



## Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante

“Indicazioni *ad interim* di preparazione e  
risposta ad una pandemia influenzale”

---

Macro Area

### **RAZIONALIZZAZIONE, INTEGRAZIONE ED EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E TECNICO AMMINISTRATIVI DELLE STRUTTURE REGIONALI**

#### **Documenti attuativi**

1. Linee Guida per la mappatura dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali
2. Documento tecnico per le azioni di monitoraggio epidemiologico di reportistica
3. Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo e della sorveglianza in caso di emergenza pandemica



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

*Linee Guida per la mappatura dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali*

---

## Documento Attuativo

# LINEE GUIDA PER LA MAPPATURA DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

---





## Linee Guida per la mappatura dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali

### Contesto

Il *"Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023"* prevede una mappatura dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali e dei loro requisiti tecnologici e organizzativi. Tale mappatura si estende attraverso contesti diversi e richiede pertanto il coinvolgimento e la collaborazione di Attori diversi. Il tracciato della rilevazione, condiviso nell'ambito di un Gruppo di Lavoro con il Ministero della Salute, definisce le modalità di compilazione, la fonte ed il periodo di riferimento per ciascuna variabile e specifica a livello regionale la Struttura destinataria della richiesta.

### Struttura Referente

Direzione Programmazione Sanitaria - Regione del Veneto.

### Altre strutture coinvolte

Tutte le altre Direzioni Regionali, Azienda Zero e tutte le Aziende Sanitarie.

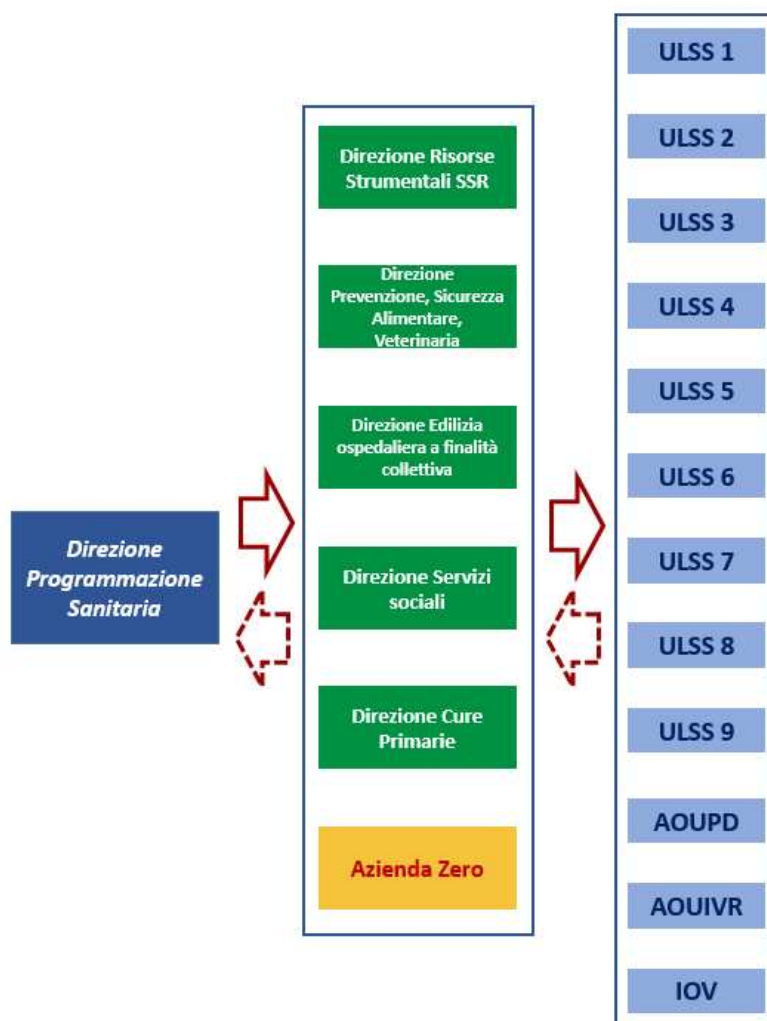
### Il processo

La Direzione Programmazione Sanitaria è l'*owner* del processo e, ogniqualvolta ci sia la necessità di un aggiornamento della rilevazione, richiede a tutte le Direzioni Regionali e ad Azienda Zero il supporto per la redazione del documento secondo un criterio di competenza per materia.

Questi Attori si occupano di recuperare direttamente le informazioni già disponibili a livello regionale e, laddove non siano reperibili dai consueti flussi informativi di rilevazione delle attività sanitarie, richiedono il contributo di tutte le Aziende Sanitarie.

Tale processo a due livelli implica dei tempi stimati di circa due-tre settimane per il completamento dell'attività. Ciascuna Direzione popolerà, per quanto di propria competenza, il *dataset* e lo trasmetterà alla Direzione Programmazione Sanitaria nei tempi indicati. Si riporta di seguito una schematizzazione del processo.





### Fasi e periodicità

Tale rilevazione, in accordo con quanto definito nel paragrafo 11.5 Servizi Sanitari ospedalieri [rif. 11.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali (Attività trasversali - Azienda Zero)], avviene in fase interpandemica, di norma con una periodicità semestrale. In caso di esigenze sopraggiunte ovvero di richieste ministeriali, la Direzione Programmazione Sanitaria ha facoltà di avviare una nuova rilevazione anche nelle altre fasi pandemiche (di allerta, pandemica e di transizione).

### Ambiti di rilevazione

La mappatura consiste nel censimento di tutti i servizi territoriali e ospedalieri utilizzando i flussi informativi esistenti ovvero la rilevazione ad hoc da parte delle Aziende Sanitarie. I nuclei informativi interessati riguardano i servizi sanitari ospedalieri e territoriali, nonché i rispettivi requisiti tecnologici e organizzativi, secondo la seguente articolazione:





**Servizi Ospedalieri:**

- Posti letto e posti letto medi
- Posti letto aree omogenee
- Posti letto reparti chiave
- Rete emergenza
- Ambulanze
- Personale
- Medici specialistici
- Dotazioni

**Servizi Territoriali:**

- Servizi di prevenzione
- Medicina di base
- Guardia medica
- ADI
- USCA
- Ambulanze
- Laboratori diagnostici
- Centri di riabilitazione
- Strutture residenziali di assistenza agli anziani
- Ospedali di comunità
- Centri vaccinali
- Strutture alternative





### Servizi Ospedalieri: variabili e fonti

Ambito	Variabile	Fonte
<b>Azienda ULSS</b>	AULSS Codice	
<b>Strutture di Ricovero</b>	Codice/Denominazione	HSP12 Quadro B
		HSP13 Quadro B
<b>Posti Letto</b>	Posti letto medi	HSP22bis Quadro F
	Posti letto	HSP13 Quadri E/F
<b>Posti letto Aree omogenee</b>	Area Medica	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Area Chirurgica	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Area Emergenza-Critica	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
<b>Posti letto reparti chiave</b>	Malattie Infettive	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Medicina Generale	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Pneumologia	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Terapia intensiva	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Semintensiva	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Astanteria	HSP22bis Quadro F (pubbliche e equiparate) HSP13 Quadri E/F (Private accreditate/non accreditate)
	Posti terapia Intensiva Attivabili	Rilevazione ad hoc
	Posti di Semintensiva convertibili in posti di terapia intensiva	Rilevazione ad hoc
	Posti in isolamento	Rilevazione ad hoc





Ambito	Variabile	Fonte
<b>Rete Emergenza</b>	Livello Rete	HSP11 Quadro H
	Posti Tecnici OBI	Rilevazione ad hoc
	Posti Isolamento PS	Rilevazione ad hoc
	Presenza di percorso specificatamente individuato per paziente sospetto	Rilevazione ad hoc
<b>Ambulanze ospedale</b>	Tipo A	HSP11 Quadro H e rilevazione ad hoc
	Tipo A con Medico	HSP11 Quadro H e rilevazione ad hoc
	Tipo B	HSP11 Quadro H e rilevazione ad hoc
	Unità di rianimazione	HSP11 Quadro H e rilevazione ad hoc
	Pediatriche	HSP11 Quadro H e rilevazione ad hoc
	Attrezzate per biocontenimento	Rilevazione ad hoc
<b>Personale</b>	Totale	Conto annuale
	Medici	Conto annuale
	Infermieri	Conto annuale
	Biologi	Conto annuale
	Farmacisti	Conto annuale





Ambito	Variabile	Fonte
<b>Medici specialistici</b>	Medici Interni	Conto annuale
	Anestisisti rianimatori	Conto annuale
	Infettivologi	Conto annuale
	Pneumologi	Conto annuale
	Microbiologi clinici	Conto annuale
<b>Dotazioni</b>	TAC	HSP14 Quadro E
	RM	HSP14 Quadro E
	Ventilatori	HSP14 Quadro E
	Caschi CPAP	Rilevazione ad hoc
	Barelle di biocontenimento	Rilevazione ad hoc
	Tende di biocontenimento	Rilevazione ad hoc
	Termociclatore PCR	Rilevazione ad hoc
	ECMO	Rilevazione ad hoc
ECMO pediatrico	Rilevazione ad hoc	







### Servizi Territoriali: variabili e fonti

Ambito	Variabile	Fonte
<b>Azienda ULSS</b>	AULSS Codice	
<b>Servizi di prevenzione</b>	Medici	Rilevazione ad hoc
	Infermieri	Rilevazione ad hoc
	Assistente sanitario	Rilevazione ad hoc
	Tecnici della prevenzione	Rilevazione ad hoc
	Altro personale tecnico	Rilevazione ad hoc
	Personale addestrato per tracciamento	Rilevazione ad hoc
<b>Medicina di base</b>	Medici Generici	FLS12 Quadro E
	Medici Pediatri	FLS12 Quadro F
	Adesione Influnet	Rete INFLUNET/ISS
	Infermieri di comunità	Rilevazione ad hoc
<b>Guardia Medica</b>	Medici	FLS21 Quadro F
<b>ADI</b>	Infermieri	Rilevazione ad hoc
	Oss	Rilevazione ad hoc
	Attività ADI in service	Rilevazione ad hoc
<b>USCA</b>	Numero di USCA	Rilevazione ex DL34 art.1
	Medici	Rilevazione ad hoc
	Infermieri	Rilevazione ad hoc
<b>Ambulanze</b>	Tipo A	FLS11 Quadro F
	Tipo A con Medico	FLS11 Quadro F
	Tipo B	FLS11 Quadro F
	Unità di rianimazione	FLS11 Quadro F
	Pediatrie	FLS11 Quadro F
	Biocontenimento	Rilevazione ad hoc





Ambito	Variabile	Fonte
<b>Laboratori diagnostici</b>	AULSS Codice	
	Laboratorio Codice/Denominazione	STS11 (S03)
	Termociclatore PCR	Rilevazione ad hoc
	Adesione rete influnet	Rete INFLUNET/ISS
<b>Centri Riabilitazione</b>	AULSS Codice	
	Codice/Denominazione	RIA11 Quadro B
	Posti letto assistenza residenziale	RIA11 Quadro F
	Riabilitazione pneumologica	RIA11 Quadro H
	Percorso isolamento	Rilevazione ad hoc
	Protocolli di prevenzione infezioni	Rilevazione ad hoc
<b>Strutture residenziali di assistenza agli anziani</b>	AULSS Codice	
	Codice/Denominazione	STS11 (Quadro G Residenziale Quadro H S09)
	Posti	STS24 (Quadro G campo 2)
	Possibilità utilizzo come struttura alternativa	Rilevazione ad hoc
	Percorso isolamento	Rilevazione ad hoc
	Protocolli di prevenzione infezioni	Rilevazione ad hoc
<b>Ospedale di comunità</b>	AULSS Codice	
	Codice/Denominazione	Rilevazione ad hoc
	Tipologia	Flusso ODC_URT
	Posti letto	Rilevazione ad hoc
	Possibilità utilizzo come struttura alternativa	Rilevazione ad hoc
	Percorso isolamento	Rilevazione ad hoc
	Protocolli di prevenzione infezioni	Rilevazione ad hoc





## **Mappatura a cura della Direzione Risorse Strumentali**

### **SERVIZI OSPEDALIERI**

**Personale** (Totale, Medici, Infermieri, Biologi, Farmacisti)

**Medici specialisti** (Medici Interni, Anestesisti rianimatori, Infettivologi, Pneumologi, Microbiologi clinici)

### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Servizi di Prevenzione** (Medici, Infermieri, Assistenti Sanitari, Tecnici della Prevenzione, Altro personale tecnico, Personale addestrato per tracciamento)

## **Mappatura a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Medicina di base** (adesione influenet)

**Centri Vaccinali** (Codice/denominazione, Centro vaccinazione ordinario, postazioni in centri vaccinazione di proprietà, possibilità stoccaggio vaccini)

## **Mappatura a cura della Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettive**

### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Strutture alternative** (Codice/denominazione, tipologia, posti letto)

## **Mappatura a cura della Direzione Servizi Sociali**

### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Strutture residenziali di assistenza agli anziani** (Codice/denominazione, posti, possibilità utilizzo come struttura alternativa, percorso isolamento, protocolli di prevenzione infezioni).

## **Mappatura a cura della Direzione Cure Primarie**

### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Medicina di base** (Infermieri di comunità)

**ADI** (Infermieri, OSS, attività ADI in service)





USCA (Numero di USCA, Medici, Infermieri)

### **Mappatura a cura di Azienda Zero**

#### **SERVIZI OSPEDALIERI**

**Strutture di ricovero** (Codice/denominazione)

**Posti letto** (Posti letto medi, Posti letto)

**Posti letto Aree Omogenee** (Area Medica, Area Chirurgica, Area Emergenza-Critica)

**Posti letto reparti chiave** (Malattie Infettive, Medicina Generale, Pneumologia, Terapia Intensiva, Semintensiva, Astanteria, Posti terapia intensiva attivabili, Posti di semintensiva convertibili in posti di terapia intensiva, posti isolamento)

**Rete Emergenza** (Livello Rete, Posti tecnici OBI, posti isolamento PS, Presenza di percorso specificatamente individuato per paziente sospetto)

**Ambulanze ospedale** (tipo A, tipo A con Medico, tipo B, unità di rianimazione, Pediatriche, Attrezzate per biocontenimento)

**Dotazioni** (TAC, RM, Ventilatori, Caschi CPAP, Tende di biocontenimento, Termociclature PCR, ECMO, ECMO pediatrico)

#### **SERVIZI TERRITORIALI**

**Medicina di base** (Medici Generici, Medici Pediatri)

**Guardia Medica** (Medici)

**Ambulanze** (tipo A, tipo A con Medico, tipo B, unità di rianimazione, Pediatriche, Attrezzate per biocontenimento)

**Laboratori diagnostici** (Codice/denominazione, Termociclature PCR, adesione rete influent)

**Centri riabilitazione** (Codice/denominazione, Posti letto assistenza residenziale, riabilitazione pneumologica, Percorso isolamento, protocolli di prevenzione infezioni)

**Ospedali di comunità** (Codice/denominazione, tipologia, posti letto, possibilità utilizzo come struttura alternativa, percorso isolamento, protocolli di prevenzione infezioni)





### **Modelli utilizzati per le rilevazioni**

I modelli attualmente presenti e utilizzati sono:

HSP11: dati anagrafici delle strutture di ricovero;

HSP12: posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate;

HSP13: posti letto per disciplina delle case di cura private;

HSP14: apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero;

HSP22bis: posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate;

FLS11: dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale;

FLS12: convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria;

FLS21: attività di assistenza sanitaria di base;

STS11: dati anagrafici delle strutture sanitarie;

STS24: assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale;

RIA11: istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78.

I flussi informativi utilizzati sono:

FLUSSO ODC\_URT: Flusso informativo degli Ospedali di Comunità e delle Unità Riabilitative Territoriali.



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

*Documento tecnico per le azioni di monitoraggio epidemiologico di reportistica*

---

## Documento Attuativo

# DOCUMENTO TECNICO PER LE AZIONI DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO DI REPORTISTICA

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

---





## 1. Il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)

Con l'Accordo n. 11/CSR del 25/01/2021 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è stato approvato il "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)". Il Piano è stato recepito dalla Regione del Veneto con la D.G.R. n. 640 del 20/05/2021.

Il PanFlu 2021-2023 individua le principali azioni da intraprendere per prepararsi ad un'eventuale pandemia influenzale o comunque causata da virus respiratori altamente trasmissibili e ad alta patogenicità. Il PanFlu individua inoltre la necessità di stabilire adeguati strumenti per la gestione di una eventuale pandemia. Tra questi, il monitoraggio epidemico è essenziale per facilitare i processi decisionali, l'uso razionale delle risorse e la gestione della comunicazione.

Questo documento descrive le attività di monitoraggio epidemiologico e la relativa reportistica da realizzare nella Regione Veneto in caso di insorgenza di una pandemia influenzale. Il punto di riferimento è rappresentato dall'esperienza di monitoraggio della pandemia da SARS-CoV-2. Vengono descritte le attività da realizzare nelle quattro fasi pandemiche: fase inter-pandemica, di allerta, pandemica e di transizione.

Le strutture coinvolte in questa attività sono:

- Area Sanità e Sociale: Direzione programmazione, Direzione prevenzione
- Azienda Zero: UOC SERR, Sistemi informativi, Governo clinico assistenziale, Screening e VIS

## 2. Fonti informative

Il monitoraggio dello stato di salute della popolazione del Veneto è una attività che viene svolta in maniera continuativa e che si concretizza nella produzione della Relazione Socio-Sanitaria Regionale annuale e di report tematici relativi ad ambiti specifici di malattia e di setting assistenziali.

La principale fonte dei dati è rappresentata dai flussi informativi sanitari correnti e dai registri di patologia e di mortalità: i dati, rilevati periodicamente presso le strutture sanitarie o prodotti centralmente attraverso la gestione dei Registri, sono convogliati nel Datawarehouse Sanità (DWH) della Regione del Veneto, operativamente gestito presso Azienda Zero. Nel DWH sono disponibili dati individuali pseudonimizzati che consentono l'interconnessione tra i diversi archivi al fine di disporre di dati integrati sull'assistito relativi alle condizioni di malattia e al ricorso ai servizi sanitari, anche con la finalità di identificare possibili aree di fragilità nella popolazione e/o di criticità nell'offerta sanitaria in caso di insorgenza di un evento pandemico.

Gli archivi di dati individuali pseudonimizzati presenti nel DWH regionale sono i seguenti:

- Anagrafe Unica regionale (AUR)
- Esenzioni dalla compartecipazione alla spesa
- Schede di morte
- Schede di dimissione ospedaliera (SDO)





- Accessi al Pronto Soccorso (PS)
- Anagrafe Vaccinale Regionale
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza psichiatrica territoriale
- Cure domiciliari (SIAD)
- Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani non autosufficienti (FAR)
- Assistenza residenziale e semiresidenziale a disabili (FAD)
- Assistenza nelle strutture intermedie (ODC-URT)
- Assistenza in Hospice
- Farmaceutica territoriale e in distribuzione diretta

Ai suddetti archivi si aggiungono i dati di sorveglianza rilevati in corso di pandemia, che consentono non solo di descrivere l'andamento della pandemia in corso, ma anche di valutare l'impatto della stessa sia dal punto di vista epidemiologico che dal punto di vista dei processi e degli esiti dell'assistenza.

### 3. Monitoraggio epidemiologico nella fase inter-pandemica

Durante la fase inter-pandemica, la descrizione dello stato e dei bisogni di salute della popolazione rientra nelle attività istituzionali delle Direzioni Regionali deputate, con il supporto delle UOC di Azienda Zero. Quest'ultima provvede periodicamente alla produzione di report, sia tradizionali, sia consultabili dinamicamente via web. Parte della reportistica viene pubblicata nei siti istituzionali in base alle indicazioni di Area Sanità e Sociale. L'attività di reporting trova la sua sintesi nella Relazione Socio-Sanitaria Regionale, che di norma viene pubblicata annualmente sul sito della Regione del Veneto.

I principali ambiti oggetto di indagine e di monitoraggio vengono descritti nei paragrafi seguenti.

#### 3.1. Mortalità generale e per causa

Il Registro di Mortalità regionale è stato istituito con LR 11/2010. La gestione del Registro è affidata alla UOC SER e Registri di Azienda Zero che provvede alla codifica delle cause e alla registrazione informatica della scheda di morte. La codifica della scheda di morte prevede l'attribuzione a ciascuno stato morboso di un codice ICD10 e la successiva individuazione della causa iniziale definita come "la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte", o "l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale" (OMS). Quando nelle schede di morte sono riportati più stati morbosi la codifica della causa iniziale avviene sulla base delle regole internazionali fornite dall'OMS.

Attraverso l'analisi dei dati di mortalità viene rappresentato l'andamento nel tempo e la distribuzione nel territorio delle cause di morte più frequenti e di maggior impatto di sanità pubblica.







Dati e indicatori di mortalità per causa a livello regionale sono pubblicati annualmente sul sito del Servizio Epidemiologico Regionale (ser-veneto.it) di norma entro l'anno successivo all'anno di riferimento dei dati. Nel medesimo sito sono disponibili report tradizionali con dati a partire dal 2000.

Figura 1: Homepage cruscotto mortalità Regione del Veneto (ser-veneto.it)

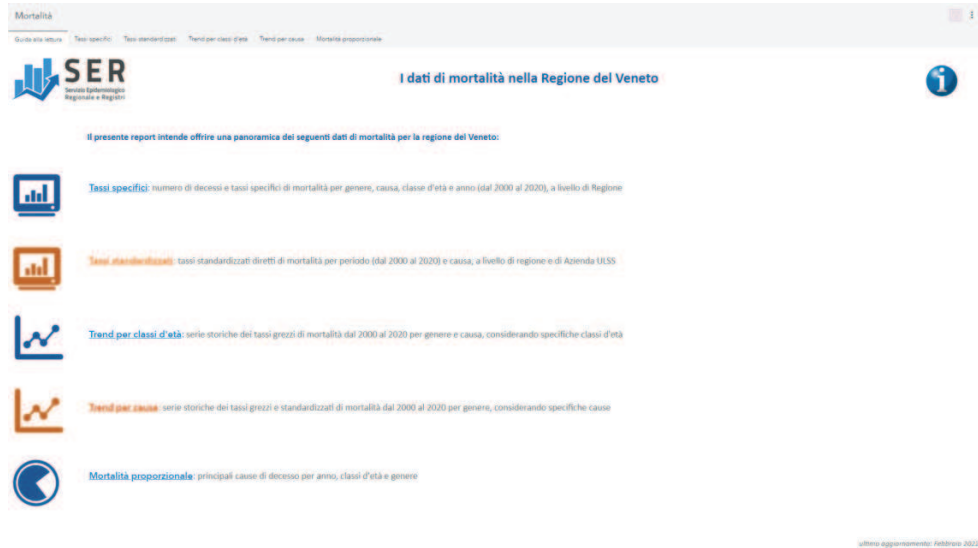


Figura 2: Cruscotto mortalità Regione del Veneto (ser-veneto.it): tassi di mortalità osservati e standardizzati per anno, per Azienda ULSS e Causa di morte.

Numero di decessi (N), tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per Azienda ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000) - Veneto

Periodo	Causa decesso	Maschi				Femmine			
		N. morti	TO	TS	IC 95%	N. morti	TO	TS	IC 95%
2020	TUTTE LE CAUSE	1308	1.136,45	1.150,18	(1.095,5-1.222,9)	1480	1.430,81	751,31	(682,3-771,8)
	33-AMAL DEL SISTEMA NERVOSO	4507	1.050,23	1.025,99	(1.025,9-1.050,9)	4879	1.087,45	850,08	(820,8-898,2)
	34-Morbo di Parkinson	2076	1.205,34	1.158,42	(1.102,1-1.174,7)	4238	1.322,05	780,08	(717,5-784,2)
	35-Morbo di Alzheimer	1226	1.131,65	1.064,34	(1.024,1-1.124,0)	1134	1.120,48	659,74	(622,1-687,2)
	36-AMAL DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1581	1.385,55	1.166,31	(1.136,6-1.250,0)	1773	1.476,68	752,08	(714,9-788,3)
	37-Malattie ipertensive	884	1.029,98	1.026,30	(977,7-1.036,0)	8282	1.108,30	862,84	(844,3-881,3)
	38-Cardiopatie ischemiche	894	1.160,84	1.126,37	(1.076,3-1.176,7)	2233	1.239,83	741,27	(704,3-773,3)
	39-Altre malattie cardiache	811	1.084,08	1.122,52	(1.079,4-1.168,7)	2787	1.125,27	686,25	(671,3-702,5)
	40-Infarto miocardico	1121	1.151,53	1.138,65	(1.105,6-1.167,7)	5894	1.242,87	738,53	(719,6-759,5)
	41-Infarto miocardico non coronarico		1.134,80	1.086,63	(1.063,4-1.109,8)	2882	1.186,16	702,43	(684,1-710,8)

Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 24 di 302





### 3.2 Cronicità e multimorbilità

Con il progressivo invecchiamento della popolazione è inevitabile un incremento della prevalenza di molte patologie croniche età-correlate che, soprattutto in persone in età anziana, si manifestano contemporaneamente (comorbilità). Report epidemiologici sulla prevalenza e sulle comorbilità delle principali condizioni croniche sono pubblicati nel sito del Servizio Epidemiologico Regionale (ser-veneto.it).

La misurazione della prevalenza delle patologie cronico-degenerative e la valutazione del carico complessivo di malattia nella popolazione costituisce una base informativa per intercettare possibili aree di fragilità e di vulnerabilità in caso di pandemia. Nel corso della pandemia da COVID-19 sono state identificate le principali categorie di popolazione che possono risultare particolarmente vulnerabili ad una nuova pandemia. Durante la fase inter-pandemica tali categorie devono essere oggetto di una specifica attività di monitoraggio, anche con l'obiettivo di ottimizzare le campagne di vaccinazione antiinfluenzale stagionale e di vaccinazione contro l'influenza pandemica, in particolare per quanto riguarda le fasce più fragili di popolazione.

### 3.3 Processi ed esiti dell'assistenza

Il monitoraggio dei processi e degli esiti dell'assistenza rappresenta, in particolare per l'ambito ospedaliero, un'attività consolidata grazie anche all'esperienza maturata a livello nazionale nell'ambito del Programma Nazionale Esiti. Questa attività si concretizza nell'aggiornamento mensile di indicatori di volume, processo ed esito dell'attività ospedaliera e nella produzione di un rapporto annuale di sintesi. Inoltre, la Regione del Veneto partecipa dal 2012 al Network delle Regioni per la valutazione della performance in sanità, esperienza che ha consentito di mettere a punto numerosi indicatori sulla qualità dell'assistenza favorendo il confronto con altre Regioni. Infine, sono oggetto di monitoraggio alcuni indicatori di valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute in raccordo con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatori per la valutazione dei PDTA nell'ambito del NSG

Scompenso cardiaco	PDTA03a-Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute
	PDTA03b-Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute.
	PDTA04-Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal Manuale PDTA del Ministero della salute





Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)	PDTA01-Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute.
	PDTA02-Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute.
Tumore della mammella nella donna	PDTA06- Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal Manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico
Tumore del colon	PDTA07-Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della salute
	PDTA08-Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della salute
Tumore del retto	PDTA09- Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della salute.
	PDTA10- Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della salute

### 3.4 Sistemi di allerta rapida

Durante la fase inter-pandemica, contestualmente alla descrizione dello stato e dei bisogni di salute della popolazione è indispensabile predisporre sistemi di sorveglianza sindromica, che abbiano caratteristiche di tempestività sufficienti ad una loro applicazione come strumento di allerta rapida. Tali sistemi vengono anche denominati di *epidemic intelligence*.

Deve essere quindi predisposto un sistema di monitoraggio continuo dei principali eventi sanitari possibilmente correlati alla diffusione di un nuovo agente patogeno (in particolare le sindromi respiratorie) (c.d. sorveglianza basata su indicatori - *Indicator Based Surveillance*), allo scopo di evidenziare eventuali aumenti inattesi rispetto all'andamento precedente.

Tale monitoraggio può essere condotto di base attraverso l'analisi dei dati correnti e, ove emergano elementi di possibile allerta, con l'attivazione di sorveglianze rapide ad hoc. Per quanto concerne la disponibilità dei flussi di dati correnti, è indispensabile ottimizzarne la tempestività che per quanto concerne gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri potrà essere favorita dalla progressiva implementazione del Sistema Informativo Ospedaliero centralizzato.

In questa logica vanno identificate le patologie possibilmente correlate al nuovo agente patogeno esplicitando criteri operativi di inclusione ed esclusione a vantaggio dell'analisi dei dati (individuazione delle classi di età, dei codici ICD9-CM e ICD10 delle patologie di interesse, ecc.). Possibili ambiti di indagine sono:

- Andamento degli accessi al Pronto Soccorso per patologia correlata





- Andamento delle ospedalizzazioni per patologia correlata
- Andamento della mortalità generale da fonte anagrafica
- Altri sistemi di sistemi di sorveglianza sindromica (es. chiamate al 118)

## 4. Fase di allerta

### 4.1 Sorveglianza epidemiologica

Durante la fase di allerta, in cui un nuovo sottotipo virale è identificato nell'uomo, è necessaria una maggiore sorveglianza epidemiologica e un'attenta valutazione del rischio, non solo a livello nazionale e globale, ma anche locale. In questa fase le ordinarie attività epidemiologiche di monitoraggio vengono adeguate tempestivamente in funzione delle necessità informative legate al tipo di emergenza, al tipo di patogeno e alle necessità di sanità pubblica definite e valutate anche nel contesto della Task-Force Regionale per le Emergenze

### 4.2 Situation awareness

In questa fase è indispensabile garantire una comune consapevolezza della situazione in rapida evoluzione. Questo obiettivo può essere perseguito tramite la predisposizione di regolari aggiornamenti sulla evoluzione dell'evento a potenziale pandemico, a cura del Network Italiano di Epidemic Intelligence, derivanti da una consultazione sistematica della letteratura, di siti ufficiali (es OMS, ECDC) ma anche di fonti di informazioni non strutturate e social media.

### 4.3 Stime del rischio epidemico (diffusione e severità)

In questa fase è strategico disporre di stime della potenziale diffusione e del potenziale impatto del nuovo patogeno. Dovranno essere quindi predisposti modelli predittivi, realizzati sui dati disponibili sul nuovo virus influenzale, con lo scopo di redigere verosimili scenari di trasmissione a cui adattare piani di contingenza esistenti e fornire dati ai decisori per modulare le misure di risposta pandemica. Questa attività dovrà essere realizzata in stretta collaborazione con la rete nazionale multidisciplinare di esperti DISPATCH (epiDemic Intelligence, Scenari Pandemici, vAluTazione risCHio).

### 4.4 Quantificazione delle categorie vulnerabili

Sulla scorta dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da COVID-19, è prioritario quantificare le categorie di popolazione che possono risultare particolarmente vulnerabili ad una nuova pandemia, definendo criteri di inclusione applicabili ai flussi informativi correnti e basati su codici di esenzione per patologia, codici di diagnosi, codici di interventi, tipologie di farmaci prescritti, ecc. Nella Tabella 2 vengono presentati alcuni dei suddetti criteri.





Tabella 2. Esempi di condizioni di vulnerabilità e criteri operativi per la quantificazione della casistica

Condizione di vulnerabilità	Criteri di inclusione	Fonte
Trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva	Codice esenzione=052*	Esenzioni per patologia Coord. Regionale Trapianti
Trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica)		Coord. Regionale Trapianti
Attesa di trapianto d'organo	Codice esenzione=050*	Esenzioni per patologia Coord. Regionale Trapianti
Terapie a base di cellule T esprimanti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CAR-T)		Coord. Regionale Trapianti
Patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure	ATC=L01	Farmaceutica territoriale e Distribuzione diretta
Immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.)	Soggetti presenti in Registro Malattie Rare	Registro Regionale Malattie Rare
Immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidica ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.)	Codice ATC= L04	Farmaceutica territoriale e Distribuzione diretta
Dialisi e insufficienza renale cronica grave	Pazienti in dialisi (HD+PD)	Registro Veneto Dialisi e Trapianti
Pregressa splenectomia	Codice intervento ICD9-CM=41.5	SDO
Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ < 200cellule/μl o sulla base di giudizio clinico	Codice esenzione=020	Esenzioni per patologia
Diabete mellito (generale)	Codice ATC=A10* (≥2 prescrizioni negli ultimi 12 mesi)  Codice diagnosi ICD-9-CM=250* in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)  Codice esenzione=013	Farmaceutica territoriale e Distribuzione diretta  SDO  Esenzioni per patologia





Diabete mellito in terapia insulinica	Codice ATC=A10A* (≥1 prescrizione ultimi 12 mesi)	Farmaceutica territoriale e Distribuzione diretta
Diabete mellito in terapia con ≥2 farmaci ipoglicemizzanti	Codice ATC=A10B* (≥ 2 prescrizioni diversi al 5° livello negli ultimi 3 mesi es. ≥1 prescrizione A10BA* AND ≥1 A10BB*)	Farmaceutica territoriale e Distribuzione diretta
Diabete mellito con complicanze	Codice diagnosi ICD-9-CM=250.1*-250.9* in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	SDO
Cardiopatía cronica (generale)	Codice diagnosi ICD-9-CM=410*-414* (cardiopatía ischemica) oppure 428* (scompenso cardiaco) in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	SDO
Scompenso cardiaco NYHA III-IV	Codice esenzione=021.428	Esenzioni per patologia
Pazienti post shock cardiogeno	Codice diagnosi ICD-9-CM=785.51 (Shock Cardiogeno) in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	SDO
Portatori dispositivi medici cardiaci impiantati attivi (Pacemaker e defibrillatori)	Codice intervento ICD9-CM=37.8 (Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco) oppure 37.94-37.98 (impianto, sostituzione defibrillatore) oppure 00.50-00.54 (impianto, sostituzione pace-maker cardiaco o defibrillatore) (ultimi 5 anni)	SDO
BPCO	Codice esenzione=057*  Codice diagnosi ICD-9-CM=491* o 492* o 494* o 496* in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	Esenzioni per patologia  SDO
ASMA	Codice esenzione =007.493  Codice diagnosi ICD-9-CM=493* in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	Esenzioni per patologia  SDO
Fibrosi polmonare idiopatica	Codice esenzione=RHG010  Codice diagnosi ICD-9-CM=516.3 (Alveolite fibrosante idiopatica) in diagnosi principale o secondaria (ultimi 5 anni)	Esenzioni per patologia  SDO
Pazienti in Ossigenoterapia	Codice ATC=V03AN01 (≥1 prescrizione ultimi 12 mesi)	





#### 4.5 Eventi oggetto di monitoraggio specifico

Attraverso il confronto con gli organismi preposti ed in particolare nel contesto della Task-Force Regionale per le Emergenze vanno contestualmente individuati i possibili eventi oggetto di monitoraggio, a seconda del tipo di patogeno, quali eventi di infezione per classi di età o per contesto di sviluppo dei focolai e i flussi di dati da garantire, con la relativa cadenza.

Questa fase è propedeutica alla strutturazione dei report di monitoraggio da rendere disponibili agli organismi di governo sanitario.

## 5. Fase Pandemica

### 5.1 Sorveglianza dell'andamento della pandemia

L'esperienza condotta nel periodo della pandemia da COVID-19 ha messo in evidenza l'importanza di disporre di un sistema di sorveglianza in grado di presidiare dal punto di vista informativo le seguenti aree:

- Intercettazione dei casi incidenti con un efficace sistema di diagnostica che garantisca il flusso continuo dei dati dai servizi diagnostici sul territorio al centro di raccolta dei dati
- Eventi sanitari collegati all'infezione (isolamento domiciliare o in struttura, ricovero ospedaliero, contact tracing, misure quarantenarie, etc.)
- Esiti: guarigione, decesso
- Vaccinazioni

L'integrazione tra il sistema di sorveglianza e il sistema dei flussi correnti può consentire di arricchire il sistema stesso con informazioni di contesto (ad es. per identificare i contagi tra gli ospiti dei Centri servizi per anziani) e di esito, in particolare per quanto riguarda la mortalità. In particolare, nell'analisi dei differenziali di mortalità generale tra il periodo pandemico ed il periodo inter-pandemico, è indispensabile disporre di un aggiornamento tempestivo dell'anagrafe sanitaria sullo stato in vita della popolazione; ciò infatti garantisce di effettuare un monitoraggio dell'andamento della mortalità generale per età e genere con tempi molto rapidi, e comunque compatibili anche in caso di rapida evoluzione della pandemia.

Durante la fase pandemica va quindi rafforzata la capacità di elaborazione epidemiologica, garantendo la predisposizione di reportistica giornaliera e settimanale sull'andamento dei principali indicatori di monitoraggio dell'epidemia.

Le aree oggetto di monitoraggio da prendere primariamente in considerazione sono le seguenti, rispetto alle quali si riporta a titolo esemplificativo un report realizzato settimanalmente nel periodo della pandemia da COVID-19 (cfr. sezione "Materiale integrativo" alla fine del documento).

#### 1. Monitoraggio dell'incidenza e della prevalenza dei casi nella popolazione generale

- Andamento giornaliero dei nuovi casi e tassi di incidenza, per classe di età e sesso





- Casi attualmente positivi e tassi di prevalenza dei casi, per classe di età e sesso
  - Incidenza settimanale per comune di residenza o per macro area di interesse
2. Monitoraggio dei ricoveri in struttura ospedaliera
- Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale
  - Occupazione dei posti letto, per tipologia di reparto e livello di intensità assistenziale
  - Mortalità intraospedaliera, per classe di età e sesso
3. Monitoraggio della mortalità
- Andamento giornaliero dei deceduti e tassi di mortalità, per classe di età e sesso
  - Analisi della variazione della mortalità generale in confronto al periodo inter-pandemico
4. Monitoraggio dell'incidenza e della prevalenza dei casi nelle strutture residenziali
- Incidenza giornaliera di casi tra gli ospiti delle strutture
  - Andamento giornaliero dei ricoveri in ospedale tra gli ospiti delle strutture
  - Mortalità tra gli ospiti delle strutture
5. Monitoraggio dell'epidemia nel personale sanitario
- Nuovi casi tra gli operatori sanitari, per profilo professionale
  - Incidenza dei ricoveri ospedalieri tra gli operatori sanitari
6. Monitoraggio della vaccinazione
- Andamento della copertura vaccinale, per classe di età e sesso
  - Analisi dell'impatto delle vaccinazioni sull'incidenza dei casi, per classe di età e sesso
  - Analisi dell'impatto delle vaccinazioni sull'incidenza dei ricoveri ospedalieri e sulla severità dei ricoveri, per classe di età e sesso
  - Analisi dell'impatto delle vaccinazioni sulla mortalità, per classe di età e sesso

### 5.2 Monitoraggio della popolazione migrante

Una categoria che, per diverse ragioni, è meritevole di specifici approfondimenti è la popolazione migrante. Da un lato, sia gli aspetti di mobilità (anche internazionale) sia le forme di aggregazione abitativa possono associarsi a peculiari dinamiche di diffusione della malattia; inoltre, molti fattori rendono i migranti una fascia di popolazione più vulnerabile alle malattie infettive rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana. Per tali ragioni, i migranti possono rappresentare un gruppo prioritario per le politiche di prevenzione e controllo delle malattie infettive, incluse le vaccinazioni.

E' quindi opportuno prevedere la conduzione di specifici approfondimenti su questa fascia di popolazione, che dovrebbe essere descritta sia a livello di area geografica di provenienza che in base alle cittadinanze straniere più frequenti nella Regione. In relazione alla pandemia da COVID-19 è pubblicato nel sito del Servizio Epidemiologico Regionale ([ser-veneto.it](http://ser-veneto.it)) un rapporto che illustra l'accesso alla vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2 nella popolazione migrante residente, a confronto con la popolazione con cittadinanza italiana.







### 5.3 Identificazione delle categorie particolarmente vulnerabili

Analogamente a quanto già descritto per la fase di allerta, anche durante la fase pandemica devono essere resi disponibili i criteri per l'identificazione delle fasce di popolazione particolarmente vulnerabili alla pandemia. In questa fase, infatti, si può rendere necessario identificare con tempestività le categorie di soggetti fragili in quanto prioritariamente eleggibili alla vaccinazione o a trattamenti farmacologici specifici.

Le modalità di identificazione di questi soggetti si possono basare sui flussi informativi correnti (si veda a titolo esemplificativo la Tabella 2).

## 6. Fase di transizione pandemica

### 6.1. Valutazione dell'impatto della pandemia

Durante la fase di transizione pandemica, l'attività epidemiologica è principalmente orientata alla valutazione dell'impatto della pandemia sullo stato di salute della popolazione e sui volumi e processi dell'attività assistenziale. L'obiettivo è infatti descrivere da un lato come durante la fase pandemica si siano modificati i principali fenomeni epidemiologici, dalla mortalità per causa alla prevalenza di alcune condizioni croniche, all'incidenza di condizioni possibilmente collegate all'epidemia e dall'altro come la riorganizzazione dell'attività delle strutture sanitarie durante la fase pandemica abbia influito sull'erogazione dei servizi e quali azioni debbano essere intraprese per garantire il ripristino dei processi assistenziali (cfr. sezione "Materiale integrativo" alla fine del documento).

Si sottolinea l'opportunità di effettuare analisi su base mensile al fine di cogliere l'impatto delle varie fasi dell'epidemia sulla popolazione e sul sistema dei Servizi.

In questo contesto, dall'esperienza condotta nel periodo della pandemia da COVID-19, le aree da prendere primariamente in considerazione per la valutazione dell'impatto della pandemia sono le seguenti:

- Analisi della mortalità per causa: l'analisi va condotta sia sulla causa iniziale selezionata secondo le regole internazionali di codifica, sia sulle cause multiple (qualsiasi menzione della patologia nella scheda di morte, indipendentemente dalla sua selezione come causa iniziale).
- Andamento dell'adesione e dell'efficacia delle vaccinazioni.
- Modificazioni del profilo di salute della popolazione.
- Accessi in pronto soccorso: andamento mensile degli accessi per livello di severità e proporzione di casi ricoverati
- Ospedalizzazione generale, per specifiche condizioni tempo-dipendenti (IMA, Ictus), e per interventi chirurgici, anche in ambito oncologico
- Riorganizzazione delle aree di degenza: redistribuzione dei posti letto tra area critica reparti medici e reparti chirurgici.
- Attività ambulatoriale: visite ambulatoriali e specifiche tipologie di intervento.





- Screening oncologici: volumi di inviti e adesione della popolazione al fine di misurare i ritardi cumulati e predisporre adeguati piani di recupero
- Cure domiciliari: volume complessivo di accessi a domicilio e di nuove prese in carico
- Servizi residenziali per anziani: volume complessivo di giornate di presenza e di nuove prese in carico

## 6.2 Revisione delle attività di risposta alla pandemia

Nella fase di transizione pandemica è importante definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie, sulla cui base eventualmente aggiornare piani pandemici influenzali e di contingenza.

A questo scopo, si prevede di condurre studi di revisione per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali. L'OMS e l'ECDC raccomandano di utilizzare, per questo tipo di analisi, strumenti quali le metodologie In-Action Review (IAR) e After-Action Review (AAR). Questi metodi consistono nell'identificazione e nell'analisi delle azioni intraprese durante i diversi momenti della risposta pandemica, per identificare lezioni che possono essere apprese e che possono suggerire dei miglioramenti nei modelli e nei processi di lavoro per eventi pandemici ad elevato impatto in futuro, ma anche per rafforzare la risposta a pandemie influenzali nell'attuale e successive fasi dell'emergenza.





**DOCUMENTO ATTUATIVO:  
Azioni di monitoraggio epidemiologico e di reportistica**

**MATERIALE INTEGRATIVO**





**Rapporto sull'andamento  
dell'epidemia da COVID-19 in Veneto**  
Dati aggiornati al 17/02/2022





## Sommario

1. Andamento giornaliero dei positivi .....	6
Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi .....	6
Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni) .....	6
Figura 1.3. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno .....	7
Figura 1.4. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana .....	7
Figura 1.5. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto .....	8
Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto .....	8
Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età .....	9
Figura 1.7. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età .....	9
Figura 1.8. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) .....	10
Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio .....	11
Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età .....	12
Tabella 1.4. Deceduti COVID-19 (ultimi 28 giorni), per luogo del decesso e classe d'età .....	12
Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) .....	13
2. Mappa dei tassi d'incidenza settimanali di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza .....	15
2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza .....	15
3. Mortalità generale .....	16
Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario .....	16
Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso .....	17
Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età .....	17
Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza .....	18
Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 - gen* '22 .....	19
4. Ospedalizzazione .....	20
Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg) .....	20
Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno .....	20
Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni .....	21





Figura 4.4. Terapia intensiva: frequenza giornaliera cumulata pazienti entrati e pazienti usciti .....	24
Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni).....	24
Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno .....	25
Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana .....	25
Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana.....	26
Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso).....	27
Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso).....	27
<b>5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione .....</b>	<b>28</b>
Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi .....	28
Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg.....	28
Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg) .....	29
<b>6. Monitoraggio operatori sanitari .....</b>	<b>30</b>
Figura 6.1. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto .....	30
Figura 6.2. Ricoveri di operatori sanitari positivi, per settimana di referto .....	30
Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale.....	31
<b>7. Monitoraggio vaccinazioni.....</b>	<b>32</b>
Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti, tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto.....	32
Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto .....	32
Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto.....	33
Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto .....	33
Figura 7.3. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-13/02/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto.....	34





Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-13/02/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto ..... 34

Tabella 7.4. Decessi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto..... 35

Figura 7.4. Tasso di decessi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto ... 35

Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 39 di 302





### 1. Andamento giornaliero dei positivi

Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi

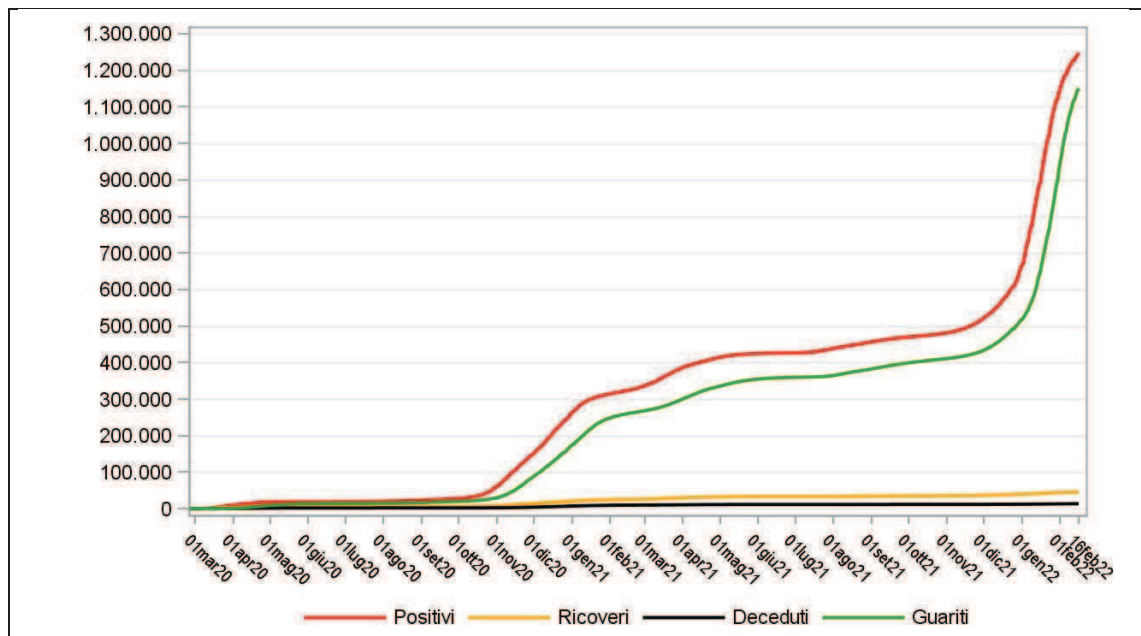
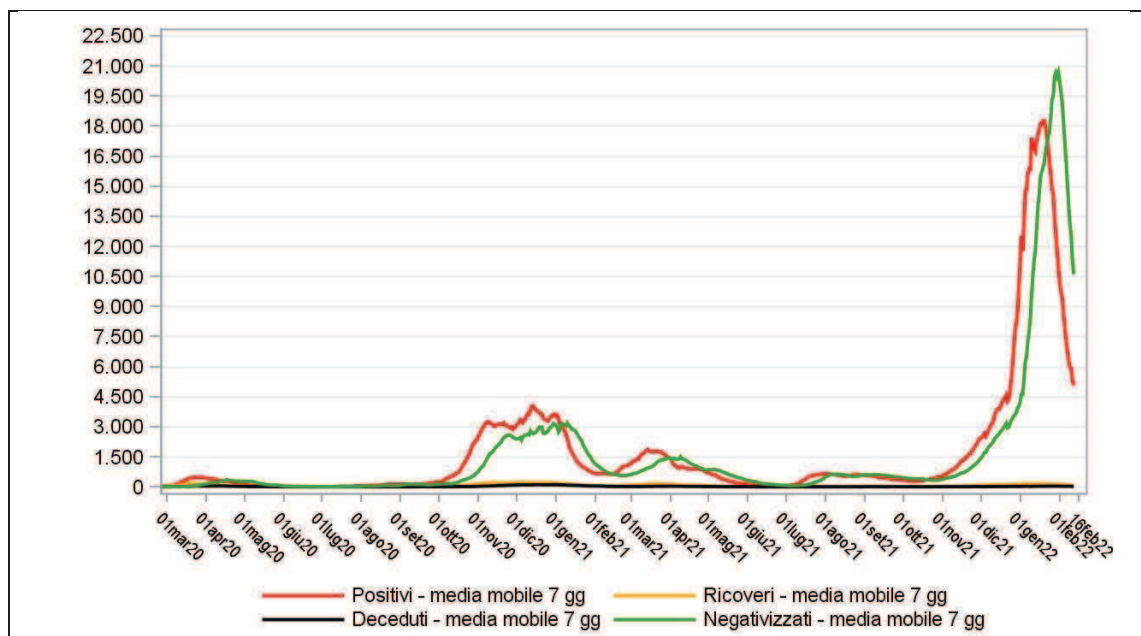


Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 40 di 302







Figura 1.3. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno

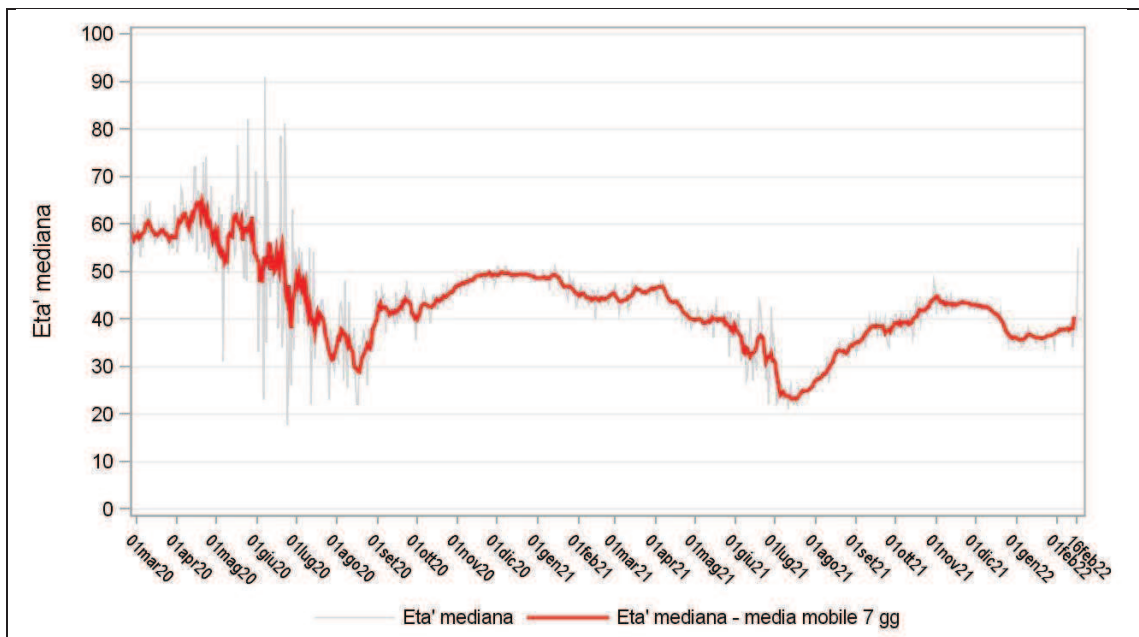
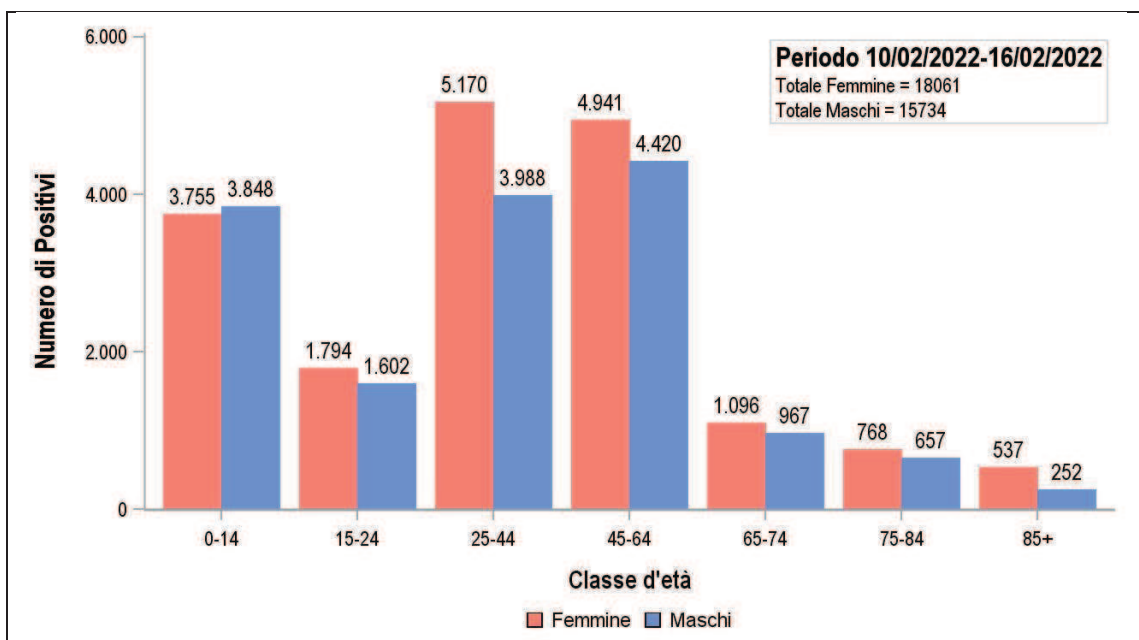


Figura 1.4. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana

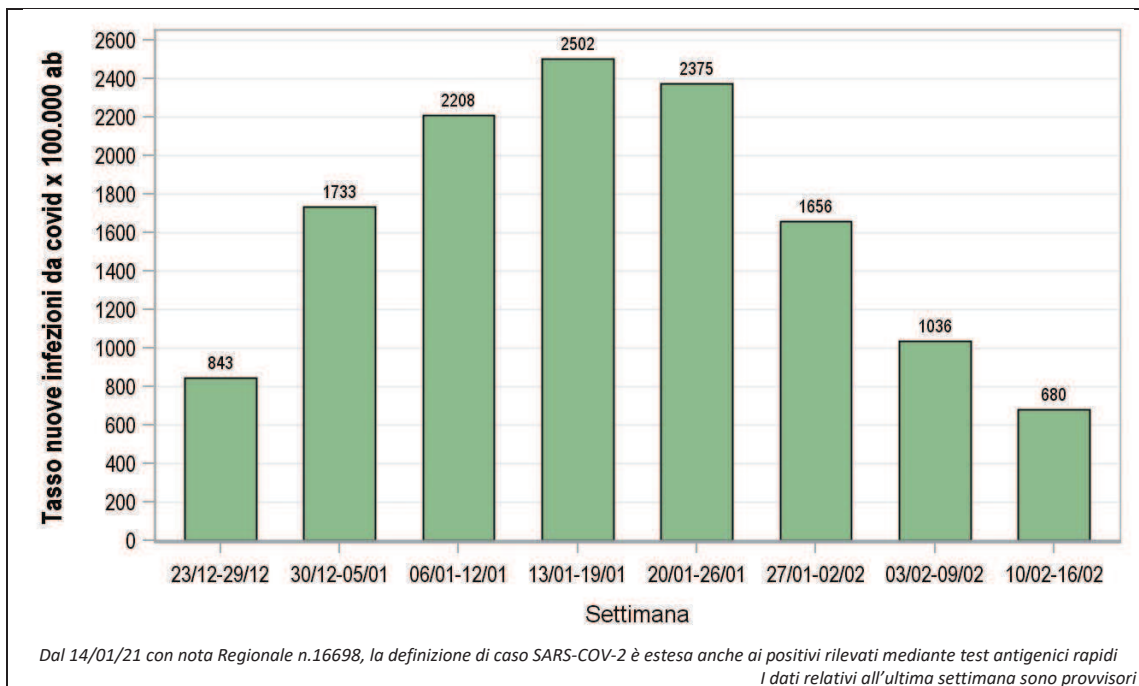


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 41 di 302





Figura 1.5. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 42 di 302

Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto

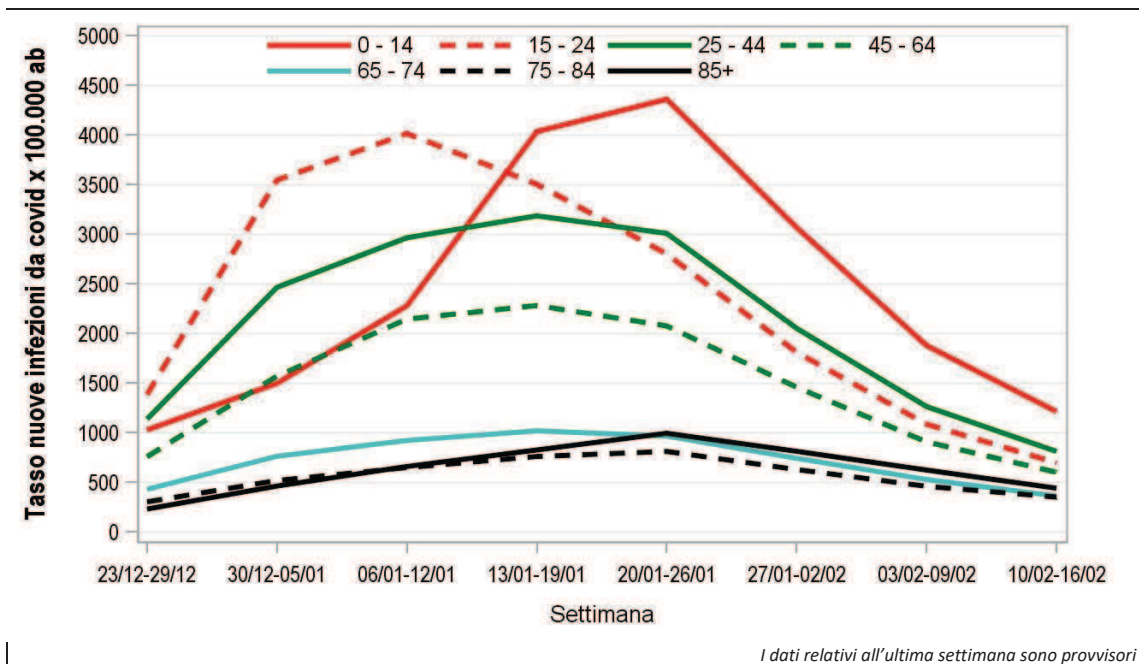
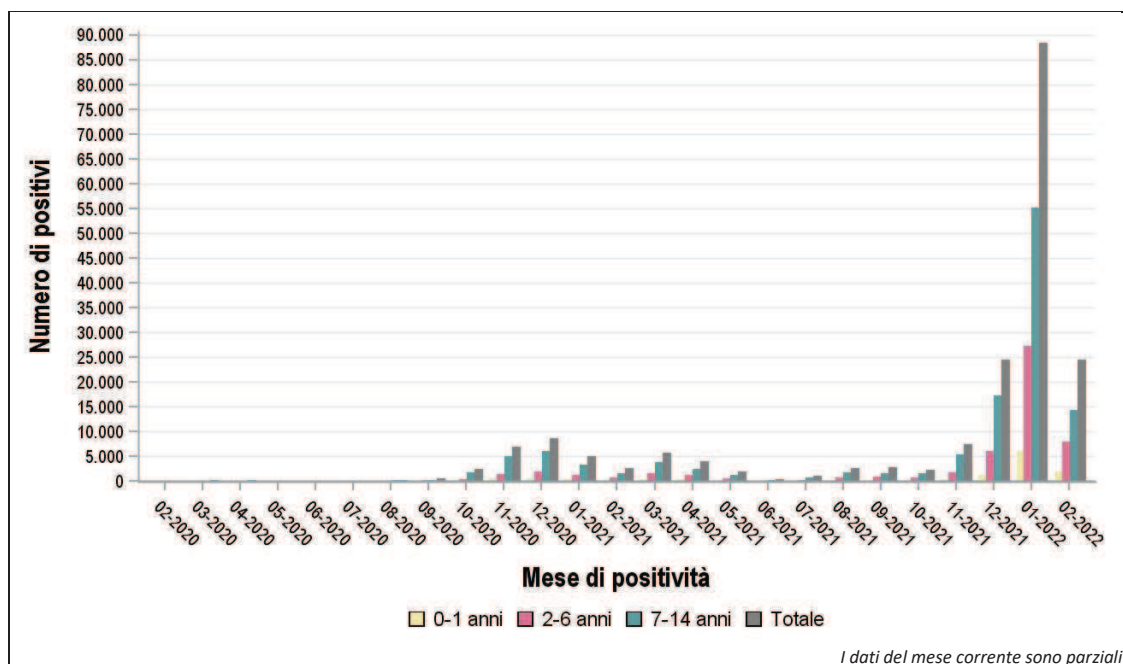




Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età

Provincia di domicilio	Casi positivi				Attualmente positivi			
	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni
Belluno	7.069	505	2.019	4.545	586	62	199	325
Padova	37.884	2.674	11.358	23.852	3.010	281	1.119	1.610
Rovigo	7.624	524	2.229	4.871	597	50	204	343
Treviso	35.939	2.486	9.681	23.772	2.902	276	940	1.686
Venezia	31.467	2.180	8.930	20.357	2.832	266	954	1.612
Verona	35.954	2.378	10.277	23.299	3.600	313	1.208	2.079
Vicenza	34.857	2.584	10.110	22.163	3.223	336	1.125	1.762
Non domiciliati in Veneto	2.158	207	535	1.416	811	123	228	460
<b>Totale</b>	<b>192.952</b>	<b>13.538</b>	<b>55.139</b>	<b>124.275</b>	<b>17.561</b>	<b>1.707</b>	<b>5.977</b>	<b>9.877</b>

Figura 1.7. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età

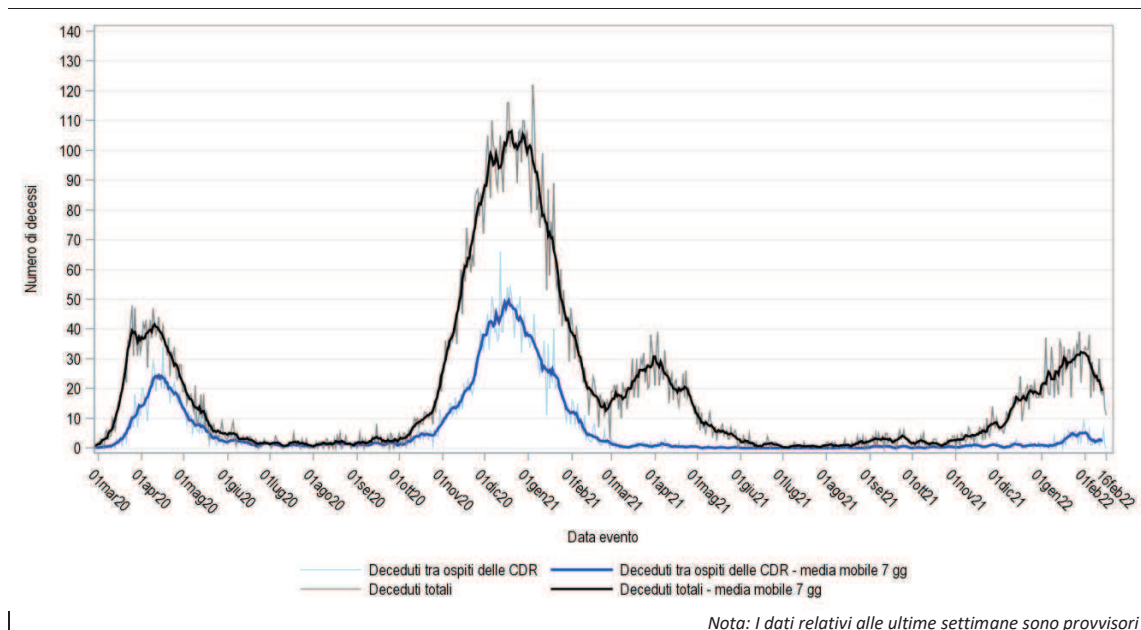


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 43 di 302





Figura 1.8. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 44 di 302





Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio

Mese	Ulss di domicilio										
	ULSS 1 Dolomiti	ULSS 2 Marca TV	ULSS 3 Serenissima	ULSS 4 V. Orientale	ULSS 5 Polesana	ULSS 6 Euganea	ULSS 7 Pedemontana	ULSS 8 Berica	ULSS 9 Scaligera	Regione Veneto	
2020	Feb	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3
	Mar	17	133	57	18	4	88	38	38	180	573
	Apr	72	143	126	25	28	162	89	85	302	1.032
	Mag	22	42	56	5	3	41	54	23	80	326
	Giu	1	9	11	1	2	19	25	2	19	89
	Lug	1	2	7	0	0	13	14	0	6	43
	Ago	0	5	17	0	0	7	18	0	1	48
	Set	0	26	8	0	10	4	14	1	9	72
	Ott	47	37	47	7	5	24	10	55	60	292
	Nov	129	228	242	34	45	188	115	276	405	1.662
Dic	151	501	438	96	152	398	235	361	749	3.081	
2021	Gen	89	363	342	71	140	415	109	229	408	2.166
	Feb	41	102	90	12	41	109	41	62	105	603
	Mar	26	107	84	48	38	148	54	57	130	692
	Apr	27	100	96	31	47	120	31	57	131	640
	Mag	9	22	31	14	15	33	11	19	35	189
	Giu	1	4	6	1	0	16	1	0	13	42
	Lug	0	1	4	2	1	3	0	1	4	16
	Ago	2	3	4	4	2	4	1	3	15	38
	Set	3	13	16	1	7	19	10	5	12	86
	Ott	3	8	4	3	3	18	3	7	6	55
	Nov	7	19	13	6	20	38	11	12	25	151
Dic	12	98	62	17	31	79	32	59	53	443	
2022	Gen	29	143	112	40	78	142	67	79	144	834
	Feb	9	67	35	22	38	69	36	39	71	386
<b>Totale</b>	<b>698</b>	<b>2.178</b>	<b>1.908</b>	<b>458</b>	<b>710</b>	<b>2.158</b>	<b>1.019</b>	<b>1.470</b>	<b>2.963</b>	<b>13.562</b>	

Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori





Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età

Mese	Classe di età				Regione Veneto	
	0-64	65-74	75-84	85 +		
2020	Feb	0	0	3	0	3
	Mar	30	80	221	242	573
	Apr	54	116	322	540	1.032
	Mag	14	35	99	178	326
	Giu	4	12	15	58	89
	Lug	4	3	14	22	43
	Ago	2	2	9	35	48
	Set	2	6	17	47	72
	Ott	14	32	79	167	292
	Nov	85	199	495	883	1.662
	Dic	155	342	964	1.620	3.081
2021	Gen	127	289	685	1.065	2.166
	Feb	44	101	169	289	603
	Mar	52	104	244	292	692
	Apr	50	149	195	246	640
	Mag	29	35	54	71	189
	Giu	7	14	10	11	42
	Lug	0	6	7	3	16
	Ago	6	6	12	14	38
	Set	15	6	20	45	86
	Ott	9	7	16	23	55
	Nov	12	22	40	77	151
Dic	38	65	143	197	443	
2022	Gen	71	127	271	365	834
	Feb	26	66	107	187	386
<b>Totale</b>	<b>850</b>	<b>1.824</b>	<b>4.211</b>	<b>6.677</b>	<b>13.562</b>	

Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

Tabella 1.4. Deceduti COVID-19 (ultimi 28 giorni), per luogo del decesso e classe d'età

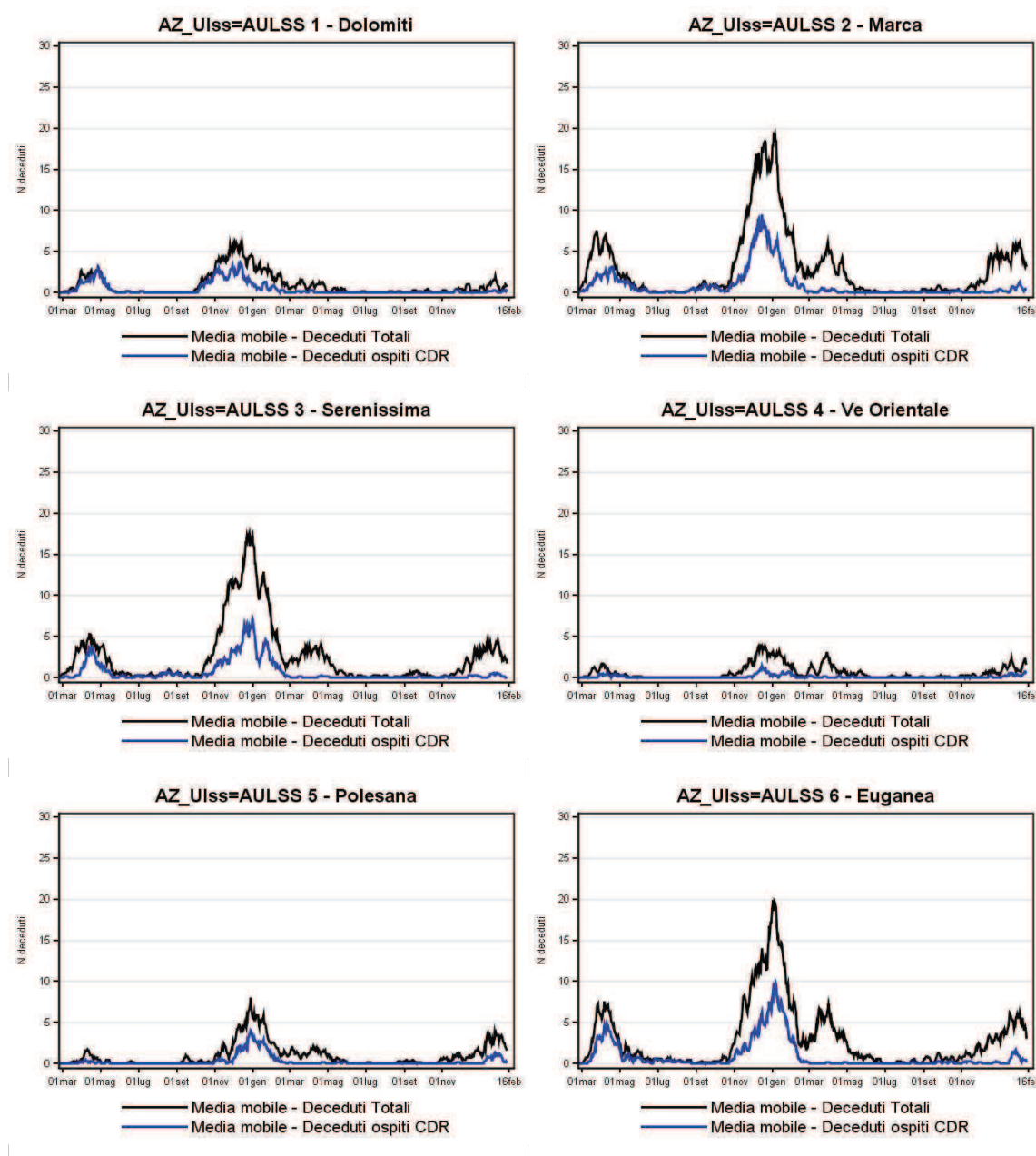
Luogo del decesso	Classi di età								Totale 20+	
	20-39		40-59		60-79		80+			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ospedale - Area Critica (TI)	1	50.0	9	47.4	79	35.4	15	2.9	104	13.8
Ospedale - Area Non Critica	1	50.0	5	26.3	122	54.7	386	75.7	514	68.2
Ospedale di Comunità					3	1.3	28	5.5	31	4.1
RSA					7	3.1	47	9.2	54	7.2
Domicilio/Altro			5	26.3	12	5.4	34	6.7	51	6.8
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>	<b>510</b>	<b>100.0</b>	<b>754</b>	<b>100.0</b>

Le voci RSA e Domicilio/Altro sono state ottenute per differenza tra il totale dei decessi e i decessi avvenuti in ospedale. Si assume che il decesso sia avvenuto in RSA per i deceduti che risultavano in RSA alla data della positività e che non sono morti in ospedale



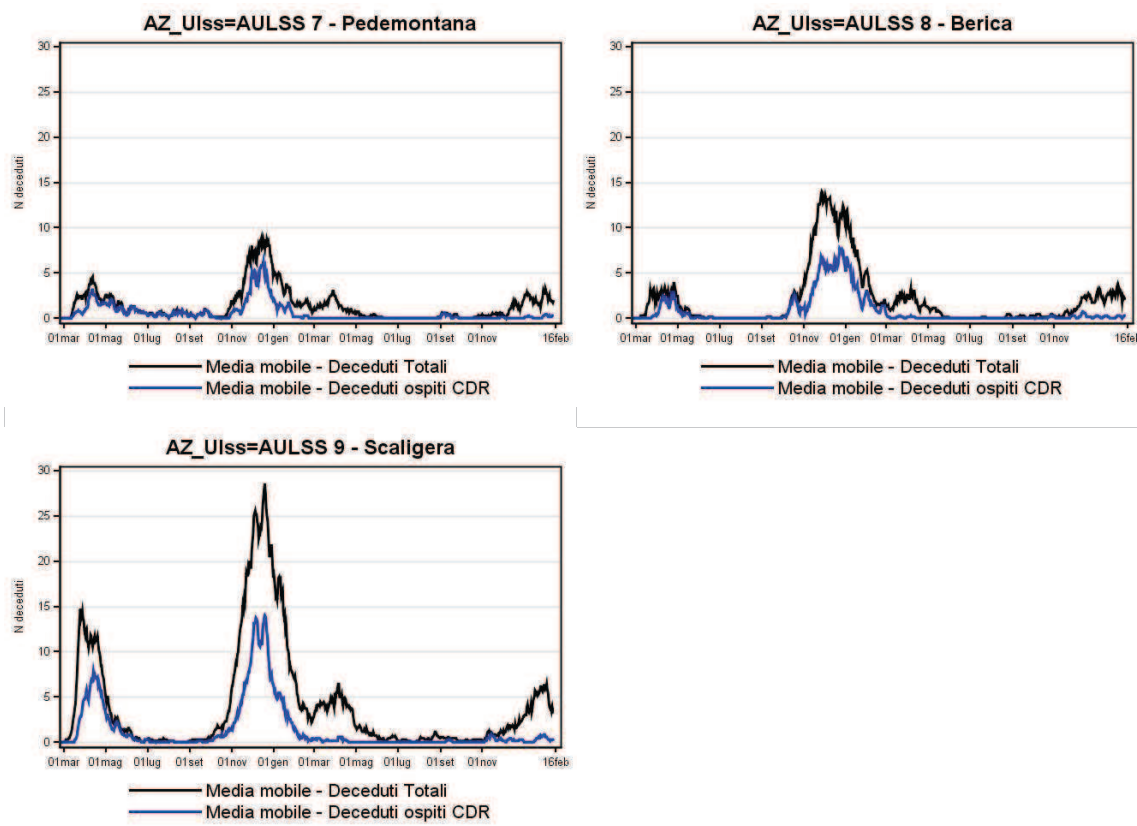


Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 47 di 302





Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 48 di 302

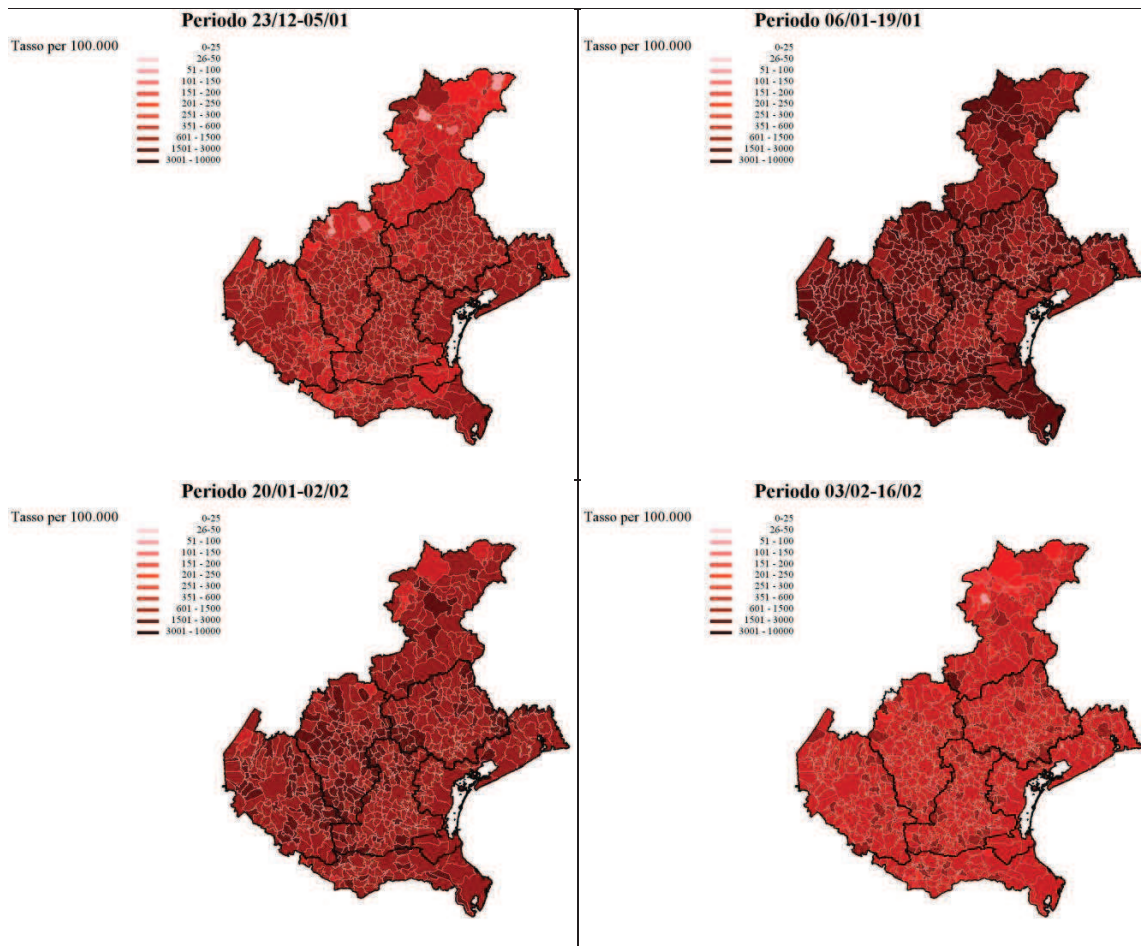






## 2. Mappa dei tassi d'incidenza settimanali di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza

### 2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 49 di 302





### 3. Mortalità generale

Viene qui presentato un confronto tra il numero assoluto di decessi dei residenti in Veneto registrati nel periodo 1 gennaio 2020 – 21 gennaio 2022 e i dati del triennio 2017-2019 in base all'Anagrafe Unica Regionale (AUR) aggiornata al 12 febbraio 2022. Nei mesi di gennaio e febbraio 2020 il numero assoluto di decessi è risultato inferiore rispetto alla media registrata nel periodo 2017-2019. Si è invece osservato un notevole incremento dei decessi nel corso del mese di marzo (+23%), e del mese di aprile (+31%), che si riduce a partire da maggio (+5%), per poi portarsi in linea con i valori attesi nel mese di giugno. Nei mesi di luglio, agosto e settembre si continua a registrare un, seppur contenuto, aumento della mortalità (+6%), che riprende ad aumentare nel mese di ottobre (+12%), con un incremento molto consistente che si può osservare nel mese di novembre (+46%), e soprattutto a dicembre (+76%), per poi diminuire a gennaio 2021 (+30%) e a febbraio (-2%). A marzo '21 si registra un nuovo incremento della mortalità (+11%), confermato dai dati di aprile (+14%), mentre nei dati di maggio (+2%), giugno (+2%) e luglio (+4%) si osserva un numero di decessi pressoché in linea con quelli del triennio di confronto, così come nei dati di agosto (-1%), settembre (+6%), ottobre (+6%) e novembre (+7%), mentre nei dati di dicembre si rileva un nuovo aumento della mortalità (+17%) che sembra calare nei dati ancora provvisori delle prime tre settimane di gennaio (+8%).

**Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario**

	Periodo	Media decessi 2017-2019	Decessi 2020-2021	Variazione %
2020	Gennaio	5.112	4.756	-7%
	Febbraio	4.470	4.317	-3%
	Marzo	4.403	5.399	<b>23%</b>
	Aprile	3.948	5.169	<b>31%</b>
	Maggio	3.895	4.099	5%
	Giugno	3.706	3.779	2%
	Luglio	3.693	3.910	6%
	Agosto	3.880	4.088	5%
	Settembre	3.677	3.897	6%
	Ottobre	4.126	4.629	<b>12%</b>
	Novembre	4.074	5.964	<b>46%</b>
	Dicembre	4.358	7.655	<b>76%</b>
2021	Gennaio	5.112	6.624	<b>30%</b>
	Febbraio	4.470	4.385	-2%
	Marzo	4.403	4.873	<b>11%</b>
	Aprile	3.948	4.491	<b>14%</b>
	Maggio	3.895	3.972	2%
	Giugno	3.706	3.797	2%
	Luglio	3.693	3.829	4%
	Agosto	3.880	3.846	-1%
	Settembre	3.677	3.910	6%
	Ottobre*	2.788	2.963	6%
	Novembre	4.074	4.347	7%
	Dicembre	4.358	5.125	<b>17%</b>
2022	Gennaio*	3.427	2.695	<b>8%</b>

\*per ottobre '21 e gennaio '22 sono disponibili solo 21 giorni





Nei grafici seguenti è riportata la variazione percentuale dei decessi rispetto alla media negli anni 2017-2019, per mese e sesso e classi di età nei residenti in Veneto.

Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso

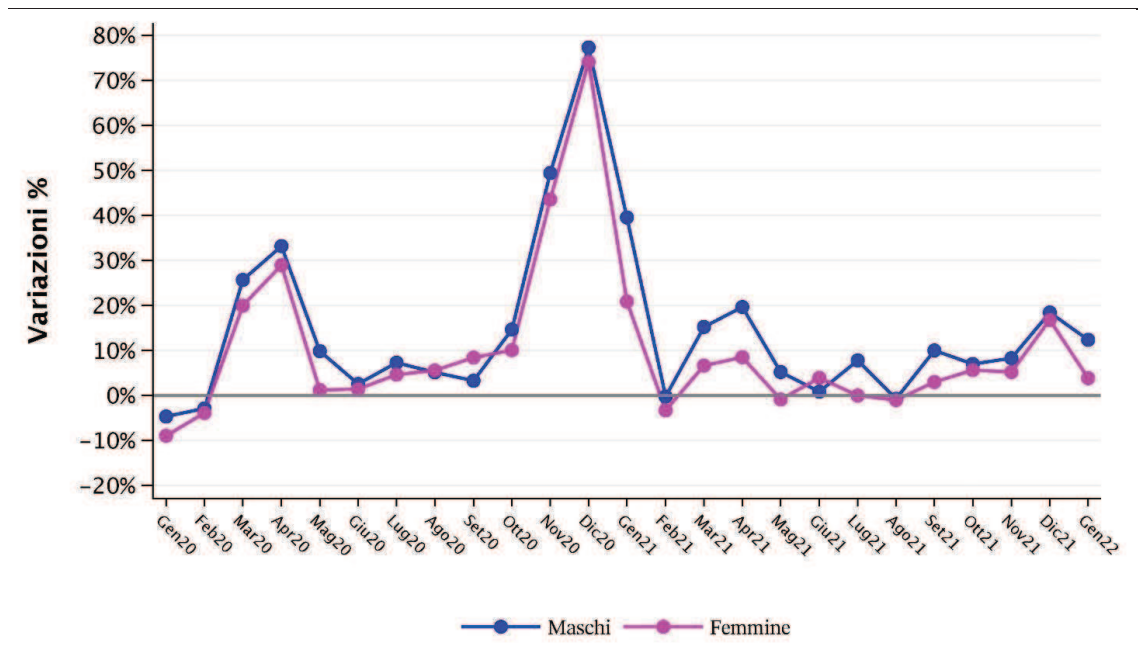
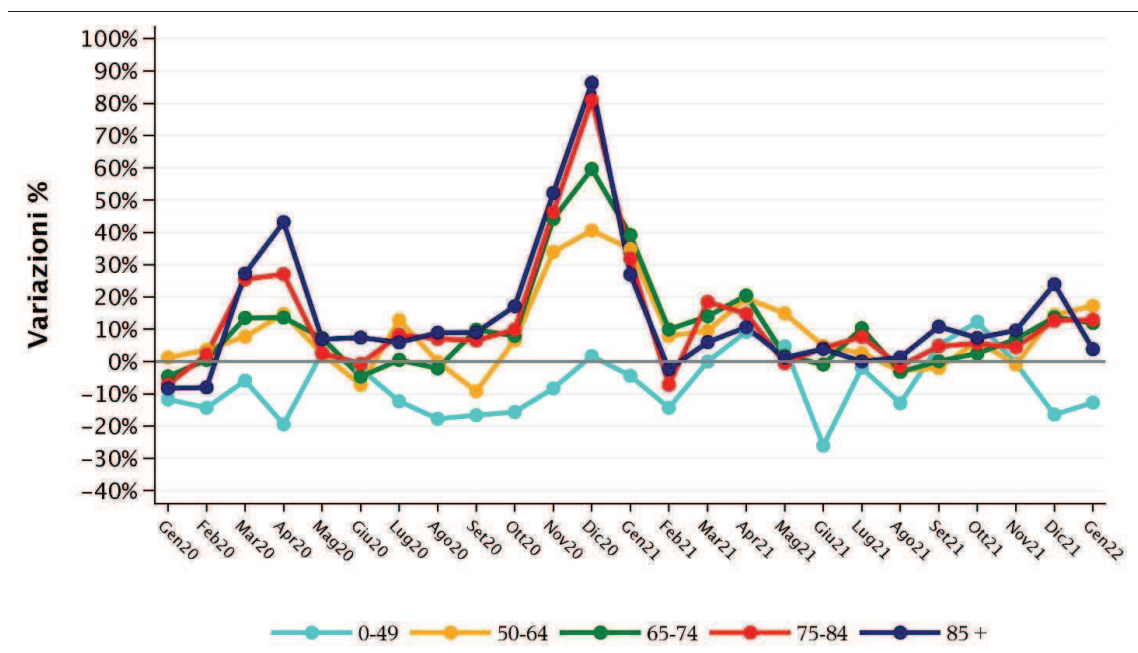


Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 51 di 302





Considerando l'intero periodo, l'aumento della mortalità a livello regionale è stato del 13%, particolarmente marcato nell'ULSS Scaligera (+16%), nella Serenissima (+15%) e nella Pedemontana (+15%). Nelle analisi per periodi, nei mesi di marzo ed aprile 2020 l'incremento maggiore si è registrato nella Scaligera (+43%), nei mesi di novembre, dicembre e gennaio 2021 le aziende che hanno riscontrato il maggior aumento di mortalità sono la Serenissima (+53%), la Berica (+56%) e la Scaligera (+65%).

**Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza**

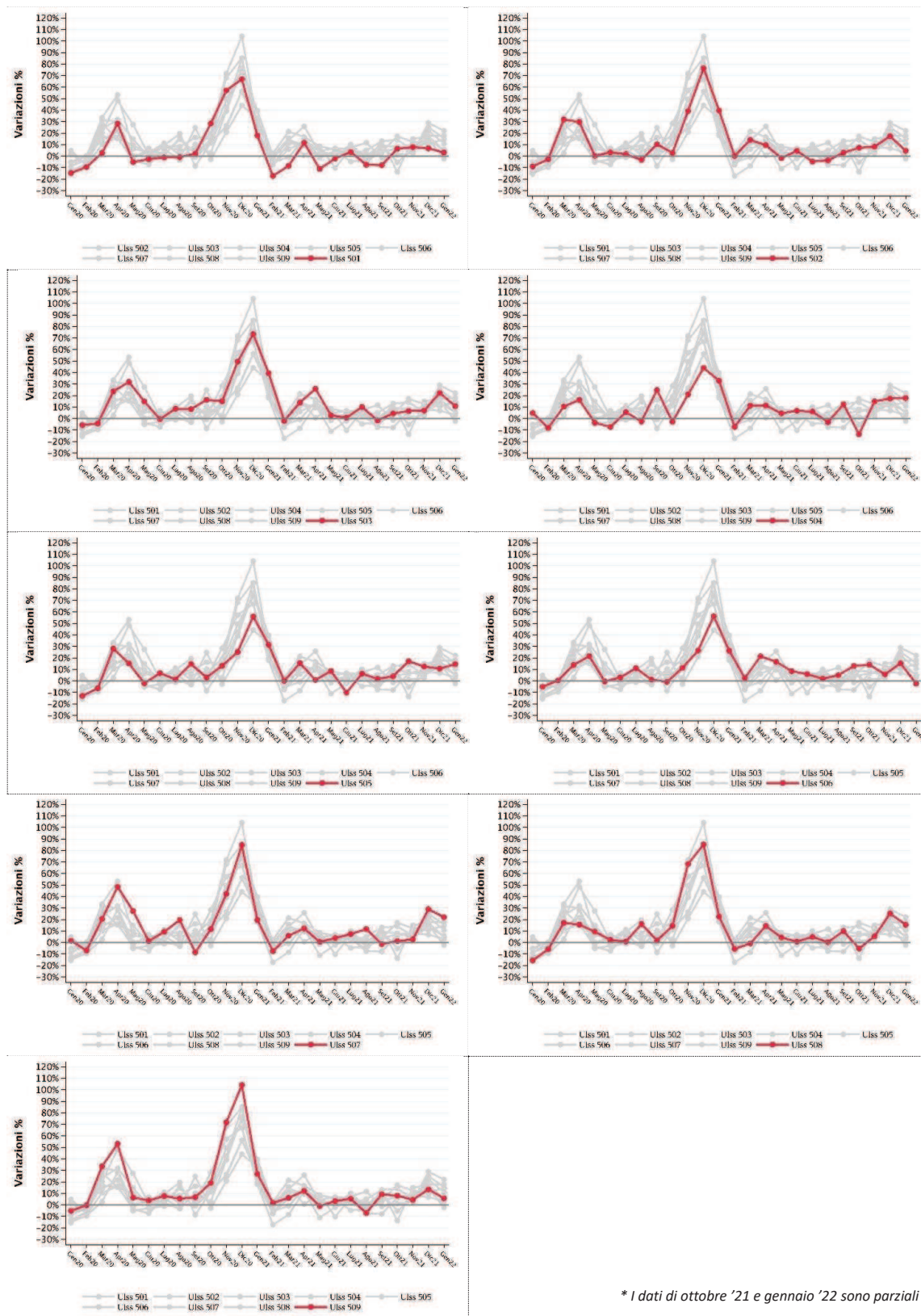
Azienda ULSS	Gennaio '20 – Gennaio* '22			Marzo '20 – Aprile '20			Novembre '20 – Gennaio '21		
	Media 2017-19	Decessi 2020-21	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020-21	Variaz. %
ULSS 1 Dolomiti	5.194	5.500	6%	436	500	15%	692	1.000	45%
ULSS 2 Marca TV	16.960	18.947	12%	1.405	1.838	31%	2.240	3.403	52%
ULSS 3 Serenissima	13.982	16.107	15%	1.131	1.441	27%	1.882	2.889	53%
ULSS 4 V. Orientale	4.894	5.316	9%	405	457	13%	632	841	33%
ULSS 5 Polesana	6.250	6.889	10%	535	651	22%	825	1.132	37%
ULSS 6 Euganea	18.475	20.537	11%	1.550	1.821	17%	2.485	3.373	36%
ULSS 7 Pedemontana	7.212	8.262	15%	583	778	34%	993	1.462	47%
ULSS 8 Berica	9.533	10.711	12%	791	920	16%	1.305	2.036	56%
ULSS 9 Scaligera	18.274	21.250	16%	1.515	2.162	43%	2.490	4.107	65%
<b>Regione Veneto</b>	<b>100.774</b>	<b>113.519</b>	<b>13%</b>	<b>8.351</b>	<b>10.568</b>	<b>27%</b>	<b>13.544</b>	<b>20.243</b>	<b>49%</b>

*\*I dati di ottobre '21 e gennaio '22 sono parziali*





Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 - gen\* '22



\* I dati di ottobre '21 e gennaio '22 sono parziali

Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 53 di 302





#### 4. Ospedalizzazione

Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg)

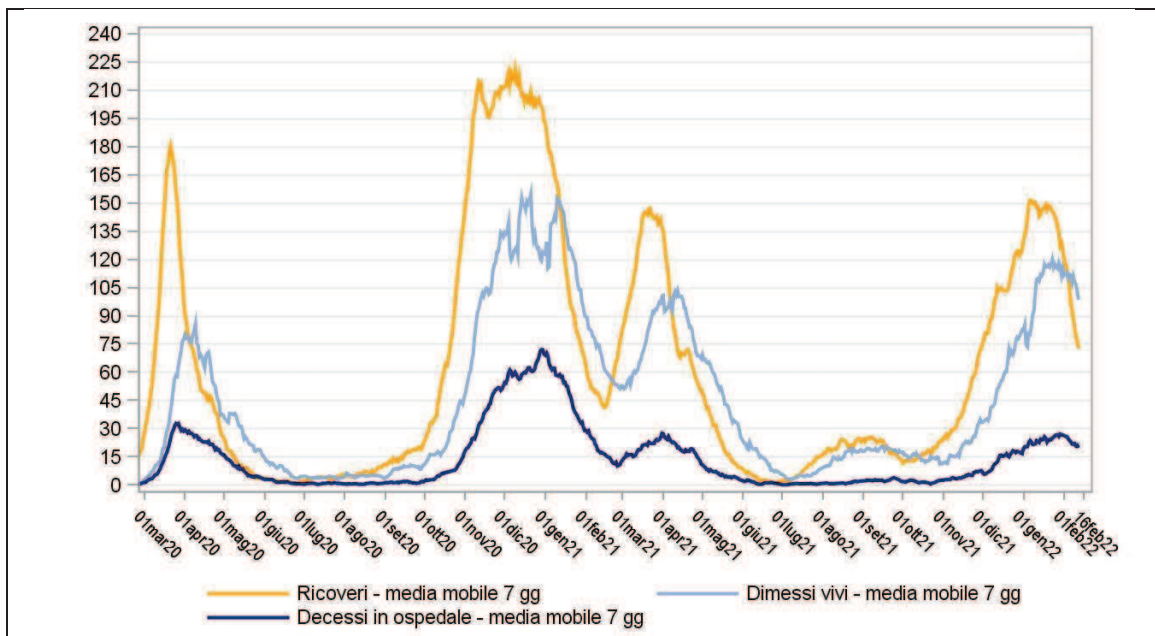
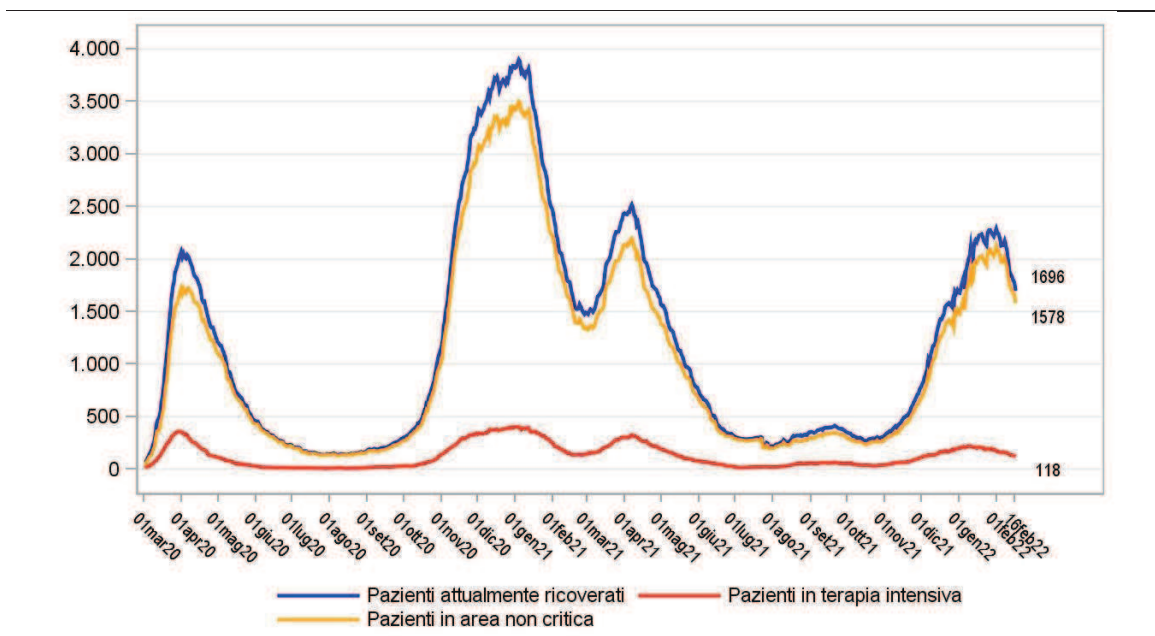


Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno

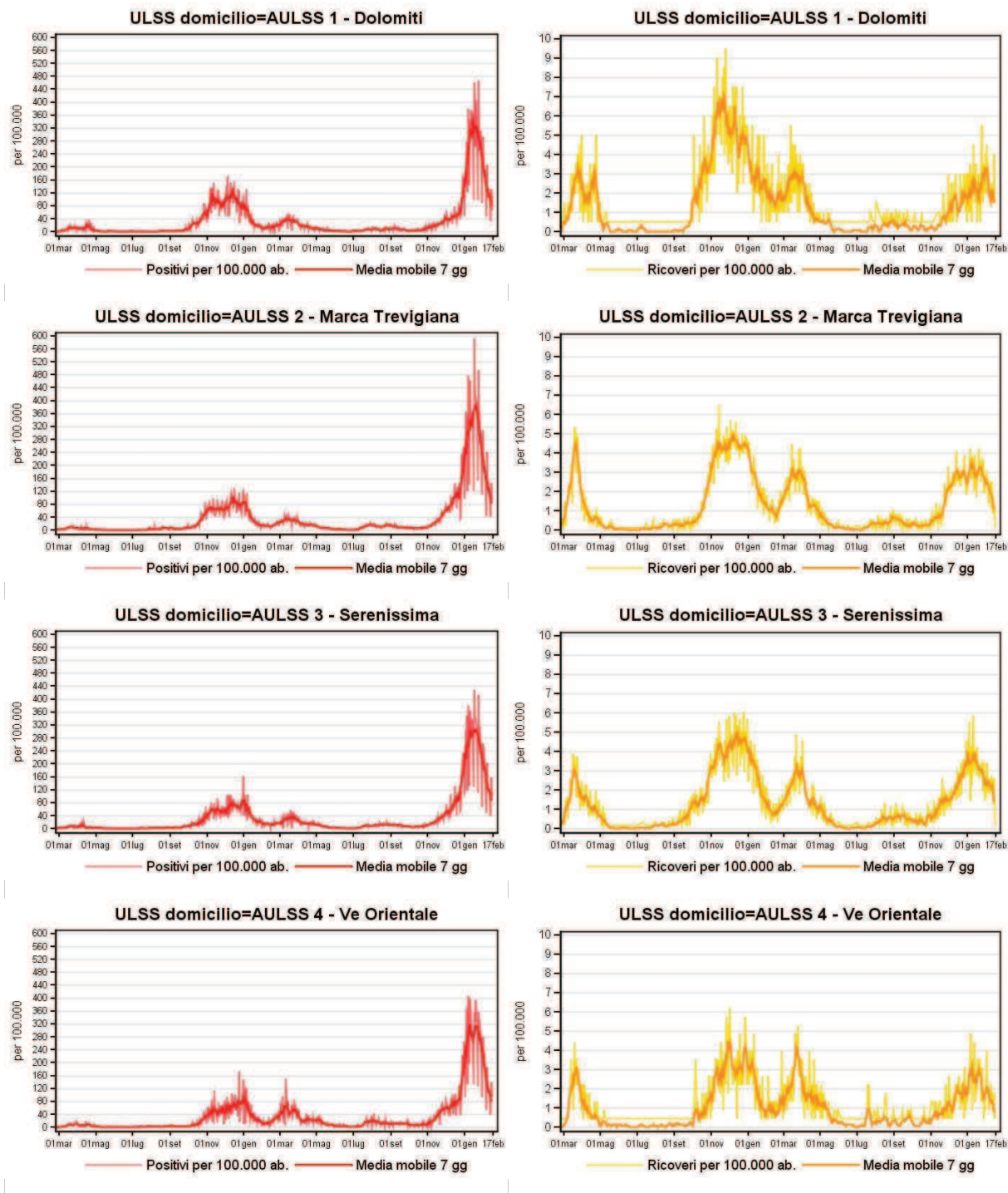


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 54 di 302



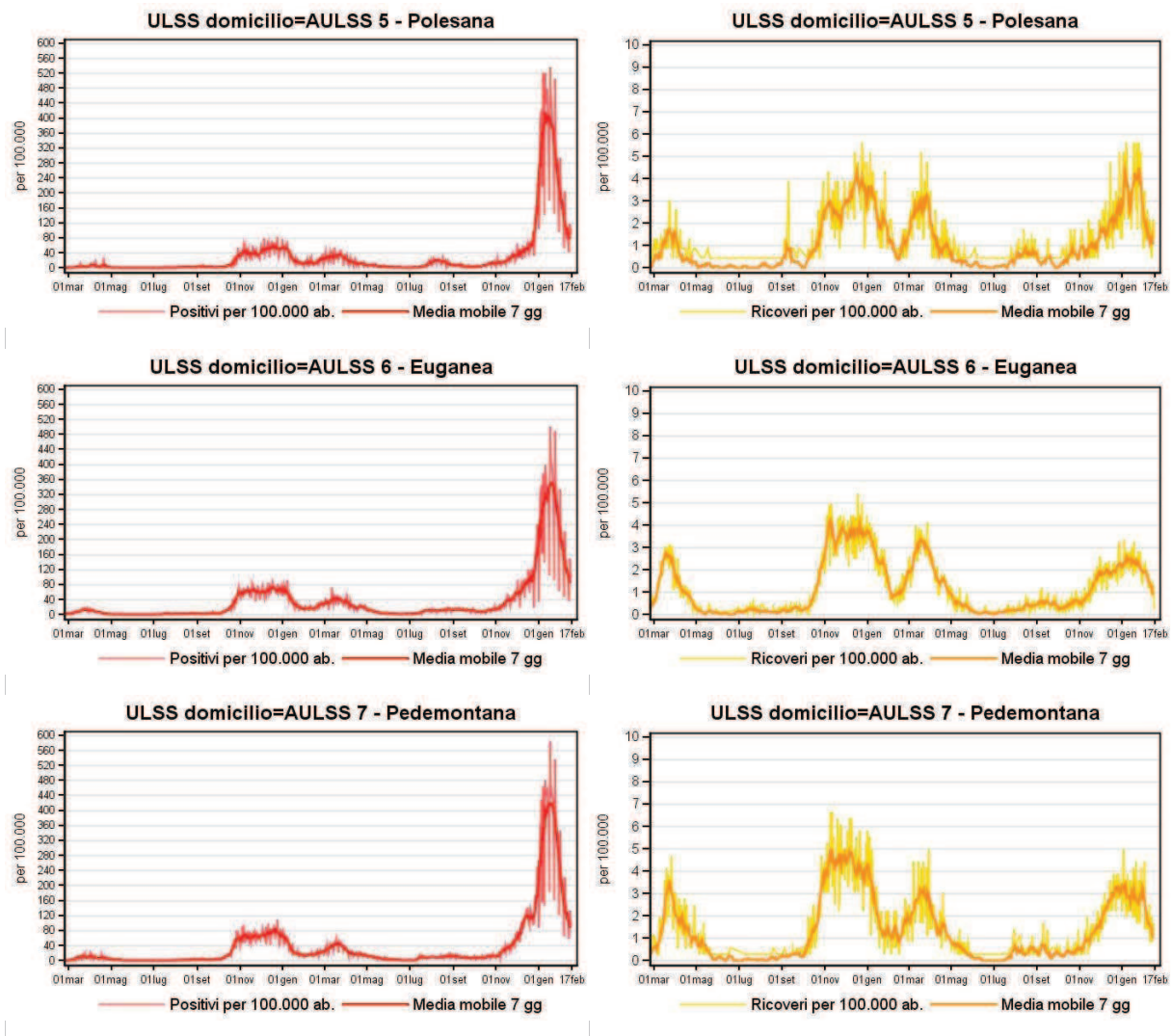


Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 55 di 302

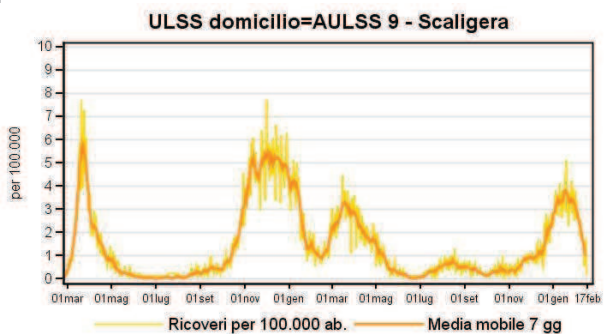
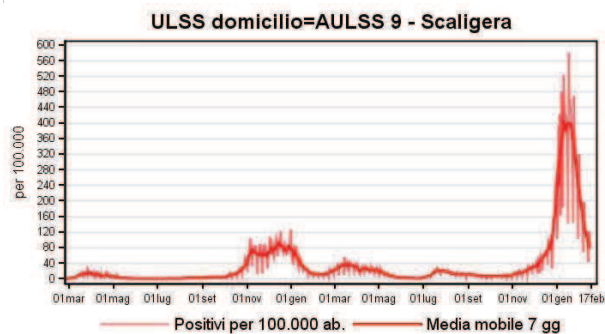
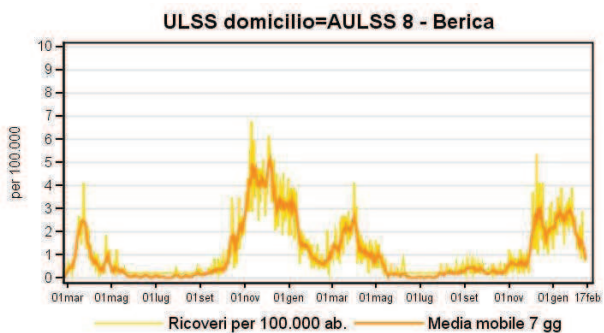
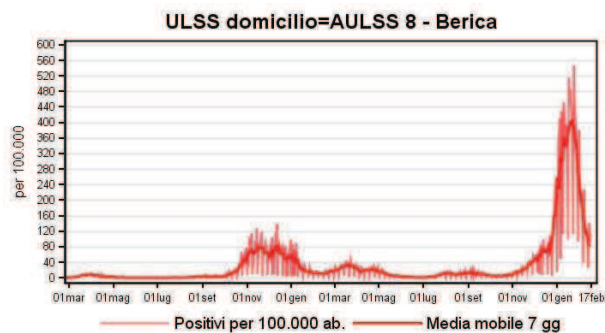




Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 56 di 302







Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 57 di 302





Figura 4.4. Terapia intensiva: frequenza giornaliera cumulata pazienti entrati e pazienti usciti

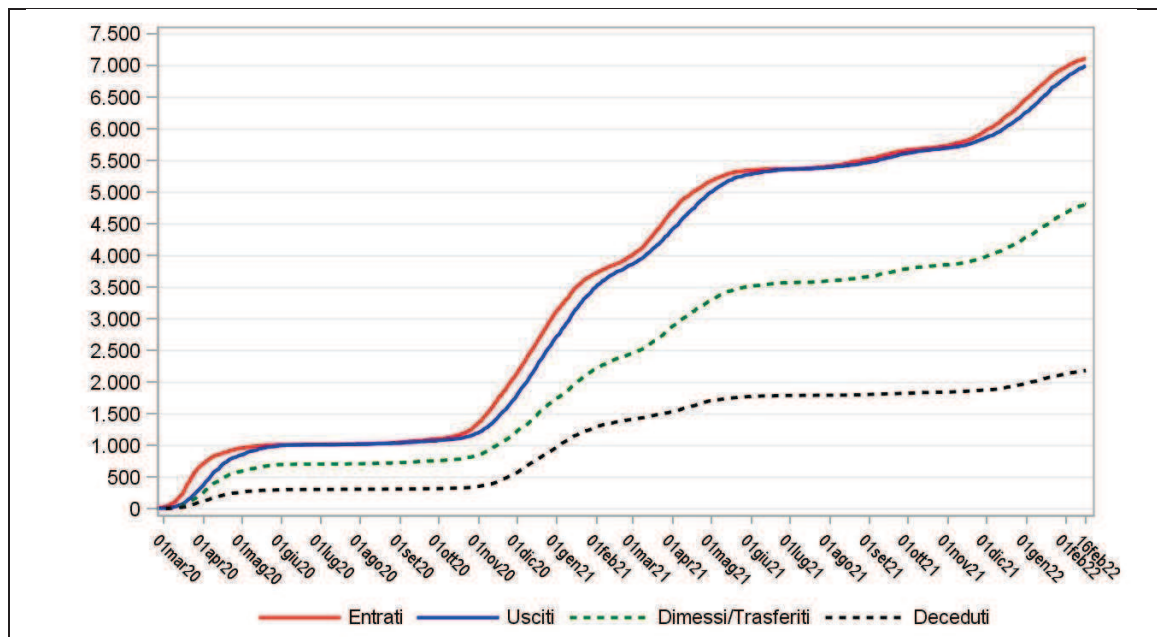
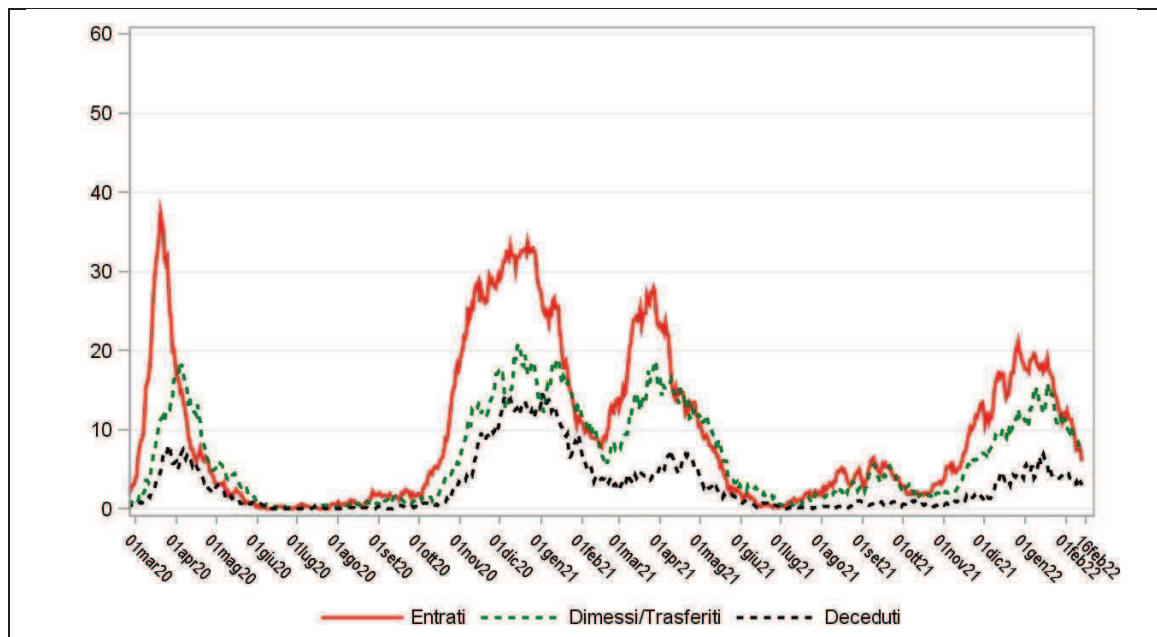


Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 58 di 302





Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno

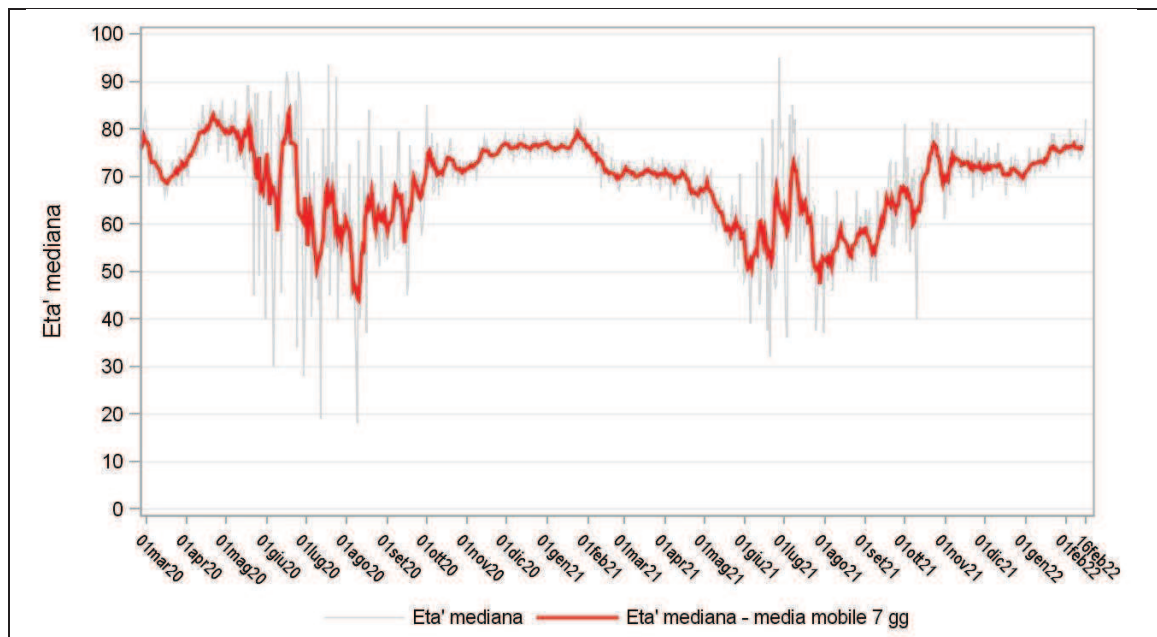
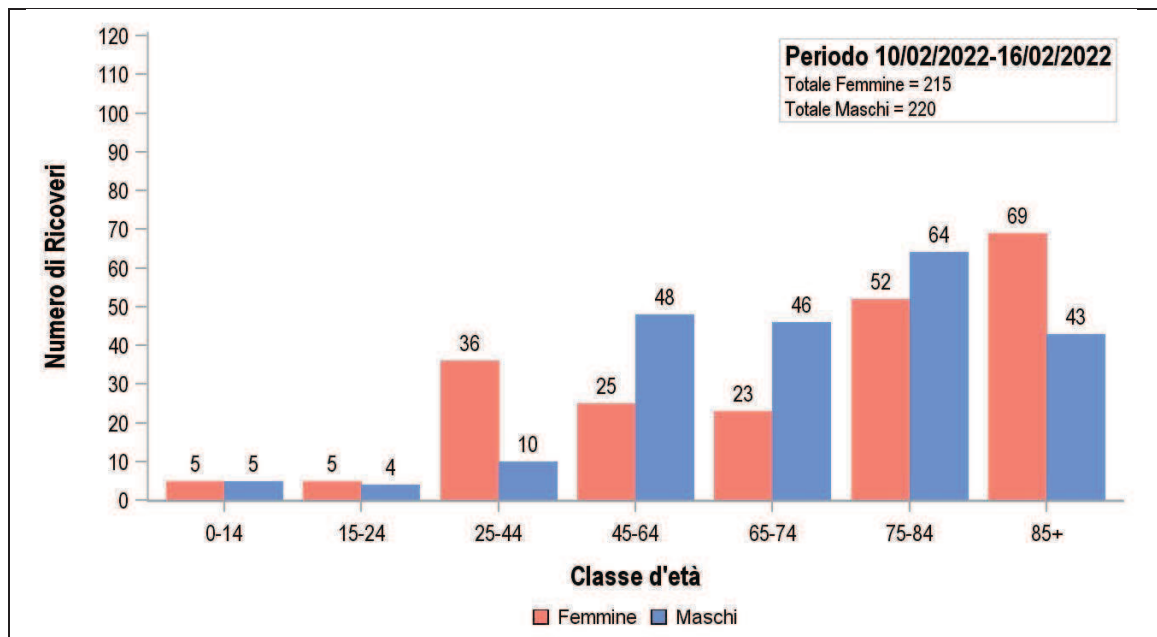


Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana

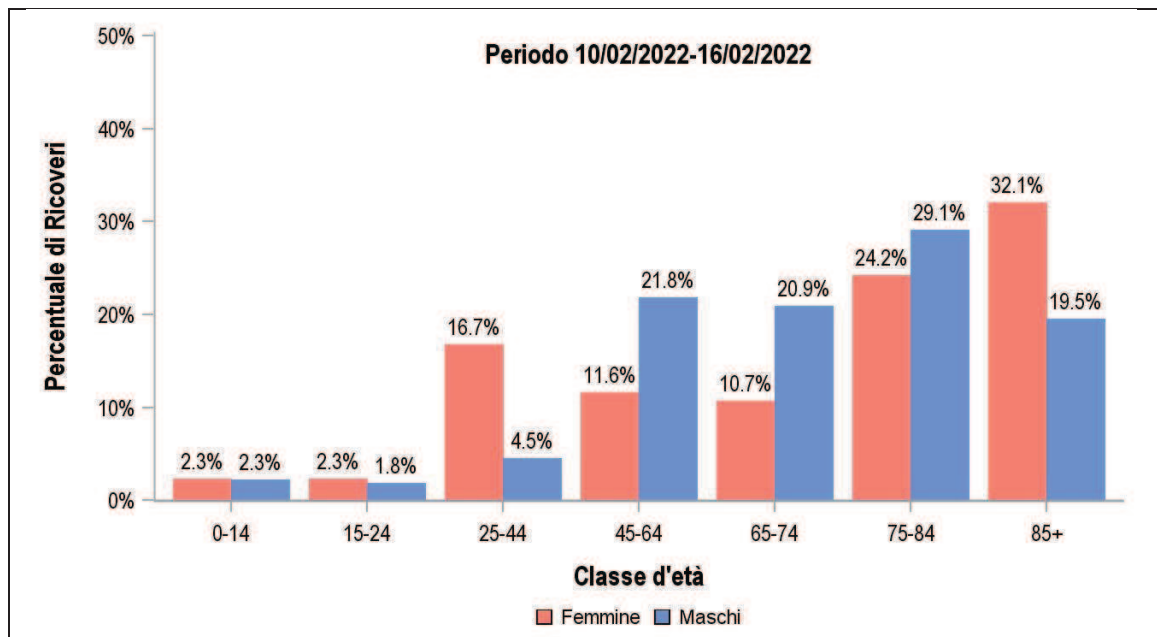


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 59 di 302





Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 60 di 302





Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

		N ricoverati	% deceduti
<b>Totale</b>		<b>44.700</b>	<b>21,7%</b>
<b>Provincia di ricovero</b>	<b>Belluno</b>	1.910	25,1%
	<b>Padova</b>	8.090	18,9%
	<b>Rovigo</b>	1.793	32,2%
	<b>Treviso</b>	8.292	18,8%
	<b>Venezia</b>	7.439	24,7%
	<b>Vicenza</b>	7.158	21,5%
	<b>Verona</b>	10.018	21,8%
<b>Tipo di ospedale</b>	<b>Altro</b>	14.460	22,6%
	<b>Covid</b>	14.122	22,7%
	<b>Hub</b>	16.118	20,0%
<b>Transito in terapia intensiva</b>	<b>No</b>	38.676	19,0%
	<b>Si</b>	6.024	39,3%

Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

Classe d'età	Femmine		Maschi	
	N ricoverati	% deceduti	N ricoverati	% deceduti
0-39	1.475	0,6%	1.154	1,2%
40-44	372	2,4%	663	2,6%
45-49	535	1,5%	1.164	2,0%
50-54	848	3,8%	1.807	3,8%
55-59	1.107	4,2%	2.216	6,6%
60-64	1.191	8,0%	2.555	10,9%
65-69	1.303	10,7%	2.624	16,1%
70-74	1.871	15,4%	3.218	22,6%
75-79	2.193	19,6%	3.219	28,1%
80-84	2.703	27,6%	3.322	37,4%
85-89	2.809	35,9%	2.391	46,5%
90 +	2.587	45,0%	1.372	56,7%
<b>Totale</b>	<b>18.994</b>	<b>20,9%</b>	<b>25.705</b>	<b>22,3%</b>





5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione

Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi

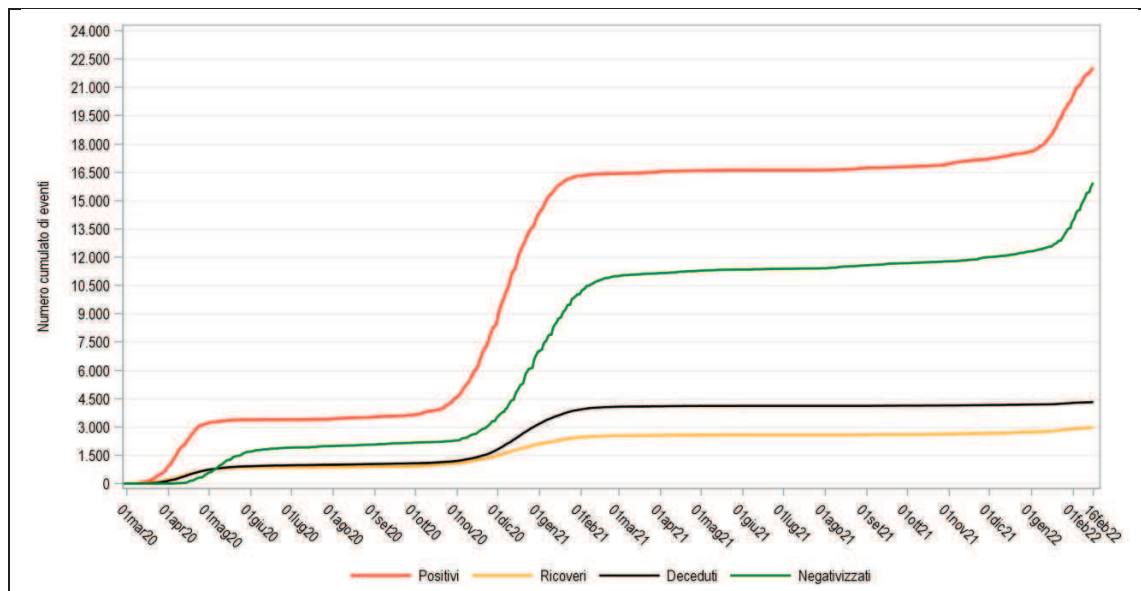
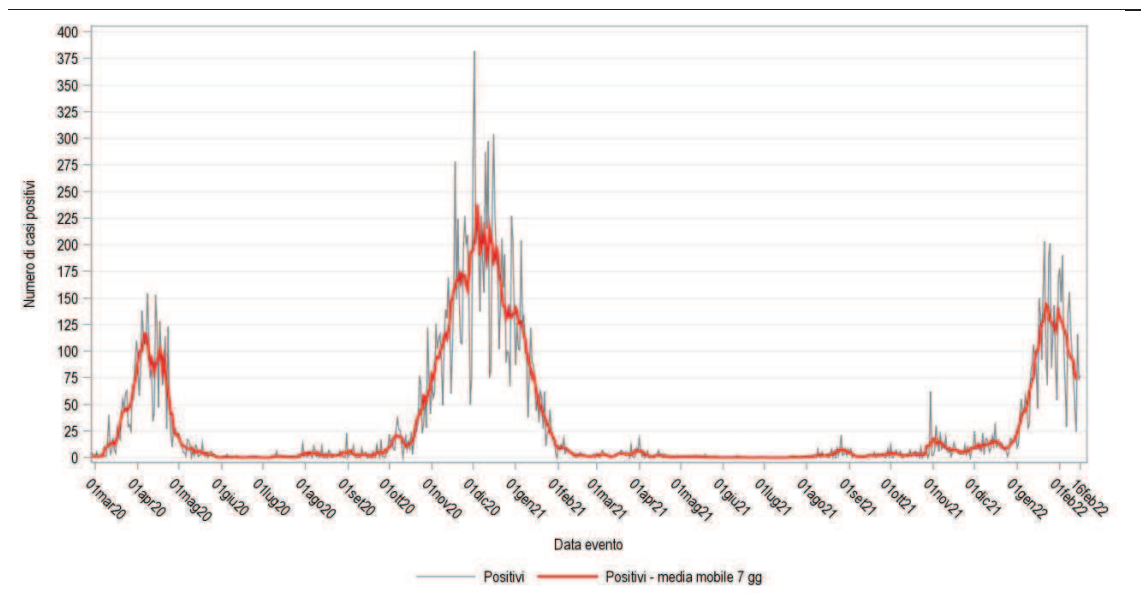


Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg

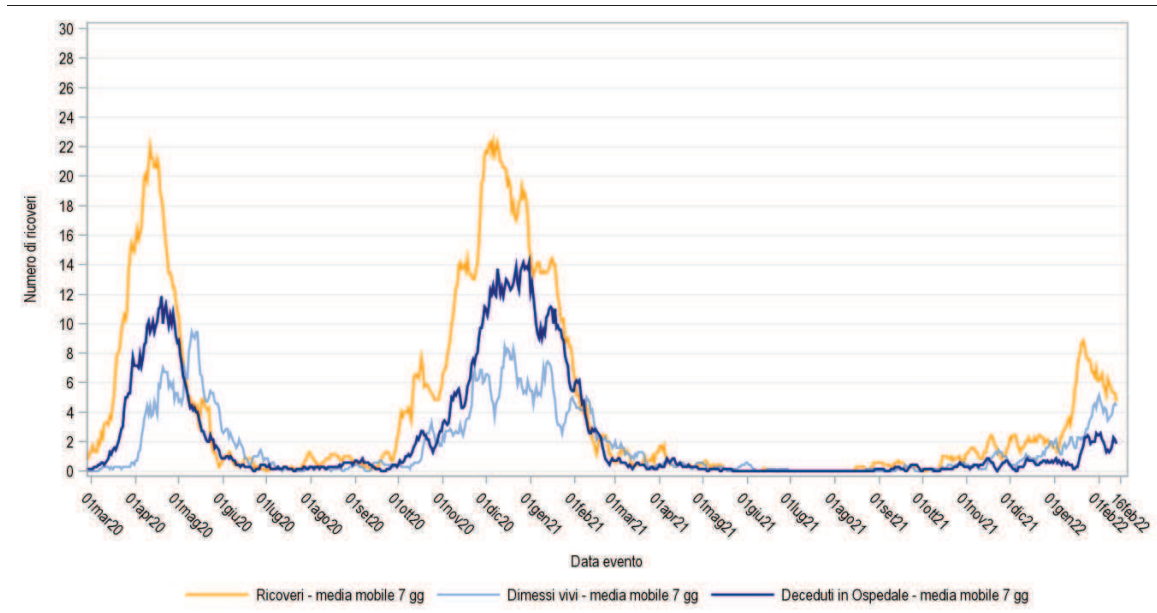


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 62 di 302





Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 63 di 302





## 6. Monitoraggio operatori sanitari

Figura 6.1. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto

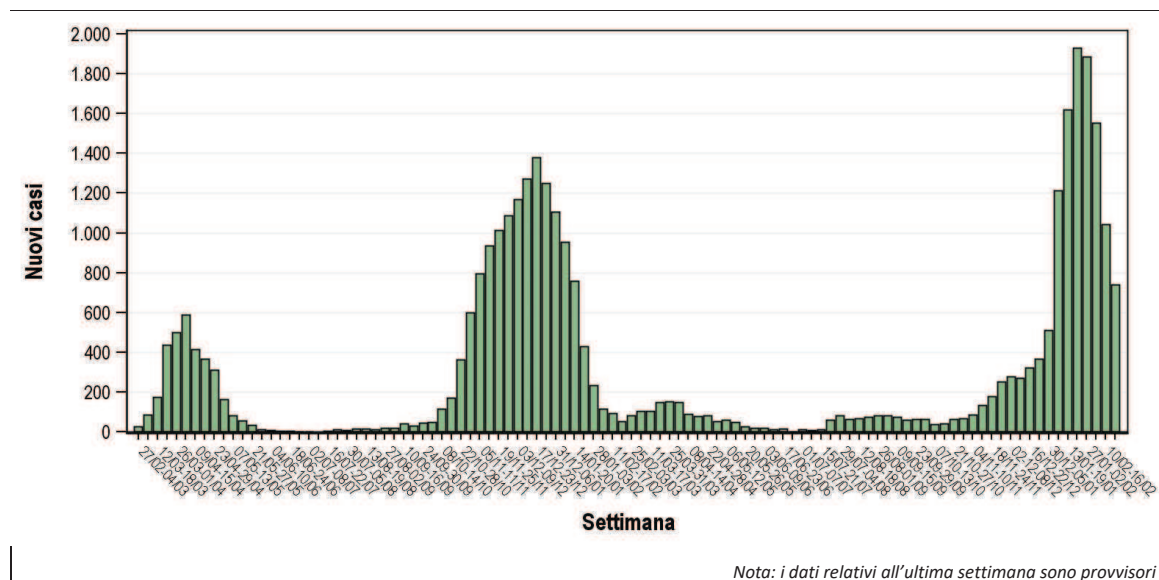
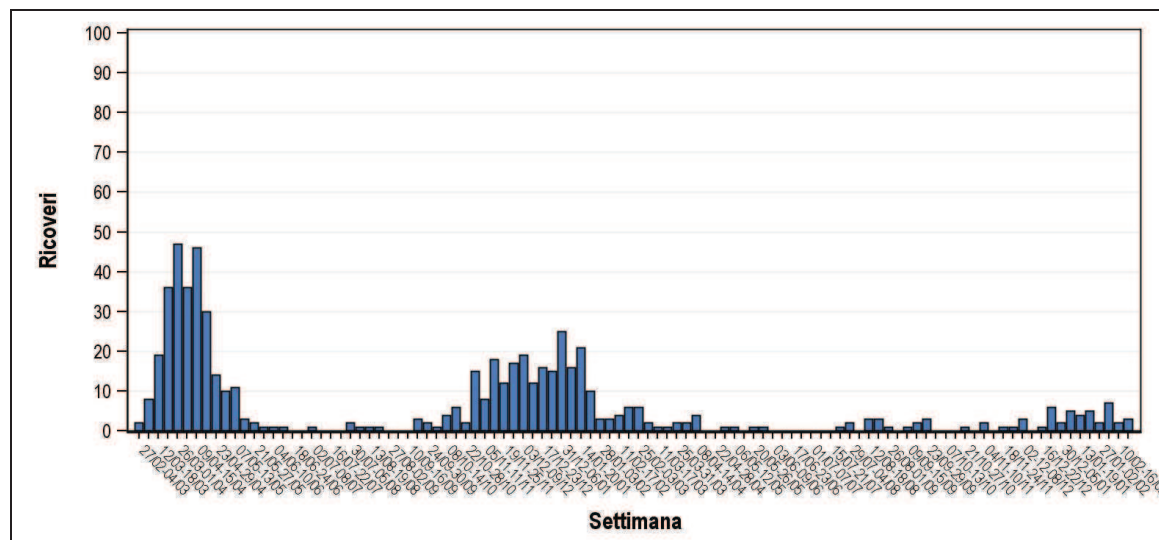


Figura 6.2. Ricoveri di operatori sanitari positivi, per settimana di referto



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 64 di 302







Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale

Azienda	Medici	Infermieri	OSS	MMG/PLS	Altri op. sanitari	Altri op.	TOTALE
Dipendenti Regione del Veneto	0	0	0	0	0	40	40
Dipendenti Azienda Zero	0	0	0	0	3	0	3
Dipendenti e convenzionati Ulss 1	3	20	12	4	9	12	60
Dipendenti e convenzionati Ulss 2	18	57	36	13	29	20	173
Dipendenti e convenzionati Ulss 3	26	63	33	11	22	19	174
Dipendenti e convenzionati Ulss 4	7	21	6	1	8	4	47
Dipendenti e convenzionati Ulss 5	5	29	5	4	8	7	58
Dipendenti e convenzionati Ulss 6	15	70	22	10	23	13	153
Dipendenti e convenzionati Ulss 7	9	27	14	1	5	9	65
Dipendenti e convenzionati Ulss 8	23	53	22	2	21	17	138
Dipendenti e convenzionati Ulss 9	19	67	25	16	30	13	170
Dipendenti e convenzionati AOUPD	44	60	26	0	11	14	155
Dipendenti e convenzionati AOUIVR	43	49	13	0	20	20	145
Dipendenti e convenzionati IOV	2	10	4	0	6	2	24
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 1*	2	2	8	0	3	19	34
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 2*	1	5	10	0	1	10	27
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 3*	0	0	5	0	1	1	7
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 4*	0	1	1	0	1	4	7
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 5*	0	0	9	0	0	1	10
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 6*	2	0	2	0	1	0	5
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 7*	0	3	5	0	1	2	11
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 8*	1	1	0	0	0	1	3
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 9*	0	1	0	0	1	1	3
Altri Operatori testati nel laboratorio AOUIVR*	0	1	0	0	1	1	3
Operatori sanitari in assegnazione	8	7	21	1	13	14	64
<b>Totale</b>	<b>228</b>	<b>547</b>	<b>279</b>	<b>63</b>	<b>218</b>	<b>244</b>	<b>1.579</b>

\*Gli altri operatori non dipendenti delle aziende sanitarie possono essere testati anche in laboratori diversi da quello territorialmente competente





## 7. Monitoraggio vaccinazioni

Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti, tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati (NV)		Ciclo vacc. Parziale (VP)		Ciclo vacc. Completo (VC)		Ciclo vacc. Completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000			
5-11	31.533	3.813,2	8.277	5.395,8	3.609	1.681,3			0,7	2,3	
12-19	12.669	5.589,7	1.974	3.837,0	19.714	2.397,1	4.056	993,2	1,5	2,3	5,6
20-39	19.638	6.033,1	2.141	1.599,9	41.229	2.258,6	23.141	1.335,3	3,8	2,7	4,5
40-59	36.205	4.711,2	2.914	2.610,5	33.102	2.090,9	39.965	1.090,2	1,8	2,3	4,3
60-79	9.016	2.584,2	924	1.494,4	8.035	1.385,1	19.468	557,3	1,7	1,9	4,6
80+	1.236	1.079,0	163	1.217,1	1.603	1.246,5	7.495	609,2	0,9	0,9	1,8
<b>Totale</b>	<b>110.298</b>	<b>4.224,3</b>	<b>16.394</b>	<b>3.119,6</b>	<b>107.292</b>	<b>2.081,6</b>	<b>94.149</b>	<b>893,7</b>	<b>1,4</b>	<b>2,0</b>	<b>4,7</b>

Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto

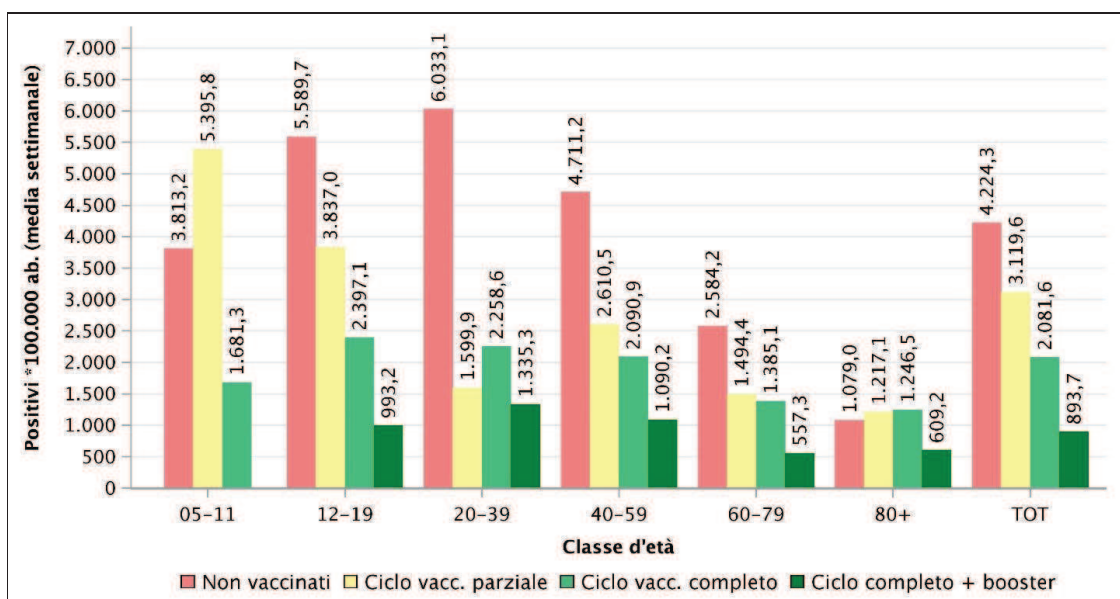


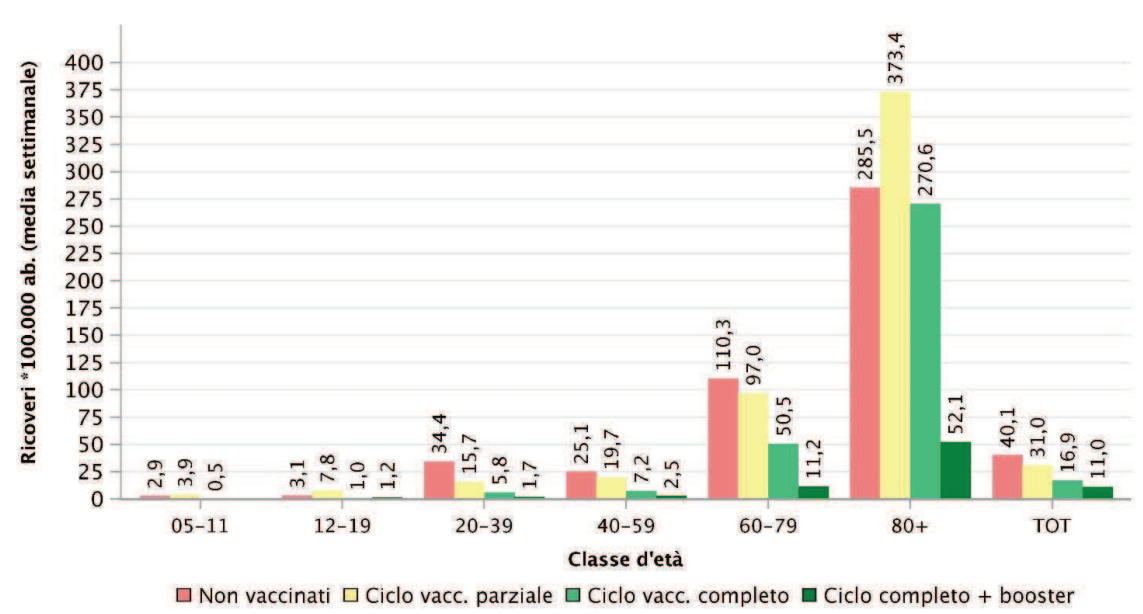


Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati (NV)		Ciclo vacc. Parziale (VP)		Ciclo vacc. Completo (VC)		Ciclo vacc. Completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000			
5-11	24	2,9	6	3,9	1	0,5			0,7	6,2	
12-19	7	3,1	4	7,8	8	1,0	5	1,2	0,4	3,2	2,5
20-39	112	34,4	21	15,7	106	5,8	30	1,7	2,2	5,9	19,9
40-59	193	25,1	22	19,7	114	7,2	92	2,5	1,3	3,5	10,0
60-79	385	110,3	60	97,0	293	50,5	390	11,2	1,1	2,2	9,9
80+	327	285,5	50	373,4	348	270,6	641	52,1	0,8	1,1	5,5
<b>Totale</b>	<b>1.048</b>	<b>40,1</b>	<b>163</b>	<b>31,0</b>	<b>870</b>	<b>16,9</b>	<b>1.158</b>	<b>11,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,4</b>	<b>3,7</b>
<b>Età mediana*</b>	<b>61,5</b>		<b>67,0</b>		<b>78,0</b>		<b>81,0</b>				

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità;  
\*l'età mediana è calcolata sui ricoveri con data dimissione a partire dal 01/06/2021

Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto



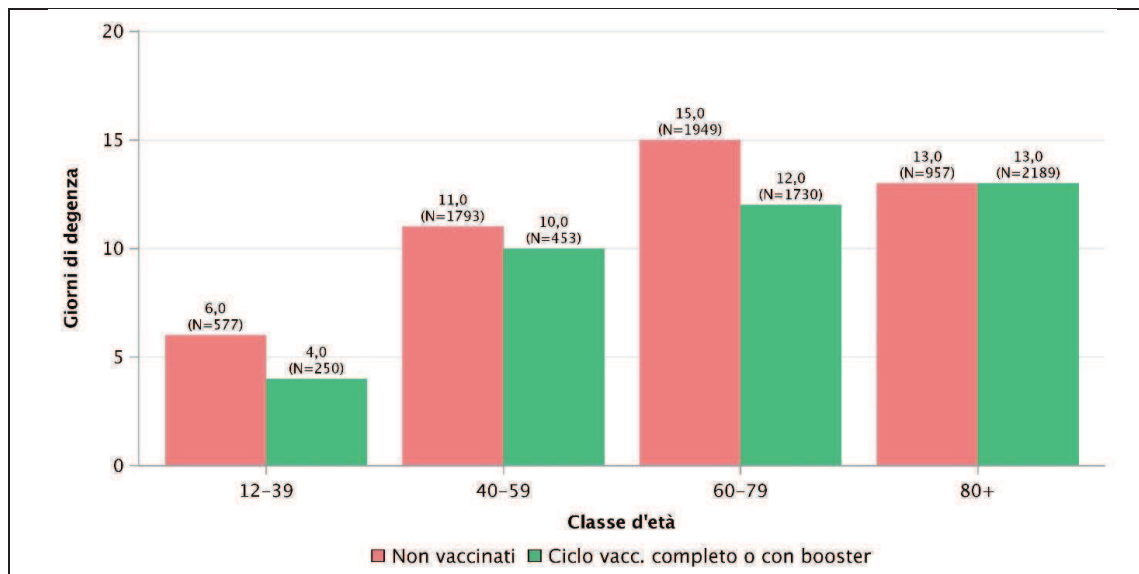
Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità

Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 67 di 302





Figura 7.3. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-13/02/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto



Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-13/02/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non vaccinati		Ciclo vacc. parziale		Ciclo vacc. completo		Ciclo vacc. completo + booster	
	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI
5-11	64	2	6	0	1	0		
12-39	577	46	64	5	214	9	36	2
40-59	1.793	330	91	14	343	43	110	11
60-79	1.949	489	186	38	1.278	188	452	49
80+	957	38	129	5	1.497	49	692	21
<b>Totale</b>	<b>5.340</b>	<b>905</b>	<b>476</b>	<b>62</b>	<b>3.333</b>	<b>289</b>	<b>1290</b>	<b>83</b>
<b>% TI</b>	<b>17,0%</b>		<b>13,0%</b>		<b>8,7%</b>		<b>6,4%</b>	
<b>Degenza mediana</b>	<b>10,0</b>	<b>24,0</b>	<b>10,0</b>	<b>28,5</b>	<b>12,0</b>	<b>21,0</b>	<b>10,0</b>	<b>13,0</b>

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

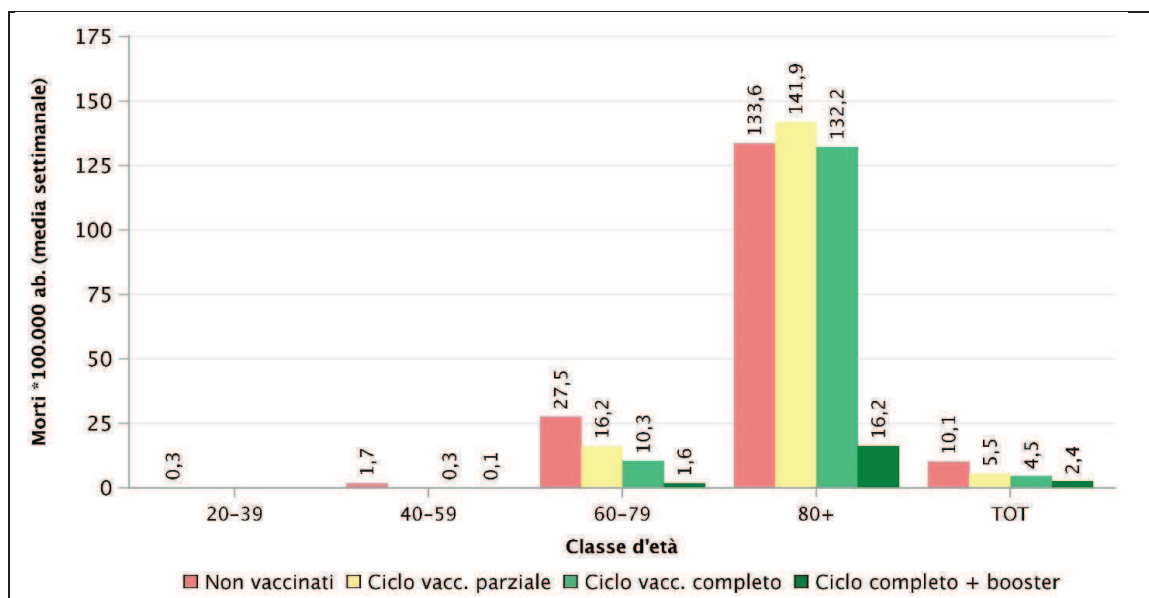




Tabella 7.4. Decessi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non vaccinati (NV)		Ciclo vacc. parziale (VP)		Ciclo vacc. completo (VC)		Ciclo vacc. completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000			
20-39	1	0,3									
40-59	13	1,7			4	0,3	3	0,1		6,7	20,7
60-79	96	27,5	10	16,2	60	10,3	56	1,6	1,7	2,7	17,2
80+	153	133,6	19	141,9	170	132,2	199	16,2	0,9	1,0	8,3
Totale	263	10,1	29	5,5	234	4,5	258	2,4	1,8	2,2	4,1

Figura 7.4. Tasso di decessi nel periodo 17/01/2022-13/02/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto





# Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

-Dati consolidati-

Gennaio 2022

A cura di: U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

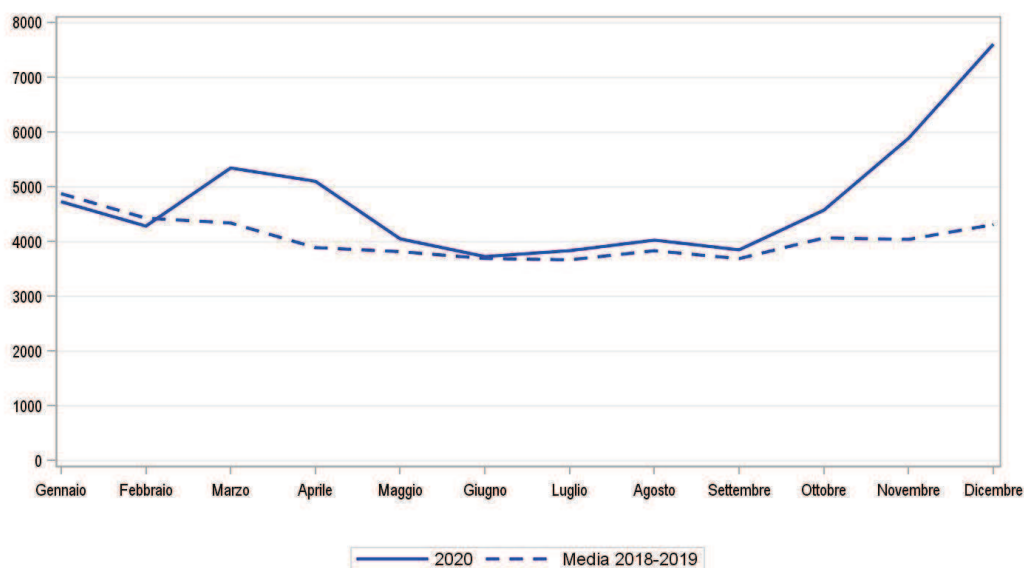


Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

## Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

Sono analizzati i dati di mortalità per causa relativi all'anno 2020, confrontati con il biennio 2018-2019 (periodo in cui la selezione della causa di morte è fatta con il software IRIS, assicurando una maggiore confrontabilità dei dati). L'analisi è stata condotta sia sulla causa iniziale selezionata secondo le regole internazionali di codifica, sia sulle cause multiple (qualsiasi menzione della patologia nella scheda di morte, indipendentemente dalla sua selezione come causa iniziale). E' da premettere che la copertura del registro regionale delle cause di morte è in generale superiore al 99% (non viene compilata la scheda di morte per i deceduti all'estero, poche schede non vengono recuperate dalle ULSS e non sono quindi trasmesse al SER). In Figura 1 si possono osservare i picchi di mortalità totale in corrispondenza delle due ondate epidemiche verificatesi nel 2020.

**Figura 1** Decessi totali registrati per mese nel 2020 vs. media biennio 2018-2019, residenti in Veneto.



## Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

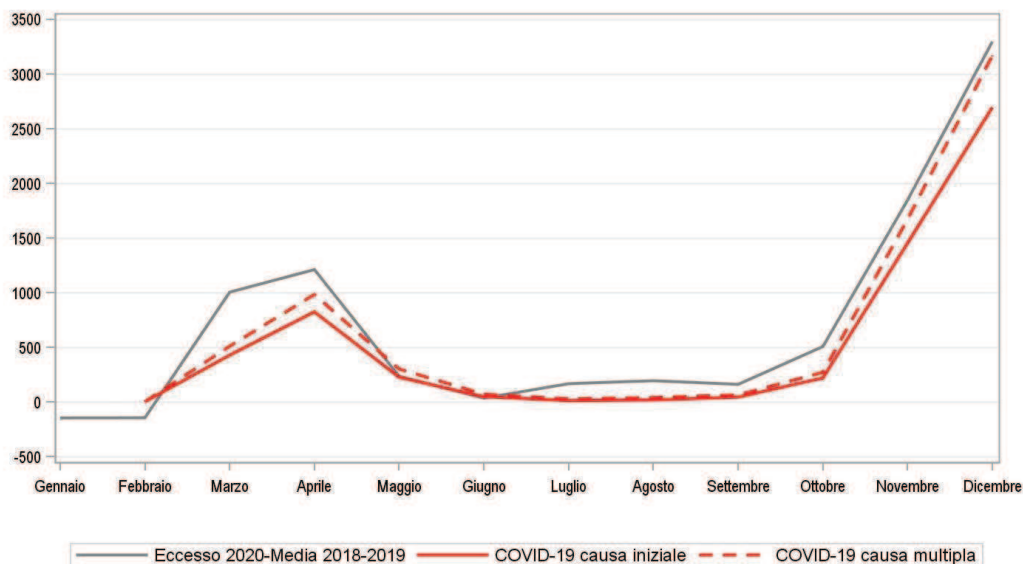
Dai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità relativi al sistema di sorveglianza nazionale COVID-19 si è potuto osservare come all'inizio del primo picco epidemico (mese di marzo 2020) l'eccesso di mortalità generale derivante dai movimenti anagrafici fosse ampiamente superiore ai decessi registrati dal sistema di sorveglianza COVID-19. Quindi, all'inizio dell'epidemia una proporzione rilevante dei decessi COVID-correlati non sono stati riconosciuti come tali. Questo fenomeno, osservabile anche in Veneto nel periodo marzo-maggio 2020, non si è verificato nella seconda più ampia ondata epidemica (ottobre-dicembre 2020), quando le schede con menzione di COVID-19 rendono conto di circa il 90,5% dell'eccesso complessivo di mortalità (Tabella 1 e Figura 2).

**Tabella 1** Decessi totali e COVID-correlati per periodo. Anno 2020 vs. media biennio 2018-2019, residenti in Veneto.

	Totale anno	Marzo-maggio	Ottobre-Dicembre
Decessi totali 2020	56.973	14.486	18.058
Eccesso decessi 2020 vs media 2018-2019	8.367	2.450	5.651
COVID-19 causa iniziale	5.973	1.478	4.369
COVID-19 cause multiple	7.111	1.794	5.113

2

**Figura 2** Eccesso mensile di mortalità totale (2020 vs media biennio 2018-2019) e decessi causati/con menzione di COVID-19. Residenti in Veneto.





## Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

I tassi di mortalità specifici per COVID-19 (causa iniziale) aumentano con l'età più rapidamente nel sesso maschile che in quello femminile (Tabella 2). Nella fascia 50-69 anni, il 9% di tutti i decessi negli uomini è dovuto a COVID-19, contro il 5% nelle donne; nella fascia 70-89 anni tale quota è pari al 12% negli uomini e al 10% nelle donne.

**Tabella 2** Tassi di mortalità (per 100.000 ab.) età e sesso-specifici COVID, non-COVID. Anno 2020. Residenti in Veneto (popolazione ISTAT al 1 gennaio 2020)

Classe di età	COVID-19 causa iniziale				Altre cause di decesso			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
<50	17	1,3	15	1,2	729	54,5	418	32,5
50-54	35	16,8	6	2,9	498	238,4	337	162,7
55-59	67	35,2	20	10,3	738	388,2	461	238,5
60-64	102	65,1	36	22,0	1.123	717,0	596	363,6
65-69	184	134,7	43	29,4	1.562	1.143,3	852	583,3
70-74	323	255,3	130	91,8	2.423	1.915,4	1.449	1.023,7
75-79	485	474,7	214	172,3	3.298	3.228,0	2.267	1.824,8
80-84	718	943,6	438	414,6	4.748	6.239,7	4.190	3.966,5
85-89	646	1.641,9	781	1.085,4	4.770	12.123,5	5.977	8.306,5
90+	494	3.006,7	1.219	2.483,7	4.161	25.325,6	10.403	21.196,0

Nell'analisi della causa iniziale (Tabella 3), i decessi per COVID-19 sono stati considerati sia separatamente, sia insieme a codici di patologie respiratorie più probabilmente utilizzati nei casi di infezione da COVID-19 misconosciuta (polmonite ed influenza, J09-J189; ARDS-sindrome da distress respiratorio acuto, J80; polmonite interstiziale, J849; insufficienza respiratoria, J96.x). Un eccesso di mortalità è osservabile, oltre che per COVID-19 e sindromi respiratorie correlate, per diabete, patologie circolatorie (soprattutto cardiopatie ipertensive e fibrillazione atriale) e sintomi mal definiti (es. senilità, morte da causa naturale indeterminata).



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Tabella 3** Causa iniziale di morte: numero di decessi osservati nel 2020 e differenza % rispetto alla media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

	TOT		UOMINI		DONNE	
	2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19
Tutte le cause	56.973	17,2	27.121	18,6	29.852	16,0
COVID-19 (U07.1, U07.2)	5.973	-	3.071	-	2.902	-
Influenza, polmonite (J09-J189)	1.416	3,4	706	9,5	710	-1,9
Alcune patologie respiratorie (J80, J849, J96x)	453	57,8	219	67,2	234	49,0
COVID-19+influenza/polm.+alcune pat. resp.	7.842	373,5	3.996	414,9	3.846	336,5
Tumori (C00-D48)	14.071	-1,0	7.665	-0,6	6.406	-1,4
Diabete (E10-E14)	1.604	18,7	800	19,4	804	18,1
Demenza, Alzheimer (F01-F03, G30)	3.632	1,3	1.150	-0,6	2.482	2,3
Patologie ipertensive (I10-I15)	3.070	15,5	1.068	20,1	2.002	13,2
Cardiopatie ischemiche (I20-I25)	4.771	4,5	2.480	4,0	2.291	5,0
Fibrillazione atriale (I48)	858	16,3	292	8,1	566	20,9
Malattie cerebrovascolari (I60-I69)	3.739	2,7	1.542	5,4	2.197	0,9
Asma, BPCO (J40-J47)	1.221	-7,0	670	-6,6	551	-7,6
Epatopatie croniche (K70, K73, K74)	496	0,4	328	-1,5	168	4,3
Sintomi/segni mal definiti (R00-R99)	1.191	35,0	383	37,8	808	33,6
Traumatismi, avvelenamenti (S00-T98)	1.864	0,4	1.114	3,2	750	-3,5

4

L'analisi delle cause multiple (Tabella 4) evidenzia come quasi tutte le più comuni patologie croniche mostrano eccessi rispetto al periodo di riferimento. In particolare, oltre alle patologie già evidenziate nell'analisi della causa iniziale, diventa più evidente l'aumento della mortalità in persone affette da demenza, patologie respiratorie croniche, cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari.



## Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Tabella 4** Cause multiple di morte: numero di decessi osservati nel 2020 e differenza % rispetto alla media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

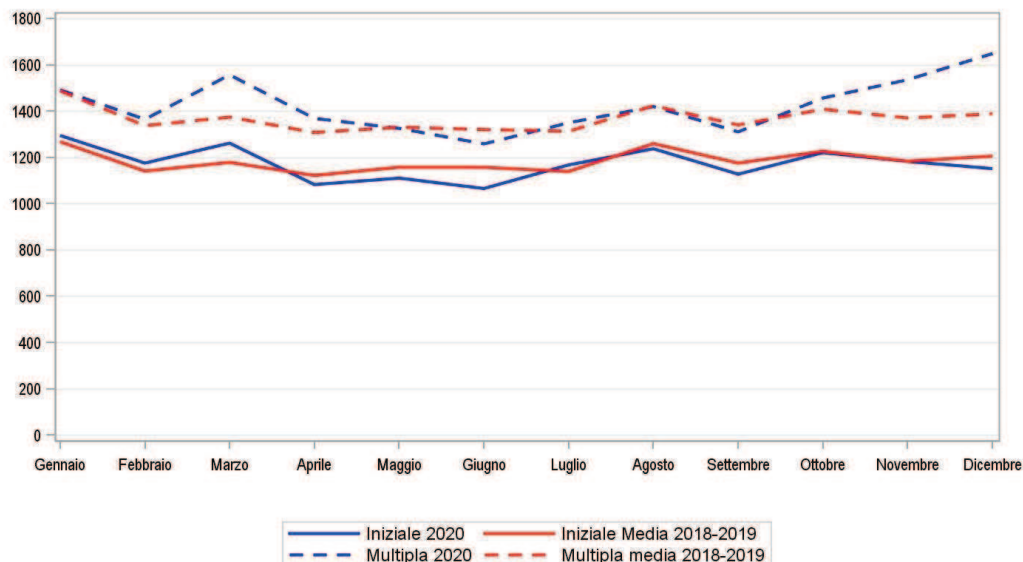
	TOT		UOMINI		DONNE	
	2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19
COVID-19 (U07.1, U07.2)	7.111	-	3.548	-	3.563	-
Tumori (C00-D48)	17.079	4,2	9.341	5,0	7.738	3,2
Diabete (E10-E14)	7.270	26,9	3.775	30,9	3.495	22,9
Demenza, Alzheimer (F01-F03, G30)	7.427	21,4	2.469	22,7	4.958	20,7
Patologie ipertensive (I10-I15)	11.486	27,5	4.822	32,9	6.664	23,9
Cardiopatie ischemiche (I20-I25)	8.959	12,5	5.039	13,8	3.920	11,0
Fibrillazione atriale (I48)	7.239	21,8	3.262	25,8	3.977	18,8
Malattie cerebrovascolari (I60-I69)	7.431	12,5	3.184	15,0	4.247	10,8
Asma, BPCO (J40-J47)	3.652	15,2	2.080	18,0	1.572	11,6
Epatopatie croniche (K70, K73, K74)	1.157	-4,1	791	-5,2	366	-1,6

Le Figure 3-15 illustrano l'andamento per mese della mortalità nel 2020 sia per la causa iniziale che, ove opportuno, per le cause multiple, anche per evidenziare eventuali differenze nell'impatto delle due ondate epidemiche del 2020.

La mortalità per neoplasie nel corso del 2020 è risultata simile od inferiore al biennio 2018-2019 (Figura 3), tranne che per un picco minore a marzo; solo l'analisi delle cause multiple evidenzia un lieve eccesso anche in corrispondenza della seconda ondata epidemica.



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 3** Andamento mensile della mortalità per neoplasie (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

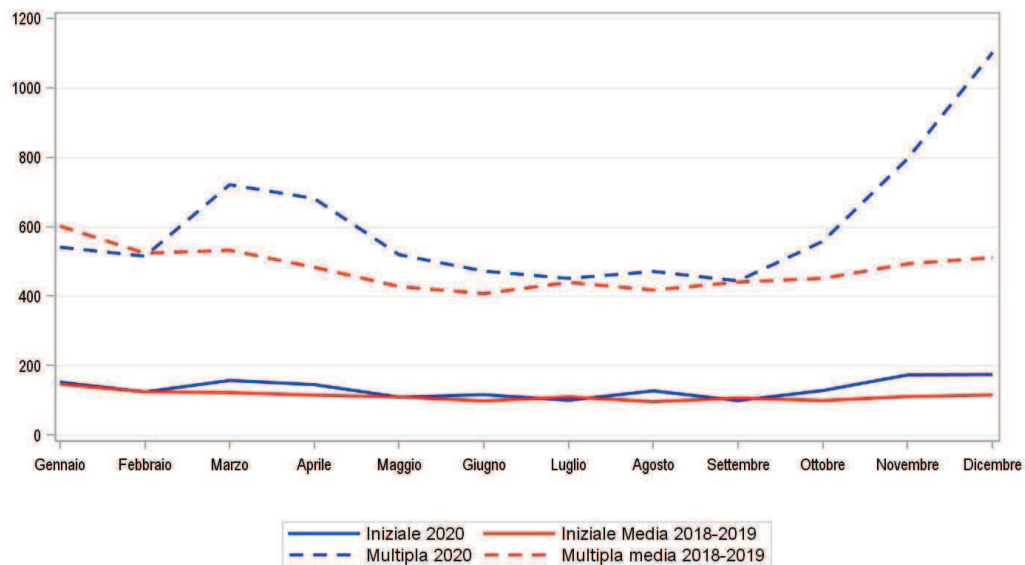
6

A differenza delle neoplasie, la mortalità per diabete (Figura 4) e patologie ipertensive (Figura 6) mostra un chiaro aumento in entrambe le ondate epidemiche già nell'analisi della causa iniziale, incremento che diviene ancor più evidente considerando le cause multiple di morte. L'analisi della causa iniziale di morte mostra un eccesso limitato alla seconda ondata per le cardiopatie ischemiche (Figura 7) e la fibrillazione atriale (Figura 8), mentre con le cause multiple l'incremento si evidenzia già nel periodo marzo-maggio. Per le demenze (Figura 5) e le patologie cerebrovascolari (Figura 9), l'eccesso di mortalità -almeno per le analisi della causa iniziale- è più rilevante nella prima ondata. Solo l'analisi delle cause multiple di morte evidenzia l'incremento della mortalità per patologie respiratorie ostruttive (Figura 10), mentre non ci sono pattern chiaramente identificabili per le epatopatie croniche (Figura 11).

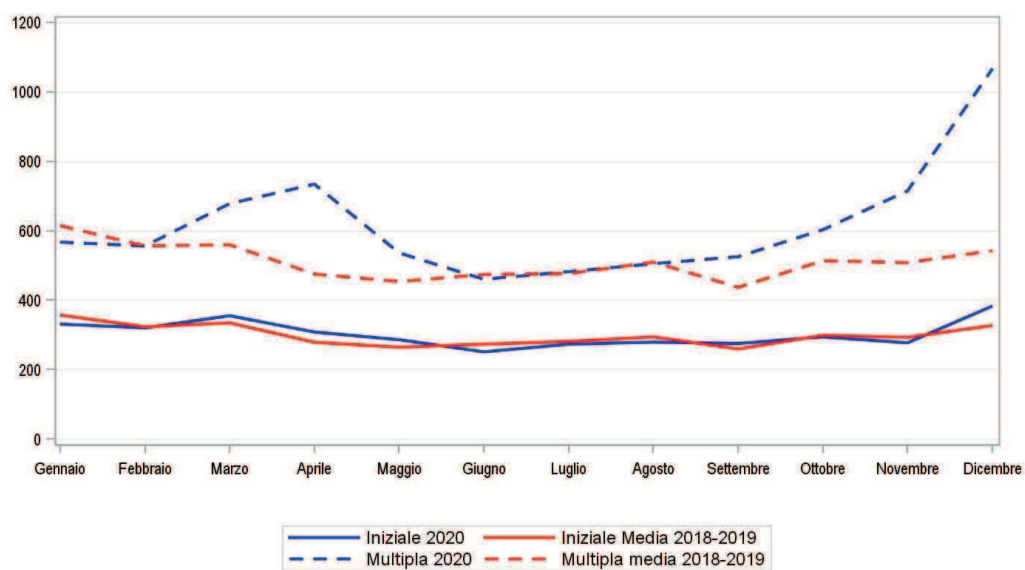


Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 4** Andamento mensile della mortalità per diabete (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



**Figura 5** Andamento mensile della mortalità per demenza/Alzheimer (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

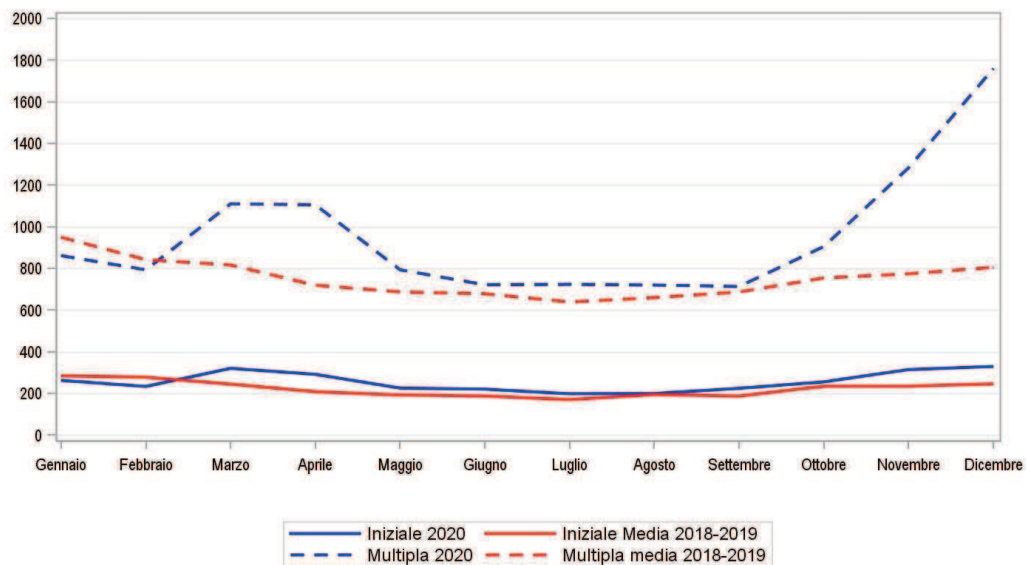


Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 77 di 302

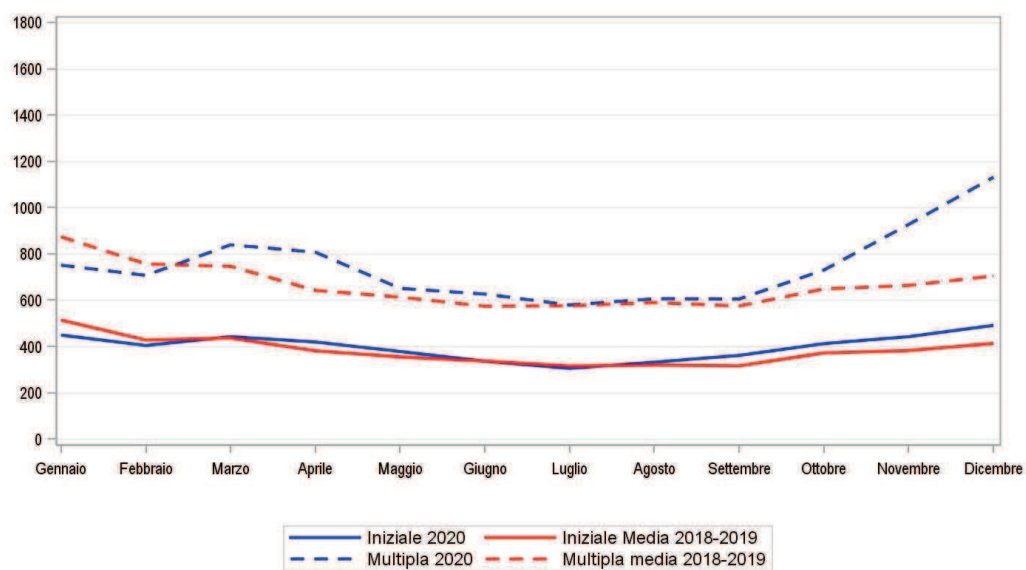


Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 6** Andamento mensile della mortalità per patologie ipertensive (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



**Figura 7** Andamento mensile della mortalità per cardiopatie ischemiche (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

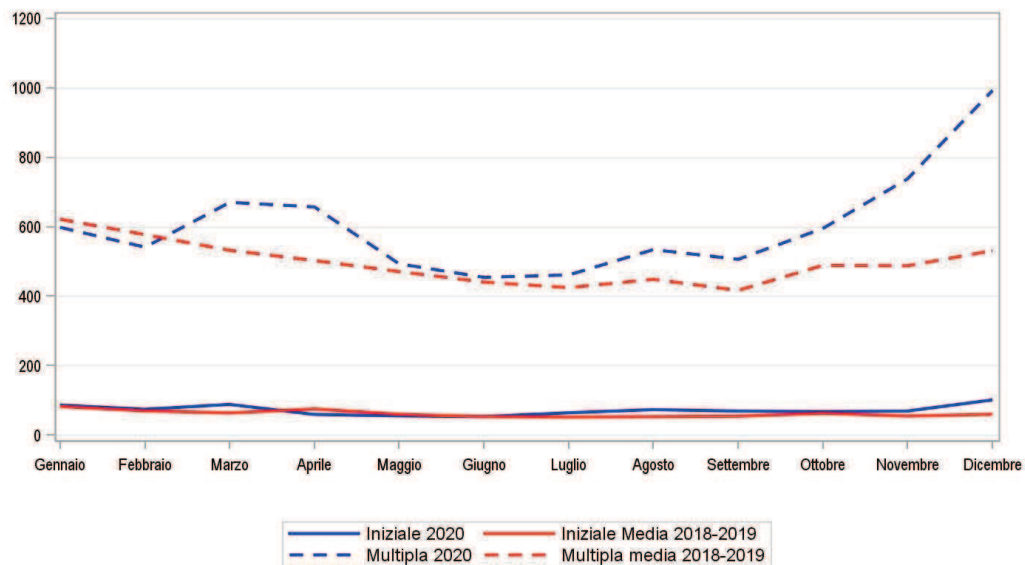


8

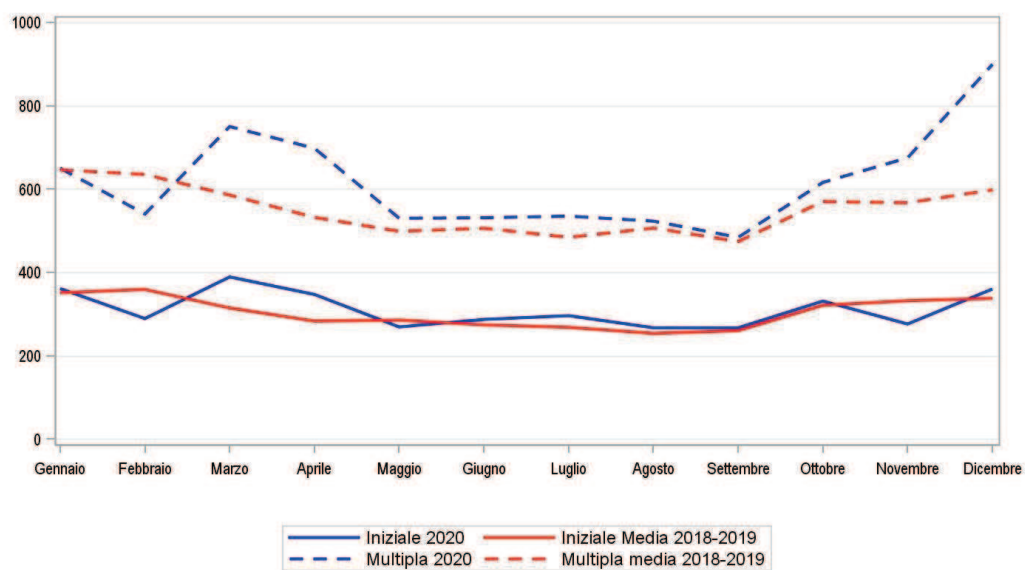


Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 8** Andamento mensile della mortalità per fibrillazione atriale (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

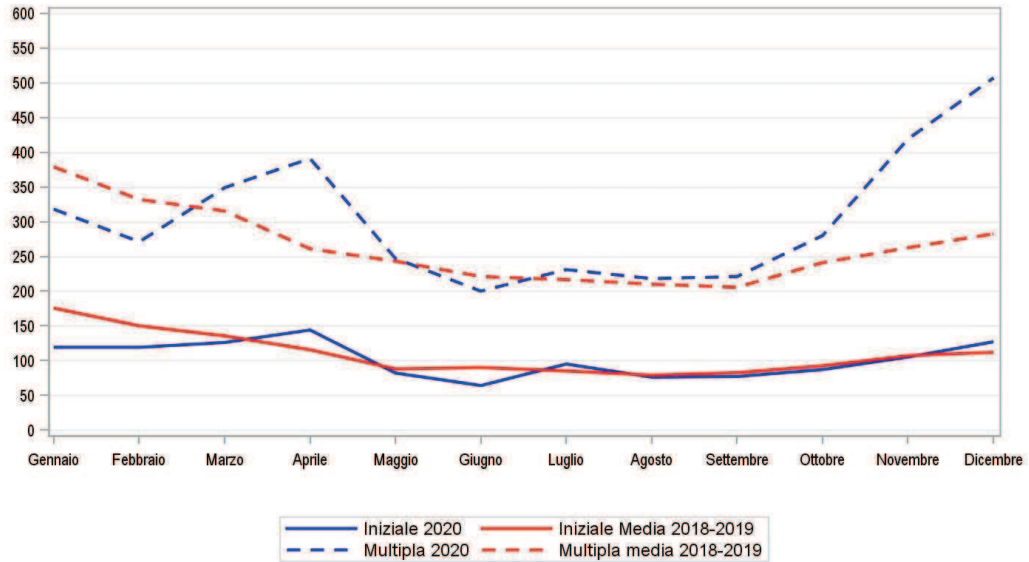


**Figura 9** Andamento mensile della mortalità per patologie cerebrovascolari (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019



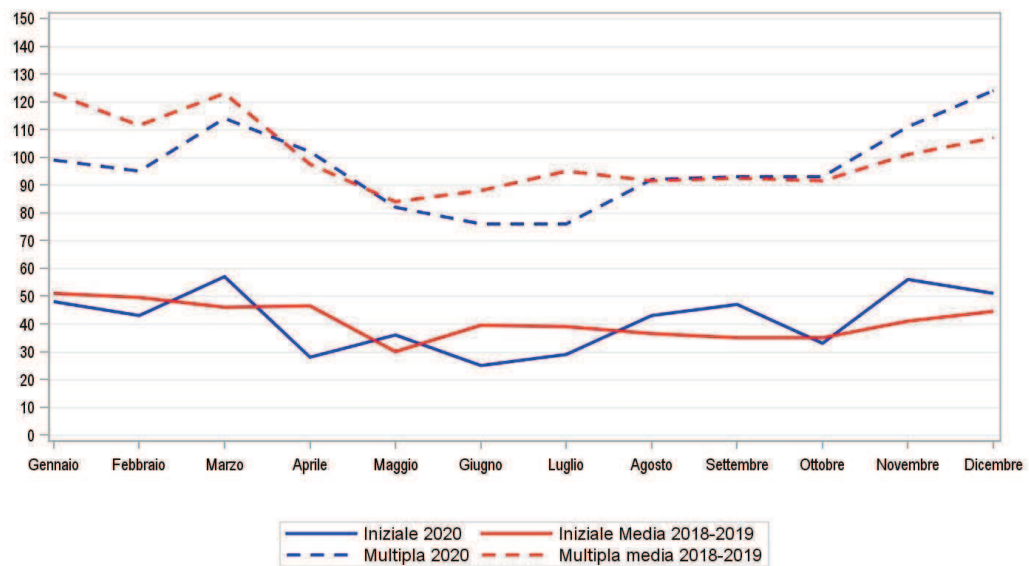
Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 10** Andamento mensile della mortalità per BPCO ed asma (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



**Figura 11** Andamento mensile della mortalità per epatopatie croniche (causa iniziale e cause multiple), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

10



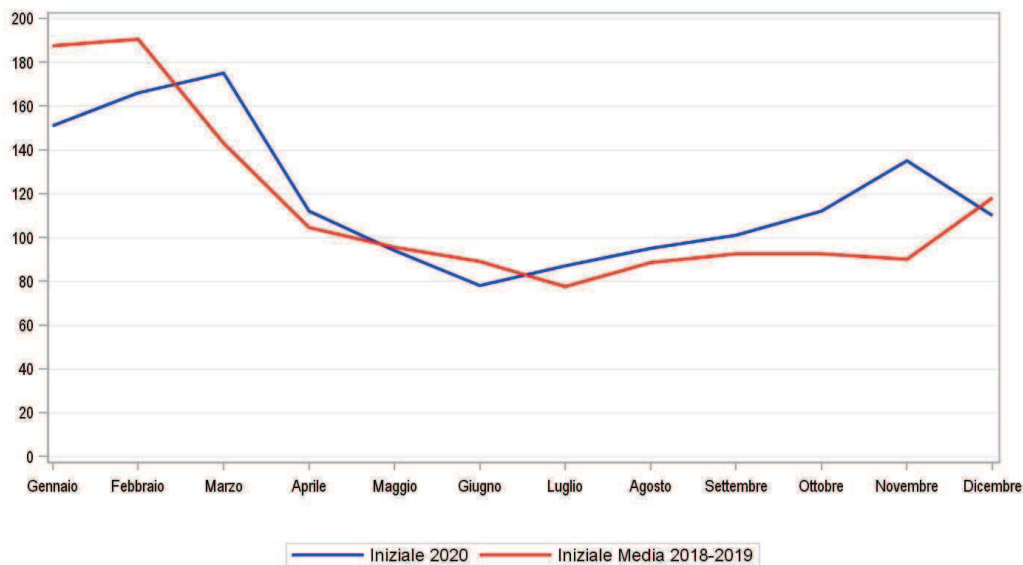
La mortalità per influenza/polmonite in causa iniziale risulta aumentata soprattutto a marzo e novembre, al principio delle due ondata epidemiche, forse anche per misclassificazione di alcuni casi di infezione da COVID-19 (Figura 12).





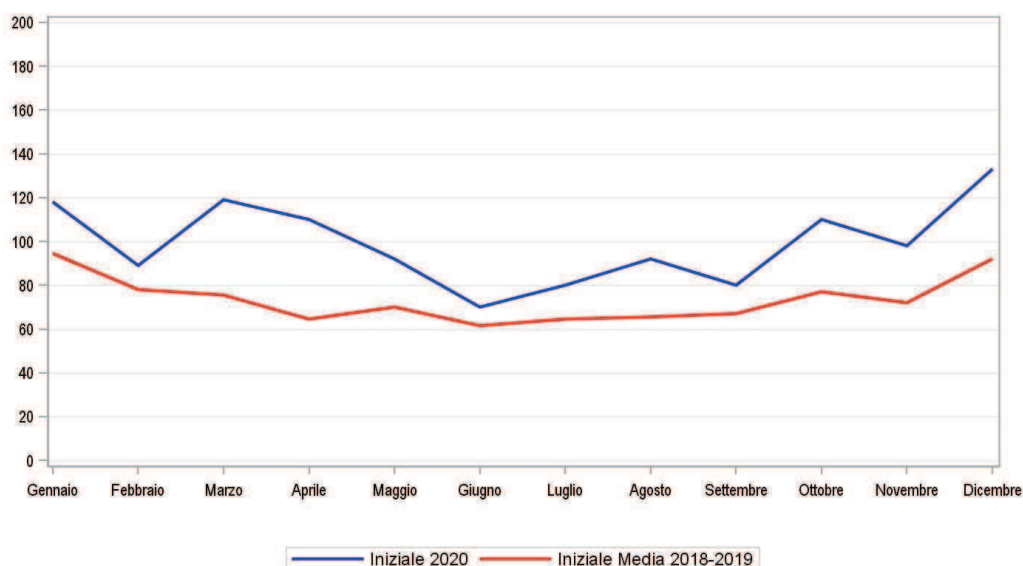
Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 12** Andamento mensile della mortalità per influenza e polmonite (solo causa iniziale), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

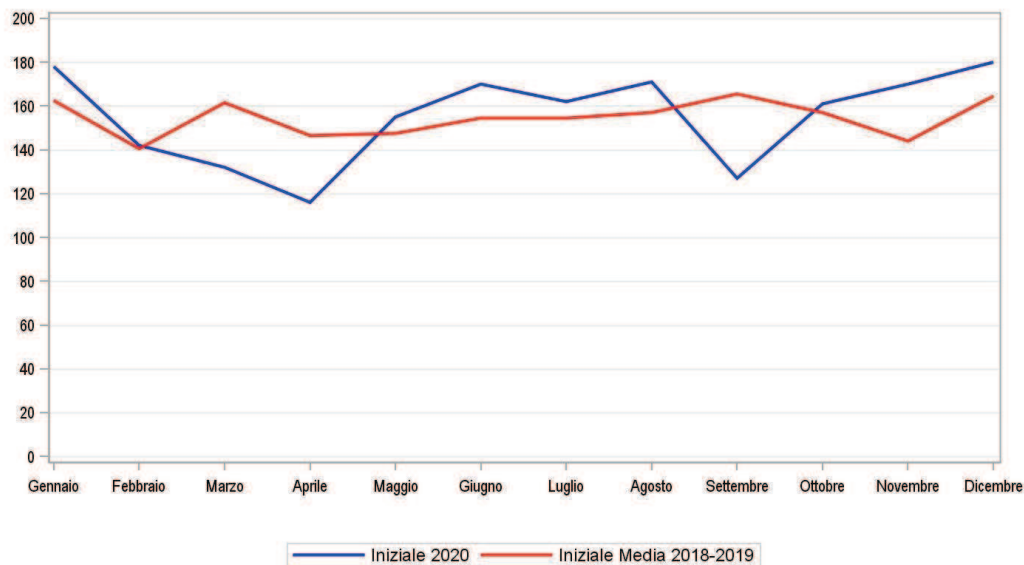


La mortalità per cause mal definite (Figura 13) risultata aumentata nel corso di tutto l’anno, con un picco più rilevante durante la prima ondata epidemica. La mortalità per traumatismi (Figura 14) mostra un netto calo in marzo-aprile, in corrispondenza del primo lockdown.

**Figura 13** Andamento mensile della mortalità per sintomi/segni mal definiti (solo causa iniziale), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 14** Andamento mensile della mortalità per traumatismi/avvelenamenti (solo causa iniziale), 2020 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

12

Di seguito vengono riportati i grafici (Figure 15-21) sull'eccesso di mortalità per causa nel totale della popolazione e disaggregato per sesso e per grandi classi di età. Le analisi sono limitate ai decessi per COVID-19 e ai principali settori nosologici/cause: tumori (C00-D48), malattie circolatorie (I00-I99), malattie respiratorie (J00-J99), sintomi/segni mal definiti (R00-R99), diabete (E10-E14), demenza/Alzheimer (F01-F03, G30), e traumatismi/avvelenamenti. Lo scostamento registrato nel 2020 è espresso come numero assoluto di decessi in più/in meno rispetto a quanto registrato nel 2018-2019.

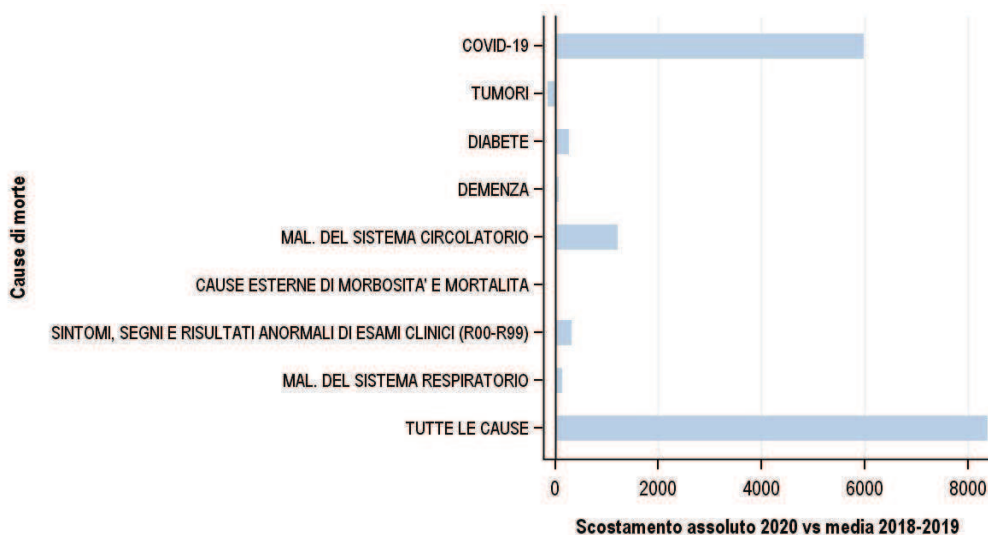
Nel totale della popolazione, l'aumento complessivo della mortalità è spiegato in gran parte dai decessi attribuiti a COVID-19 (Figura 15); si osserva inoltre un incremento dei decessi malattie circolatorie, cause mal definite, e -in misura più contenuta nei numeri assoluti- per diabete. Nel complesso, il pattern è simile nei due sessi (Figura 16-17).



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

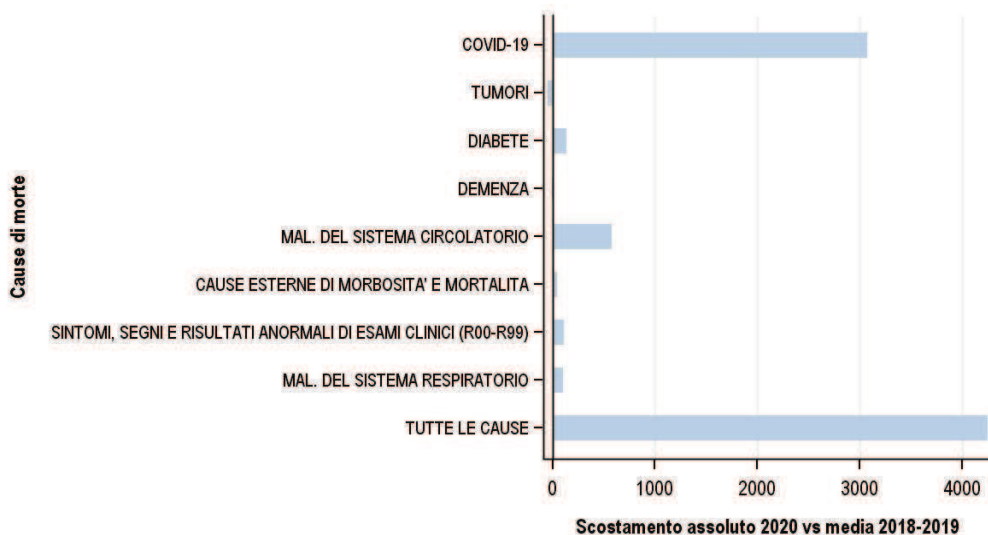
**Figura 15** Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.

**Intera Popolazione.**



**Figura 16** Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.

**Popolazione maschile**



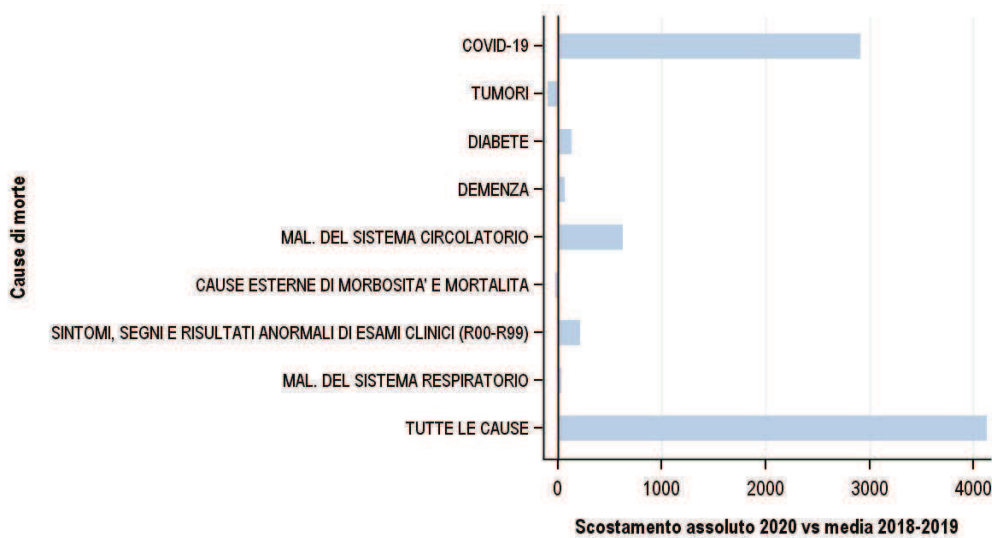
Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 83 di 302



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 17** *Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto a quanto registrato nel 2018-2019, residenti in Veneto.*

**Popolazione femminile**

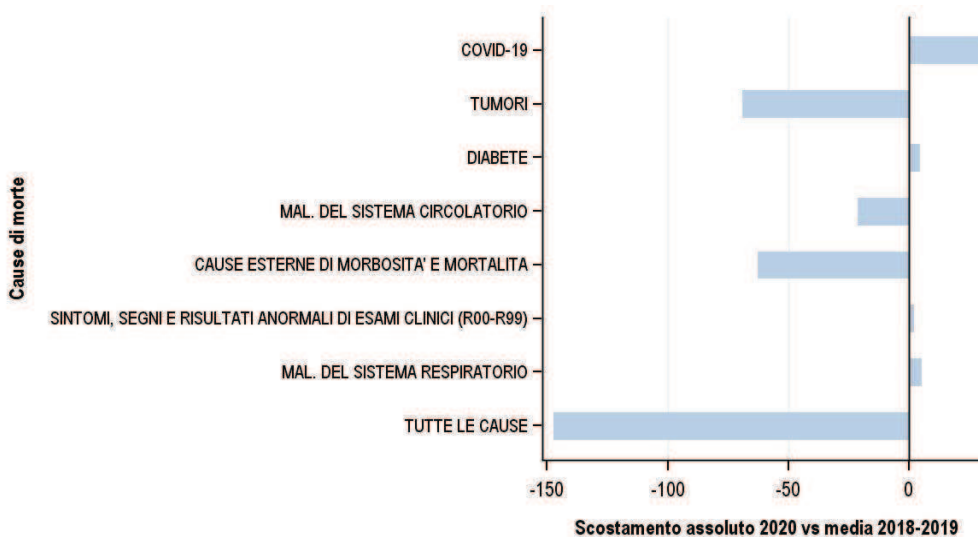


Nei soggetti più giovani si è registrata una riduzione della mortalità totale (Figura 16), in parte attribuibile alle cause traumatiche (es. riduzione degli incidenti stradali in concomitanza del lockdown di marzo e aprile), ma anche al calo dei decessi per neoplasie e malattie circolatorie.

14

**Figura 16** *Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.*

**Classe di età: < 50 anni**

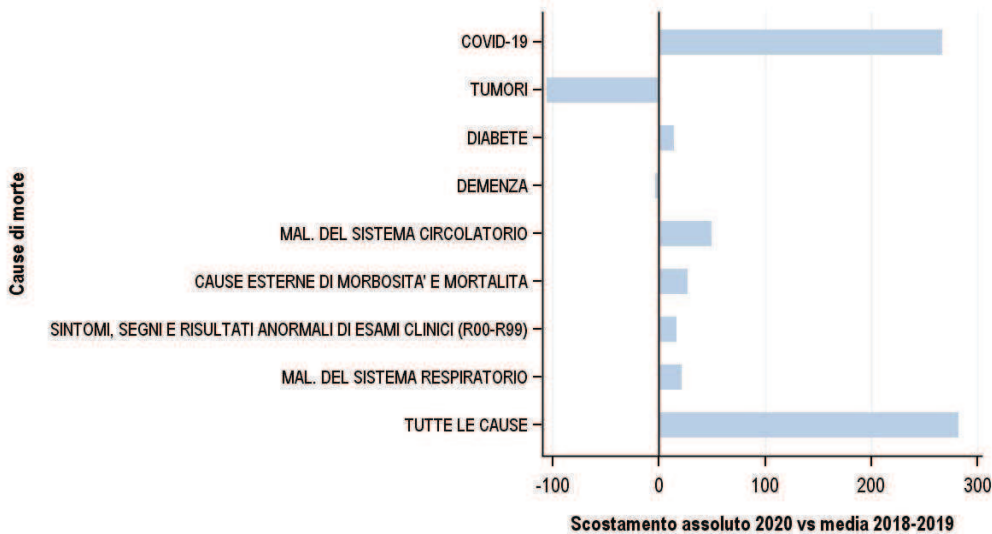


Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

Tra i residenti di 50-64 anni si è registrato un contenuto aumento dei decessi (+7,5%), pressoché interamente spiegato dalla mortalità attribuita a COVID-19, che compensa la riduzione osservata per i tumori (Figura 17).

**Figura 17** *Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.*

**Classe di età: 50-64 anni**



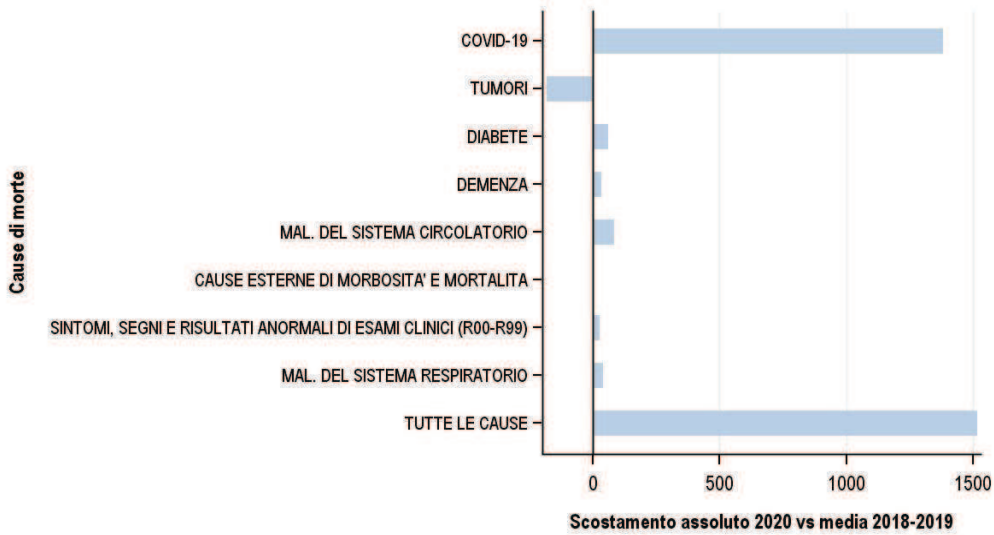
Anche l'aumento della mortalità tra i residenti di età 65-79 anni (+12.9%) è spiegato dai decessi per COVID-19 (Figura 18).



Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

**Figura 18** *Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.*

**Classe di età: 65-79 anni**

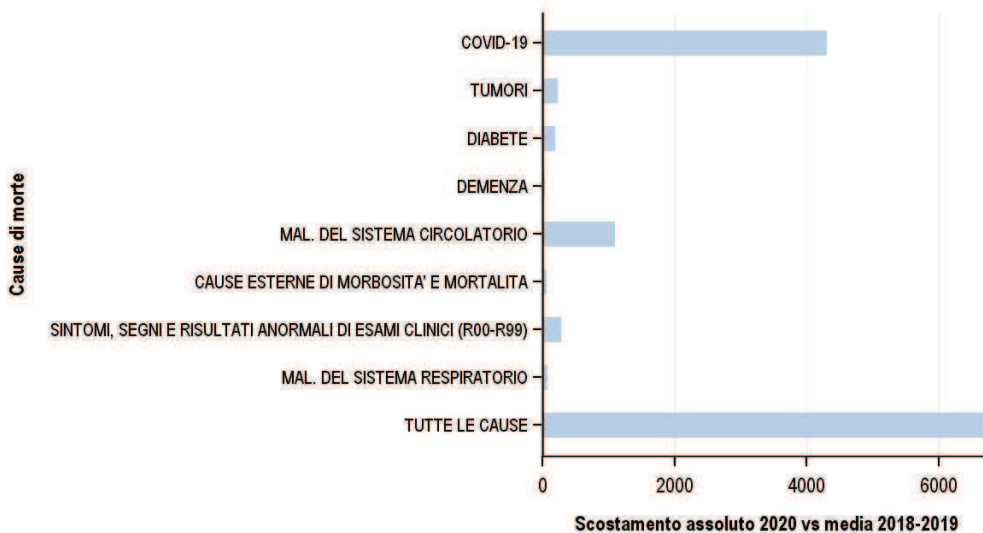


Nei soggetti più anziani l'incremento della mortalità è particolarmente consistente (+21%, Figura 19); oltre ai decessi attribuiti al COVID-19, si osservano eccessi di mortalità per diverse cause di morte, soprattutto per patologie circolatorie.

16

**Figura 19** *Eccesso di mortalità per causa: scostamento assoluto registrato nel 2020 rispetto alla media registrata nel biennio 2018-2019, residenti in Veneto.*

**Classe di età: 80 anni e oltre**



## Mortalità per causa nel 2020 in Veneto

In conclusione, l'analisi del registro regionale di mortalità, conferma un eccesso di mortalità totale pari a circa il 17% nel 2020 rispetto al biennio precedente. Nella prima fase del primo picco epidemico, una parte dei decessi COVID-correlati è stata probabilmente misclassificata come altra patologia respiratoria, come causa mal definita, o è ricaduta in altre categorie diagnostiche. Nei mesi successivi, gran parte dell'eccesso di mortalità osservato nel 2020 è spiegata da decessi con menzione di COVID-19. Considerando le diverse fasce di età, le morti attribuite a COVID-19 rendono conto dell'aumento della mortalità totale, tranne che nei soggetti più anziani dove si è osservato anche un eccesso rilevante di decessi per malattie circolatorie.

Le diverse analisi, condotte sia sulla causa iniziale che soprattutto sulle cause multiple di morte, evidenziano un consistente aumento della mortalità in pazienti affetti da diabete, demenza/Alzheimer, cardiopatie ipertensive, fibrillazione atriale, cardiopatie ischemiche, patologie cerebrovascolari, BPCO, pur con pattern che in parte si differenziano per le diverse cause tra le due ondate epidemiche.





# Impatto dell'epidemia da COVID-19 in Veneto Dati aggiornati a Settembre 2021

---

*A cura della U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri  
con il contributo della U.O.C. Governo clinico assistenziale  
e della U.O.C. Screening e Valutazione di Impatto Sanitario*

*Dicembre 2021*





## Sommario

INTRODUZIONE .....	4
1 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SUGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO .....	5
2 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SULL'OSPEDALIZZAZIONE.....	8
2.1 Ospedalizzazione generale.....	8
2.2 Ricoveri per Infarto Miocardico Acuto (IMA) .....	12
2.3 Interventi di Angioplastica coronarica percutanea (PTCA) .....	14
2.4 Interventi di bypass aorto-coronarico isolato .....	15
2.5 Ricoveri per Ictus ischemico .....	16
2.6 Interventi chirurgici per tumore della mammella .....	18
2.7 Interventi chirurgici per tumore del colon.....	19
2.8 Interventi di prostatectomia radicale.....	20
2.9 Interventi di colecistectomia laparoscopica.....	21
2.10 Interventi chirurgici per frattura del femore .....	23
2.11 Posti letto .....	25
3 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SULL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE IN VENETO .....	30
3.1 Specialistica ambulatoriale .....	31
3.2 Interventi di riparazione di ernia inguinale e crurale .....	33
3.3 Interventi di cataratta.....	35
3.4 Artroscopie.....	37
3.5 Interventi di stripping venoso .....	39
3.6 Interventi di liberazione del tunnel carpale.....	40
4 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SUGLI SCREENING ONCOLOGICI IN VENETO .....	41
4.1 Screening coloretale .....	42
4.2 Screening mammografico .....	43
4.3 Screening cervicale.....	44
5 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SULLE CURE DOMICILIARI.....	45
5.1 Accessi erogati a domicilio.....	45
5.2 Utenti in carico.....	48
6 IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SUI SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI .....	50
6.1 Ospiti presenti nelle strutture residenziali per anziani.....	50
6.2 Nuovi ingressi nelle strutture residenziali per anziani.....	52



## INTRODUZIONE

---

Nel corso del 2020 e del 2021 il Sistema Socio-Sanitario Regionale è stato chiamato a contrastare l'epidemia da COVID-19 oltre che sul piano assistenziale, anche sul piano della riorganizzazione delle attività erogate nelle strutture sanitarie, dal potenziamento dei posti letto di terapia intensiva, alla riconversione di intere unità operative, dall'istituzione dei COVID-Hospital alla sospensione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali non urgenti.

Obiettivo di questo rapporto è presentare un quadro sintetico dell'impatto della pandemia da COVID-19 sui volumi e sui processi dell'attività assistenziale in Veneto considerando i diversi setting assistenziali: accessi al Pronto Soccorso, ricovero, specialistica ambulatoriale e di screening, attività domiciliare e presso le residenze per anziani.

Le analisi sono effettuate considerando i dati fino a settembre 2021, su base mensile al fine di mettere in evidenza l'andamento degli indicatori durante le ondate epidemiche che si sono succedute nell'arco degli anni. Come termine di confronto è stato considerato l'andamento dei medesimi indicatori nel corso del 2019 o del periodo 2018-2019. L'intento non è tanto quello di determinare una misura di scostamento da una situazione "ideale", quanto quello di mettere graficamente in evidenza la pressione alla quale è stato sottoposto il sistema sanitario nelle sue diverse componenti nei periodi di maggior espansione dell'epidemia.

All'inizio di ogni capitolo o paragrafo è disponibile un riquadro nel quale vengono sinteticamente descritti gli indicatori presentati e l'andamento degli stessi durante l'anno.



## 1 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli accessi in Pronto Soccorso

Il numero di accessi mensili tra gennaio e settembre 2021 è costantemente inferiore rispetto ai corrispettivi volumi del 2019 (Figura 1.1), preso come riferimento in considerazione dell'impatto della pandemia nel 2020, con una riduzione complessiva del 23,8%. Il calo è stato più consistente nei primi mesi dell'anno (gennaio-aprile: -35,3%). Nel complesso, a partire dal mese di marzo, il numero di accessi del 2021 si pone ad un livello intermedio tra quelli del 2019 e quelli del 2020.

A differenza di quanto rilevato nel 2020, nel 2021 non si è assistito ad un particolare incremento della proporzione di accessi esitati in ricovero (Figura 1.2). Al contrario, si è verificato, tra maggio e settembre, un calo di circa 2 punti percentuali rispetto al 2019.

Risulta invece aumentata rispetto al 2019, ed in linea con i livelli del 2020, la quota di accessi classificati come gravi in considerazione del codice colore attribuito in fase di triage (rosso, arancione e giallo), attestatasi su valori compresi tra il 23% ed il 31% degli accessi complessivi (Figura 1.3). Analogamente è aumentato anche l'accesso al pronto soccorso ricorrendo ai mezzi di emergenza, come rappresentato in Figura 1.4, sempre maggiore rispetto al 2019 e con il valore massimo nel mese di gennaio (24%).

Figura 1.1 Accessi al Pronto Soccorso per mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

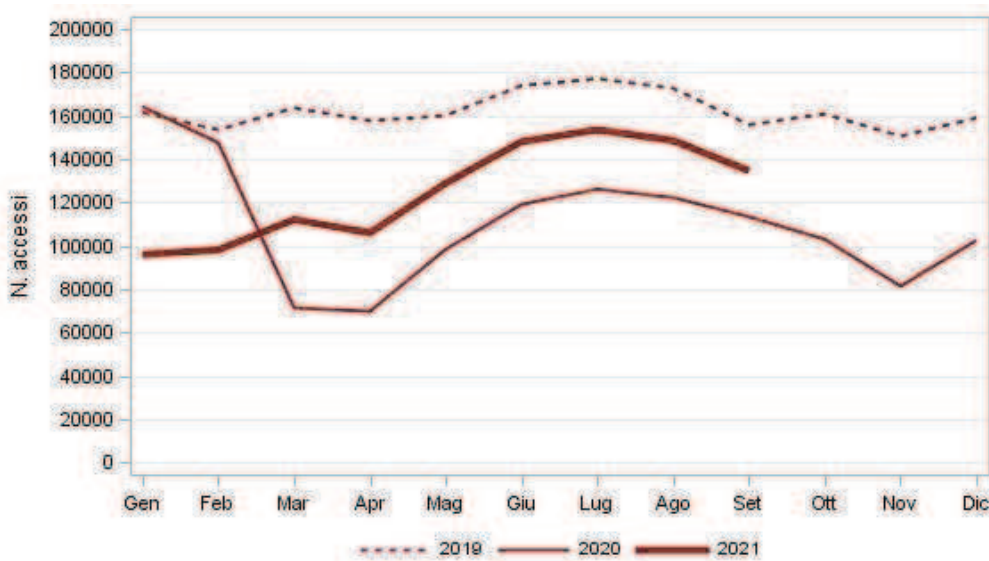


Figura 1.2 Percentuale accessi al Pronto Soccorso esitati in ricovero per mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

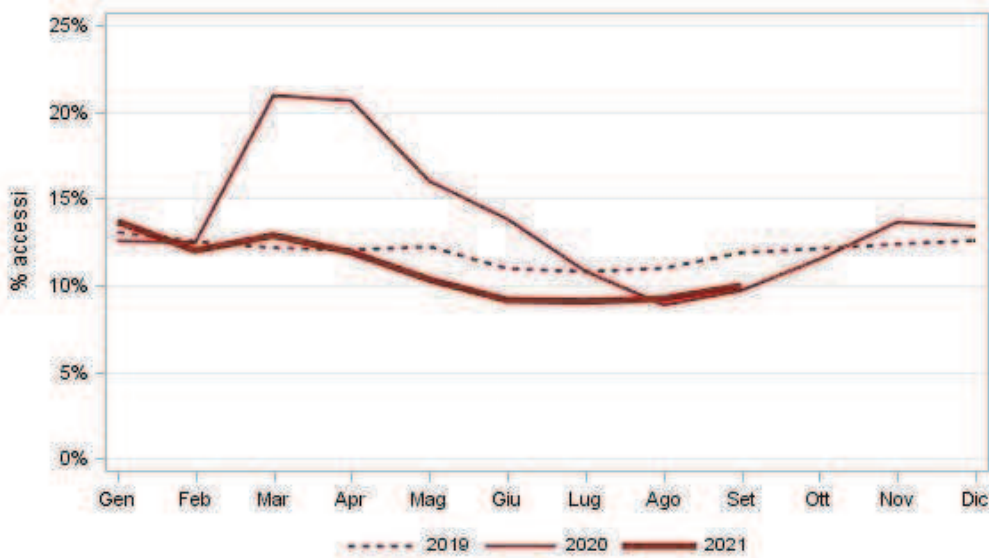
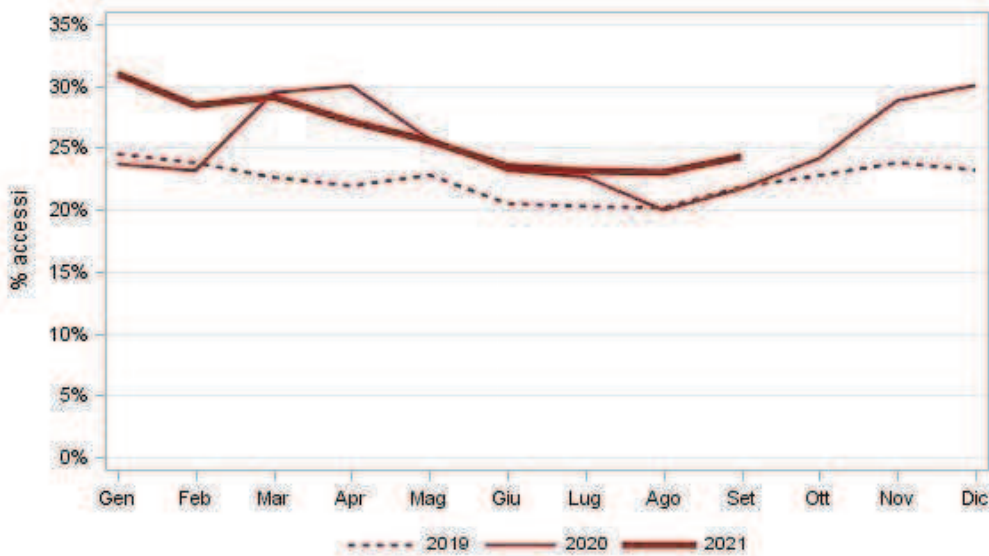


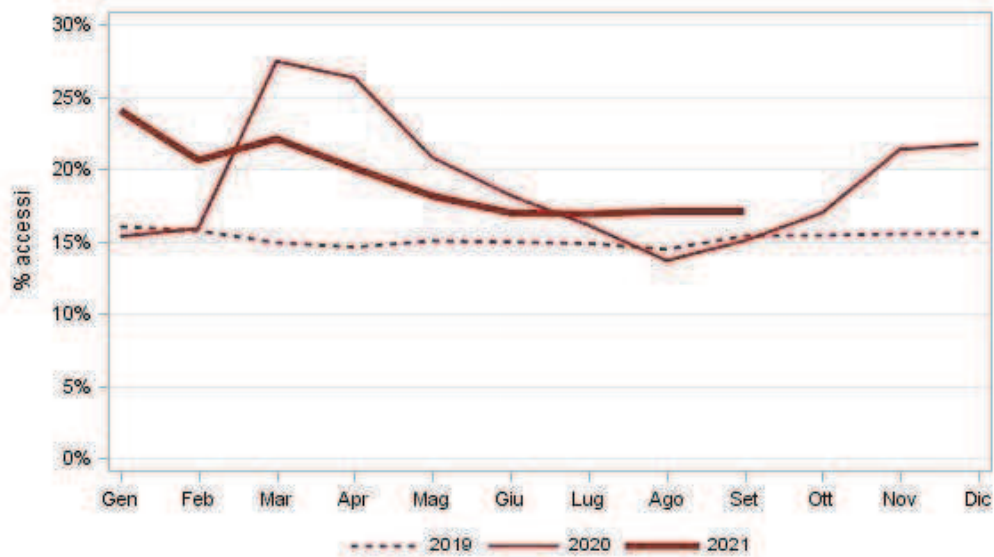
Figura 1.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice rosso, arancione e giallo per mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 93 di 302



Figura 1.4 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con trasporto SUEM-118 per mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 94 di 302



## 2 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sull'ospedalizzazione

### 2.1 Ospedalizzazione generale

I dati sull'ospedalizzazione generale del 2020 e dei primi nove mesi del 2021 sono posti a confronto con la media degli anni 2018 e 2019, considerando i soli ricoveri ordinari ad esclusione della riabilitazione e lungodegenza.

Il minor ricorso all'ospedalizzazione a partire dal mese di marzo 2020 e per tutto il 2021 è evidente sia per la casistica medica che per quella chirurgica (Figura 2.1 e Figura 2.2).

Dalla seconda metà del 2020 e per tutto il 2021, i ricoveri medici si sono attestati tra i 17.000 e i 21.000 per mese, al di sotto della media dei due anni precedenti. L'attività chirurgica, dopo la consistente diminuzione della prima ondata, da metà giugno a ottobre 2020 è ritornata sovrapponibile a quella degli anni pre-pandemia, mentre ha nuovamente subito un forte calo nell'ultimo bimestre 2020, protrattosi fino a giugno 2021.

Per i ricoveri con DRG medico non si evidenziano forti differenze nella degenza media, eccetto un modesto aumento durante i periodi di maggiore intensità della pandemia. Nel 2020 la degenza media dei ricoveri chirurgici è aumentata nel periodo di lockdown e negli ultimi due mesi dell'anno, verosimilmente perché associata ad interventi urgenti e indifferibili ad alta complessità (Figura 2.3). Da febbraio 2021 la degenza media dei ricoveri chirurgici si è riportata ai livelli pre-pandemia.

Le distribuzioni dei ricoveri per i più frequenti DRG medici e chirurgici vengono riportate rispettivamente nelle Tabelle 2.1 e 2.2. Tra i primi, a fronte di una diminuzione complessiva del 16% dei ricoveri tra il 2021 e il biennio 2018-2019, si rileva un forte incremento dei DRG relativi ai problemi respiratori (infezioni dell'apparato respiratorio con e senza complicanze, diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita). Per i ricoveri chirurgici si rileva una diminuzione complessiva del 14%, in particolare per la colecistectomia laparoscopica (-25%) e in generale per gli interventi sul sistema osteoarticolare non urgenti (es. interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione, interventi sul piede).

Figura 2.1 Dimissioni con DRG Medico per mese di dimissione. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

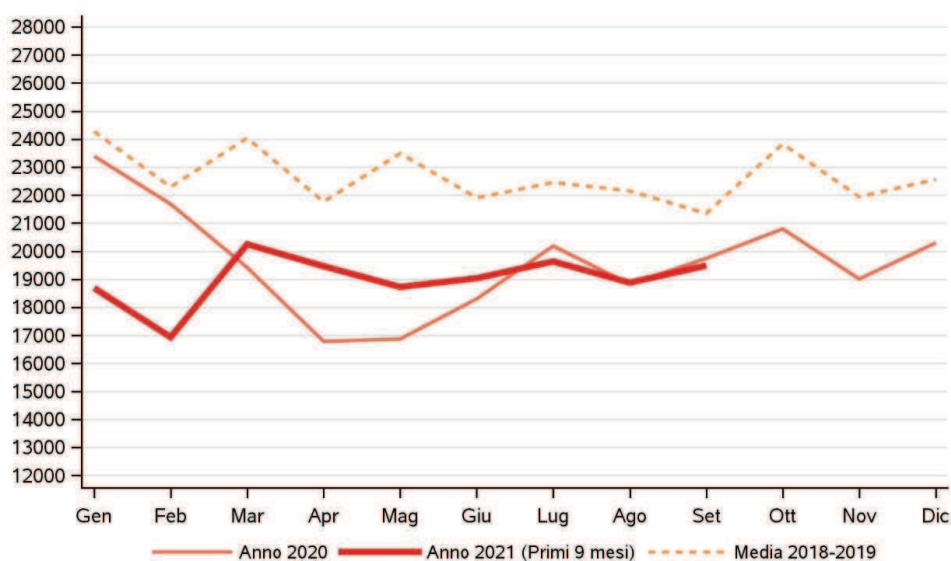


Figura 2.2 Dimissioni con DRG Chirurgico per mese di dimissione. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

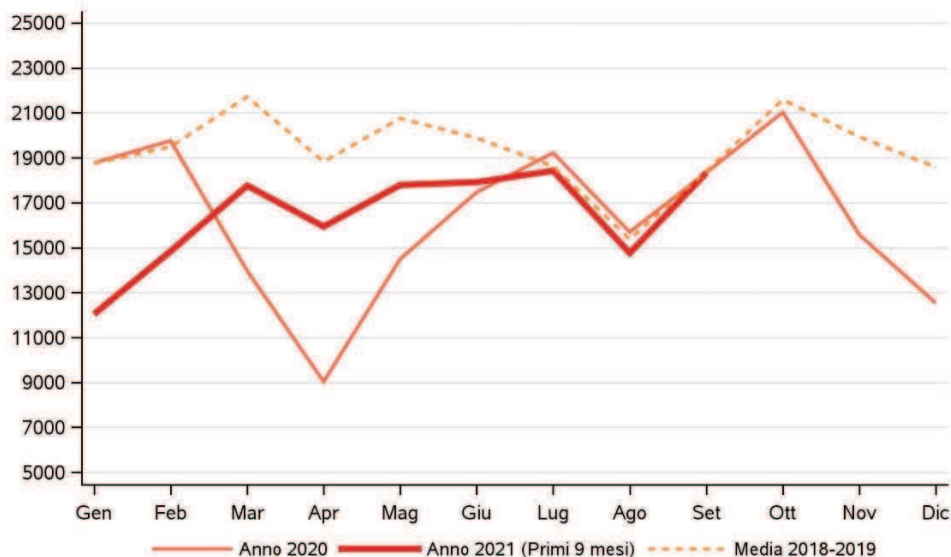
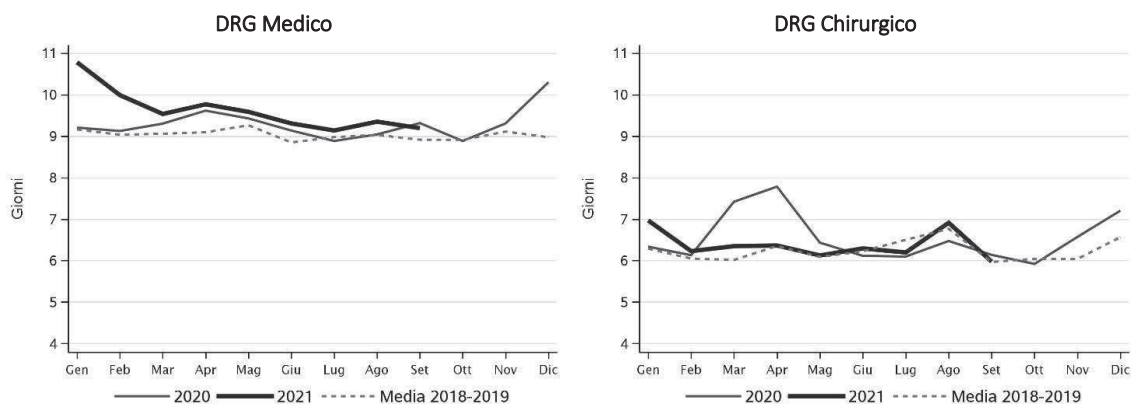


Figura 2.3 Degenza media dimissioni con DRG Medico e DRG Chirurgico. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 96 di 302



Tabella 2.1 Dimissioni con DRG Medico. Veneto, periodo gennaio-settembre anni 2020, 2021 e media 2018-2019.

DRG medici più frequenti nel 2021	N. dimissioni da gennaio a settembre			Variazione dimissioni	
	Media 2018-2019	2020	2021	2020 vs 2018-2019	2021 vs 2018-2019
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	1.630	1.197	1.200	-27%	-26%
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	5.509	5.178	4.917	-6%	-11%
078-Embolia polmonare	1.607	1.511	1.873	-6%	17%
079-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	1.568	3.588	6.814	129%	335%
080-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	791	2.526	3.646	220%	361%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	2.247	1.899	1.678	-15%	-25%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	9.303	8.986	9.819	-3%	6%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	5.757	4.446	2.871	-23%	-50%
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.213	1.900	1.998	-14%	-10%
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.354	3.501	3.779	-20%	-13%
127-Insufficienza cardiaca e shock	11.214	9.016	8.615	-20%	-23%
174-Emorragia gastrointestinale con CC	1.622	1.523	1.362	-6%	-16%
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.739	2.001	1.827	-27%	-33%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	2.846	2.538	2.383	-11%	-16%
204-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	1.721	1.437	1.459	-16%	-15%
207-Malattie delle vie biliari con CC	1.501	1.341	1.384	-11%	-8%
208-Malattie delle vie biliari senza CC	1.931	1.522	1.613	-21%	-16%
316-Insufficienza renale	4.001	3.504	3.438	-12%	-14%
320-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.318	1.211	1.310	-8%	-1%
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	17.664	17.073	16.465	-3%	-7%
390-Neonati con altre affezioni significative	2.924	2.832	3.254	-3%	11%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.210	1.913	1.817	-13%	-18%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.660	1.502	1.547	-9%	-7%
428-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.879	1.776	2.002	-5%	7%
430-Psicosi	5.182	4.486	4.495	-13%	-13%
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.429	2.165	1.709	-11%	-30%
565-Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	690	1.086	1.816	57%	163%
576-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	6.528	6.483	6.805	-1%	4%
Altri DRG	98.662	77.456	69.173	-21%	-30%
TOTALE	203.692	175.597	171.069	-14%	-16%





Tabella 2.2 Dimissioni con DRG Chirurgico. Veneto, periodo gennaio-settembre anni 2020, 2021 e media 2018-2019.

DRG chirurgici più frequenti nel 2021	N. dimissioni da gennaio a settembre			Variazione dimissioni	
	Media 2018-2019	2020	2021	2020 vs 2018-2019	2021 vs 2018-2019
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.734	1.982	1.742	-27%	-36%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	2.398	2.073	2.237	-14%	-7%
158-Interventi su ano e stoma senza CC	2.478	1.791	1.657	-28%	-33%
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.067	1.806	1.713	-13%	-17%
167-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.623	1.193	1.342	-26%	-17%
210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	2.057	2.131	1.950	4%	-5%
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.775	1.587	1.640	-11%	-8%
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.253	2.938	2.965	-10%	-9%
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.667	2.180	2.107	-18%	-21%
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.567	2.300	2.323	-10%	-9%
234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1.289	1.104	1.273	-14%	-1%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	1.811	1.716	1.965	-5%	9%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.897	1.582	1.462	-17%	-23%
290-Interventi sulla tiroide	2.069	1.732	1.666	-16%	-19%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	1.362	1.264	1.266	-7%	-7%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	6.709	5.860	6.151	-13%	-8%
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1.895	1.666	1.672	-12%	-12%
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	2.823	2.313	2.274	-18%	-19%
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6.887	5.442	5.482	-21%	-20%
371-Parto cesareo senza CC	5.810	5.468	5.358	-6%	-8%
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.694	1.307	1.212	-23%	-28%
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	1.733	1.382	1.544	-20%	-11%
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.597	3.506	3.427	-24%	-25%
498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.016	1.103	1.345	9%	32%
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	1.801	1.558	1.446	-13%	-20%
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.960	1.455	1.258	-26%	-36%
518-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	2.121	1.898	2.105	-11%	-1%
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	12.865	11.945	12.082	-7%	-6%
552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2.681	2.350	2.498	-12%	-7%
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	3.088	2.985	2.967	-3%	-4%
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.005	2.481	2.809	-17%	-7%
569-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	1.228	1.182	1.236	-4%	1%
Altri DRG	77.852	65.936	65.602	-15%	-16%
TOTALE	171.804	147.216	147.776	-14%	-14%



## 2.2 Ricoveri per Infarto Miocardico Acuto (IMA)

I volumi di ricovero per Infarto Miocardico Acuto (IMA) del 2020 e dei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018-2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di infarto del miocardio acuto (ICD-9-CM: 410.xx). Nel 2020 i ricoveri per IMA sono stati 7.357, l'11,2% in meno rispetto alla media del periodo 2018-2019; nei primi 9 mesi del 2021 sono stati in totale 5.466, il 10,7% in meno dei primi nove mesi del biennio pre-pandemico. Nelle fasi di maggior diffusione del virus SARS-CoV-2 (febbraio-maggio e ottobre-dicembre 2020), è aumentato il divario rispetto al periodo 2018-2019 (-25,8% a marzo e -19,1% a dicembre). Nei mesi estivi si è osservato invece un recupero di casi, seppure con alcune oscillazioni. Nei primi 5 mesi del 2021 il volume dei ricoveri si è mantenuto più basso della media del biennio 2018-2019, mentre da giugno in poi sembra essere sovrapponibile all'andamento medio precedente (Figura 2.4). A questo proposito va tenuto presente che la definizione del volume complessivo dei ricoveri per infarto qui utilizzata è molto estensiva, perché comprende sia primi eventi, che eventi successivi, che condizioni concomitanti.

Nel 2020 la degenza media ha subito maggiori oscillazioni rispetto agli anni precedenti, con un sensibile scostamento per le dimissioni di marzo (12,4 giorni nel 2020 contro una media di 10,1 nel biennio precedente). Nel 2021 la degenza media si è riportata ai livelli registrati nel biennio 2018-2019 (Figura 2.5). Limitando l'attenzione ai soli ricoveri per IMA STEMI, non emergono sostanziali differenze nella tempestività del trattamento emodinamico tra il 2020, il 2021 e gli anni precedenti (se non per un lieve calo a giugno 2021), con una proporzione di eventi trattati con PTCA entro 0-1 giorni variabile tra il 60% e l'80% (Figura 2.6).

Figura 2.4 IMA: volume ricoveri per mese di dimissione. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

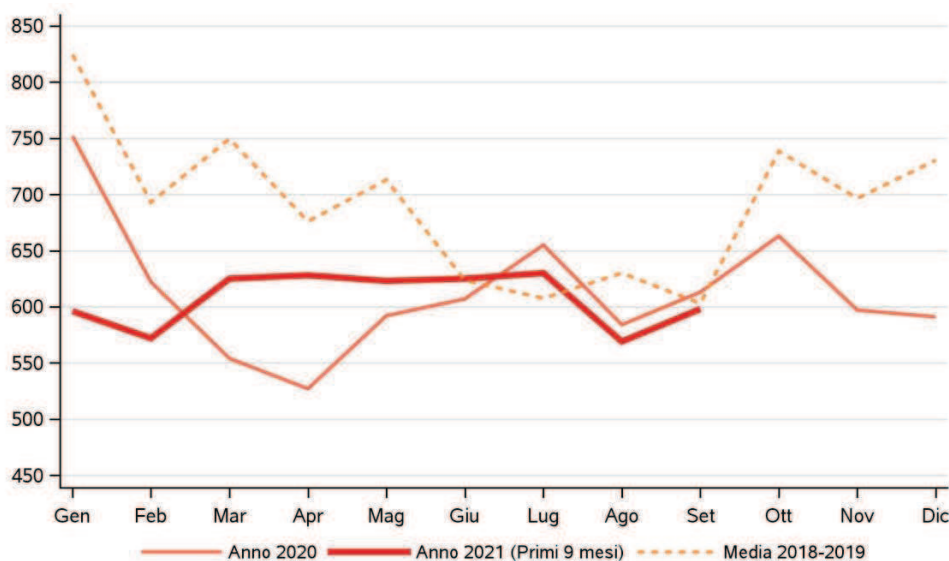


Figura 2.5 IMA: degenza media. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

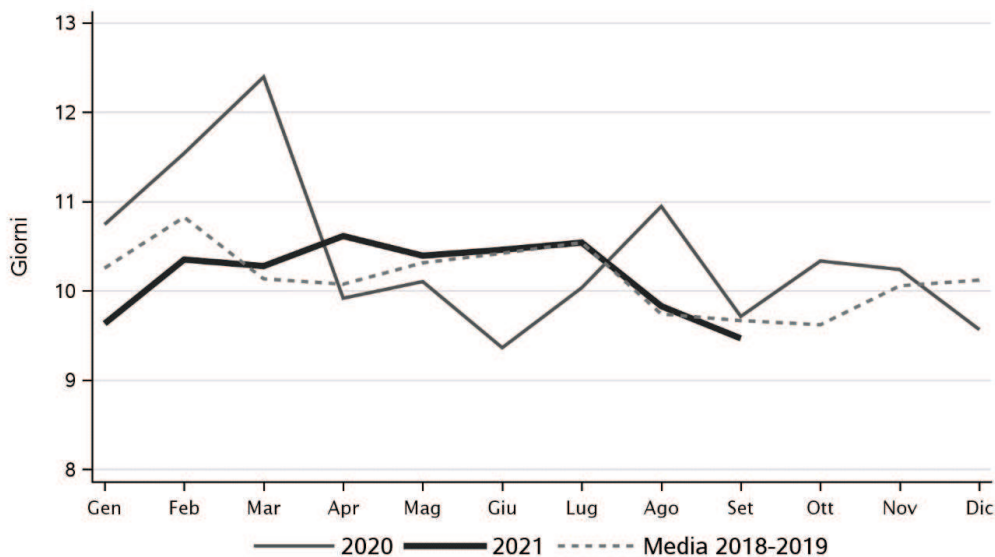
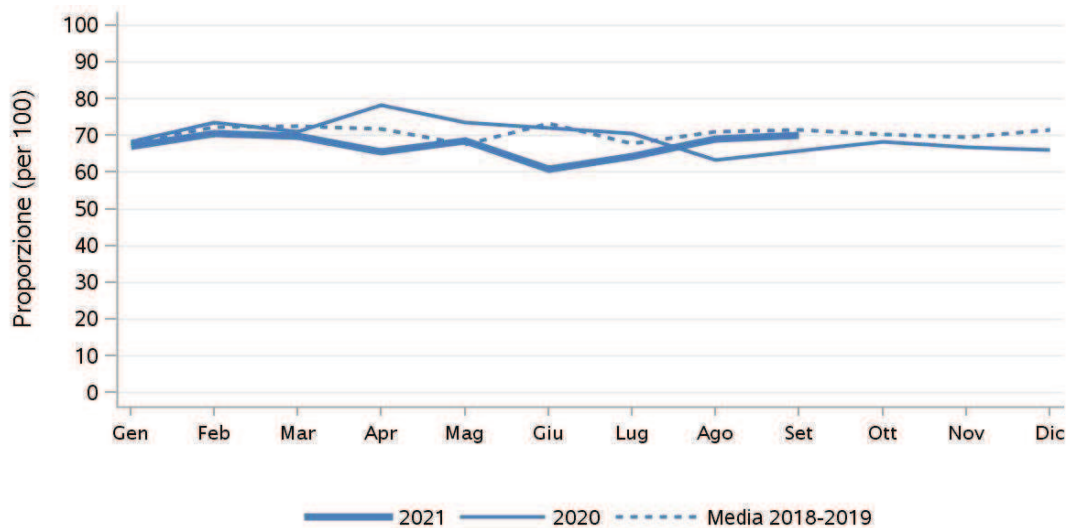


Figura 2.6 IMA STEMI: Proporzioni di eventi trattati con PTCA entro 0-1 giorni. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 100 di 302



### 2.3 Interventi di Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)

I volumi di ricovero con almeno un intervento di Angioplastica coronarica percutanea (PTCA) avvenuti nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con almeno uno dei seguenti codici ICD-9-CM di intervento: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07.

Nel 2020 sono stati eseguiti 8.776 ricoveri per intervento di PTCA, l'11,9% in meno rispetto alla media del 2018-2019. Nei primi nove mesi del 2021 sono stati effettuati 6.893 ricoveri per intervento di PTCA, il 5,3% in meno rispetto ai primi nove mesi del biennio 2018-2019. La riduzione del numero dei ricoveri è iniziata nel mese di marzo 2020 (-31,3%) ed è perdurata lungo tutto il periodo di lockdown. Successivamente si sono osservati una ripresa (+7,5% a luglio 2020) e un ulteriore calo durante la seconda ondata (-21,3% a novembre e dicembre 2020 rispetto al biennio precedente). A gennaio e febbraio 2021 si è registrato un calo rispetto alle altre annualità, mentre nella successiva parte dell'anno i ricoveri si sono riportati ai livelli medi del biennio 2018-2019 (Figura 2.7). La degenza media del 2020 e del 2021 è sovrapponibile a quella degli anni precedenti (Figura 2.8).

Figura 2.7 PTCA: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

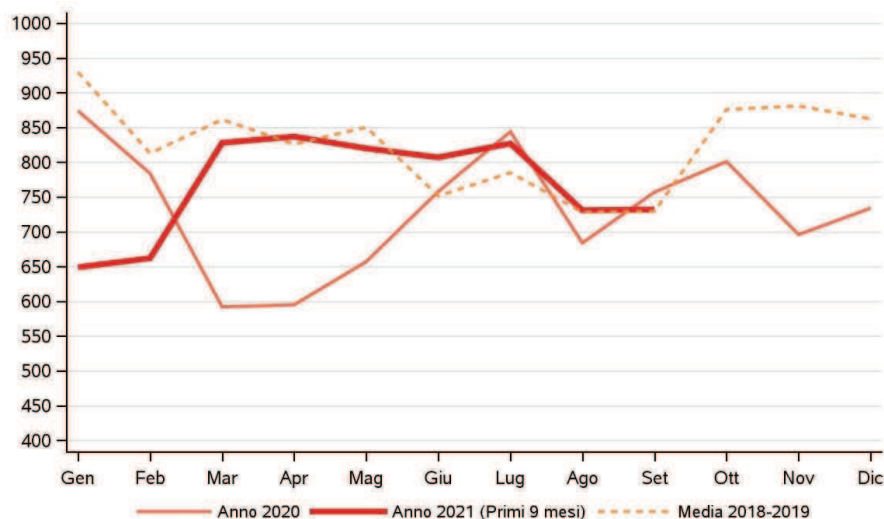
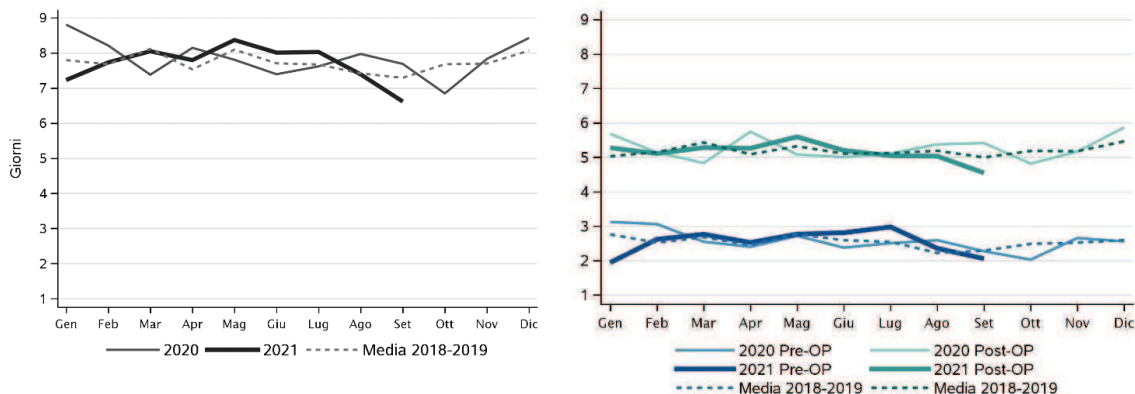


Figura 2.8 Ricoveri con PTCA: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



## 2.4 Interventi di bypass aorto-coronarico isolato

I volumi di ricovero con un intervento di bypass aorto-coronarico isolato nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con almeno un codice ICD-9-CM di intervento compreso tra 36.10 e 36.19. Complessivamente nel 2020 si sono registrati 962 ricoveri con un intervento di bypass aorto-coronarico isolato, il 16,8% in meno rispetto alla media del 2018-2019; nei primi nove mesi del 2021 sono stati registrati invece 743 ricoveri, il 12,3% in meno rispetto allo stesso periodo del biennio 2018-2019. Gli interventi di bypass hanno subito una diminuzione nel periodo marzo-giugno 2020 (-30,8% rispetto allo stesso periodo del biennio precedente) e nell'ultimo bimestre 2020 (-37,2% rispetto al bimestre 2018-2019). Da febbraio 2021 in poi si è verificato un aumento dei ricoveri, che a giugno e luglio è in linea con il biennio pre-pandemico. A settembre 2021 si è registrato invece un lieve calo (Figura 2.9). Nei mesi di maggio e giugno 2020 si osserva un aumento della degenza media, in particolare per quanto riguarda la degenza pre-operatoria. Tale aumento viene registrato anche nel primo quadrimestre del 2021, con un picco massimo a febbraio di circa 18 giorni (Figura 2.10).

Figura 2.9 Interventi di bypass aorto-coronarico: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

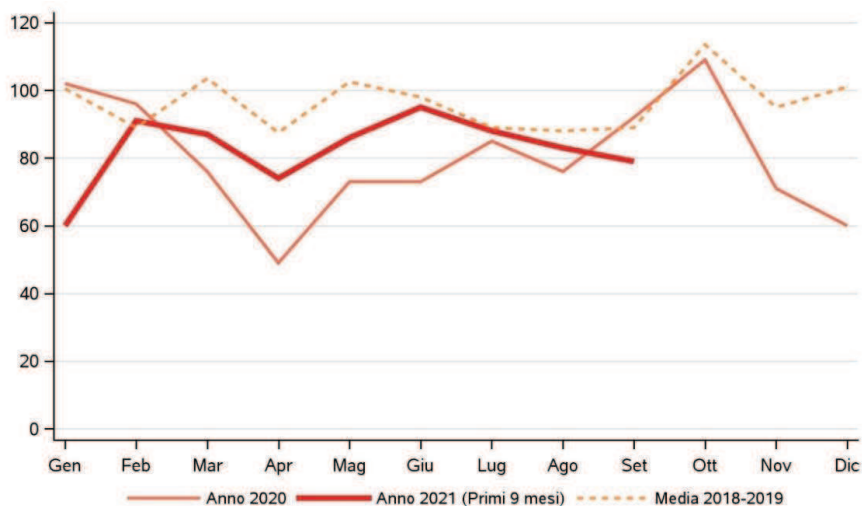
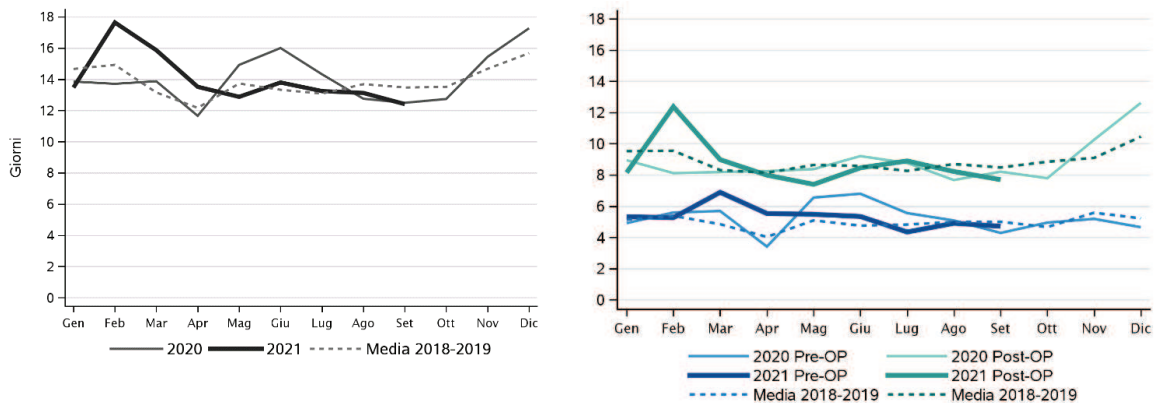


Figura 2.10 Interventi di bypass aorto-coronarico: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



## 2.5 Ricoveri per Ictus ischemico

I volumi di eventi di ictus ischemico ospedalizzati nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018-2019 considerando come “evento di ictus ischemico” il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico nell’arco di 28 giorni (codici ICD9-CM 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91, 436). L’analisi ha riguardato gli eventi che si sono verificati tra i residenti in Veneto.

Da marzo 2020 i ricoveri per ictus ischemico sono andati via via diminuendo, per poi ritornare, dal mese di maggio, a livelli più vicini a quelli dei due anni precedenti. Nel 2021 si è verificato un calo nel mese di febbraio. Le successive mensilità si sono riportate ai livelli precedenti (Figura 2.11). La diminuzione evidenziata ha riguardato principalmente le strutture di primo livello, mentre negli ospedali dotati di stroke unit di II livello sia il numero complessivo di eventi, sia l’andamento temporale risultano pressoché sovrapponibili (Figura 2.12). Da maggio 2021 in poi negli ospedali di primo livello è in calo anche il volume di trombolisi, ma la proporzione di eventi trattati con trombolisi si attesta sui livelli degli anni precedenti. Nel 2021 la percentuale di eventi trattati con trombolisi negli ospedali di II livello risulta essere invece sovrapponibile all’andamento degli anni precedenti (Figura 2.13 e Figura 2.14).

Figura 2.11 Ictus ischemico: volume eventi. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

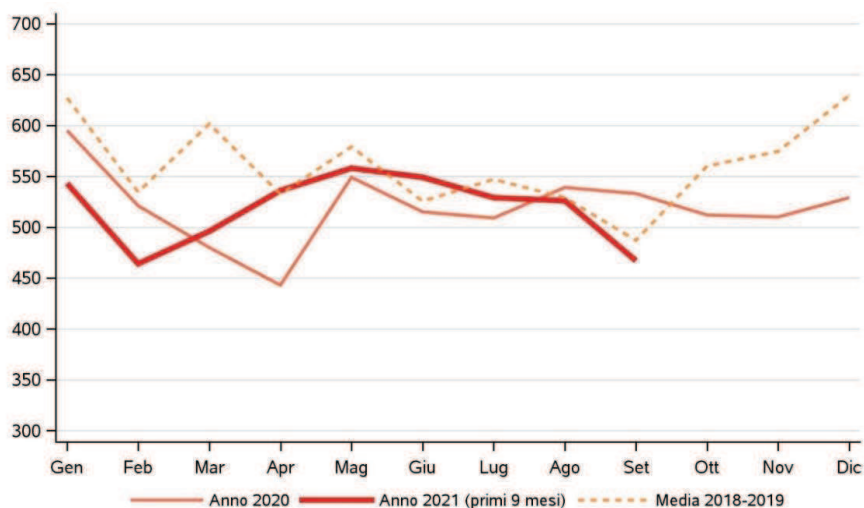


Figura 2.12 Ictus ischemico: volume eventi per tipo di struttura (I-II livello). Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

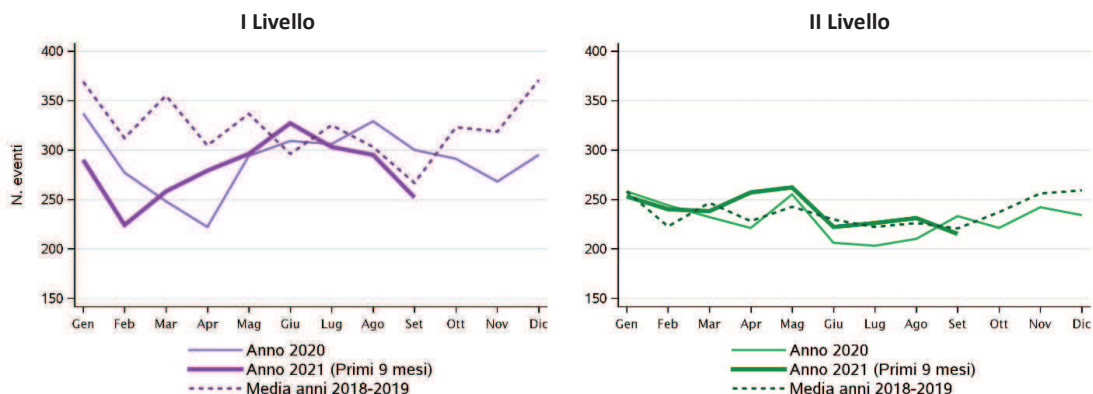


Figura 2.13 Ictus ischemico: volume eventi trattati con trombolisi per tipo di struttura (I-II livello), Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

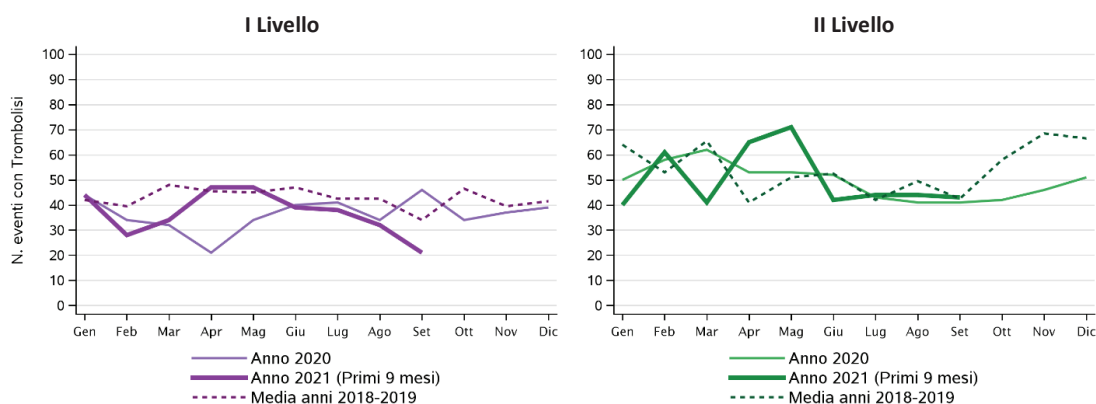
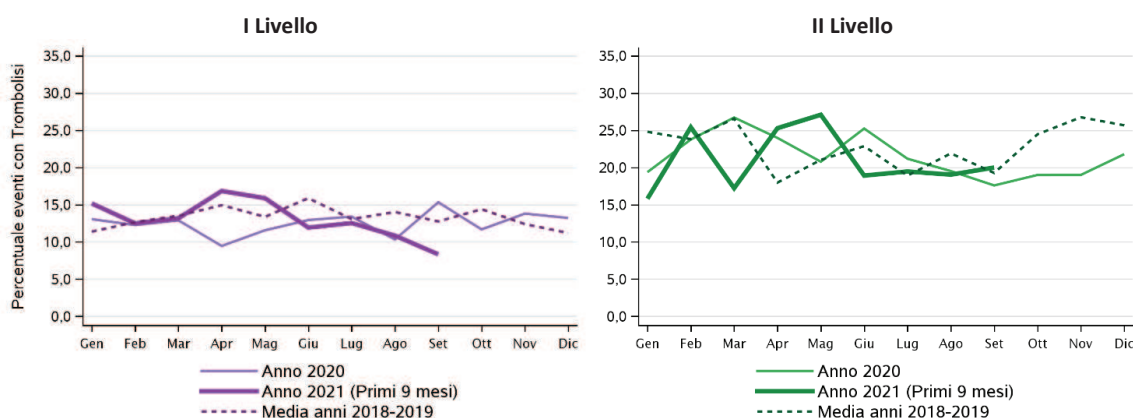


Figura 2.14 Ictus ischemico: percentuale eventi trattati con trombolisi per tipo di struttura (I-II livello), Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 104 di 302



## 2.6 Interventi chirurgici per tumore della mammella

I volumi di ricovero con intervento chirurgico per tumore della mammella nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono posti a confronto con gli anni 2018-2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali (regime ordinario e diurno) con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM: 174, 198.81, 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM: 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Nel 2020 i ricoveri con intervento per tumore della mammella sono stati 5.717, il 5,8% in meno rispetto alla media del 2018-2019. Nei primi nove mesi del 2021 i ricoveri sono stati invece 4.533, lo 0,6% in più rispetto ai primi nove mesi del biennio pre-pandemico. Durante il periodo estivo del 2020 c'è stata una flessione degli interventi, con un calo medio del 28,1% nei mesi di maggio e giugno rispetto al biennio precedente; ciò potrebbe essere dovuto, almeno in parte, ad un rallentamento dell'attività di screening nei precedenti mesi di picco dell'epidemia da COVID-19. Nel 2021 si segnala al contrario una ripresa degli interventi e l'andamento dei volumi è sovrapponibile a quello delle annualità pre-pandemiche (Figura 2.15). Non si osservano infine differenze nella degenza media, sia complessiva che pre e post-operatoria nel 2020 rispetto al biennio precedente. Nei primi nove mesi del 2021 si osserva un leggero calo della degenza media, in particolare nel decorso post-operatorio (Figura 2.16).

Figura 2.15 Interventi chirurgici per tumore della mammella per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

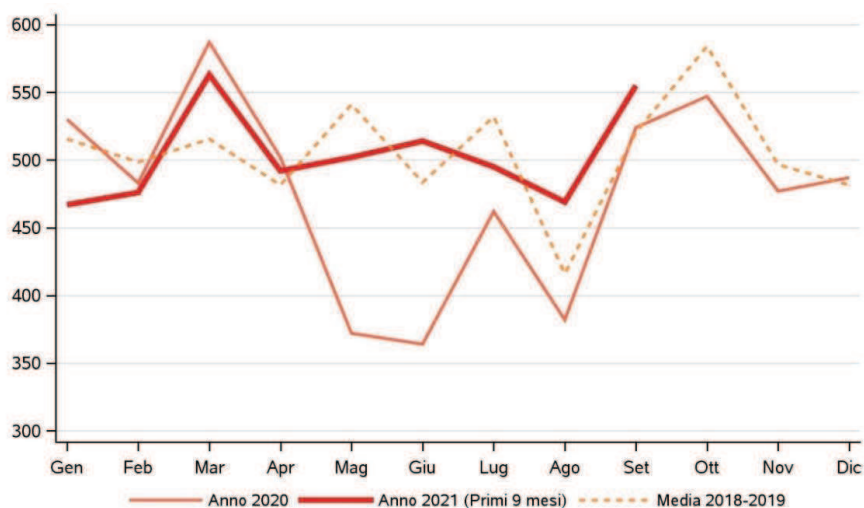
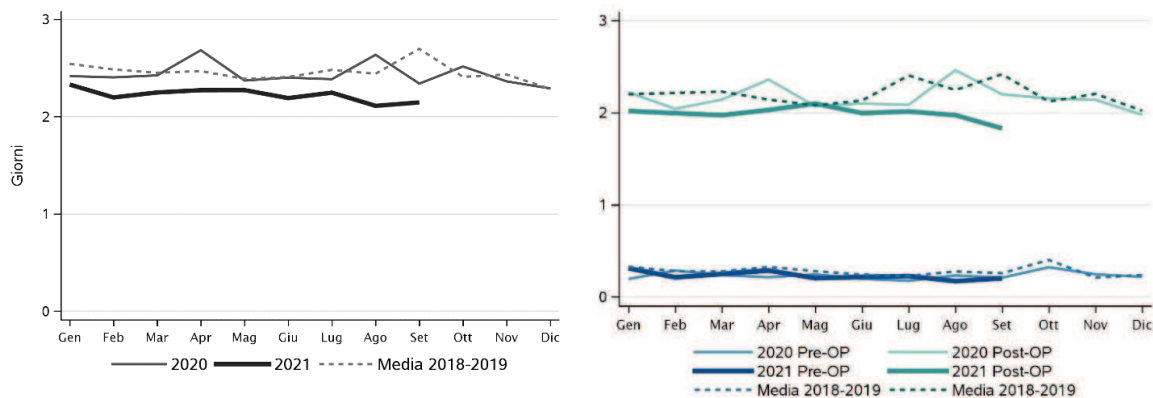


Figura 2.16 Interventi chirurgici per tumore della mammella: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.





## 2.7 Interventi chirurgici per tumore del colon

I volumi di ricovero con intervento chirurgico per tumore del colon nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con il periodo 2018-2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (ICD-9-CM: 153, 197.5) e intervento principale o secondario di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM: 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1).

Nel 2020 i ricoveri con intervento per tumore del colon sono stati 2.056, il 6,2% in meno rispetto alla media del 2018-2019. Nei primi mesi del 2021 i ricoveri sono stati 1.564, il 5,3% in meno rispetto allo stesso periodo del biennio pre-pandemico. La flessione degli interventi è più accentuata nei mesi di aprile e maggio 2020 (rispettivamente -21,5% e -37,8%) e di gennaio 2021 (-24,9%); ciò è plausibilmente riconducibile, almeno in parte, a un rallentamento dell'attività di screening nei mesi di picco dell'epidemia da COVID-19 (Figura 2.17). L'andamento della degenza media complessiva è caratterizzato nel 2020 e nel 2021 da maggiori oscillazioni rispetto al biennio precedente; si osserva inoltre una marcata riduzione della degenza post-operatoria durante la seconda ondata pandemica e tra febbraio e aprile 2021 (Figura 2.18).

Figura 2.17 Interventi chirurgici per tumore del colon: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

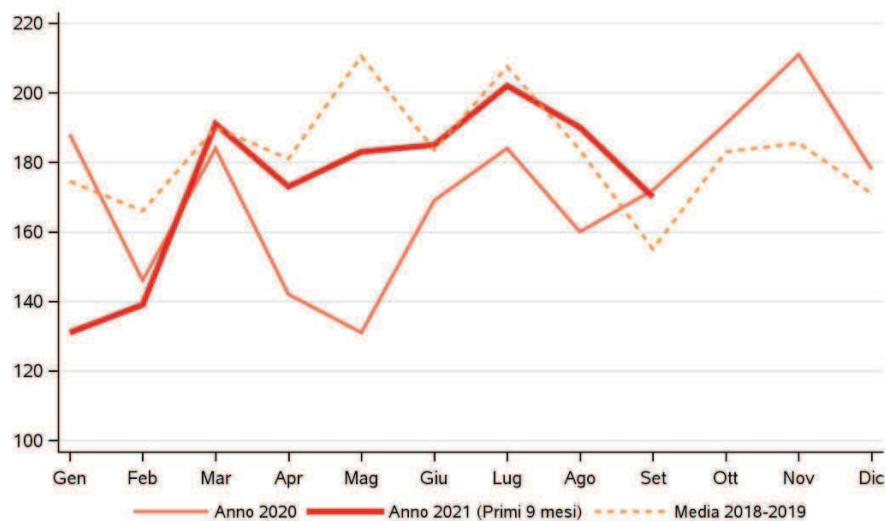
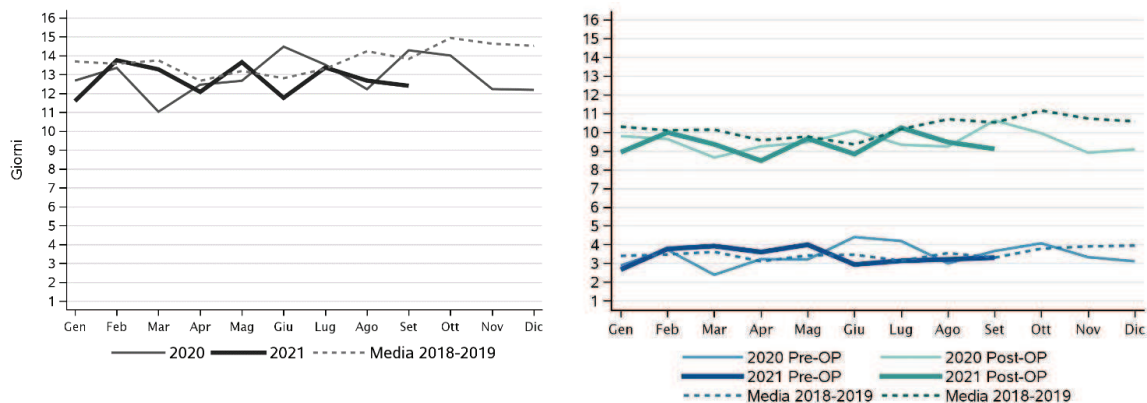


Figura 2.18 Interventi chirurgici per tumore del colon: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



## 2.8 Interventi di prostatectomia radicale

I volumi di ricovero con intervento di prostatectomia radicale per tumore maligno della prostata effettuati nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con gli anni 2018-2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della prostata (ICD-9CM: 185, 198.82) e intervento principale o secondario di resezione radicale della prostata (ICD-9CM: 60.5). Nel 2020 sono stati eseguiti 2.153 ricoveri con intervento di prostatectomia radicale per tumore maligno della prostata, il 13,9% in meno rispetto alla media del 2018-2019. Nei primi nove mesi del 2021 sono stati effettuati 1.631 ricoveri, l'11,4% in meno rispetto ai primi nove mesi degli anni pre-pandemia. Dal mese di febbraio 2020 il volume degli interventi di prostatectomia radicale risulta sistematicamente inferiore a quello medio dei due anni precedenti, con una flessione maggiore nel mese di maggio (-25,1%) e nell'ultimo trimestre del 2020 (-19,5% rispetto allo stesso periodo del biennio precedente). L'andamento dei primi nove mesi del 2021 è sovrapponibile a quello del 2020. Le uniche differenze rilevate sono un calo a gennaio del 28,2% e un aumento ad aprile (21,4%) (Figura 2.19). Nel 2020, in corrispondenza dei periodi di maggior differenza del volume di ricoveri si osserva anche una diminuzione della degenza media, imputabile esclusivamente a una riduzione della degenza post-operatoria mediamente di circa 1 giornata. Nei primi mesi del 2021 la degenza media si assesta intorno ai cinque giorni, riducendosi di circa un giorno e mezzo rispetto al biennio pre-pandemico (Figura 2.20).

Figura 2.19 Interventi di prostatectomia radicale: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

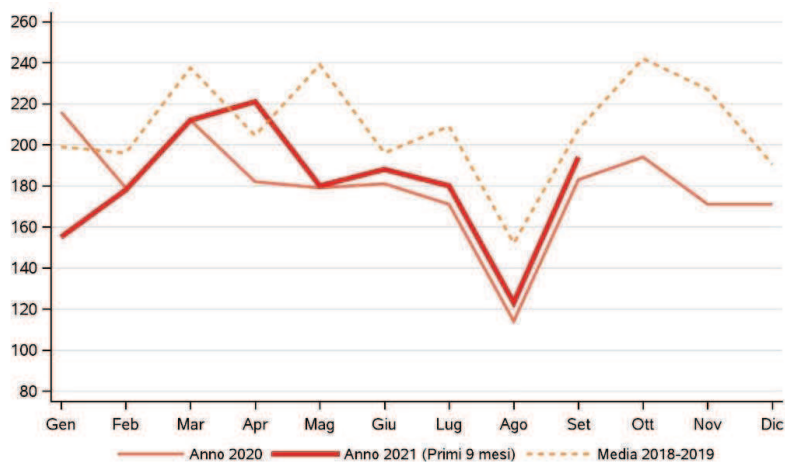
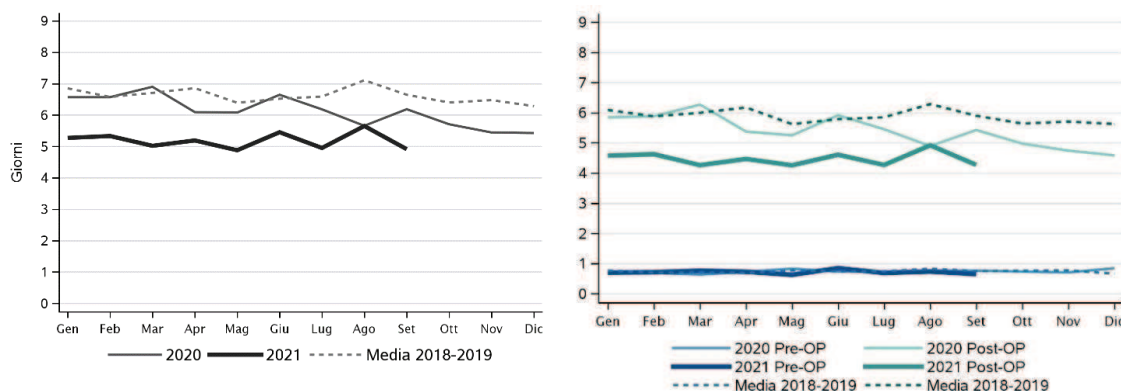


Figura 2.20 Interventi di prostatectomia radicale: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



## 2.9 Interventi di colecistectomia laparoscopica

I volumi di ricovero con intervento di colecistectomia laparoscopica effettuati nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono posti a confronto con la media degli anni 2018 e 2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali (regime ordinario e diurno) con codice di intervento ICD-9-CM: 51.23.

Nel 2020 i ricoveri per intervento di colecistectomia laparoscopica sono stati 5.652, il 24,4% in meno rispetto alla media del 2018-2019. Nei primi nove mesi del 2021 sono stati 4.292, il 21,9% in meno rispetto ai primi nove mesi del biennio pre-pandemia. Durante le prime due ondate, in particolare da marzo a maggio 2020 e da ottobre a fine 2020, i volumi di intervento per colecistectomia laparoscopica sono fortemente diminuiti in relazione alla sospensione dell'attività chirurgica programmata (-53,4% nel periodo marzo-maggio e -33,2% nel periodo ottobre-dicembre 2020 rispetto alla media dei rispettivi periodo del biennio precedente). Nei mesi da giugno a settembre 2020 il numero di interventi risulta invece sovrapponibile a quello dei due anni precedenti. Il 2021 ha registrato un trend mensile in crescita, che da giugno in poi si è riportato a livelli pre-pandemici (Figura 2.21).

In corrispondenza del periodo di lockdown si è osservato un consistente aumento della degenza media, sia pre che post-operatoria, imputabile verosimilmente all'ospedalizzazione dei casi urgenti e a maggior complessità clinica. Nei primi cinque mesi del 2021 la degenza media è risultata di poco superiore ai livelli del biennio 2018-2019, mentre da giugno in poi si è riportata in linea con l'andamento precedente (Figura 2.22). Nel 2021 la proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è in linea con quella pre-pandemica (Figura 2.23).

Figura 2.21 Interventi di colecistectomia laparoscopica: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

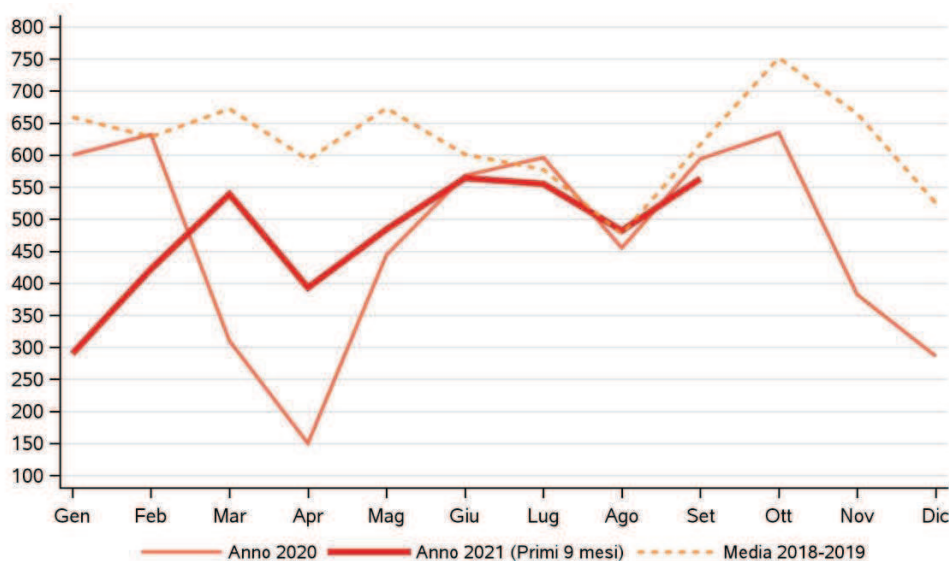


Figura 2.22 Interventi di colecistectomia laparoscopica: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

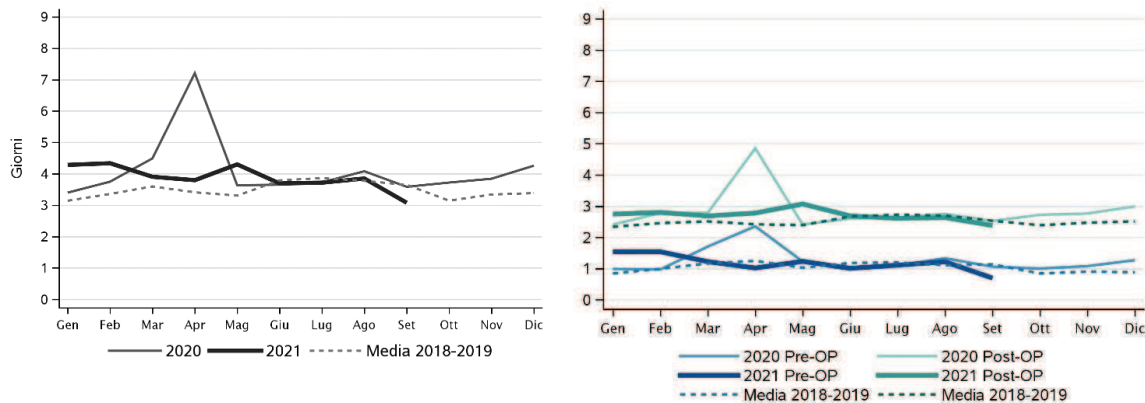
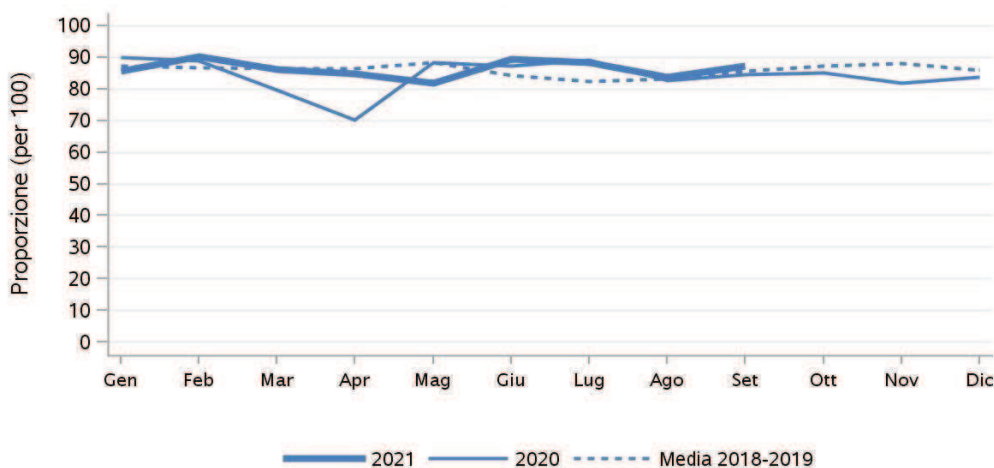


Figura 2.23 Interventi di colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 109 di 302



## 2.10 Interventi chirurgici per frattura del femore

I volumi di ricovero con intervento chirurgico per frattura del femore nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019 considerando le dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali in regime ordinario con codici diagnosi ICD-9-CM: 820.0-820.9 in qualsiasi posizione e intervento di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9-CM: 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55) in qualunque campo di procedura.

Complessivamente nel 2020 sono stati eseguiti 6.789 ricoveri con intervento per frattura del femore, il 92% dei quali in pazienti con età  $\geq 65$  anni. Nei primi nove mesi del 2021, il volume dei ricoveri è stato pari a 5.035, il 91,8% dei quali in pazienti con età  $\geq 65$  anni. Rispetto al biennio 2018-2019, nel 2020 i ricoveri con intervento chirurgico per frattura del femore sono stati il 3,1% in meno, mentre rispetto ai primi nove mesi del biennio pre-pandemico, i ricoveri dei primi tre trimestri del 2021 sono stati l'1,7% in meno. Nei pazienti anziani, durante l'intero periodo della prima fase pandemica e nel mese di dicembre 2020 si osserva una consistente flessione dei volumi (-9,6% nel periodo marzo-maggio e -31,0% a dicembre 2020 rispetto alla media dei corrispondenti periodi del biennio precedente), con una diminuzione della degenza media, interamente attribuibile ad una minor durata media della degenza post-operatoria. Al contrario, nei primi nove mesi del 2021, i ricoveri sono sovrapponibili alla media della fase pre-pandemica, mentre la degenza media da gennaio a giugno 2021 risulta inferiore alla media del biennio 2018-2019 (Figura 2.24 e Figura 2.25).

Con riferimento ai ricoveri di pazienti con età  $\geq 65$  anni, la tempestività dell'intervento (entro 2 giorni dal ricovero) varia tra il 60% e l'80% (Figura 2.26).

Figura 2.24 Interventi chirurgici per frattura del femore: volume ricoveri per mese di intervento. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

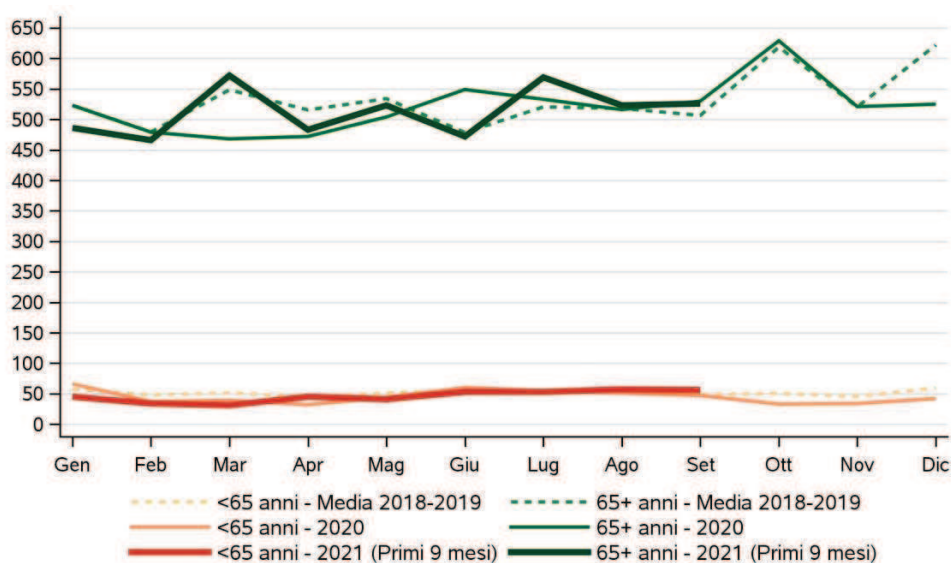


Figura 2.25 Interventi chirurgici per frattura del femore: degenza media e degenza media pre e post operatoria. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

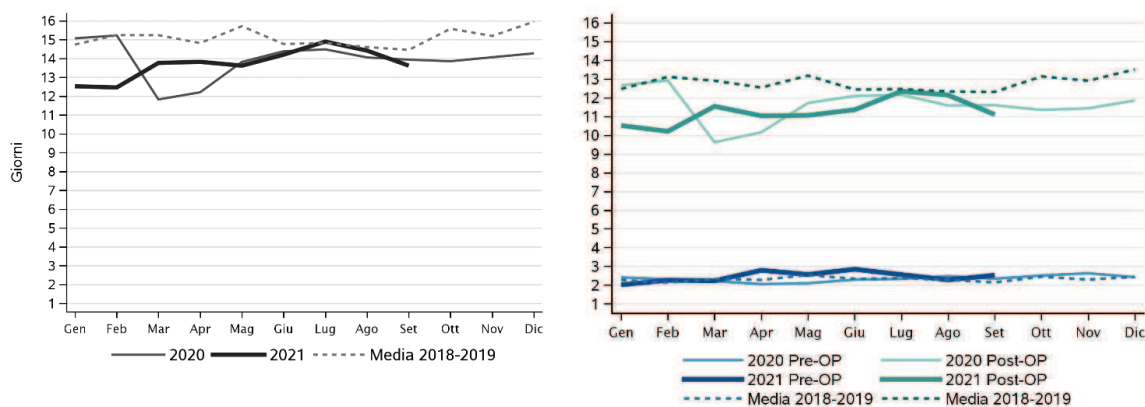
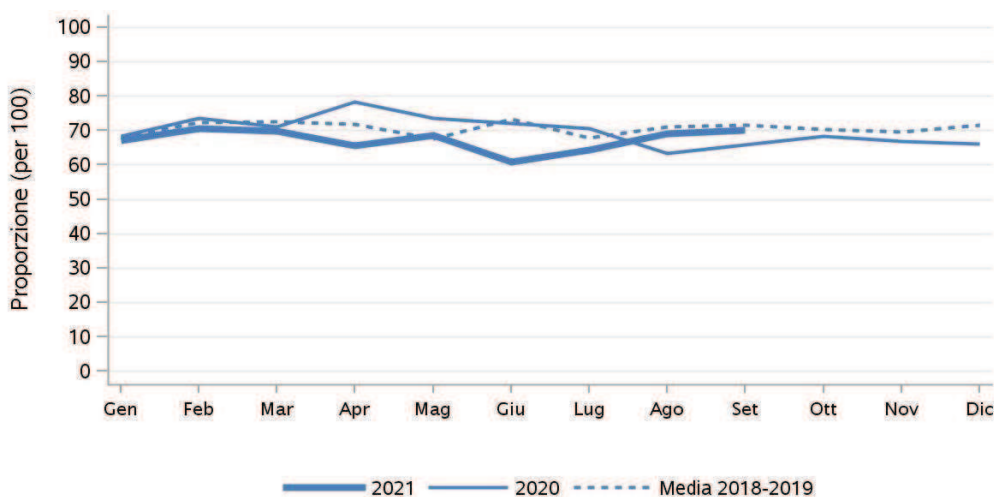


Figura 2.26 Interventi chirurgici per frattura del femore: Proporzioni interventi fratture di femore entro 2 giorni in età ≥65 anni. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 111 di 302



## 2.11 Posti letto

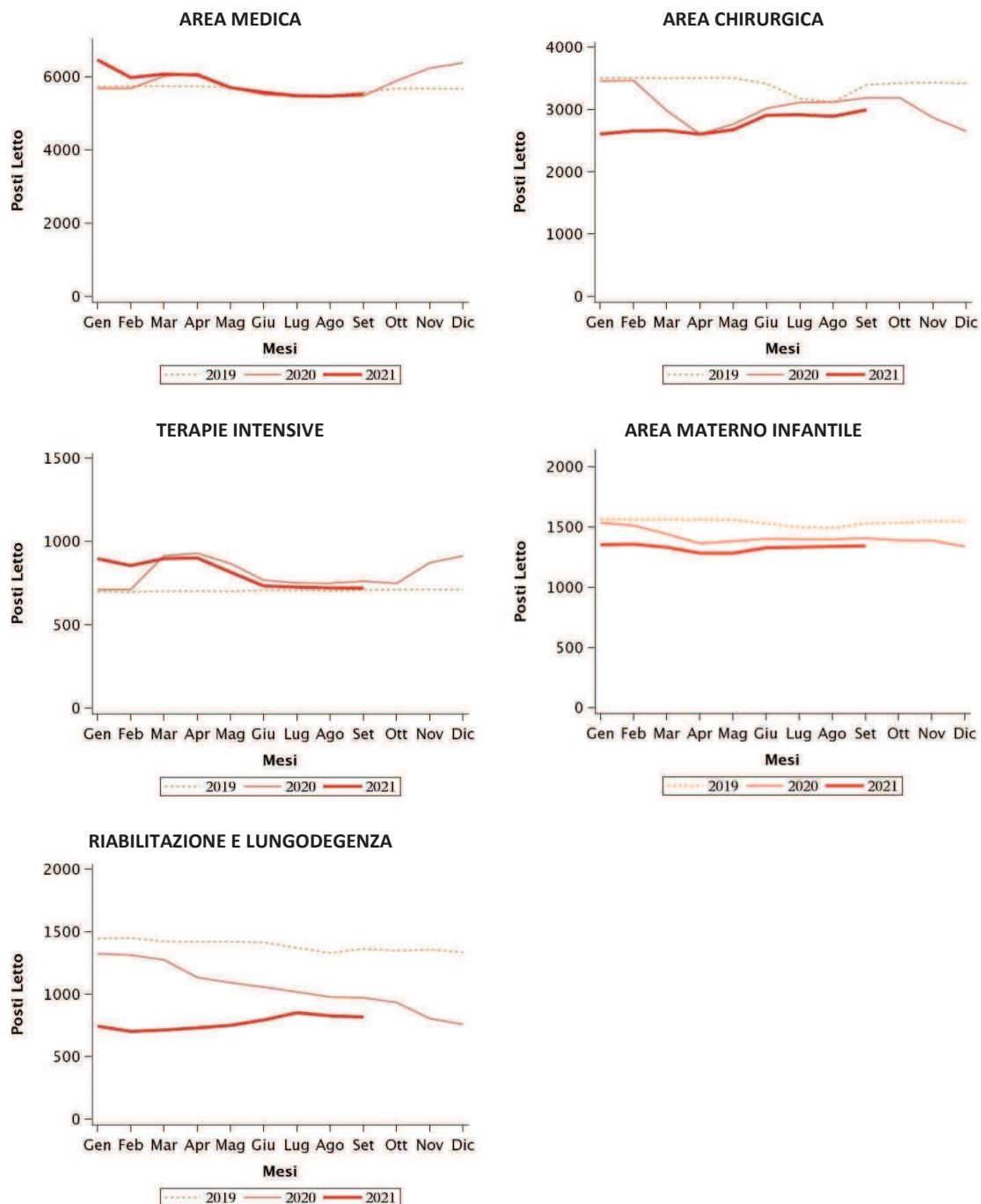
In questo paragrafo vengono presentati i dati relativi al numero medio di posti letto attivi nel periodo pandemico (anno 2020 e gennaio-settembre 2021) a confronto con il 2019, distinti per area funzionale e per specialità. Fonte dei dati sono i modelli HSP che le aziende registrano e comunicano con cadenza mensile (HSP12, HSP13, HSP22bis). Durante il periodo 2020-2021 sono stati potenziati i posti letto dell'area medica e delle terapie intensive e contestualmente ridotti i posti letto dell'area chirurgica, materno-infantile e di riabilitazione (Tabella 2.3 e Figura 2.27). Fra le specialità mediche, sono più che raddoppiati nel 2021 i posti letto delle malattie infettive mentre la riduzione più rilevante di posti letto si è registrata nei reparti di lungodegenza (Tabella 2.4 e Figura 2.28).

Tabella 2.3 Posti letto medi in regime ordinario per Area funzionale e tipo ospedale. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021. (Fonte: Modelli HSP)

Area Funzionale Organizzativa (AFO)	2019	2020	2021	var % 2019-2021
<b>1-Pubblico</b>				
1. AFO Medica	5.656	5.815	5.875	3,9
2. AFO Chirurgica	3.405	3.040	2.797	-17,8
3. AFO delle Terapie Intensive	705	810	816	15,8
4. AFO Materno-Infantile	1.540	1.416	1.342	-12,9
5. AFO Riabilitazione e Lungodegenza Post-Acuzie	1.388	1.057	779	-43,9
<b>Totale</b>	<b>12.694</b>	<b>12.139</b>	<b>11.609</b>	<b>-8,6</b>
<b>2-Privato</b>				
1. AFO Medica	745	889	881	18,2
2. AFO Chirurgica	502	542	522	3,9
3. AFO delle Terapie Intensive	35	39	40	14,3
4. AFO Materno-Infantile	25	42	34	39,8
5. AFO Riabilitazione e Lungodegenza Post-Acuzie	817	813	859	5,1
<b>Totale</b>	<b>2.124</b>	<b>2.326</b>	<b>2.336</b>	<b>10,0</b>
<b>3-Classificato</b>				
1. AFO Medica	356	442	511	43,7
2. AFO Chirurgica	191	198	190	-0,6
3. AFO delle Terapie Intensive	12	24	26	116,2
4. AFO Materno-Infantile	70	74	74	4,7
5. AFO Riabilitazione e Lungodegenza Post-Acuzie	279	310	325	16,4
<b>Totale</b>	<b>909</b>	<b>1.048</b>	<b>1.127</b>	<b>23,9</b>



Figura 2.27 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per Area Funzionale e mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021. (Fonte: Modelli HSP)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 113 di 302





Tabella 2.4 Posti letto medi Ospedali Pubblici in regime ordinario per disciplina. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021. (Fonte: Modelli HSP).

Disciplina	2019	2020	2021	var % 2019-2021
<b>1.AFO MEDICA</b>				
05. Angiologia	12	10	9	-24.2
08. Cardiologia	510	506	529	3.7
18. Ematologia	104	101	101	-2.9
19. Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione	40	34	43	7.8
21. Geriatria	864	808	863	-0.2
24. Malattie Infettive e Tropicali	140	383	411	192.9
26. Medicina Generale	2.323	2.276	2.207	-5.0
29. Nefrologia	154	132	133	-14.0
32. Neurologia	447	427	423	-5.4
40. Psichiatria	442	431	422	-4.4
48. Nefrologia (Abilitazione Trapianto Rene)	49	49	49	0.0
52. Dermatologia	11	11	10	-6.6
58. Gastroenterologia	149	148	148	-0.3
64. Oncologia	127	121	118	-7.3
68. Pneumologia	220	325	353	60.6
70. Radioterapia	36	24	21	-39.7
71. Reumatologia	25	22	26	6.7
<b>Totale</b>	<b>5.656</b>	<b>5.815</b>	<b>5.875</b>	<b>3.9</b>
<b>2.AFO CHIRURGICA</b>				
07. Cardiochirurgia	122	122	121	-0.9
09. Chirurgia Generale	1.245	1.123	1.008	-19.0
10. Chirurgia Maxillofacciale	39	35	28	-28.8
12. Chirurgia Plastica	59	50	43	-27.7
13. Chirurgia Toracica	47	46	44	-7.7
14. Chirurgia Vascolare	91	88	101	11.0
30. Neurochirurgia	178	171	164	-8.0
34. Oculistica	48	38	36	-24.9
36. Ortopedia e Traumatologia	987	852	807	-18.3
38. Otorinolaringoiatria	216	191	160	-26.1
43. Urologia	373	324	287	-23.0
<b>Totale</b>	<b>3.405</b>	<b>3.040</b>	<b>2.797</b>	<b>-17.9</b>

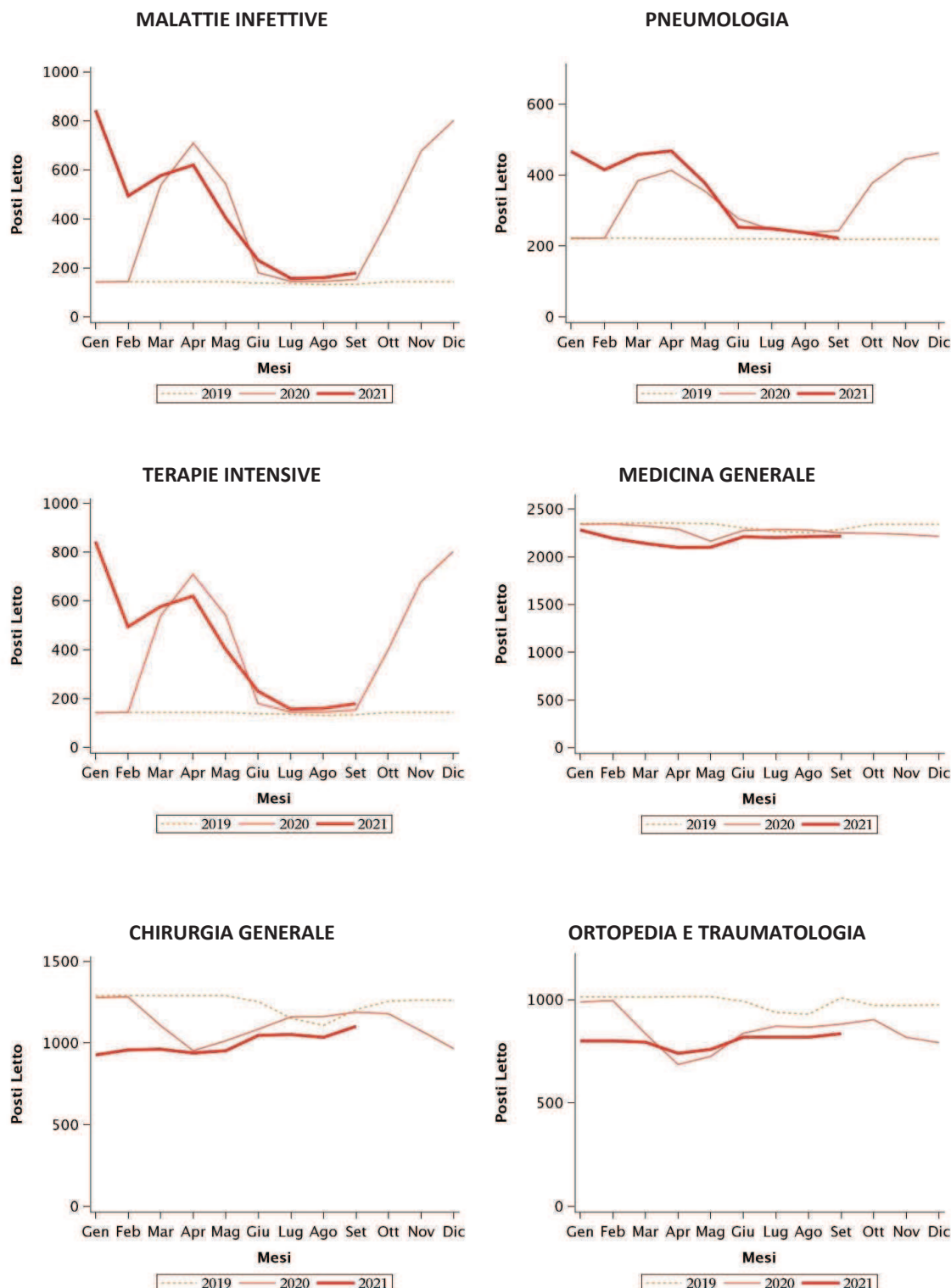


Tabella 2.4 – continua - Posti letto medi Ospedali Pubblici in regime ordinario per disciplina. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021. (Fonte: Modelli HSP).

Disciplina	2019	2020	2021	var % 2019-2021
<b>3.AFO DELLE TERAPIE INTENSIVE</b>				
47. Grandi Ustionati	15	15	15	1.1
49. Terapia Intensiva	445	561	567	27.4
50. Unità Coronarica	172	164	162	-5.7
73. Terapia Intensiva Neonatale	73	71	72	-1.5
<b>Totale</b>	<b>705</b>	<b>810</b>	<b>816</b>	<b>15.8</b>
<b>4.AFO MATERNO-INFANTILE</b>				
06. Cardiochirurgia Pediatrica	6	6	6	-0.9
11. Chirurgia Pediatrica	38	39	40	3.7
33. Neuropsichiatria Infantile	10	10	12	18.9
37. Ostetricia e Ginecologia	997	918	853	-14.5
39. Pediatria	319	288	270	-15.4
62. Neonatologia	120	107	113	-6.0
65. Oncoematologia Pediatrica	33	33	32	-1.4
76. Neurochirurgia Pediatrica	6	6	7	2.1
77. Nefrologia Pediatrica	10	10	10	-3.4
<b>Totale</b>	<b>1.540</b>	<b>1.416</b>	<b>1.342</b>	<b>-12.9</b>
<b>5.AFO RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE</b>				
28. Unità Spinale	65	58	39	-39.3
56. Recupero e Riabilitazione Funzionale	674	565	484	-28.2
60. Lungodegenti	619	383	185	-70.2
75. Neuro-Riabilitazione	30	50	71	135.9
<b>Totale</b>	<b>1.388</b>	<b>1.057</b>	<b>779</b>	<b>-43.9</b>



Figura 2.28 Posti letto Ospedali Pubblici in regime ordinario per mese e disciplina. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021. (Fonte: Modelli HSP)



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 116 di 302



### 3 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sull'attività ambulatoriale in Veneto

---

A causa dell'epidemia di COVID-19 e della necessità di far fronte alle crescenti esigenze sanitarie, la Regione Veneto ha dato indicazione di sospendere le attività sanitarie differibili nei periodi di maggior circolazione virale. Con nota prot. n. 120472 del 13.3.2020, la cui validità è stata successivamente prorogata fino al 3.5.2020 con nota prot. n.154295 del 14.4.2020, tra le attività differibili è stata sospesa l'erogazione dell'attività "di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche e private ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico", prevedendo altresì la prosecuzione delle attività relative all'assistenza psichiatrica.

Le medesime attività sanitarie sono state nuovamente sospese nei mesi finali del 2020, con nota prot. n. 474775 del 6.11.2020, fino al 1.2.2021 (nota prot. 39757 del 28.1.2021) e successivamente dal 25.3.2021 (nota prot. 136973) al 26.4.2021 (nota prot. 186703). Le sospensioni prevedevano indicazioni analoghe a quelle diffuse a marzo, con l'unica specificazione rappresentata dall'indicazione di garantire le visite nell'ambito delle malattie rare al pari di quelle dell'ambito materno-infantile ed oncologico.

In questo capitolo vengono presentati i dati della Regione Veneto relativi all'attività di specialistica ambulatoriale nei mesi da gennaio a settembre 2021, confrontati con la media del biennio 2018-2019 e con il 2020, con l'obiettivo di valutare l'impatto delle indicazioni regionali sopra descritte sui volumi di visite ambulatoriali, verificando infine se, nel corso dei mesi di minor circolazione virale, è stato possibile recuperare quanto non erogato.



### 3.1 Specialistica ambulatoriale

Complessivamente tra gennaio e settembre 2021 sono state erogate 3.213.254 visite ambulatoriali, il 9,7% in meno rispetto alla media dell'analogo periodo del biennio 2018-2019 (3.556.649). Tale riduzione è risultata più marcata per quanto riguarda le prime visite (1.176.480 nel 2021; -13,5%) rispetto a quelle di controllo (2.036.774 nel 2021; -7,3%).

Confrontando tale dato con il 2020, malgrado il perdurare della pandemia, si evidenzia come l'impatto della stessa risulti decisamente meno marcato.

L'analisi mensile dell'andamento delle prestazioni erogate permette di evidenziare come la riduzione nel 2021 si sia concentrata fondamentalmente nei mesi di gennaio e maggio (Figura 3.1).

Stratificando poi le prime visite in base alla classe di priorità, si evidenzia, come atteso ed in linea con le indicazioni regionali, che le visite prioritarie come U e B hanno subito un calo percentuale minore (-6% e -7,2% rispettivamente) rispetto alle visite differibili e programmate (-21,3%).

Sono state analizzate più nel dettaglio le visite di ambito oncologico (visite oncologiche e di radioterapia) e quelle psichiatriche, che, in base alle indicazioni regionali, avrebbero dovuto essere garantite indipendentemente dalla priorità anche nel corso dei periodi di sospensione, sia per quanto riguarda le prime visite che quelle di controllo (Figura 3.2).

Per quanto riguarda le visite di ambito oncologico si segnala un lieve aumento (2,7%) rispetto al biennio 2018-2019, che ha interessato in particolar modo le visite prioritarie come B e, in misura minore, le visite urgenti. Si è assistito, invece, ad una riduzione delle visite differibili e programmate (-23,8%). Le visite psichiatriche evidenziano un calo complessivo (-2,9%) legato alla riduzione del numero di visite differibili, programmabili e di controllo, a fronte di un incremento di quelle prioritarie come U e B (rispettivamente +17,3% e +22,6%).

Figura 3.1 Numero di visite ambulatoriali totali per mese di erogazione. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

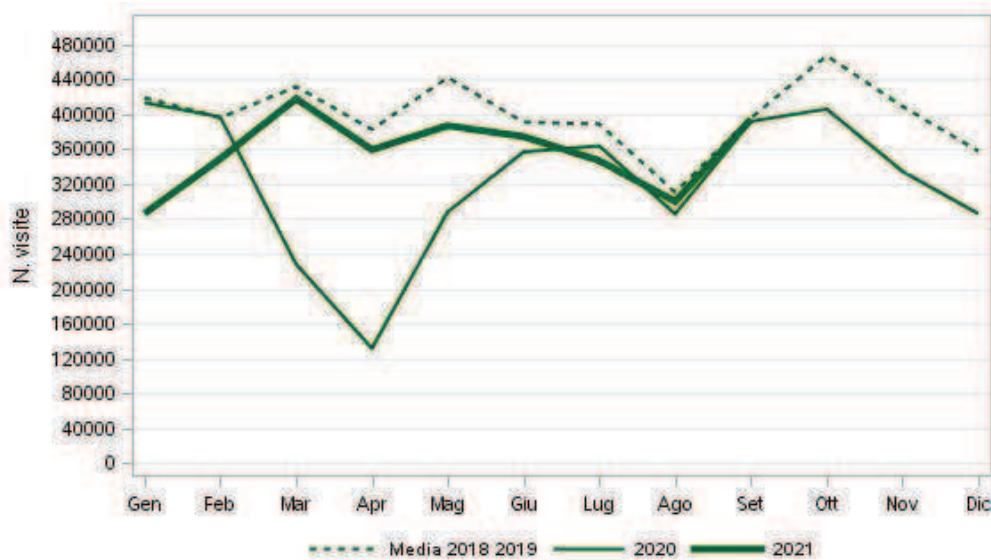
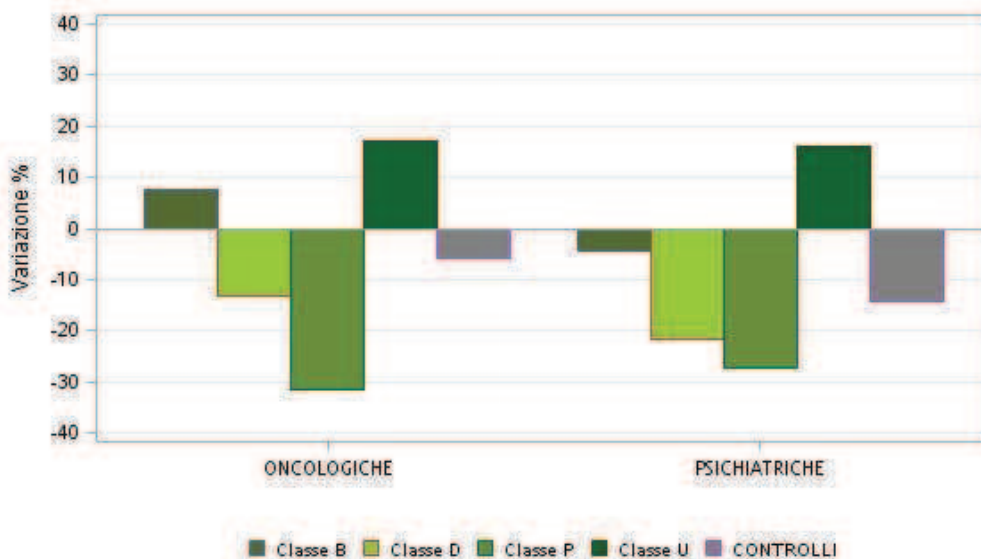
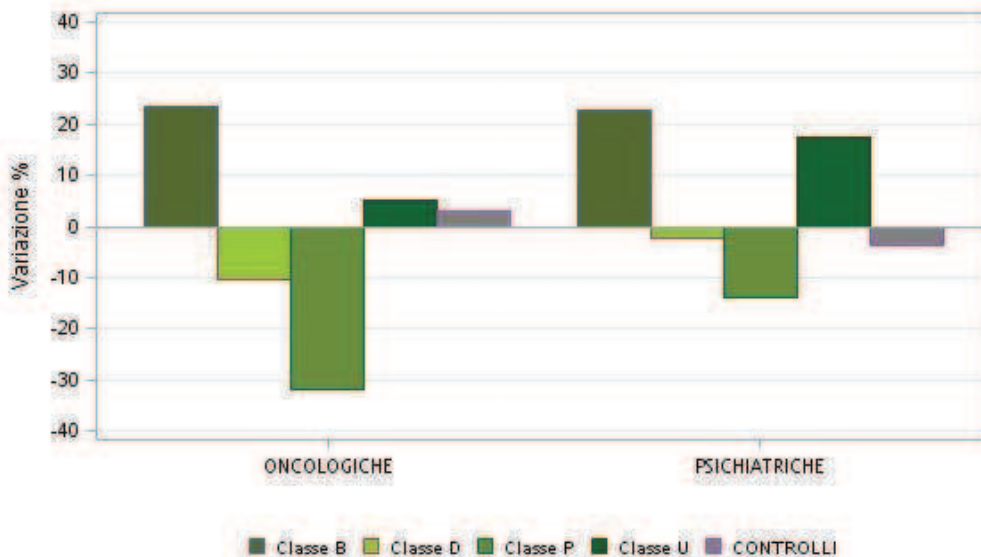


Figura 3.2 Prime visite di ambito oncologico (oncologiche e di radioterapia) e psichiatriche stratificate per classe di priorità e visite di controllo. Veneto, confronto 2020 con media 2018-2019 e confronto gennaio-settembre 2021 con media 2018-2019 dell’analogo periodo.

Confronto anno 2020 rispetto alla media 2018-2019



Confronto gennaio-settembre 2021 rispetto alla media 2018-2019



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 119 di 302



### 3.2 Interventi di riparazione di ernia inguinale e crurale

I dati relativi agli interventi di riparazione di ernia inguinale e crurale eseguiti nel setting ambulatoriale e di ricovero nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019. Per l'attività in regime ambulatoriale sono stati considerati gli interventi di riparazione monolaterale di ernia inguinale e crurale identificati dagli specifici codici contenuti nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (53.00.1, 53.00.2, 53.21.1, 53.29.1), mentre per l'attività in regime di ricovero sono state considerate le schede di dimissione ospedaliera con intervento principale di riparazione monolaterale e bilaterale di ernia inguinale e crurale (ICD-9-CM: 53.0- 53.3). Tra gennaio e settembre 2021, gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale rappresentano circa due terzi del totale degli interventi di riparazione di ernia (63,3%), analogamente a quanto registrato nel biennio 2018-2019.

In entrambi i setting assistenziali si è assistito ad un'importante riduzione degli interventi nel primo semestre dell'anno, con un lieve recupero dell'attività durante i mesi estivi (Figura 3.3 e Figura 3.4). Da notare inoltre come la riduzione percentuale dell'attività sia stata più contenuta per i ricoveri ordinari (-15,8%) rispetto al regime diurno e all'attività ambulatoriale (rispettivamente -20,9% e -29,7%), anche in considerazione di come durante tutto l'anno l'attività in urgenza sia sempre stata garantita e abbia rappresentato una percentuale più alta nell'ambito dei ricoveri ordinari (Figura 3.5).

Figura 3.3 Riparazione di ernia: volume di interventi ambulatoriali. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

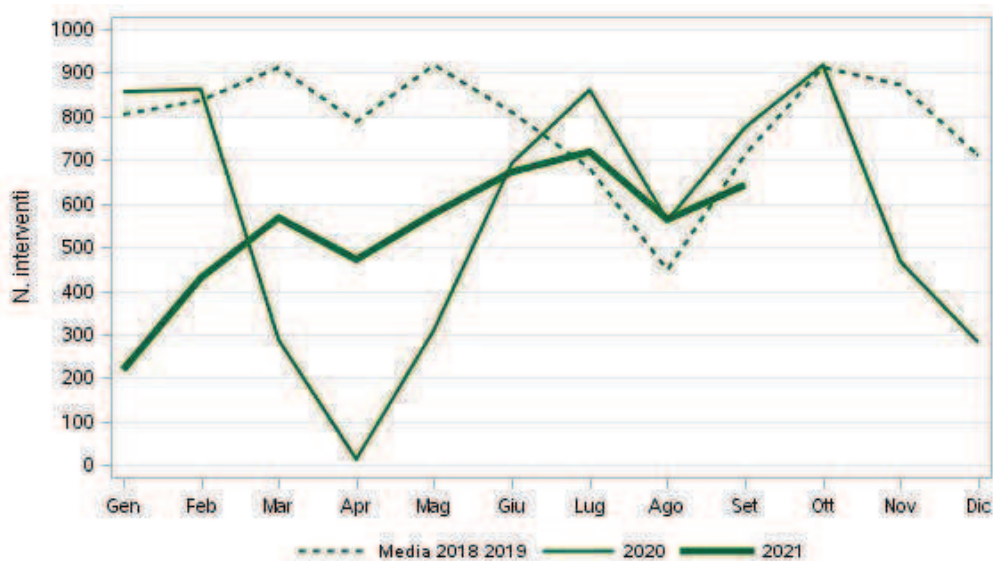


Figura 3.4 Riparazione di ernia: volume di ricoveri ordinari e in regime di day surgery (DS). Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

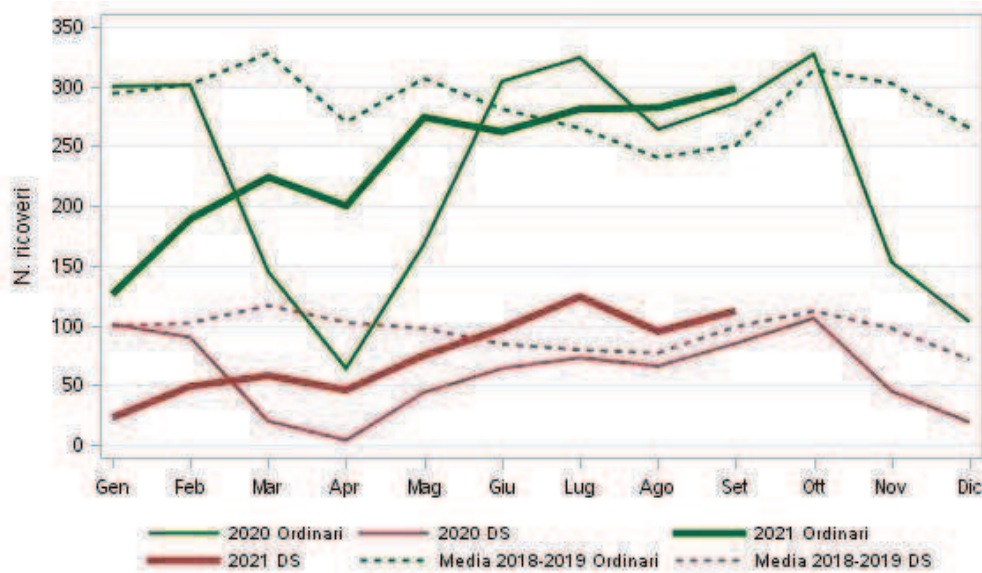
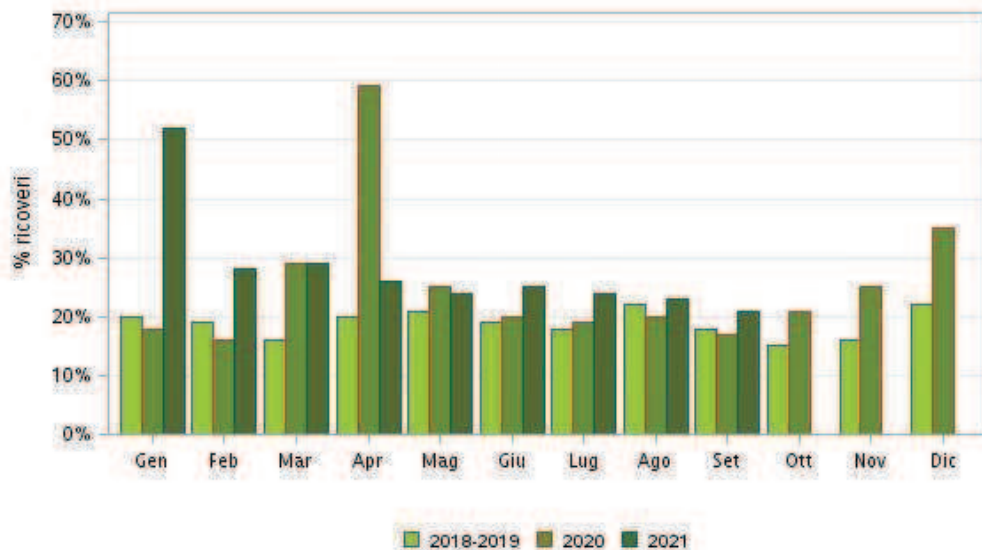


Figura 3.5 Riparazione di ernia: percentuale di ricoveri urgenti sul totale dei ricoveri ordinari. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 121 di 302





### 3.3 Interventi di cataratta

I dati relativi agli interventi di cataratta eseguiti a livello ambulatoriale e in regime di ricovero nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019, considerando, per l'attività ambulatoriale, gli interventi di cataratta, capsulotomia *yag-laser* e inserzione di cristallino artificiale identificati dagli specifici codici contenuti nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (13.19.1, 13.64, 13.71), mentre per i ricoveri sono state selezionate tutte le dimissioni con DRG 39. Tra gennaio e settembre 2021, gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale rappresentano il 98,4% del totale degli interventi di cataratta, analogamente a quanto registrato nel biennio 2018-2019.

In entrambi i setting assistenziali si è assistito ad una riduzione maggiore nei mesi di gennaio e febbraio, con un calo più contenuto nei mesi estivi, in particolar modo nel mese di agosto, in cui si assiste, anche nel biennio 2018-2019, ad una fisiologica riduzione dell'attività dovuta alle chiusure estive (Figura 3.6 e Figura 3.7). Complessivamente, rispetto alla media 2018-2019, si è assistito ad una riduzione del 10,5% degli interventi eseguiti a livello ambulatoriale e del 20,3% di quelli eseguiti in regime di ricovero.

Figura 3.6 Interventi di cataratta: volume di interventi ambulatoriali. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

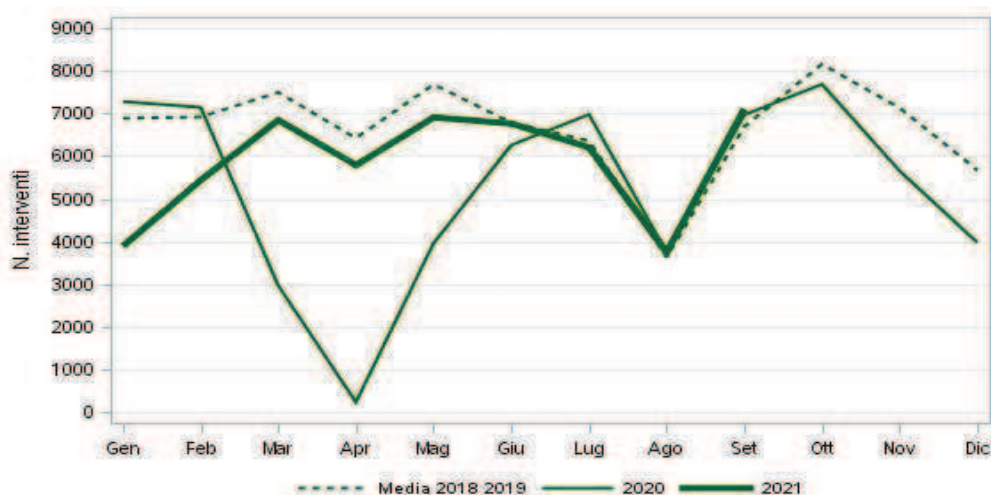
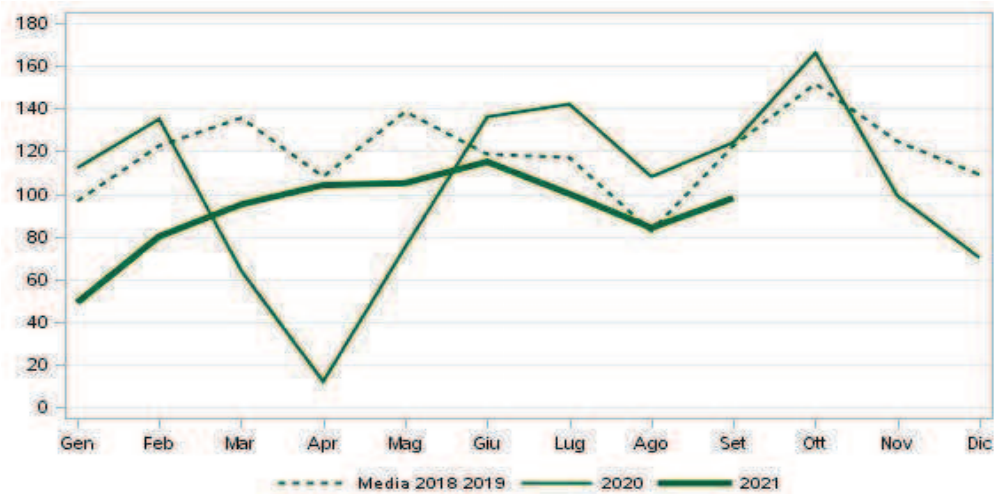


Figura 3.7 Interventi di cataratta: volume di ricoveri. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 123 di 302



### 3.4 Artroscopie

I dati relativi agli interventi di artroscopia eseguiti a livello ambulatoriale e in regime di ricovero nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019, considerando, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, gli interventi di artroscopia identificati dagli specifici codici contenuti nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (80.20, 80.61), mentre per i ricoveri considerando le schede di dimissione ospedaliera con intervento principale di artroscopia (ICD-9-CM: 80.2).

Gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale rappresentano l'85,5% del totale degli interventi di artroscopia, analogamente a quanto registrato per il biennio 2018-2019. Come rappresentato in Figura 3.8, nel 2021 il numero di interventi ambulatoriali si è mantenuto al di sotto dei valori del 2018-2019 per tutto il primo semestre e fino a luglio, con una riduzione complessiva pari al 15,5%.

Per quanto riguarda gli interventi in regime di ricovero, nel 2021 si mantengono su volumi molto contenuti, costantemente inferiori rispetto al biennio 2018-2019, anche nei mesi di minor circolazione virale, con una riduzione complessiva pari al 33% (Figura 3.9).

Figura 3.8 Artroscopie: volume di interventi ambulatoriali. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

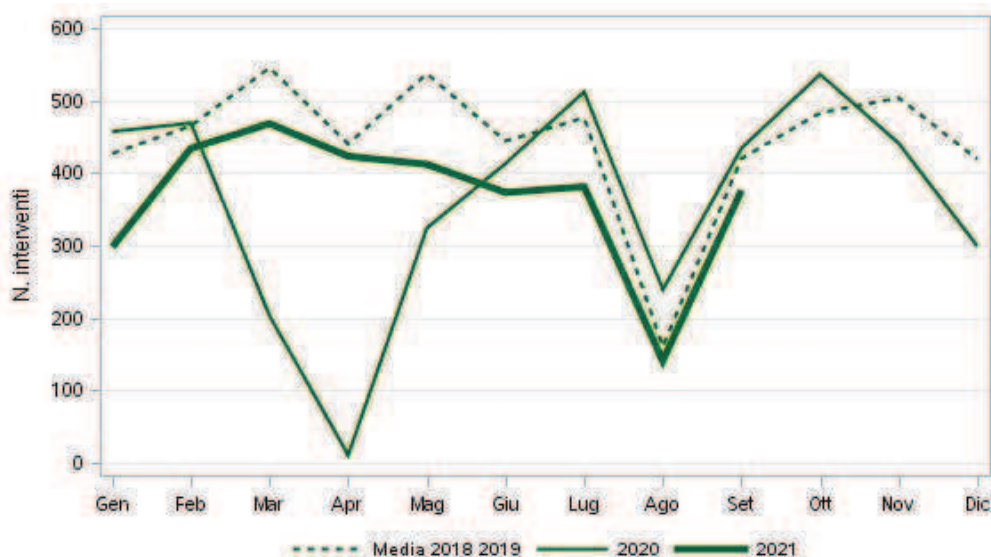
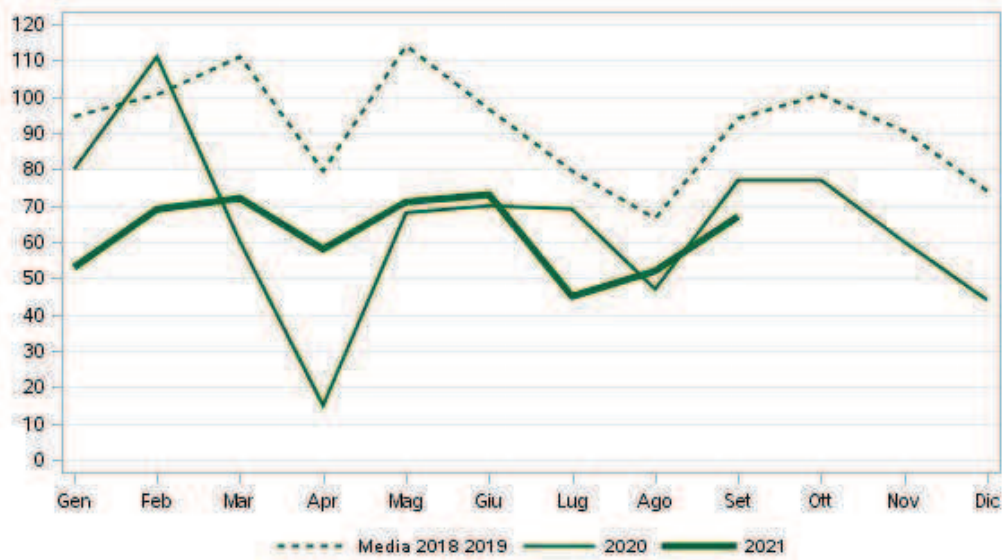


Figura 3.9 Artroskopie: volume di ricoveri. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 125 di 302



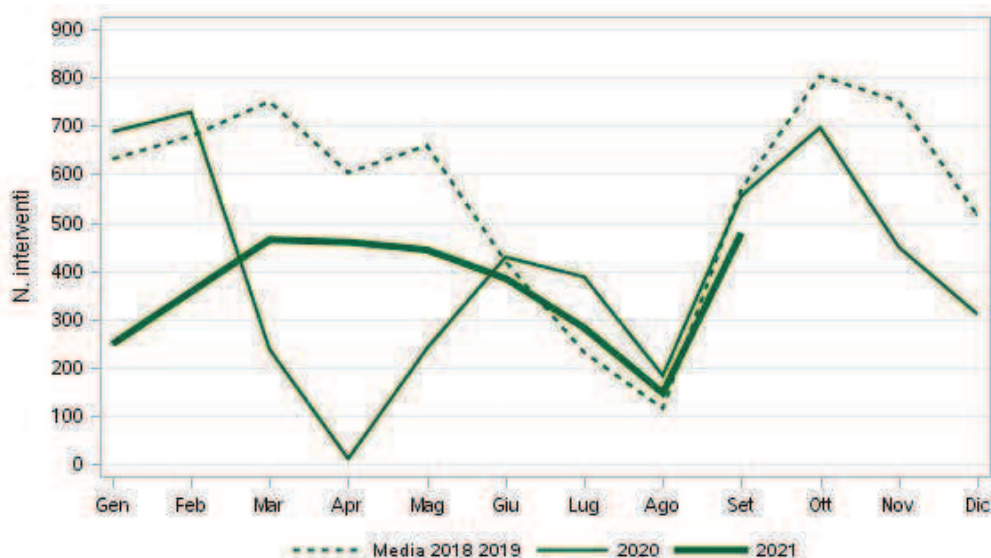
### 3.5 Interventi di stripping venoso

Gli interventi ambulatoriali di legatura, stripping e ministripping di vene varicose dell'arto inferiore e gli interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019, considerando i codici 38.59, 38.59.1, 38.59.2 del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nel 2021 gli interventi effettuati in regime ambulatoriale rappresentano il 97,8% del totale degli interventi di stripping venoso agli arti inferiori, analogamente a quanto registrato nel biennio 2018-2019.

Come rappresentato in Figura 3.10, si è registrata una forte riduzione degli interventi ambulatoriali nei primi mesi dell'anno (gennaio-maggio; -40,7%), per poi allinearsi ai volumi del biennio 2018-2019 nei mesi successivi, con una riduzione complessiva nel periodo gennaio-settembre pari al 29,9%.

Figura 3.10 Stripping venoso: volume di interventi ambulatoriali. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

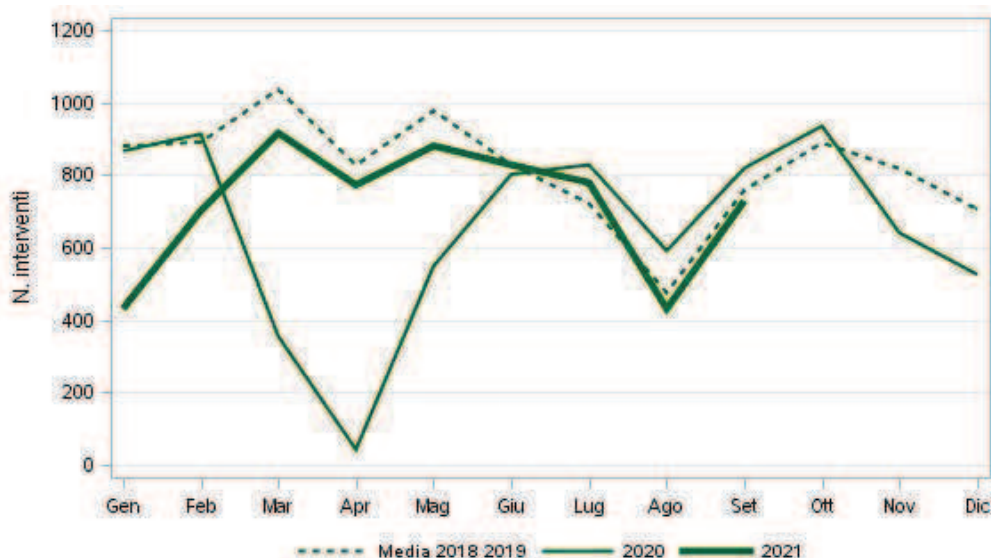


### 3.6 Interventi di liberazione del tunnel carpale

Gli interventi ambulatoriali di liberazione del tunnel carpale eseguiti nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 sono stati confrontati con la media degli anni 2018 e 2019, considerando il codice 04.43 del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nel 2021 gli interventi effettuati in regime ambulatoriale rappresentano il 97% del totale degli interventi di liberazione del tunnel carpale, analogamente a quanto registrato nel biennio 2018-2019.

Come rappresentato in Figura 3.11, la riduzione più consistente di interventi è avvenuta nei mesi di gennaio e febbraio (-36,1%) per poi riavvicinarsi ai valori degli anni 2018-2019, con un calo complessivo pari al 12,5%.

Figura 3.11 Liberazione del tunnel carpale: volume di interventi ambulatoriali. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



## 4 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli screening oncologici in Veneto

---

L'epidemia COVID 19 ha avuto un forte impatto sulle attività dei programmi di screening oncologici, sia per la sospensione delle attività di primo livello, nel periodo dal 12.3.2020 al 04.05.2020, che per la necessità di rimodulare la tempistica degli appuntamenti, al fine di attuare le misure operative di mitigazione del rischio infettivo.

Inoltre, a questi fattori organizzativi si è aggiunto il timore della popolazione a frequentare gli ambienti sanitari, ritenuti a maggior rischio di circolazione virale, con un conseguente calo di adesione agli inviti.

L'obiettivo di questo capitolo è di presentare sia l'impatto della pandemia da COVID-19 sulle attività di screening di primo livello dei tre programmi (colon-retto, mammografico e cervicale) sia la graduale ripresa volta al recupero e al raggiungimento dei livelli regolari di attività. La metodologia di analisi adottata prevede il confronto tra il volume di esami di screening di primo livello erogati nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 con i rispettivi volumi dell'anno 2019.

In linea con le modalità di monitoraggio dell'Osservatorio Nazionale Screening, vengono anche descritti i risultati degli indicatori relativi alla stima del numero di lesioni potenzialmente non diagnosticate all'interno dei programmi organizzati di screening e al ritardo accumulato, espresso in "mesi standard", da intendersi come il periodo necessario a recuperare le attività, se i ritmi fossero gli stessi del periodo pre-pandemico.

Infine si presenta anche l'indicatore di adesione allo screening, consolidato per gli anni 2019 e 2020, provvisorio per l'anno in corso.



### 4.1 Screening coloretale

A fine 2020 erano circa 100.000 gli esami di screening effettuati in meno rispetto al 2019 (-26%), mentre tra gennaio e settembre 2021 risultano inferiori di 64.000 (-9%). Da marzo 2021, il volume di attività erogata è stabilmente superiore a quello del 2019 (figura 4.1). Sia nel 2020 che nel 2021 si nota un recupero consistente durante i mesi estivi, periodo in cui, in tempi non emergenziali, l'attività dei programmi di screening era di norma ridotta.

Seguendo la metodologia applicata dall'Osservatorio Nazionale Screening, si stimano circa 63 carcinomi e 560 adenomi avanzati non diagnosticati dai programmi di screening coloretale nell'intero periodo gennaio 2020-settembre 2021, ed un ritardo accumulato a settembre 2021 di circa 2 mesi standard.

La riduzione del numero di esami effettuati è dovuta non solo alla minore offerta ma anche alla maggiore cautela e paura da parte degli interessati nel frequentare gli ambienti sanitari. Infatti, il tasso di adesione all'invito ha visto un calo di 7 punti percentuali dal 2019 al 2020, rispettivamente da 65% a 58%, mentre nel 2021 i dati provvisori mostrano un leggero miglioramento rispetto al 2020 (62%) (Figura 4.2).

Figura 4.1 Numero di test di sangue occulto fecale di Screening eseguiti mensilmente. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

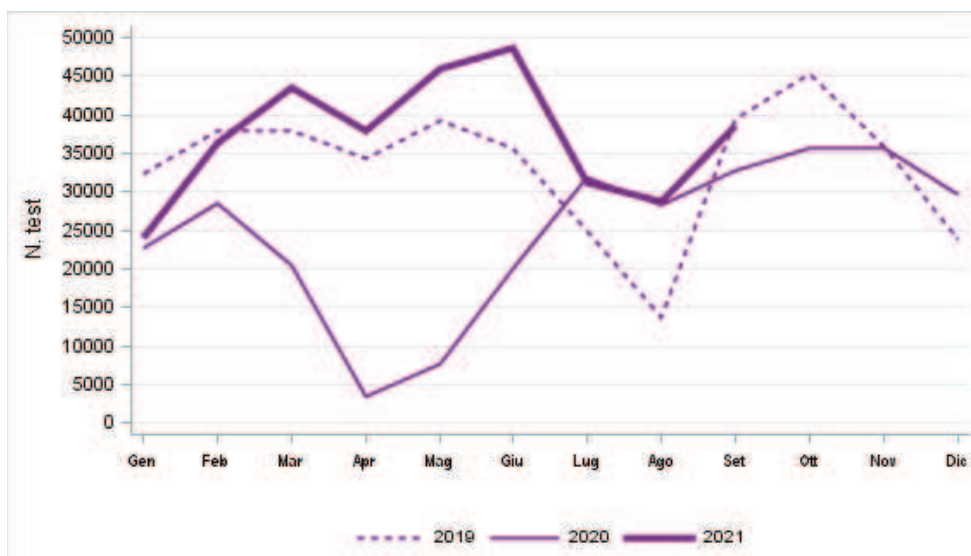
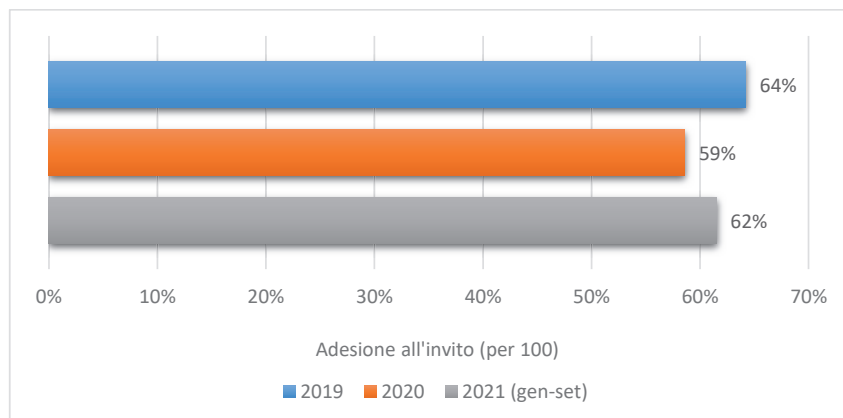


Figura 4.2 Tasso di adesione allo screening coloretale. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021 (rilevazione al 14.12.2021).





## 4.2 Screening mammografico

A fine 2020 erano circa 57.000 le mammografie non recuperate, con una riduzione del 23% rispetto al volume di attività del 2019, scesa poi al 9% a settembre 2021 (34.000 esami non ancora recuperati). Da febbraio 2021, il volume di attività erogata è stabilmente superiore a quello del 2019 (figura 4.1). Sia nel 2020 che nel 2021 si osserva, inoltre, un recupero consistente durante i mesi estivi, periodo in cui, in tempi non emergenziali, l'attività dei programmi di screening era di norma ridotta.

Seguendo la metodologia applicata dall'Osservatorio Nazionale Screening, sulla base di tale riduzione di esami, si stimano circa 208 carcinomi mammari non diagnosticati dai programmi di screening nell'intero periodo gennaio 2020-settembre 2021 ed un ritardo accumulato di circa 2 mesi standard.

La riduzione del numero di esami effettuati è dovuta non solo alla minore offerta ma anche alla maggiore cautela e paura da parte delle donne nel frequentare gli ambienti sanitari. Il tasso di adesione all'invito ha visto infatti un calo di 8 punti percentuali dal 2019 al 2020, rispettivamente da 75% a 67%, mentre il dato provvisorio del 2021 fino a settembre si attesta intorno al 68% (Figura 4.4).

Figura 4.1 Numero di mammografie di screening eseguite mensilmente. Veneto anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

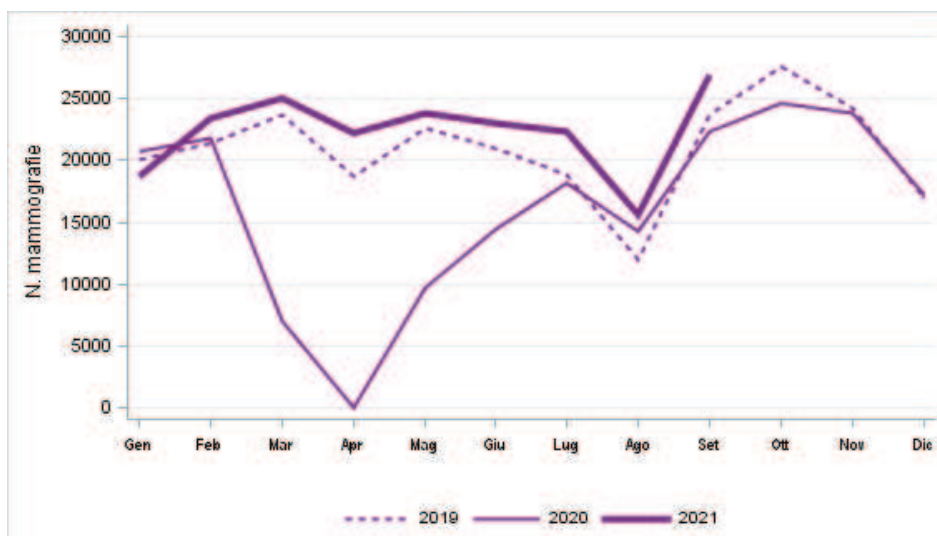
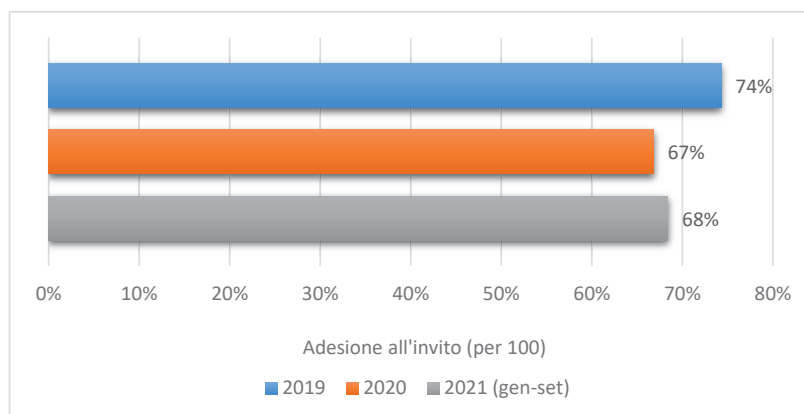


Figura 4.4 Tasso di adesione allo screening mammografico. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021 (rilevazione al 14.12.2021).



### 4.3 Screening cervicale

Il numero di test di primo livello (Pap test e HPV test) eseguiti nel 2020 dopo la temporanea sospensione di marzo e aprile è rimasto permanentemente al di sotto dei volumi dell'anno 2019. Nell'anno 2021 si osserva un sostanziale raggiungimento dei livelli dell'anno 2019 (figura 4.5). Si precisa che, per questo programma di screening, negli ultimi anni è stato modificato il tipo di test proposto alle donne di età compresa tra 30 e 64 anni, con allungamento dell'intervallo di chiamata a 5 anni, anziché 3 anni. In considerazione anche della redistribuzione dei solleciti alle donne non aderenti, l'analisi del 2020 verso il 2019 presenta alcuni limiti di confrontabilità.

Seguendo la metodologia applicata dall'Osservatorio Nazionale Screening, sulla base di tale riduzione delle attività, si stimano circa 377 lesioni di grado CIN 2 o superiore non diagnosticate dai programmi di screening nell'intero periodo gennaio 2020-settembre 2021 ed un ritardo accumulato di circa 5 mesi standard.

Il tasso di adesione corretta nel 2020 era sceso al 51% (rispetto al 56% del 2019), mentre nel 2021 si osserva, seppur con dati provvisori, una ripresa con il 55% di adesione (Figura 4.6).

Figura 4.5 Numero di Pap Test e HPV test di Screening eseguiti mensilmente. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

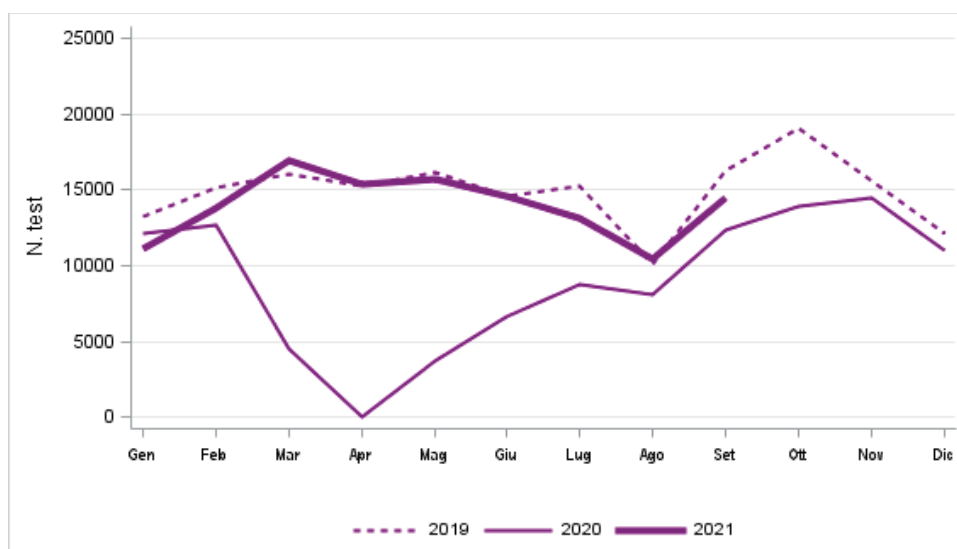
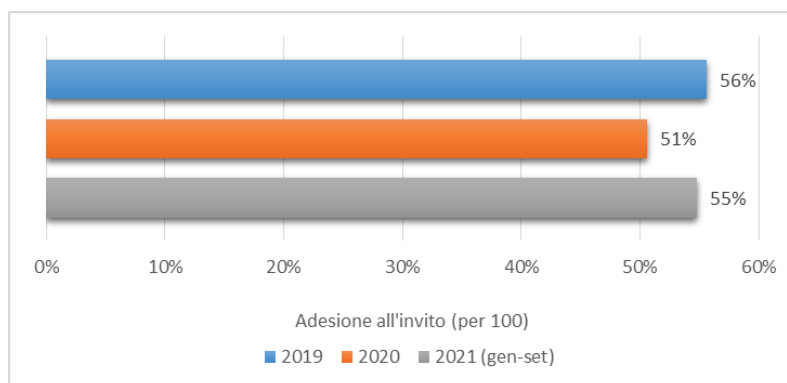


Figura 4.6 Tasso di adesione allo screening cervicale. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021 (rilevazione al 14.12.2021).



## 5 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sulle cure domiciliari

### 5.1 Accessi erogati a domicilio

In questo paragrafo vengono presentati i dati sugli accessi domiciliari erogati nel 2020 e nei primi nove mesi del 2021 a confronto con lo stesso periodo del 2019, stratificati per tipo di presa in carico (PIC). Sono stati esclusi gli accessi occasionali e quelli delle PIC sociali.

Complessivamente il numero di accessi nei primi due mesi del 2020 e nel 2021 risultavano già in calo rispetto all'anno precedente (-6% e -12%) ma, mentre nei mesi del lockdown 2020 si registrava un forte calo degli accessi (-21% ad Aprile e Maggio), nel periodo Marzo-Maggio del 2021 si registra solo un lieve riduzione dell'attività (-4%). Durante l'estate e in particolare durante la seconda ondata autunnale del 2020, è continuato il calo di attività anche se in maniera minore (-14% di accessi a Ottobre e Dicembre 2020; Tabelle 5.1 e 5.2 e Figura 5.1).

Considerando invece il numero di accessi relativi a PIC di cure palliative oncologiche si registra un aumento di attività sia nel 2020 (+4%) che nei primi 9 mesi del 2021 (+4%).

Il calo osservato nei mesi estivi del 2021 sia sul totale degli accessi che su quelli erogati a pazienti oncologici terminali è probabilmente dovuto alla natura ancora provvisoria dei dati disponibili.

Tabella 5.1 Numero di accessi domiciliari per mese di erogazione e tipologia della presa in carico (PIC). Veneto, anni 2019-2021.

Mese di erogazione	PIC di cure palliative oncologiche			Altre PIC			Totale		
	Accessi 2019	Accessi 2020	Accessi 2021*	Accessi 2019	Accessi 2020	Accessi 2021*	Accessi 2019	Accessi 2020	Accessi 2021*
Gennaio	24.432	25.903	25.517	152.970	141.090	127.283	177.402	166.993	152.800
Febbraio	23.079	24.811	26.060	144.523	133.514	124.305	167.602	158.325	150.365
Marzo	24.980	25.850	30.137	152.058	120.910	147.648	177.038	146.760	177.785
Aprile	24.833	26.342	26.862	147.515	112.100	139.737	172.348	138.442	166.599
Maggio	25.964	25.422	27.283	151.360	118.126	134.029	177.324	143.548	161.312
Giugno	24.809	25.803	25.864	141.341	129.579	125.284	166.150	155.382	151.148
Luglio	27.112	28.026	24.765	155.844	136.360	123.463	182.956	164.386	148.228
Agosto	25.335	26.424	23.968	142.550	126.928	122.748	167.885	153.352	146.716
Settembre	24.844	26.951	22.930	141.900	133.094	119.028	166.744	160.045	141.958
Ottobre	27.569	27.824	.	150.392	132.666	.	177.961	160.490	.
Novembre	24.566	26.187	.	137.933	126.921	.	162.499	153.108	.
Dicembre	24.813	24.235	.	135.184	131.686	.	159.997	155.921	.
<b>Totale</b>	<b>302.336</b>	<b>313.778</b>	<b>233.386</b>	<b>1.753.570</b>	<b>1.542.974</b>	<b>1.163.525</b>	<b>2.055.906</b>	<b>1.856.752</b>	<b>1.396.911</b>

\*dati provvisori



Tabella 5.2 Variazioni percentuali del numero di accessi domiciliari per mese di erogazione e tipologia della presa in carico (PIC). Veneto, confronto 2020-2019 e 2021-2019.

Mese di erogazione	PIC di cure palliative oncologiche		Altre PIC		Totale	
	Variazione 2020 vs 2019	Variazione 2021 vs 2019	Variazione 2020 vs 2019	Variazione 2021 vs 2019	Variazione 2020 vs 2019	Variazione 2021 vs 2019
Gennaio	+6%	+4%	-8%	-17%	-6%	-14%
Febbraio	+8%	+13%	-8%	-14%	-6%	-10%
Marzo	+3%	+21%	-20%	-3%	-17%	+0%
Aprile	+6%	+8%	-24%	-5%	-20%	-3%
Maggio	-2%	+5%	-22%	-11%	-19%	-9%
Giugno	+4%	+4%	-8%	-11%	-6%	-9%
Luglio	+3%	-9%	-13%	-21%	-10%	-19%
Agosto	+4%	-5%	-11%	-14%	-9%	-13%
Settembre	+8%	-8%	-6%	-16%	-4%	-15%
Ottobre	+1%	-	-12%	-	-10%	-
Novembre	+7%	-	-8%	-	-6%	-
Dicembre	-2%	-	-3%	-	-3%	-
<b>Totale</b>	<b>+4%</b>	<b>-</b>	<b>-12%</b>	<b>-</b>	<b>-10%</b>	<b>-</b>

Figura 5.1 Numero di accessi in presa in carico di cure domiciliari palliative oncologiche per mese di accesso. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

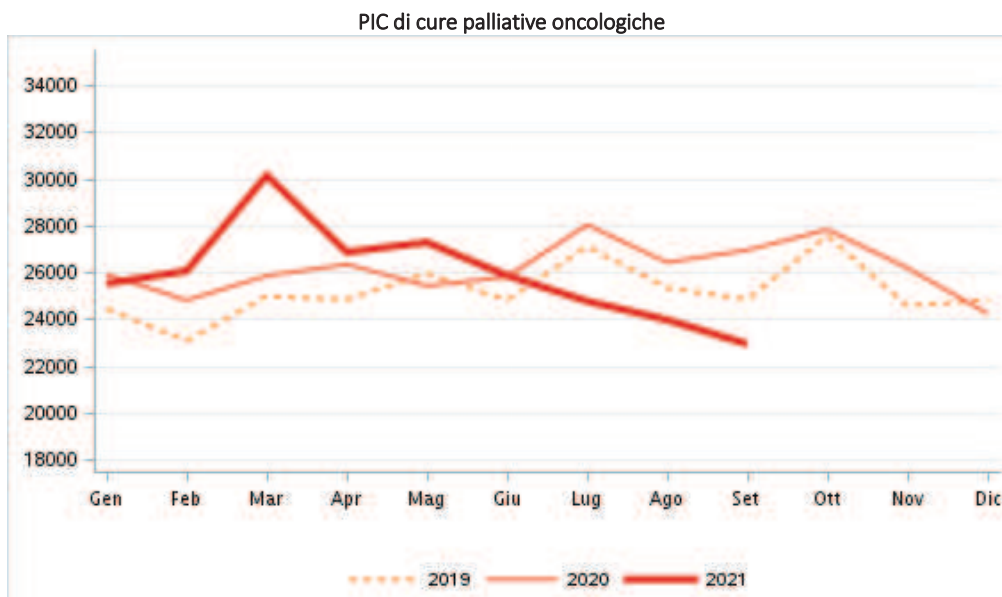
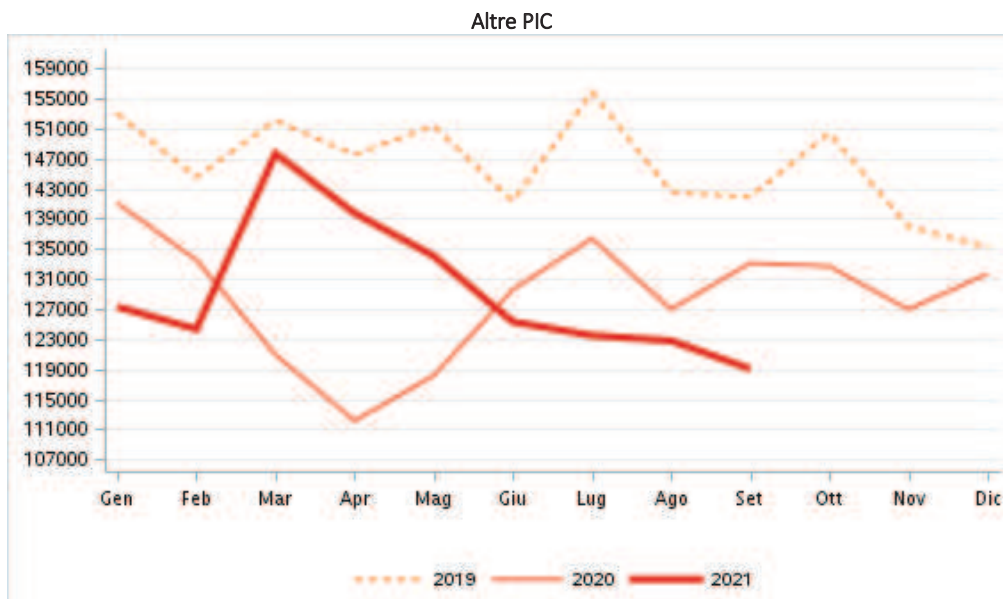


Figura 5.2 Numero di accessi in presa in carico di cure domiciliari non oncologiche per mese di accesso. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 134 di 302



## 5.2 Utenti in carico

Il numero complessivo di utenti in carico ai servizi delle Cure domiciliari risulta nel 2020 sostanzialmente stabile rispetto al 2019 e addirittura in crescita considerando gli utenti a maggiore complessità (Tabella 5.2), tra i quali si riscontra un maggior numero di nuovi utenti presi in carico, soprattutto nell'ultima parte dell'anno (Figura 5.3).

Nei primi 9 mesi del 2021 il numero complessivo di utenti è di poco inferiore a quello dell'intero 2019, e risulta addirittura superiore nei pazienti ad elevata complessità assistenziale.

Tuttavia, sia nel 2020 che nel 2021 la durata media dell'assistenza è risultata inferiore rispetto al 2019, passando da una mediana di 4 mesi nel 2019 a 3 mesi del 2020 e del 2021. Questo ha determinato un maggior turn-over di pazienti rispetto al 2019 e un minor numero di utenti presenti in ogni mese del 2020; questa tendenza sembra confermata anche dai dati provvisori dei primi 9 mesi del 2021 (Figura 5.4).

Tabella 5.2 Numero di utenti per livello di intensità assistenziale (CIA). Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

Livello CIA	N utenti		
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (primi 9 mesi)
Attività di base (CIA<0,14)	47.574	45.725	42.213
Livello 1 (0,14≤CIA≤0,30)	23.676	24.269	22.477
Livello 2 (0,31≤CIA≤0,50)	12.246	11.431	10.766
Livello 3 (CIA>0,50)	11.580	13.668	14.099
<b>Totale</b>	<b>95.076</b>	<b>95.093</b>	<b>89.555</b>
<b>Totale liv 1-3</b>	<b>47.502</b>	<b>49.368</b>	<b>47.342</b>

Figura 5.3 - Numero di nuovi utenti in cure domiciliari con presa in carico di livello CIA 1 o superiore per mese. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.

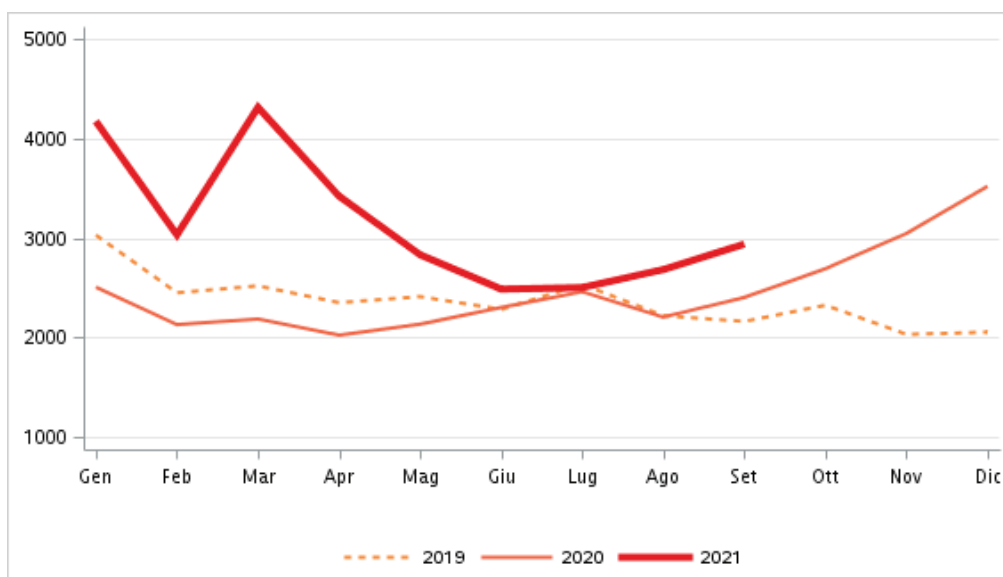
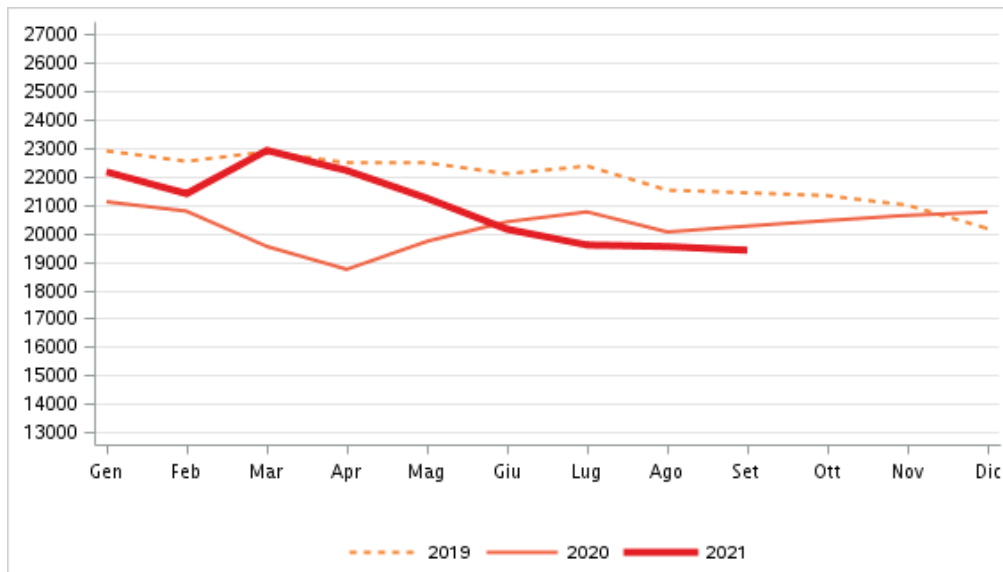


Figura 5.4 - Numero di utenti in cure domiciliari con presa in carico di livello CIA 1 o superiore. Veneto, anni 2019, 2020 e gennaio-settembre 2021.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 136 di 302



## 6 Impatto dell'epidemia da COVID-19 sui servizi residenziali per anziani

### 6.1 Ospiti presenti nelle strutture residenziali per anziani

In questo capitolo vengono presentati i dati relativi agli ospiti presenti nelle Unità di Offerta (UDO) di I e II livello, SAPA o SVP del Veneto con almeno un giorno di presenza nel corso del 2021 (dati aggiornati a settembre) a confronto con il 2020 e con la media del 2018-2019 (ospiti con e senza impegnative di residenzialità-IDR). Sono state escluse le prese in carico di UDO chiuse o di nuova apertura nel corso del quadriennio 2018-2021 o di UDO che hanno subito variazioni amministrative per cui non è stato possibile reperire il dato completo di attività. Sono infine escluse dall'analisi le prese in carico relative alla semiresidenzialità.

Le presenze in UDO nel corso del 2021 sono aumentate a partire da febbraio. In Figura 6.1 si nota un leggero calo da gennaio a febbraio e una ripresa del trend fino a settembre, mese in cui i livelli si riportano a quelli del triennio precedente. La differenza di circa duemila utenti a inizio 2021, rispetto ai dati di fine 2020, è da imputarsi a un provvedimento amministrativo (DGR 1304/2020) che ha attivato per il 2020 nuove impegnative di residenzialità (la cosiddetta Quota Sanitaria d'Accesso) a favore di utenti già presenti in struttura non titolari di impegnativa di residenzialità (IDR).

L'andamento delle presenze è influenzato dalla titolarità o meno di IDR (Figura 6.2): nel 2021 per i soggetti paganti in proprio (flusso FAR, campo 1.20 valorizzato con 5 o 6) si mantiene costantemente sui livelli di fine 2020. Per i soggetti titolari di IDR (flusso FAR, campo 1.20 valorizzato con 1, 2 o 4), nei primi nove mesi del 2021 si nota un trend in crescita rispetto alle ultime mensilità del 2020.

Durante il 2021 si registra un trend crescente sia nelle UDO di I che di II livello (Figura 6.3): nel mese di settembre le presenze sono sostanzialmente in linea con quelle registrate nel 2020. Nelle UDO di I livello la crescita evidenziata suggerisce un potenziale aumento anche nelle ultime mensilità dell'anno, che potrebbe riportarsi ai livelli raggiunti nel 2018-2019. Infine, nelle UDO di II livello, il trend rimane più alto del biennio di analisi iniziale, tendenza già evidenziata lungo tutto l'arco del 2020.

Figura 6.1 Ospiti presenti nelle strutture residenziali per anziani per mese. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

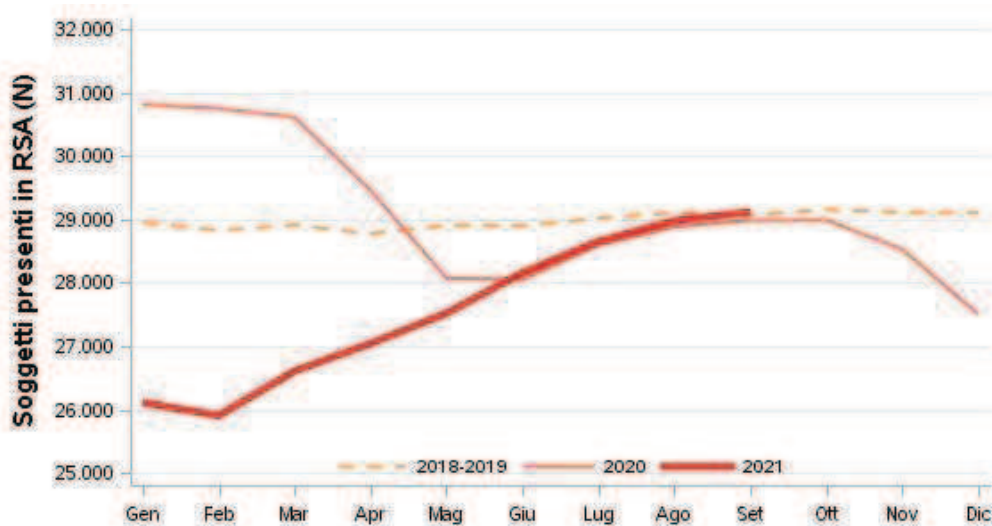




Figura 6.2 Ospiti titolari e non titolari di impegnativa di residenzialità (IDR) presenti nelle strutture residenziali per anziani. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

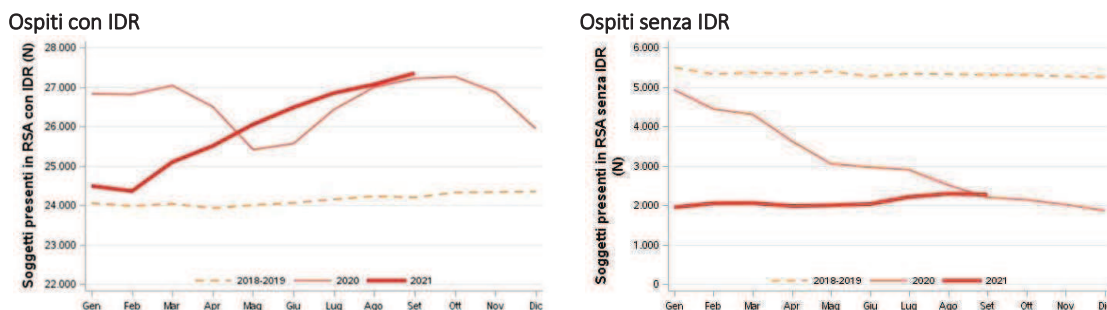
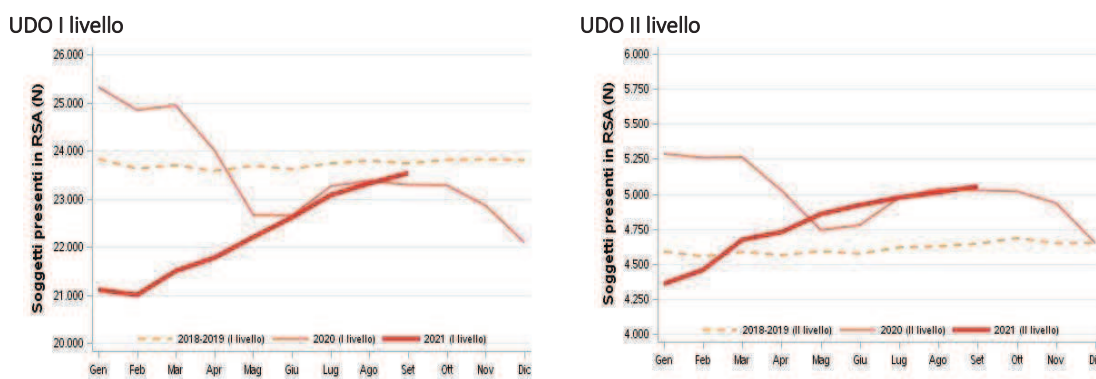


Figura 6.3 Ospiti presenti in UDO residenziali di I e di II livello. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 263802 data 10/06/2022, pagina 138 di 302



## 6.2 Nuovi ingressi nelle strutture residenziali per anziani

L'epidemia da COVID-19 ha influenzato anche l'andamento dei nuovi ingressi giornalieri in UDO. Se nel 2020 era evidente un calo da marzo a maggio (Figura 6.4), nei primi mesi del 2021 c'è stata una ripresa, che a metà anno è in linea con l'andamento del periodo pre-pandemia, mostrando da agosto in poi un andamento in crescita.

Per i soggetti non titolari di impegnativa di residenzialità (IDR), i nuovi ingressi – che a fine 2020 erano circa 400 in meno rispetto al biennio precedente – nel corso del 2021 non hanno presentato particolari variazioni, mantenendosi comunque inferiori al trend 2018-2019. Al contrario, i nuovi ingressi in UDO per utenti titolari di IDR mostrano un andamento superiore al biennio 2018-2019 (Figura 6.5).

Figura 6.4 Nuovi ingressi in UDO per mese. Frequenze assolute mensili. Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.

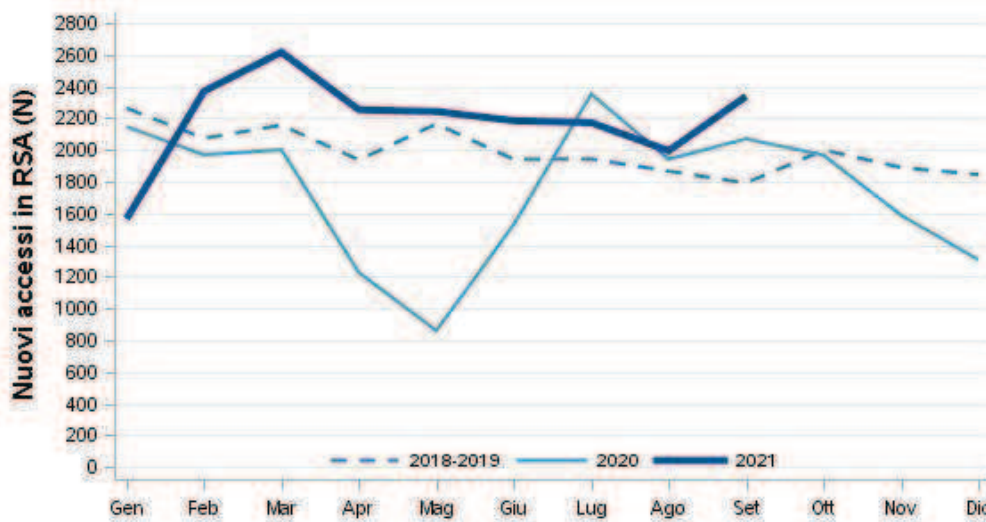
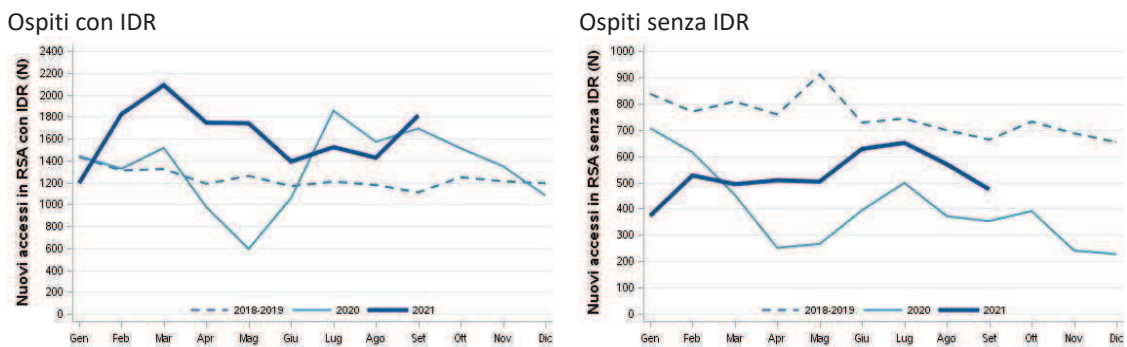


Figura 6.5 Nuovi ingressi in UDO per ospiti titolari e non titolari di impegnativa di residenzialità (IDR). Veneto, confronto anno 2020 e gennaio-settembre 2021 con la media 2018-2019.



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

*Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo e della sorveglianza in caso di emergenza pandemica*

---

## Documento Attuativo

# DOCUMENTO TECNICO PER I SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI A SUPPORTO DELLA PREVENZIONE, DEL CONTROLLO E DELLA SORVEGLIANZA IN CASO DI EMERGENZA PANDEMICA

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

---



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

*Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica*

---

**SOMMARIO**

Premessa	4
Necessità informative	4
Fonti informative	4
Fase inter-pandemica	5
Fase di allerta	5
Fase pandemica	5
Strumenti di monitoraggio	6



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

## Premessa

A fronte della diffusione di una malattia infettiva sul territorio, uno degli elementi indispensabili alla governance dell'emergenza è la disponibilità e la tempestività di alcuni flussi informativi sanitari. L'analisi e la valutazione dei dati consentono di comprendere la situazione epidemiologica sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

Il presente documento definisce e analizza, anche alla luce dell'esperienza della pandemia da COVID-19, gli elementi più rilevanti ed importanti per garantire un monitoraggio del fenomeno e rafforzare la *preparedness* e la *readiness* nei confronti di una possibile futura pandemia da virus influenzale.

## Necessità informative

Di seguito si elencano alcune tra le principali necessità informative ritenute indispensabili per un efficace monitoraggio dei servizi sanitari in caso di pandemia:

- identificazione e raccolta dei risultati dei test in grado di stabilire la diagnosi di malattia e dei dati di corredo ritenuti di interesse;
- monitoraggio in tempo reale dell'epidemia attraverso i principali indicatori identificati (es. dati di incidenza, pressione sui sistemi ospedalieri, occupazione dei posti letto, accessi al sistema di emergenza urgenza, sorveglianza sindromica);
- identificazione e definizione di popolazioni specifiche o target ritenute ad alta esposizione di rischio (es. età, condizione di fragilità) in modo da permettere analisi specifiche;
- simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia;
- identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (es. monitoraggio delle strutture residenziali per anziani o non-autosufficienti, strutture sanitarie o socio-sanitarie);
- visione georeferenziata dell'epidemia che consenta un monitoraggio della diffusione virale sul territorio per micro e macro aree (es. province, aziende ulss, comuni, specifiche aree di interesse) e la mappatura dei casi singoli o aggregati per incidenza territoriale;
- viste dedicate sui contesti ospedalieri e sugli operatori sanitari per il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali;
- interconnessione con flussi regionali e ministeriali esistenti (es: Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, Anagrafe Vaccinale, prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità, ecc.);
- valutazione di una sorveglianza ambientale (es. acque reflue) in relazione al tipo e alle caratteristiche dell'agente patogeno come strumento predittivo e di analisi, integrando i dati con il resto delle informazioni disponibili.

## Fonti informative

L'emergenza da COVID-19 ha evidenziato come le informazioni utili alla caratterizzazione di un evento epidemico possono essere di diversa natura e provenienza. Alcune possono necessitare di una raccolta ad hoc, altre possono essere recuperate ed integrate da flussi già esistenti, altre ancora richiedono la strutturazione e l'integrazione di informazioni in parte già disponibili. Fondamentale è riuscire ad integrare ed armonizzare tutte le informazioni per realizzare strumenti utili per leggere il fenomeno individuando indicatori di sintesi utili per la comunicazione con la componente decisionale della catena di governance.

Le principali fonti informative, ad oggi in essere, necessarie per garantire un tempestivo ed efficace monitoraggio dei servizi sanitari sono:

- Anagrafe Regionale degli assistiti e dei contatti
- Anagrafe Vaccinale



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

- Sistemi LIS (Laboratory Information System)
- Sistemi di Anatomia Patologica
- Sistemi RIS (Radiology Information System)
- Sistemi ADT (Accettazione Dimissione Trasferimento)
- Sistemi di PS (Pronto Soccorso)
- CCE (Cartella Clinica Elettronica)
- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)

## Fase inter-pandemica

Gli strumenti predisposti devono consentire di fotografare la situazione e di permettere di effettuare un'analisi predittiva dell'evoluzione del diffondersi del contagio individuando le zone dove è più probabile che la pandemia si espanda, al fine di poter intervenire velocemente ed isolare sul nascere nuovi casi e nuovi focolai o di prendere decisioni in merito.

La strutturazione del dato deve poi prevedere la possibilità del coinvolgimento dei vari attori coinvolti su diversi livelli nella gestione di una pandemia, che quindi necessitano di diverse informazioni. La stessa base dati, opportunamente filtrata a seconda del ruolo specifico, deve poter essere disponibile a tutti gli attori coinvolti a vario titolo nella gestione dell'emergenza: in forma aggregata per i decisori di livello regionale (es. Unità di Crisi, task force), in forma puntuale per le strutture tecniche regionali (es. Direzioni Regionali competenti) per le valutazioni di natura strategica e programmatica, in forma puntuale per le Aziende Sanitarie per le azioni di sanità pubblica e di sorveglianza, sempre nel rispetto dei principi fondamentali del trattamento ed in conformità alla normativa vigente a tutela di dati personali.

Durante la fase inter-pandemica è fondamentale sviluppare i progetti di centralizzazione, intesi sia come unificazione dei sistemi (laddove venga messo a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie un unico software per la registrazione dei dati) sia come centralizzazione dell'informazione (sistemi informativi dedicati per ogni singola Azienda Sanitaria che convergono i dati in un unico punto). Questo tipo di progettualità permetterà di garantire la comunicazione nazionale dei dati di monitoraggio anche nella fase inter-pandemica ed attivare rapidamente eventuali nuovi flussi informativi che possono essere richiesti.

La centralizzazione del dato e la conseguente armonizzazione permettono di avere a disposizione in tempo reale dei dati facilmente confrontabili (anche se provenienti da Aziende diverse) garantendo il calcolo degli indicatori per il monitoraggio della pandemia e per la sorveglianza sindromica.

## Fase di allerta

Al fine di garantire la governance regionale di un'emergenza pandemica è necessario raccogliere e rappresentare in modo efficace e coerente tutte le informazioni disponibili integrando i dati presenti nei flussi correnti con quelli raccolti ad hoc per la sorveglianza dell'agente patogeno. Inoltre potrebbe essere necessario integrare tali informazioni di carattere sanitario con ulteriori banche dati disponibili che di volta in volta potrebbero risultare utili ad analizzare lo scenario epidemiologico o a fronteggiare e contenere la diffusione virale, ad esempio dati ambientali o provenienti dall'ambito veterinario.

In questa fase le ordinarie attività di monitoraggio vengono adeguate tempestivamente in funzione delle necessità informative legate al tipo di emergenza e alle necessità di sanità pubblica.

## Fase pandemica

In un contesto pandemico è necessario disporre di sistemi informativi dotati delle seguenti caratteristiche:

- per la registrazione del dato:



**DOCUMENTO ATTUATIVO**

*Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica*

- **essere rapidamente aggiornabili** sulla base dell'evoluzione del quadro pandemico e delle relative evoluzioni della definizione di caso e misure di sanità pubblica associate, prevedendo delle caratteristiche di flessibilità tali da consentire la modifica o l'integrazione dei contenuti informativi;
- essere in grado di **trasmettere direttamente l'informazione dalla periferia al centro**, consentendo l'inserimento di informazioni anche a livello di singolo medico e, ove possibile, da parte dell'assistito stesso, con un successivo consolidamento del dato a livello dei dipartimenti di prevenzione e delle strutture regionali.
- per il monitoraggio del dato:
  - essere in grado di **consentire il caricamento massivo di dati**
  - essere in grado di **aggregare** importanti mole di dati finalizzati alla rappresentazione dei dati di interesse.

Una volta aggregato il dato, il sistema informativo regionale deve a sua volta condividere le informazioni rispondendo ai debiti informativi Nazionali normati dalla legge o dalle Circolari ministeriali, ad esempio verso la Protezione Civile, il Ministero della Salute e verso i Sistemi di Sorveglianza Integrata dell'Istituto Superiore di Sanità, e dare un ritorno dei risultati dell'elaborazione dei dati alle singole Aziende Sanitarie Locali in modo che le informazioni siano coerenti e condivise.

## Strumenti di monitoraggio

Durante l'emergenza legata alla pandemia da COVID-19, Azienda Zero (in collaborazione con le Direzioni Regionali) ha provveduto a sviluppare diversi cruscotti di business intelligence a supporto delle Aziende ULSS, delle Aziende Ospedaliere, dell'Istituto Oncologico Veneto e delle Direzioni Regionali.

Tali cruscotti sono stati realizzati principalmente attraverso due strumenti che permettevano sia la consultazione via web attraverso tabelle e rappresentazione di grafici, sia l'invio di bollettini PDF tramite mail pianificate. La Regione del Veneto ha utilizzato principalmente due strumenti, ovvero il Sistema di Biosorveglianza ed il Software QlikView, che condividevano le stesse basi di dati.

Si sottolinea l'importanza che le informazioni messe a disposizione di tutti gli attori siano sempre uniche, coerenti ed allineate in modo da non generare problemi di tipo informativo o possibili incomprensioni di interpretazione del dato..

Di seguito vengono riportate a titolo esemplificativo alcune delle principali informazioni disponibili nei sistemi sopra citati ed in uso nella fase pandemica COVID-19.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

Sistema di Biosorveglianza



Dati per Provincia e Comuni								Dati per ULSS Assistenza							
Provincia	Att. Infetti	Viro. Negativizzati	Tot. Casi	Negativi	Da Approfondire	Deceduti	Tot. Popolaz. con Test	ULSS assistenza	Att. Infetti	Viro. Negativizzati	Tot. Casi	Negativi	Da Approfondire	Deceduti	Tot. Popolaz. con Test
BL	2.422	53.040	57.276	103.247	0	748	161.271	Ulss 1 Dolomiti	2.422	52.981	57.290	103.085	0	748	161.123
PD	11.152	269.955	297.829	480.576	0	2.384	780.709	Ulss 2 Marca Trevigiana	11.166	265.546	280.094	445.859	0	2.303	728.256
RO	3.096	59.388	64.719	127.012	0	750	192.481	Ulss 3 Serenissima	3.476	165.980	183.497	304.373	0	2.017	489.887
TV	19.811	266.704	281.331	449.771	0	2.304	733.406	Ulss 4 Veneto Orientale	1.010	64.989	70.296	110.284	0	501	181.081
VE	12.344	231.933	254.882	419.946	0	2.522	677.350	Ulss 5 Polesiana	3.017	59.818	65.188	127.363	0	761	193.312
VI	12.918	252.383	271.189	440.014	0	2.586	713.789	Ulss 6 Euganea	13.018	268.256	295.890	474.112	0	2.294	772.296
VR	11.526	242.148	283.624	486.549	0	3.064	773.237	Ulss 7 Pedemontana	4.807	113.281	120.850	183.072	0	1.057	304.979
Fuori Regione	2.019	15.384	27.377	257.150	0	95	284.622	Ulss 8 Berica	7.738	138.263	149.395	253.067	0	1.524	403.986
Non Disponibile	5.470	1.741	7.818	416.545	0	7	424.373	Ulss 9 Scaligera	11.084	240.995	282.171	480.314	0	3.061	785.546
<b>TOTALI</b>	<b>75.103</b>	<b>1.392.676</b>	<b>1.546.045</b>	<b>3.180.810</b>	<b>0</b>	<b>14.380</b>	<b>4.741.238</b>	Fuori Regione	1.044	21.295	34.300	291.282	0	111	325.693
								Non Disponibile	5.432	1.272	7.074	409.907	0	3	416.984
								<b>TOTALI</b>	<b>75.103</b>	<b>1.392.676</b>	<b>1.546.045</b>	<b>3.182.718</b>	<b>0</b>	<b>14.380</b>	<b>4.743.143</b>

Nella sezione Casi vengono conteggiati i soggetti in base allo stato clinico che viene assegnato loro. Lo stato clinico viene determinato sulla base degli esami clinici raccolti (molecolari, antigenici e sierologici) e sulle informazioni cliniche raccolte dai Sisp (es. data di guarigione, data di asintomaticità, data di primi sintomi, data di decesso Covid o non-Covid correlata).

I badge riportati nella sezione vengono di seguito dettagliati:

- ATTUALMENTE INFETTI: soggetti in stato INFETTATO, RIPOSITIVIZZATO o REINFETTATO
- VIROLOGICAMENTE NEGATIVIZZATI: soggetti VIROLOGICAMENTE NEGATIVIZZATI, ovvero con guarigione determinata dai tamponi che soddisfano i requisiti e soggetti DECEDUTI NON COVID, ovvero soggetti di cui è stato dichiarato il decesso NON covid correlato
- TOT. CASI: riporta la somma di ATTUALMENTE INFETTI+ VIROLOGICAMENTE NEGATIVIZZATI+CLINICAMENTE GUARITI
- CLINICAMENTE GUARITI: soggetti la cui guarigione clinica è stata dichiarata dal Sisp
- RICOVERATI e TERAPIA INTENSIVA: soggetti ricoverati (in tutti i reparti) e solo quelli in Area Critica
- CASI NEGATIVI: soggetti in stato SUSCETTIBILE
- DECESSI: soggetti deceduti da Covid
- TOT. POP. CON TAMPONE MOLECOLARE: soggetti con almeno un test molecolare
- TOT. POPOLAZIONE CON TEST (ANTIGENICO O MOLECOLARE): soggetti con almeno un test molecolare o un





**DOCUMENTO ATTUATIVO**

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

antigenico.

In ogni riquadro, oltre al valore attuale, sono riportati i confronti con il valore presente alla mezzanotte del giorno precedente e con la settimana precedente, in valore assoluto e in percentuale.

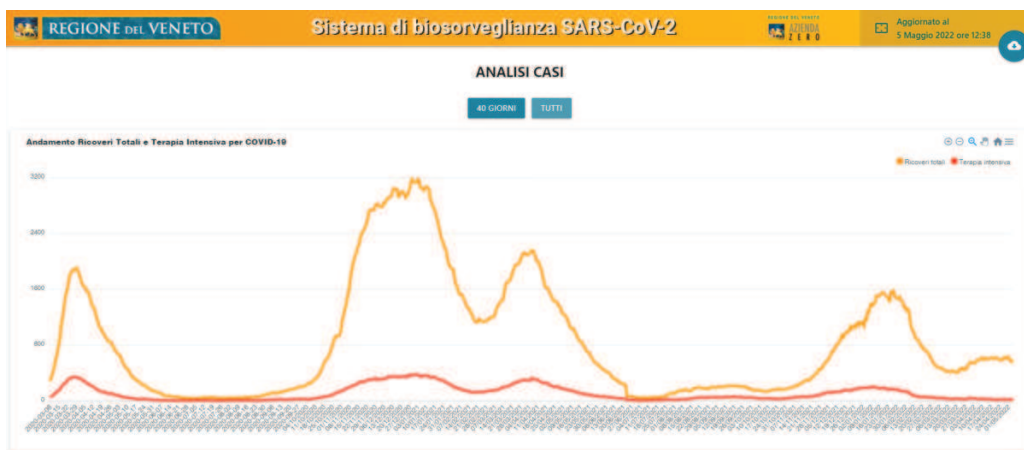
La parte sottostante di questa sezione riporta i dati suddivisi in base alle informazioni anagrafiche presenti nell'anagrafica regionale.

**Dati per Provincia e Comuni**

La tabella riporta i principali indicatori visti sopra suddivisi per la provincia veneta di domicilio, se presente, altrimenti per residenza, separando i soggetti con domicilio fuori regione e coloro che non vengono ricondotti ad alcuna posizione anagrafica confermata. Cliccando nelle righe relative alle province venete appare un pop-up con il dettaglio della tabella suddivisa per comune.

**Dati per ULSS Assistenza**

La tabella, analoga alla precedente, suddivide i soggetti per Azienda Sanitaria di assistenza, per assistiti fuori regione e per i casi non ricondotti all'anagrafe regionale. La Ulss di assistenza viene recepita dall'anagrafica regionale, ove presente.

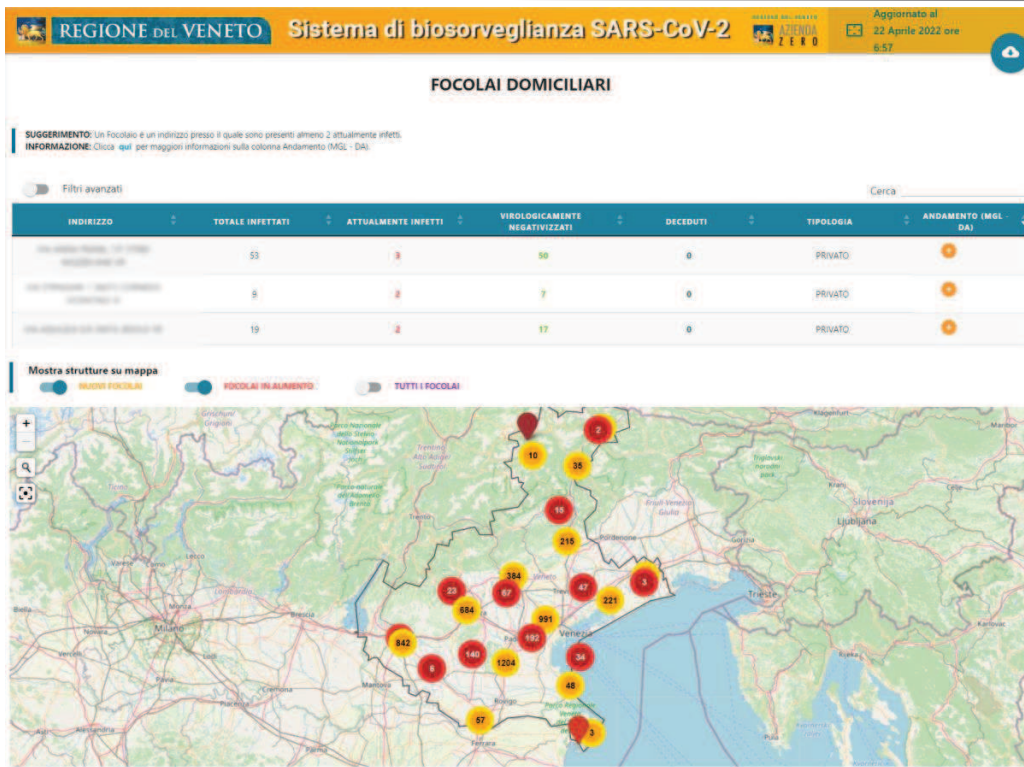


Nella sezione di **Analisi** è sono presenti grafici che illustrano l'andamento dei ricoveri suddiviso tra numero totale e ricoveri di terapia intensiva, e dei grafici di andamento del numero totale dei casi positivi e dei tamponi diagnostici di ricerca eseguiti, il tutto filtrabili per il periodo temporale di interesse.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica



Nella sezione dei **Focolai** è possibile avere una visualizzazione **Georeferenziata** della distribuzione dei focolai siano essi domiciliari o di altre tipologie (esempio: RSA, Operatori Sanitari...)



## DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica



## Report del 12/10/2021 ore 8:00

(variazioni rispetto al 11/10/2021 ore 8:00)

## CASI SARS-CoV-2 POSITIVI

Raggruppamenti sulle base del domicilio del soggetto positivo SARS-CoV-2	TOTALE CASI con tampone positivo -dato cumulativo	Delta Totale casi positivi	Casi attualmente positivi	Deceduti (In ospedale + extra-ospedale) -dato cumulativo	Guariti e deceduti non Covid - dato cumulativo
Padova	90821	74	1714	1823	87284
Treviso	88594	61	892	1847	85855
Venezia	77594	54	1286	2063	74265
Verona	92733	66	1073	2662	88966
Vicenza	77106	58	1341	2143	73622
Belluno	22710	12	109	652	21949
Rovigo	16811	8	140	531	16140
Domicilio fuori Veneto	6060	7	1480	74	4526
Assegnazione in corso	1565	2	1236	3	346
<b>TOTALE REGIONE VENETO</b>	<b>473014</b>	<b>342</b>	<b>9231</b>	<b>11798</b>	<b>451985</b>

## CASI RICOVERATI IN OSPEDALI PER ACUTI

Struttura di ricovero	Pazienti attualmente positivi in AREA NON CRITICA	Pazienti attualmente positivi in TERAPIA INTENSIVA
AZ. OSP. PADOVA	16	8
OSP. S. ANTONIO PADOVA	7	0
AOUVR VERONA - Borgo Roma	12	0
AOUVR VERONA - Borgo Trento	0	3
OSP. BELLUNO	4	0
OSP. TREVISO (Ca' Foncello)	9	1

Delta pazienti attualmente positivi in area non critica	Delta pazienti attualmente positivi in Ter Int
1	0
0	0
2	0
0	0
-1	0
-2	0

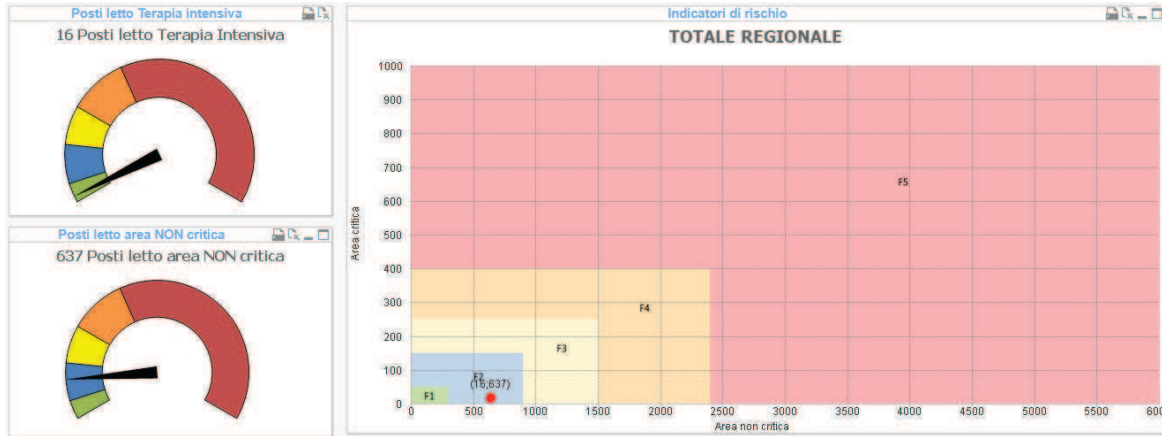
Nella sezione **Report** sono presenti più tipologie di **Bollettini e Report** tra cui a titolo esemplificativo gli indicatori di rischio, gli accessi al Pronto Soccorso, ed il bollettino regionale giornaliero che rappresenta il totale dei casi, il delta giornaliero, gli attualmente positivi, i deceduti da inizio pandemia ed i soggetti guariti. In coda al Report è presente una tabella riassuntiva dell'occupazione dei posti letto in area non critica, terapia intensiva e ospedali di comunità. Quest'ultimo di cui è visibile un estratto nell'immagine sopra, viene anche inviato quotidianamente via mail alla task force regionale.



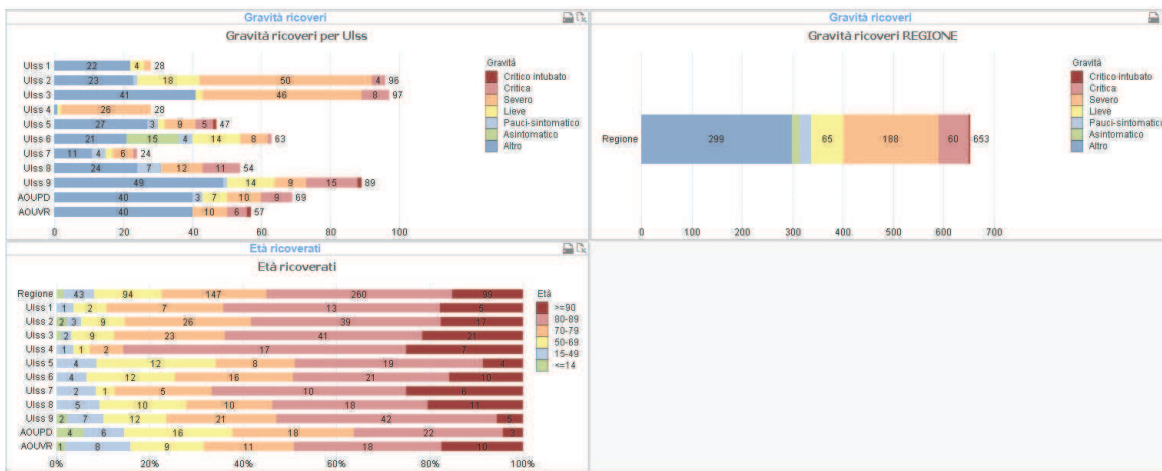
DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

Cruscottistica Qlik View



Indicatore della Fase di Rischio RICOVERI area Critica e NON Critica



Distribuzione dei soggetti ricoverati suddivisi per gravità, per classe d'età ed Azienda ULSS.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

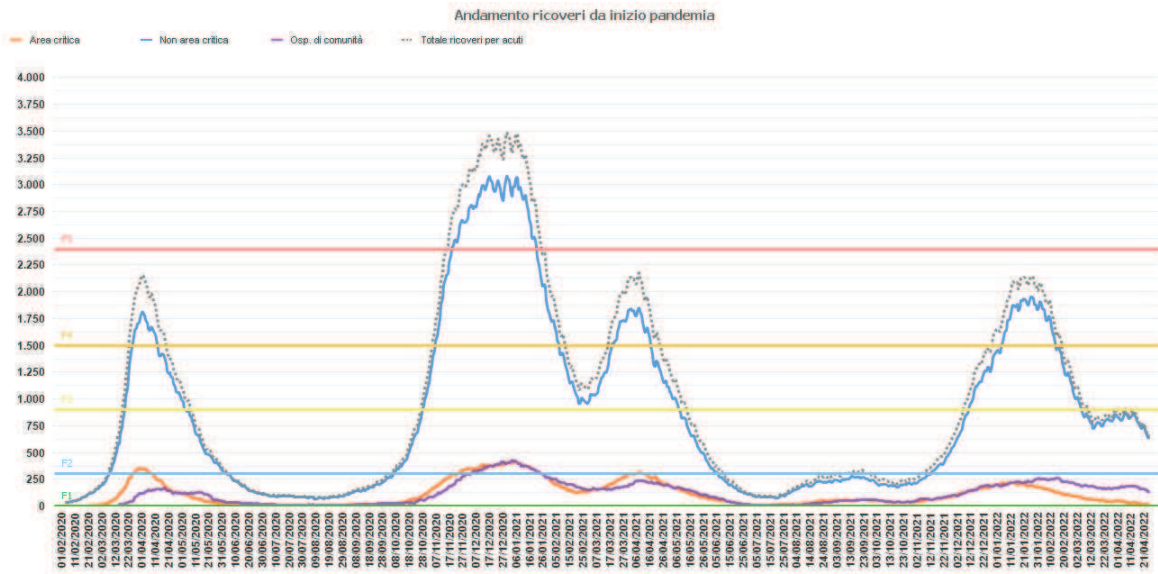


Grafico di andamento dei ricoveri totali da inizio pandemia, stratificati per area critica, non critica, ospedali per acuti e ospedali di comunità.

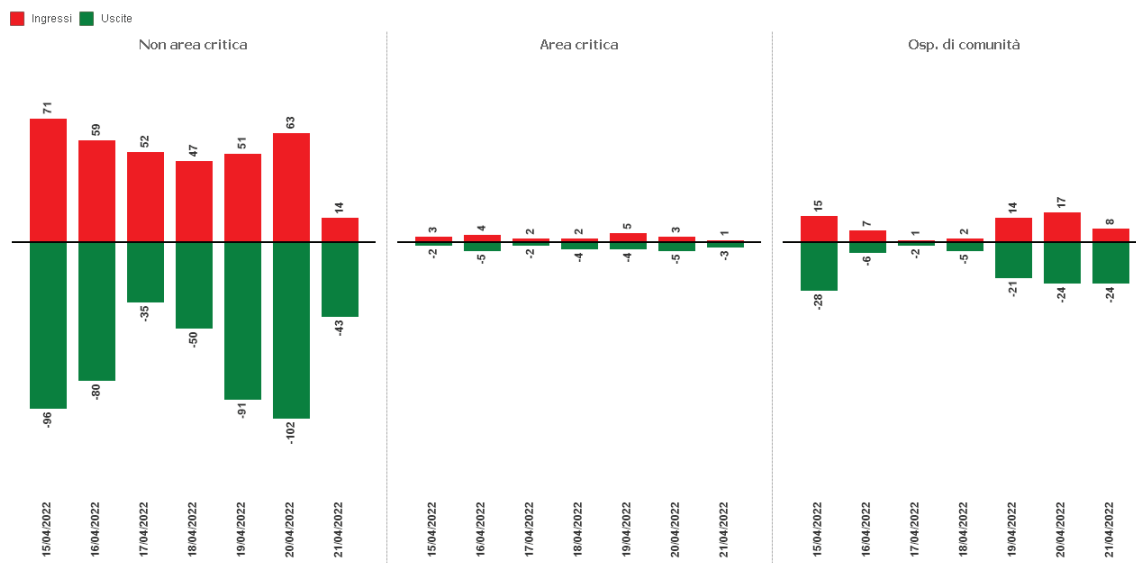


Grafico di monitoraggio dell'andamento del bilancio tra Ingressi ed Uscite suddiviso per area critica, non critica ed ospedale di comunità, permette un colpo d'occhio sul trend di occupazione dei posti letto.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

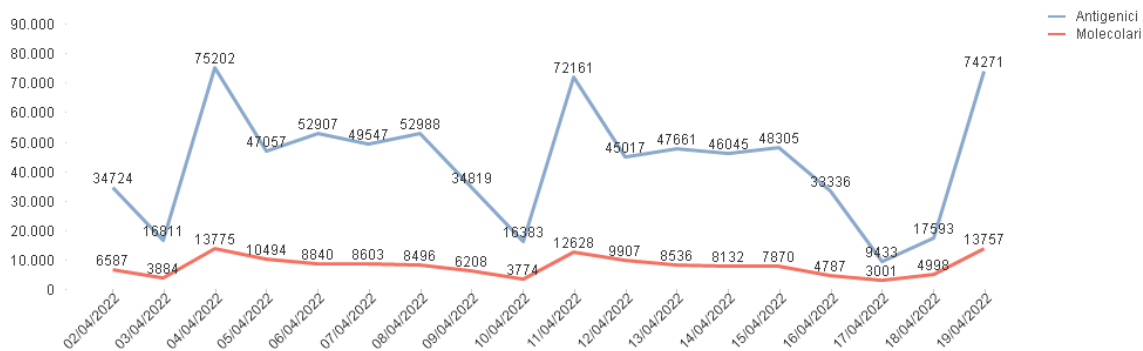


Grafico di andamento del numero di test diagnostici eseguiti per data di prelievo, con suddivisione per tipologia.

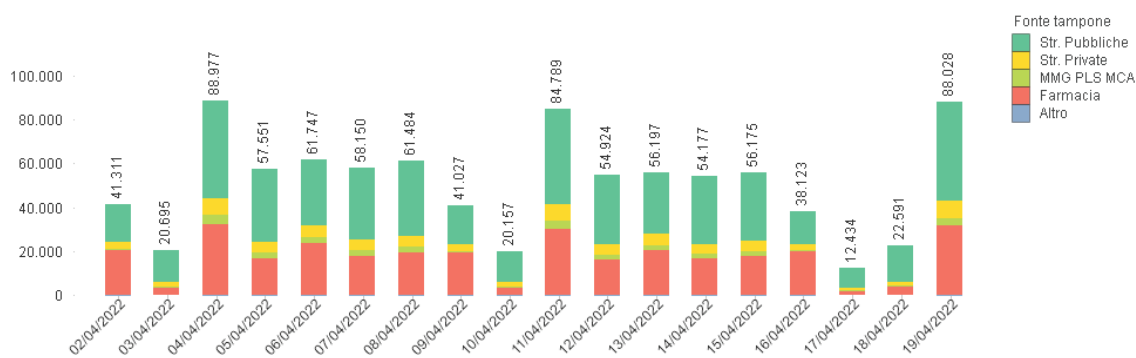


Grafico di andamento del numero di test diagnostici eseguiti per data di prelievo, con suddivisione per macro tipologia di struttura di esecuzione.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Documento tecnico per i sistemi informativi regionali a supporto della prevenzione, del controllo della sorveglianza in caso di emergenza pandemica

Monitoraggio della Campagna Vaccinale

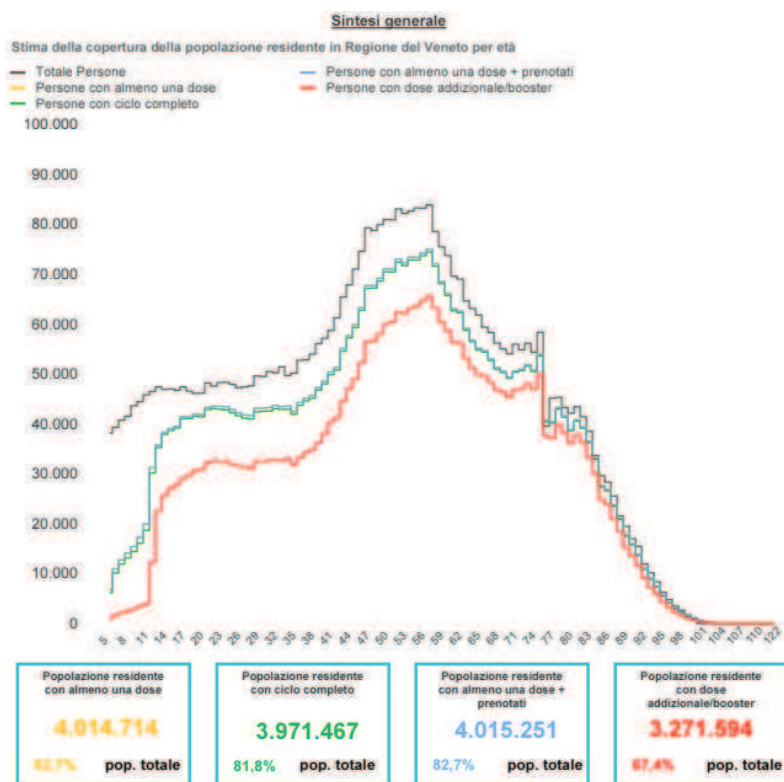


Grafico di sintesi con la stima di copertura della popolazione stratificata per età e status vaccinale

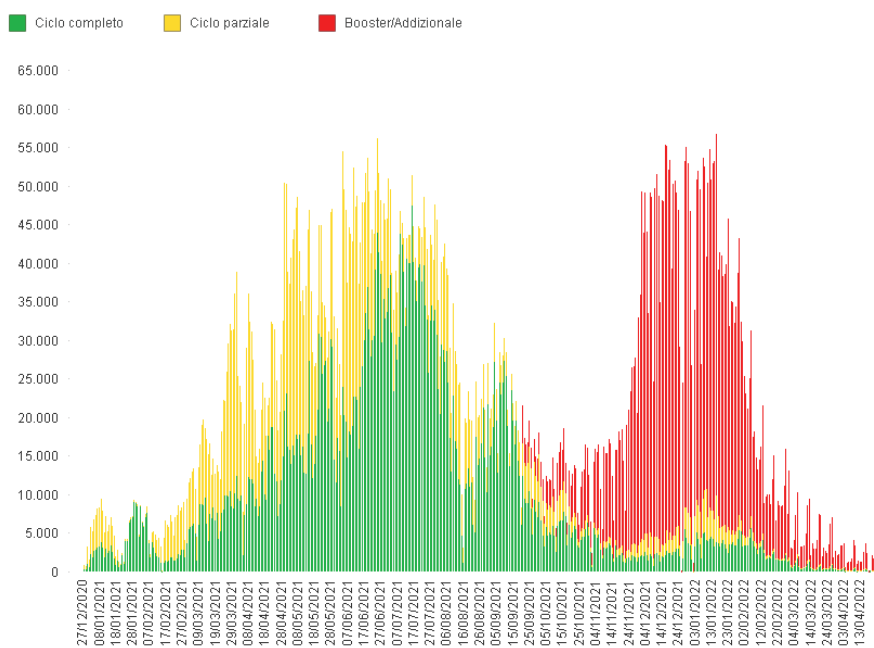


Grafico di andamento temporale delle somministrazioni con dettaglio della tipologia di somministrazione (Ciclo parziale, completo o dose. booster)

