale che locale; inoltre, nella maggior parte delle Regioni le strutture residenziali terapeutiche di NPIA non sono presenti né sono previste dalla normativa regionale, mentre la semiresidenzialità terapeutica, soprattutto psichiatrica, è carente in modo trasversale.

I servizi di NPIA trattano diverse tipologie di utenza: minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici, alcuni dei quali determinano disabilità complesse, associate o meno a disturbi comportamentali. A tal proposito, pur senza ricorrere a separazioni radicali, appare opportuno individuare risposte terapeutiche semiresidenziali e residenziali differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

- “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei DSM per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità”, che si propone di approfondire alcuni obiettivi prioritari, indicati nel PANSM, dedicati all'individuazione di percorsi di cura relativamente ad alcuni raggruppamenti

psicopatologici gravi che, in base ai dati dell'epidemiologia dei servizi, superano il 50% della prevalenza trattata e rappresentano la quasi totalità dei ricoveri ospedalieri in SPDC.

I percorsi di cura si focalizzano su quattro raggruppamenti patologici:

- i disturbi schizofrenici,
- i disturbi depressivi,
- il disturbo bipolare e
- i disturbi gravi di personalità;

per ciascuno dei quali vengono declinati razionale e raccomandazioni per ciascuna delle tre fasi di malattia individuate: a) presa in carico precoce, b) gestione della fase acuta, e c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale, sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità. Lo strumento principale per delineare i percorsi di cura è rappresentato da un set di indicatori sulla qualità organizzativa e di processo, ripetuti per ciascuno dei quattro raggruppamenti patologici e differenziati per gravità e per fase, scelti tra gli indicatori usati correntemente nella letteratura internazionale e collegati alle raccomandazioni delle principali linee guida.

**Relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 1112/2014 – allegato Y**

Linea progettuale: All. A, Linea n. 20 Sicurezza nei luoghi di lavoro.

Titolo del progetto: Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro

Obiettivi specifici	Indicatori	Standard attesi	Risultati raggiunti al 31.12.2013	Note
Vigilare sulle Unità Locali nel rispetto della pianificazione regionale definita nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 D. Lgs 81/08)	Numero di U. L. con almeno 1 dipendente o socio lavoratore sottoposte ad intervento di prevenzione (dati FLUSSI INAIL uscita primavera 2013)	almeno il 5 % Unità Locali con almeno 1 dipendente o socio lavoratore nel territorio regionale	5,6%	La percentuale è calcolata sul rapporto tra 13.229 U.L. sottoposte ad intervento di prevenzione (derivante dalla somma del numero di U.L. sottoposte ad intervento ispettivo pari a 12.954 e delle aziende che sono state oggetto di sopralluogo da parte degli SPISAL ai fini dell'emissione di pareri tecnici pari a 275) e 235.640 U.L. calcolate come numero di Posizioni Assicurative Territoriali INAIL con almeno 1 dipendente (o addetto speciale) oppure due artigiani, presenti nel territorio regionale al 31/12/2011.
	di cui cantieri edili	almeno 4.700 cantieri edili	4864	Delle 12.954 U.L. ispezionate, 7.456 sono appartenenti al comparto edilizia (pari al 57,5%). Esse sono state oggetto di intervento ispettivo in occasione di sopralluogo in cantiere. I cantieri ispezionati sono stati in numero pari a 4864 su 29.606 notifiche preliminari pervenute ex art. 99 D.Lgs. 81/08 (pari al 16,4%).



	di cui aziende agricole	almeno 1.050 aziende agricole	1107	Delle 12.954 U.L. ispezionate, 1.107 sono appartenenti al comparto agricoltura (pari al 8,5%).
Garantire le indagini per gli infortuni mortali, gravi e gravissimi e per le malattie professionali secondo la procedura regionale	Numero inchieste per infortunio concluse su numero infortuni selezionati da indagare ai sensi degli artt.589 e 590 c.p.	70%	72%.	1.680 sono le inchieste infortuni concluse su 2.234 infortuni selezionati da indagare ai sensi degli artt. 583, 589 e 590 c.p., pari al 72%.
	Numero inchieste per malattia professionale concluse su numero malattie selezionate da indagare ai sensi degli artt.589 e 590 c.p.	70%	77%	1.454 sono le inchieste per malattia professionale concluse su 1.888 malattie valutate.
Utilizzare il sistema informativo regionale Prevnet	Inchieste infortuni registrate in Prevnet / inchieste per infortunio attivate ai sensi degli artt. 583,589,590 c.p. (in riferimento ai casi pervenuti a conoscenza del Servizio nell'anno)	90%	100%	2.234 sono le inchieste infortuni registrate in Prevnet su 2.234 infortuni selezionati da indagare ai sensi degli artt. 583, 589 e 590 c.p..dagli SPISAL secondo la procedura regionale
	Verbali con prescrizioni impartite ai sensi del D.Lgs. 758/94 registrati in Prevnet / verbali con prescrizioni impartite ai sensi del D.Lgs. 758/94 per ispezioni effettuate nell'anno	90%	92 %	3.633 Verbali con prescrizioni impartite ai sensi del D.Lgs. 758/94 registrati in Prevnet su 3.949 verbali con prescrizioni impartite ai sensi del D.Lgs. 758/94 per ispezioni effettuate nell'anno
Garantire la sorveglianza sugli ex esposti a cancerogeni (amianto e CVM)	Numero di visite effettuate su ex esposti ad amianto su numero di richieste pervenute	$\geq 90\%$	100%	Sono state effettuate 1.013 visite su altrettante richieste effettuate da ex esposti ad amianto. A seguito di tale attività di sorveglianza sanitaria sono state effettuate: 282 TAC, 96 RX, 776 spirometrie e 86 visite specialistiche.

	Numero di visite effettuate su ex esposti a CVM su numero di richieste pervenute			Sono state effettuate 340 visite su altrettante richieste effettuate da ex esposti a CVM. A seguito di tale attività di sorveglianza sanitaria sono state effettuate: 271 ecografie, 7 TAC, 4 RX, 62 spirometrie e 7 visite specialistiche
--	--	--	--	--

**Aggiornamento della relazione sullo stato di avanzamento del progetto di cui alla D.G.R. n. 127/2013 – allegato Z**

Linea progettuale: ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2012: All. A – Parte II, Linea n.1 - Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità.

Titolo del progetto: Contrasto delle disuguaglianze in salute.

La Giunta Regionale con provvedimento DGR 157 del 26 gennaio 2010 ha approvato le linee guida per la predisposizione dei piani di zona, quale strumento di programmazione delle politiche sociali e socio sanitarie definite a livello locale per dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione, in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Nella programmazione delle politiche nei molti casi in cui ci si trovi di fronte a situazioni che comunemente vengono chiamate di “multi-problematicità”, l'organizzazione delle stesse e degli interventi per specifici target di utenza rischia di porre delle barriere alla capacità di presa in carico globale della persona e alla possibilità concreta di mettere in campo forme di risposta utili a far fronte all'insieme di bisogni. Vi sono, inoltre, alcune politiche e interventi che non si rivolgono esclusivamente a specifici target di utenza ma riguardano la popolazione in generale: in tali casi la definizione di politiche e la programmazione di interventi settoriali non risultano essere strategie appropriate per perseguire gli obiettivi prefissati. Per questo motivo, la Giunta Regionale con provvedimento DGR 2944 del 28 dicembre 2012 ha ritenuto opportuno inserire la tematica delle disuguaglianze in salute nella trasversalità tra le aree, trattandosi di un argomento che richiede un insieme di politiche e interventi rivolti alla popolazione in generale, al di là degli specifici target di riferimento in ciascuna area.

Nell'ambito della programmazione locale, i territori dovranno tenere conto di tali aspetti affinché la tematica delle disuguaglianze in salute divenga argomento da inserire tra le azioni da prevedere nell'ambito dell'area trasversale dei Piani di Zona. Pertanto, nei Piani di Zona, nel rispetto delle differenze specifiche di ciascun territorio, dovranno essere espresse le politiche definite a livello territoriale e gli interventi previsti finalizzati e:

- Garantire l'accesso all'informazione interna ed esterna relativa ai servizi sanitari e socio-assistenziali, per favorire la fruizione dei servizi stessi;
- Mappare le vulnerabilità, intendendo non solo le fragilità sociali e personali, ma anche i punti di fragilità del sistema;
- Attività di sensibilizzazione propedeutiche a sviluppare strategie a livello locale legate alla tematica specifica.

**STATO DI AVANZAMENTO DEI LAVORI**

Lo svolgimento del progetto ha previsto una serie di azioni/interventi da implementare nell'arco di 12 mesi, suddividendo il lavoro come segue:

Azione 1: Recepimento da parte delle Aziende ULSS del Veneto della tematica delle disuguaglianze in salute attraverso la programmazione locale di idonee azioni da inserire nell'ambito dell'area trasversale dei Piani di Zona.

Azione 2: Approvazione dei Piani di Zona con riferimento alle azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute.

Azione 3: Monitoraggio dell'applicazione locale delle azioni per contrastare le disuguaglianze in salute.

## AZIONI/INTERVENTI SVOLTI E RELATIVI OBIETTIVI

Nelle ripianificazioni dei Piani di Zona, le Aziende ulss hanno espresso gli interventi da porre in essere - ciascuna tenendo conto della peculiarità del proprio territorio – nell'ambito del contrasto delle disuguaglianze in salute.

Di seguito si descrivono le progettualità dell'Azienda Ulss 2 (bassa densità), Azienda Ulss 7 (media densità), Azienda Ulss 16 (alta densità) .

**Estratto dalla Relazione Valutativa (dati 2014) sul Piano di Zona 2011-2015 dell'Azienda ULSS n. 2 di Feltre (BL)**

PRIORITÀ'	POLITICHE
1) rischio di erogazione di aiuti alle persone in situazione di marginalità finalizzati al tamponamento di un'emergenza e non ad un concreto aiuto per il superamento di un momento di crisi	coordinare i soggetti preposti alla prima emergenza/accoglienza con quelli che si occupano di accompagnamento e re-inserimento
	individuare percorsi solidaristici e fondi integrativi al sistema attuale
	conoscere approfonditamente i soggetti che si muovono nel territorio, le tipologie di assistenza che possono offrire e le modalità di accesso
2) rischio di consolidamento di errati approcci al sistema di aiuto (pubblico, privato e del privato sociale), permettendo a poche persone di ottenere molto e a molte persone di non contare su nessun tipo di aiuto	avviare percorsi di formazione condivisa sulla metodologia di valutazione del bisogno
	elaborare e condividere un vademecum sulle modalità da seguire per l'erogazione di 'aiuto'
	individuare modalità similari a costruzione di banche dati o, comunque, intensificare il confronto con gli altri soggetti del sistema in merito ai cittadini che si stanno aiutando (verificare se il soggetto è già in carico ad altri servizi)
3) rischio di rendere inefficace ed inefficiente l'aiuto personale, strutturale ed economico messo a disposizione da un soggetto	avviare o implementare il coordinamento dei soggetti erogatori all'interno dell'ambito comunale
	indicare il luogo di residenza quale riferimento territoriale primario per cercare aiuto e sostegno e solo in seconda battuta rendere disponibile il proprio aiuto
	creare occasioni di scambio e di confronto a livello territoriale
	implementare il coordinamento e i momenti di confronto e scambio di buone prassi

Tabella 32 Prospetto delle priorità e delle politiche area marginalità ed inclusione sociale Piano di zona 2011-2015

## A LIVELLO NAZIONALE

Da un'analisi nazionale della situazione di inclusione sociale svolta da Caritas, emerge che non tutte le persone che si rivolgono alla Caritas si caratterizzano per una condizione di indigenza o vulnerabilità economica. Le problematiche che emergono sono di eterogenea natura, anche se in gran parte tendono a concentrarsi numericamente sulla dimensione dei bisogni materiali (reddito, lavoro, casa). Nello specifico, il problema più frequente degli utenti è quello della povertà economica (59,2% del totale degli utenti), seguito dai problemi di lavoro (47,3%) e dai problemi abitativi (16,2%). Poco significativi alcuni problemi che fanno registrare livelli di incidenza tutti inferiori al 9% (per esempio, problemi nelle relazioni familiari, legati alla condizione di migrante, di tipo formativo scolastico).

Tra gli italiani l'incidenza della povertà economica è molto più pronunciata rispetto a quanto accade tra gli stranieri (65,4% contro il 55,3%). Più elevata la presenza di problemi occupazionali tra gli immigrati rispetto agli italiani (49,5 contro il 43,8%). Interessante notare come i problemi familiari siano più diffusi tra gli italiani (13,1% rispetto al 5,7% degli stranieri), mentre la situazione appare rovesciata per quanto riguarda i problemi abitativi, più diffusi nella componente straniera dell'utenza (17,2% contro il 14,6%).

All'inizio della crisi economica si riscontrava una spiccata predominanza delle richieste legate ai beni materiali (beni primari, lavoro, denaro, casa), il panorama attuale evidenzia, al contrario, la tendenza ad un insieme di richieste più sbilanciato sulla dimensione orientativa e di segretariato sociale.

Al primo posto vi è sempre la richiesta di beni e servizi materiali, espressa da una parte cospicua di utenti (34,0%). Ma subito dopo non può essere ignorata la nutrita schiera di persone (26,8%) che

richiede l'attivazione e il coinvolgimento di soggetti ed enti terzi, sia di tipo ecclesiale sia del versante laico/istituzionale. In alcuni casi, tali richieste si riferiscono alle competenze di singoli professionisti; in altri casi si può trattare invece di richieste che prevedono l'attivazione multipla di enti e singole professionalità, sia in ambito pubblico, che privato. A tale propensione va, inoltre, accostata una quota significativa di utenti, pari al 10,3%, che richiede orientamento a servizi o informazioni su come accedere a misure/prestazioni socio-assistenziali disponibili nel territorio di riferimento.

Un aiuto economico è invece richiesto in modo esplicito da una minoranza di persone (10,7%). Sulla ridotta entità di tale forma richiesta può influire il fatto che la prassi dell'aiuto economico diretto appare in netto calo, anche a causa della crescente presenza di altri tipi di misure e servizi dedicati in modo specifico al sostegno economico (micro credito familiare o d'impresa, Reddito di Ultima Istanza, fondi diocesani di solidarietà, ecc.).

Le altre voci di richiesta fanno registrare livelli numerici poco rilevanti, tutti inferiori al dieci per cento circa degli utenti. Un ambito meritevole di commento riguarda la richiesta di lavoro, espressa in modo esplicito dal 8,3% degli utenti.

### A LIVELLO TERRITORIALE

Dall'analisi delle situazioni che si presentano ai servizi, si evidenziano in particolare i seguenti fenomeni:

- l'aumento del numero di persone che non percepiscono più gli ammortizzatori sociali, sono senza reddito e stanno utilizzando i loro risparmi (laddove presenti);
- l'incremento delle situazioni di morosità riferite al mancato pagamento dell'affitto o delle rate del mutuo contratto per l'acquisto della prima casa;
- la crescita progressiva di richieste di intervento economico per il pagamento di bollette (luce, gas, acqua e rifiuti);
- l'incremento di chi ha contratto debiti con Equitalia, o non ha pagato multe, bollettini, Inps, carte revolving, ecc.

Sono principalmente coinvolti nelle situazioni problematiche descritte:

- cittadini stranieri;
- uomini soli separati;
- lavoratori con contratti precari;
- pensionati che percepiscono la pensione minima;
- donne sole con bambini;
- uomini e donne over 50;
- famiglie ricostruite con adulti in situazioni problematiche.

I bisogni espressi e le richieste formulate sono molteplici e il loro peso varia e si modifica, così come cambia l'entità della domanda.

Tutti lamentano non solo la consolidata difficoltà a trovare lavoro o una nuova occupazione, se persa la precedente, ma anche la quasi impossibilità ad avere impieghi saltuari e "informali" (es. giardiniere, baby-sitter, assistente familiare, manutentore e similari).

Si ricorda che accanto a questi che possono essere annoverati come 'nuovi casi', vi è la permanenza di una fascia di persone che vivono ai margini in un costante stato di povertà, molti con problemi anche di carattere psichiatrico.

Le iniziative volte a fronteggiare questa situazione nel corso del 2014, sono state per lo più attivate dal terzo settore, con progetti volti ad offrire un contributo economico, il pagamento delle bollette, alloggi di prima e seconda emergenza, pacchi alimentari (a mero titolo d'esempio si ricordano Caritas, associazione San Vincenzo de Paoli, associazione Croce Rossa Italiana, diocesi e parrocchie, Istituto Carezoni Monego). I soggetti del privato sociale sono sempre più chiamati ad interventi di questo tipo, essendo ormai i comuni in difficoltà a causa delle numerose richieste che pervengono, tanto che molti enti locali sono stati costretti a sospendere l'aiuto consistente nel pagare utenze o affitti a causa delle troppe richieste.

Tra le iniziative attivate si ricorda il progetto 'Partire dai margini per risalire' che vede coinvolti tutti i comuni del territorio, l'A.Ulss n°2 di Feltre e la Caritas per un progetto che si basa sulla solidarietà territoriale per il sostegno lavorativo ed economico di persone che vivono una situazione di fragilità economica temporanea e che con un aiuto possono riuscire a riacquisire una propria autonomia di vita.

Nell'anno 2014 il Servizio Sociale Età Adulta e Anziana (SSEAA) è stato impegnato in questo progetto con la valutazione e individuazione di progetti specifici per le persone che vivono situazioni di marginalità sociale. A questo proposito sono state indette delle Unità di Valutazione Monoprofessionali dove in base ad un progetto predisposto dal singolo assistente sociale, la commissione ha valutato 63 persone come utenti del progetto.

Il SSEAA si è occupato, inoltre, di monitorare l'esito di questi singoli progetti nel corso di tutto l'anno.

## Estratto dalla Relazione Valutativa (dati 2014) sul Piano di Zona 2011-2015 dell'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo (TV)

In carenza di un sistema di interventi che affrontino i rischi legati a situazioni di povertà ed emarginazione a livello nazionale, nel corso del 2012 sono state formulate delle ipotesi progettuali propedeutiche a promuovere:

1. misure di sostegno al reddito familiare (di tipo sia continuativo sia occasionale), non necessariamente legate a programmi/percorsi di inserimento sociale o lavorativo: Reddito di Cittadinanza, "minimo vitale" o indennità *una tantum*;
2. strategie finalizzate a prevenire il rischio di povertà ed esclusione sociale provocato da condizioni di vulnerabilità sociale: l'attivazione di interventi di finanza etica, di accesso al credito o di prestiti sull'onore e misure finalizzate ad alleviare situazioni di temporanea emergenza attraverso la copertura di spese sanitarie, per l'affitto e per le utenze;
3. misure finalizzate a sostenere finanziariamente progetti del terzo settore rivolti alle marginalità estreme, quali: recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari, integrazione sociale di soggetti appartenenti alle fasce deboli, alloggi temporanei per situazioni di grave precarietà abitativa.

Tuttavia, gli interventi ad oggi realizzati si caratterizzano per un'eterogeneità nella distribuzione territoriale/locale e per una separazione tra assistenza economica e progetti personalizzati di inserimento sociale e lavorativo. In questa cornice il Piano di zona rappresenta lo strumento più adeguato per l'attivazione di risorse partecipate e progettualità condivise, valorizzando l'apporto dei diversi attori, istituzionali e non, della comunità locale.

In particolare, conoscere le risorse esistenti sul territorio ha comportato la consapevolezza della necessità di una progettazione mirata a livello locale al fine di privilegiare le reti di sostegno all'autonomia delle persone in situazione di povertà o a fonte rischio e la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli attori locali, dal punto di vista sia economico che sociale:

- 1) Amministrazioni comunali (minimo vitale, contributi economici una tantum, reddito di cittadinanza, prestiti sociali);
- 2) Provincia (progetti di formazione e collocamento, stage finanziati)
- 3) Regione e Fondo sociale Europeo (mobilità in deroga, progetti dedicati di riqualificazione, orientamento, sostegno al collocamento per svantaggiati o target specifici d'utenza)
- 4) INPS (ammortizzatori sociali per disoccupati o persone in Cassa integrazione)
- 5) Caritas (Fondo Solidarietà, aiuti alimentari, vestiario...);
- 6) Associazione San Vincenzo De Paoli (pagamento utenze domestiche, aiuti alimentari, vestiario...);
- 7) Croce Rossa Italiana (pagamento utenze domestiche, aiuti alimentari, vestiario...);
- 8) Organizzazioni del Terzo Settore.

### Politiche attuate nel 2014

Le principali Politiche attuate sono state:

- Individuazione spazio per pronta accoglienza (garantire un posto letto, pasto caldo, igiene personale nell'emergenza temporanea)
- Promuovere pari opportunità e dignità ai cittadini potenziando e ampliando le risorse e gli strumenti per garantire disponibilità di alloggio
- Sviluppo della rete di sostegno al reddito e delle opportunità di integrazione lavorativa.

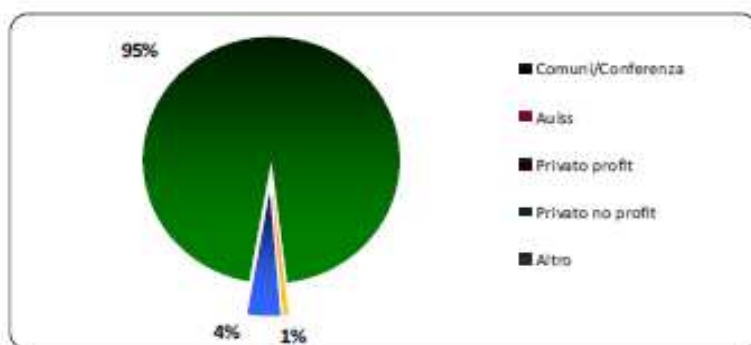
### Livello di sussidiarietà del sistema di offerta che caratterizza l'Area

Per fronteggiare il crescente aumento di situazioni di vulnerabilità sociale importanza fondamentale assumono le relazioni sociali, le reti di sostegno, i rapporti di solidarietà e sussidiarietà orizzontale, l'appartenenza a sistemi sociali ed aggregativi quali occasioni di scambio di risorse e condivisione di soluzioni di risparmio "informali".

Per contrastare i nuovi rischi di esclusione sociale servono quindi azioni concrete, opportunità da proporre ai cittadini con iniziative di sostegno al credito, al risparmio e al consumo sostenibile, la cui progettazione e gestione operativa deve avvenire in accordo tra realtà locali/istituzionali e sociali.

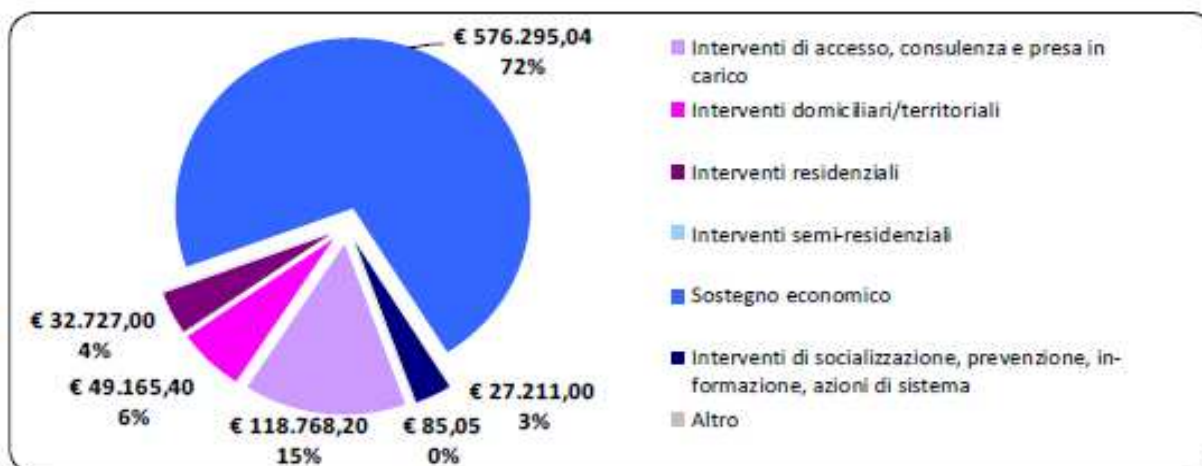
Il Gruppo di Area ha cercato di approfondire tale ambito mettendo in relazione le politiche di welfare ai temi scottanti del lavoro, del reddito e della "casa", guidato dal principio e dalla necessità di promuovere politiche integrate per affrontare la complessità di queste problematiche.

**Grafico 1 – Ripartizione dei finanziamenti per soggetto responsabile della gestione - anno 2014**



Le risorse complessive destinate all'Area Marginalità sociale sono state per l'anno 2014 complessivamente di € 804.251,69. Sono gestite quasi interamente dai Comuni/Conferenza per gli interventi di tipo economico, circa il 72% (contributi ad integrazione del reddito familiare, contributi per l'inserimento lavorativo) e a servizi di accesso, consulenza e presa in carico (tutte le attività di servizio sociale professionale, compresi gli interventi connessi al reperimento di alloggi).

**Grafico 2 - Ripartizione dei finanziamenti complessivi area marginalità per tipologia di intervento - anno 2014<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Interventi di accesso, consulenza e presa in carico: attività di Servizio Sociale Professionale, attività di supporto per il reperimento di alloggi, supporto all'inserimento lavorativo.

Interventi domiciliari territoriali: assistenza domiciliare, distribuzione pasti a domicilio

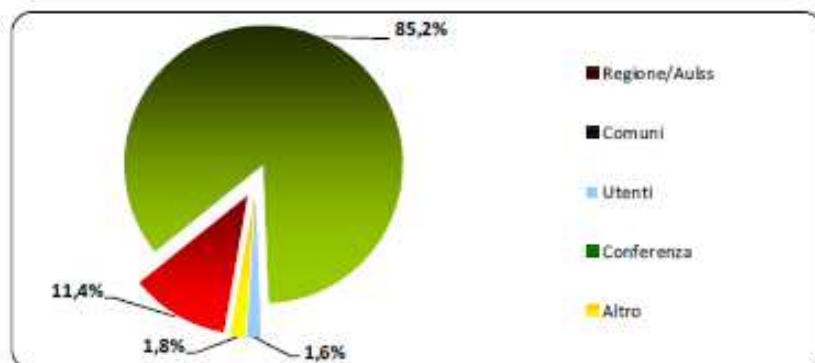
Interventi residenziali: comunità residenziali

Sostegno economico: qualsiasi tipo di contributo economico, comprese le integrazioni rette per prestazioni residenziali

Interventi di socializzazione, integrazione, prevenzione e azioni di sistema: interventi per l'integrazione sociale

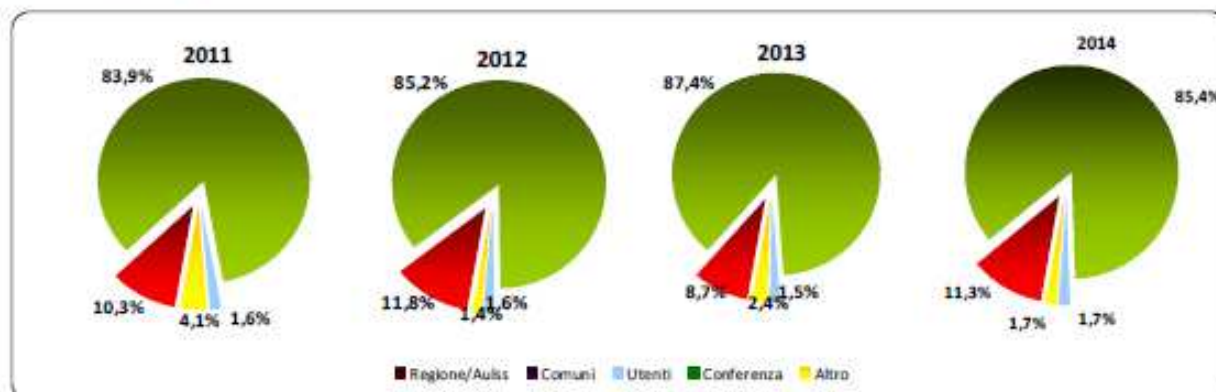


Grafico 3 - Ripartizione dei finanziamenti complessivi area marginalità per fonte



Le risorse regionali destinate a finanziare alcuni servizi e contributi Comunali ( come i sostegni economici per alloggi) rappresentano l'11,3% dell'ammontare complessivo; in lieve flessione rispetto al 2013 le risorse comunali, 85,4% (Grafico 4).

Grafico 4 - Interventi Comunali: distribuzione delle fonti di finanziamento



**B6.1 I RISULTATI E LE CRITICITA' DELL'AREA**

L'Area Marginalità ed Inclusionione sociale ha inteso avviare un approccio integrato fra le varie istituzioni e associazioni locali all'interno dei gruppi di lavoro costituitisi intorno alla realizzazione dei singoli progetti, per sostenere, in primo luogo, una riflessione condivisa sulla tematica.

Una particolare attenzione è stata rivolta alle azioni inserite nell'Area Traversale che affrontano bisogni simili e interconnessi pur rispondendo a destinatari diversi (minori, anziani, persone con disabilità).

E' emersa, in particolare, la necessità di approfondire l'identificazione di azioni volte a superare forme estreme di emarginazione al fine di rispondere in termini positivi alla soddisfazione di bisogni primari quali la cura della persona, l'alloggio anche quale risposta per una prima accoglienza (senzatetto).

Rispetto al programma di sviluppo dei progetti che costituiscono l'Area e dei progetti riferiti all'Area Trasversale interconnessi in sede di programmazione, si sono rese necessarie alcune modifiche organizzative che hanno determinato uno slittamento globale di alcune fasi, nonché il ridimensionamento/accorpamento di alcuni obiettivi.

Senza dubbio questa è un'Area per la quale, fra i diversi soggetti del pubblico, del privato sociale e del volontariato attivi sul nostro territorio, è necessaria una riflessione più accurata e un ulteriore approfondimento in termini di conoscenza non solo dei bisogni ma anche delle reciproche risposte che ciascun attore può offrire e delle strategie attivate e da attivare.

Anche per il 2014 si è confermata la consapevolezza della fragilità dell'Area e dei mezzi che si dispongono per poter contrastare le grandi e variegate problematiche connesse alla povertà ed alla emarginazione.

Sarà comunque necessario ridisegnare obiettivi, strategie e modalità organizzative per quest'area, partendo dalla necessità di un approfondimento sistematico del fenomeno locale della "vulnerabilità sociale" per favorirne una maggiore conoscenza; dall'altro è indispensabile un maggior coordinamento del lavoro fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale attivi sul territorio al fine di equilibrare e valorizzare programmazione e utilizzo delle risorse impegnate.

**Estratto dalla Relazione Valutativa 2015 (dati 2014) sul Piano di Zona  
2011-2015  
dell'Azienda ULSS 16 di Padova**

---

## PERSONE SENZA DIMORA

Negli ultimi decenni, in Italia, si è assistito al processo di invecchiamento della popolazione, al cambiamento della struttura dei nuclei familiari, al rafforzamento dei flussi migratori (in entrata ed uscita), alla precarizzazione del mondo del lavoro, con un forte aumento della disoccupazione e della disegualianza in un contesto di recessione economica.

I profondi cambiamenti e le dinamiche sociali ed economiche che si delineano in ambito nazionale si riscontrano anche a livello territoriale. Per il Veneto, il 2013 è stato un anno di recessione, durante il quale si è registrata una diminuzione del PIL regionale pari all'1.6%, così come è avvenuto per le altre principali regioni italiane (Unioncamere Veneto, 2013). Il prolungarsi della recessione, anche durante il 2014, ha pesato sulle condizioni economiche delle famiglie, che negli ultimi anni hanno accusato una progressiva riduzione in termini reali del reddito disponibile pro capite e un graduale impoverimento, sebbene il benessere medio regionale si ponga ancora ben al di sopra della media italiana. In questo contesto, in cui diminuiscono le risorse trasferite dallo Stato e alla luce dell'aumento nelle richieste di aiuti di assistenza sociale, gli enti locali veneti affrontano anche le difficoltà relative alla grave marginalità ed ai Senza Fissa Dimora che si ipotizzano essere circa 3.700 su tutta la regione Veneto (Regione Veneto, 2013).

Il territorio padovano è quello a più alta densità di popolazione della regione e rispetto alla complessità di bisogni presenti sul territorio, il Comune assieme al terzo settore ha predisposto e coordinato una rete di servizi a favore di persone in stato di grave emarginazione sociale. La rete formatasi vede al suo interno una complementarietà sia a livello istituzionale che a quello operativo, al fine di rispondere ai bisogni di coloro che si trovano in difficoltà socio-economica ed abitativa.

I diversi servizi offerti hanno visto attività preposte alla soddisfazione di esigenze primarie, quali l'alimentazione e i servizi igienici e bisogni secondari, proponendo un sostegno psicologico, fornendo assistenza sanitaria, supporto all'accesso ai servizi di welfare, mettendo a disposizione luoghi in cui i beneficiari possono sviluppare capacità relazionali e percorsi di autonomia con l'obiettivo di favorire percorsi di reinserimento e, quando possibile, di prevenzione al fenomeno di grave disagio.

Come è emerso durante la stesura del Piano di Zona 2011/2015 alla Priorità n. 3 dell'area tematica "Marginalità Sociale", risulta essere essenziale favorire percorsi individualizzati volti al reinserimento sociale e lavorativo delle persone in situazione di povertà estrema, al fine di rafforzare ed implementare i processi di empowerment della persona. Si è così cercato di non offrire un sostegno in un'ottica puramente assistenziale, bensì di accompagnare e guidare i diversi soggetti affinché potessero essere protagonisti del loro cambiamento attraverso un percorso individualizzato. Tali soggetti vivono infatti la presenza contemporanea di bisogni e problemi diversi per i quali esiste la concreta difficoltà di individuare risposte appropriate. E' quindi necessario valutare il percorso di emarginazione di ogni singola persona e le sue risorse personali, creando specifiche modalità di intervento quali percorsi di accompagnamento e affiancamento sociali individualizzati.

Come durante la precedente annualità, si è rafforzato il sistema di accoglienza mediante strutture di II accoglienza e gruppi-appartamento. Si è potenziata la rete di accoglienza, in modo particolare per le donne promuovendo e supportando percorsi individualizzati in collaborazione anche con Caritas Diocesana di Padova che ha promosso un processo di rete con il privato sociale in questo ambito specifico.

Nel corso del 2014, grazie anche al finanziamento della Regione Veneto (PALIS) si è potuto, inoltre, sostenere ed affiancare la persona nel periodo immediatamente successivo alla dimissione dalla struttura per un monitoraggio delle competenze acquisite e per favorire il suo inserimento nel contesto abitativo e sociale.

Relativamente all'Asilo Notturmo, viene confermata la scelta di introdurre una quota di compartecipazione mensile (pari a 250 euro) a carico dei Comuni di provenienza dei soggetti non residenti a Padova. L'Asilo Notturmo si conferma essere una struttura indispensabile per il target di riferimento. Le richieste di accoglienza infatti sono continue ed, in particolar modo nel

periodo invernale, la struttura si presenta fondamentale a tutela delle persone senza fissa dimora.

Si mantiene il servizio di Ambulatorio Medico presso l'Asilo Notturmo introdotto nel 2009, che prevede la presenza del medico una volta alla settimana. Tale servizio permette di sottoporre gli ospiti a visita medica ed esami clinici di base, preventivi all'accoglienza, previsti dal protocollo (schermografia torace e analisi del sangue). I medici del servizio ambulatoriale sono anche disponibili ad effettuare controlli e visite mediche, in caso di necessità, agli ospiti inseriti in struttura. Il servizio ambulatoriale risulta essere una misura di prevenzione e controllo sanitario.

Servizio di fondamentale rilievo è l'Unità di strada che garantisce un monitoraggio e l'intervento sul territorio.

Anche per la stagione invernale 2014/2015 il Comune di Padova – Settore Servizi Sociali ha attivato il piano straordinario di Accoglienza Invernale delle persone senza dimora che gravitano nel territorio della città. Il Comune si è valso della partnership di Caritas e di una rete di Enti e Associazioni del Privato Sociale in una logica consolidata di collaborazione paritaria tra pubblico e privato. Negli ultimi anni è venuto meno il finanziamento regionale e si attinge interamente alle risorse del Comune, oltre naturalmente a quelle messe in campo spontaneamente dal Privato Sociale.

Le ormai consolidate azioni di accoglienza delle persone senza dimora e di monitoraggio e aggancio delle persone nel territorio della città, rispondono ai seguenti obiettivi strategici:

- a) offrire una risposta sociale e sanitaria di primo livello ai bisogni delle persone che si trovano in strada nel periodo invernale;
- b) agganciare le persone per promuovere percorsi di emancipazione dalla condizione di marginalità sociale;
- c) aumentare la sicurezza sociale della città riducendo il numero di persone che, in situazione di disperazione, possono mettere in atto comportamenti illeciti;
- d) promuovere una sensibilità nei confronti della problematica della marginalità, richiamare volontari e persone interessate che maturano sé stessi attraverso queste esperienze di vicinanza al disagio sociale estremo.

Operativamente, si è creata una rete straordinaria di Strutture di Accoglienza (stanze attrezzate presso Parrocchie, Appartamenti protetti, Ex Scuola Gabelli) in aggiunta ai posti letto all'Asilo Notturmo del Comune e a tutte le altre Strutture di accoglienza funzionanti durante tutto l'anno. Tale rete è stata coordinata dalla sede della Casetta Borgomagno dove ogni giorno si sono accolte le richieste di posto letto e si sono accompagnate le persone alle strutture.

Inoltre è stato attivato un servizio di assistenza sanitaria medico infermieristica e di counselling socio-sanitario, svolto ogni sera dalla Croce Rossa Italiana o da un Équipe del Dipartimento per le Dipendenze. E' infatti nota l'importanza che sia garantita un'attenta sorveglianza sanitaria a questa fascia di popolazione ad elevato rischio: la salute pubblica è garantita a partire dai servizi che vengono offerti a queste persone che spesso non accedono ai medici di medicina generale.

E' stato previsto il coordinamento delle attività delle Unità di Strada della Croce Rossa Italiana, dell'Associazione Noi sulla Strada, dell'Associazione di Sant'Egidio e dei Guardian Angels. Interamente composti da volontari, gruppi di persone specificamente formati si sono spostati su aree della città preventivamente divise per avvicinare le persone che dormono per strada, creare vicinanza e ascolto, distribuire coperte e generi di prima necessità, orientarli o accompagnarli verso i servizi e sportelli che possano aiutarli a prendersi cura di se stessi e farsi aiutare.

Rispetto ai servizi di seconda accoglienza la Casa di Accoglienza gestita dai Padri Rogazionisti, ha proseguito con l'accoglienza di persone adulte senza dimora, così come l'adiacente centro diurno "La Bussola", gestito dalla Cooperativa "Gruppo R", che oltre a fornire ristoro e riferimento per molti senza dimora, distribuisce mediamente 30 pasti giornalieri. Entrambi i servizi (inclusa la gestione degli appartamenti di seconda accoglienza del Gruppo R) vengono svolti anche in convenzione con il Comune di Padova.

**Criticità** emersa negli ultimi anni è stata, come anche rilevato dall'ULSS 16, la difficoltà di reperire un'accoglienza/alloggio per le persone senza fissa dimora con patologie sanitarie che

necessitano di un ricovero ospedaliero o/e di cure sanitarie che obbligano la persona ad un periodo di convalescenza pre e post ricovero. I dormitori presenti nel territorio dell'ULSS 16 sono infatti adeguati alla sola accoglienza notturna.

Il tema dell'assistenza sanitaria alle persone senza fissa dimora è stato evidenziato anche a livello nazionale alla Commissione Igiene e Sanità. Infatti, tutte le persone senza dimora sono potenzialmente prive di residenza anagrafica e quindi, non possono accedere al servizio sanitario nazionale, a cure continuative, alla scelta di un medico di base per ottenere la prescrizione di farmaci o di visite specialistiche, ecc..

## **PERSONE VITTIME DI TRATTA E SFRUTTAMENTO SESSUALE**

Il Comune Padova fa parte della rete regionale del sistema di assistenza alle vittime di tratta che è inserito nel sistema nazionale di interventi antitratta finalizzati a creare condizioni per favorire l'emersione, l'identificazione, la protezione e l'inclusione sociale di queste persone.

Nell'anno 2014 il Comune di Padova ha mantenuto le azioni già messe in atto precedentemente, con una particolare attenzione al lavoro di rete tra gli enti locali e i diversi soggetti attuatori delle strutture accreditate facenti parte del sistema regionale antitratta del Veneto.

L'attività, si esprime in un lavoro di valutazione e trattamento di singoli casi che nel periodo considerato hanno riguardato 10 persone.

Di centrale importanza è la collaborazione con l'Unità di Crisi e Valutazione del Comune di Venezia che si occupa della gestione immediata delle situazioni di sfruttamento che via via emergono, attraverso azioni di identificazione, protezione, accompagnamento legale ed accoglienza in strutture protette, interventi questi propedeutici allo sviluppo di un percorso individuale di assistenza ed integrazione sociale attraverso una presa in carico di queste persone da parte del servizio sociale.

Le azioni in continuità hanno riguardato inoltre:

- l'attività dell'Unità di Strada che facendo parte della rete regionale delle U.di S., consente la mappatura del fenomeno in tempo reale in tutta la regione Veneto e in questo modo si riesce ad ottenere una visione ad ampio spettro di questa realtà attraverso una rappresentazione della situazione anche rispetto ai movimenti di persone nei diversi territori. I contatti in strada sono stati 721 per un totale di 205 soggetti avvicinati, rispetto ai quali gli operatori sono intervenuti a livello informativo ed educativo. Si fa presente che una persona può essere contattata più volte (dati ricavati dal Progetto Palis - Piano Azioni di Inclusione Sociale).

Gli accompagnamenti sanitari si sono realizzati attraverso una collaborazione tra gli operatori della Unità di Strada e la Struttura Immigrazione dell'Azienda ULSS 16 Padova e rappresentano un punto di integrazione tra l'intervento sanitario e l'aggancio delle persone dedite alla prostituzione finalizzato in prospettiva anche all'emersione.

Gli accompagnamenti sanitari sono stati 133 per un totale di 44 persone (si precisa che la stessa persona può essere stata accompagnata più volte).

Altra azione di fondamentale importanza è quella relativa alla sensibilizzazione sul complesso fenomeno della tratta attraverso incontri mirati nelle scuole superiori.

L'associazione Welcome e l'Associazione Diritti Umani hanno coinvolto 23 classi per un totale di 564 studenti. Gli Istituti Superiori interessati a tale attività sono stati: Istituto Leonardo da Vinci, Istituto Severi, Liceo Tito Livio, I.T.C. Einaudi, ITS Belzoni, Liceo Duca d'Aosta, ITC Calvi. Si sono tenuti inoltre incontri con gli insegnanti delle stesse classi per un sostegno al confronto con i ragazzi su temi specifici.

Il Comune di Padova collabora inoltre con la Caritas Diocesana di Padova che gestisce lo sportello donna che nel 2014 ha incontrato 43 donne riconducibili ad un passato di vittime di tratta.

## CARCERE ED ESECUZIONE PENALE ESTERNA

Durante l'anno 2014 sono state implementate le attività avviate dal piano precedente considerando le seguenti priorità di intervento:

- Miglioramento della vita carceraria e tutela della salute;
- Percorsi individualizzati volti al reinserimento lavorativo e sociale;
- Attività di prevenzione ed educazione alla legalità.

Il Piano Cittadino per il Carcere cofinanziato dal Comune di Padova e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo ha visto realizzate le azioni di seguito elencate:

### 1 - Implementazione della biblioteca multietnica della Casa di Reclusione

Il progetto aveva come finalità generali il consolidamento dell'attività di gestione libraria e l'incremento di alcuni aspetti della stessa, la fruizione della biblioteca da parte di sezioni escluse per motivi giuridici o di sicurezza, l'incremento della rete di collegamento ai piani tramite persone detenute e l'incremento del prestito interbibliotecario.

Oltre agli obiettivi sopra citati sono state consolidate le attività già realizzate durante le passate annualità ed in particolare il 2014 ha visto realizzato lo sviluppo di un modello di biblioteca diffusa grazie ai seguenti interventi:

- 1) la formazione mirata per il bibliotecario sia nell'ambito della catalogazione e formazione del catalogo, che nella reference con il pubblico;
- 2) la formazione specifica dei referenti di piano per l'utilizzo del catalogo informatico (presente nei PC nei piani detentivi);
- 3) la fruizione della biblioteca ampliata alla sezione Alta Sicurezza con accesso mensile sia per prestito/restituzione libri, che per un corso di scrittura, tenuto da un gruppo di volontari;
- 4) incontri programmati con cadenza bimensile con tutti i rappresentanti delle sezioni, comprese le sezioni protette e alta sicurezza.

I principali risultati qualitativi ottenuti sono stati in termini di crescita significativa del ruolo della biblioteca come motore di iniziative culturali con un notevole incremento di detenuti che accedono in modo attivo alla stessa.

### 2 - Servizio di ricerca lavoro per reinserimento sociale al termine del periodo di reclusione

Le attività sono state realizzate prevalentemente nell'ambito dello Sportello di Orientamento Giuridico e Segretariato Sociale, attivo all'interno della casa di Reclusione di Padova dal 2007 (e dal 2001 nella Casa Circondariale). L'Associazione Granello di Senape, nella gestione e organizzazione dello sportello, ha dialogato con diverse realtà, sia istituzionali tra cui la Direzione del Carcere, l'UEPE, il Settore Servizi Sociali del Comune di Padova, sia del privato sociale tra le quali il Gruppo Operatori Carcerari Volontari, di cui fa parte un volontario che ha partecipato attivamente allo sportello.

L'attività si è concentrata maggiormente sulle azioni propedeutiche all'uscita dei detenuti con fine pena entro 18 mesi, nell'organizzazione dei colloqui individuali.

Sono state curate in particolare il rinnovo delle carte d'identità, la preparazione della documentazione necessaria alle diverse pratiche burocratiche, la mediazione tra l'istituzione penitenziaria e le realtà esterne. In alcuni casi è stato supportato e mediato l'ingresso di notai, funzionari comunali, che dovevano entrare in carcere, nonché la presenza di una persona che verificasse preliminarmente la documentazione necessaria alle diverse pratiche.

Nel periodo in questione all'interno della casa di Reclusione, sono stati effettuati 752 colloqui individuali. Le richieste più frequenti riguardavano la previdenza sociale, la consulenza giuridica, questioni pratiche (come contattare avvocati o consolati), rinnovo patenti e inserimento sociale. Il 40% delle persone che si sono rivolte allo sportello sono italiane.

Per quanto riguarda la casa Circondariale sono stati effettuati 45 colloqui (95% italiani), le richieste sono state in particolare di chiarimenti sulla situazione giuridica e su questioni di previdenza sociale.

### 3 - Servizio di assistenza e accoglienza dei detenuti

L'associazione Gruppo Operatori Carcerari Volontari ha garantito l'attività che si è svolta sia all'interno dei due Istituti carcerari, sia all'esterno, con la gestione della casa di

accoglienza per i detenuti e i loro familiari "Piccoli Passi" di via Po'. Alcuni volontari hanno infatti garantito ogni giorno la loro presenza presso la casa per il suo buon funzionamento. Di notevole rilevanza all'interno della casa di Reclusione è stata l'attività dei "gruppi di ascolto", gestiti per tutto l'anno nei vari piani da 30 volontari, secondo turni prestabiliti che hanno assicurato una costante presenza settimanale. Il servizio di ascolto è stato esteso ai detenuti internati provenienti dal carcere terremotato di Reggio Emilia.

L'attività vuole garantire al detenuto un momento di ascolto utile per risolvere urgenze di ordine pratico nei rapporti con il mondo esterno in particolare con la propria famiglia e per eliminare difficoltà e incomprensioni, magari aggravate dall'istituzionalizzazione, che potrebbero influire negativamente sul suo comportamento.

Oltre al sostegno e alle varie forme di vicinanza e solidarietà, i volontari hanno cercato di dare risposte ai bisogni generali di più immediata necessità come la fornitura di vestiario, scarpe, occhiali e di prodotti per la pulizia e l'igiene personale, nonché di contributi economici nei casi di piccole necessità quali ad esempio la telefonata ai propri congiunti o l'acquisto di occhiali da vista. Sono state inoltre promosse attività ricreative quali pittura, hobbistica, canto, musica e scrittura.

Dal 2003 l'Associazione ha proposto la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra l'Università di Padova e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per il riconoscimento del diritto allo studio universitario; attualmente i detenuti iscritti ai vari corsi di laurea sono 46.

Per quanto riguarda l'accoglienza presso la casa Piccoli Passi il detenuto durante il soggiorno è libero di gestire il proprio tempo, di accogliere i propri familiari e di trascorrere con loro anche le ore notturne.

#### 4 - Progetto "Il carcere entra a scuola. La scuola entra in carcere"

Il progetto, avviato nell'anno scolastico 2011/2012 con alcuni gruppi di insegnanti all'interno della struttura carceraria, ha visto coinvolte in quest'ultima annualità: la Direzione del carcere che ha accolto tale attività; un gruppo di lavoro che ha curato nei dettagli ogni incontro; persone detenute disposte ad un confronto onesto con gli studenti; insegnanti disposti a partecipare attivamente a questo percorso con i loro studenti.

Le finalità sono quelle di far conoscere ai docenti, agli studenti e alle famiglie la realtà del carcere, delle pene, dei percorsi che portano all'illegalità. Le attività proposte sono state: testimonianze dei detenuti e dei loro familiari, incontri con gli operatori carcerari (Direttori, Educatori, Magistrati di Sorveglianza, Insegnanti, Assistenti Sociali, Psicologi, Operatori volontari, Agenti di Polizia Penitenziaria, ecc.) laboratori di scrittura e, a conclusione del percorso, una visita all'interno della Casa di Reclusione di Padova. Il confronto tra persone detenute e studenti ha avuto quindi l'obiettivo di responsabilizzare i primi e di prevenzione per i secondi. I detenuti mettono a disposizione il racconto della propria esperienza deviante affinché gli studenti capiscano che il reato non lo compiono "i predestinati" ma persone che non hanno saputo "pensarci prima" e scegliere.

Il progetto si è articolato in una serie di percorsi ad hoc all'interno delle realtà scolastiche che hanno affrontato nei vari gruppi di alunni e insegnanti i seguenti temi: il disagio minorile, la giustizia penale minorile, la detenzione femminile, i percorsi di vita dei detenuti, le riflessioni sui reati e sulle pene, l'evoluzione della struttura penitenziaria in Italia e le diverse figure professionali che operano in carcere.

Ogni percorso è stato tarato in base alle esigenze di approfondimento del singolo gruppo di studio sia da un punto di vista temporale, sia da un punto di vista contenutistico.

Nel progetto sono state coinvolte complessivamente 280 classi appartenenti a 30 Istituti Superiori di Padova e Provincia, 3 Scuole Medie Inferiori per un totale di 60 incontri, più giornata conclusiva.

#### 5 - Ampliamento della biblioteca multietnica presso la Casa Circondariale

La presenza di una biblioteca funzionante all'interno della Casa Circondariale rappresenta un elemento di pregio vista la temporaneità che caratterizza la permanenza dei detenuti in questa tipologia di Istituti Penitenziari nei quali la maggior parte degli ospiti è di "passaggio" ed è comunque proiettata psicologicamente verso il mondo esterno.

Alla luce di questo contesto la prima finalità del progetto è stata il consolidamento e l'ampliamento del servizio attraverso in particolare:

- la gestione della dotazione libraria (riordino e scarto);
- la creazione di una biblioteca itinerante vicina alle sezioni detentive;
- l'aumento della dotazione libraria e delle riviste in lingua non italiana;



- l'aggiornamento del catalogo cartaceo ridistribuito in tutte le sezioni;
- l'ampliamento del servizio alla sezione ICAT.

L'obiettivo più sviluppato è stato quello della "biblioteca di sezione", che ha previsto la possibilità per i detenuti di accedere all'aula scolastica, nella quale una volta alla settimana il detenuto bibliotecario, affiancato costantemente da un operatore della Cooperativa AltraCittà, porta un carrello con una selezione di libri provenienti dalla biblioteca centrale. La presenza di detenuti nel giorno di biblioteca prestabilito per l'attività è aumentato nel corso delle settimane.

La stessa attività viene fatta anche all'interno della sezione ICAT, nella quale essendo presente un PC è stato installato il catalogo informatico spiegandone l'utilizzo per un'efficace ricerca dei libri.

Considerata la presenza di molti detenuti stranieri è stato ampliato il patrimonio librario in particolare di lingua araba, romena e russa.

#### 6 - Corso/laboratori di Giardinaggio

Le attività promosse attraverso il corso di giardinaggio rivolto ai carcerati della Casa di Reclusione hanno avuto come obiettivi la promozione delle capacità personali, il fornire competenze operative immediatamente spendibili già durante il periodo di detenzione, il facilitare il reinserimento nel mondo del lavoro grazie all'acquisizione di una specifica formazione professionale qualificata e la promozione di processi di socializzazione e di cooperazione nel gruppo dei partecipanti.

Il corso ha dato ampio spazio alla parte pratica rispetto a quella teorica. Questa scelta ha consentito di coinvolgere un target di allievi con un livello di scolarità medio-basso, in linea con le caratteristiche della popolazione detenuta. Sono state svolte complessivamente 50 lezioni di cui 40 pratiche e 10 teoriche. La selezione dei detenuti è avvenuta di concerto con l'area educativa, con l'ufficio comando e con l'area dipendenze, per un totale di 38 allievi iscritti.

#### 7 - Servizio di accoglienza detenuti - Padri Mercedari dell'O.A.S.I. - Opera Assistenza Scarcerati Italiani

L'attività gestita dai Padri Mercedari dell'O.A.S.I. - Opera Assistenza Scarcerati Italiani è rivolta ai detenuti delle due carceri cittadine di Padova, agli ex detenuti e alle persone che si trovano in situazione di grave marginalità.

La struttura O.A.S.I. è di proprietà dell'ordine B.M.V. della Mercede, ha sede in via Righi n.46 a Padova e può dare alloggio a 22 persone; presso tale centro sono stati riservati al Comune di Padova, previa convenzione, n.8 posti destinati all'accoglienza di persone appartenenti alle categorie sopra citate inviate dal Servizio Sociale.

Nel periodo di riferimento il Comune di Padova ha inserito 15 persone, di cui 11 provenienti da percorsi di emarginazione e 4 provenienti da un percorso carcerario.

Il Comune di Padova tramite incarico ad una cooperativa sociale del territorio, ha fornito un servizio di sostegno educativo a favore delle persone accolte presso tale struttura.

Attraverso tale sostegno gli ospiti sono stati supportati nel loro percorso individuale. In particolar modo il servizio educativo ha avuto le seguenti finalità: coinvolgimento nella gestione quotidiana della struttura, riattivazione delle reti familiari, orientamento al lavoro, accompagnamento e stimolo ad attivarsi nella ricerca di soluzioni alloggiative post-comunitarie, raccordo con i servizi sociali e sanitari territoriali, contabilizzazione delle presenze per conto del Comune.

La struttura collabora attivamente con l'Autorità Giudiziaria, con la Questura e con l'UEPE.

#### 8 - Progetto di riordino e riorganizzazione degli archivi e reinserimento sociale e lavorativo e di persone in uscita dai circuiti penali

Il progetto di riordino e riorganizzazione degli archivi e reinserimento sociale e lavorativo di persone in uscita dai circuiti penali, è nato dalla sinergia tra il Settore Servizi Sociali e il Settore Servizi Istituzionali e Affari generali allo scopo di proseguire e finanziare gli interventi di riordino e riorganizzazione degli archivi comunali, in particolare del Settore Servizi Sociali, dei Servizi Scolastici e l'Archivio generale del Comune di Padova.

Il progetto ha previsto la fornitura di un importante servizio interno al Comune contestualmente al reinserimento socio-lavorativo di persone detenute.

Delle quattro borse lavoro previste, due per Settore, si sono alternate, garantendo la continuità del servizio, 7 persone selezionate in accordo con i responsabili dell'area pedagogica della Casa di Reclusione.

Tutti i soggetti hanno potuto compiere un percorso virtuoso tra il dentro e il fuori, infatti prima di essere inseriti nel progetto sono stati formati nei laboratori svolti all'interno del carcere dalla coop. AltraCittà: legatoria, rassegna stampa, digitalizzazione, biblioteca, dove hanno potuto acquisire le abilità di base necessarie per essere inseriti nel mondo del lavoro esterno.

Una delle persone detenute, considerato l'impegno e le capacità professionali maturate sarà assunta presso la cooperativa.

L'attività di legatoria e restauro dei documenti è stata fatta nel laboratorio di restauro della carta presso l'Archivio generale ed è stata mirata alla salvaguardia del materiale che costituisce il patrimonio documentario del Comune di Padova.

Le attività realizzate sono state coordinate da due figure di riferimento fondamentali: un archivistica esperto, che ha da tempo maturato una significativa esperienza nel campo degli archivi di enti pubblici, con funzioni di organizzazione e coordinamento di un gruppo di lavoro e un restauratore-rilegatore, con i medesimi requisiti previsti per l'archivistica, parimenti con funzioni di coordinamento.

#### 9 - Borse lavoro

Il Comune di Padova nel 2011 ha ritenuto importante ed opportuno realizzare una Serra attrezzata di mq 300 per la produzione ortoflorovivaistica, allo scopo di svolgere attività formativa per il successivo reinserimento sociale e lavorativo di persone ex detenute o sottoposte a misure alternative alla detenzione o in situazione di disagio in carico al Settore Servizi Sociali. Tale costruzione è stata realizzata in un appezzamento di terreno di proprietà del Comune adiacente alla Casa di Accoglienza per ex detenuti O.A.S.I (Opera Assistenza Scarcerati Italiani) gestita dalla Provincia Romana dell'ordine B.V.M. della Mercede Padri Mercedari.

Detto progetto ha viste realizzate attività di rilevante interesse che hanno consentito percorsi individuali di accompagnamento e sostegno per i detenuti nonché per promuovere il loro reinserimento sociale nel dopo pena.

Le attività svolte presso la Serra hanno dato la possibilità di educare, inserire e reinserire socialmente specifiche fasce di popolazione attraverso programmi di formazione/lavoro della durata di 6 mesi.

L'avvio al lavoro e i percorsi di riqualificazione professionale di un nutrito gruppo di persone che presentano disagi di vario tipo e che necessitano di un ambiente protetto, ha permesso di valutare la loro reale capacità lavorativa, di riattivare le loro potenzialità personali e relazionali, ridando quindi dignità, consapevolezza ed autostima alle persone coinvolte.

Il lavoro agricolo rappresenta infatti un momento di orientamento iniziale di un percorso di inserimento lavorativo e di inclusione sociale che è anche individuale e personalizzato.

Dall'aprile 2014 l'iniziativa è stata ampliata, per dare un'occupazione, oltre che ai detenuti, anche a disoccupati in carico al Settore Servizi Sociali del Comune di Padova.

Questa nuova ed importante possibilità è stata realizzata grazie alla collaborazione tra il Comune di Padova e il Fondo Straordinario di Solidarietà (iniziativa promossa dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, in collaborazione con Comune di Padova, Diocesi di Padova, Camera di Commercio di Padova, Provincia di Padova e Fondazione Antonveneta) che si sono fatti promotori di un'iniziativa diretta a realizzare - attraverso specifici progetti - percorsi individualizzati presso la Serra. Nell'anno 2014 sono stati realizzati 28 percorsi di inserimento e riabilitazione di persone in situazione di disagio segnalate dai Servizi Sociali e 10 inserimenti lavorativi di persone con un percorso carcerario.

I 10 percorsi attivati a favore di persone provenienti dal circuito penale sono stati realizzati all'interno del Progetto Carcere. I soggetti inseriti in accordo con il Magistrato e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna hanno acquisito e rispettato regole condivise, hanno appreso il lavoro nelle sue diverse fasi, hanno maturato esperienza lavorativa e nuove competenze come la semina, la pacciamatura, i tempi di fioritura, i tempi di raccolta, ecc.. I borsisti sono stati affiancati da un operatore che si è occupato di mantenere i contatti con i servizi coinvolti e di accompagnare le persone nella ricerca di attività lavorativa.

Le attività proposte nel corso del 2014 sono state utili a sostenere una buona qualità della vita e dell'impiego del tempo da parte delle persone detenute.

Gli interventi di segretariato e accompagnamento e sostegno delle persone sono azioni importanti che si affiancano alle attività istituzionali.

I corsi di formazione e le attività di gruppo hanno avuto come punto critico il sostegno alla motivazione e della tenuta nel tempo da parte dei partecipanti.

Nel corso del 2014 è stata importante la collaborazione degli operatori dell'area pedagogica della Casa di Reclusione nel monitorare o sostenere le persone attraverso scambi frequenti con gli enti proponenti le diverse attività/progettualità.

**Le criticità** emerse nell'ambito carcere riguardano il sovraffollamento delle due carceri cittadine (criticità emersa anche a livello nazionale) anche se si sottolinea che all'interno della Casa di Reclusione l'andamento dei detenuti presenti nell'arco del 2014 ha visto una diminuzione: da circa 850 a 717 unità.

## NOMADI

Per quanto riguarda la popolazione nomade, le priorità di intervento del Piano di Zona 2011-2015 di seguito descritte sono state attuate attraverso un sostanziale mantenimento delle attività consolidate ed avviate nello scorso Piano di Zona:

- Superamento Campo Nomadi cittadino e coinvolgimento attivo delle famiglie nomadi nel progetto di Lungargine San Lazzaro;
- Mappatura del fenomeno in ambito Ulss 16;
- Sostegno scolastico ed extra scolastico per i minori.

L'Amministrazione sin dal 2005 è stata impegnata in un progetto complessivo denominato "Dal campo nomadi alla città", ponendosi come obiettivo generale il superamento dei due macro-insediamenti zingari comunali presenti a Padova, che erano dislocati nell'area comunale di Corso Australia (ex via Tassinari) e di via Lungargine San Lazzaro, le cui condizioni generali ponevano forti ostacoli allo sviluppo di livelli di vita accettabili basati sulla convivenza, il rispetto e la reciprocità. I due campi nomadi si trovavano nelle seguenti situazioni: situati in aree degradate, che l'Amministrazione intendeva rivitalizzare, riqualificare avviando attività di rilievo sociale, portandole ad uno standard di abitabilità più elevato; concepiti come contenitori, abitati da gruppi di diversa provenienza con una gestione difficile, costosa e il cui monitoraggio risultava di fatto problematico; prevedevano una manutenzione onerosa; poco coerenti con la cultura zingara, favorendo in tal modo l'accesso a subculture devianti. Per tali motivi vi è stata l'esigenza del superamento del campo nomadi tradizionale con l'obiettivo di promuovere stili di vita responsabili programmando interventi di carattere innovativo, attraverso un processo di maturazione e di corresponsabilizzazione, coinvolgendo le persone, le loro risorse, le loro potenzialità lavorative in un progetto sperimentale attraverso forme di autocostruzione di unità immobiliari da destinare alla residenza. Riqualificando tali aree si sono voluti raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- Riqualificare l'area (via Lungargine San Lazzaro) che ospitava i gruppi misti Rom-Harvati e Sinti italiani residenti a Padova con lo smantellamento dell'area e la creazione di due insediamenti abitativi per i due nuclei familiari allargati.
- Fornire al gruppo di famiglie Sinti Venete residenti a Padova (via Tassinari) una nuova soluzione alloggiativa attraverso la realizzazione di un insediamento costituito da 8 moduli abitativi.
- Sperimentare nuove opportunità di autonomia abitativa per le famiglie Rom e Sinti attraverso la formazione e l'avvio al lavoro di autocostruzione, nonché l'apprendimento formativo spendibile in altri contesti.
- Creare modelli riproducibili di autonomia alloggiativa per altre famiglie zingare di Padova che vivono da soli in condizioni di precarietà, attraverso la riproducibilità dell'azione di sostegno all'acquisizione di soluzioni abitative autonome.

Le attività realizzate dal Settore Servizi Sociali sono state le seguenti: coordinamento complessivo dei Settori comunali coinvolti nell'attività di costruzione/autocostruzione degli alloggi; incontri individuali con i capi-famiglia e incontri collettivi; analisi e raccolta dei bisogni espressi dai singoli nuclei familiari; delimitazione spaziale delle due zone da abitare; avvio della procedura di allestimento della prima area, realizzazione del primo blocco di moduli abitativi; trasferimento della prima comunità nella prima area residenziale, smaltimento e bonifica dell'area occupata dalla stessa; avvio della procedura di allestimento della seconda area residenziale, realizzazione del secondo blocco di moduli abitativi; trasferimento della seconda comunità nella rispettiva area residenziale, smaltimento e bonifica dell'area occupata

dalla stessa; attività di sostegno e mediazione territoriale; mediazione con il vicinato; mediazione istituzionale; accompagnamento abitativo.

Le attività sopra indicate sono state realizzate coinvolgendo tutti i nuclei interessati al fine di fornire a ciascun componente gli strumenti per poter attuare non solo le azioni inerenti al progetto ma anche la sua inclusione sociale promuovendo un nuovo stile di vita all'interno dell'area di residenza e favorendo l'avvicinamento a modelli comportamentali integrati con il contesto socio-culturale di residenza.

Nel primo campo nomadi di Piazzale Centenario Del club Ignoranti (ex Via Tassinari), sono state realizzate tre palazzine, per un totale di 12 appartamenti, dove nel gennaio 2010 sono state trasferite tutte le famiglie sinte (30 persone di cui 12 minori) che abitavano le roulotte di via Tassinari.

Per facilitare e promuovere l'integrazione con il contesto socio-ambientale di riferimento dal luglio 2010 è stato attivato un progetto di sostegno educativo domiciliare e di gruppo all'interno del campo con educatori della cooperativa Codess che inizialmente hanno affiancato il personale dell'Opera Nomadi al fine di conoscere i nuclei familiari residenti ed il contesto culturale e condividere il progetto.

Nel secondo campo nomadi di Lungargine San Lazzaro, composto da circa 70 persone di cui 29 minori, sono state realizzate 2 aree, destinate a ciascuna delle famiglie allargate presenti nell'area per un totale di 15 unità abitative, dove nel maggio 2012 sono state trasferite tutte le famiglie Rom Harvati che abitavano prima nelle roulotte. Il Comune di Padova al fine di accompagnare i nuclei familiari verso la nuova situazione abitativa e successivamente supportare gli stessi nella gestione della nuova abitazione (utenza, servizi territoriali, coabitazione,..) ha attivato dal 2012, proseguito anche nel 2013, un servizio di accompagnamento all'abitare attraverso gli operatori della cooperativa sociale Il Sestante che sono stati presenti all'interno del campo a sostegno dei nuclei per diverse ore settimanali. Ore che sono state diminuite un po' alla volta negli anni al fine di autonomizzare i residenti.

E' stato inoltre attivato, dal giugno 2010 fino a dicembre 2013 un Protocollo tra il Comune di Padova - Settore Servizi Sociali e la Croce Rossa Italiana volto a erogare prestazioni per l'educazione alla salute e la sorveglianza sanitaria ai residenti del campo, per contrastare il degrado igienico-sanitario, migliorare lo stile di vita e favorire l'integrazione socio-sanitaria.

Al fine di offrire alle donne residenti nel campo una prospettiva di vita anche esterna al campo stesso, rendendole portatrici di cambiamenti per la propria famiglia e di favorire l'avvicinamento a modelli comportamentali integrati con il contesto socio-culturale di residenza è stato realizzato nel corso del 2013 un percorso formativo per l'avvio di un laboratorio sartoriale per le donne residenti nel campo.

Il Settore Servizi Scolastici del Comune di Padova ha realizzato dal 2012 un progetto di sostegno scolastico ed extra scolastico rivolto ai minori in età scolare residenti nei diversi campi nomadi della città.

Il protocollo di cui sopra tra il Comune di Padova - Settore Servizi Sociali, l'ULSS 16 e la Croce Rossa Italiana prevedeva un accesso mensile presso ciascuna delle due aree dell'ambulatorio mobile della Croce Rossa, costituito da Personale infermieristico e volontari dall'assistente sanitaria della Struttura A.P. Immigrazione dell'Ulss 16, l'accesso dei bambini rom all'ambulatorio di Pediatria di Comunità e l'accesso all'ambulatorio ostetrico-ginecologico per le donne nelle sedi di via Scrovegni e della Croce Rossa.

Nel corso dell'anno 2013 è stata tentata, in collaborazione con Caritas Diocesana e con le parrocchie limitrofe al campo di via Bassette la possibilità di collegare una famiglia del Campo Rom per ogni parrocchia della zona, così da avere una distribuzione più equa tra le diverse famiglie e allo stesso tempo stringere relazioni tra famiglia e comunità locale. Tale progetto non è stato realizzato in quanto solamente poche parrocchie hanno aderito all'iniziativa

Per il campo di Via Lungargine San Lazzaro, da marzo 2014 a gennaio 2015, è stata sottoscritta una convenzione tra il Comune di Padova e la Cooperativa sociale Il Sestante per la realizzazione del servizio di mediazione e di interventi di prevenzione del degrado, con l'obiettivo di:

- realizzare interventi educativi per rafforzare la cultura della legalità ed il rispetto delle regole di convivenza civile.
- promuovere comportamenti per favorire l'integrazione sociale nel contesto di appartenenza riducendo l'isolamento e le tensioni con i residenti nel territorio limitrofo.
- incentivare stili di vita per contrastare il degrado ambientale e favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari del territorio.
- realizzare interventi di sostegno alla genitorialità.

Le attività hanno previsto interventi settimanali e sono state realizzate con il costante coordinamento degli uffici del Settore Servizi Sociali.

## **MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI**

Al momento della presa in carico del Minore straniero Non Accompagnato (MSNA) viene attivato un servizio di mediazione culturale finalizzato a comprendere le motivazioni dell'arrivo del minore, le sue aspettative rispetto al processo migratorio e per l'avvio di contatti, ove possibile con la famiglia di origine. Inoltre la presenza del mediatore permette altresì di procedere con una lettura più approfondita della situazione del minore, finalizzata a strutturare il progetto di aiuto che prevede l'accoglienza in comunità o in famiglia affidataria.

Al riguardo si precisa che il MSNA accolto in famiglia viene affiancato da un educatore domiciliare, con compiti di supporto educativo al minore e alla famiglia accogliente. Le accoglienze in comunità e in famiglia sono costantemente monitorate dal servizio sociale per garantire il processo di autonomia e di integrazione sociale del minore.

Per ogni minore vengono altresì attivate le procedure connesse alla nomina del tutore legale, all'emissione del permesso di soggiorno e le segnalazioni alle Autorità competenti.

Nell'anno 2014 il territorio padovano ha assistito ad una netta ripresa del flusso dei MSNA in particolare provenienti da Albania, Bangladesh, Kosovo e Tunisia.

Il flusso dei MSNA di cittadinanza bengalese è rimasto pressoché stabile: il primo semestre dell'anno è stato interessato da un flusso significativo di arrivi, rientrato poi nella seconda metà dell'anno; per questi minori si è confermata la disponibilità di famiglie connazionali residenti sul territorio a realizzare esperienze di affido omoculturale, rispondendo ai bisogni (apprendimento della lingua italiana, inserimento lavorativo, integrazione sociale) espressi dai MSNA accolti, perlopiù ultradiciassettenni.

Per quanto concerne gli arrivi di MSNA di cittadinanza tunisina, si segnala che il flusso ha avuto una netta ripresa nella seconda metà del 2014; spesso la conoscenza di questi minori da parte del servizio sociale avviene contestualmente al loro arresto o al loro inserimento, a cura delle Forze dell'Ordine, in comunità di prima accoglienza; dei 10 minori tunisini arrivati al servizio nel corso dell'anno si è conoscenza di denunce penali per n.6 di essi. L'accoglienza di questi MSNA si configura esclusivamente in progetti educativi di tipo comunitario, preferibilmente in strutture educative collocate lontane da Padova. In decisa ripresa nel corso del 2014 il flusso di MSNA di cittadinanza kosovara, prevalentemente di età superiore ai 16 anni; va evidenziato che tali minori provengono da realtà territoriali e familiari contrassegnate da grave povertà economica e da limitatezza di risorse sia formative che lavorative; a tutto ciò ha solitamente corrisposto una disponibilità significativa, dal punto di vista del ragazzo, a collaborare nel recupero di relazioni parentali presenti sul territorio nazionale e nell'avvio di progetti di affidamento familiare.

Più complesso appare il fenomeno dei MSNA albanesi, il cui flusso è ripreso a partire dal 2012 e nel corso del 2014 è divenuto consistente nel territorio padovano; i MSNA albanesi sono quasi tutti accolti in comunità educative del territorio in quanto permangono le difficoltà che da sempre rendono impraticabile il loro affidamento eterofamiliare omo/etero culturale, sia per indisponibilità di famiglie albanesi, sia per la ferma richiesta dei minori di essere accolti esclusivamente in comunità educativa (talvolta già individuata prima dell'arrivo a Padova).

Le storie personali e familiari raccontate dai minori albanesi non sono solitamente connotate né da estrema povertà, né da conflittualità familiare, né da discriminazione individuale o di gruppo, né da devianza conclamata, né dalla presenza di disabilità fisica o psichica. I ragazzi albanesi sembrano provenire da famiglie che vivono uno stile di vita medio rispetto alla società albanese (come confermato dagli stessi ragazzi oltre che dal mediatore culturale); il loro comportamento, così come osservato nelle comunità educative, non denota sofferenze particolari connesse alla propria storia familiare; i genitori, sentiti telefonicamente

ogniqualevolta ciò sia consentito, si dimostrano attenti e premurosi per la condizione di vita del figlio.

SERVIZIO SOCIALE MINORI STRANIERI ATTIVITA' MSNA ANNO 2014

*MOVIMENTAZIONE GENERALI CASI DI MINORI*

casi di minori trattati dal 01/01/14 al 31/12/14 n. 149

> di cui derivanti da anni precedenti n. 56

> di cui nuovi nel 2014 n. 93

*PROVENIENZA*

AFGHANISTAN	n. 2
ALBANIA	n. 36
BANGLADESH	n. 65
EGITTO	n. 2
KOSOVO	n. 12
PAKISTAN	n. 2
ROMANIA	n. 9
ALTRE	n. 21

*ETA' (minori pronta accoglienza) N° CASI*

17 ANNI	N. 76
16 ANNI	N. 50
15 ANNI	N. 14
11- 14 ANNI	N. 8
0 - 10 ANNI	N. 1

*GENERE*

MASCHI N.145 FEMMINE N.4