



SALUTE E SERVIZI SANITARI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Analisi e valutazioni

UN QUADERNO DEI “CITTADINI”





SALUTE E SERVIZI SANITARI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Analisi e valutazioni

UN QUADERNO DEI “CITTADINI”

INDICE

PRESENTAZIONE	5
SIGLE E ABBREVIAZIONI	8
PERCHÉ QUESTA PUBBLICAZIONE	9
IL CONTESTO	10
IL QUADRO DEMOGRAFICO E LE DISUGUAGLIANZE	12
IL RISPETTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA LEA - NUOVO SISTEMA DI GARANZIA	20
LE OSSERVAZIONI DELLA CORTE DEI CONTI E IL BILANCIO REGIONALE	25
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE) - AGENAS ED. 2024	32
I TREEMAP	43
RETI TEMPO DIPENDENTI - AGENAS 2021	62
LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE	67
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI - “BERSAGLI” 2022	90
PERFORMANCES DELLE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI AGENAS 2024	100
APPROFONDIMENTO - ATTRAZIONE E FUGA PER ALCUNE TIPOLOGIE DI RICOVERO AGENAS 2022	114
APPROFONDIMENTO - LA SALUTE MENTALE	117
APPROFONDIMENTO - TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E OSPEDALIERE	118
IL FRIULI VENEZIA GIULIA E LE REGIONI EUROPEE	121
PUNTI DI FORZA	124
PUNTI CRITICI E PROBLEMI DA RISOLVERE	125
BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA	129

PRESENTAZIONE

Intervenire sul tema della sanità è pericoloso. Politicamente pericoloso, s'intende. Lo è perché si tratta di un argomento sensibile che tocca la nostra salute e dunque il nostro benessere e la qualità della nostra vita, ma può toccare anche la possibilità di sopravvivere ad un evento traumatico o ad una malattia grave. Per questo ognuno di noi “pretende” una sanità all'altezza di un paese moderno e tra i più ricchi del mondo. E invece in questi anni assistiamo ad una lenta, ma continua discesa della qualità del Servizio sanitario: mancanza di medici, di infermieri, liste d'attesa lunghissime sia per la diagnostica che per la chirurgia.

Tutto questo è vero, e la pericolosità – politica – nell'affrontare questi argomenti sta nel fatto che un possibile ed auspicabile intervento che incida e modifichi nel profondo una vecchia e superata “impostazione culturale” in campo sanitario non può prescindere da un forte cambiamento dello status quo e di molte abitudini consolidate che, come troppo spesso accade, siamo refrattari a voler modificare.

Siamo un paese conservatore – lo è la destra, per definizione, lo è talvolta la sinistra per mancanza di coraggio. E la mancanza di coraggio impedisce di affrontare per tempo e con decisioni difficili, ma necessarie, le grandi sfide che ci attendono. Abbiamo dovuto delegare ad un governo tecnico e alla Ministra Fornero – poi ingiustamente colpevolizzata – una riforma delle pensioni che era semplicemente necessaria perché pensata a tutela delle future generazioni. E oggi, ancora una volta, abbiamo il compito di affrontare le sfide della sanità del futuro pensando alle nuove generazioni e al fatto che il servizio sanitario – con l'ospedale al centro e poco altro – che andava bene per i nostri genitori non va più bene per noi e sarà un problema enorme per i nostri figli se non operiamo alcuni decisi cambiamenti. Possiamo, ancora una volta, delegare le responsabilità ad un governo tecnico oppure affrontarle con coraggio e determinazione da soggetti politici quali siamo e accettando – e qui torniamo all'incipit – il rischio di perdita di consenso, sostenendo strade alternative alla retorica prevalente, alle parole d'ordine, alle battaglie di retroguardia che sono la specialità dei partiti populisti e dei politici che mettono al centro del loro agire la raccolta del maggior numero possibile di preferenze che – spesso, o quasi sempre – poco ha a che vedere con l'interesse generale della comunità.

Alcune considerazioni

- l'età media della popolazione si è alzata; la conseguenza è un marcato aumento dei bisogni sanitari;
- le malattie croniche sono esplose, un fenomeno grave e preoccupante, che dovremo affrontare in modo serio e mirato;
- la necessità di operare un'efficace attività di “prevenzione” che limiti o quantomeno ritardi l'insorgenza delle cronicità è ineludibile; ne consegue che dovremo aumentare le attività ambulatoriali di tipo territoriale;

- non è più esaustivo parlare di “sanità” senza affrontare il tema della – sempre più necessaria – integrazione della stessa con i servizi sociali; la “presa in carico” del cittadino/utente dal momento del ricovero ospedaliero al rientro a domicilio è un’attività necessariamente integrata tra servizi che devono essere complementari; ne consegue la necessità di rafforzare i servizi domiciliari di tipo infermieristico e di assistenza per gli anziani e per le categorie fragili;
- dobbiamo allora passare da una sanità “riparativa” con l’ospedale al centro, come unico o quasi unico presidio di salute, ad una sanità di “iniziativa” che si occupi della prevenzione, della riabilitazione, dei servizi domiciliari e questo consolidando il lavoro della sanità territoriale e dei medici di medicina generale; da anni si sostiene che sia necessario ribaltare le quote di finanziamento che premiavano gli ospedali (nella medicina riparativa) e che invece oggi devono sostenere maggiormente le strutture ed i servizi territoriali;
- dobbiamo spendere di più? Forse sì, ma dobbiamo soprattutto spendere meglio richiedendo maggiore efficienza e maggiore appropriatezza.

Cosa possiamo fare?

- Per prima cosa dovremmo evitare di difendere a tutti i costi l’attuale assetto delle strutture ospedaliere della Regione. Abbiamo dovuto assistere al proliferare di “comitati in difesa di...” con il sostegno, alternativamente, dei politici di area o comunque collocati in quel momento all’opposizione. Sono atteggiamenti irrazionali e campanilistici ma soprattutto privi di una “visione” sul futuro della sanità. La radicale emergenza che stiamo affrontando in termini di carenza di personale medico e infermieristico, la necessità di dotare le strutture ospedaliere delle migliori attrezzature tecnologiche evitando di frammentare le risorse in troppi rivoli richiedono azioni lungimiranti favorendo ogni modifica che – secondo una corretta logica programmatica – consenta di garantire il necessario livello di qualità e sicurezza delle prestazioni ospedaliere.
- Per seconda cosa dobbiamo investire sul territorio dando forma alla nuova articolazione dei Distretti sanitari basata su Case di comunità e Ospedali di comunità. Ciò al fine di fornire efficacemente quei servizi di cui dicevamo sopra che si occupino della prevenzione, della riabilitazione, della cura a domicilio e che siano presidi di salute che rispondono a tutta quella domanda che oggi, impropriamente, intasa gli Ospedali e, soprattutto, i Pronto Soccorso. E a questo proposito esprimiamo il nostro disagio per quell’inaccettabile fenomeno che vede cittadini arroganti e prepotenti usare violenza verso chi fa il proprio lavoro nelle condizioni difficili che conosciamo soprattutto nei Pronto Soccorso. Chiediamo immediate azioni concrete a salvaguardia del personale medico e paramedico, auspicando che anche le recenti modifiche normative nazionali possano in qualche misura rivelarsi efficaci.
- Per terza cosa sarà necessario affrontare il tema della Medicina generale; per questo la strada maestra dovrà essere una riforma strutturale di carattere nazionale; nel frattempo potremmo, utilizzando la nostra specialità regionale, trovare un nuovo accordo con i Medici di medicina generale senza i quali la sanità territoriale non può decollare. È difficile e tuttavia necessario compiere dei passi in tal senso, anche valutando la possibilità, quantomeno per i neoassunti, di trasformare la propria posizione lavorativa a dipendenti del Servizio Sanitario Regionale.

Ancora una considerazione

In una bella e interessante intervista del giugno 2024 il prof. Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri sostiene alcune cose semplici, ma interessanti che riportiamo sinteticamente: 1) la sanità non si migliora con gli slogan o chiedendo più soldi; 2) la sanità pubblica non è spacciata rispetto a quella privata, ma deve perseguire un obiettivo di efficienza e per fare questo non può essere considerata la succursale di un partito politico e i direttori sanitari così come i primari non devono essere nominati dai politici; 3) con gli ospedali di comunità possiamo curare in modo appropriato l'80% delle persone che oggi vanno in ospedale.

Conclusione

Il Movimento civico dei “Cittadini” ha deciso di intervenire sul tema scottante e attuale della sanità pubblica offrendo un punto di vista che esca dagli schemi consueti e cerchi di affrontare con coraggio una sfida ineludibile per il futuro.

Siamo, da sempre, l'ala riformista del centrosinistra regionale e perseguiamo una politica che premi il buongoverno e le buone competenze; una politica che sappia agire come il “buon padre di famiglia” che guarda al bene della sua comunità assumendosi la responsabilità di decidere facendo prevalere l'interesse generale prima che quello del proprio consenso elettorale.

Se vogliamo una sanità pubblica che sappia dare le risposte che ogni cittadino ha il diritto di richiedere dobbiamo necessariamente cambiare e non in modo gattopardesco. Possiamo farlo con gradualità, per successive approssimazioni, ma l'obiettivo finale deve essere chiaro e la nostra proposta vuole indicare una strada ed un obiettivo da raggiungere.

Pietro Paviotti
Presidente di “Una Regione in Comune”

SIGLE E ABBREVIAZIONI

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ARCS	Azienda Regionale per il Coordinamento per la Salute
ASFO	Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
ASUFC	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
ASUGI	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
AVP	Anni di Vita Persi
BES	Benessere Equo e Sostenibile
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
DGR	Delibera di Giunta Regionale
IMFR	Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione (Gervasutta)
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (CRO e Burlo Garofolo)
GOM	Gruppo Oncologico Multidisciplinare
ISCO	Indice Sintetico Complessivo rappresentato da un tachimetro
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MACCE	Eventi Maggiori Cardiovascolari e Cerebrovascolari
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
PASSI (studio)....	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PTCA	Angioplastica coronarica (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)
PNE	Programma Nazionale Esiti
PO	Presidio Ospedaliero
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STEMI	Infarto al miocardio associato a sopra livellamento del tratto ST dell'elettrocardiogramma
TM	Tumore

PERCHÉ QUESTA PUBBLICAZIONE

In sanità, per fare un buon uso delle risorse, è necessario avere una visione d'insieme che non sia condizionata da interessi di parte e da pressioni localistiche, frutto di concezioni errate e devianti di come devono essere affrontati i problemi della salute.

Per individuare soluzioni adeguate sono indispensabili un impegno unitario di chi ha responsabilità decisionali a livello regionale e una conoscenza obiettiva e diffusa da parte dei fruitori dei servizi di salute.

Questa pubblicazione pone all'attenzione dei cittadini una serie di dati riferiti al nostro sistema sanitario dai quali partire per dar vita ad una discussione pubblica che porti ad approfondimenti e proposte per garantire la salute e rendere per tutti più tempestive ed efficaci le cure.

Perciò si è inteso offrire ai cittadini della nostra regione un quadro del Servizio Sanitario Regionale (SSR) basato su dati, punteggi e conclusioni elaborati dai più autorevoli Enti ed Istituzioni italiane che prendono in considerazione e misurano le performances del Sistema Sanitario evidenziando le aree critiche, quelle di eccellenza e quelle di miglioramento.

Attenendosi ad un criterio di neutralità in molti casi si è trascritto tra virgolette ed in corsivo il testo dal quale si sono tratte le valutazioni.

Avendo come obiettivo principale di rispondere a due domande: come sta la popolazione del Friuli Venezia Giulia dal punto di vista della salute e dei servizi sanitari e quali sono i problemi strutturali ed il grado di efficienza del SSR, si è ritenuto opportuno effettuare confronti del nostro SSR non tanto con il livello nazionale, ma piuttosto con i Sistemi Sanitari delle regioni del Nord, essendo noto che gli indici e le medie nazionali sono purtroppo pesantemente condizionati dalla inadeguatezza dei servizi di molte regioni del Sud.

Nell'Appendice bibliografica tutte le fonti sono citate con l'indicazione dei siti ai quali può essere fatto riferimento.

IL CONTESTO

Al vertice tecnico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) si trova la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Le aziende sanitarie sono: l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute ARCS, l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina ASUGI, l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale ASUFC, l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale ASFO, l'IRCCS¹ Burlo Garofalo, l'IRCCS CRO, l'IRCCS La Nostra Famiglia (privato), gli ospedali accreditati, le strutture ex art. 26/833 accreditate e le strutture ambulatoriali private accreditate.

Nella figura seguente sono rappresentati gli attuali confini delle Aziende e la collocazione degli IRCCS pubblici. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo Trieste, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), IRCCS Oncologico CRO Aviano. L'IRCCS privato La Nostra Famiglia ha sede a San Vito al Tagliamento (PN) e Pasian di Prato (UD).

Enti sanitari del FVG



¹ Gli IRCCS sono gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Si tratta di enti che svolgono attività di cura strettamente legata alla ricerca e che dipendono in parte (cura) dalla Regione e in parte (Ricerca) dei Ministeri competenti.

Presidi ospedalieri della Regione Friuli Venezia Giulia (pubblici e privati accreditati)



IL QUADRO DEMOGRAFICO E LE DISUGUAGLIANZE

Il documento ISTAT “Censimento permanente della popolazione del Friuli Venezia Giulia 2022” riassume così il quadro demografico².

- ✓ *La popolazione residente in Friuli Venezia Giulia, definita sulla base del Censimento al 31 dicembre 2022, ammonta a 1.194.248 residenti, 399 in meno rispetto al 2021; quasi il 70% della popolazione vive nelle province di Udine e di Pordenone.*
- ✓ *La sostanziale stabilità della popolazione rispetto al 2021 deriva da un saldo migratorio positivo (+8.683 individui) che compensa la perdita dovuta al saldo naturale negativo (-8.599), ai quali si aggiunge l’aggiustamento statistico.*
- ✓ *A differenza del resto del Paese, dove si raggiunge un nuovo record di denatalità, in Friuli Venezia Giulia nel 2022 si registrano 7.277 nati, 8 in più rispetto all’anno precedente.*
- ✓ *Il tasso di mortalità scende dal 13,8 per mille del 2021 al 13,3 per mille del 2022, con un picco del 15,3 per mille nella provincia di Trieste.*
- ✓ *Le donne sono il 51,2% della popolazione residente, superando gli uomini di oltre 28mila unità, prevalentemente a causa della maggiore longevità femminile.*
- ✓ *L’età media si innalza rispetto al 2021 da 48,1 a 48,3 anni. Pordenone è la provincia più giovane (46,8 anni), Trieste quella più anziana (49,3 anni).*
- ✓ *Gli stranieri censiti sono 116.340 (+3.189 rispetto al 2021), il 9,7% della popolazione regionale. Provengono da 153 Paesi, prevalentemente da Romania (22,0%), Albania (8,2%) e Bangladesh (5,9%).*
- ✓ *Quasi il 30% della popolazione vive nei tre comuni con oltre 50.000 abitanti (Trieste, Udine e Pordenone) e poco meno di un quarto (23,2%) in quelli con popolazione tra 5.001 e 10.000 abitanti.*
- ✓ *I comuni di montagna subiscono il maggior decremento di popolazione (-0,7%) e presentano una struttura per età più vecchia, con l’età media che supera i 50 anni.*

Dal punto di vista della salute e dei servizi sanitari risultano rilevanti:

- i dati sull’invecchiamento della popolazione e il suo peso (vedi Fig. 1). L’elevata percentuale di anziani e la loro difforme distribuzione territoriale;
- il progressivo spopolamento di vaste aree della regione ed in particolare di quelle montane (aree interne);
- il drastico calo delle nascite negli ultimi 5-10 anni.

² I testi del documento originale da cui sono tratti sono riportati in corsivo.

Indicatori di struttura della popolazione fonte ISTAT 2024

PROSPETTO 5. INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER PROVINCIA. Censimento 2022

PROVINCE	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza strutturale anziani	Indice di struttura della popolazione attiva
Gorizia	48,3	235,5	61,8	43,4	160,2
Pordenone	46,8	198,0	59,6	39,6	149,8
Trieste	49,3	271,3	64,6	47,2	151,2
Udine	48,7	250,1	62,3	44,5	162,2
FRIULI-VENEZIA GIULIA	48,3	237,2	62,0	43,6	156,5
ITALIA	46,4	193,1	57,4	37,8	142,9

PROSPETTO 8. POPOLAZIONE RESIDENTE E PRINCIPALI INDICATORI SECONDO ALCUNE CARATTERISTICHE TERRITORIALI. Censimento al 31.12.2022. Valori assoluti e variazione sul 2021 per 1.000 residenti

CARATTERISTICHE TERRITORIALI	Numero comuni	Popolazione residente			Percentuale stranieri sul totale popolazione	Età media (anni)	Indice di vecchiaia (%)	Tasso di natalità (x mille)	Tasso di mortalità (x mille)	Tasso migratorio interno (x mille)	Tasso migratorio estero (x mille)
		2022	Var % sul 2021	Comp % 2022							
Classi d'ampiezza demografica											
fino a 1.000	52	30.167	-0,2	2,5	4,4	51,4	351,7	4,4	16,3	4,8	5,4
1.001-5.000	101	239.586	-0,4	20,1	6,2	49,0	260,3	5,2	13,6	1,3	3,3
5.001-10.000	40	277.465	-0,1	23,2	8,1	48,0	227,4	5,9	12,9	2,8	3,1
10.001-20.000	17	234.962	0,0	19,7	8,5	47,2	206,7	6,4	11,5	1,6	3,9
20.001-50.000	2	63.154	0,7	5,3	20,1	47,4	209,6	7,8	14,0	0,8	14,1
50.001-100.000	2	149.882	0,4	12,6	14,8	47,9	232,3	6,6	13,0	4,0	6,3
oltre 100.000	1	199.032	0,0	16,7	11,5	49,0	265,4	6,4	15,2	2,8	6,5
Zone altimetriche											
Pianura	107	712.177	0,1	59,6	10,5	47,6	217,7	6,4	12,4	2,0	4,9
Collina (interna)	44	192.816	-0,2	16,1	7,7	48,8	251,5	5,5	13,7	2,9	4,3
Collina (litoranea)	6	228.705	-0,1	19,2	10,5	49,3	271,3	6,0	15,3	3,3	5,7
Montagna (interna)	58	60.550	-0,7	5,1	4,0	50,6	330,3	5,0	15,7	1,1	4,0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	215	1.194.248	0,0	100,0	9,7	48,3	237,2	6,1	13,3	2,4	4,9

La tabella seguente riporta la sintesi degli indicatori riportati nel capitolo del Rapporto BES³ 2023. Se si eccettua il consumo di alcol (superiore al dato nazionale) gli altri indicatori mostrano complessivamente una buona qualità dello stato di salute della popolazione del FVG.

³ L'Istat ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il "Benessere equo e sostenibile" (BES) con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, correlate da misure relative alle diseguaglianze e alla sostenibilità. Sono stati individuati **12 domini fondamentali** per la misura del benessere in Italia. Uno di questi è la salute.

Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Speranza di vita alla nascita (a)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)	Indice di salute mentale (SF36) (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (e)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (f)
	2023 (*)	2023 (*)	2023	2021	2021	2022	2021
Piemonte	83,0	60,1	68,1	19,7	1,9	0,6	7,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	83,1	64,0	69,7	17,6	-	0,4	8,0
Liguria	83,1	59,3	68,6	18,3	3,3	0,5	7,6
Lombardia	83,9	60,4	68,9	17,2	2,3	0,6	7,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	84,3	65,3	72,5	15,1	1,8	0,6	6,1
Bolzano/Bozen	84,1	66,5	73,2	15,1	1,7	0,6	6,3
Trento	84,6	64,2	71,8	15,1	1,9	0,7	5,9
Veneto	83,8	62,3	69,7	16,2	2,1	1,1	7,0
Friuli-Venezia Giulia	83,4	60,9	69,2	19,7	2,2	0,9	7,1
Emilia-Romagna	83,6	59,1	69,8	17,2	2,5	0,7	7,2
Toscana	83,8	62,5	69,2	17,0	1,6	0,5	7,4
Umbria	83,7	58,6	68,1	17,5	1,2	0,6	7,6
Marche	83,8	59,7	68,0	16,7	1,8	0,7	7,7
Lazio	83,3	59,2	68,9	20,6	2,6	0,7	8,1
Abruzzo	83,0	60,6	68,3	19,0	2,3	0,4	7,2
Molise	82,4	54,9	68,0	23,2	3,0	0,5	7,9
Campania	81,4	57,1	66,8	25,0	3,1	0,6	9,5
Puglia	82,8	55,7	67,2	20,3	2,7	0,9	8,2
Basilicata	82,5	52,8	67,4	18,2	3,0	1,1	7,2
Calabria	82,0	55,4	69,2	20,6	4,2	0,5	8,4
Sicilia	81,8	56,3	68,3	22,0	3,9	0,6	8,7
Sardegna	82,5	55,6	71,4	19,6	2,4	0,8	9,2
Nord	83,6	60,6	69,2	17,5	2,3	0,7	7,3
Nord-ovest	83,6	60,2	68,7	18,0	2,3	0,6	7,5
Nord-est	83,8	61,2	69,9	16,9	2,2	0,9	7,0
Centro	83,5	60,3	68,8	18,7	2,1	0,6	7,8
Mezzogiorno	82,1	56,5	68,0	21,8	3,2	0,7	8,7
Sud	82,2	56,6	67,4	22,0	3,1	0,6	8,6
Isole	82,0	56,2	69,1	21,4	3,6	0,7	8,8
Italia	83,1	59,2	68,7	19,2	2,6	0,7	7,8

(a) Numero medio di anni;

(b) Punteggi medi standardizzati;

(c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 0-74 anni;

(d) Tassi standardizzati per 1.000 nati vivi residenti;

(e) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 15-34 anni;

(f) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 20-64 anni;

1. Salute

Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (g)	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) (h)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a)	Eccesso di peso (i)	Fumo (l)	Alcol (l)	Sedentarietà (l)	Adeguata alimentazione (m)
2021	2022	2023 (*)	2023	2023	2023	2023	2023
34,7	41,9	11,8	39,9	18,9	20,0	29,1	25,4
45,4	38,8	11,6	38,3	16,5	24,2	26,4	18,9
33,1	48,5	11,8	38,0	20,1	14,1	29,6	18,8
34,4	45,3	11,2	42,1	20,8	16,8	25,5	18,1
34,1	34,1	12,3	37,9	14,4	20,0	13,8	17,6
37,8	27,9	12,2	37,9	13,1	23,0	12,9	12,8
30,8	40,4	12,5	37,8	15,7	17,0	14,8	22,4
34,1	42,2	12,2	43,8	18,4	20,1	23,1	14,6
30,2	43,4	11,2	43,5	16,3	20,8	22,6	19,4
33,4	47,9	10,8	46,9	21,1	18,2	26,2	21,9
33,0	42,7	10,9	40,1	19,8	17,0	29,1	18,8
34,5	52,2	10,0	44,6	22,4	16,0	30,5	17,2
38,7	51,7	11,6	40,1	18,7	14,3	28,8	23,0
30,6	49,5	10,4	44,9	20,6	13,9	32,0	17,9
35,4	50,5	11,0	42,0	20,7	16,3	31,5	14,4
29,0	49,1	9,6	48,5	21,9	18,7	38,9	11,6
28,1	66,5	9,7	51,0	21,4	11,5	53,1	9,9
33,6	50,1	9,1	51,1	18,3	11,9	48,6	11,1
31,1	56,9	9,6	50,0	20,9	14,8	53,7	7,1
26,1	55,5	8,8	49,8	16,9	13,8	48,2	12,9
33,9	58,8	8,8	49,1	21,6	9,3	52,5	10,1
41,7	47,8	9,8	38,5	19,5	17,6	34,8	17,5
34,0	44,4	11,5	42,4	19,7	18,3	25,4	19,3
34,4	44,6	11,5	41,0	20,2	17,5	26,8	20,1
33,3	44,0	11,5	44,3	18,9	19,4	23,5	18,2
32,9	47,8	10,7	42,8	20,2	15,1	30,6	18,8
32,3	56,8	9,4	48,8	20,1	12,2	48,5	11,4
30,5	57,3	9,5	49,9	19,7	12,7	48,7	11,0
36,0	55,8	9,1	46,4	21,0	11,3	48,0	12,1
33,3	49,0	10,6	44,6	19,9	15,6	34,2	16,5

(g) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 65 anni e più;

(h) per 100 persone di 75 anni e più;

(i) Tassi standardizzati per 100 persone di 18 anni e più;

(l) Tassi standardizzati per 100 persone di 14 anni e più;

(m) Tassi standardizzati per 100 persone di 3 anni e più;

(*) Dati provvisori.

Il Servizio Sanitario Regionale è nato sulla base del principio dell'universalità e dell'equità delle cure. Negli ultimi anni, compresi quelli dell'epidemia Covid-19, si è visto un progressivo aumento delle diseguaglianze legate allo stato sociale, di residenza, di cittadinanza (stranieri o no), di livello di studio e ovviamente di livello di reddito.

Non è semplice reperire dati che aiutino a descrivere il fenomeno a livello regionale e ancora meno a livello sub-regionale. Questo paragrafo fornisce comunque alcune informazioni ricavate da diverse fonti.

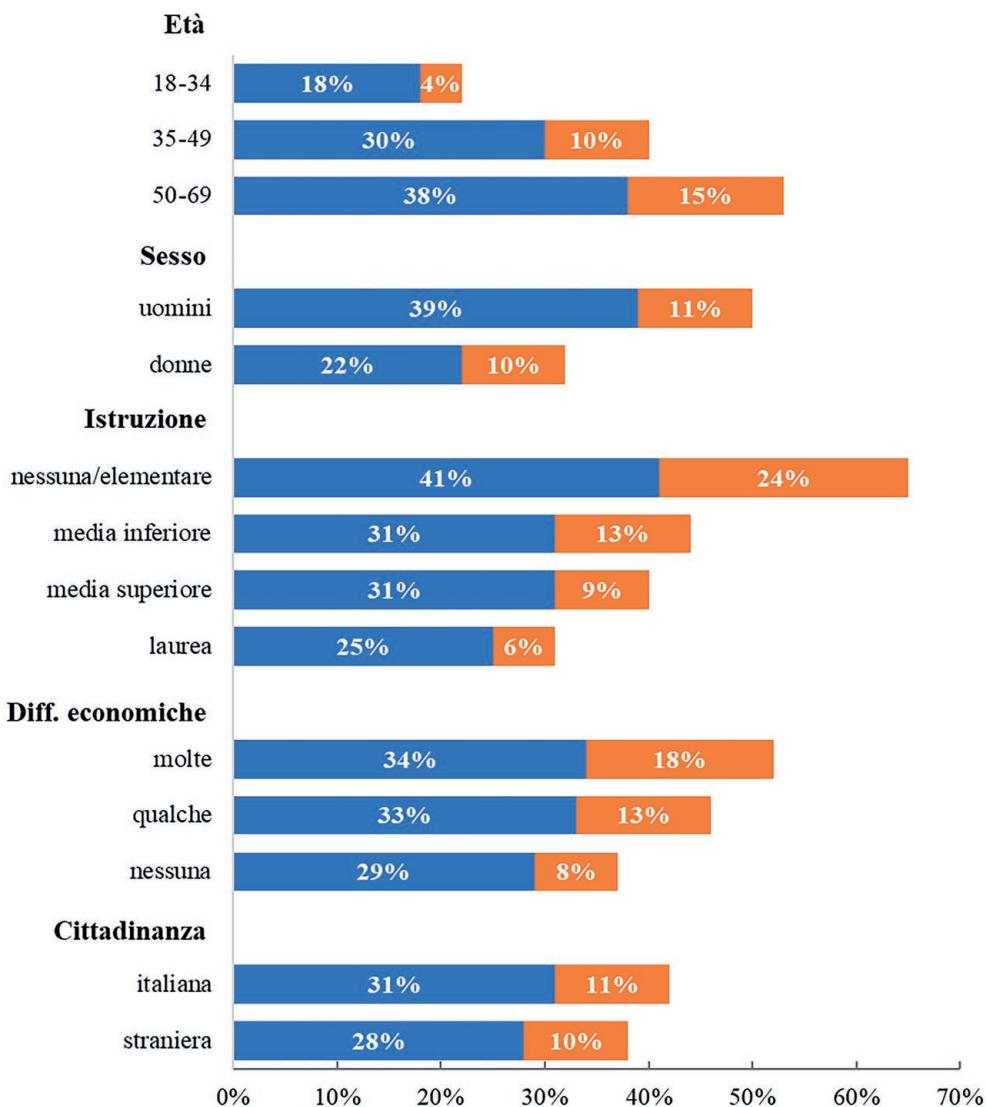
Reddito, titolo di studio, stili di vita e fattori di rischio

Lo studio PASSI⁴ rileva che in FVG fuma complessivamente il 22% della popolazione fra i 18 e 69 anni. L'abitudine al fumo è più frequente: fra gli uomini rispetto alle donne (24% vs 21% delle donne), nelle persone tra i 25 e i 34 anni e si riduce significativamente dopo i 50 anni; è più frequente fra le persone con livello di istruzione più basso (25% vs 21%) rispetto alle persone con livello di scolarità più elevato; è maggiore fra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche (31% vs 19% di coloro che non ne hanno), fra quelli che vivono da soli (28% vs 21% di quelli che non vivono soli), fra coloro che lavorano (23% vs 20% di coloro che non lavorano) e fra le persone di cittadinanza straniera (27% vs 22% di quelli con cittadinanza italiana).

La povertà nelle prime fasi della vita e le condizioni negative associate hanno effetti negativi anche sullo stato di salute dell'età adulta. Quello che un bambino sperimenta durante i primi anni pone le basi per tutta la sua vita. Durante i primi anni lo sviluppo fisico, sociale e cognitivo di un bambino influenzano fortemente la sua successiva preparazione scolastica, il rendimento scolastico e lo stato di salute. La povertà assoluta nella popolazione minore del Nord è del 12,9% totale con il picco del 15% tra i 4 e i 6 anni.

⁴ La sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie svolte dalle Regioni, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni), sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

Sovrappeso: 30,6% (IC 95%: 29,5% - 31,9%)
Obesi: 10,5% (IC 95%: 9,7% - 11,3%)



**Incidenza percentuale di povertà assoluta tra gli individui minori per classi di età.
Anni 2022-2023
(valori percentuali) ISTAT**

	Nord	
	2022	2023
Fino a 3 anni	15,2	12,7
da 4 a 6 anni	12,0	15,0
da 7 a 13 anni	12,3	13,4
da 14 a 17 anni	10,4	11,4
Totale individui minori	12,2	12,9

Rinuncia alle cure

Il sistema Nuovo Sistema di Garanzia riporta i dati ISTAT secondo i quali nel 2021 in FVG ha rinunciato alle cure il 9,8% della popolazione per motivi economici o di tempi di attesa. Il campione ISTAT non permette una rappresentazione regionale adeguata, ma comunque dice che anche nel Nord-Est rinunciano di più alle cure le persone con reddito più basso, quelle con patologie croniche e i componenti di famiglie numerose. Dalla recente pubblicazione dei dati di Passi d'Argento⁵ risulta che tra le persone anziane (ultra 65enni) il 22,8% di chi ha bisogno di una visita o di un accertamento diagnostico rinuncia alle cure.

Aree interne e anni di vita persi – AVP

I dati sono tratti da una tesi di laurea che ha analizzato lo stato di salute nelle Aree interne a livello di singolo distretto⁶. Come mostrano le figure vi è una significativa differenza per entrambi i sessi nel numero degli anni di vita persi precocemente nei distretti montani.

⁵ Passi d'Argento è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese che prende in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e permette di seguirli, producendo in tempo utile un'informazione per gli amministratori, per chi opera nel sistema sanitario, per gli ultra64enni stessi e per le loro famiglie.

⁶ Le aree interne sono i territori del paese più distanti dai servizi essenziali (quali istruzione, salute, mobilità).

Annri potenziali di vita persi - AVP Femmine

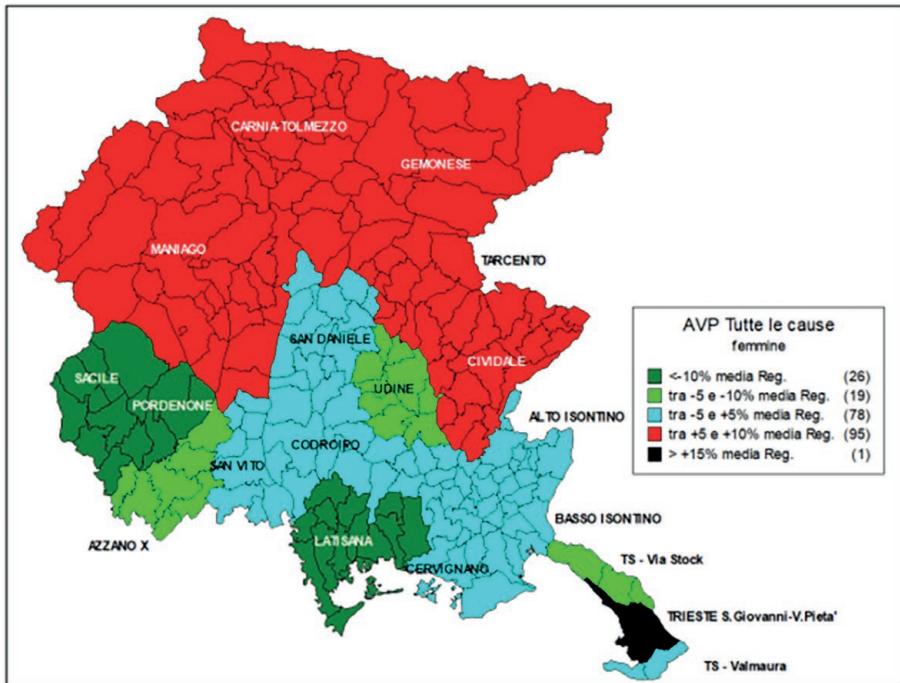


Figura 15: Tasso standardizzato di AVP per tutte cause per Distretto in rapporto al valore regionale. Quinquennio 2011-2015. Popolazione femminile. Fonte: "Chi siamo e dove stiamo andando: profili e trend di mortalità nei Distretti della Regione Friuli Venezia Giulia"

Annri potenziali di vita persi AVP Maschi

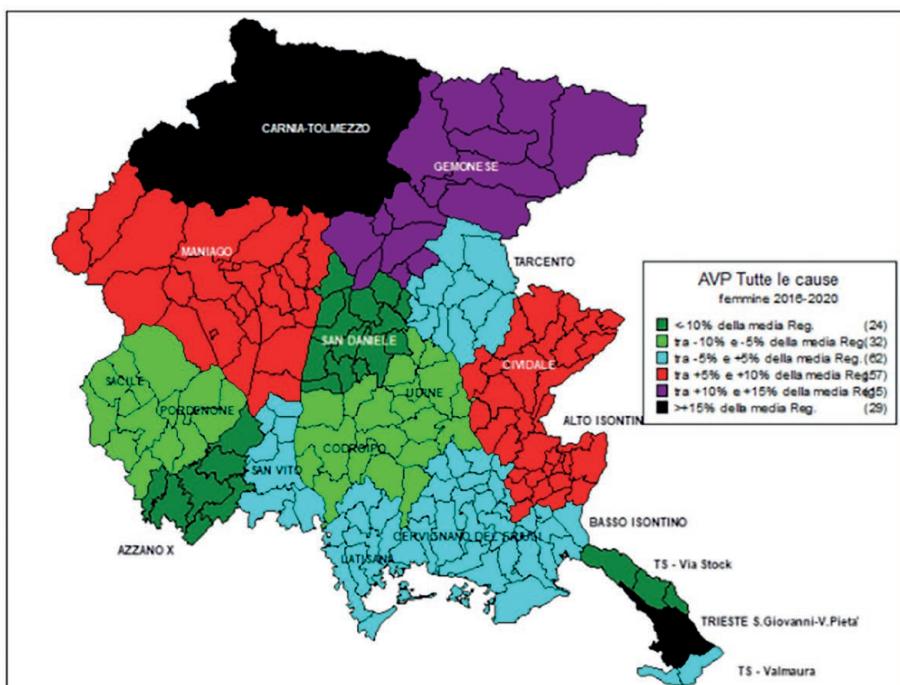


Figura 16: Tasso standardizzato di AVP per tutte cause per Distretto in rapporto al valore regionale. Quinquennio 2016-2020. Popolazione femminile.

IL RISPETTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA LEA – NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento di misurazione dell'aderenza dei servizi sanitari regionali al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁷. Gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 sono 88, distribuiti per macro-aree:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- 33 per l'assistenza distrettuale
- 24 per l'assistenza ospedaliera
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- 1 indicatore di equità sociale
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto)

I punteggi delle Regioni sono assegnati per i 73 indicatori "core" per le tre aree: prevenzione, distretto e ospedale. Il punteggio varia da 0 a 100.

La tabella riassume i punteggi degli ultimi anni. Il FVG totalizza punteggi mediamente superiori alla media italiana ma costantemente inferiori a quelli delle regioni limitrofe da cui è staccata di oltre 20 punti (Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, ecc.). Preoccupante è il peggioramento delle prestazioni del FVG in tutte e tre le aree di assistenza. Nella tabella a colori è invece riportata la somma di tutte le aree rielaborata da GIMBE che suddivide le regioni in tre fasce in base al punteggio riportato.

Regione FVG – punteggi LEA 2019-2022

Anno	Area prevenzione	Area distrettuale	Area ospedaliera
2019	80,39	78,35	80,62
2020	75,63	80,35	73,52
2021	85,32	79,42	78,22
2022	71,24	73,30	75,29
Posizione 2022 (pos.2019)	7°(10°)	11°(8°)	14°(9°)

⁷ I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (Qcket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

**Somma degli indicatori LEA delle tre aree per Regione – Ministero 2022
(elaborazione GIMBE)**

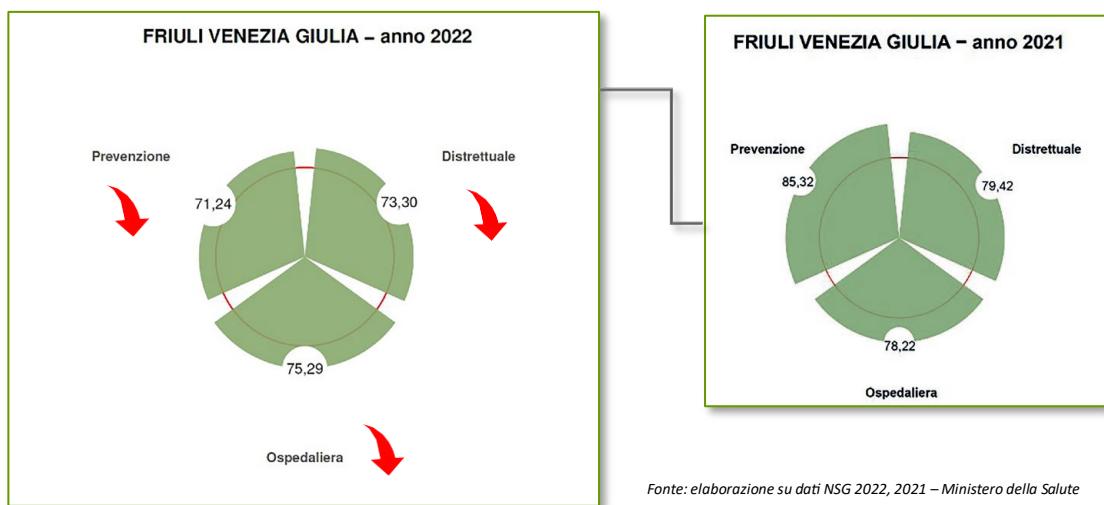
Regione	Punteggio totale 2022
Emilia-Romagna	285,20
Veneto	281,84
Toscana	275,31
Lombardia	270,93
Prov. Aut. di Trento	269,07
Piemonte	262,41
Umbria	247,89
Marche	243,20
Lazio	227,45
Liguria	225,71
Puglia	225,68
Friuli Venezia Giulia	219,83
Basilicata	208,41
Prov. Aut. di Bolzano*	206,40
Campania*	194,10
Abruzzo*	184,59
Sicilia*	183,60
Molise*	179,46
Sardegna*	166,11
Valle d'Aosta*	150,96
Calabria*	135,25
Quartili	≤184,59
	>184,59 e ≤225,68
	>225,68 e ≤262,41
	>262,41

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Tabella 5.5. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali (dati Mds, anno 2022)

Il dato di dettaglio è disponibile al link riportato in bibliografia. Di seguito il testo sulla regione FVG del rapporto 2022.

Figura 14. Risultati NSG 2022 vs. 2021 – Regione Friuli Venezia Giulia: punteggi complessivi CORE, per area di assistenza



Nell'anno 2022, la Regione Friuli Venezia Giulia si dimostra al di sopra della soglia di adempienza in tutte e tre le aree di assistenza, ma in peggioramento rispetto all'anno 2021: l'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica raggiunge un punteggio pari a 71,2 (85,3 nel 2021); l'area distrettuale registra un punteggio pari a 73,3 (79,4 nel 2021); l'area ospedaliera ha un punteggio pari a 75,3 nel 2022 (78,2 nell'anno 2021).

Analizzando i singoli indicatori **CORE** dell'**area prevenzione**, l'indicatore più critico è quello relativo alla copertura vaccinale MPR (punteggio pari a 28,5). Il peggioramento del punteggio rispetto all'anno 2021 potrebbe essere ascrivibile all'utilizzo della fonte informativa AVN. Si evidenzia positivamente il superamento della soglia di sufficienza per l'indicatore relativo ai controlli del settore veterinario.

Nell'**area distrettuale**, nell'anno 2022, gli indicatori più critici, che non raggiungono il livello di sufficienza, sono quello relativo ai tempi di attesa (punteggio pari a zero per scarsa qualità dei dati), quello riguardante l'assistenza domiciliare (CIA 1, CIA 2 e CIA 3), tra l'altro in deciso peggioramento rispetto all'anno 2021, e quello relativo al numero di deceduti per cause di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative.

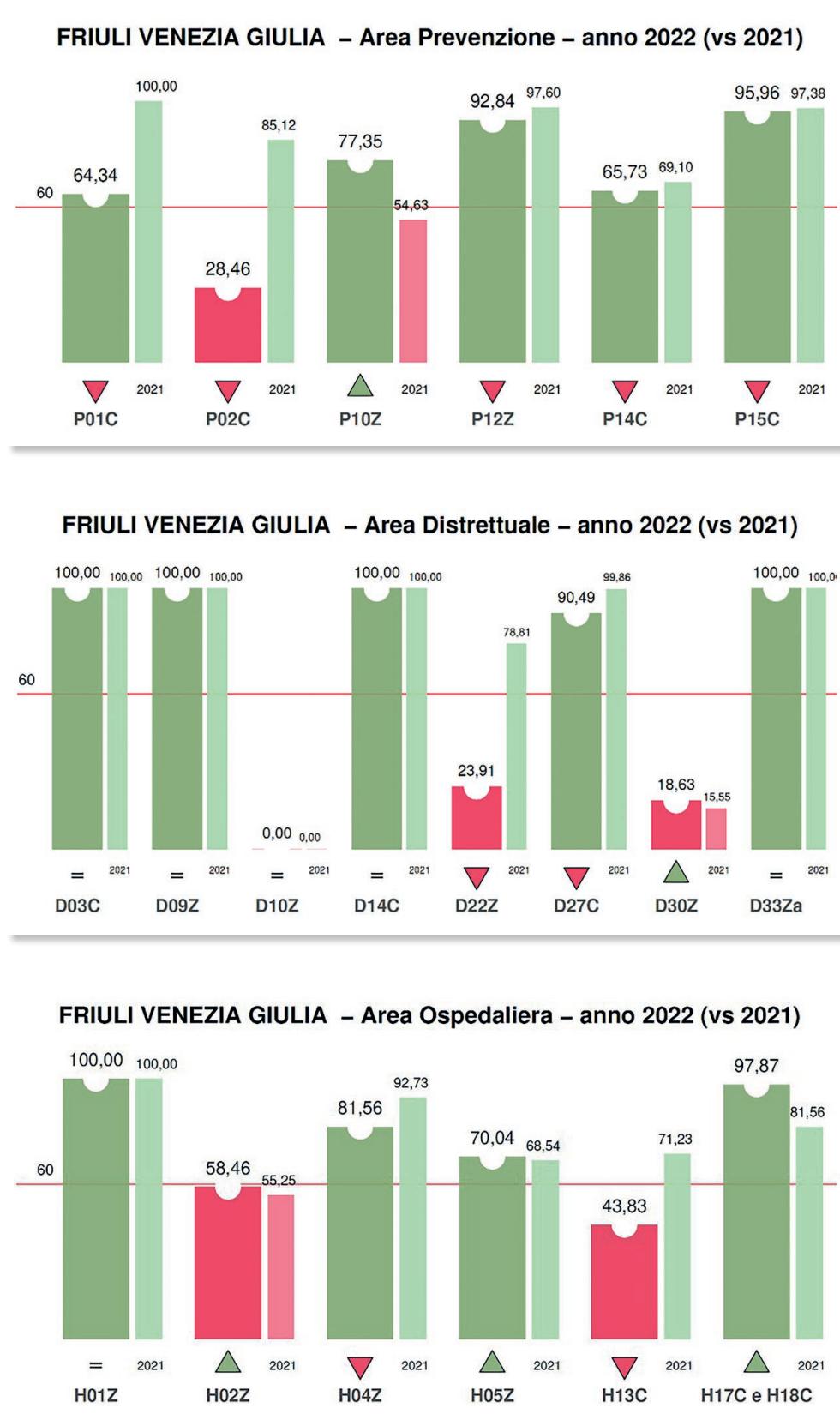
Per quanto concerne l'**area ospedaliera**, si evidenziano due indicatori sotto la soglia di sufficienza:

- H02Z: "Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi/annui", che assume un punteggio sostanzialmente stabile negli ultimi due anni, pari a 58,5 nel 2022
- H13C: "Percentuale di pazienti (65+) con diagnosi di frattura di femore operati entro due giorni", che nel 2021 aveva un punteggio pari a 71,2, sceso a 43,8 nel 2022.

Nella tabella seguente sono elencati gli indicatori delle tre aree: prevenzione, distrettuale e ospedaliera.

AREA PREVENZIONE	AREA ASSISTENZA DISTRETTUALE	AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA
<p>P01C=Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</p> <p>P02C=Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</p> <p>P10Z=Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino</p> <p>P12Z=Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</p> <p>P14C=Indicatore composito sugli stili di vita (Istat)</p> <p>P15C=Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto</p>	<p>D03C=Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco</p> <p>D09Z=Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso</p> <p>D10Z= % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</p> <p>D14C=Consumo di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici</p> <p>D22Z=Tasso di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrale - ADI per intensità di cura (Coeficiente di Continuità Assistenziale-CIA: CIA 1, CIA 2, CIA 3)</p> <p>D27C=% di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche</p> <p>D30Z=Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>D33Za=Numero di anziani (≥ 75aa) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</p>	<p>H01Z=Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</p> <p>H02Z=Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui</p> <p>H04Z=Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario</p> <p>H05Z=Proporzione colectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni</p> <p>H13C=% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario</p> <p>H17C - H18C=% di parti cesarei primari in strutture con meno (H17C) o più (H18C) di 1.000 parti all'anno</p>

Figura 15. Risultati NSG 2022 vs. 2021 - Regione Friuli Venezia Giulia: punteggi indicatori CORE, per area di assistenza



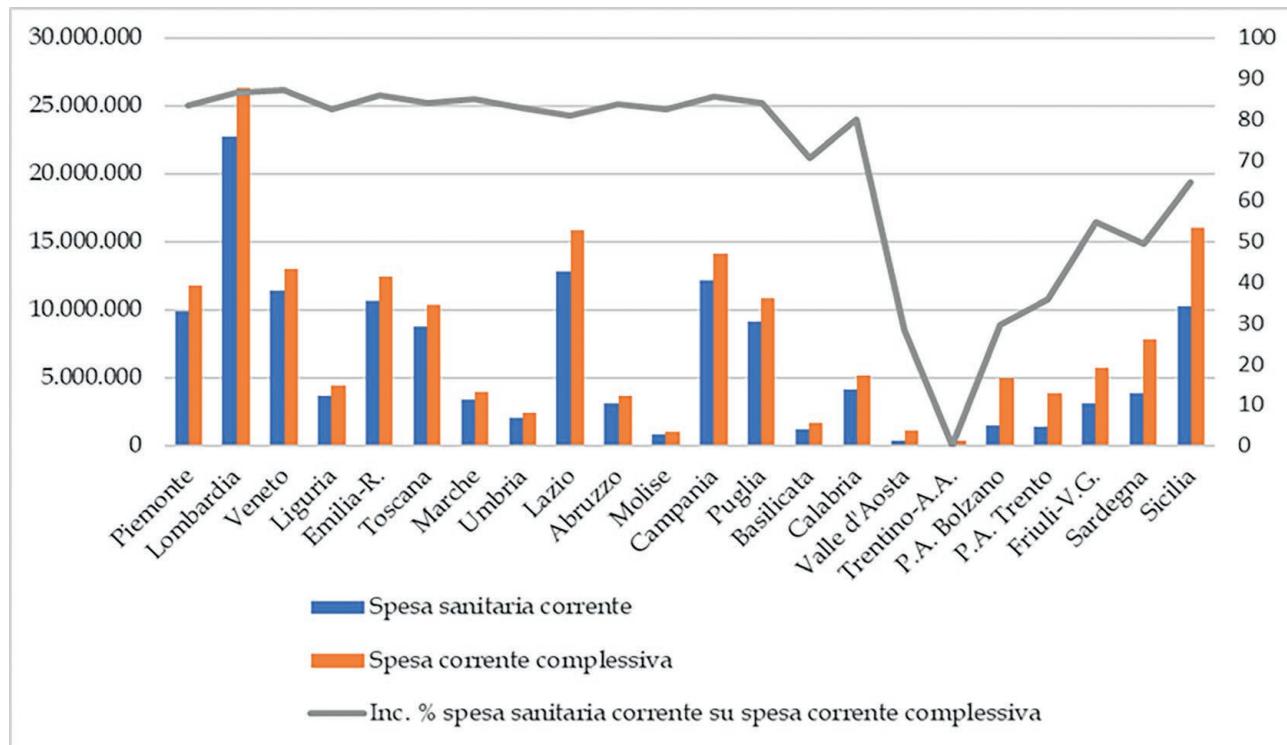
LE OSSERVAZIONI DELLA CORTE DEI CONTI E IL BILANCIO REGIONALE

IL LIVELLO NAZIONALE

La RELAZIONE SULLA GESTIONE FINANZIARIA DELLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME ESERCIZI 2020-2023 della Corte dei conti mette in luce che la spesa sanitaria complessiva, iscritta nei consuntivi relativi agli anni 2020-2022 delle Regioni/Province autonome ed evidenzia nel triennio una tendenza crescente (+9,3% rispetto al 2020) con una netta prevalenza della spesa corrente rispetto alle altre componenti; va comunque segnalato, su base annua, che la spesa per investimenti registra nel 2022 un sostanziale raddoppio rispetto all'anno precedente e ciò è dovuto anche all'effetto degli investimenti previsti dal PNRR.

Tabella 3/SA/REG – Andamento degli impegni della spesa sanitaria – Triennio 2020-2022 – Totale spesa sanitaria e spesa totale

Regioni/Province autonome	Totale spesa sanitaria			Variazioni %		Spesa totale			% Spesa sanitaria su Spesa totale		
	2020	2021	2022	2022 / 2020	2022 / 2021	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Piemonte	9.230.755	9.430.727	10.368.880	12,33	9,95	14.102.816	14.314.803	14.957.430	65,45	65,88	69,32
Lombardia	21.864.545	22.238.915	24.475.571	11,94	10,06	31.602.802	31.493.248	33.906.970	69,19	70,61	72,18
Veneto	10.246.715	10.654.669	12.000.446	17,12	12,63	14.993.864	14.976.958	15.939.977	68,34	71,14	75,29
Liguria	3.585.633	3.549.022	3.924.417	9,45	10,58	5.513.992	5.143.909	6.131.681	65,03	68,99	64,00
Emilia-Romagna	9.985.663	10.442.657	10.989.582	10,05	5,24	14.473.353	14.165.341	15.049.243	68,99	73,72	73,02
Toscana	8.201.361	8.437.011	8.983.173	9,53	6,47	12.227.368	12.034.832	12.701.081	67,07	70,10	70,73
Marche	3.320.710	3.317.688	3.444.782	3,74	3,83	5.361.796	4.715.681	4.976.086	61,93	70,35	69,23
Umbria	1.931.257	1.922.232	2.047.951	6,04	6,54	3.020.417	2.902.474	3.031.167	63,94	66,23	67,56
Lazio	12.761.522	12.873.573	13.082.733	2,52	1,62	21.663.624	19.972.690	21.458.111	58,91	64,46	60,97
Abruzzo	2.757.468	2.792.134	3.277.044	18,84	17,37	4.239.360	4.000.214	4.516.966	65,04	69,80	72,55
Molise	765.773	759.481	854.450	11,58	12,50	1.275.108	1.305.864	1.349.515	60,06	58,16	63,32
Campania	18.656.020	18.095.285	18.855.531	1,07	4,20	27.211.799	24.893.530	24.567.408	68,56	72,69	76,75
Puglia	8.319.187	8.345.884	9.326.318	12,11	11,75	14.942.603	14.183.278	14.178.360	55,67	58,84	65,78
Basilicata	1.140.207	1.167.969	1.312.393	15,10	12,37	2.482.445	2.161.016	2.298.084	45,93	54,05	57,11
Calabria	4.341.856	4.097.997	4.549.348	4,78	11,01	7.554.132	6.765.803	7.425.489	57,48	60,57	61,27
Totale RSO	117.108.672	118.125.244	127.492.619	8,87	7,93	180.665.479	173.029.641	182.487.567	64,82	68,27	69,86
Valle d'Aosta	307.283	331.835	337.332	9,78	1,66	1.382.108	1.997.286	1.463.342	22,23	16,61	23,05
Trentino-Alto Adige	0	0	0	n.a.	n.a.	553.728	522.141	413.539	0,00	0,00	0,00
P.A. Bolzano	1.490.041	1.529.258	1.582.335	6,19	3,47	6.075.611	6.833.834	6.641.299	24,52	22,38	23,83
P.A. Trento	1.312.610	1.320.186	1.446.545	10,20	9,57	4.897.835	5.093.350	5.538.710	26,80	25,92	26,12
Friuli-Venezia Giulia	2.985.566	3.007.763	3.286.676	10,09	9,27	6.638.564	6.966.440	7.066.924	44,97	43,18	46,51
Sardegna	3.636.918	3.817.452	4.041.466	11,12	5,87	7.971.501	8.326.133	9.360.351	45,62	45,85	43,18
Sicilia	9.921.456	11.765.079	11.354.524	14,44	-3,49	20.643.218	22.631.691	21.777.208	48,06	51,98	52,14
Totale RSS	19.653.875	21.771.572	22.048.877	12,19	1,27	48.162.564	52.370.875	52.261.373	40,81	41,57	42,19
Area Nord	54.913.310	56.315.989	61.758.896	12,47	9,66	80.686.827	80.094.260	85.985.300	68,06	70,31	71,82
Area Centro	26.214.851	26.550.505	27.558.640	5,13	3,80	42.273.206	39.625.677	42.166.445	62,01	67,00	65,36
Area Sud	35.980.512	35.258.750	38.175.083	6,10	8,27	57.705.446	53.309.705	54.335.822	62,35	66,14	70,26
RSO	117.108.672	118.125.244	127.492.619	8,87	7,93	180.665.479	173.029.641	182.487.567	64,82	68,27	69,86
RSS	19.653.875	21.771.572	22.048.877	12,19	1,27	48.162.564	52.370.875	52.261.373	40,81	41,57	42,19
Totale	136.762.547	139.896.816	149.541.496	9,34	6,89	228.828.044	225.400.517	234.748.940	59,77	62,07	63,70



La Corte dei conti ha svolto anche un'analisi della spesa per i tre Livelli Essenziali di Assistenza del Nuovo Sistema di garanzia. Le tabelle seguenti rappresentano la spesa, la spesa pro-capite e il punteggio NSG.

Tabella 16/SA/REG – Area prevenzione – Anno 2022

Regione/Provincia autonoma	Popolazione al 31/12/2022	Totale importo voce contabile	Pro capite	Punteggio NSG
Piemonte	4.251.351	446.344.741	105	88,79
Valle d'Aosta	123.130	19.855.622	161	48,48
Lombardia	9.976.509	1.352.283.226	136	90,18
Provincia autonoma di Bolzano	534.147	60.077.957	112	51,14
Provincia autonoma di Trento	542.996	55.997.443	103	94,27
Veneto	4.849.553	624.721.930	129	94,08
Friuli-Venezia Giulia	1.194.248	106.721.751	89	71,24
Liguria	1.507.636	131.105.828	87	61,41
Emilia-Romagna	4.437.578	597.997.973	135	96,13
Toscana	3.661.981	372.119.592	102	86,57
Umbria	856.407	103.593.325	121	79,59
Marche	1.484.298	141.113.454	95	60,91
Lazio	5.720.536	511.022.728	89	74,08
Abruzzo	1.272.627	122.669.198	96	49,31
Molise	290.636	46.371.770	160	50,69
Campania	5.609.536	686.981.348	122	69,68
Puglia	3.907.683	437.058.306	112	75,97
Basilicata	537.577	55.008.428	102	68,46
Calabria ⁽¹⁾	1.846.610	217.886.692	118	36,59
Sicilia	4.814.016	584.847.493	121	47,18
Sardegna	1.578.146	204.086.272	129	46,55

Tabella 17/SA/REG – Area distrettuale – Anno 2022

Regione/Provincia autonoma	Popolazione al 31/12/2022	Totale importo voce contabile	Pro capite	Punteggio NSG
Piemonte	4.251.351	5.574.360.637	1.311	86,55
Valle d'Aosta	123.130	165.664.897	1.345	47,25
Lombardia	9.976.509	12.806.211.834	1.284	94,66
Provincia autonoma di Bolzano	534.147	781.069.845	1.462	77,03
Provincia autonoma di Trento	542.996	798.538.052	1.471	76,45
Veneto	4.849.553	6.008.382.252	1.239	96,40
Friuli-Venezia Giulia	1.194.248	1.540.515.186	1.290	73,30
Liguria	1.507.636	1.974.515.874	1.310	86,81
Emilia-Romagna	4.437.578	6.054.049.948	1.364	95,57
Toscana	3.661.981	4.874.163.497	1.331	96,42
Umbria	856.407	1.107.828.724	1.294	83,88
Marche	1.484.298	1.988.514.268	1.340	91,03
Lazio	5.720.536	6.800.837.331	1.189	72,07
Abruzzo	1.272.627	1.525.675.041	1.199	62,18
Molise	290.636	326.490.757	1.123	61,23
Campania	5.609.536	5.716.099.067	1.019	55,76
Puglia	3.907.683	4.985.815.907	1.276	70,02
Basilicata	537.577	708.364.363	1.318	61,92
Calabria ⁽¹⁾	1.846.610	2.546.025.228	1.379	34,88
Sicilia	4.814.016	6.013.357.486	1.249	58,04
Sardegna	1.578.146	2.190.778.433	1.388	50,45

Tabella 18/SA/REG – Area ospedaliera – Anno 2022

Regione/Provincia autonoma	Popolazione al 31/12/2022	Totale importo voce contabile	Pro capite	Punteggio NSG
Piemonte	4.251.351	4.172.821.812	982	87,07
Valle d'Aosta	123.130	162.978.526	1.324	55,23
Lombardia	9.976.509	10.059.883.140	1.008	86,09
Provincia autonoma di Bolzano	534.147	808.113.086	1.513	75,23
Provincia autonoma di Trento	542.996	721.597.813	1.329	98,35
Veneto	4.849.553	5.125.276.311	1.057	91,36
Friuli-Venezia Giulia	1.194.248	1.442.456.947	1.208	75,29
Liguria	1.507.636	1.812.951.906	1.203	77,49
Emilia-Romagna	4.437.578	4.951.017.086	1.116	93,50
Toscana	3.661.981	3.938.428.900	1.075	92,32
Umbria	856.407	971.129.736	1.134	84,42
Marche	1.484.298	1.489.065.486	1.003	91,26
Lazio	5.720.536	6.025.026.468	1.053	81,30
Abruzzo	1.272.627	1.431.184.020	1.125	73,10
Molise	290.636	435.180.877	1.497	67,54
Campania	5.609.536	5.800.165.305	1.034	68,66
Puglia	3.907.683	3.580.349.472	916	79,69
Basilicata	537.577	563.380.585	1.048	78,03
Calabria ⁽¹⁾	1.846.610	1.963.987.652	1.064	63,78
Sicilia	4.814.016	4.286.210.040	890	78,38
Sardegna	1.578.146	1.449.165.629	918	69,11

La Corte dei conti così si esprime sulla sanità nell'ultima RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI 2022-2023.

Il relativo contenimento della spesa pubblica sanitaria e il fenomeno delle liste di attesa hanno come corollario una spesa privata al di fuori del Servizio sanitario nazionale che appare assai elevata, crescente, e molto superiore a quella degli altri paesi dell'UE. Nel 2022, in Italia la spesa diretta a carico delle famiglie è stata il 21,4% di quella totale, pari ad un valore pro capite di 624,7 euro, in crescita del 2,10% rispetto al 2019, con ampi divari tra Nord (che spende mediamente di più) e Mezzogiorno. Confrontandola con quella dei maggiori paesi europei, a fronte del 21,4% di quella italiana, corrispondente, a parità di potere d'acquisto, a 920 dollari pro capite, l'out of pocket in Francia raggiunge appena l'8,9% del valore totale (corrispondente, per il 2021, 544 dollari pro capite), l'11% in Germania (882 dollari pro capite).

Nel confronto internazionale prendendo a riferimento l'anno 2022, la spesa sanitaria pubblica italiana, pari a circa 131 miliardi, risulta ridotta rispetto ai 423 della Germania e ai 271 della Francia. A parità di potere d'acquisto, la spesa italiana pro capite risulta meno della metà di quella della Germania. Nel biennio della pandemia, 2020-2021, la spesa sanitaria pubblica è aumentata, in valore cumulato, del 15,5% in Italia, un incremento molto superiore al decennio precedente, ma inferiore a quello registratosi in Francia (+19,2%), Germania (18,4%), e Regno Unito (+28,6%). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è stata pari al 6,8%, superiore di un decimo di punto a quella del Portogallo (6,7%) e di 1,7 punti rispetto alla Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti a quella francese (10,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%).

IL LIVELLO REGIONALE

Rispetto alla sanità la Corte dei conti della Regione Friuli Venezia Giulia così si esprime nell'ultima relazione.

Nell'ambito sanitario deve, infine, essere rimarcata la necessità di un'attenta e nitida visione programmatica, nonché l'importanza del ruolo di regia e coordinamento regionale nel governo delle risorse, non solo finanziarie, che per loro natura sono limitate. La realizzazione di un adeguato e reale sistema di programmazione, che sia coerente, possibile, dinamico e verificabile, è espressione di un effettivo governo che presidia la macchina amministrativa garantendo contemporaneamente la legalità, l'imparzialità e la trasparenza dell'azione e delle connesse evidenze contabili, così da divenire una casa di vetro dell'entrata e della spesa. Le risultanze della gestione dell'ambito sanitario hanno consentito di rilevare una tendenza all'imposizione in sede di programmazione di una serie di vincoli gestionali (in materia di spesa del personale, di contenimento della spesa farmaceutica, di acquisto di dispositivi medici e di spese per manutenzioni edili ed impiantistiche) il cui rispetto appariva, per condizioni conosciute o conoscibili sin dalla fase di programmazione stessa, improbabile. Le motivazioni addotte, infatti, per giustificarne a consuntivo il relativo sforamento rendono particolare evidenza della criticità che non è rinvenibile nello scostamento in quanto tale, la cui portata finanziaria nell'insieme delle risorse impiegate è peraltro modesta, ma nel processo di programmazione iniziale. L'adeguata programmazione, espressiva dell'autonomia, si attua anche mediante la consapevole formulazione dei autovincoli di coordinamento della finanza pubblica che, una volta apposti, divengono imperativi per l'amministrazione. Questi, inoltre, se espressivi delle effettive esigenze del contesto territoriale possono assumere la rilevanza di obiettivi utili per misurare i processi e per garantire miglioramenti ripetibili nel tempo. La realizzazione, quindi, di un adeguato sistema di programmazione del Servizio Sanitario, in un contesto di forti investimenti infrastrutturali trainati dal PNRR, può e deve costituire un utile elemento di vantaggio atto a fornire prestazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate agli assistiti, attraverso le strutture pubbliche vincolate all'erogazione del servizio nell'osservanza dell'efficienza e buon andamento.

LA SPESA SANITARIA IN FVG

Questo paragrafo è costruito sulla base degli Atti regionali le cui cifre, per modalità di tenuta dei bilanci, possono differire in parte da quelli della Corte dei Conti.

Nel bilancio regionale nel 2019/2023 gli impegni di spesa per la Tutela della Salute sono cresciuti del 11,3%. Si tratta di un aumento meno consistente rispetto alle altre Regioni del nord (in Veneto cresce del 21,7% e a Trento del 19,9%) con esclusione della Liguria (+11,2%).

Per quanto riguarda la spesa corrente per la sanità destinata all'acquisto di prestazioni da privato accreditato, nel periodo 2019-2022 le risorse sono cresciute in misura significativa: in termini di pagamenti, da 106,2 a 128,1 milioni, circa 22 milioni in più pari al 20,6% di risorse aggiuntive.

Parte di queste risorse sono state destinate alla progettualità “recupero liste d’attesa e fuga extraregionale”, senza però ottenere risultati positivi sensibili così come rilevato da AGENAS.

La spesa per il personale sanitario del 2022 in base alle risultanze di una recente indagine (Corte dei Conti, 2024) è stata pari a un miliardo e 28,5 milioni, in crescita del 6,3% rispetto al 2019; tale variazione positiva è però più contenuta rispetto alla media rilevata per le Regioni a Statuto Speciale (+6,9%) e per l’intero comparto delle Regioni e Province autonome (+ 9,3%).

In forte crescita nella nostra regione è la spesa per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie: + 77% (da 24,350 a 43,437 milioni). Nel 2019/22, a livello nazionale la crescita media delle Regioni e Province Autonome è pari al 46,2%.

RIPARTIZIONE DELLE RISORSE A LIVELLO TERRITORIALE

La ripartizione delle risorse all’interno della regione e destinate alle singole aziende riscontra ancora importanti differenze. Se si suddivide il totale finanziato per il numero degli abitanti calcolati con la popolazione pesata (quindi tenendo conto di anzianità e altri parametri) ogni cittadino Giuliano Isontino riceve 1.600 euro a testa, ogni Udinese 1.611 e ogni Pordenonese 1.447. Anche si volesse aggiungere a Pordenone anche metà del finanziamento al CRO (oltre la metà delle prestazioni del CRO è erogata per fuori regione e fuori provincia) arriveremmo a 1.476 euro pro/capite, ma la stessa operazione dovrebbe essere fatta per il Burlo e le distanze rimarrebbero invariate. In definitiva se Pordenone ricevesse la stessa quota pro-capite di Trieste dovrebbe aver assegnati 56 milioni in più, se ricevesse la stessa di Udine l’assegnazione ammonterebbe a 52 milioni in più.

È evidente che le differenze sono importanti ed è evidente che non si tratta solo di finanziamento ma di servizi che quel finanziamento produce di più in un territorio rispetto ad un altro. È noto da dati ufficiali, che la salute mentale a Trieste ha il 30% di più di spesa per il personale e il servizio delle dipendenze ha il doppio di addetti. È anche noto che diversi reparti ospedalieri a parità di prestazioni erogate hanno il 20-30% di personale in più.

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE) – AGENAS ED. 2024

Il PNE è, assieme al sistema di indicatori di performance Bersaglio, lo strumento di analisi e misurazione più articolato e complesso e ha come finalità quella di identificare i livelli di qualità e stimolare audit su eventuali punti critici. Di seguito si riportano solo i grafici di comparazione tra regioni contenuti nell'edizione 2024. Tutti i 205 indicatori sono disponibili nel sito riportato in bibliografia.

“L’edizione 2024 del PNE fa riferimento all’attività assistenziale effettuata nell’anno 2023 da 1.363 ospedali pubblici e privati, e a quella relativa al periodo 2015-2023 per la ricostruzione dei trend temporali. Sono stati calcolati complessivamente 205 indicatori, di cui: 180 relativi all’assistenza ospedaliera (70 di esito/processo, 88 di volume e 22 di ospedalizzazione) e 25 relativi all’assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4)”.

Le figure seguenti presentano gli indicatori di processo/esito nei quali sono presentati i raffronti tra regioni.

Figura 10

Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche), per Regione/P.A. Italia, 2023

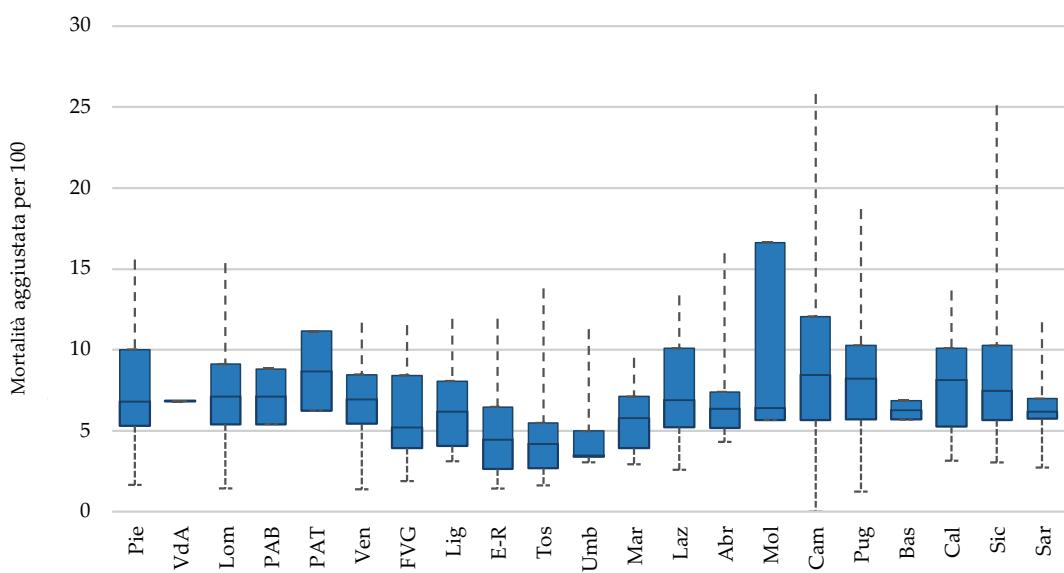


Figura 12

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90' dall'accesso in struttura di ricovero, per Regione/P.A. Italia, 2023

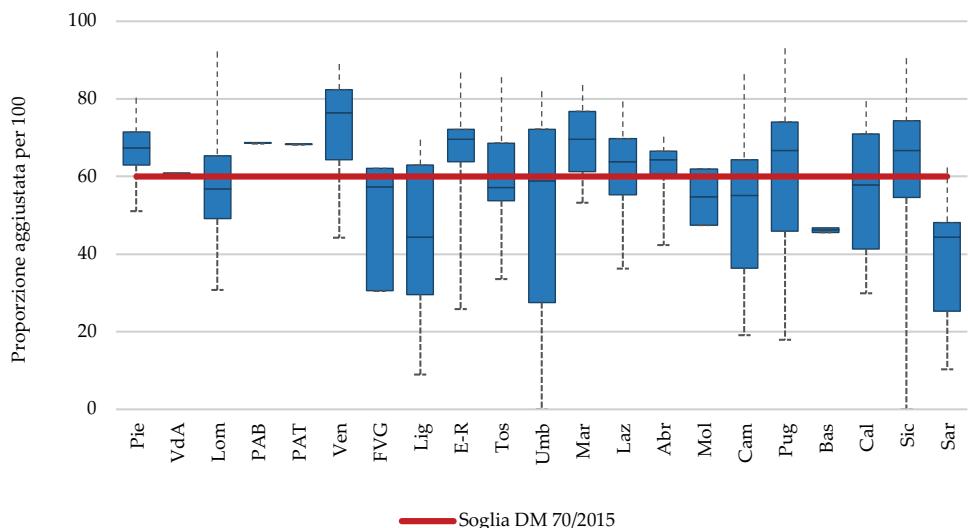


Figura 17

Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche), per Regione/P.A. Italia, 2023

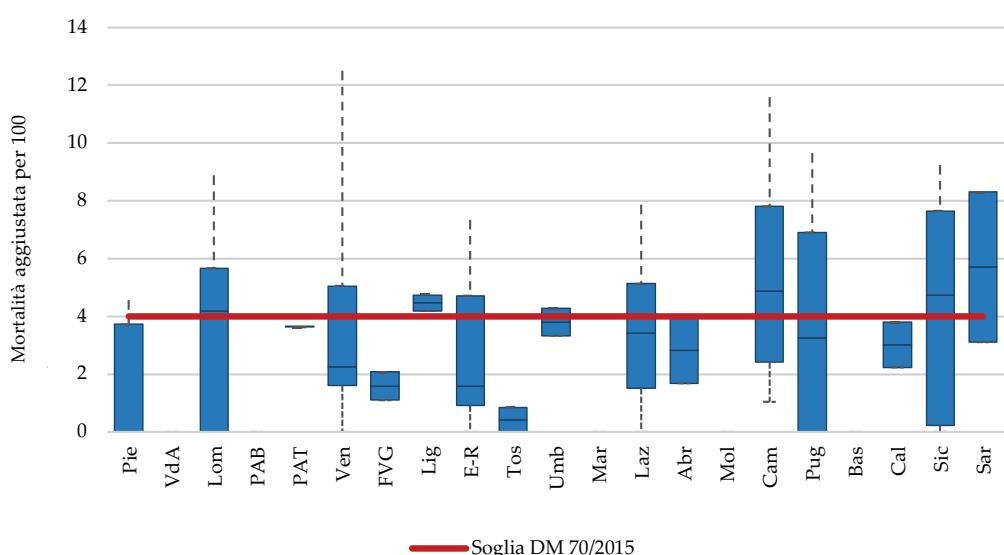
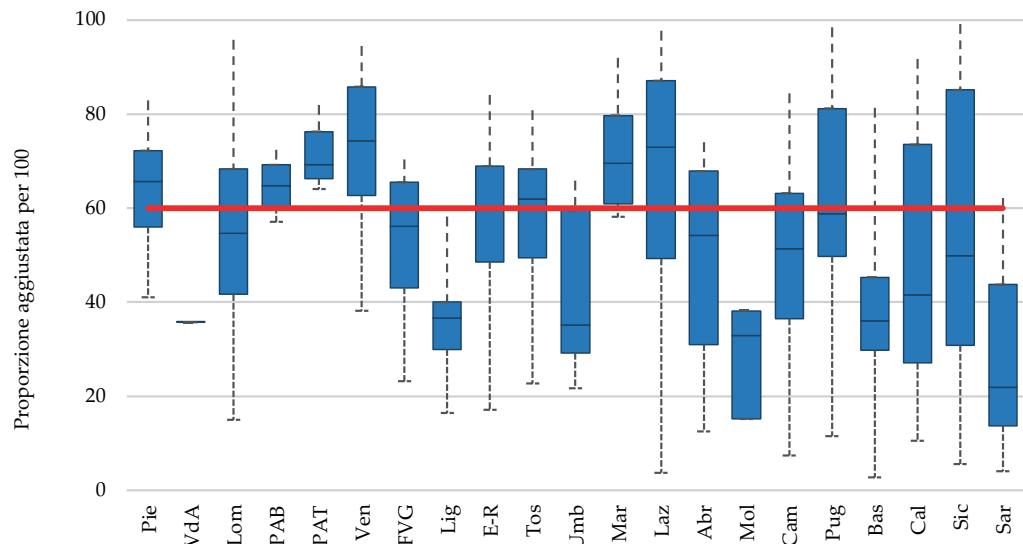


Figura 23

Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥65 anni: proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore, per Regione/P.A. Italia, 2023

**Figura 49**

Colecistectomie laparoscopiche: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni, per Regione/P.A. Italia, 2023

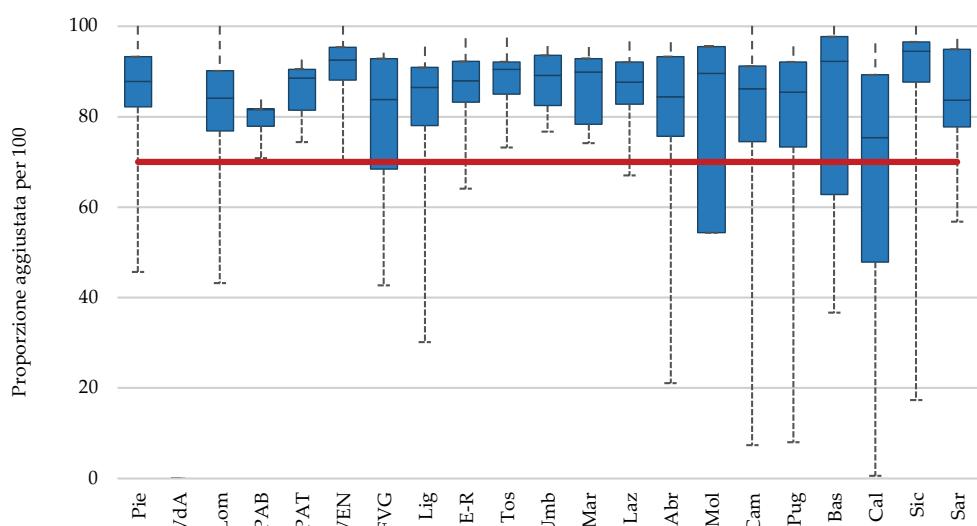


Figura 54

Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2023

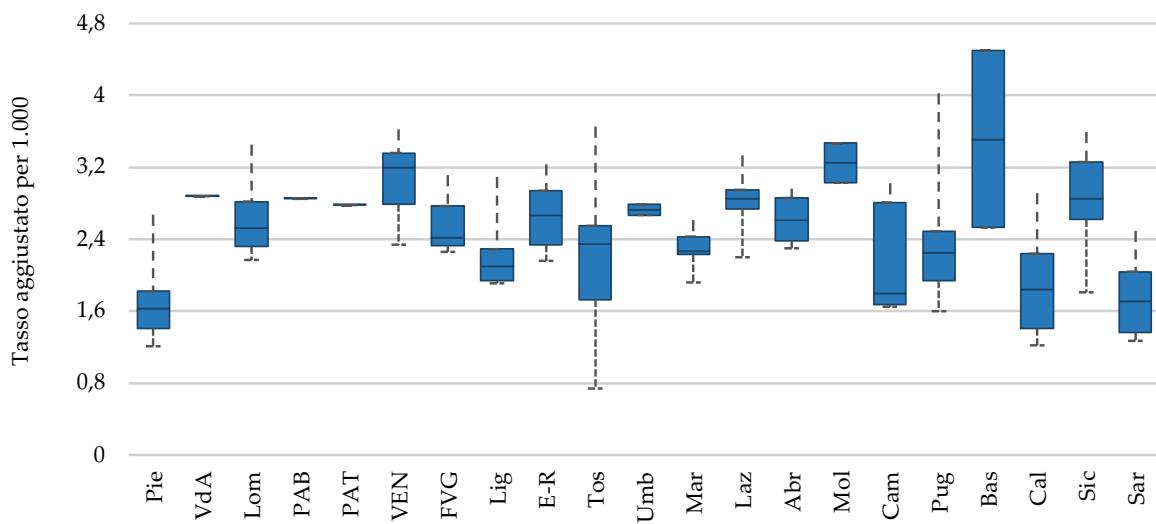


Figura 55

Broncopneumopatia cronica ostruttiva: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2023

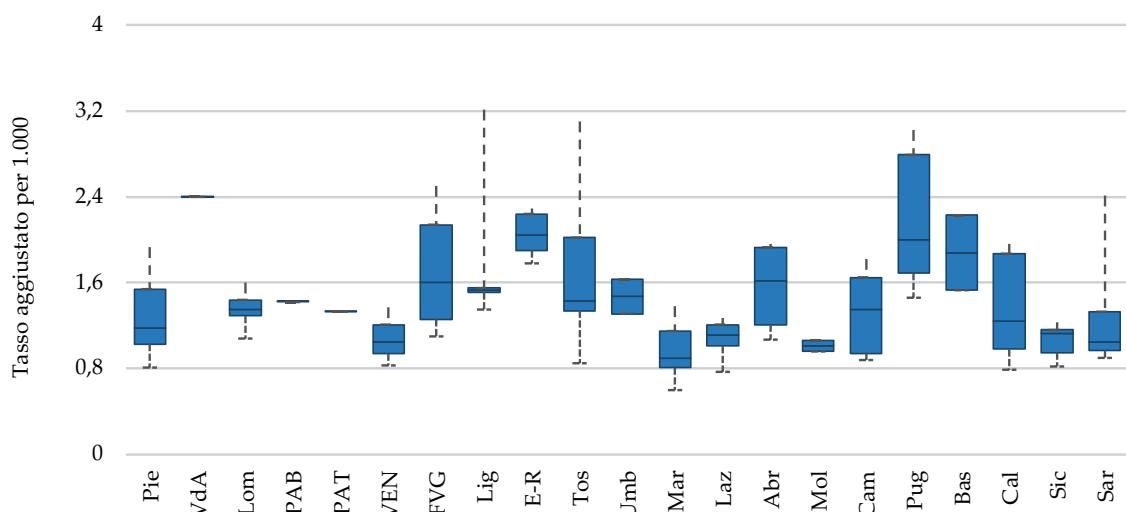
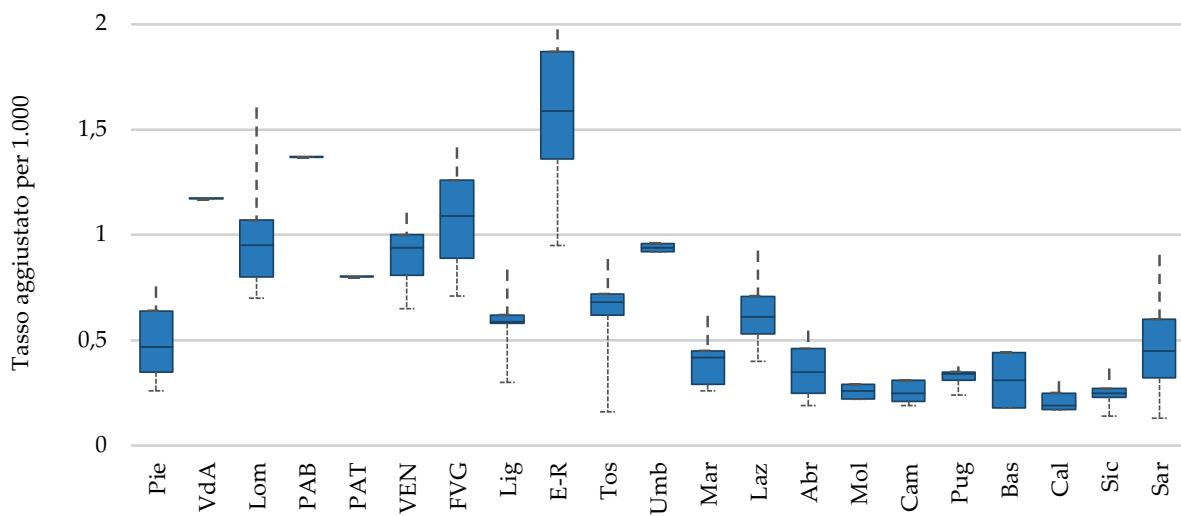


Figura 56

Infezioni del tratto urinario: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2023

**Figura 57**

Complicanze a breve e lungo termine per diabete: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2023

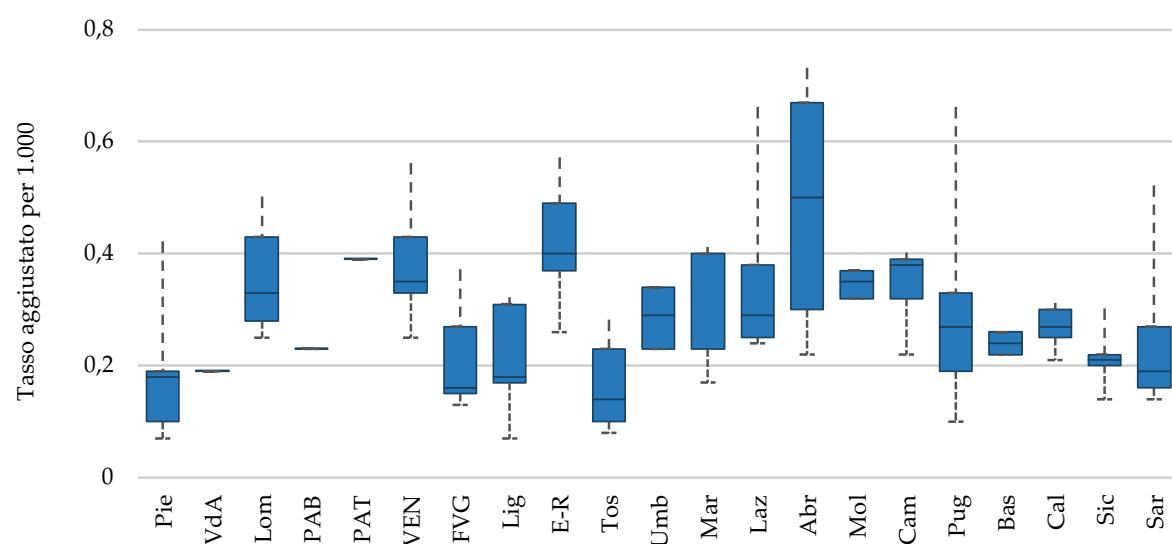


Figura 58

TSO: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2023

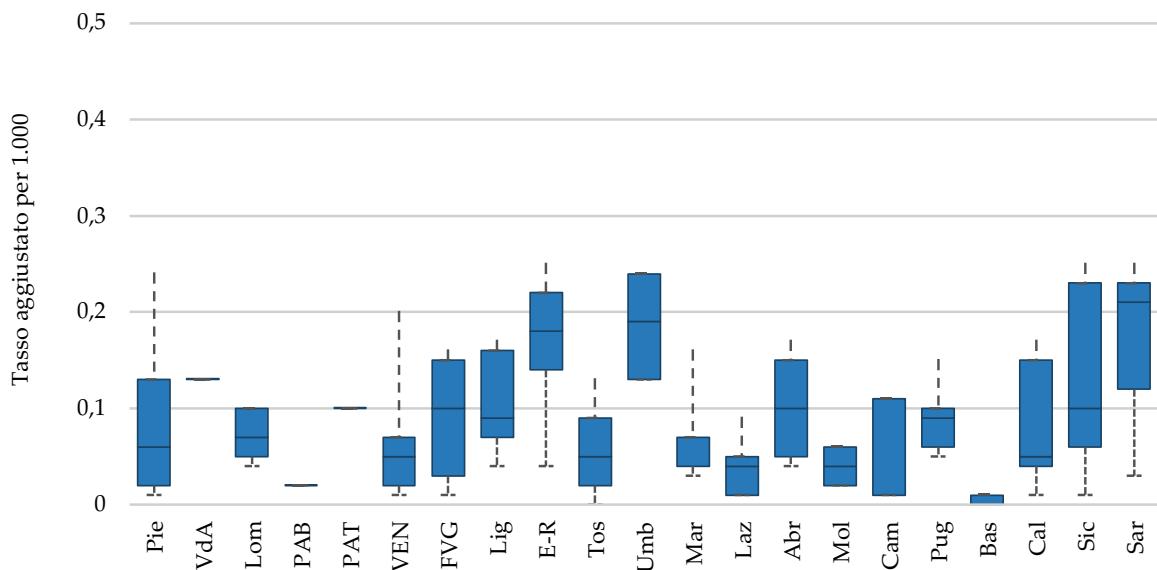


Figura 60

IMA: MACCE a 1 anno per area geografica. Italia, 2022

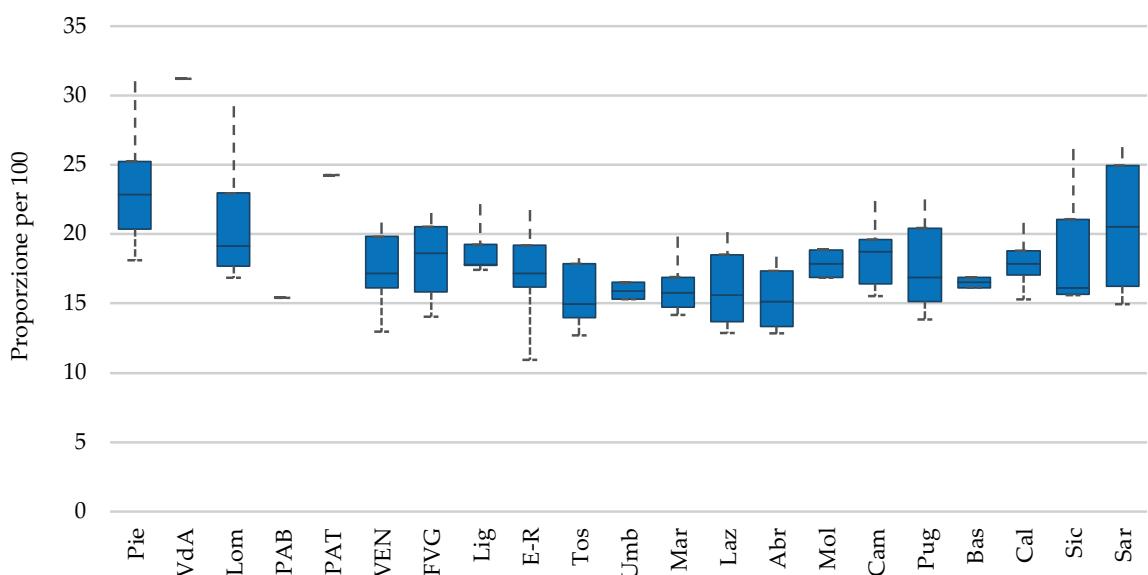


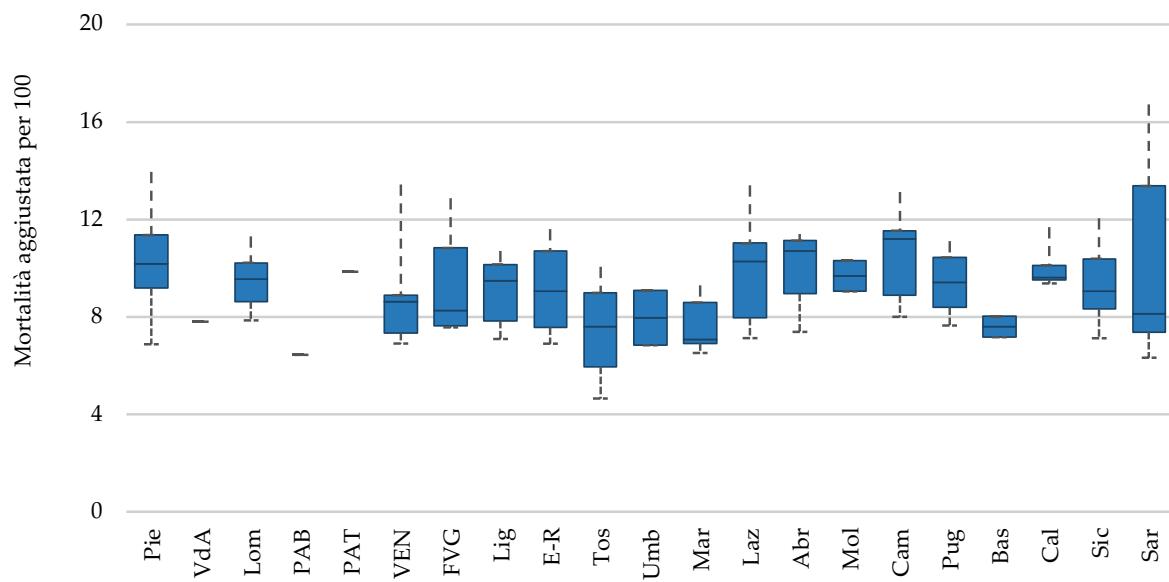
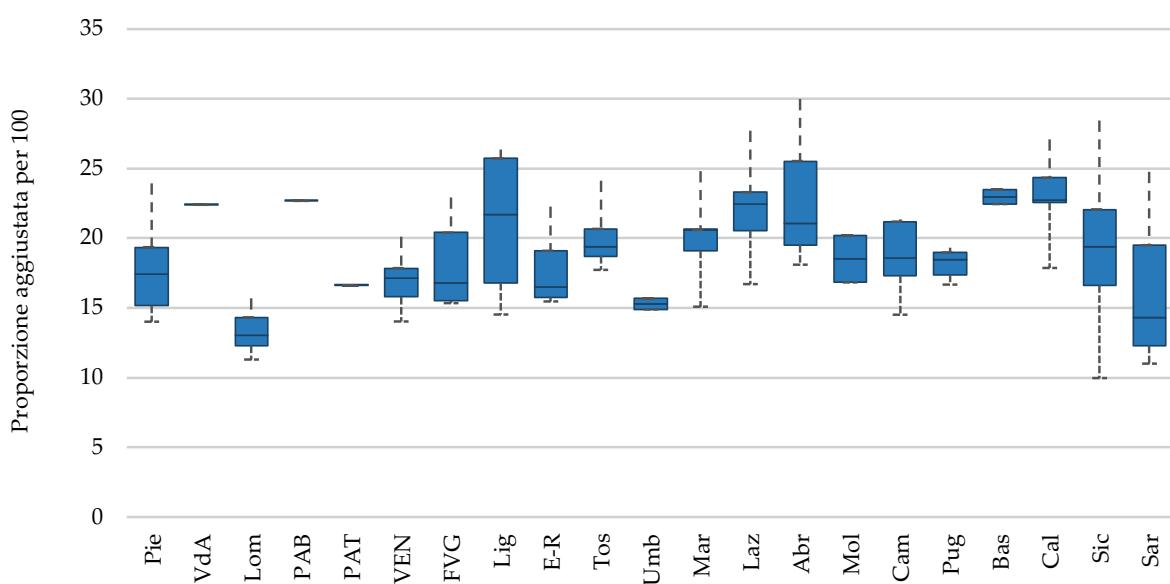
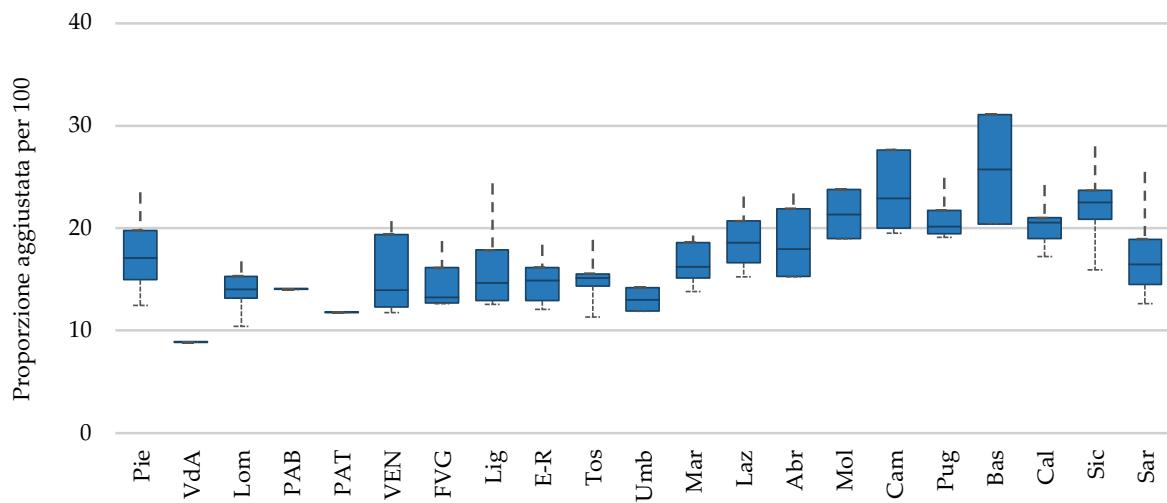
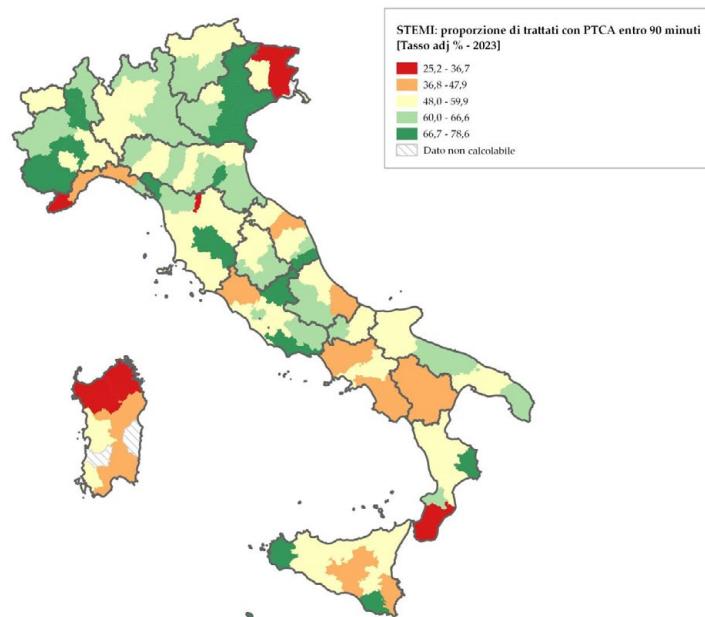
Figura 62**IMA: mortalità a un anno per area geografica. Italia, 2022****Figura 64****Ictus ischemico: MACCE a 1 anno per area geografica. Italia, 2022**

Figura 66

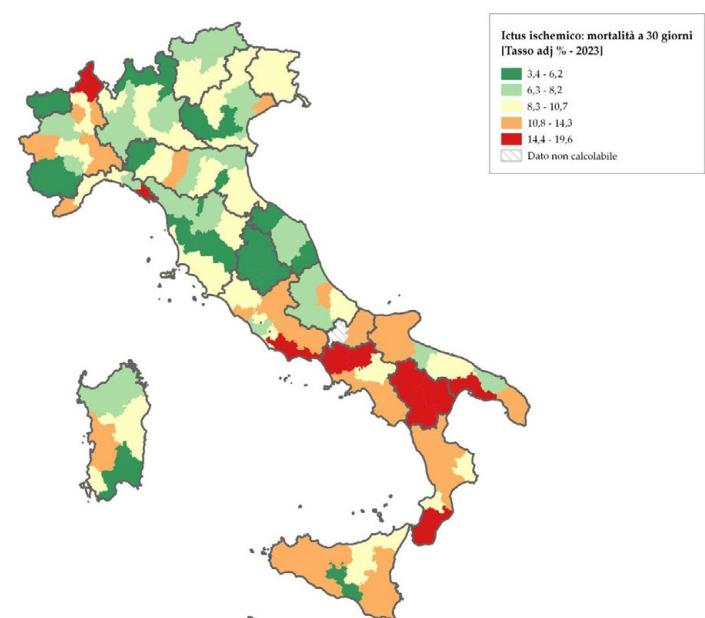
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno per area geografica. Italia, 2022



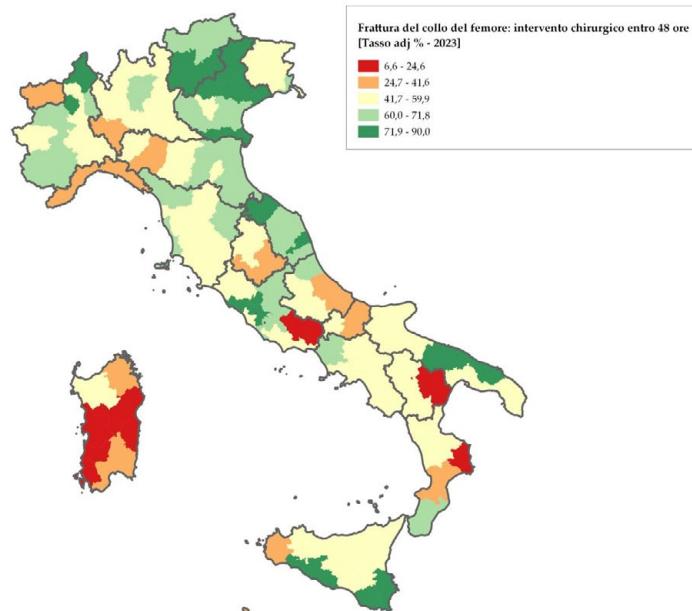
Analisi della funzione di tutela – STEMI: proporzione PTCA entro 90 min.



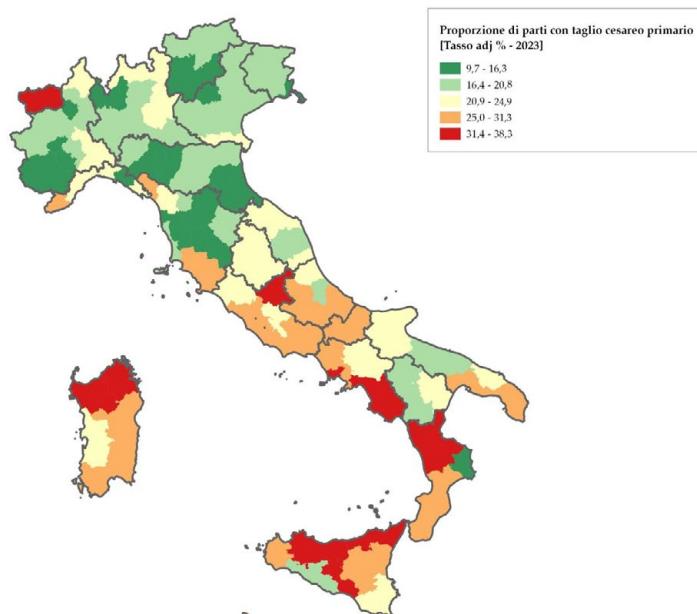
Analisi della funzione di tutela - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico



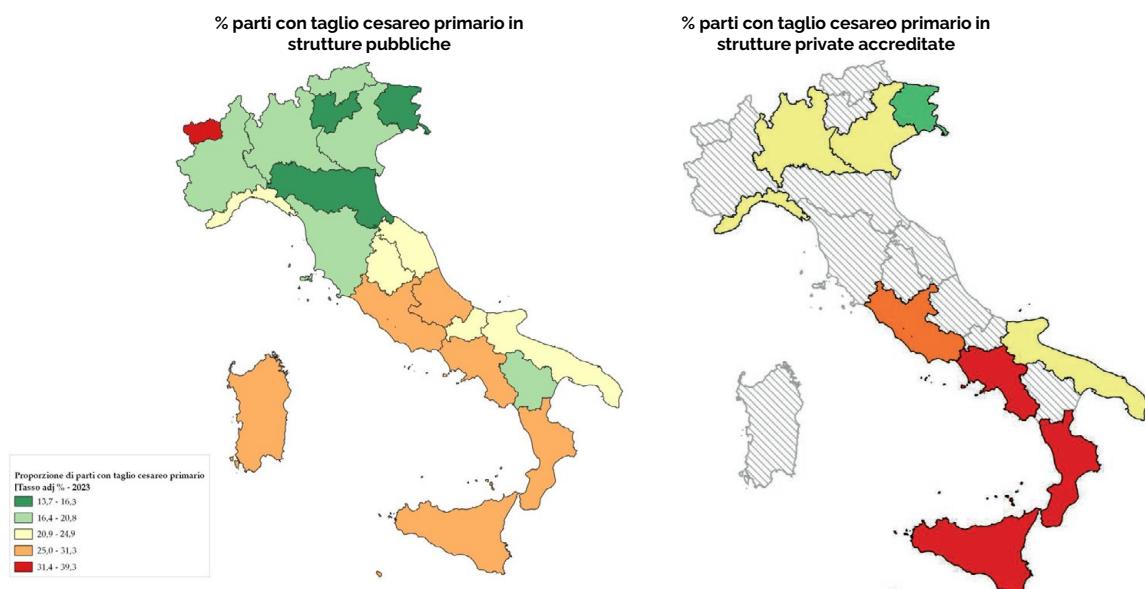
Analisi della funzione di tutela – Intervento frattura femore entro 48 ore



Analisi della funzione di tutela - Proporzione di partori con taglio cesareo



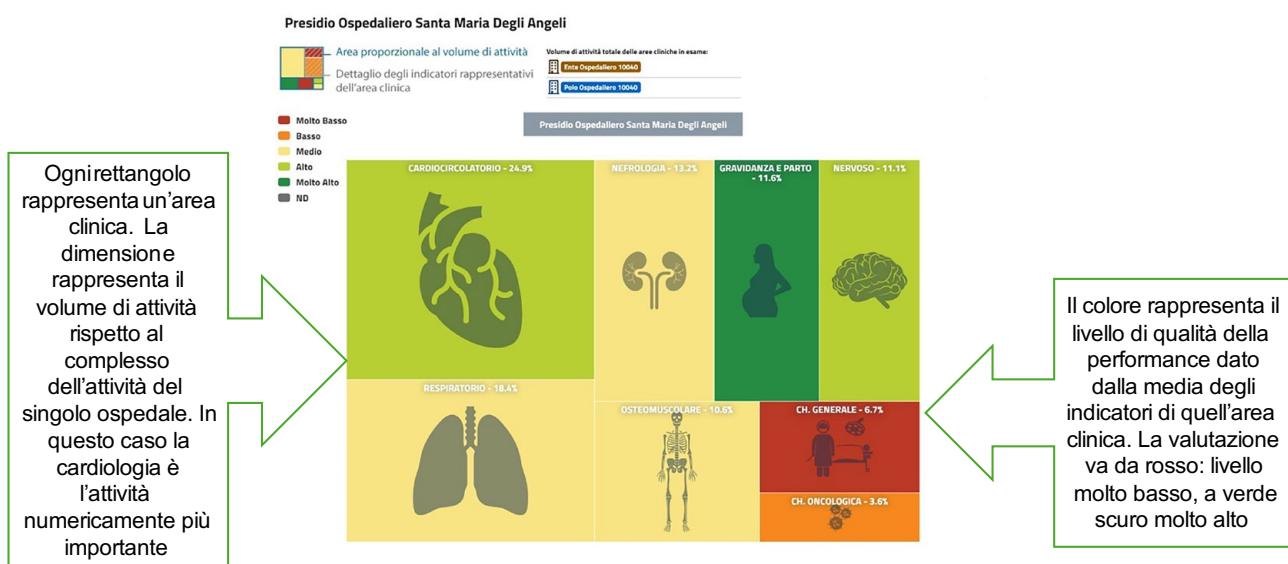
Analisi della funzione di tutela - Proporzione di parto con taglio cesareo



La rappresentazione grafica per singola area delle figure precedenti che AGENAS ha sviluppato solo per alcuni degli indicatori evidenzia come il Friuli Venezia Giulia abbia un buon livello di performance solo per l'area del parto. Per tutte le altre presenta un livello basso o molto basso e comunque inferiore alla maggioranza dei territori del Nord Italia.

I TREEMAP

“Le treemap rappresentano graficamente ogni struttura ospedaliera attraverso un rettangolo suddiviso in aree cliniche. Tale rappresentazione consente di valutare separatamente ciascuna area clinica per ogni struttura. La grandezza dei rettangoli è definita sulla base del volume complessivo di attività delle diverse aree cliniche; il colore è individuato sulla base della valutazione, calcolata come media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. Per ciascuna struttura, il punteggio per area clinica è stato ottenuto come media ponderata dei punteggi attribuiti in base ai risultati degli indicatori rappresentativi dell’area. Per alcune condizioni valutate nel PNE è stato applicato un vincolo di volume che prevede il raggiungimento di un numero minimo di casi annui. Se tale soglia non è rispettata, l’indicatore è considerato di livello di qualità molto basso, indipendentemente dal risultato ottenuto. Le soglie sono state definite sulla base delle indicazioni contenute nel DM 70/2015 del Ministero della Salute o sulla base delle evidenze scientifiche. I vincoli sono stati applicati per le seguenti condizioni: bypass aorto-coronarico; aneurisma addominale non rotto; colecistectomia laparoscopica; intervento chirurgico per TM della mammella; intervento chirurgico per TM del colon; intervento chirurgico per TM del polmone; parti; intervento per frattura di femore; protesi di anca; protesi di ginocchio”.



Le aree sono rappresentate con un colore in base al punteggio ottenuto: rosso molto basso, arancio basso, giallo medio, verde chiaro alto, verde scuro molto alto. Di seguito le treemap di tutti gli ospedali della regione. Sono stati esclusi quelli riabilitativi IMFR Gervasutta e Pineta del Carso. L’elenco degli indicatori usati per ciascuna area clinica sono quelli riportati nella tabella seguente. Nella lettura dei grafici va tenuto presente che la valutazione diventa automaticamente rossa (molto bassa) se non sono raggiunti i volumi minimi di attività presenti nell’ultima colonna (soglia) anche se gli altri indicatori hanno un buon risultato. Questa spiega il rosso di tre punti nascita (Latitana, Tolmezzo e San Vito), di molte chirurgie e di molte chirurgie oncologiche. Per chi volesse approfondire anche in questo caso le valutazioni per singolo indicatore sono presenti nel sito.

AREA CLINICA	INDICATORE	PESO (%)	1	2	3	4	5	VINCOLO*		SOGLIA
								Molto alto	Alto	
CARDIO-CIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni	30	≤6	6 - 8	8 - 12	12 - 14	>14			
	IMA: % trattati con PTCA entro 90 minuti	15	≥60	50 - 60	40 - 50	20 - 40	<20			
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10	≤6	6 - 9	9 - 14	14 - 18	>18			
	BAC: mortalità a 30 giorni	20	≤1.5		1.5 - 4		>4	Volume di interventi	180**	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole: mortalità a 30gg	15	≤1.5		1.5 - 4		>4			
	Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30gg	10	≤1		1 - 3		>3			
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75	≤8	8 - 10	10 - 14	14 - 16	>16			
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	≤1.5		1.5 - 3.5	3.5 - 5	>5			
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100	≤5	5 - 7	7 - 12	12 - 16	>16			
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post- operatoria <3 giorni	100	≥80	70 - 80	60 - 70	50 - 60	<50	Volume di ricoveri	90	
CH. ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	34	≤5	5 - 8	8 - 12	12 - 18	>18	Volume di ricoveri	135	
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	33	≤0.5		0.5 - 3		>3	Volume di ricoveri	85	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	33	≤1	1 - 3	3 - 6	6 - 8	>8	Volume di ricoveri	45	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500≤ vol < 1000)	70	≤10	10 - 20	20 - 30	30 - 35	>35	Volume di ricoveri	500	
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (vol≥1000)	70	≤20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	>35			
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	15	≥40	25 - 40	13 - 25	5 - 13	≤5			
	Proporzione di episiotomie in parti vaginali	15	≤5	5 - 10	10 - 15	15 - 20	>20			
OSTEO-MUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	60	≥70	60 - 70	40 - 60	30 - 40	<30	Volume di ricoveri	65	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	20	≤3		3 - 9		>9	Volume di ricoveri	80	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	20	≤3		3 - 9		>9	Volume di ricoveri	80	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	100	≤8	8 - 10	10 - 20	20 - 30	>30	Volume di ricoveri	65	

PO Gorizia e Monfalcone - Sede di Gorizia

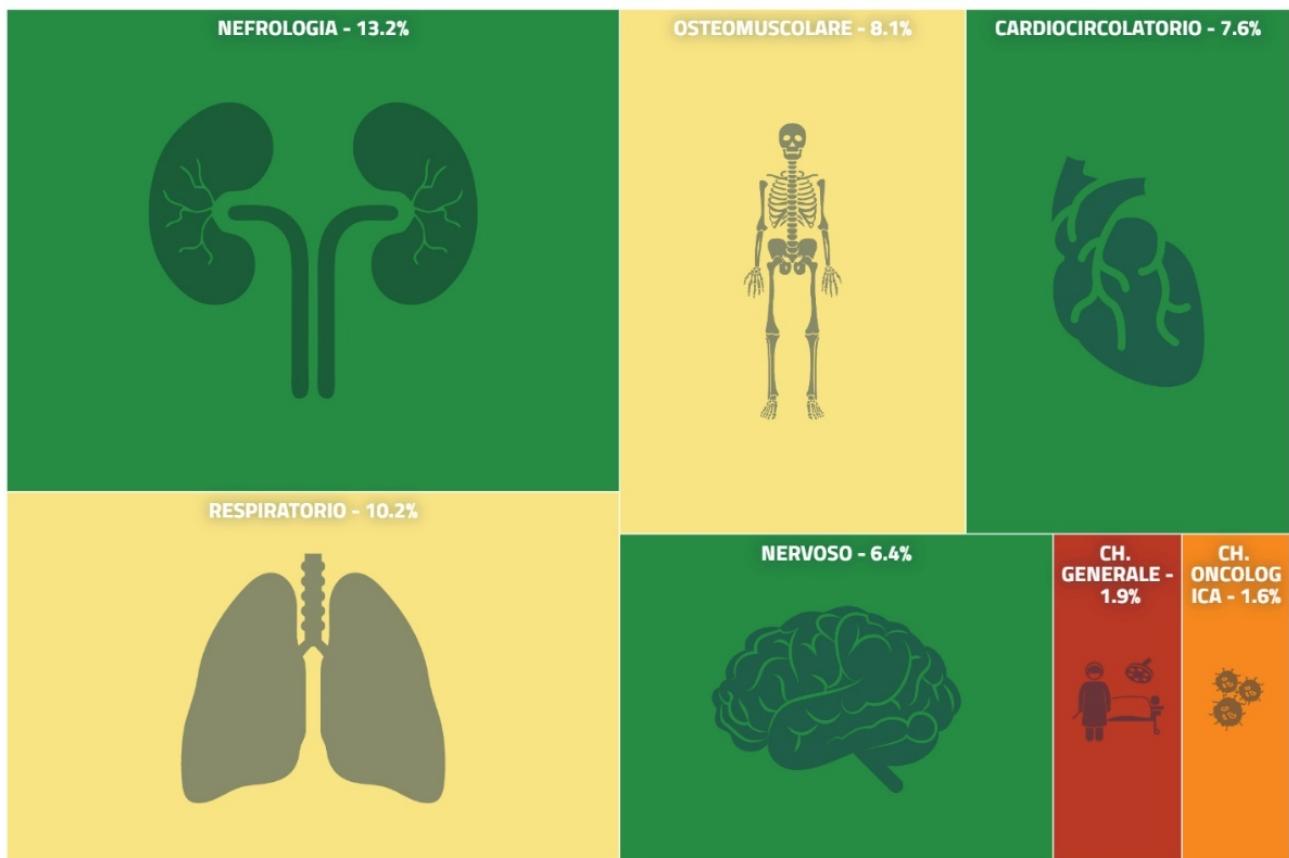
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

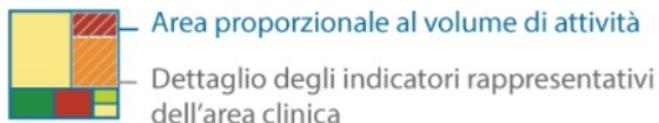
 Ente Ospedaliero 6656

 Polo Ospedaliero 3262

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND



PO San Vito al Tagliamento - Sede di Spilimbergo

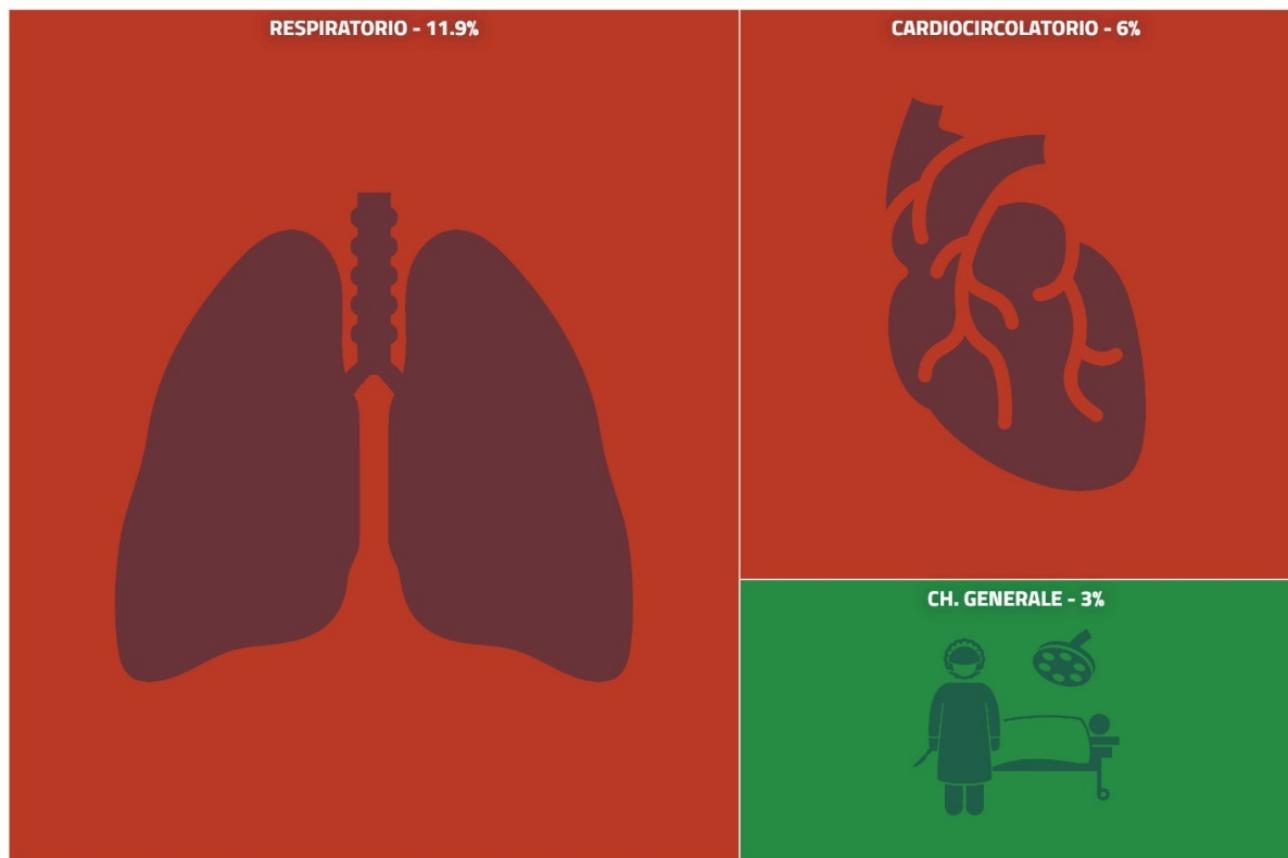


Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 3017

Polo Ospedaliero 792

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND



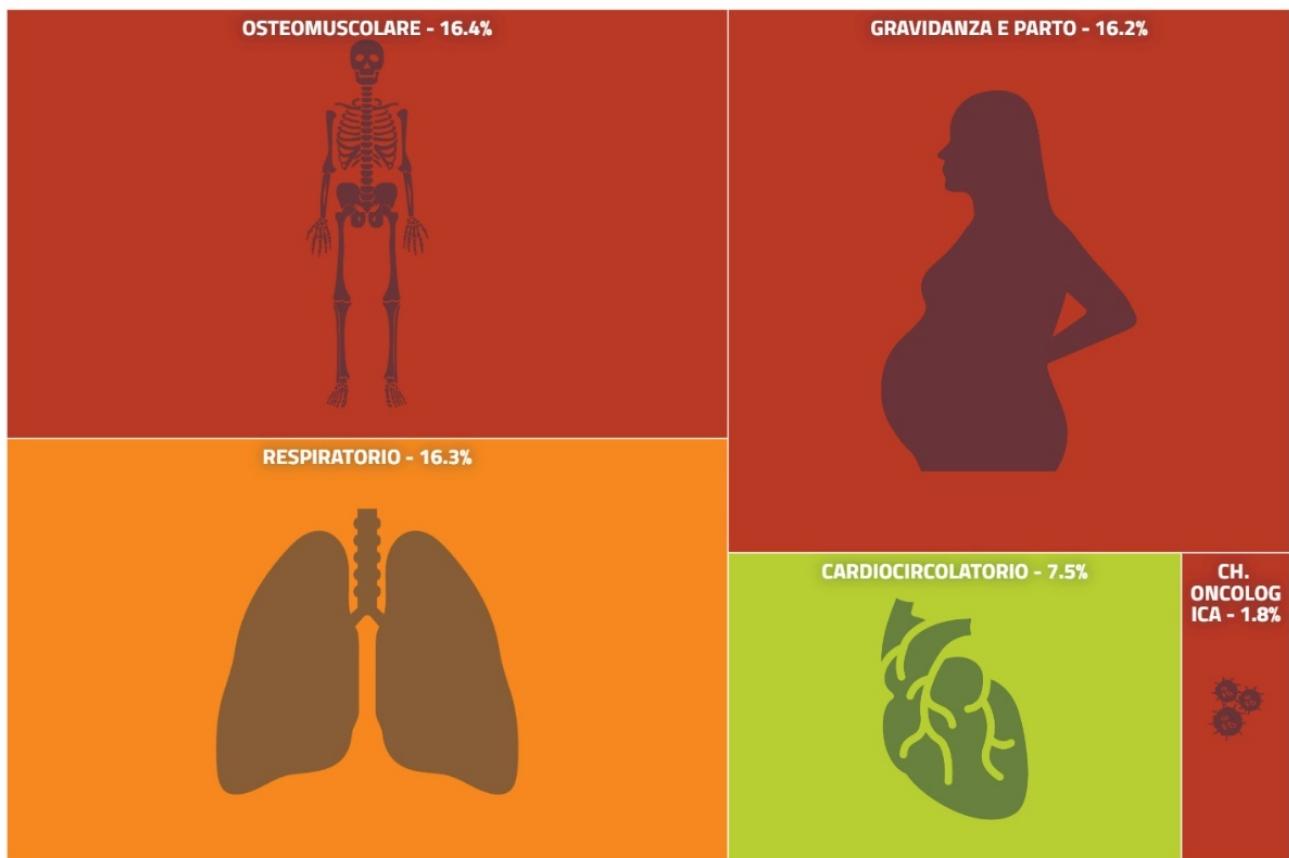
PO San Vito al Tagliamento - Sede di San Vito al Tagliamento

 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 3017
 Polo Ospedaliero 2225

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



IRCCS Burlo Garofolo



Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 2430

Polo Ospedaliero 2430

- █ Molto Bass
- █ Bass
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



Centro Riferimento Oncologico

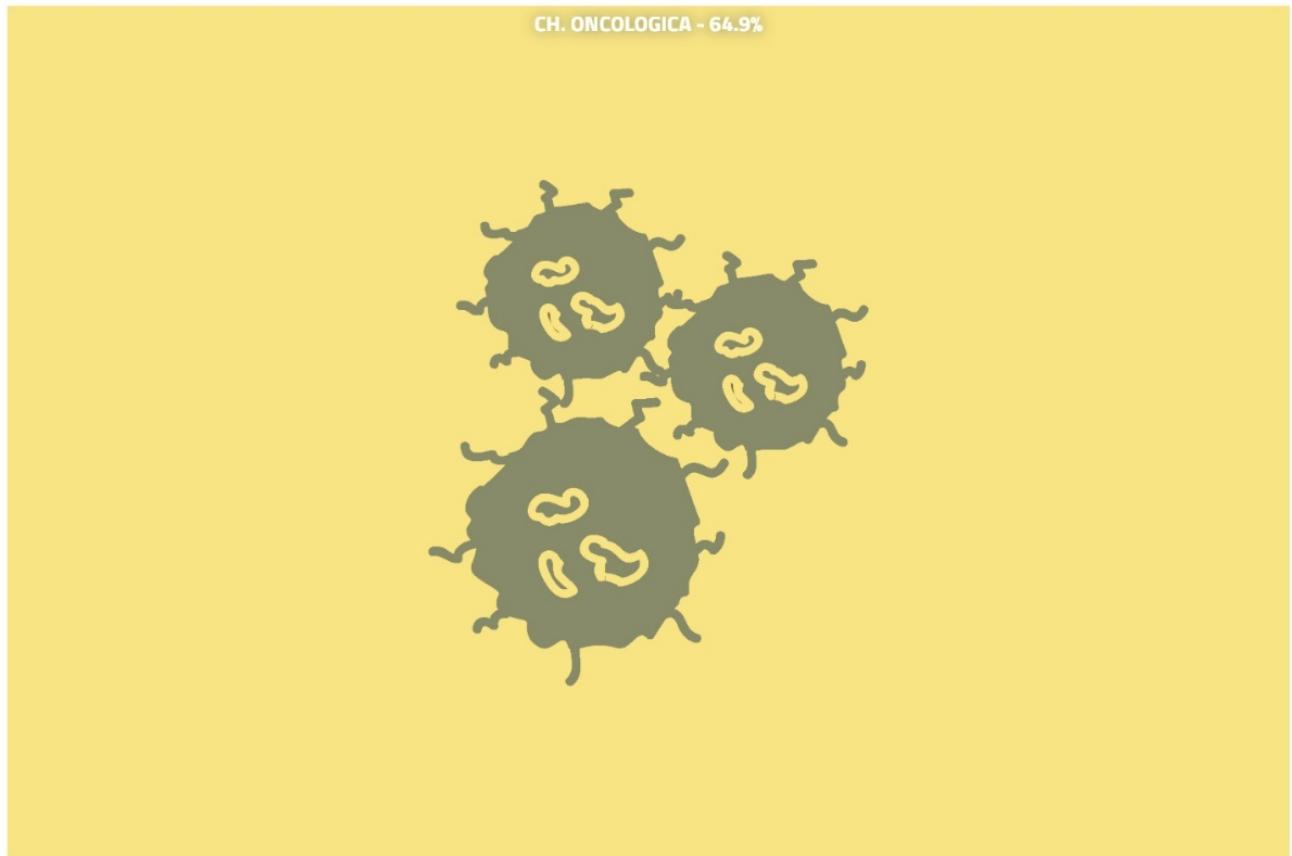
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 536

 Polo Ospedaliero 536

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND



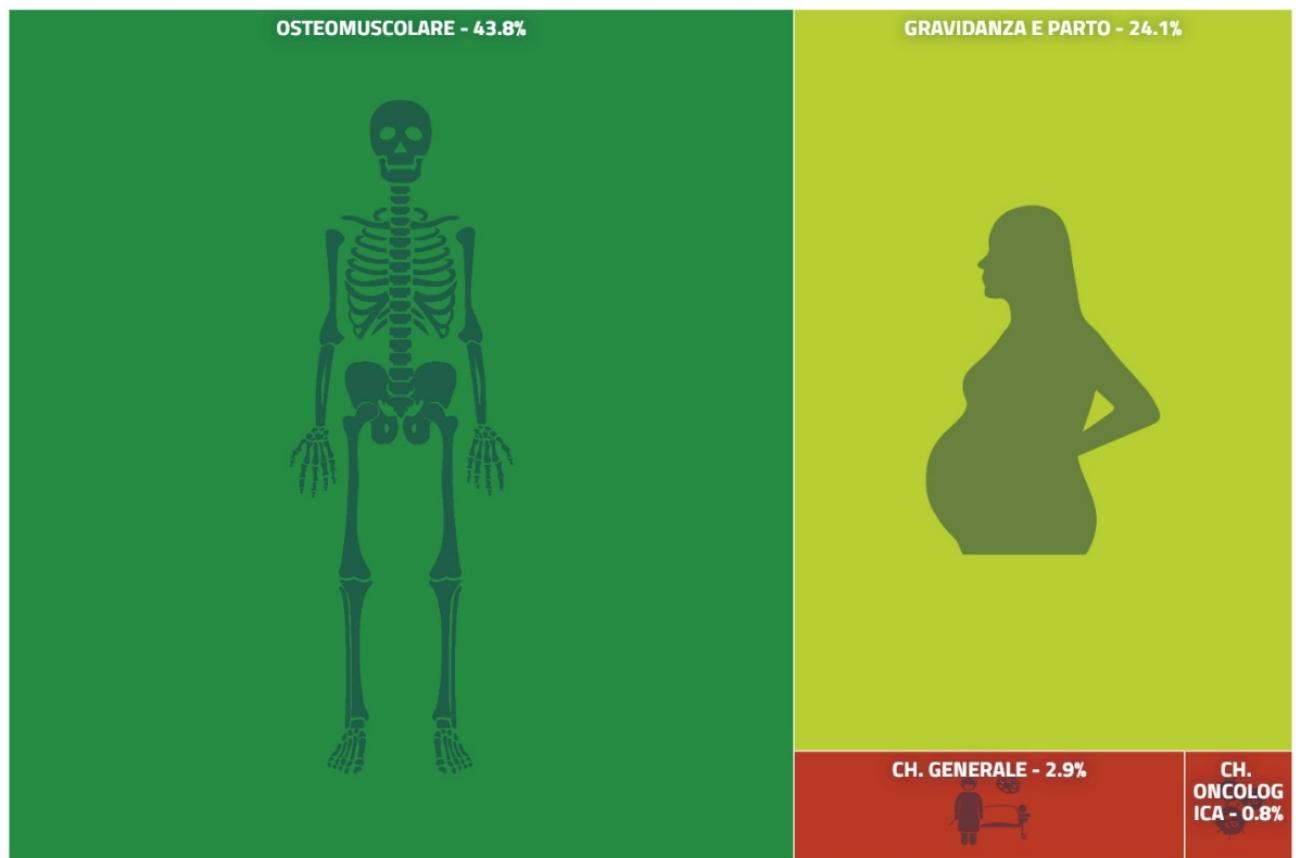
Casa di Cura privata San Giorgio Spa

 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 3065
 Polo Ospedaliero 3065

- █ Molto Basso
- █ Basso
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



PO Latisana e Palmanova - Sede di Latisana

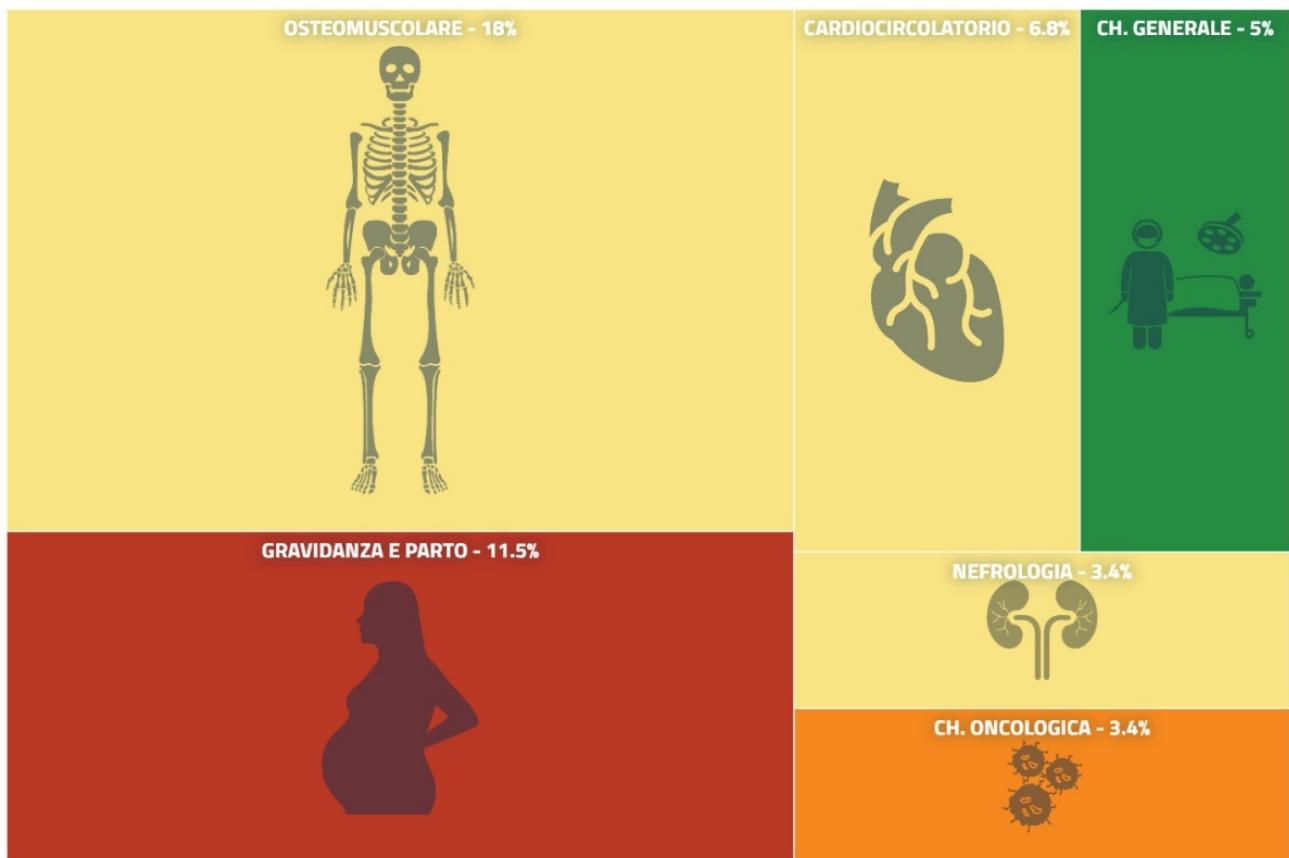
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 4499

 Polo Ospedaliero 2791

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



PO Gorizia e Monfalcone - Sede di Monfalcone

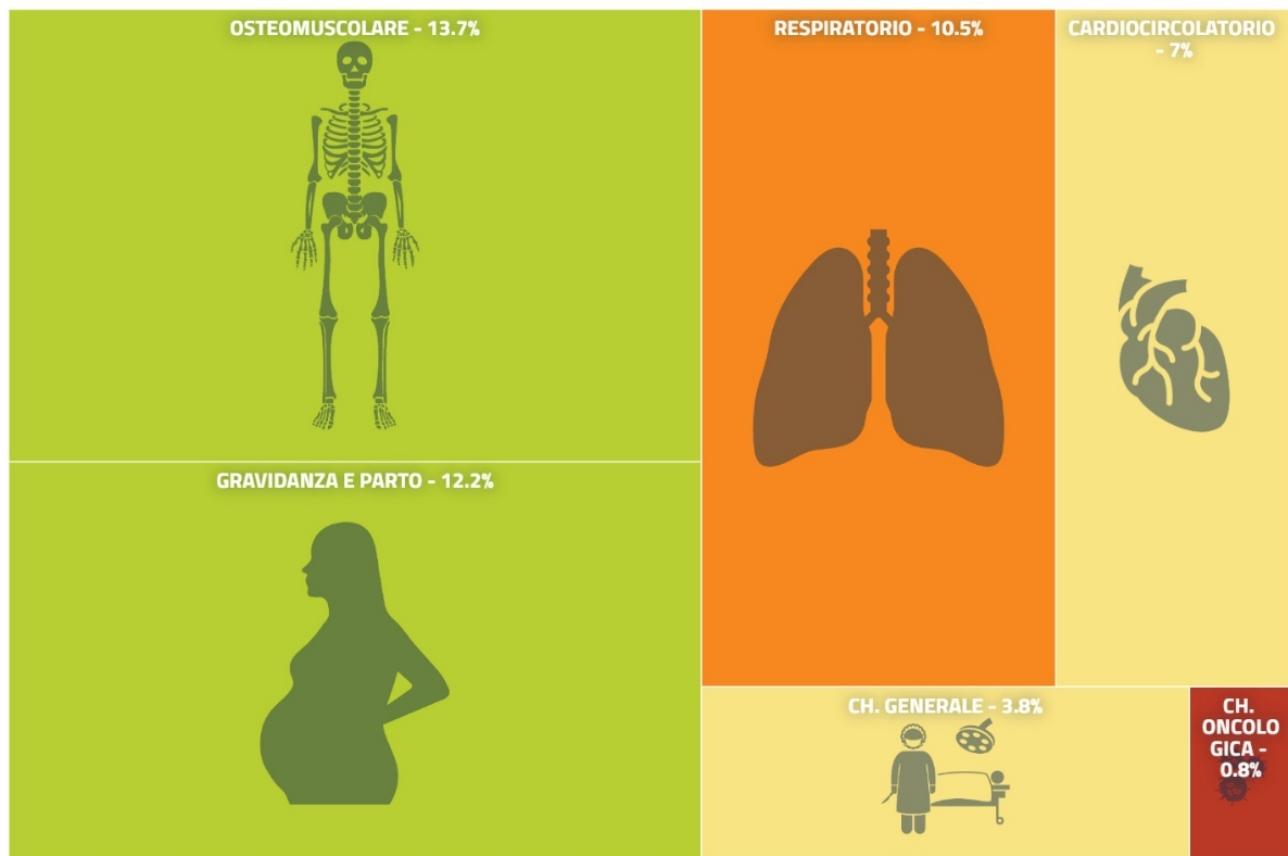
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 6656

 Polo Ospedaliero 3394

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



Sanatorio Triestino Spa

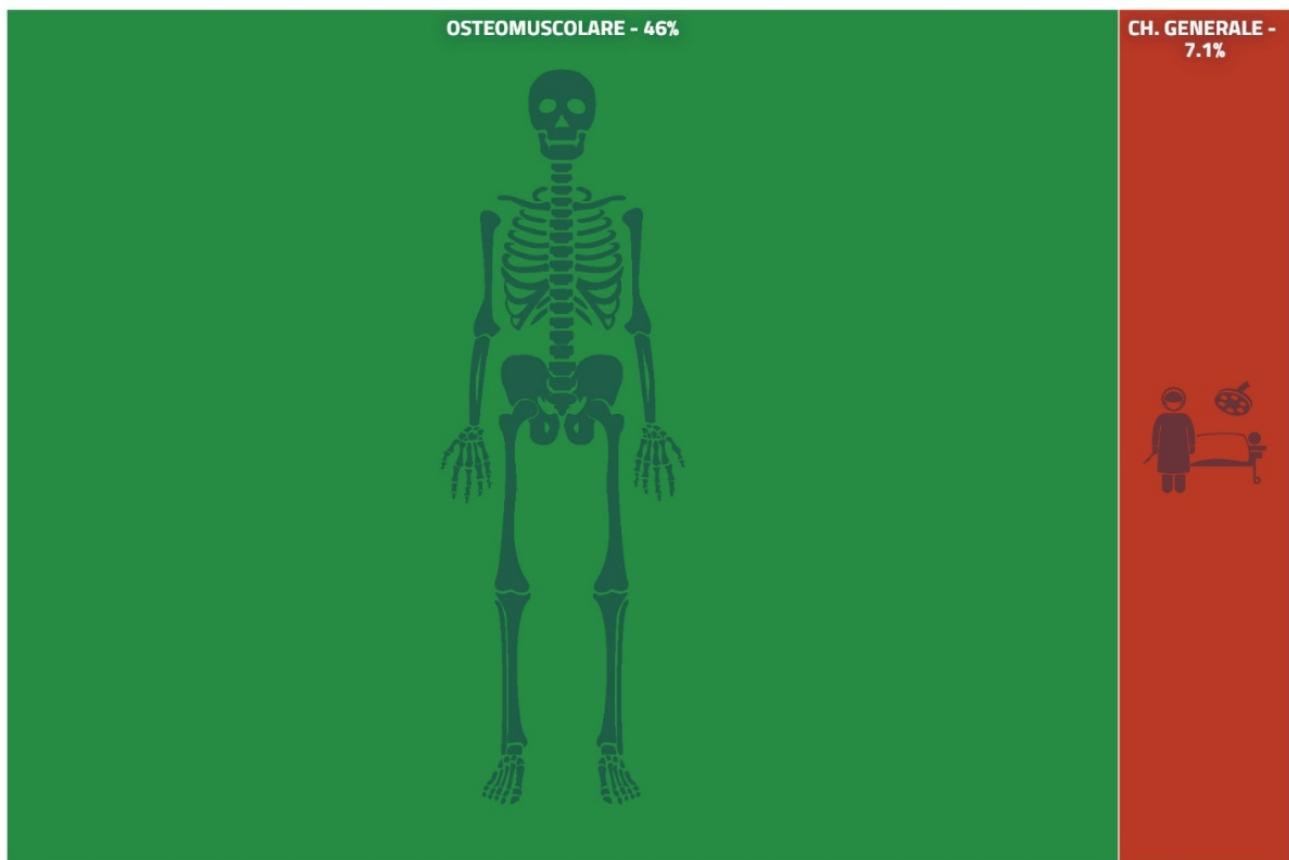
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 509

 Polo Ospedaliero 509

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



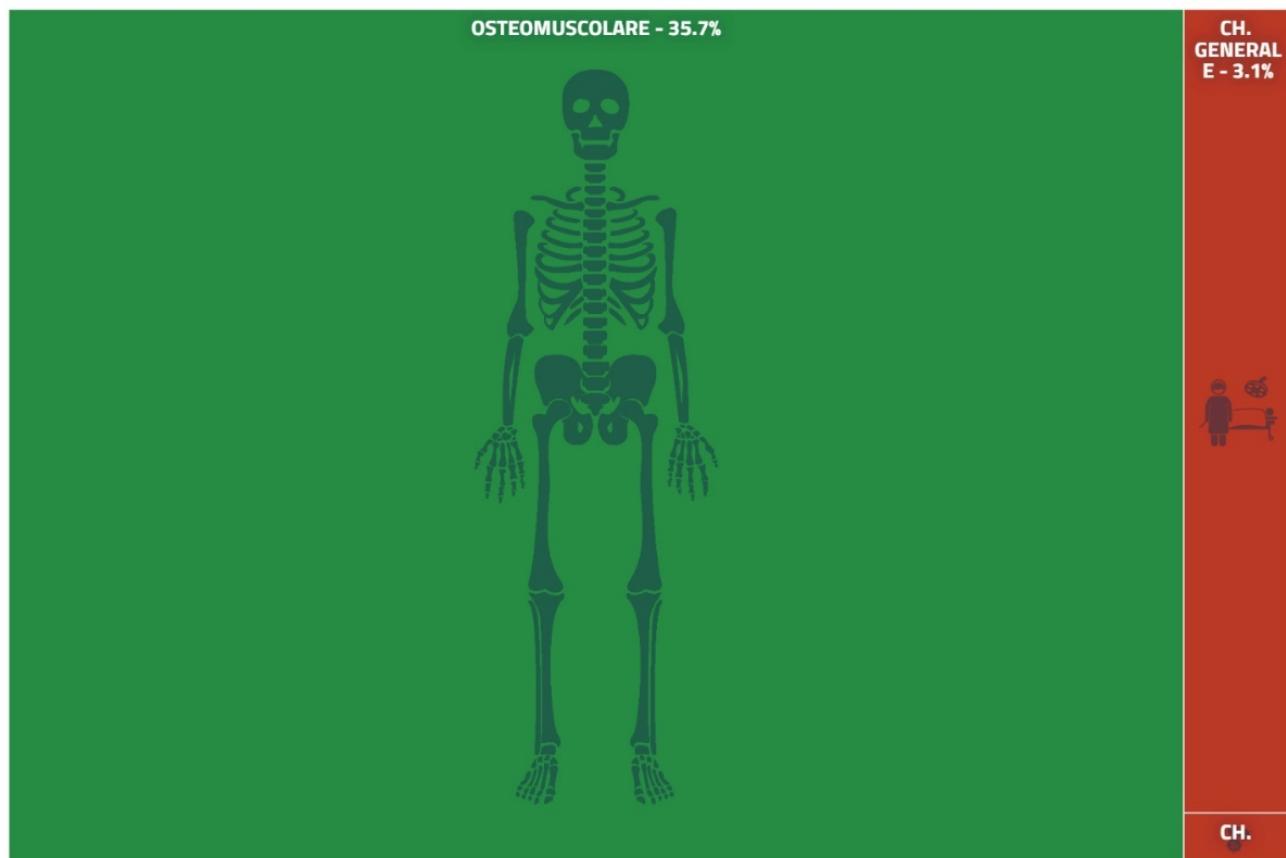
Salus

 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 1906
 Polo Ospedaliero 841

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



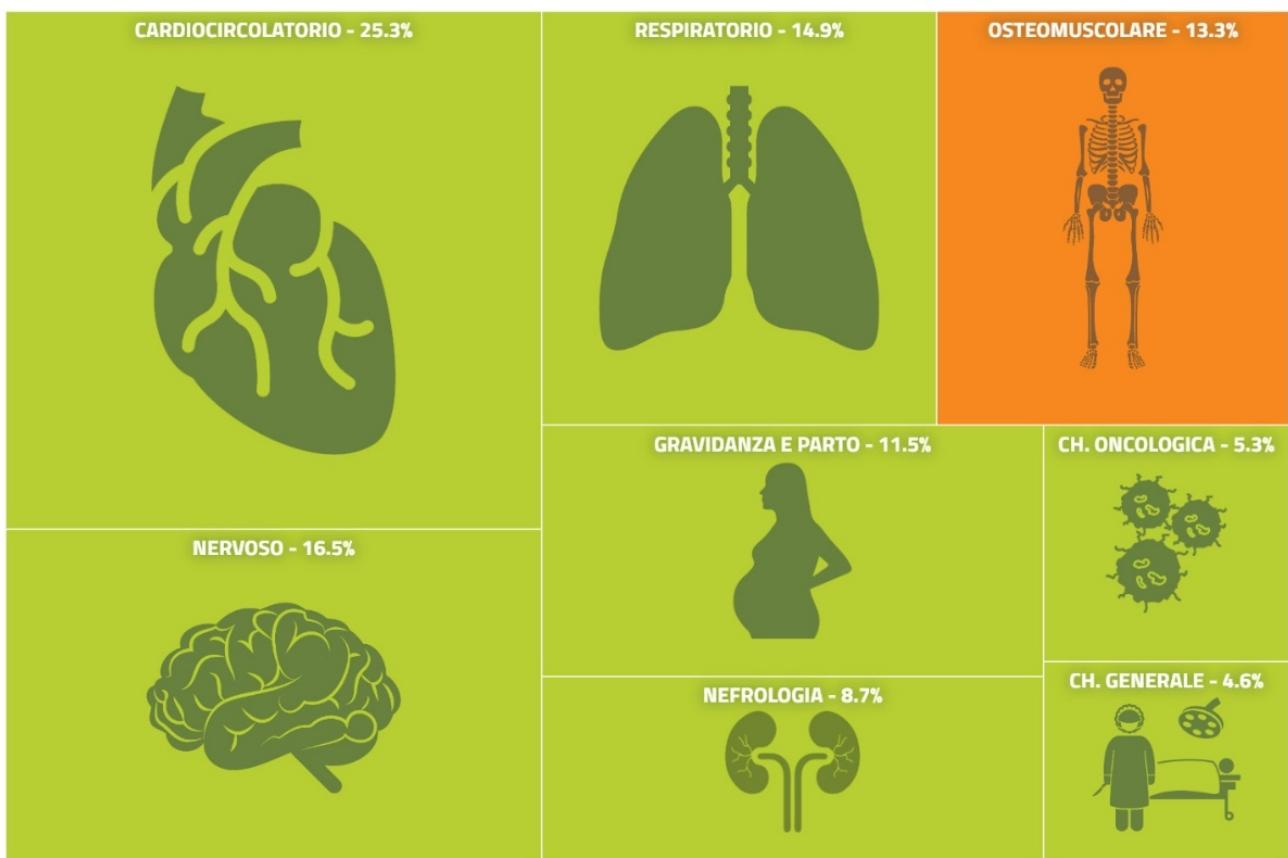
PO SMM - Sede di Udine



Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 14830

Polo Ospedaliero 14830



PO Santa Maria degli Angeli

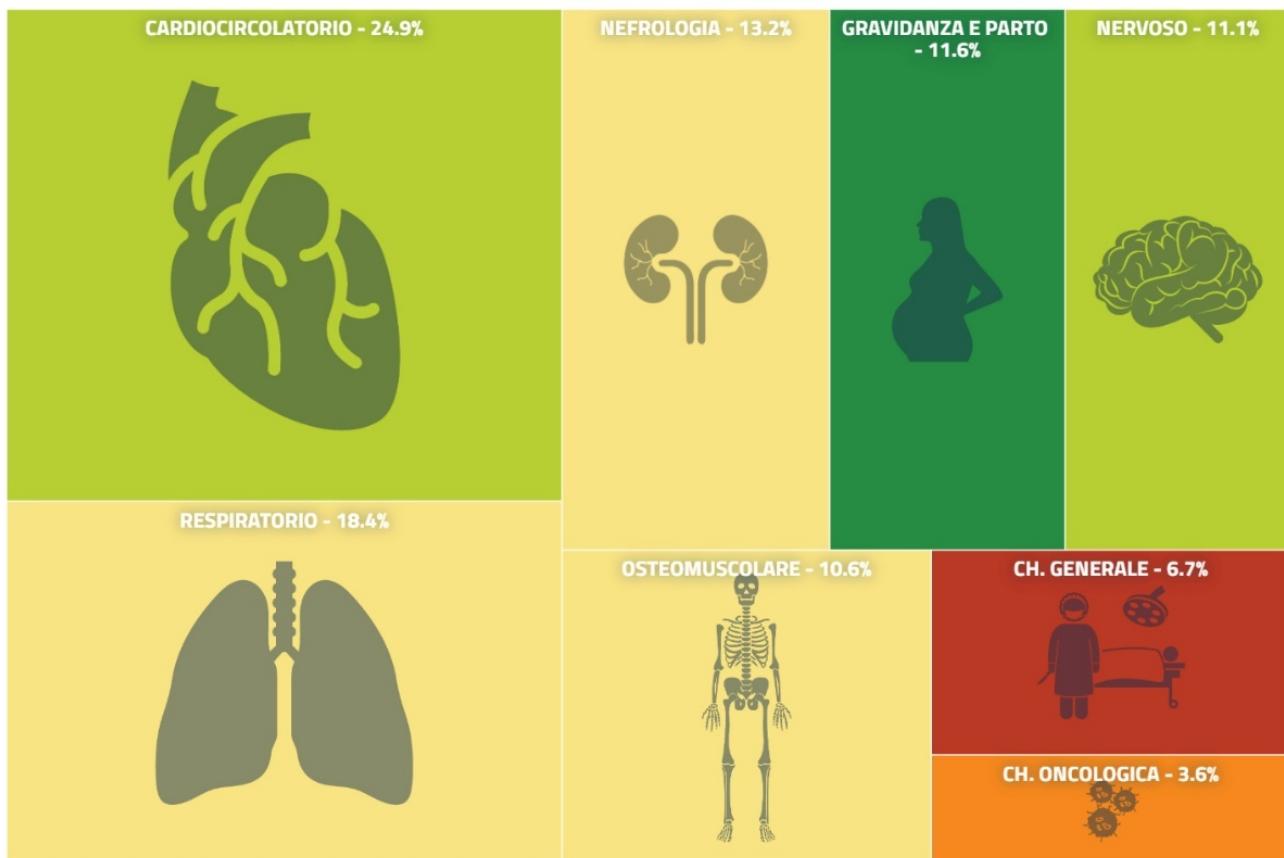
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 10040

 Polo Ospedaliero 10040

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND



PO Cattinara e Maggiore

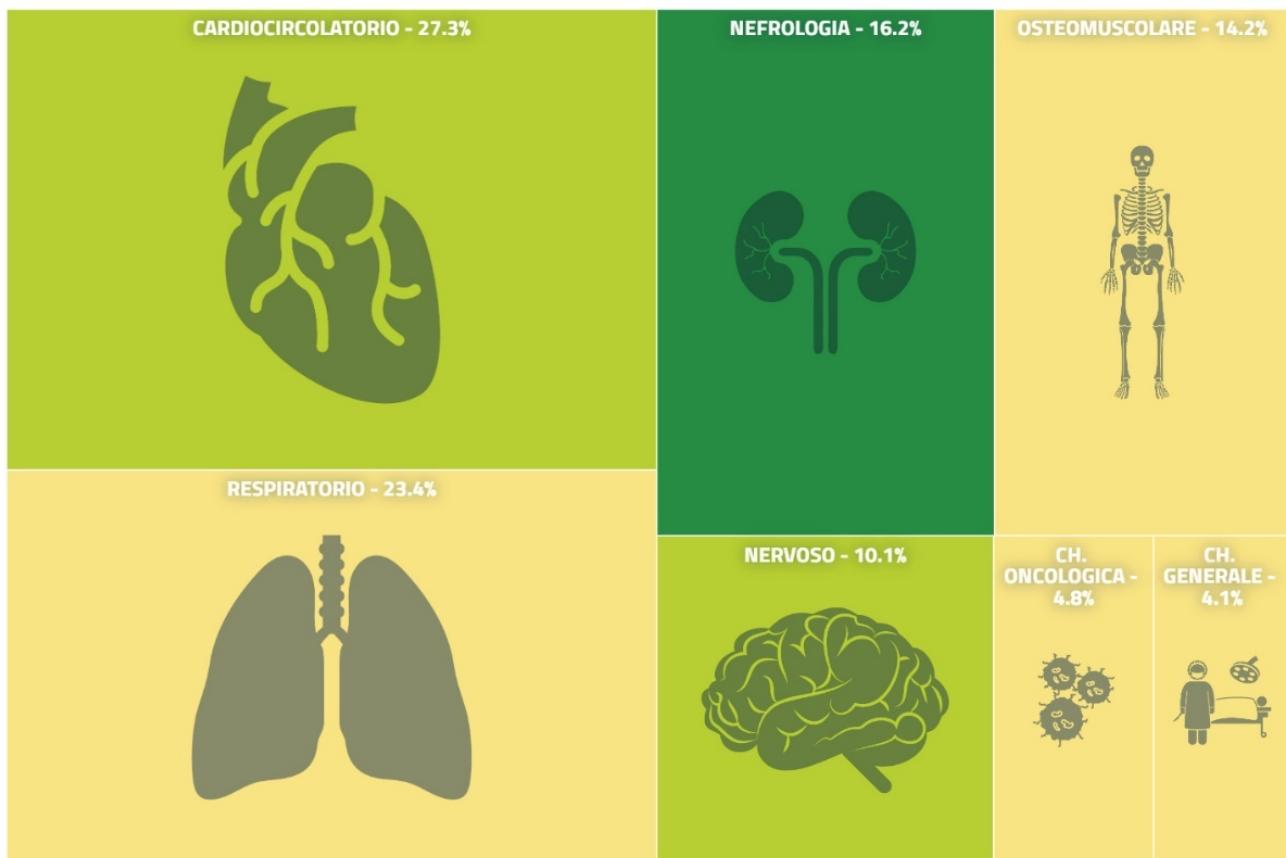


Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 11671

Polo Ospedaliero 11671

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



Policlinico Città di Udine - Casa di Cura privata

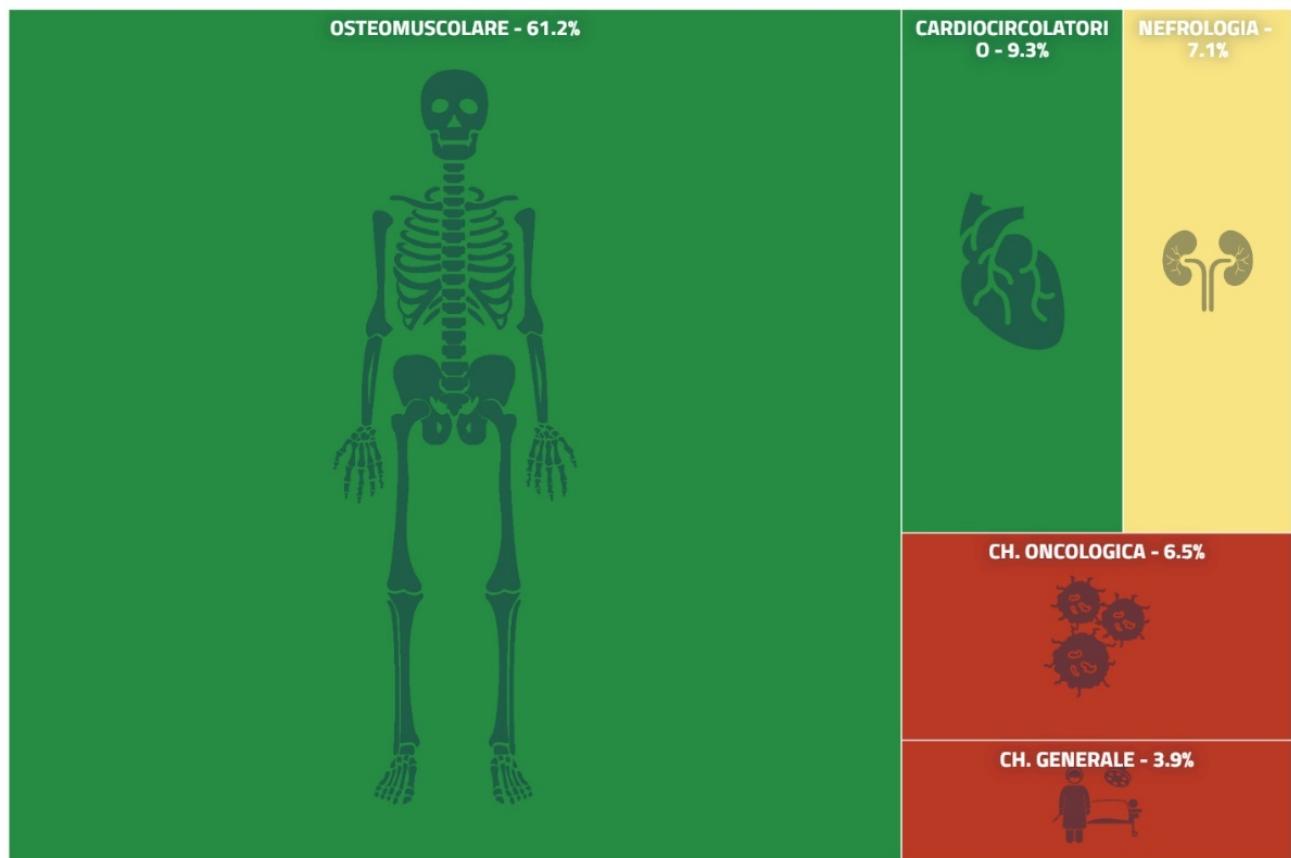
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 1621

 Polo Ospedaliero 1621

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND



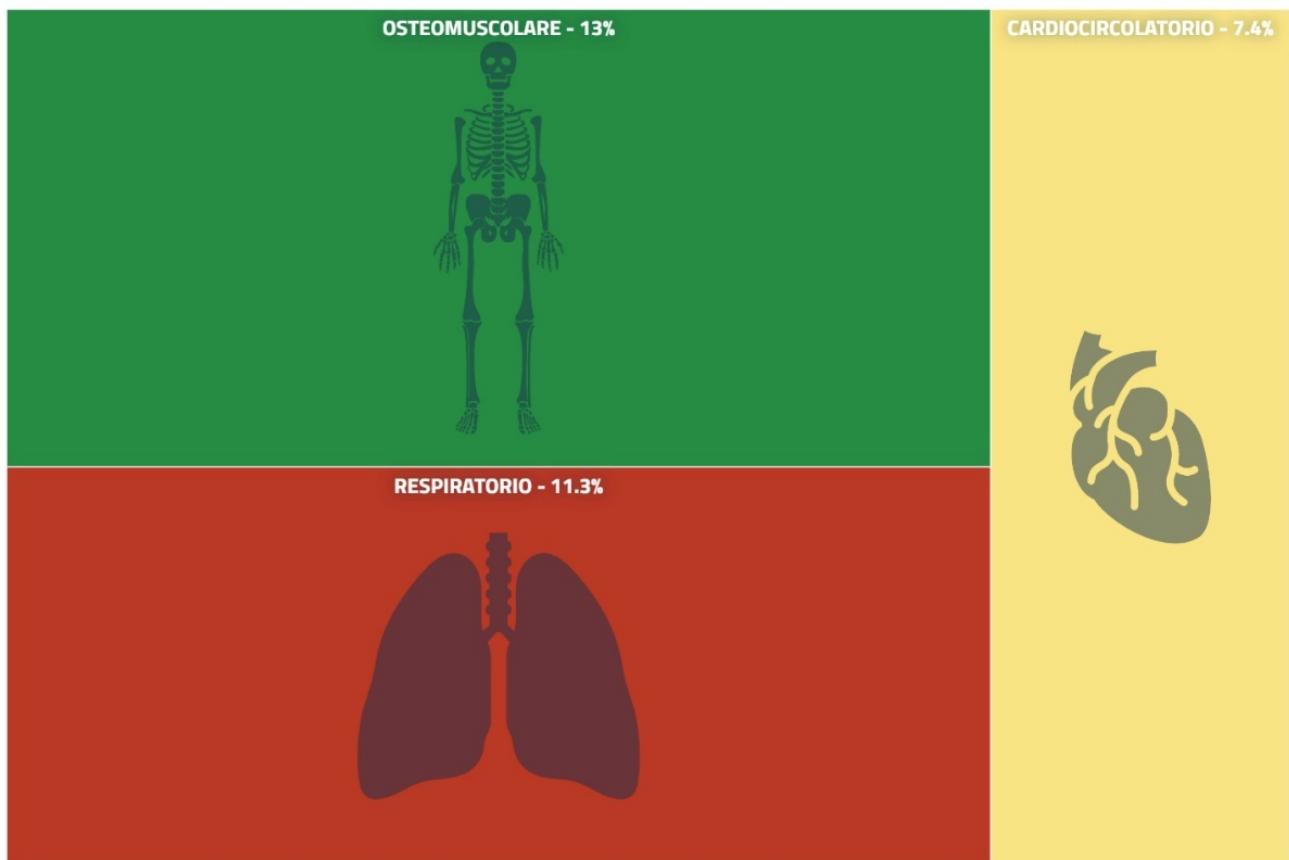
PO Latisana e Palmanova - Sede di Palmanova

 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 4499
 Polo Ospedaliero 1708

- █ Molto Bassa
- █ Bassa
- █ Medio
- █ Alto
- █ Molto Alto
- █ ND



Sede di San Daniele

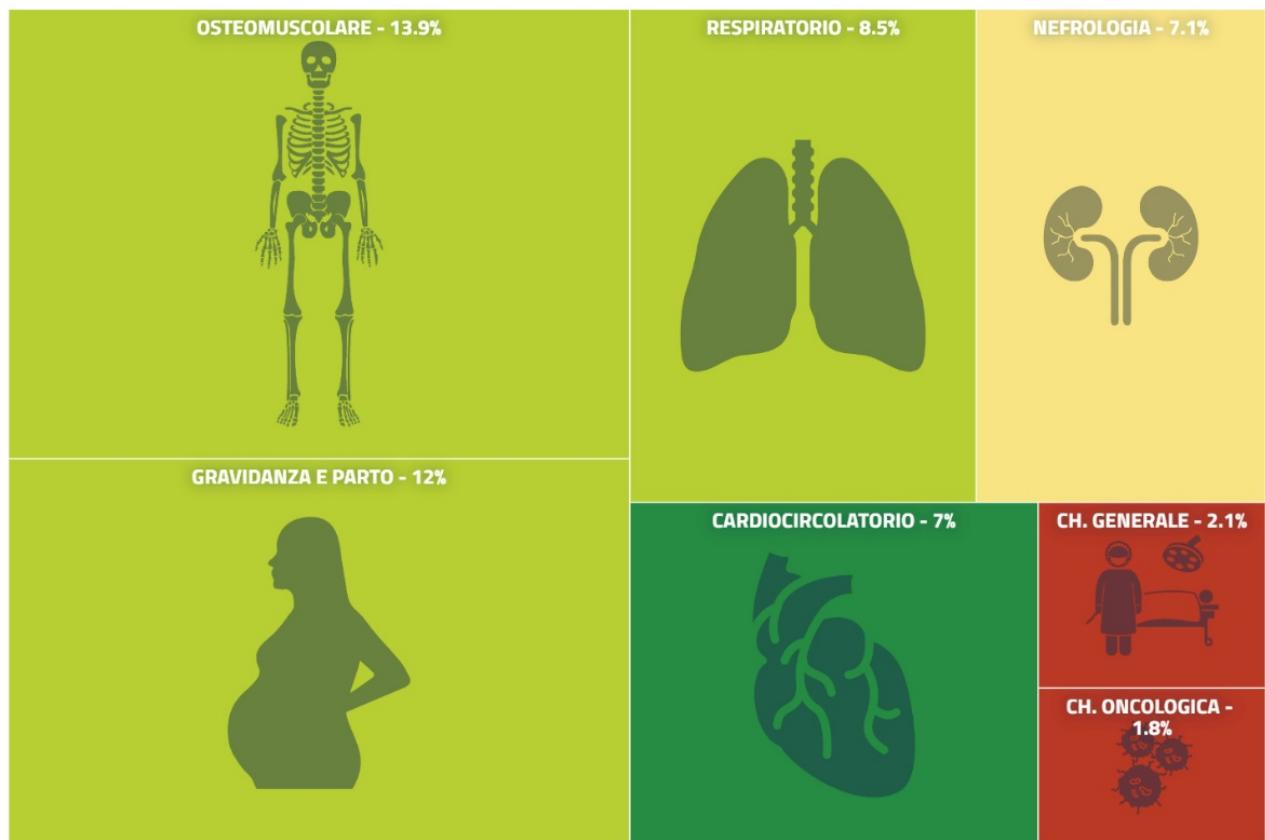
 Area proporzionale al volume di attività
 Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

- Molto Basso
- Basso
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 5978

 Polo Ospedaliero 3304



Sede di Tolmezzo

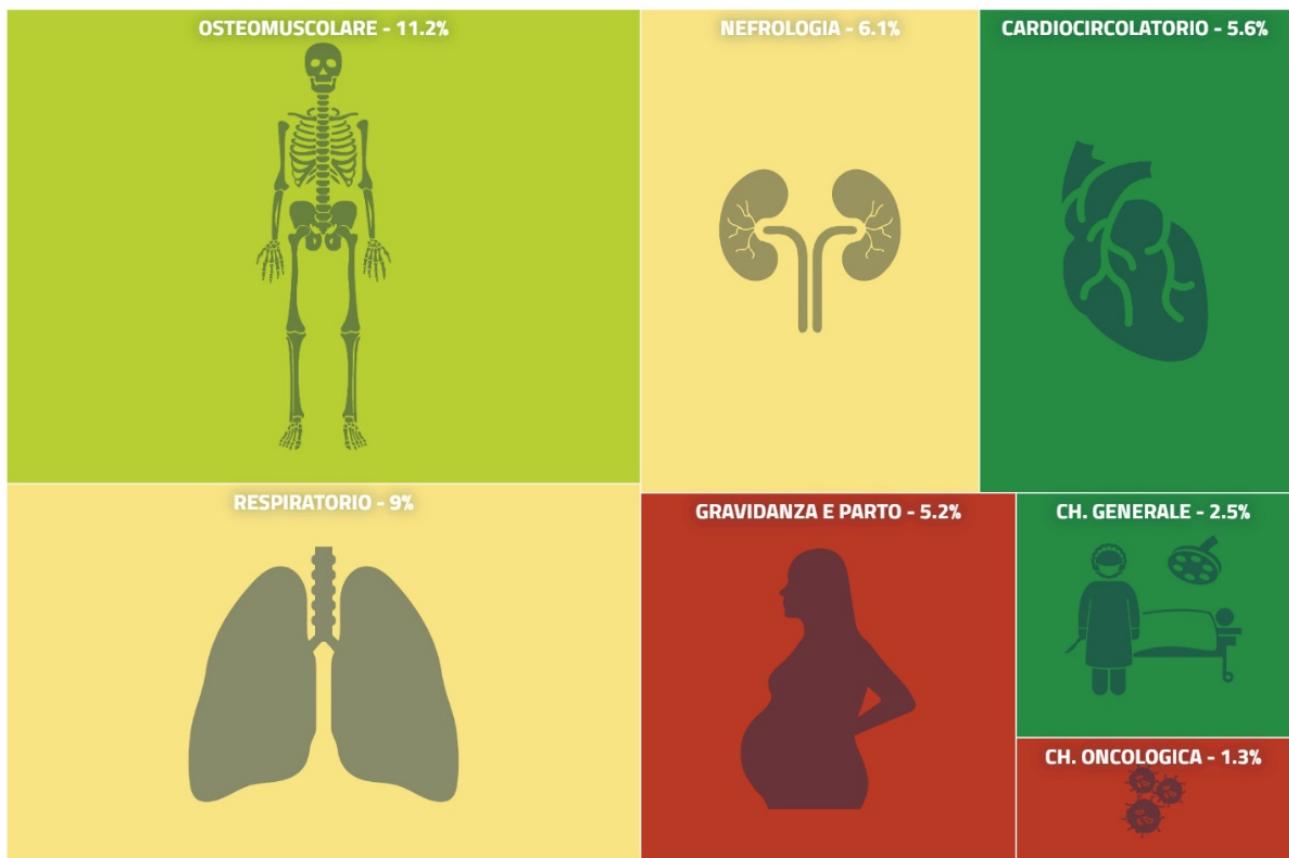
 Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

 Ente Ospedaliero 5978

 Polo Ospedaliero 2674

- Molto Bassa
- Bassa
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND

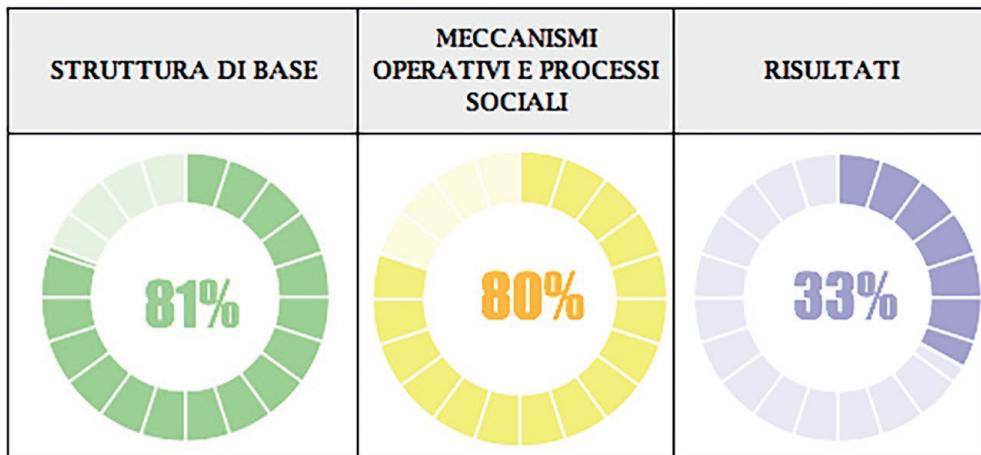
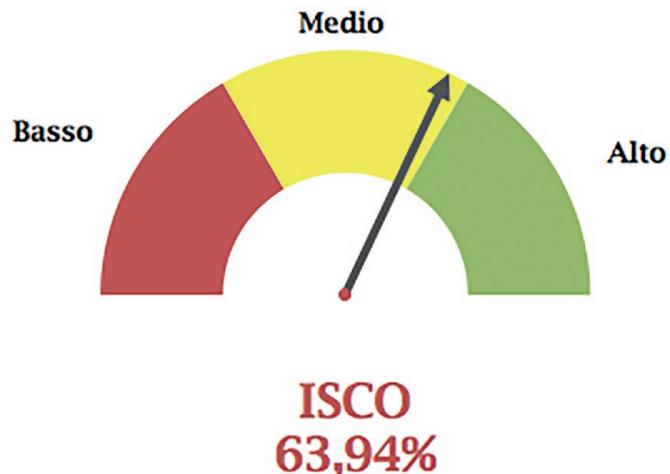


RETI TEMPO DIPENDENTI – AGENAS 2021

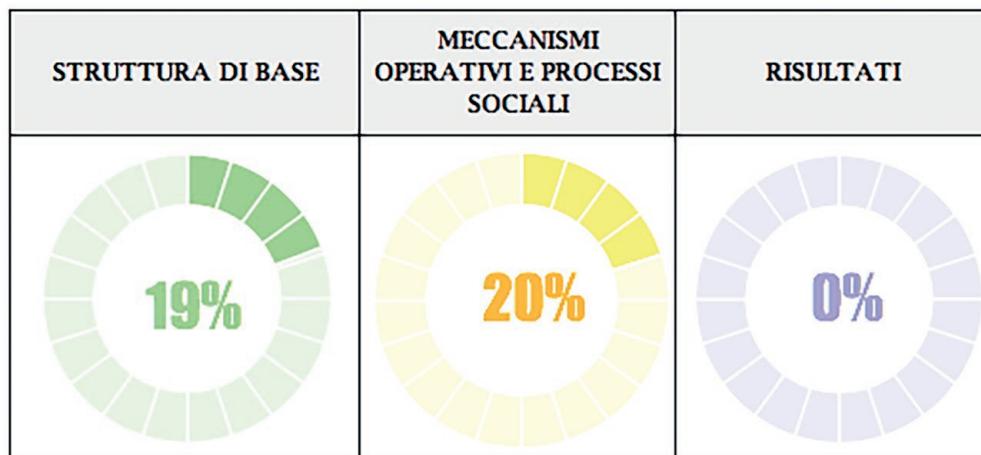
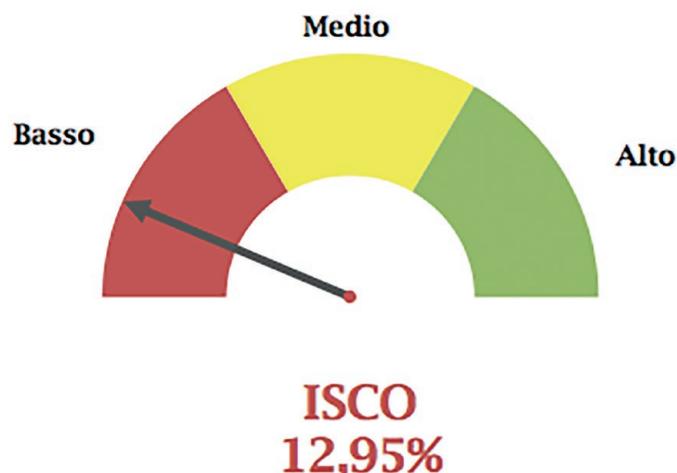
Le reti tempo dipendenti nascono per garantire la presa in carico dei pazienti che presentano patologie time-depending, cioè patologie per le quali le conseguenze (outcome clinico) siano fortemente condizionate dalle decisioni e dagli interventi messi in atto nelle prime ore dall’insorgenza dei sintomi. Le reti sono: cardiologia di emergenza, trauma, ictus, neonatologia e punti nascita. I risultati delle elaborazioni svolte per ciascuna RETE relativi al Friuli Venezia Giulia nel periodo del monitoraggio vengono riportati di seguito attraverso specifiche infografiche che descrivono:

- l’ISCO (Indice Sintetico Complessivo rappresentato da un tachimetro);
- i valori dell’IS per le tre Aree tematiche della Griglia, con il colore verde che rappresenta la percentuale di aderenza all’item “Struttura di base”, il colore giallo la percentuale di aderenza all’item “Meccanismi operativi e processi sociali”, il colore viola la percentuale di aderenza all’item “Risultati”.

RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA - ISCO - Anno 2020

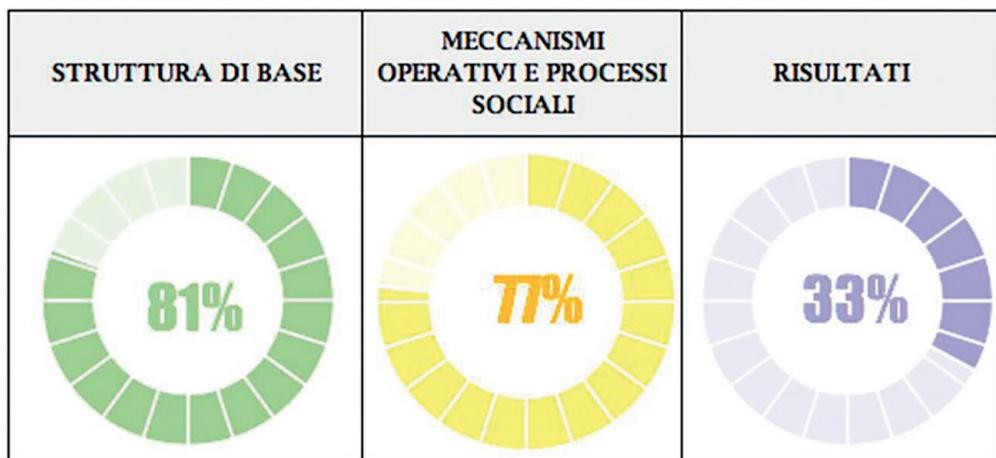
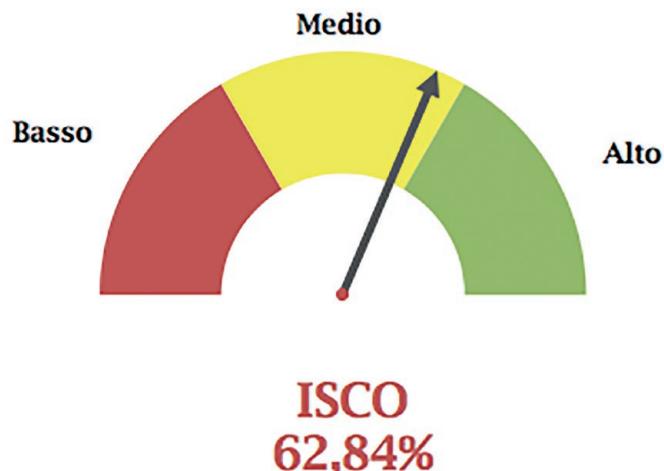


Indice Sintetico per ognuna delle 3 aree tematiche - Anno 2020

RETE TRAUMA - ISCO - Anno 2020

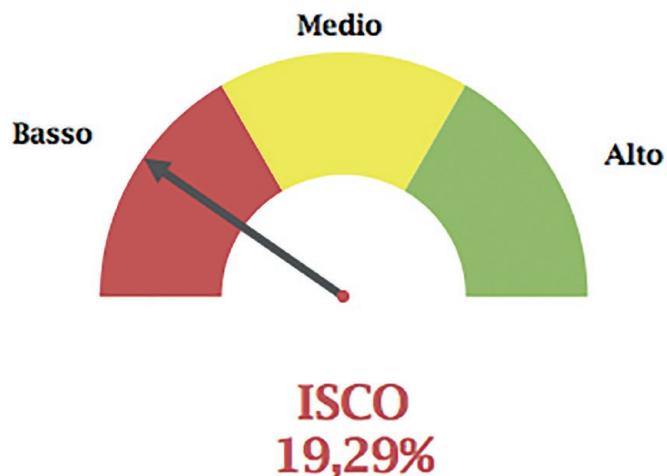
Indice Sintetico per ognuna delle 3 aree tematiche - Anno 2020

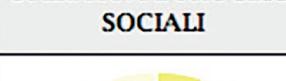
RETE ICTUS - ISCO - Anno 2020



Indice Sintetico per ognuna delle 3 aree tematiche - Anno 2020

RETE NEONATOLOGICA E PUNTI NASCITA ISCO - Anno 2020



STRUTTURA DI BASE	MECCANISMI OPERATIVI E PROCESSI SOCIALI	RISULTATI
		

Indice Sintetico per ognuna delle 3 aree tematiche - Anno 2020

LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE

Il 31 gennaio 2025 la Giunta Regionale con DGR 117 ha deliberato in via definitiva il “Piano della Rete Oncologica Regionale FVG 2025-2027”. Il Piano nasce a valle delle indicazioni contenute nell’Intesa Stato-Regioni e PA n.16/CSR del 26 gennaio 2023 sul “Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027”. Successivamente sempre con un Intesa Stato-Regioni e PA n. 165/CSR del 26 luglio 2023 sono stati definiti i “Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti oncologiche”.

Il FVG aveva già regolamentato in maniera diffusamente partecipata i percorsi oncologici della patologie legati agli screening ovvero i tumori del collo dell’utero, della mammella e del colon-retto. Aveva poi già definito il percorso per i tumori della mammella.

Il testo del POR a cui si rimanda contiene numerosi dati e informazioni. Si vogliono qui approfondire e segnalare alcuni temi che non sono contenuti nel POR perché rinvolti a momenti successivi o semplicemente non trattati.

La rete oncologica è una rete particolarmente delicata e composta di molti punti e connessioni. Riteniamo che si debba partire da quadro complessivo per evitare, con visioni parziali e limitate ad alcuni settori di non valutare gli effetti generali che si potrebbero produrre.

QUINTA INDAGINE NAZIONALE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE RETI ONCOLOGICHE – AGENAS 2023

AGENAS ha condotto nel corso del 2023 l’indagine sull’attuazione delle Reti Oncologiche nelle regioni. L’indagine si basa sui requisiti definiti con un accordo Stato Regioni del 2023 e prevede 160 requisiti. Nelle tabelle seguenti è illustrato il risultato del FVG in paragone a Regioni con livelli qualitativi simili. Il FVG non rispetta 136 dei 160 parametri. Spicca la differenza con le Regioni di confronto. In particolare sembra ancora molto carente l’organizzazione di una vera “rete” che includa i servizi territoriali, le diverse tipologie di professionisti e ovviamente le associazioni dei pazienti. Nel POR si prospettano interventi organizzativi importanti (es. rete delle chirurgie) che richiederebbero una maggiore partecipazione dei professionisti coinvolti in decisioni che per le loro ricadute vanno ben al di là della sola chirurgia oncologica e che potrebbero compromettere, se non ben ponderati, il funzionamento di ospedali e di IRCCS.

Rappresentazione generale regionale – items valutativi del Questionario 2023

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
A.1.1 - È presente un atto regionale relativo alla costituzione della rete?								
A.1.2 - È stato deliberato un rinnovo del coordinamento?								
A.1.3 - È stato deliberato un coordinatore?								
A.1.4 - Vi è evidenza di un organismo di coordinamento della rete che si riunisce periodicamente?								
A.1.5 - Sono presenti atti di azioni relative alla governance della rete?								
A.1.6 - Il "Piano di Rete oncologica" (analisi di tutte le variabili di input, es.bisogno/demand a, legislazione, contesto sociale /economico/politico, risorse economiche), condiviso e sottoscritto da tutti gli attori è stato periodicamente revisionato, recependo gli indirizzi regionali e prevede:	A.1.6.1 - a) la distribuzione delle risorse (tecniche, di personale ed economiche), ed il loro utilizzo da parte dei nodi? A.1.6.2 - b) le modalità di partecipazione dei pazienti/cittadini e delle associazioni rappresentative?							
A.1.7 - L'organizzazione della rete prevede l'esistenza di centri di riferimento deliberati/legittimati dalla rete oncologica per concentrazione della casistica (allegare delibera)?								
A.1.8 - È stato formalizzato con atto regionale il coordinamento funzionale della rete tumori rari (tumori oncoematologici rari, pediatrici, solidi dell'adulto)?								
A.1.9 - La ROR ha integrato i suoi servizi con l'attività territoriale, come da DM 77/2022?								
A.1.10 - La ROR ha formalizzato percorsi integrati con la rete delle cure palliative?								
A.1.11 - Nella ROR è attivo un registro Tumori Regionale con finanziamenti dedicati?								
A.1.12 - Vi è evidenza che la ROR, in rapporto con il Registro Tumori, cura la produzione periodica di analisi dei dati e l'individuazione e applicazione di azioni di riallineamento/miglioramento sulla base delle analisi effettuate?								

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
A.2.15 - Vi è evidenza della presenza di una cartella clinica oncologica informatizzata che si implementa ad ogni accesso?					Red			
A.2.16 - Vi è evidenza della presenza di un registro tumori dinamico che si alimenta negli episodi cura?				Red		Red	Red	Red
A.2.17 - Vi è evidenza della presenza di un sistema efficace e riconosciuto di collegamento in rete (informatica) tra l'attività ambulatoriale/screening e il FSE del paziente?		Red				Red		
A.2.18 - Vi è evidenza dell'uso di un sistema standardizzato di codifica in linea con i sistemi riconosciuti a livello nazionale o internazionale (ad esempio, ICD e codici integrativi) anche in previsione dell'interconnessione dei flussi per seguire il percorso del paziente nella rete?								
A.3.20 - La rete ha formalizzato un piano economico-finanziario che assicuri la sostenibilità delle strategie di continuità operativa?	Red	Red	Red		Red	Red		
A.3.21 - Sono previste modalità formalizzate di programmazione degli investimenti sulla base di analisi epidemiologiche e dei volumi di attività (come da PNE)?		Red			Red			
A.3.22 - Esistono procedure formalizzate di monitoraggio sulla gestione di finanziamenti e/o investimenti?		Red			Red	Red		
A.4.25 - È previsto formalmente che quota parte del tempo dei professionisti per le specifiche attività di rete sia relativa alle seguenti funzioni?	A.4.25.1 - Supporto alla struttura direzionale/di coordinamento		Red					
	A.4.25.2 - Aggiornamento professionale e/o collaborazione con centri ad alta specializzazione		Red					
	A.4.25.3 - Partecipazione ad équipe itineranti per specifici interventi (come previsto da DM 77/2022)		Red					

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
A.4.26 - È prevista una valutazione rispetto alle aziende afferenti formalizzata e periodica del benessere degli operatori?								
A.4.27 - Sono documentate modalità di incentivazione (ad esempio crediti ECM) per il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti alle attività/ infrastrutture della rete?								
A.5.28 - La programmazione in campo diagnostico e terapeutico in tutte le strutture appartenenti alla ROR è congruente con quanto previsto nella programmazione regionale?								
A.5.29 - Nella programmazione di cui al punto A.5.28 è stata prevista una condivisione strutturata con la rete?								
A.5.30.1 - La Regione ha formalizzato in condivisione con la ROR una procedura per la valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, test, dispositivi medici, apparecchiature) all'interno della rete: a) Commissioni specifiche per area di intervento HTA?								
A.5.30.2 - La Regione ha formalizzato in condivisione con la ROR una procedura per la valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, test, dispositivi medici, apparecchiature) all'interno della rete: b) Commissioni specifiche per area di intervento farmacologica?								
A.5.30.3 - La Regione ha formalizzato in condivisione con la ROR una procedura per la valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, test, dispositivi medici, apparecchiature) all'interno della rete: c) Commissioni specifiche per area di intervento test genetico-molecolari?								
A.5.30.4 - La Regione ha formalizzato in condivisione con la ROR una procedura per la valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, test, dispositivi medici, apparecchiature) all'interno della rete: d) Commissioni specifiche per area di intervento grandi attrezzature diagnostico-terapeutiche?								
B.1.31 - La ROR prevede l'individuazione e formalizzazione di un percorso di cura integrato per il paziente per specifiche patologie oncologiche?								

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.1.32 - La ROR ha definito un PDTA per le seguenti neoplasie?	B.1.32.1 - MAMMELLA							
	B.1.32.2 - COLON							
	B.1.32.3 - RETTO							
	B.1.32.4 - POLMONE							
	B.1.32.5 - TESTA-COLLO							
	B.1.32.6 - PROSTATA							
	B.1.32.7 - OVAIO							
	B.1.32.8 - CERVICE							
	B.1.32.9 - UTERO							
	B.1.32.10 - TUMORI PEDIATRICI							
	B.1.32.11 - ALTRO (PNE)							
B.1.33 - La Regione ha promosso la diffusione e l'attuazione dei PDTA con atti deliberativi presso le aziende che compongono la rete per le seguenti patologie?	B.1.33.1 - MAMMELLA							
	B.1.33.2 - COLON							
	B.1.33.3 - RETTO							
	B.1.33.4 - POLMONE							
	B.1.33.5 - TESTA-COLLO							
	B.1.33.6 - PROSTATA							
	B.1.33.7 - OVAIO							
	B.1.33.8 - CERVICE							
	B.1.33.9 - UTERO							
	B.1.33.10 - TUMORI PEDIATRICI							
	B.1.33.11 - ALTRO (PNE)							

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.1.34 - Vi è evidenza della programmazione di attività di screening che persegono i seguenti obiettivi?	B.1.34.1 - Livelli omogenei di estensione e adesione							
	B.1.34.2 - Attività di controllo della qualità del processo							
	B.1.34.3 - Definizione e implementazione di procedure di screening specifiche per l'alto rischio genetico o su ambiti territoriali potenzialmente a rischio		Red			Red		
	B.1.34.4 - Automatismi che consentano di inserire tempestivamente il caso "screenato" nel percorso di stadiazione e cura		Red					
B.1.36 - Quanti Molecolar Tumor Board (MTB) istituzionali attivi con delibera regionale ha la rete?	B.1.36.1 - la rete ha almeno un MTB unico regionale?		Red	Red	Green	Red	Green	Green
B.1.37 - Quando opportuno, nella ROR è previsto un consulto formalizzato tra professionisti intra-regionali (second opinion) con erogazione di un referto con valenza medico- legale (prestazione riconosciuta)?			Red	Red	Green	Red	Red	Green
B.1.38 - Quando opportuno, nella ROR è previsto un consulto formalizzato tra professionisti extra-regionali (second opinion) con erogazione di un referto con valenza medico- legale (prestazione riconosciuta) o accesso ad un percorso strutturato di revisione centralizzata della diagnosi su scala nazionale?			Red	Red	Red	Green	Red	Red

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.2.39 - Nei PDTA deliberati a livello regionale e recepiti a livello aziendale quali tra le seguenti figure professionali sono state previste?	B.2.39.1 - COORDINATORE							
	B.2.39.2 - MEDICI ONCOLOGI							
	B.2.39.3 - PEDIATRI ONCOLOGI							
	B.2.39.4 - RADIOTERAPISTI ONCOLOGI							
	B.2.39.5 - MEDICI CON COMPETENZA D'ORGANO							
	B.2.39.6 - SPECIALISTI E CONSULENTI D'ORGANO CON COMPETENZE PEDIATRICHE							
	B.2.39.7 - CHIRURGHI SENOLOGI							
	B.2.39.8 - CHIRURGHI PLASTICI RICOSTRUTTIVI							
	B.2.39.9 - CHIRURGHI DELL'APPARATO DIGERENTE							
	B.2.39.10 - CHIRURGHI TORACICI							
	B.2.39.11 - CHIRURGHI GINECOLOGI-ONCOLOGI							
	B.2.39.12 - CHIRURGHI TESTA-COLLO							
	B.2.39.13 - UROLOGI ONCOLOGI							
	B.2.39.14 - NEUROCHIRURGHI							
	B.2.39.15 - ORTOPEDICI ONCOLOGI							
	B.2.39.16 - INFERNIERI							
	B.2.39.17 - INFERNIERI PEDIATRICI							
	B.2.39.18 - PSICONCOLOGI							

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.2.39.19 - PSICONCOLOGI PEDIATRICI								
B.2.39.20 - NUTRIZIONISTI								
B.2.39.21 - FISIOTERAPISTI E/O RIABILITATORI								
B.2.39.22 - FISIATRI								
B.2.39.23 - GENETISTI								
B.2.39.24 - ANATOMOPATOLOGI								
B.2.39.25 - PATOLOGI MOLECOLARI								
B.2.39.26 - BIOLOGI MOLECOLARI								
B.2.39.27 - FARMACISTI								
B.2.39.28 - FARMACOLOGI								
B.2.39.29 - RAPPRESENTANTI DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI								
B.2.39.30 - MEDICI NUCLEARI								
B.2.39.31 - RADIOLOGI								
B.2.39.32 - RADIOLOGI INTERVENTISTI								
B.2.39.33 - MEDICI SPECIALIZZATI IN CURE PALLIATIVE								
B.2.39.34 - INFERNIERI CASE MANAGER (INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)								
B.2.40 - Nei PDTA deliberati a livello regionale e recepiti a livello aziendale è prevista la presenza delle associazioni dei pazienti?								
B.2.41 - Il coordinamento della ROR promuove il periodico aggiornamento dei PDTA esistenti?								
B.2.42 - Il coordinamento della ROR si aggiorna periodicamente su eventuali nuovi PDTA da proporre/elaborare?								

Regione		EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.2.43 - Per i PDTA individuati sono indicati:	B.2.43.1 - i criteri che ne hanno determinato la scelta?	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.43.2 - le Linee Guida di riferimento?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.43.3 - le flow-chart del percorso?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.43.4 - la descrizione, per ciascuna fase del percorso, delle categorie assistenziali principali (valutazione clinica, accertamenti, trattamenti, educazione paziente, gestione rischio clinico, ecc.) con la specificazione delle professionalità che devono sviluppare le diverse attività?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.43.5 - gli indicatori di processo, di volume e di esito clinico con i relativi standard di riferimento?	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.43.6 - il coordinatore o il gruppo di coordinamento?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.43.7 - gli operatori che hanno partecipato alla stesura?	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.43.8 - la data della compilazione, della conferma o dell'aggiornamento o della stesura del PDTA?	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.43.9 - la tempistica dell'aggiornamento (almeno triennale) del PDTA?	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green
	B.2.45 - Sono stati previsti audit presso le aziende per redigere un piano di gestione/miglioramento del PDTA con eventuali azioni da sviluppare?	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green

Regione		EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.2.46 - È stata prevista una scheda di valutazione multidisciplinare standard del paziente condivisa dalla rete che comprende:	B.2.46.1 - provenienza (screening, MMG, diagnosi incidentale, ecc.)?	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.46.2 - l'anamnesi e l'esame obiettivo?	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.46.3 - la valutazione dei fattori fisici, psicologici, psicopatologici, sociali ed economici?	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.46.4 - lo stato nutrizionale e funzionale?	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.46.5 - lo screening?	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green
	B.2.46.6 - la valutazione del dolore?	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
	B.2.46.7 - la valutazione dei bisogni per la promozione della salute del paziente?	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red
	B.2.46.8 - la valutazione della salute dell'osso?	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green
B.2.47 - L'organizzazione ha definito degli obiettivi per la omogeneità, per la qualità e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali del paziente oncologico nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) all'interno della ROR, dalla presa in carico alla dimissione?	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green
B.2.48 - Sono attuati specifici percorsi assistenziali, in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno della ROR anche in collegamento con il M.M.G, P.L.S., IFoC. e i servizi socio-sanitari del territorio, che afferiscono al dipartimento oncologico intra-aziendale?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
B.3.52 - Esiste un piano di aggiornamento delle attrezzature obsolete (età > 10 anni)?	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
B.3.54 - Nella governance della ROR è prevista la valutazione dei fabbisogni specifici dei centri di radioterapia afferenti ad essa?	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
B.4.55 - Nelle breast unit afferenti alla ROR tutti i nuovi casi (early e metastatici) vengono sistematicamente trattati nella discussione multidisciplinare?	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.4.56 - Vi è interconnessione ed un percorso condiviso con il Programma di Screening Mammografico Regionale (passaggio automatico dei casi sospetti/positivi) nel PDTA dei Centri della Rete Senologica?								
B.4.57 - La ROR sta predisponendo che le nuove diagnosi provenienti dallo screening mammografico vengano avviate sistematicamente alle breast unit afferenti alla rete?								
B.4.58 - Vi è una gestione della paziente Mutata/Alto-Rischio Familiare e Counseling specifico con percorso dedicato (presenza di Unità di Genetica Oncologica)?								
B.4.59 - La Carta dei Servizi viene periodicamente aggiornata con il PDTA della mammella?		Red		Red		Red		Red
B.4.60 - Esiste ed è operativa una Rete Regionale dei Centri di Senologia (vedi LEA 2018) con visibilità sui Portali Telematici della Regione?		Red			Red			
B.5.61 - La ROR prevede la presenza di un comitato scientifico che valuta i progetti di ricerca da sviluppare?			Red			Red		
B.5.62 - Nel documento costitutivo della ROR sono presenti linee di indirizzo inerenti alla ricerca?					Red			
B.5.63 - Nell'ambito della ROR, sono previsti finanziamenti ad hoc per la ricerca?		Red			Red	Red		Red
B.5.64 - Nell'ambito della ROR, sono previste modalità di potenziamento della ricerca per: B.5.64.1 - a) implementazione della formazione del personale? B.5.64.2 - b) potenziamento delle infrastrutture? B.5.64.3 - c) potenziamento del personale dedicato? B.5.64.4 - d) coinvolgimento di tutte le strutture afferenti alla rete?		Red	Red				Red	Green
		Red	Red	Red				
		Red	Red	Red			Red	Green
		Red	Red	Green			Green	Green
B.5.65 - Tale pianificazione rientra tra gli obiettivi dei Direttori Generali aziendali?		Red	Green	Red		Red	Green	Red
B.5.66 - La ROR ha strutturato un sistema per informare tutti i centri degli studi clinici attivi?		Red	Red	Green		Green	Red	Green
B.5.67 - La ROR ha un sistema di censimento per la valutazione della tipologia di studi clinici attivi?		Red	Green		Red		Green	

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.5.68 - La ROR ha previsto una pianificazione della collaborazione tra laboratori di ricerca presenti in Regione?	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green
B.5.69 - È presente un documento di programmazione e pianificazione dei laboratori di ricerca presenti in Regione?	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green
B.5.70 - Esiste un coordinamento tra la ROR e le biobanche presenti nelle strutture?	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Red
B.6.73 - Nel documneto di programmazione della ROR è presente una modalità organizzativa che permette a tutti i centri di accedere ad una UFA?		Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green
B.6.74 - La ROR prevede un sistema di monitoraggio relativo al controllo dell'appropriatezza prescrittiva? Se sì quale controllo viene effettuato?					Red	Green	Green	
B.7.76.1 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per il personale?		Red			Red	Red		Red
B.7.76.2 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: MEDICI?		Red			Red	Green		Green
B.7.76.3 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: FARMACISTI?		Red			Red	Green	Red	Green
B.7.76.4 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: BIOLOGI?		Red			Red	Green	Red	Green
B.7.76.5 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: INFERMIERI?		Red			Red	Green	Green	
B.7.76.6 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: CLINICAL STUDY COORDINATOR?		Red			Red	Red	Red	Green
B.7.76.7 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: AMMINISTRATIVI?		Red			Red	Red	Green	Red
B.7.76.8 - Vi è una programmazione di rete sull'attività di formazione ed educazione continua per: PERSONALE TECNICO?		Red			Red	Green	Red	Green
B.7.77 - Nell'anno 2022 sono stati realizzati corsi di formazione ECM a personale infermieristico e/o clinico su temi di interesse della ROR (ad es. comunicazione della diagnosi, gestione della terapia del dolore, gestione della fase di fine vita, modelli di presa in carico, linee guida e PDTA, direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera)?		Red						

Regione	EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
B.7.78 - La ROR ha programmato per il 2022 modalità di aggiornamento sui cambiamenti gestionali per i professionisti?								
B.7.79 - La ROR promuove modalità di feedback all'organizzazione (professionisti, personale delle direzioni, personale del coordinamento, operatori) di quanto rilevato attraverso la valutazione dell'esperienza dei pazienti (ad esempio riunioni mensili dello staff)?								
B.7.80 - La Regione prevede di dedicare finanziamenti ad hoc per la formazione dei professionisti appartenenti alla ROR?								
C.1.81 - È documentata la presenza/collaborazione/interazione delle associazioni di pazienti?								
C.1.82 - È documentata la presenza/collaborazione/interazione delle associazioni di attivismo civico?								
C.1.83 - Vi è evidenza di un coinvolgimento formale delle associazioni di pazienti nella rete ai livelli organizzativi e direzionali?								
C.1.84 - Vi è evidenza di un coinvolgimento formale delle associazioni di attivismo civico nella rete ai livelli organizzativi e direzionali?								
C.1.85 - È prevista una valutazione formalizzata e periodica del grado di umanizzazione delle cure, coinvolgenti le suddette associazioni, delle strutture facenti parte della ROR coordinata dalla rete stessa o dalla regione?								
C.1.86 - È prevista una valutazione formalizzata, periodica e anonimizzata del grado di soddisfazione del paziente circa l'esperienza del suo percorso di cura?								
C.1.87 - Sono previste modalità formalizzate per garantire il rispetto dei diritti del paziente (es. consenso informato unico per le strutture componenti la rete; punto di accesso informativo fisico o su sito web per l'orientamento e/o il supporto dei pazienti)?								
C.1.88 - Nel passaggio del setting assistenziale ospedale-territorio è previsto il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e/o attivismo civico?								
C.2.89 - Nel sito web della ROR sono presenti o previste indicazioni su punti di accesso, servizi, PDTA, centri di riferimento per patologia?								

Regione		EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
C.2.90 - Il sito web della ROR prevede:	C.2.90.1 - un'area dedicata ai cittadini?	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green
	C.2.90.2 - l'elenco delle associazioni di pazienti e/o attivismo civico?	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green
	C.2.90.3 - un'area dedicata alla possibilità di pubblicare da parte delle associazioni di pazienti e attivismo civico le proprie attività offerte a pazienti e cittadini?	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green
C.2.91 - Esiste una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di pazienti e attivismo civico?		Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
C.2.92 - Nel sito internet della ROR sono consultabili:	C.2.92.1 - l'elenco dei servizi on-line disponibili?	Green	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green
	C.2.92.2 - servizi on-line dell'URP?	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green
	C.2.92.3 - carta dei servizi?	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green
	C.2.92.4 - elenco della documentazione necessaria per la richiesta della cartella clinica?	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green
	C.2.92.5 - modulistica per richiedere la cartella clinica?	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green
	C.2.92.6 - accessi/link alla Regione e alle aziende componenti la ROR per i tempi di attesa di specifiche prestazioni?	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Red
	C.2.92.7 - alternative equivalenti al contenuto audio e/o visivo?	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red
C.2.93 - È documentato un periodico aggiornamento del sito internet della ROR (Se Sì indicare i mesi di intervallo tra due aggiornamenti)?		Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green
C.2.94 - Esiste un call center/numero verde della ROR?		Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green

Regione		EMILIA-ROMAGNA	FRIULI-VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	PIEMONTE	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	TOSCANA	VENETO
C.2.95 - La rete Oncologica Regionale prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a:	C.2.95.1 - contatti (indirizzi, numeri telefonici) e informazioni circa le strutture?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	C.2.95.2 - informazioni sui servizi?	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	C.2.95.3 - campagne di sensibilizzazione?	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	C.2.95.4 - iniziative di prevenzione?	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	C.2.95.5 - programmi di screening?	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	C.2.95.6 - brochure informative?	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
C.2.96 - I risultati delle indagini sull'esperienza dei pazienti che hanno avuto accesso alla ROR sono valutati ai fini dell'implementazione dei servizi?	C.2.96 - I risultati delle indagini sull'esperienza dei pazienti che hanno avuto accesso alla ROR sono valutati ai fini dell'implementazione dei servizi?	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green
	C.2.97 - Sono organizzati dalla rete oncologica eventi istituzionali rivolti ai pazienti e ai care-giver?	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green
D.1.98 - Il coordinamento della ROR ha definito indicatori e strumenti per misurare il raggiungimento degli obiettivi (monitoraggio)?	D.1.98 - Il coordinamento della ROR ha definito indicatori e strumenti per misurare il raggiungimento degli obiettivi (monitoraggio)?	Green	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green
	D.1.99 - La ROR, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, ha in maniera strutturata indicato delle misure correttive?	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
D.1.100 - La Regione ha definito indicatori e strumenti per misurare il raggiungimento degli obiettivi della ROR (monitoraggio)?	D.1.100 - La Regione ha definito indicatori e strumenti per misurare il raggiungimento degli obiettivi della ROR (monitoraggio)?	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	D.1.101.1 - degli obiettivi CLINICI?	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green
D.1.101 - Da parte della Regione vi è evidenza in relazione al monitoraggio sul raggiungimento da parte della ROR:	D.1.101.2 - degli obiettivi ORGANIZZATIVI?	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	D.1.101.3 - degli obiettivi di RICERCA E FORMAZIONE?	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green
	D.1.101.4 - degli obiettivi di GRADIMENTO DELL'UTENZA?	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green
D.1.102 - La Regione ha previsto meccanismi di audit periodici finalizzati alla valutazione dei livelli organizzativi e alla loro coerenza con la pianificazione e la programmazione della ROR?	D.1.102 - La Regione ha previsto meccanismi di audit periodici finalizzati alla valutazione dei livelli organizzativi e alla loro coerenza con la pianificazione e la programmazione della ROR?	Green	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Red

Il Rapporto AGENAS si conclude con le seguenti raccomandazione per il FVG

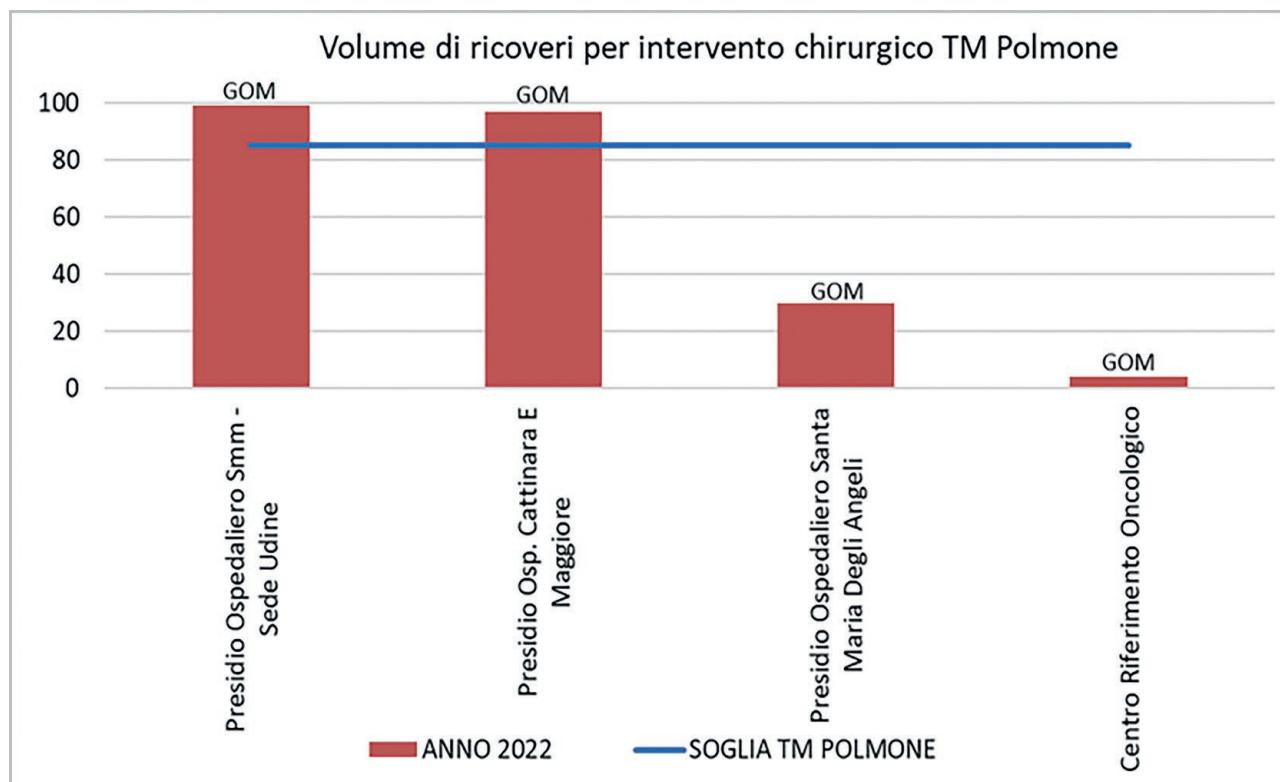
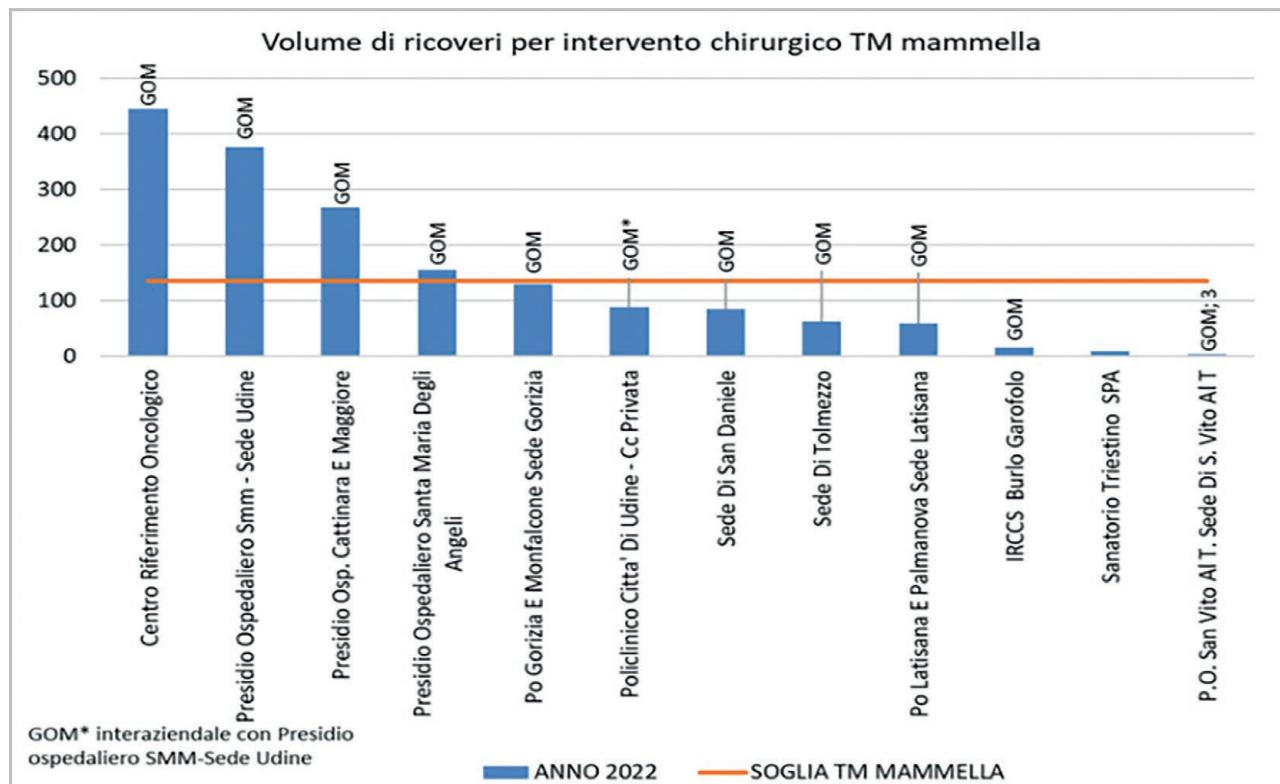
- *In relazione a quanto dichiarato dalla Regione nel questionario di valutazione, si raccomanda l'importanza di implementare lo stato di attuazione dei processi di governance dei percorsi del paziente con particolare attenzione alla attribuzione di risorse economiche adeguate allo sviluppo e implementazione della rete; si raccomanda, inoltre, di attivare e finalizzare i processi per la transizione digitale.*
- *Si sottolinea l'importanza di focalizzare l'operato della Rete in una reale interscambiabilità del paziente all'interno dei nodi per ottimizzare il percorso, ridurre i tempi di attesa (chirurgia, diagnostica, terapia) ed assicurare la prossimità delle cure mediche specie per i pazienti oncologici in fase avanzata/cronica di malattia.*
- *Per quanto riguarda l'ottimizzazione dei servizi e la sostenibilità delle chirurgie ad alto impatto e ad alta specialistica (toracica, addominale come chirurgia del pancreas e dello stomaco, e ginecologica in particolare l'ovaio) si demanda alla Regione la decisione, sulla base di quanto rilevato:*
> Per il tumore dello stomaco, concentrare la casistica in due centri già individuati dalla Regione.
- *La Regione mostra una presa in carico elevata rispetto alla popolazione residente e un basso indice di fuga; tuttavia, restano da migliorare i tempi di attesa.*
- *Si raccomanda di porre in essere le azioni necessarie per il controllo e il monitoraggio interno ai processi di rete, l'implementazione e l'aderenza ai PDTA di patologia.*
- *In relazione alle prestazioni ambulatoriali per chemioterapia e radioterapia, si nota una perfetta presa in carico dei pazienti residenti in provincia di Pordenone e di Trieste che esita sui centri oncologici di riferimento.*
- *La Regione potrà utilizzare gli indicatori per orientarsi nelle scelte di governance.*

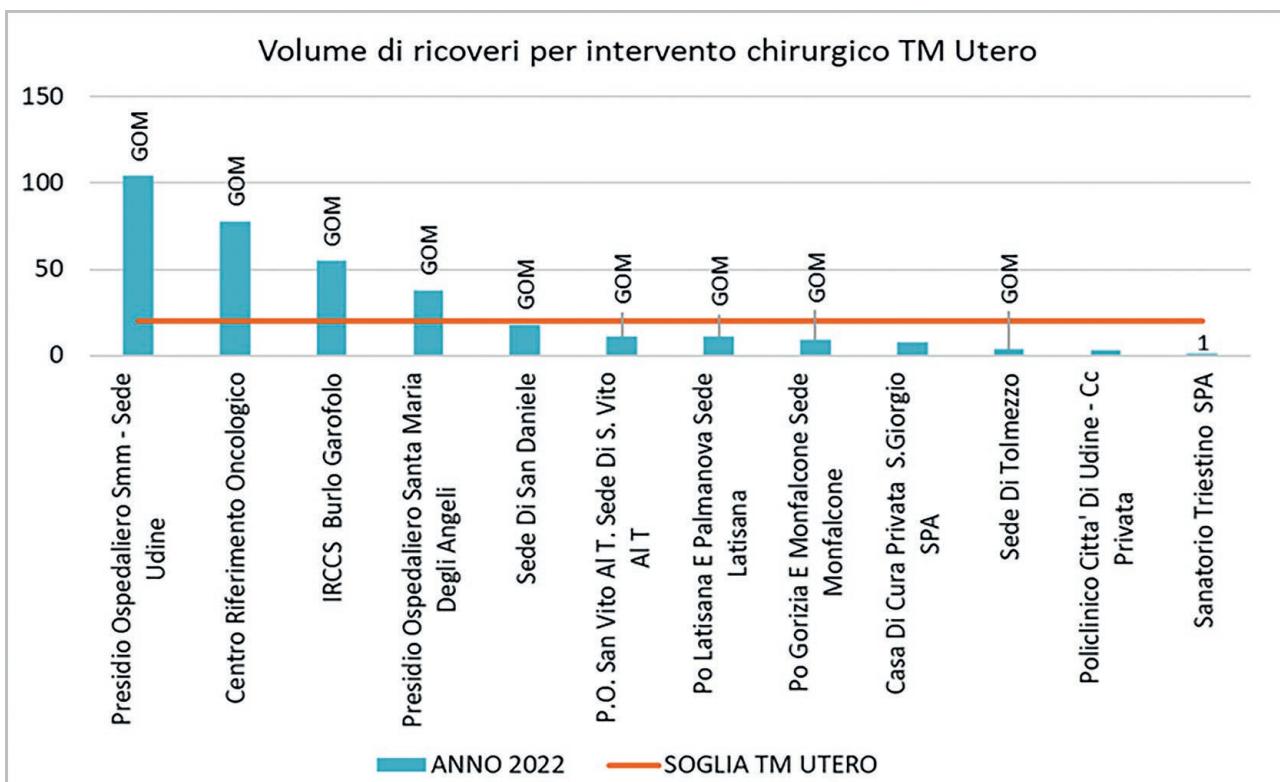
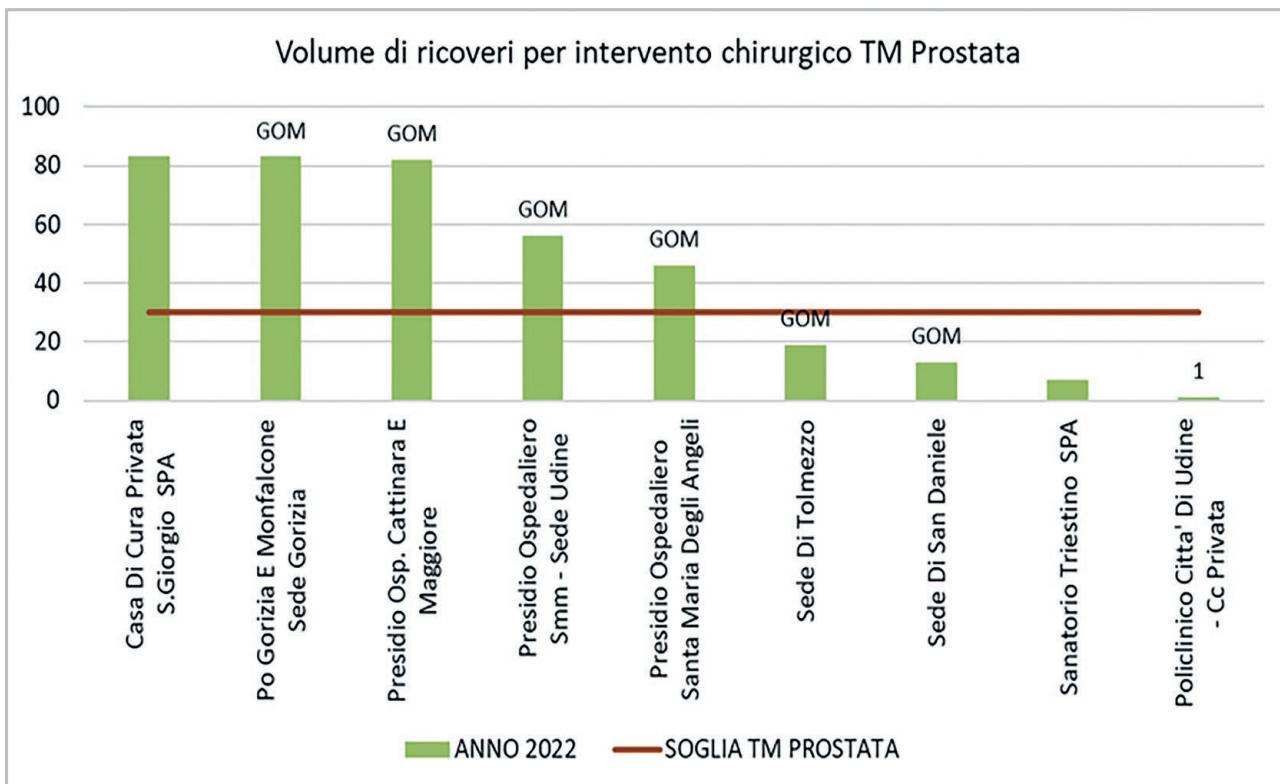
CHIRURGIA ONCOLOGICA VOLUMI ED EXPERTISE

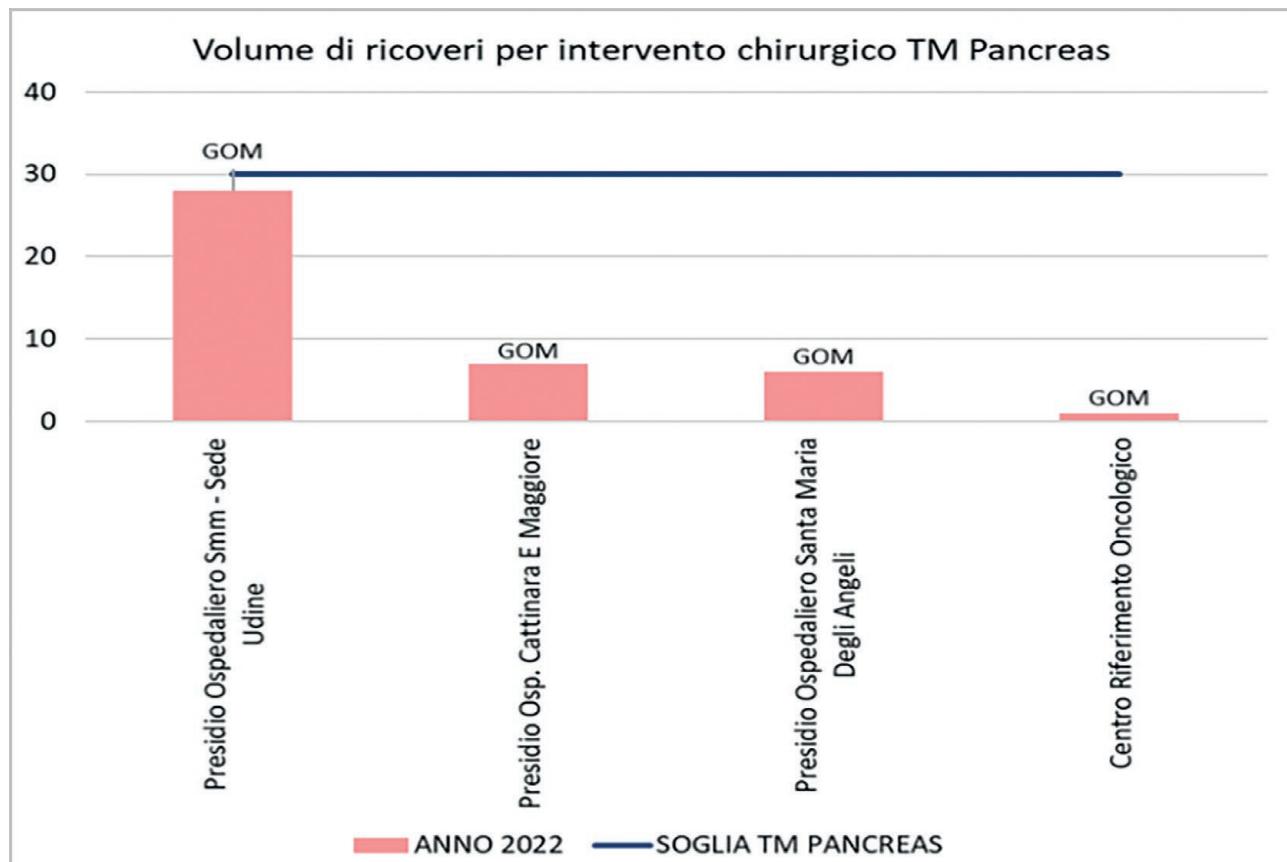
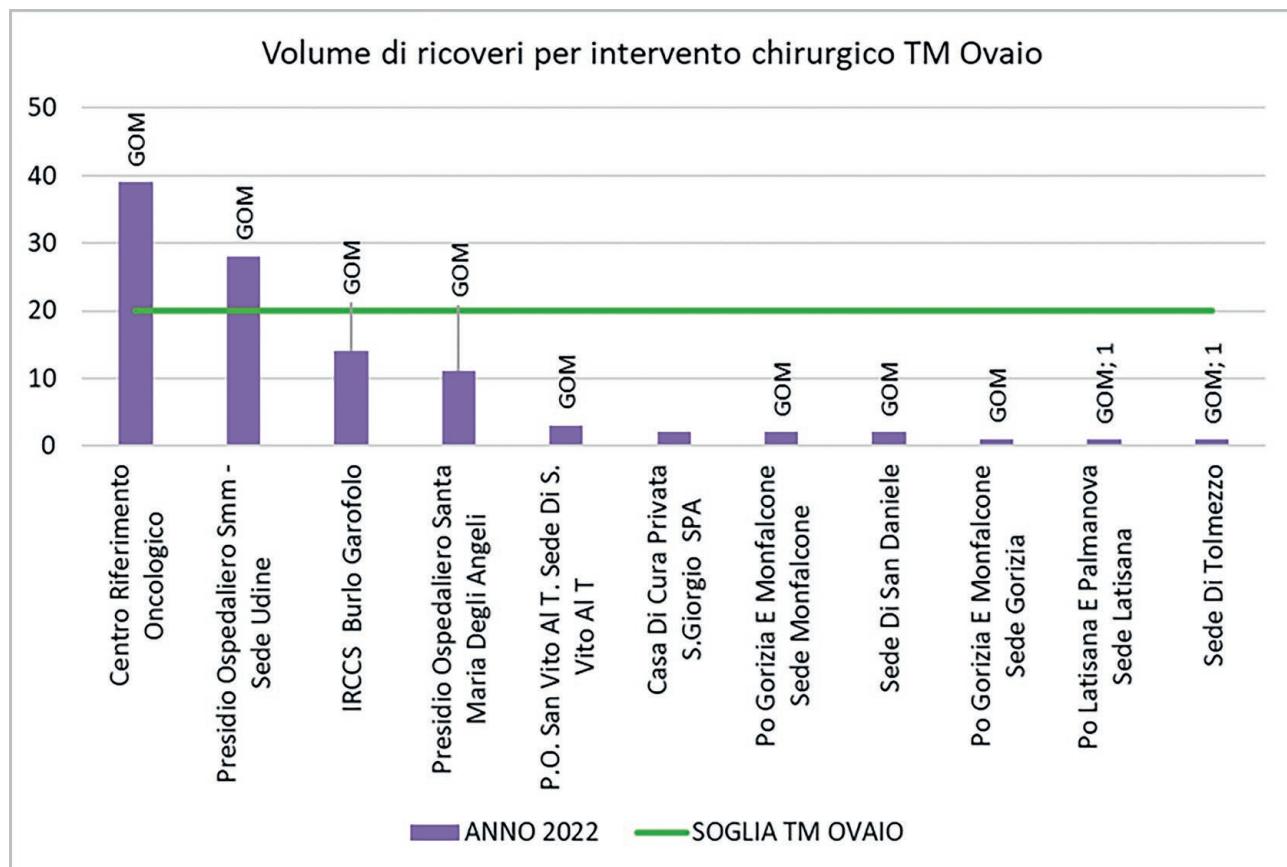
Gli studi che correlano il volume di attività svolta agli esiti di salute ottenuti sono ormai moltissimi e hanno consolidato il principio che esiste, per molte procedure/interventi, una soglia minima di attività. La soglia è solitamente definita quando la curva volume/esiti tende ad appiattirsi o a diminuire in maniera importante la propria inclinazione. In Italia il tema volumi/esiti è stato a lungo studiato e ha prodotto una quota degli indicatori del PNE e uno degli allegati al DM 70/2015 che ha definito in 150 il numero minimo di interventi per tumore della mammella necessario per garantire la qualità ottimale. Indicatore adottato, con il valore soglia di 135, anche dal Nuovo Sistema di Garanzia LEA.

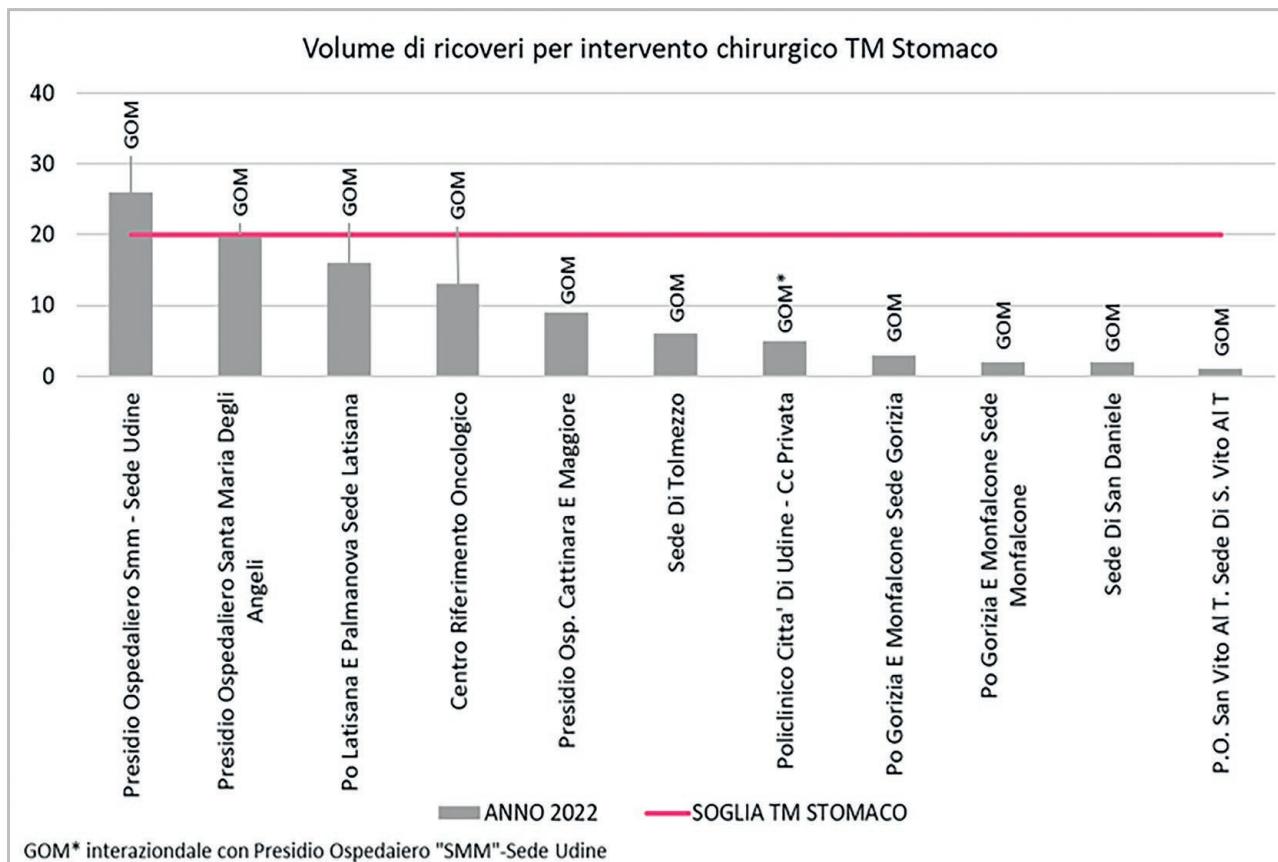
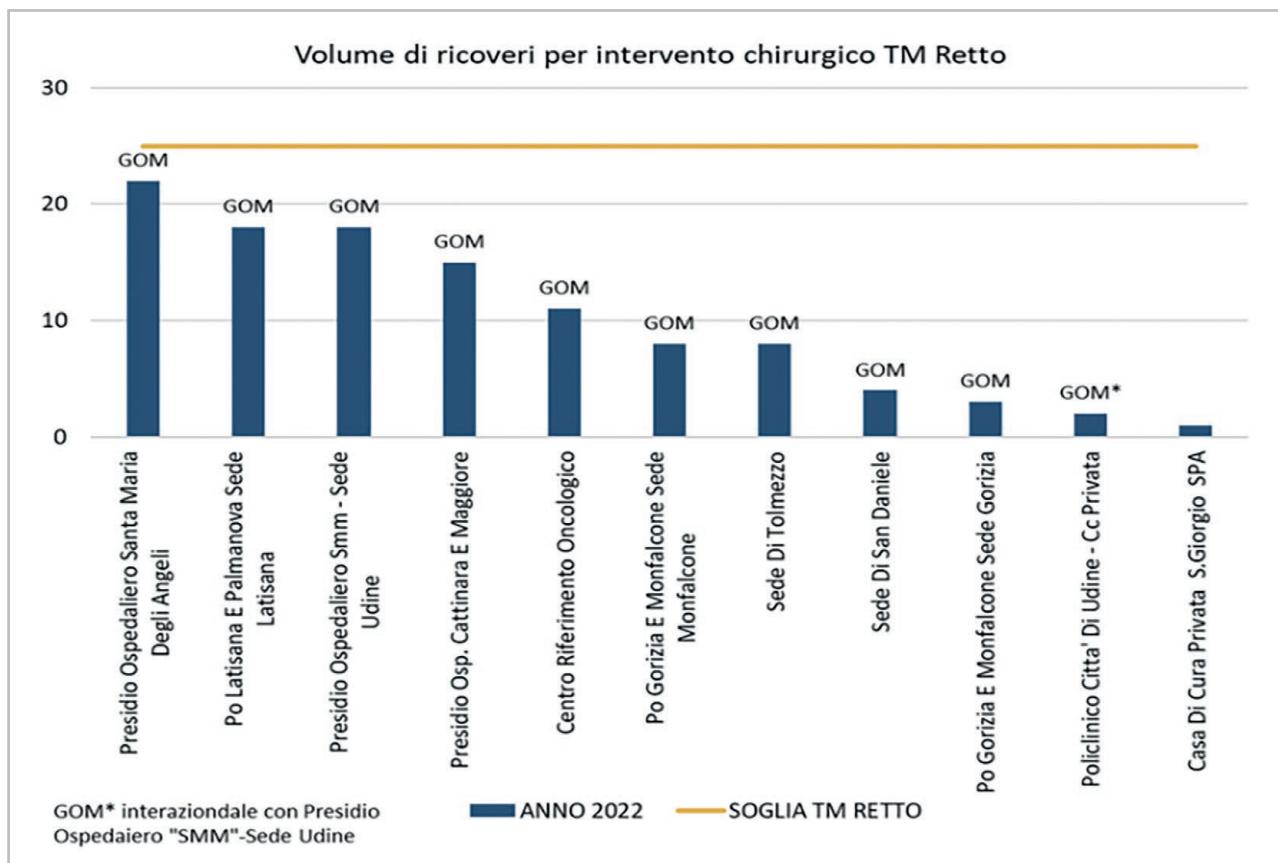
AGENAS nel proprio rapporto sulle Reti Oncologiche già citato ha rappresentato i dati con ulteriori valori soglia per alcuni interventi per i seguenti tumori: polmone, prostata, ovaio, utero, colon-retto, stomaco, pancreas e sulla base di valori soglia valuta il numero di strutture che lo raggiungono o meno (figure seguenti).

Di seguito sono riportati i grafici inerenti ai volumi di attività da PNE per struttura riferite agli interventi per singola patologia in esame con relativo valore soglia e con indicazione della presenza dei Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM).









Lo scopo di questa valutazione è quello di promuovere una maggiore concentrazione della casistica e la diffusione dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM).

La relazione volume/esito è una relazione complessa che mette assieme il numero degli interventi effettuati, le risorse per l'urgenza, la presenza di tecnologie, la multidisciplinarietà dell'approccio, l'expertise dell'équipe e l'esperienza (volumi di attività) del singolo chirurgo.

Proprio per indagare l'esperienza del singolo chirurgo da alcuni anni il programma PNE prevede la codifica individuale dei medici che operano come primo o in altra posizione. Ciò è avvenuto in seguito alle verifica che in molti ospedali di grandi dimensioni italiani la casistica era dispersa in numerosi operatori e molti di questi operavano un numero di pazienti anche nettamente inferiore a quelli degli ospedali spoke.

Un recente studio pubblicato su Nature nel 2024 condotto su oltre 100mila pazienti operati per tumore del colon-retto ha mostrato che il volume di casi/anno del chirurgo e il numero di casi cumulativi nella carriera è più importante del volume di ospedale.

TUMORI AL COLON - PNE EDIZIONE 2024 con dati 2023

La tabella che segue deriva dall'estrazione dal sito AGENAS PNE dei dati per singola struttura ospedaliera del numero degli interventi dei tumori maligni del colon.

Per ogni struttura è stato estratto anche il numero dei chirurghi che hanno svolto il ruolo di primo operatore quindi con la responsabilità principale dell'intervento. Lo scopo era di misurare la dispersione interna all'ospedale degli interventi (quarta colonna).

Si è anche estratto il numero di interventi che ha fatto l'operatore che ha operato di più. Si è quindi calcolato, su base ospedaliera il numero medio di interventi per operatore dividendo il totale degli interventi per il numero di primi operatori (sesta colonna).

Azienda	Ospedale	n. interventi tumori al colon	n. primi operatori	operatore con numero massimo di interventi	interventi primi operatori
ASUGI	Cattinara	89	12	19	7,4
ASUGI	Monfalcone	27	7	10	3,9
ASUGI	Gorizia	16	5	10	3,2
AUFC	Udine	125	23	27	5,4
ASUFC	San Daniele	29	8	8	3,6
ASUFC	Tolmezzo	23	9	9	2,6
ASUFC	Latisana	59	8	33	7,4
ASFO	Pordenone	89	10	32	8,9
ASFO	San Vito al T	25	3	18	8,3
CRO	CRO	42	5	26	8,4
CASA DI CURA	CDC UDINE	26	3	20	8,7
CASA DI CURA	SAN GIORGIO	12	2	11	6,0
TOTALE		562	95		5,9

I primi operatori sono 95 con il numero massimo a Udine (23).

Dai dati risulta che due chirurghi in regione superano 30 interventi (Latisana e Pordenone) e tre stanno tra i 20 e i 29 (Udine, CRO e Casa di Cura Città di Udine) (quinta colonna).

Il solo volume di interventi per ospedale non è in grado di valutare quanti siano i chirurghi che operano all'interno delle singole strutture. L'ospedale di Udine ha una importante dispersione di casi che richiede sicuramente una modifica organizzativa pari a quella richiesta agli ospedali spoke. La semplice decisione basata sul volume ospedaliero rischia di escludere dall'attività chirurghi con esperienza eguale o superiore a chirurghi degli ospedali hub.

A tal proposito sarebbe utile seguire le indicazioni dell'Accordo Stato Regione sul Piano Oncologico che raccomanda che *"la decisione su quale soglia utilizzare come riferimento, deve basarsi su criteri che dipendono dal contesto, dalle evidenze scientifiche disponibili e dalla sostenibilità dei risultati che derivano da tali scelte. Una eccessiva frammentazione delle attività riduce la qualità degli esistenti assistenziali ed è causa di un possibile spreco di risorse, mentre una eccessiva concentrazione porta alla ipertrofia di poche strutture con conseguenze sulla accessibilità dei servizi, possibili diseconomie a benefici marginali in termini di qualità dell'assistenza. È indispensabile quindi prevedere meccanismi di formazione di rete che valorizzino le opportunità di apprendimento e di acquisizione di competenze presenti nei diversi nodi del sistema, in modi da evitare un progressivo impoverimento dei professionisti che operano nelle unità operative che assistono una casistica di minore complessità"*.

Forse sarebbe opportuno, quindi, che il ruolo dei singoli ospedali sia stabilito non a priori ma dopo aver definito, come è stato fatto per la rete senologica, compiti e ruoli di ciascun attore per le reti mancanti che sono quelle di: capo-collo, cute e tessuti molli, ematologica, toracica, apparato genito-urinario, sistema nervoso centrale e apparato digerente. È importante, come definito dall'Accordo Stato Regioni che non si azzeri la professionalità e l'expertise di chirurghi con grande esperienza solo perché collocati in strutture spoke. Per questo andrebbero definiti percorsi organizzativi quali equipe itineranti o simili come già in vigore in altre Regioni. I PDTA dovrebbero inoltre stabilire requisiti di qualità professionali, tecniche e organizzative.

Va inoltre posto il problema che il Friuli Venezia Giulia ha un bacino di 1,2 milioni di abitanti e su alcuni dei tumori analizzati forse va fatta una riflessione se abbia senso mantenere l'attività regionale. Un esempio fra tutti è il tumore al pancreas che ha un numero medio di pazienti/anno operati di 61 di cui 20 fuori regione. Il numero di casi massimo per chirurgo è di 20. Per fare un paragone con un importante centro di riferimento, a Verona si operano oltre 300 casi all'anno con 7 chirurghi che superano i 30 casi a testa/anno di cui due i 40. Andrebbe valutato quindi se, come prevede l'Accordo Stato Regioni, sia possibile stipulare una convenzione con il Veneto su questo tema, anche tenuto conto che già ora il 30% dei pazienti va in questa struttura.

Da ultimo, ma non certo per importanza, ci si chiede quali possibilità di scelta abbia il paziente. È ipotizzabile che le aziende mettano a disposizione di chi dovrebbe farsi operare il numero degli interventi dell'ospedale e del singolo chirurgo? È possibile mettere nel consenso informato questi dati in modo che la persona sappia dove si opera e che esperienza ha il chirurgo che interverrà su di lui? A questo si lega anche uno dei temi previsti dal Piano nazionale ovvero il diritto alla second opinion anche fuori regione.

PIANO ONCOLOGICO E IRCCS CRO DI AVIANO – STATO DI FATTO

Il CRO di Aviano inizia la sua attività nel 1984 ed è stato riconosciuto nel 1990 come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) dal Ministero della Salute.

Un IRCCS è valutato periodicamente per la conferma su diverse dimensioni: economicità ed efficienza, eccellenza del livello di ricovero e cura di alta specialità, contributo alla ricerca, capacità di attrarre finanziamenti, certificazione di qualità con requisiti internazionalmente riconosciuti.

L'Accordo Stato Regioni sul Piano oncologico indica gli IRCCS come modelli dove c'è la presenza del "massimo livello di tutte le competenze specialistiche e messe in atto tutte le potenzialità dell'organizzazione e della ricerca".

Quindi caratteristiche essenziali di un IRCCS sono cura (ricovero e ambulatoriale) e ricerca e, aggiunge l'Accordo, l'integrazione con il territorio di riferimento.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha recentemente definito il ruolo del CRO:

- 1 – aziendale per il governo clinico del paziente oncologico dell'ASFO
- 2 – regionale per l'attività di ricerca pre-clinica e gli studi di fase 1 e il coordinamento delle attività regionali dei tumori rari (DGR 1002/2017)
- 3 – nazionale orientato alla ricerca clinica e traslazionale in materia di prevenzione, diagnosi e cura e gestione del paziente oncologico.

Questa definizione non chiarisce quale attività di "ricovero e cura" sia attribuita al CRO. Dal testo sembrerebbe essere limitata ai pazienti del Friuli Occidentale e a livello regionale ai tumori rari.

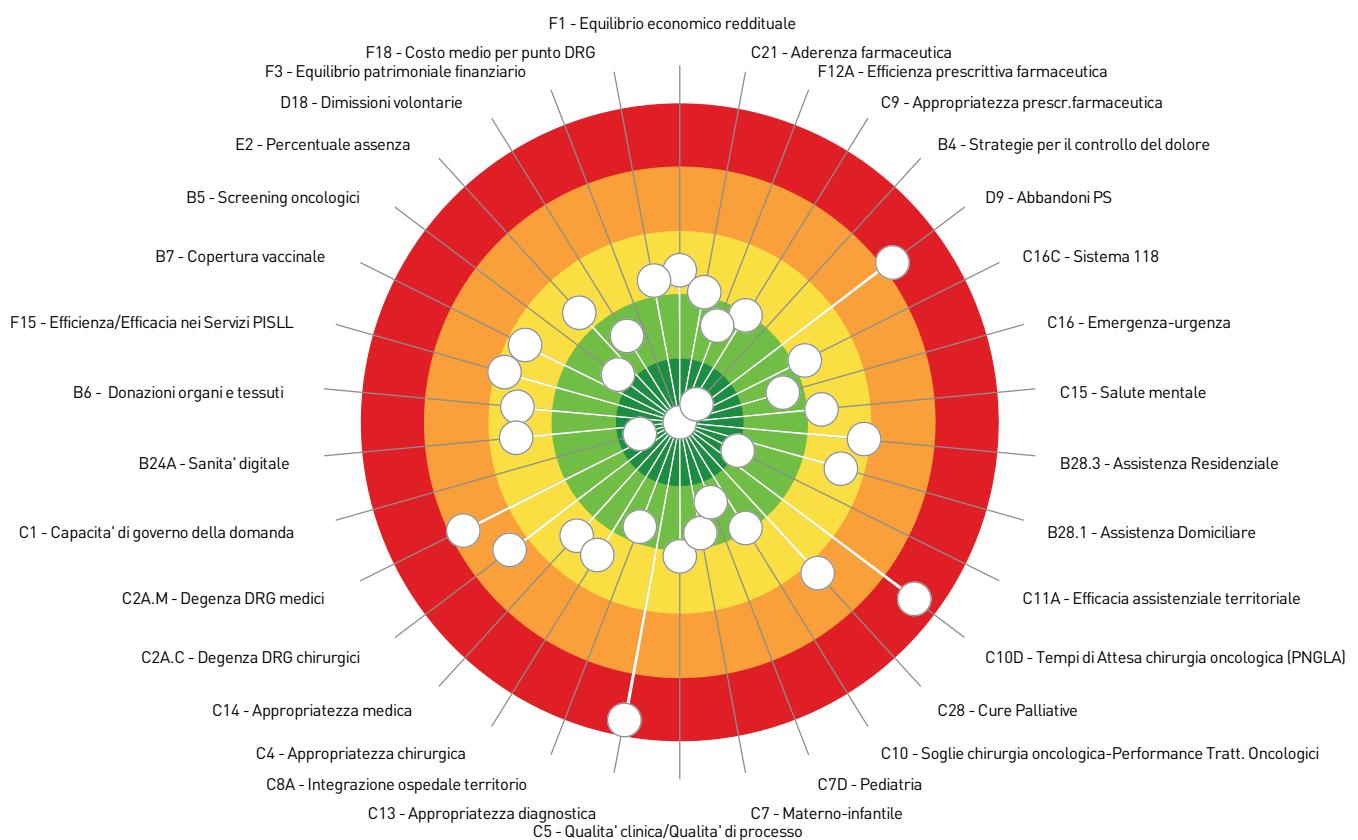
Il Piano Oncologico Regionale POR sembra confermare questa tesi quando scrive, a proposito dell'attività chirurgica che "ASFO e IRCCS CRO potranno proporre accordi che prevedano la concentrazione delle attività in una delle due sedi (...)" . Per ulteriori funzioni rinvia al futuro con termini non definiti ("definizione delle funzioni hub regionali per l'IRCCS CRO"). In pratica il CRO diventa così l'oncologia del Friuli Occidentale fino a nuovi atti.

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI – “BERSAGLI” 2022

Nel report del 2022 il sistema Bersagli così scrive a proposito della performance della Regione FVG.

“Il bersaglio riportato nella figura sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel 2022. Dei 157 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra un quadro tendenzialmente stabile con una quota pari al 33% degli indicatori che risulta migliorato rispetto all’anno precedente, una quota pari al 13% che resta stabile e il restante 54% che risulta peggiorato. La gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, sono posizionati nelle fasce verde e gialla.

Valutazione della performance 2022



Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell’accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Si segnalano perduranti criticità nella tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A (prostata, colon, retto, utero, tiroide), con quota di ricoveri effettuati entro i 30 giorni in calo rispetto al 2021. Al di sopra della media delle Regioni del Network la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, indicatore che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture. Da attenzionare la garanzia dei tempi per l’accesso alla specialistica ambulatoriale (indicatori di osservazione definiti secondo gli standard nazionali). Critica è anche l’appropriatezza prescrittiva in ambito diagnostico dove aumenta il ricorso a prestazioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, segnatamente risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, che passa da 27,4% del 2021 a 32,6% del 2022, e la percentuale di RM colonna ripetute entro 12 mesi che registra il valore più elevato tra le regioni del Network (12,5%). Questo trend è comune a molte regioni del Network.

A livello ospedaliero, si segnala l’ottimo e consolidato risultato nella percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero, dove il Friuli Venezia Giulia si attesta come best practice delle Regioni del Network. L’indicatore è di fatto una proxy della soddisfazione del paziente rispetto all’assistenza ospedaliera. In calo invece la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo: il 54% degli anziani diagnosticati con frattura è sottoposto a intervento entro 2 giorni, dato che si attestava quasi al 58% nel 2021. Da attenzionare anche l’aumento di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, indicatore di appropriatezza del setting assistenziale. Per quanto riguarda l’area della qualità e dell’organizzazione dei processi ospedalieri, la durata delle degenze (chirurgiche e mediche) si conferma superiore alla media. Continua a crescere in particolar modo la durata di quelle mediche, che si attesta a 0,87 contro lo 0,51 del 2021. Superiore alla media delle Regioni del Network la performance circa le donazioni di organi e tessuti, dove la regione Friuli Venezia Giulia mostra una buona capacità nella fase di procurement degli organi.

Sul territorio, l’assistenza domiciliare è in linea con le altre Regioni del Network. Buona la percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari (12% in media a livello regionale), misura che indica la capacità complessiva di gestione a domicilio espressa dal sistema sanitario. Risultano tuttavia ancora migliorabili la presa in carico per cure domiciliare con valutazione e l’intensità assistenziale erogata agli over 65 anni che cala considerevolmente (– dieci punti percentuali rispetto al 2021). Buono invece il risultato nella continuità di cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio e in particolare al domicilio, dove la percentuale di dimissioni dall’ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni si attesta al 10,7%. Critica è con un trend in aumento la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso non seguito da ricovero, con un anziano ogni quattro che ricorre al PS.

Molto buona la performance che la Regione registra nel campo della governance farmaceutica, ottima sia sull'efficienza prescrittiva che sul consumo di farmaci oppioidi. La Regione migliora di fatti nella capacità di monitoraggio della spesa farmaceutica, con una contrazione nella spesa per unità posologica per Imatinib, Etanercept, Infliximab, e Trastuzumab. Ottima anche la prescrizione di farmaci bioequivalenti nelle liste di trasparenza e quindi a brevetto scaduto, con una percentuale che sfiora l'87%. Rispetto all'appropriatezza prescrittiva, si conferma la propensione alla riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio, anche con riferimento a quelli in età pediatrica. Il consumo di cefalosporine in età pediatrica è di fatto il più basso del Network delle Regioni (0,4 DDD per 1.000 abitanti). Si segnala inoltre l'ottimo risultato nella proporzione di antibiotici Acess, unica Regione del Network a raggiungere il target dell'OMS fissato al 60%.

La gestione del percorso materno infantile si mantiene piuttosto buona, con una percentuale di parti cesarei contenuta (16,6%), in miglioramento rispetto al 2021. Molto buono anche il ricorso a parto vaginale dopo precedente taglio cesareo (VBAC), che raggiunge quasi il 36%. La regione riesce anche a contenere maggiormente rispetto allo scorso anno l'uso di episiotomie depurate, mentre il ricorso ai parti operativi rimane il più alto tra le Regioni del Network (9,5%). Qualche criticità nella fase relativa al primo anno di vita, segnatamente per la copertura vaccinale antimeningococcica e anti-pneumococcica. Ottima invece la gestione dell'età pediatrica, interamente nelle fasce verde e verdonata. La presa in carico delle cronicità si conferma complessivamente buona, seppur più eterogenea rispetto allo scorso anno. Qualche criticità nella fase di promozione e prevenzione alla salute, con la sola eccezione nella percentuale di fumatori. Da attenzionare maggiormente la fase di trattamento e compliance, dove si presentano le già evidenziate criticità per il tasso di presa in carico con CIA > 0,13, nonché la bassa percentuale di accessi domiciliari effettuati in giorni festivi e prefestivi, proxy dell'organizzazione del percorso domiciliare (5,6%). Molto buona la performance nella fase degli esiti. Più eterogenei i risultati riferiti al percorso oncologico. Relativamente ai programmi di screening oncologici, buona la performance del sistema sanitario friulano: l'adesione dello screening mammografico e della cervice uterina fanno registrare ottimi valori per il 2022. Nella fase del trattamento, si segnalano invece delle criticità sul rispetto dei tempi massimi di attesa, mentre migliora la performance relativa alla concentrazione della casistica in reparti con maggiore expertise, soprattutto relativamente al tumore alla prostata. Da presidiare maggiormente la fase del fine vita.

La gestione dell'emergenza-urgenza si mostra nel complesso buona, seppur con le già evidenziate criticità nel rispetto dei tempi d'attesa in PS per i codici urgenti. Buona la fase di ricovero. Infine, di nuova introduzione il percorso della salute mentale, che fa apprezzare una buona performance lungo tutte le fasi del percorso. La Regione friulana presenta uno dei tassi di ospedalizzazione per patologie psichiatriche tra i più bassi tra le regioni del Network, con soli 74,7 ricoveri per 100.000 abitanti, dato che sconta la presenza dei Centri della Salute Mentale che garantiscono attività sul territorio inclusa ospitalità diurna e notturna h24. Inoltre, si segnala un notevole miglioramento nella percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche nel triennio in esame, al punto che la regione Friuli Venezia Giulia si attesta come best practice nel 2022”.

Per quanto riguarda le singole Aziende si rimanda al report per i dati completi. Si riportano qui solo alcuni dati di sintesi.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

Indicatori migliorati 33,1%, stabili 5,4%, peggiorati 61,5%. Aree critiche: equilibrio economico-finanziario, abbandoni in PS, tempi di attesa in chirurgia oncologica, qualità clinica/qualità di processo (set di indicatori riguardanti la qualità ospedaliera), degenza DRG medici, degenza DRG chirurgici.

IRCCS BURLO GAROFOLÒ

Indicatori migliorati 45,5%, stabili 12,1%, peggiorati 42,4%. Aree critiche: accessi ripetuti in PS entro 72 ore, parti operativi, percentuale di assenze del personale.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

Indicatori migliorati 37,4%, stabili 7,4%, peggiorati 55,0%. Aree critiche: abbandoni in PS, tempi di attesa in chirurgia oncologica, qualità clinica e di processo, degenza DRG medici.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Indicatori migliorati 38,0% stabili 10,9%, peggiorati 51,2%. Area critica: appropriatezza diagnostica (eccesso di RNM colonna ripetute).

IRCCS CRO

Indicatori migliorati 36,6%, stabili 22,4%, peggiorati 41,9%. Area critica: DRG a rischio inappropriatezza.

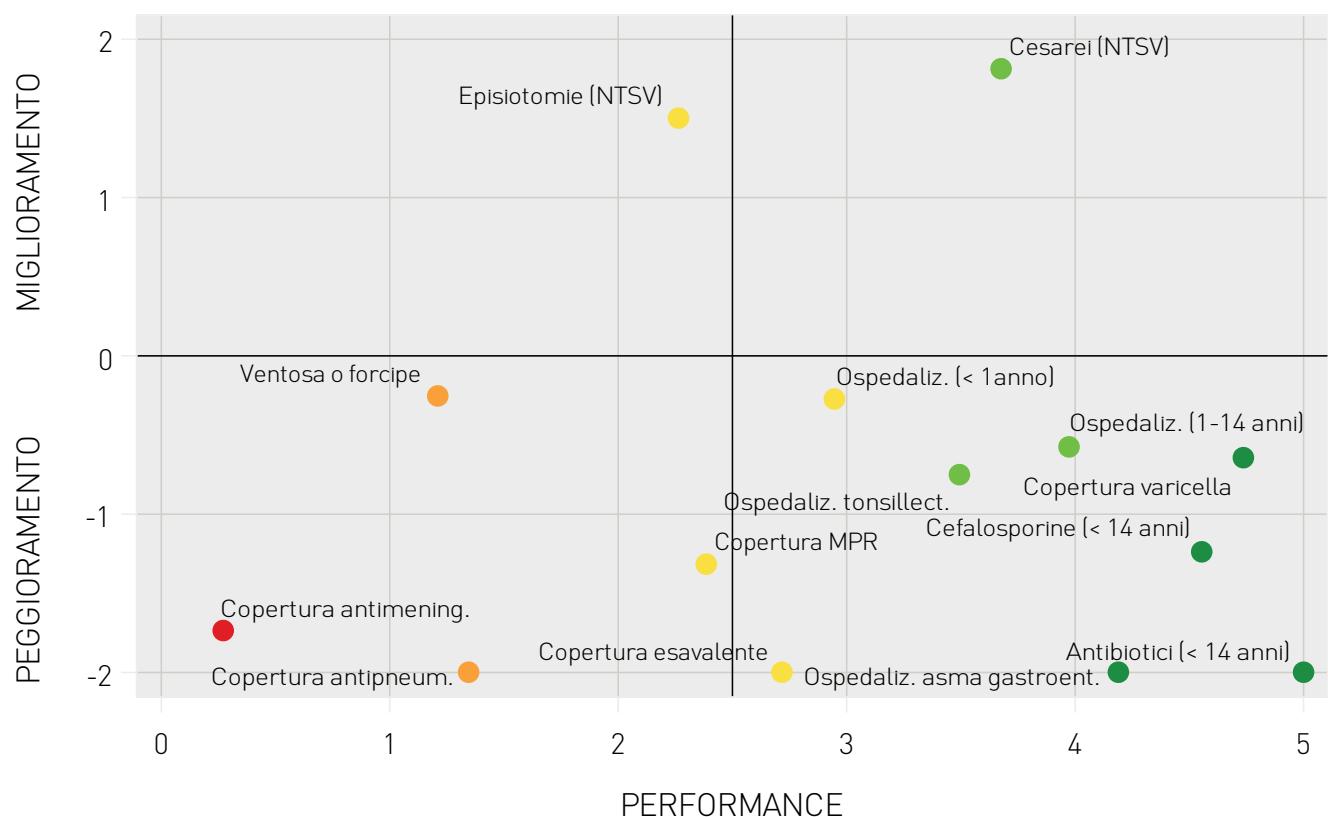
AGGIORNAMENTO 2023

La recente presentazione dei dati 2023 non ha ancora rese pubbliche le percentuali di miglioramento o peggioramento. In estrema sintesi sono stati confermati i risultati del 2022 in particolare per le aree critiche che sono: degenza nelle medicine, abbandono del Pronto Soccorso, tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici, l'appropriatezza diagnostica (eccesso di RNM) e l'elevato numero di assenze del personale. I dati aggiornati saranno disponibili sul sito indicato in bibliografia.

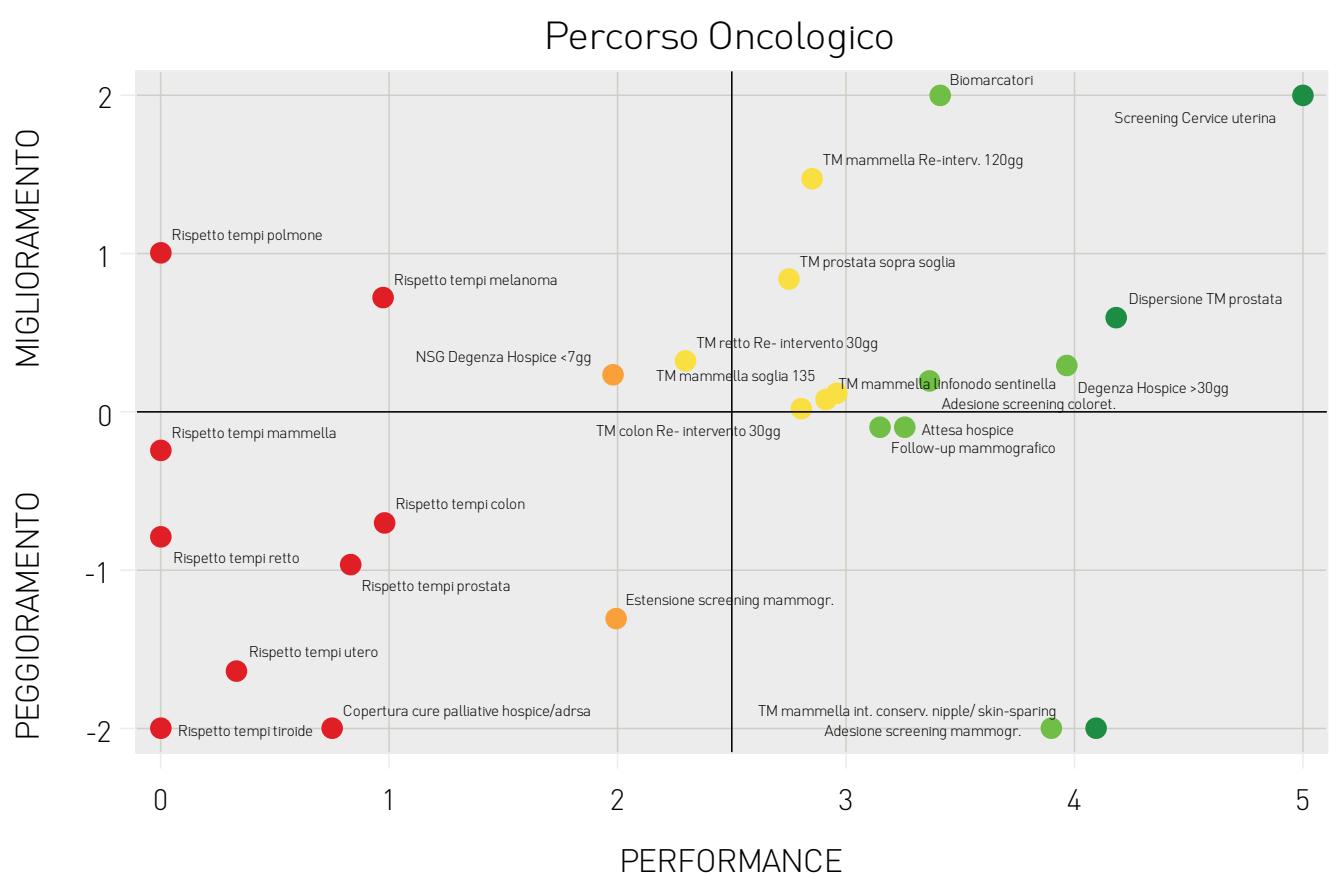
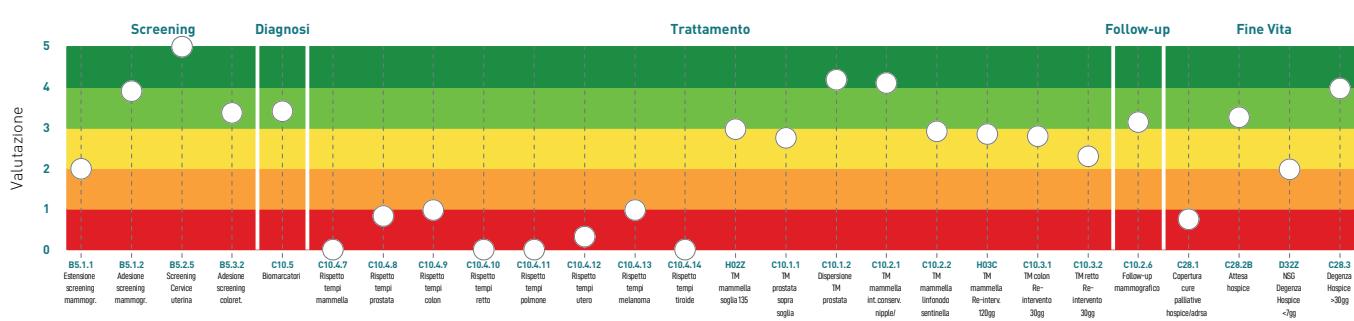
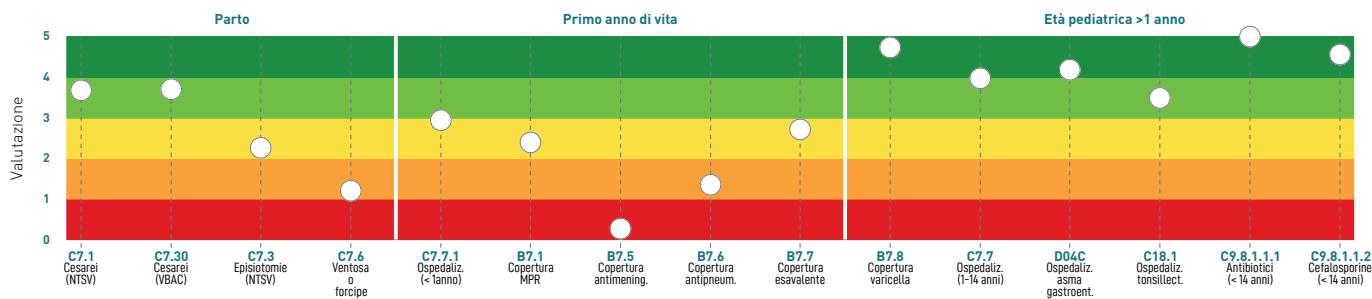
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE

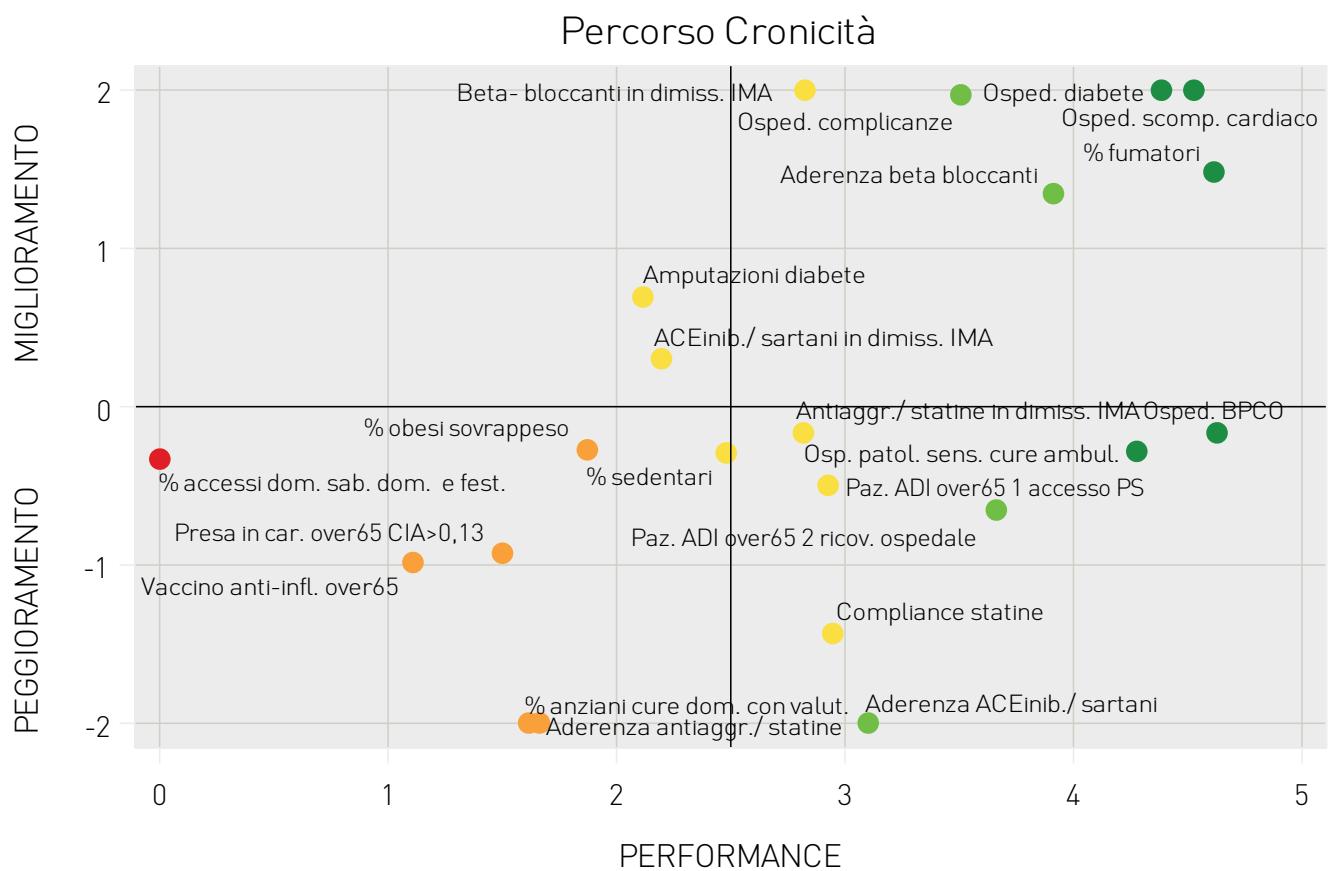
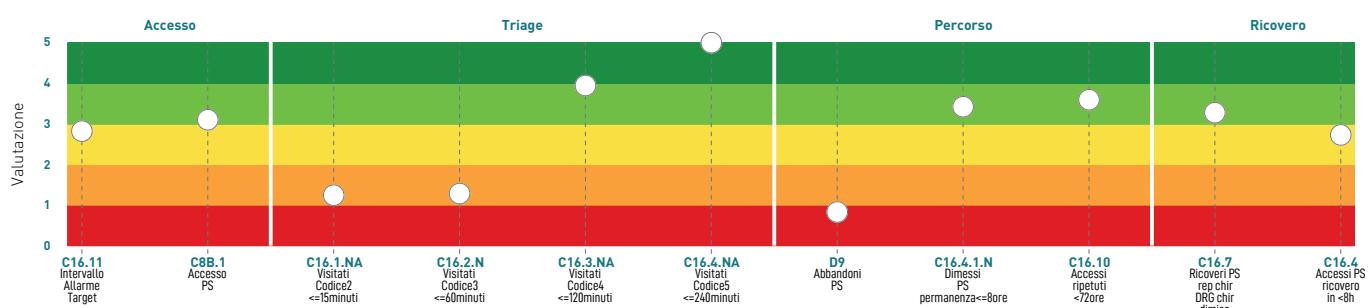
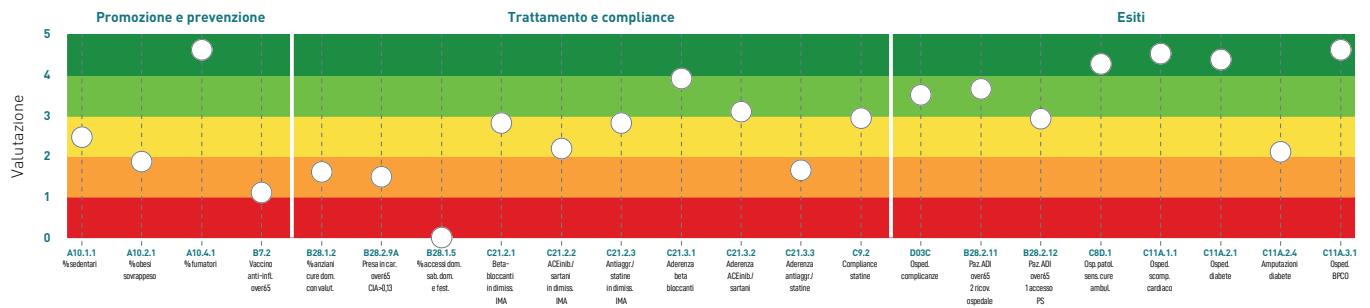
PERCORSO
ONCOLOGICO

Percorso Materno infantile



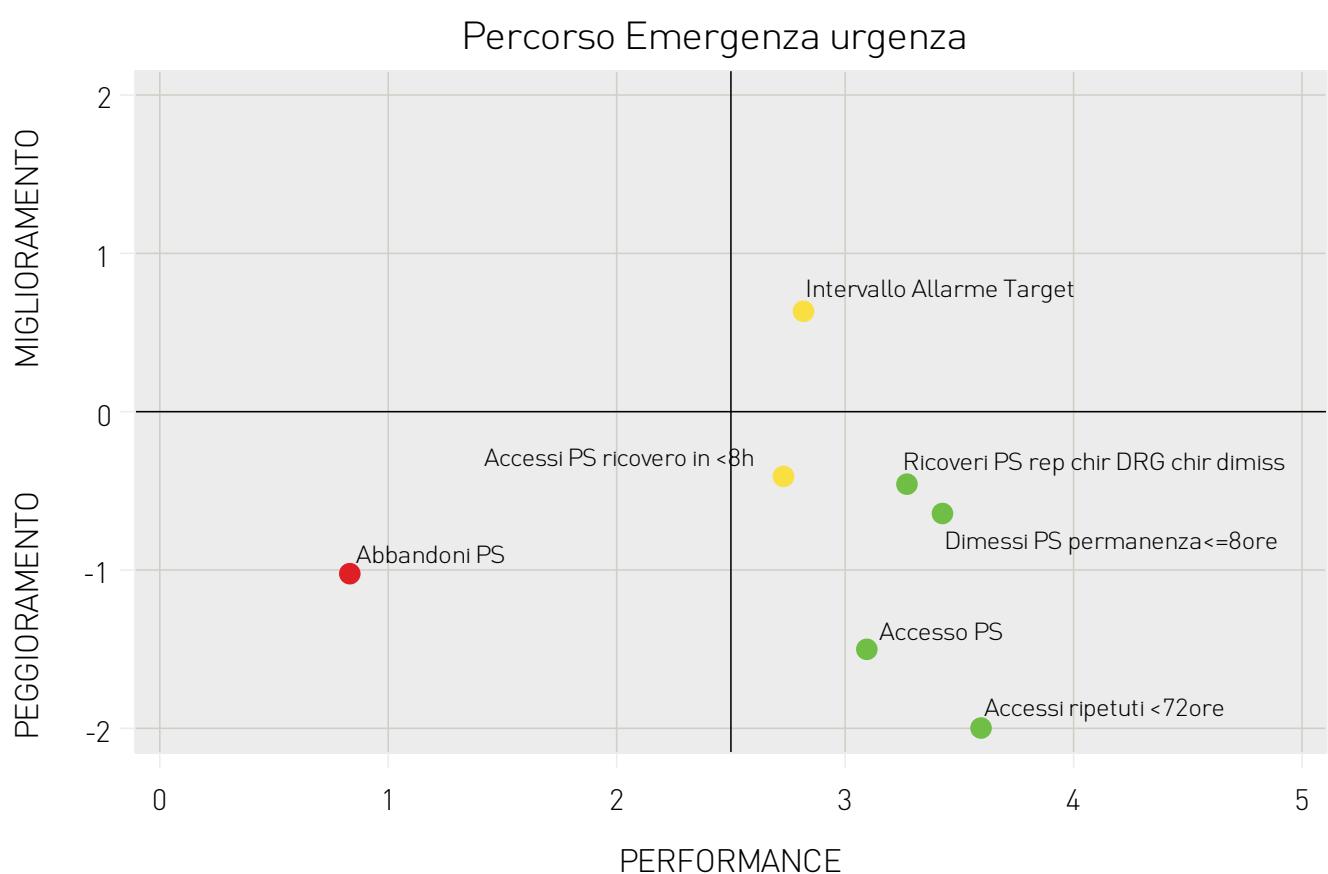
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SSR – “BERSAGLI” 2022



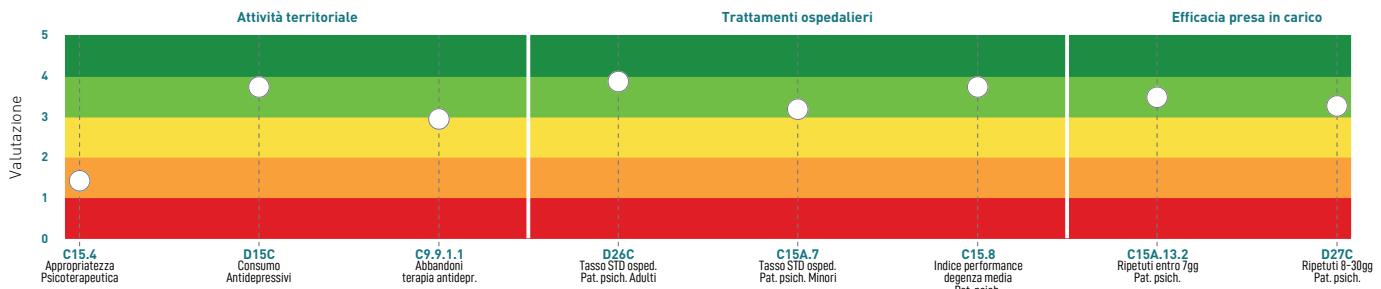


PERCORSO
CRONICITÀ

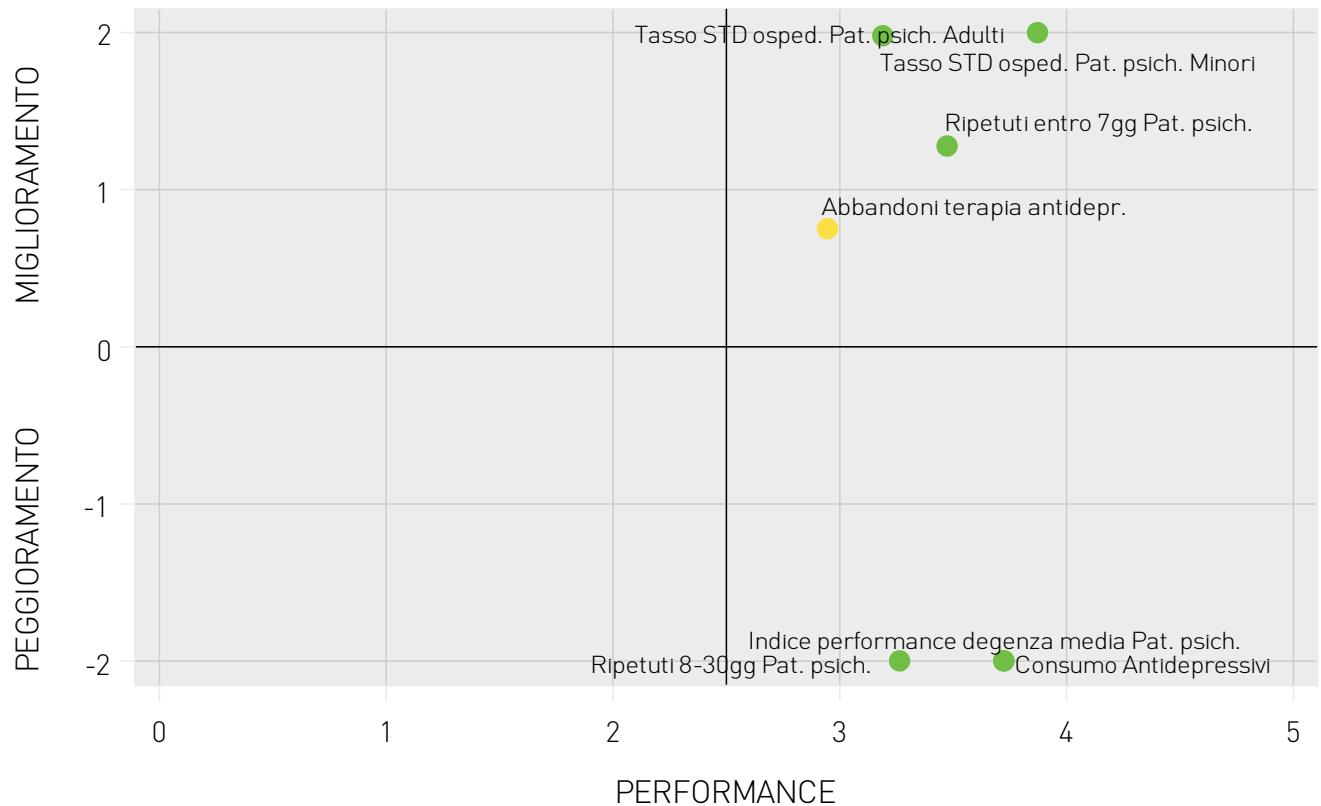
PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

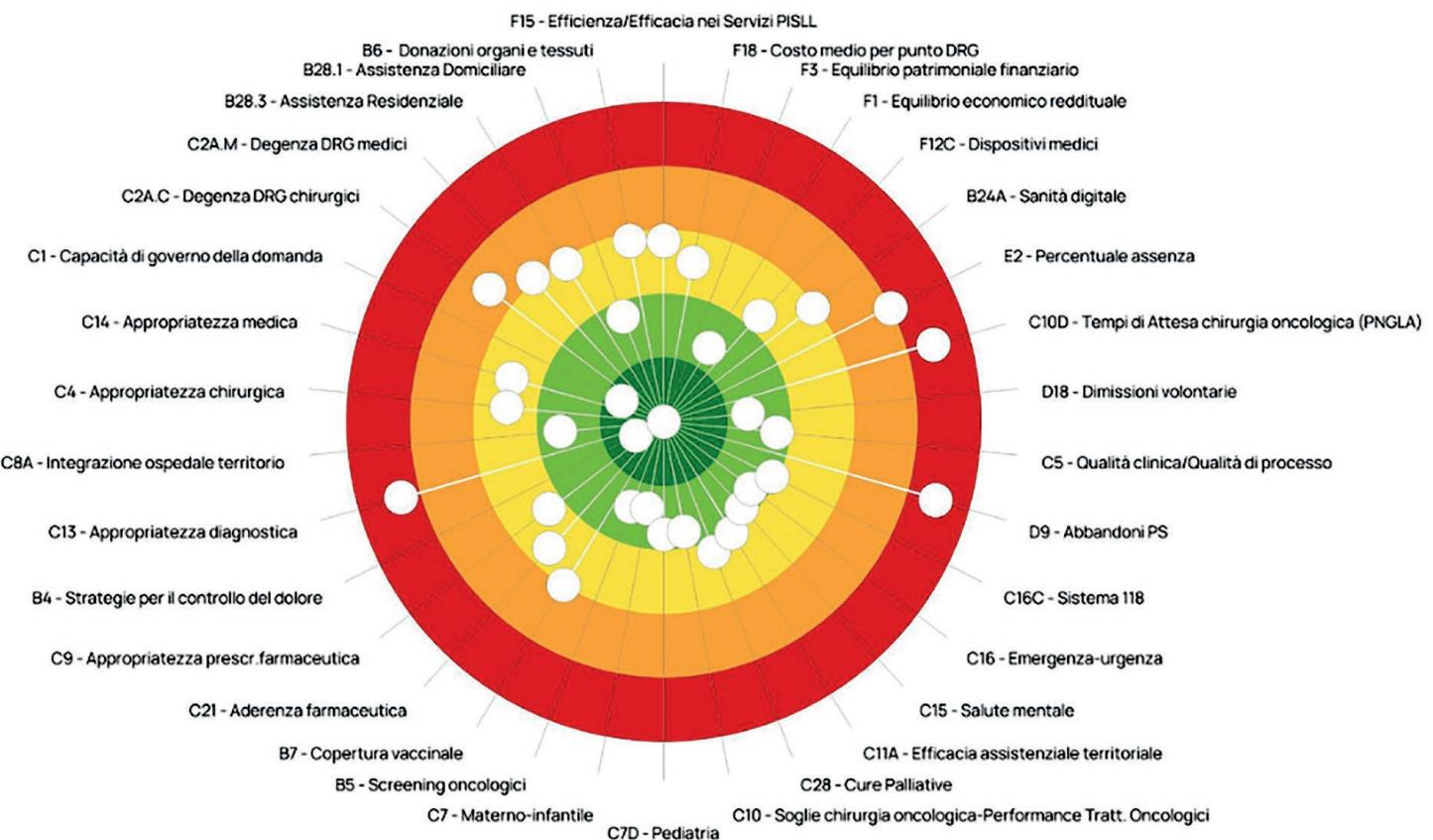


Percorso Salute mentale



Bersaglio

Regione Friuli Venezia Giulia - Anno 2023



PERFORMANCES DELLE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI AGENAS 2024

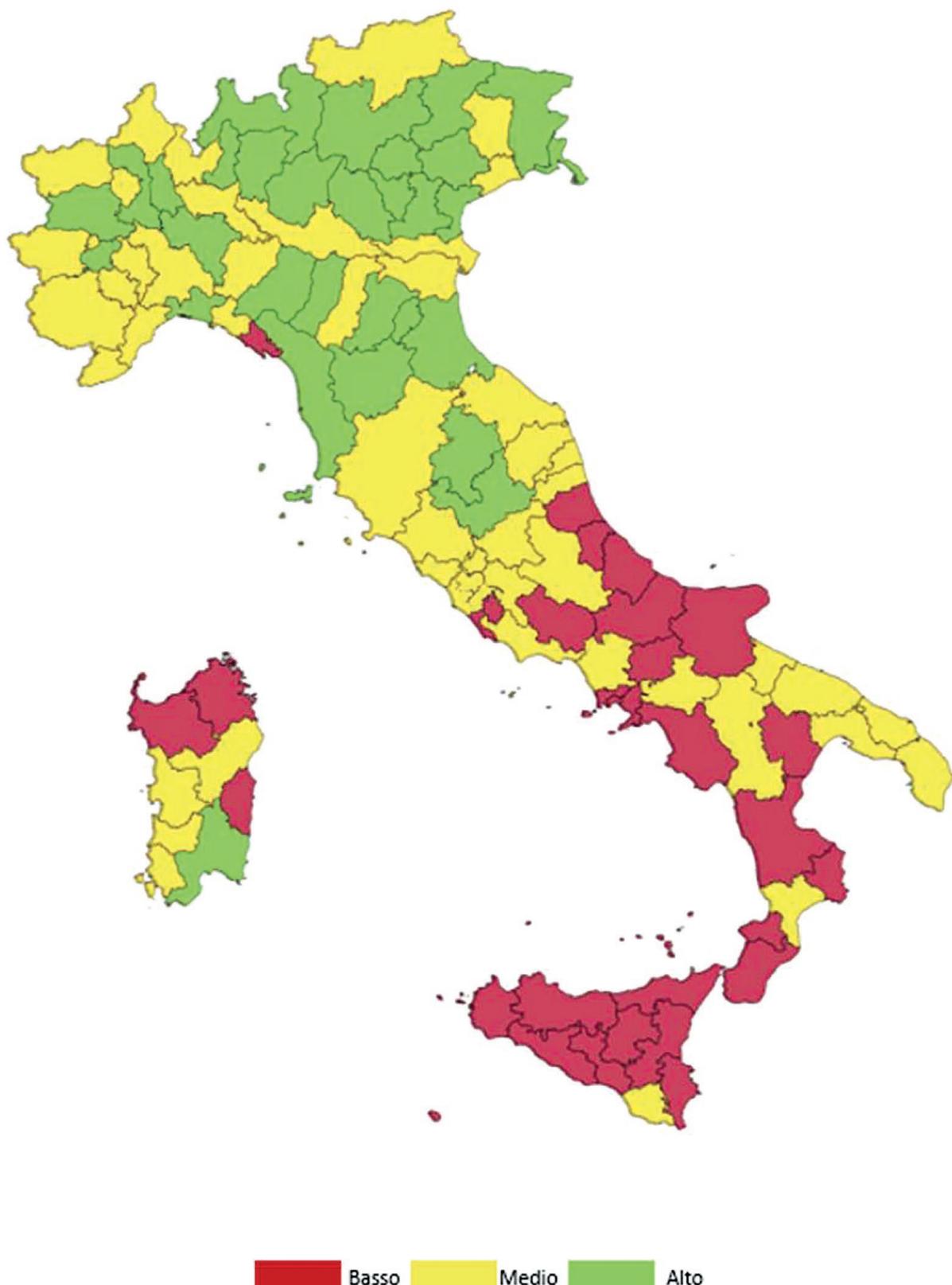
A novembre 2024 AGENAS ha presentato i dati aggiornati al 2023 del modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale riguardo le aziende sanitarie pubbliche, ospedaliere e territoriali. Si tratta di un lavoro che scatta una fotografia rispetto all'attività di 110 aziende territoriali e 51 aziende ospedaliere. Il Friuli Venezia Giulia ha solo aziende territoriali o miste per le quali il monitoraggio si basa sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, outcome) e 12 sub-aree; in merito alle aziende ospedaliere, gli indicatori presi in considerazione sono 27 classificati in 4 aree (accessibilità, gestione dei processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale, investimenti) e 10 sub-aree.

Di seguito sono illustrati le mappe e i grafici del lavoro. In sintesi, ed in particolare in riferimento alle Regioni limitrofe il FVG va bene nella prevenzione, nell'area distrettuale e nella sostenibilità economica, meno bene o male nell'area ospedaliera e negli investimenti.

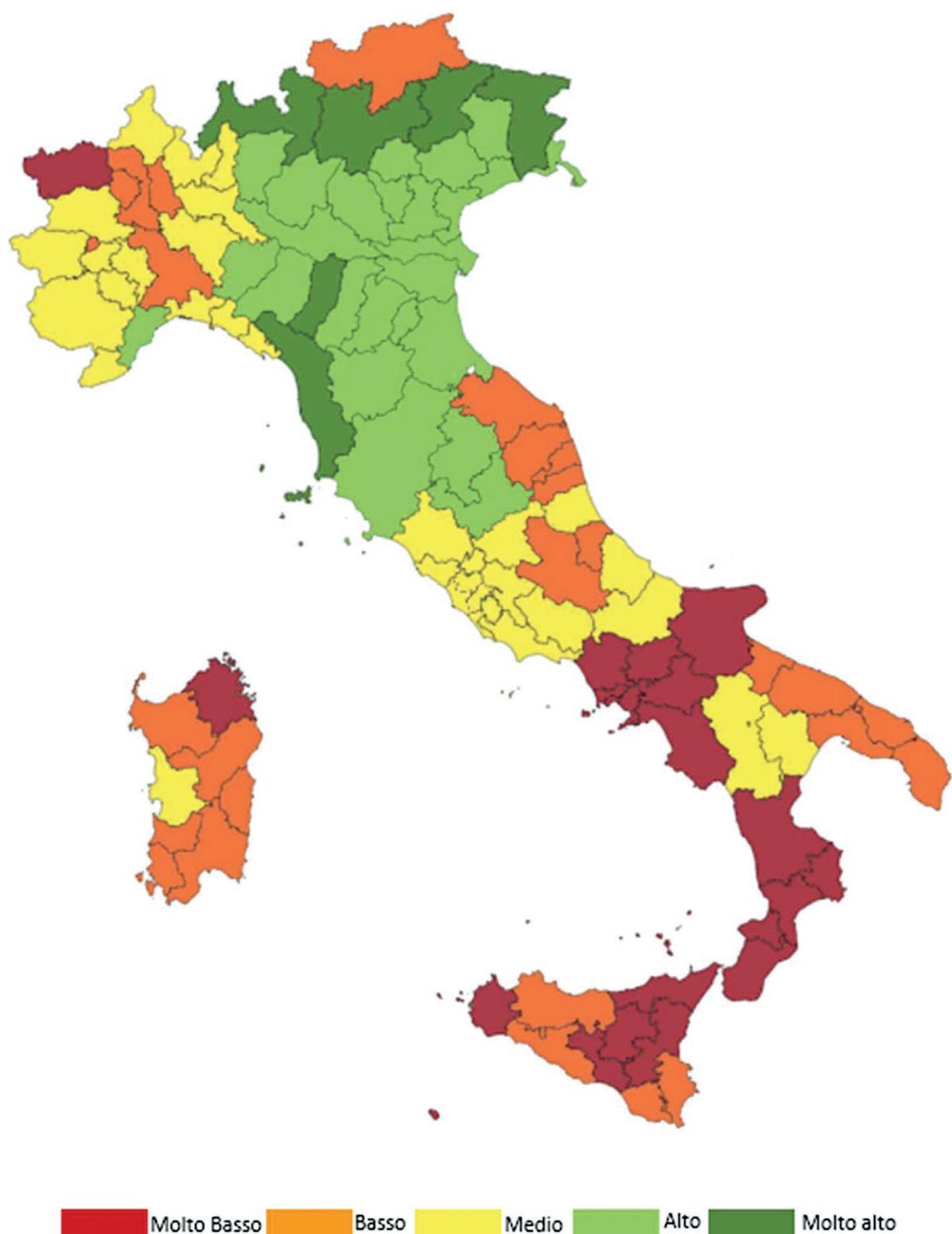
In questo caso i raffronti di sintesi e non sui singoli indicatori risentono del diverso assetto istituzionale, in quanto i tutte le altre regioni gli ospedali di riferimento (in FVG Udine e Trieste) sono azienda autonome.

Il metodo e i dati sono nuovi e ci sono state alcune contestazioni sulla loro validità da parte di alcune Regioni.

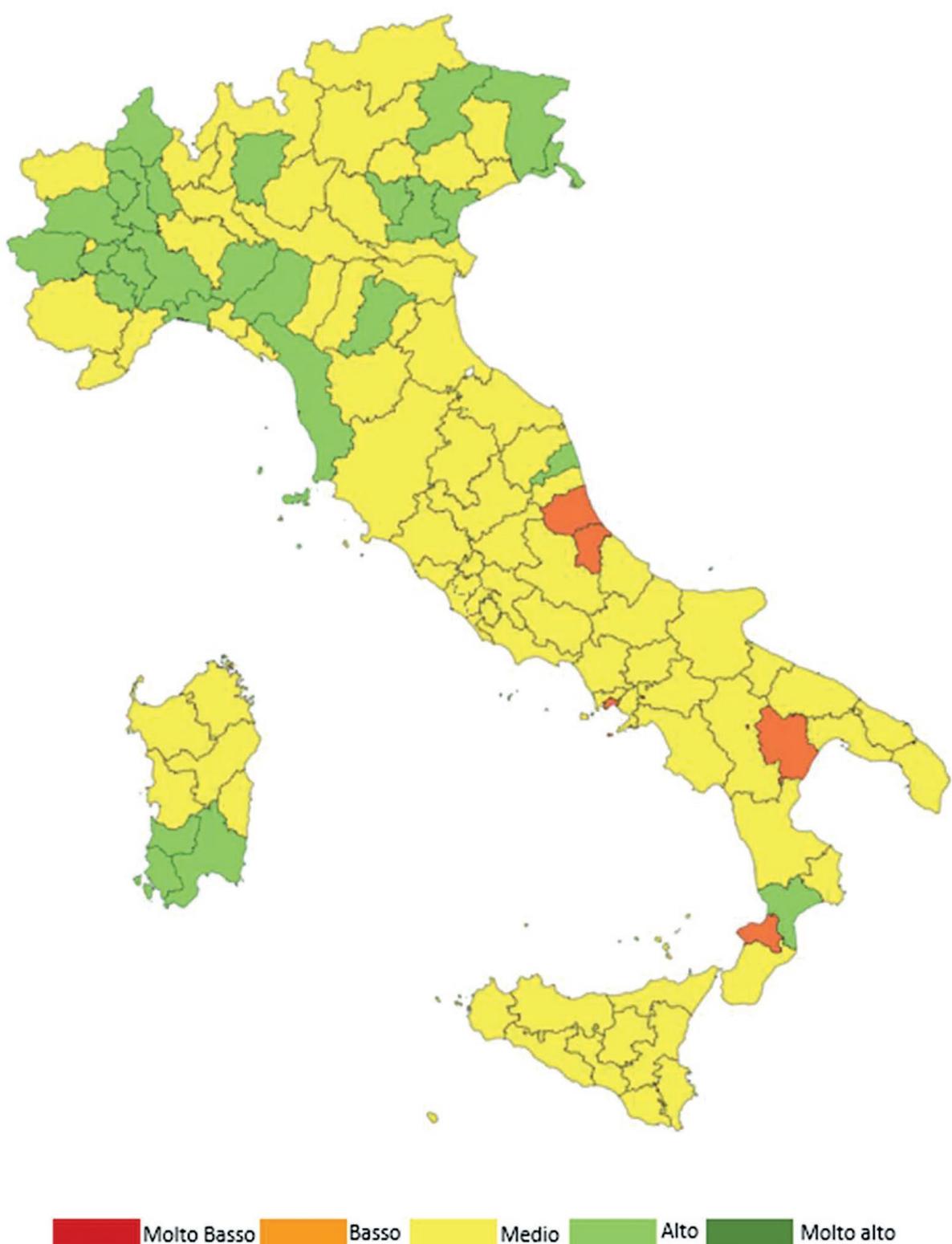
Distribuzione territoriale della performance delle Az. Sanitarie Territoriali Pubbliche



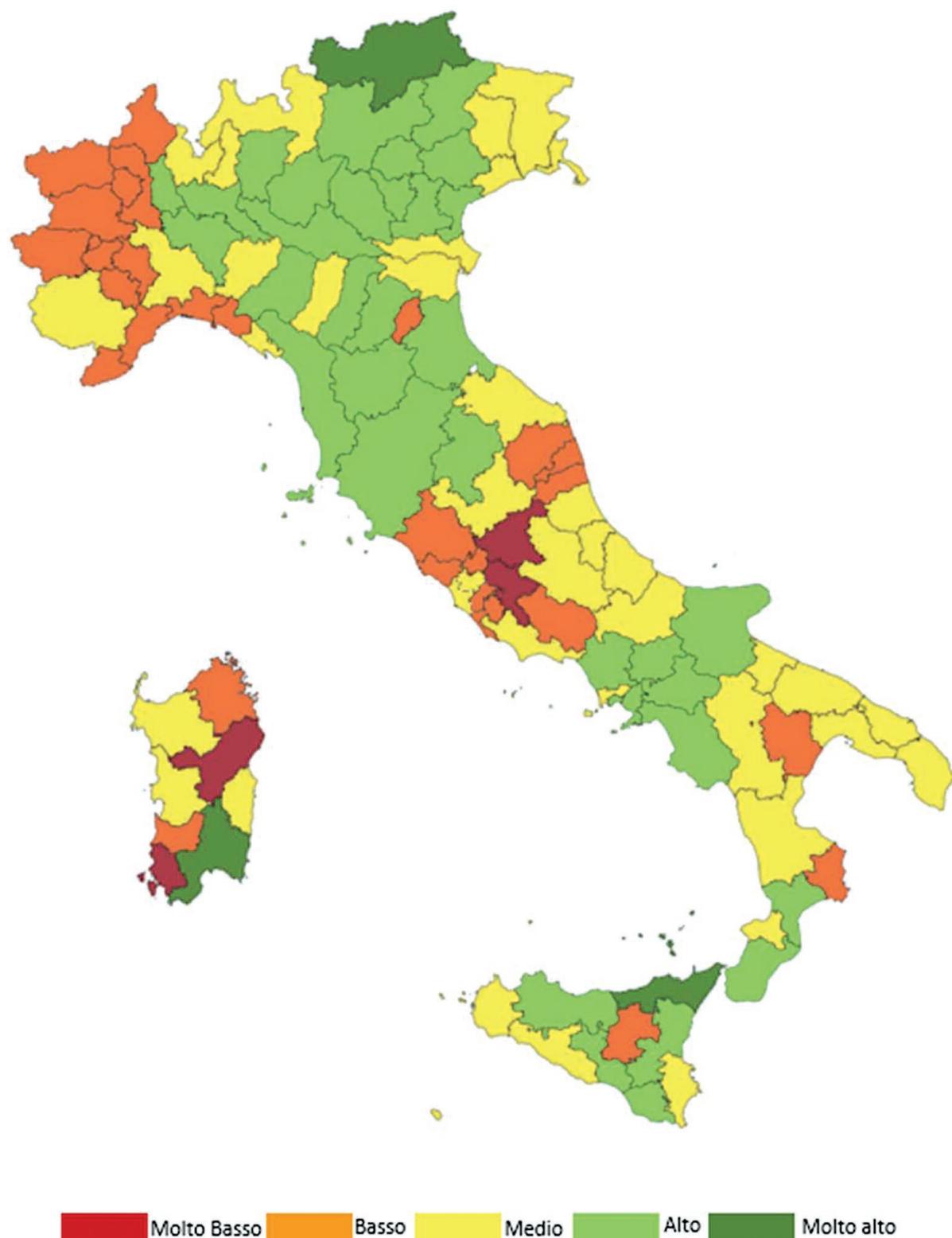
Area della Prevenzione: la valutazione degli indicatori rispetto le percentuali di screening (Mammella, Cervice, Colon) eseguiti sulla popolazione target evidenzia come le Asl delle regioni del Nord-est registrano un livello alto/molto di screening eseguiti rispetto alle Asl delle regioni del centro e del sud che presentano mediamente valori bassi.



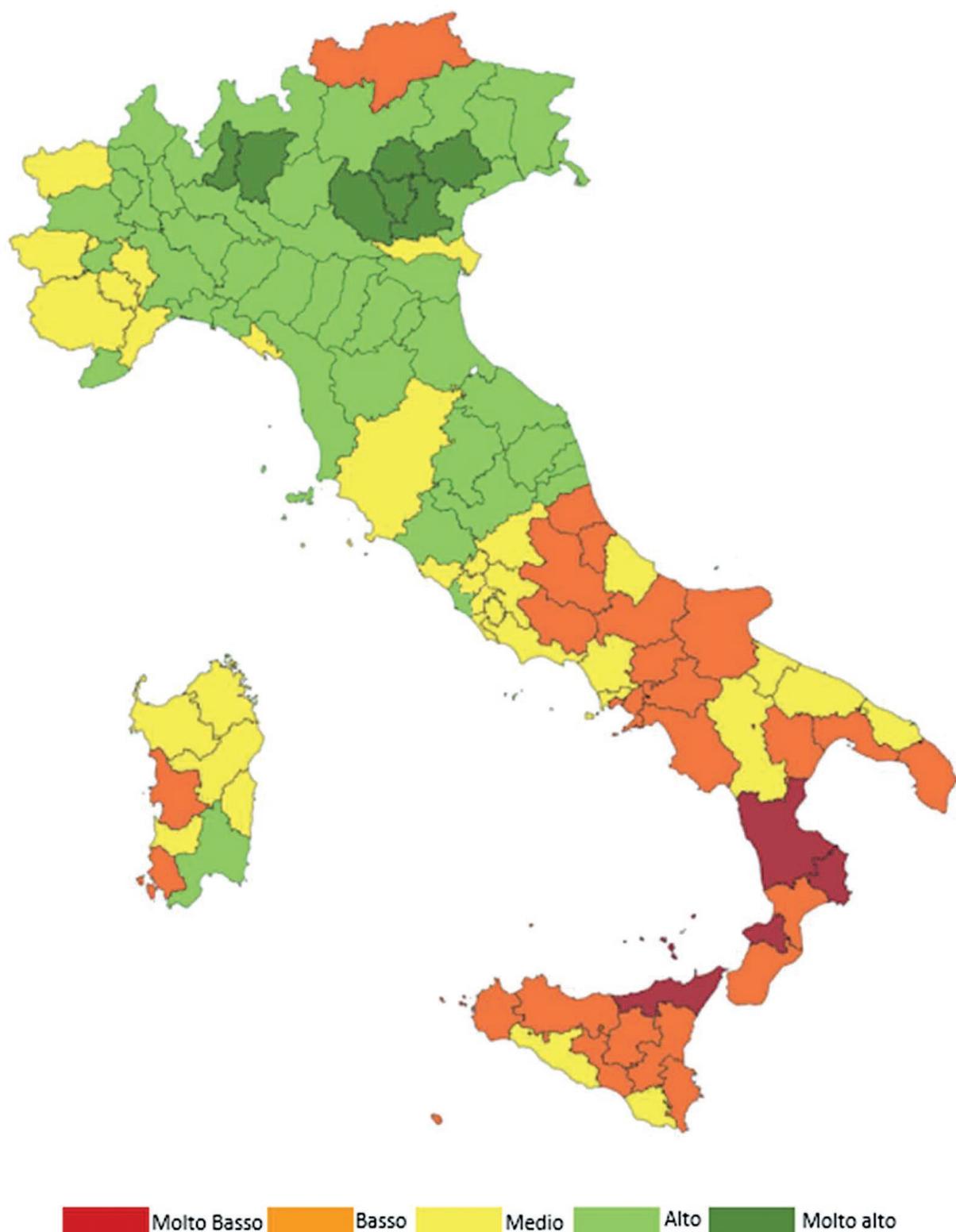
Area Assistenza distrettuale: la valutazione degli indicatori (dotazione dei servizi territoriali; cure primarie; presa in carico del territorio; ospedalizzazioni evitabili e il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale) la situazione risulta essere molto omogenea a livello nazionale con la maggioranza delle Asl che risulta avere un livello di performance medio.



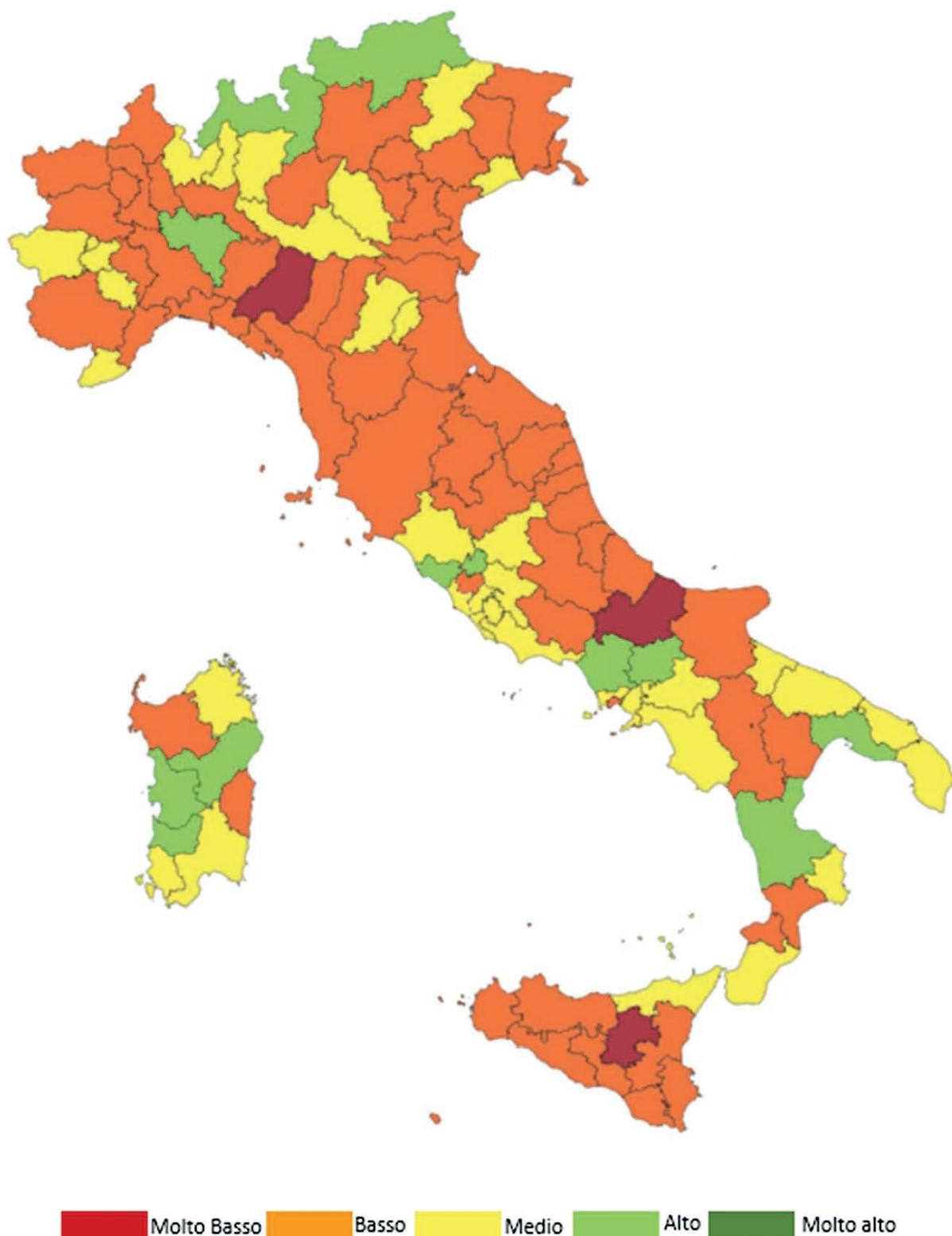
Area Assistenza ospedaliera: la valutazione degli indicatori (degenza media nei reparti di medicina interna e geriatria; l'indice di fuga per prestazioni di media e bassa complessità; il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di colecistectomia, protesi all'anca, ginocchio e spalla) evidenziano un comportamento variegato con il raggiungimento di alti livelli di performance sia al Nord che al Sud.



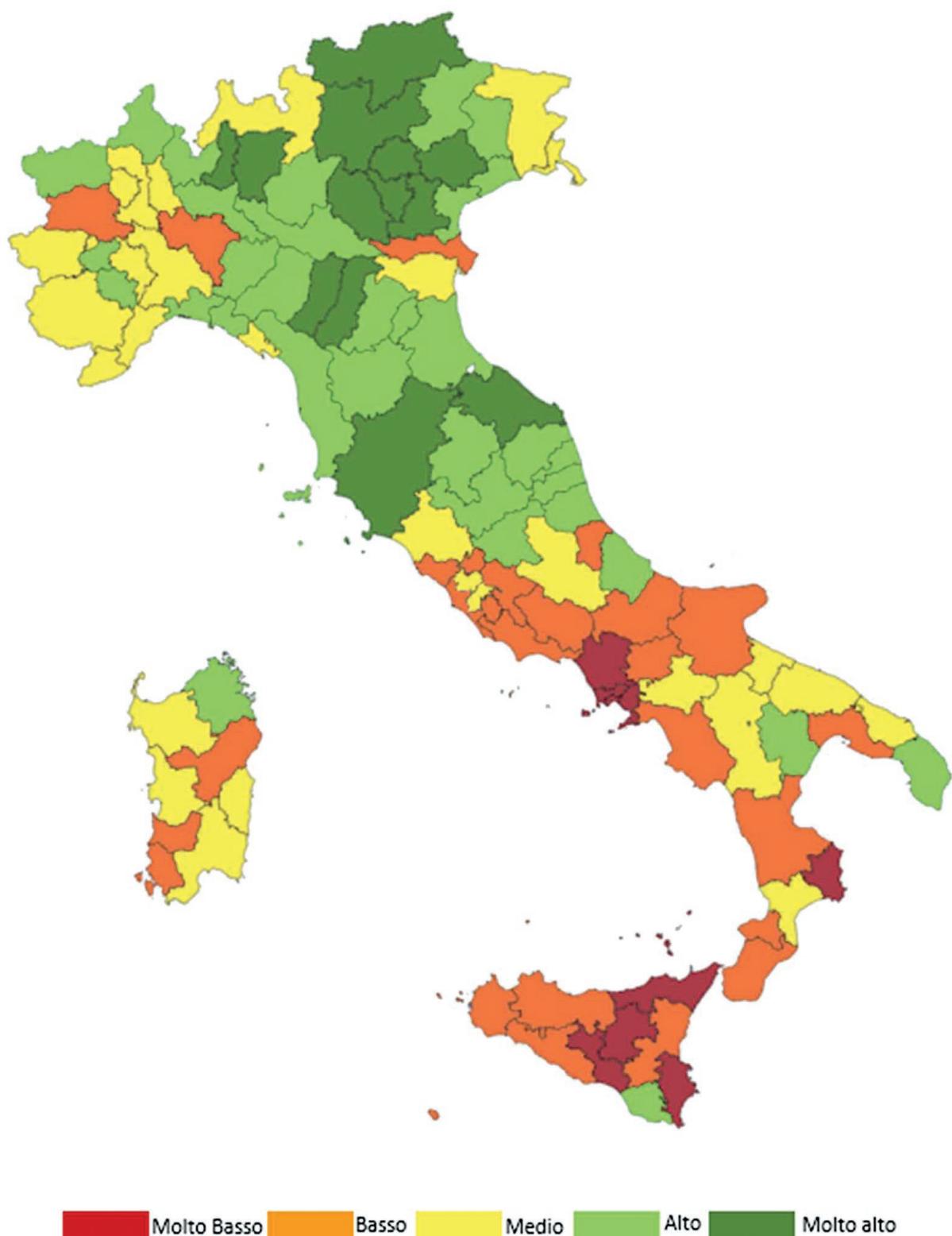
Area Sostenibilità economico-patrimoniale: la valutazione degli indicatori (costi pro-capite e l'indice di tempestività dei pagamenti) riportano performance delle Asl del Centro-Nord registrano dei livelli maggiori rispetto a quelle del Sud.

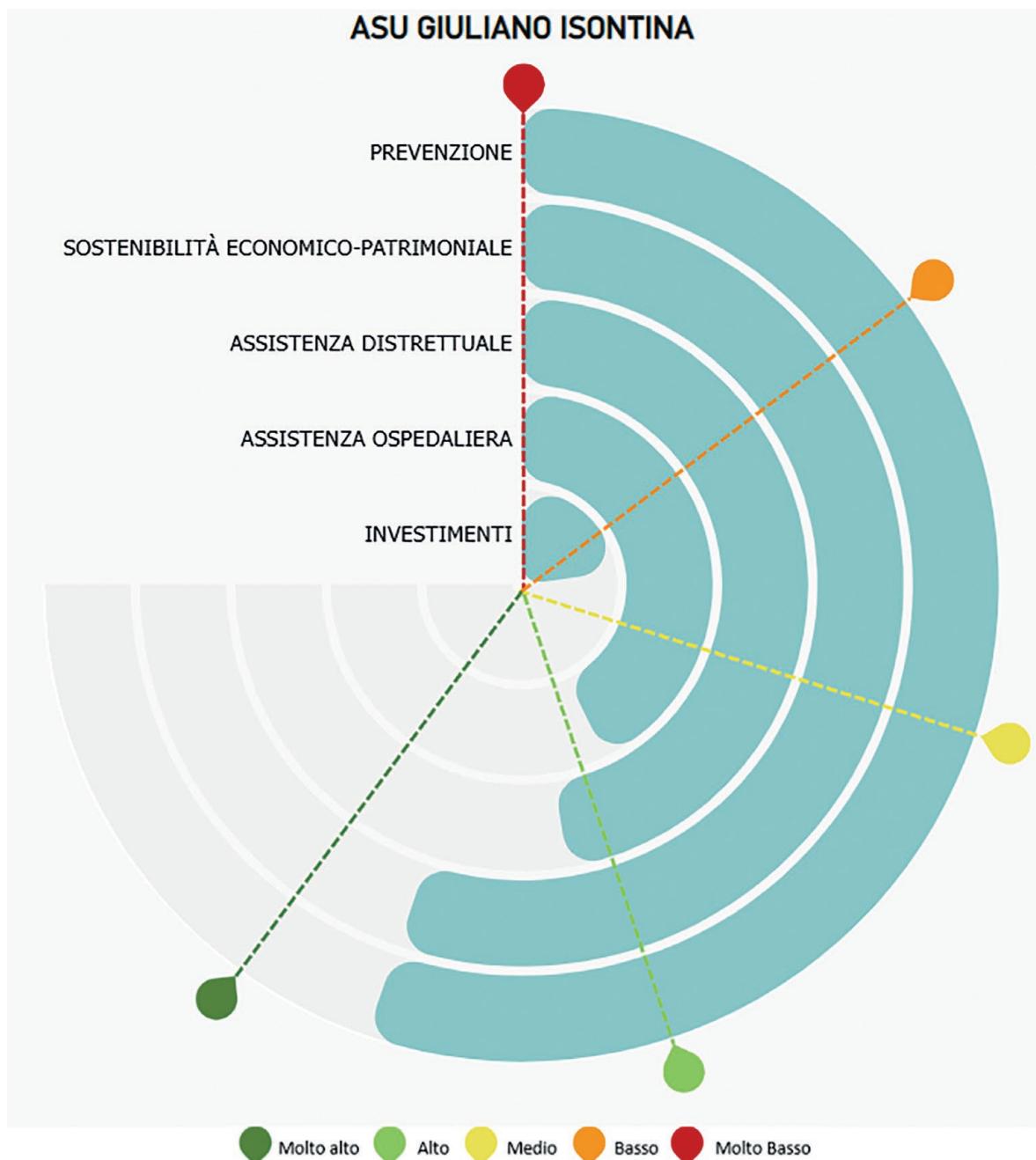


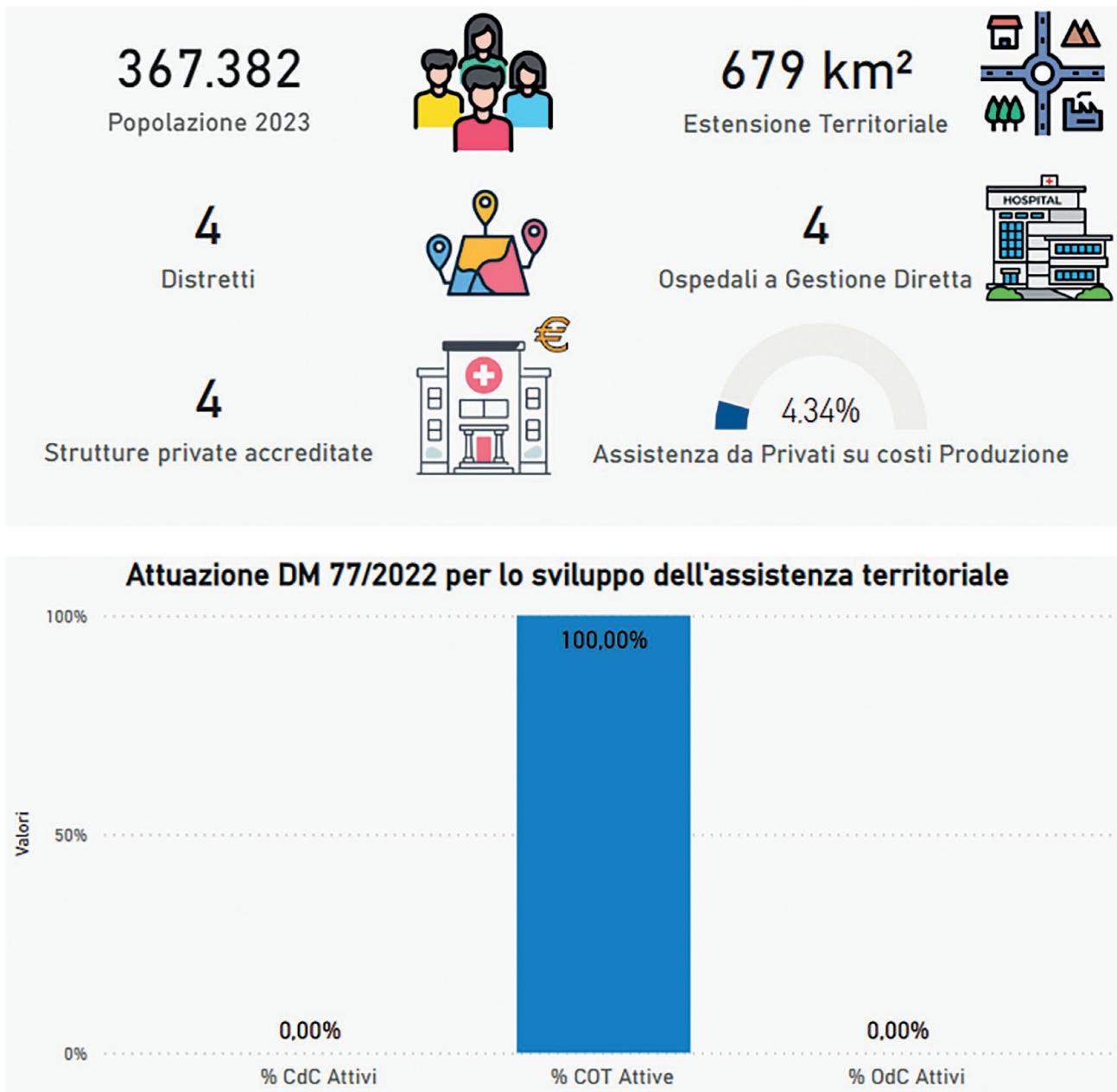
Area Investimenti: la valutazione degli indicatori (capacità di rinnovamento tecnologico e lo stato del patrimonio) riporta come pressoché tutte le asl registrano bassi livelli di performance con pochissime eccezioni.

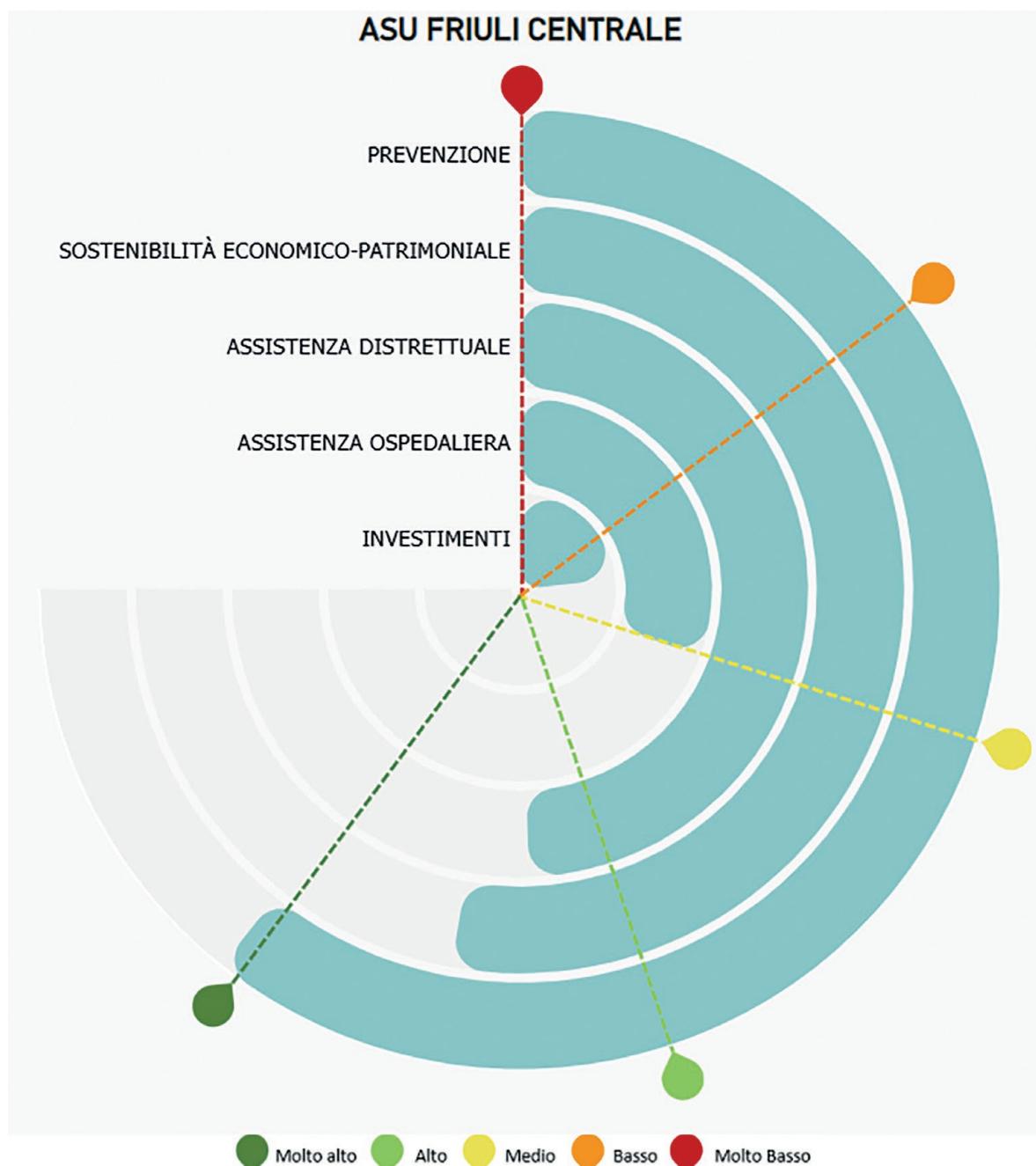


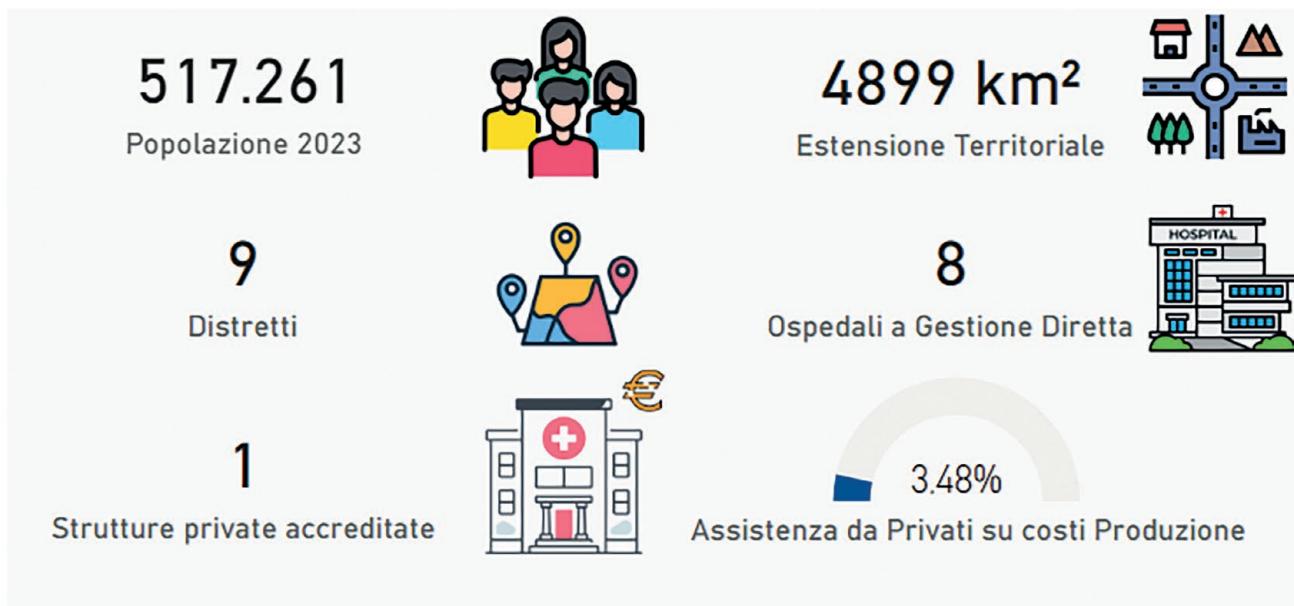
Area Outcome (Esiti): la valutazione degli indicatori (mortalità prevenibile e trattabile) osserva come i tassi di mortalità siano molto più bassi al Centro-Nord con l'eccezione delle Asl della Regione Lazio rispetto al Sud.



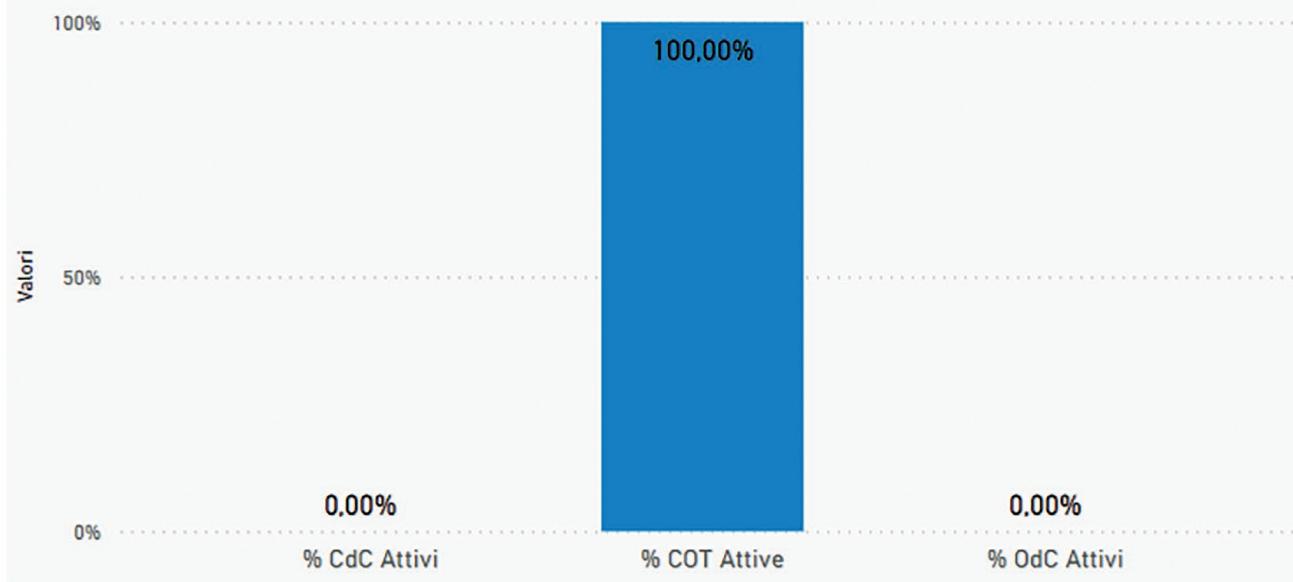


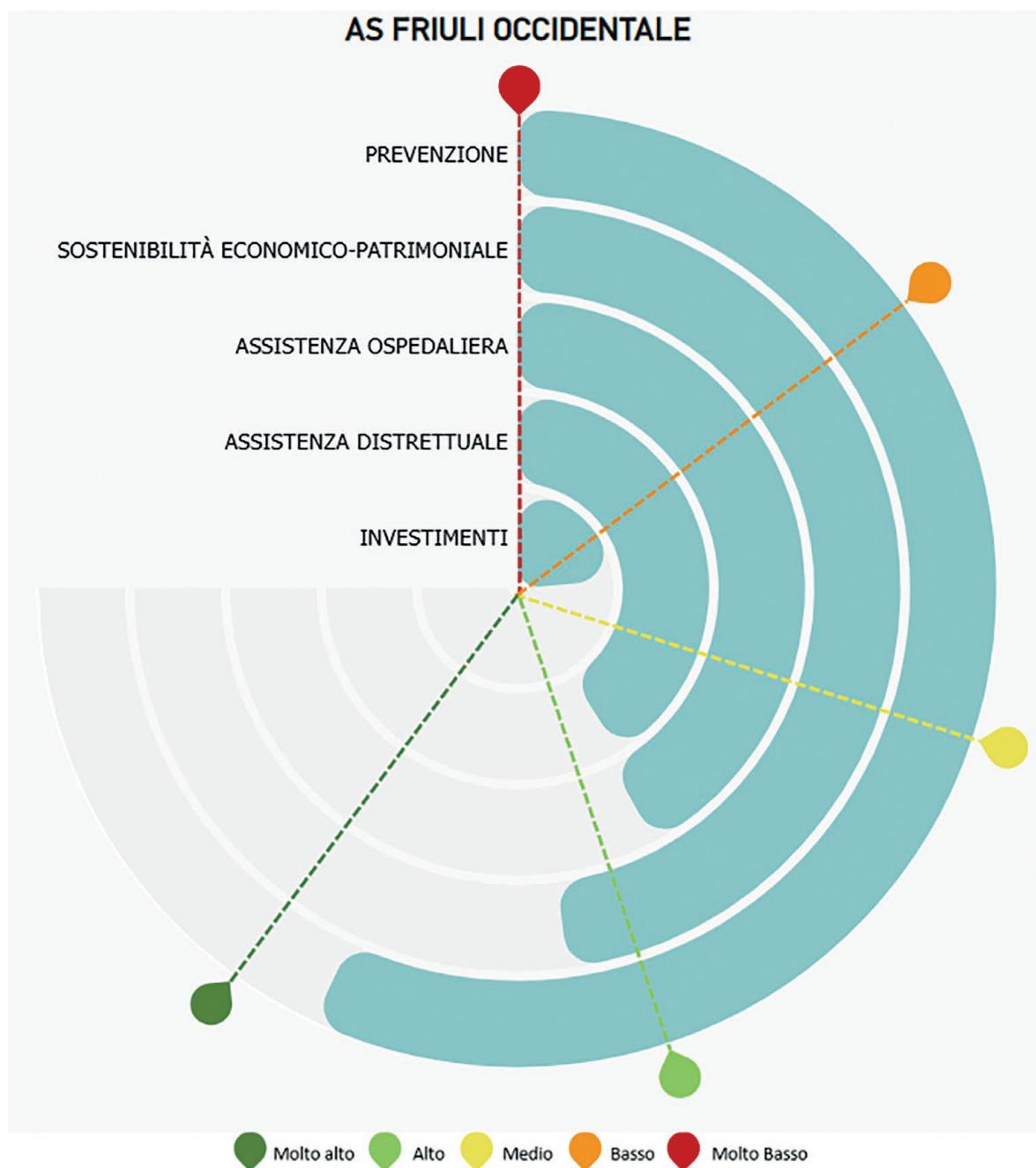


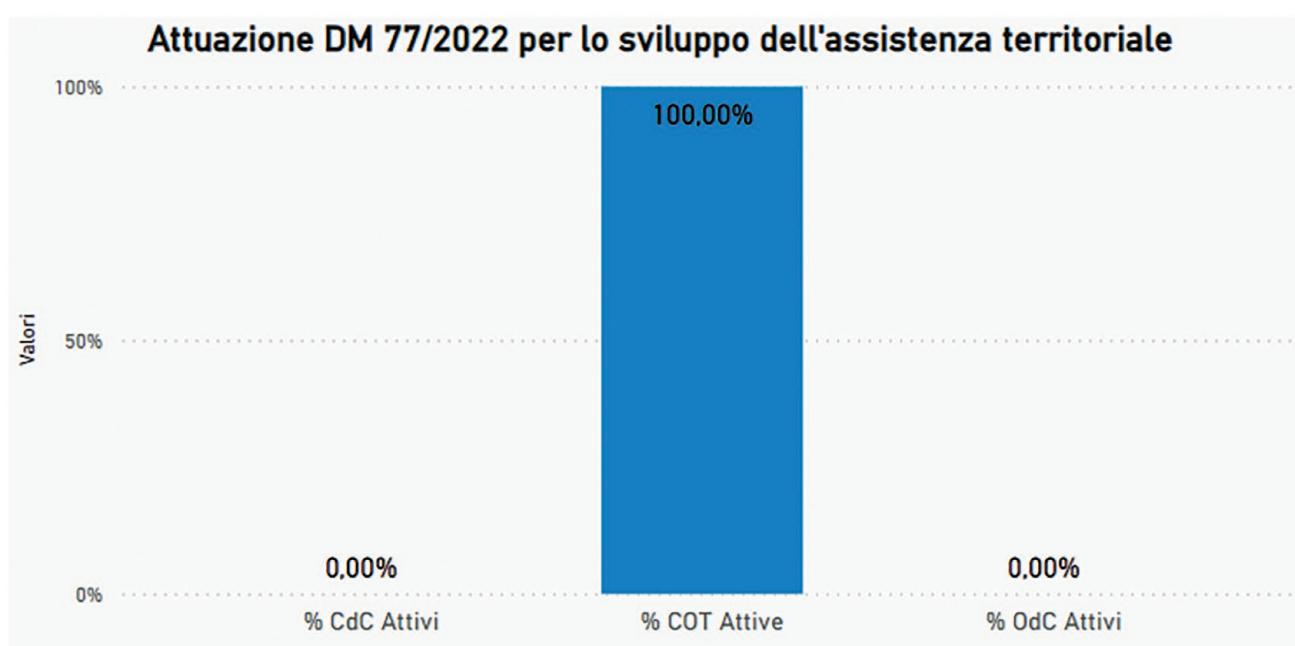
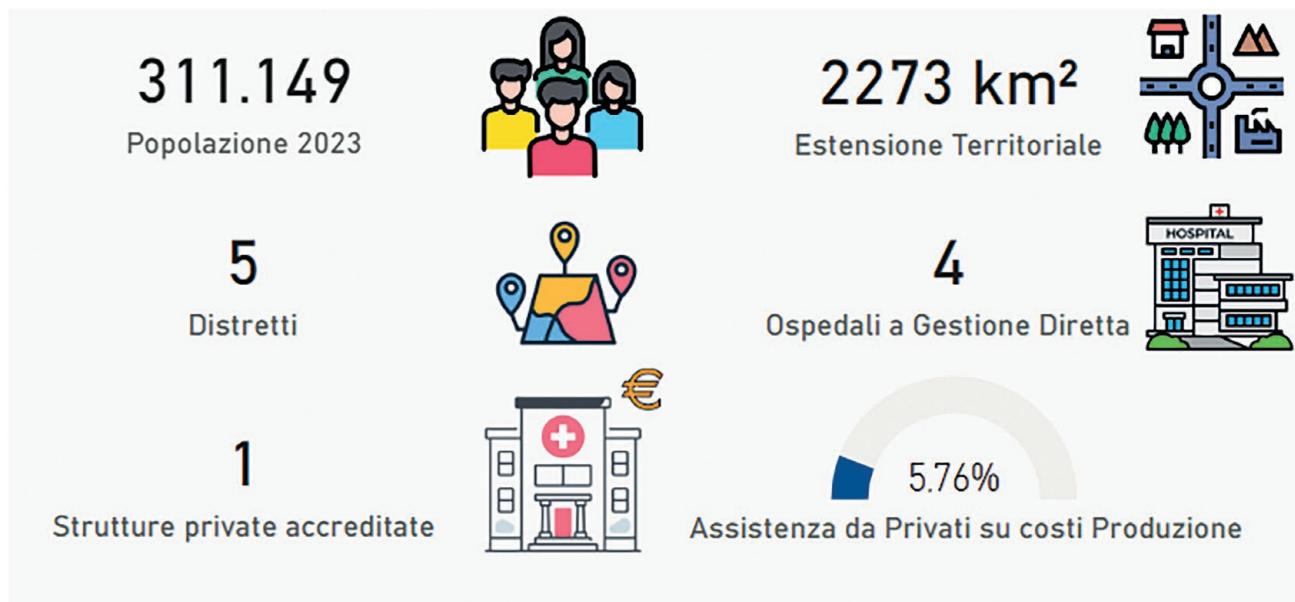




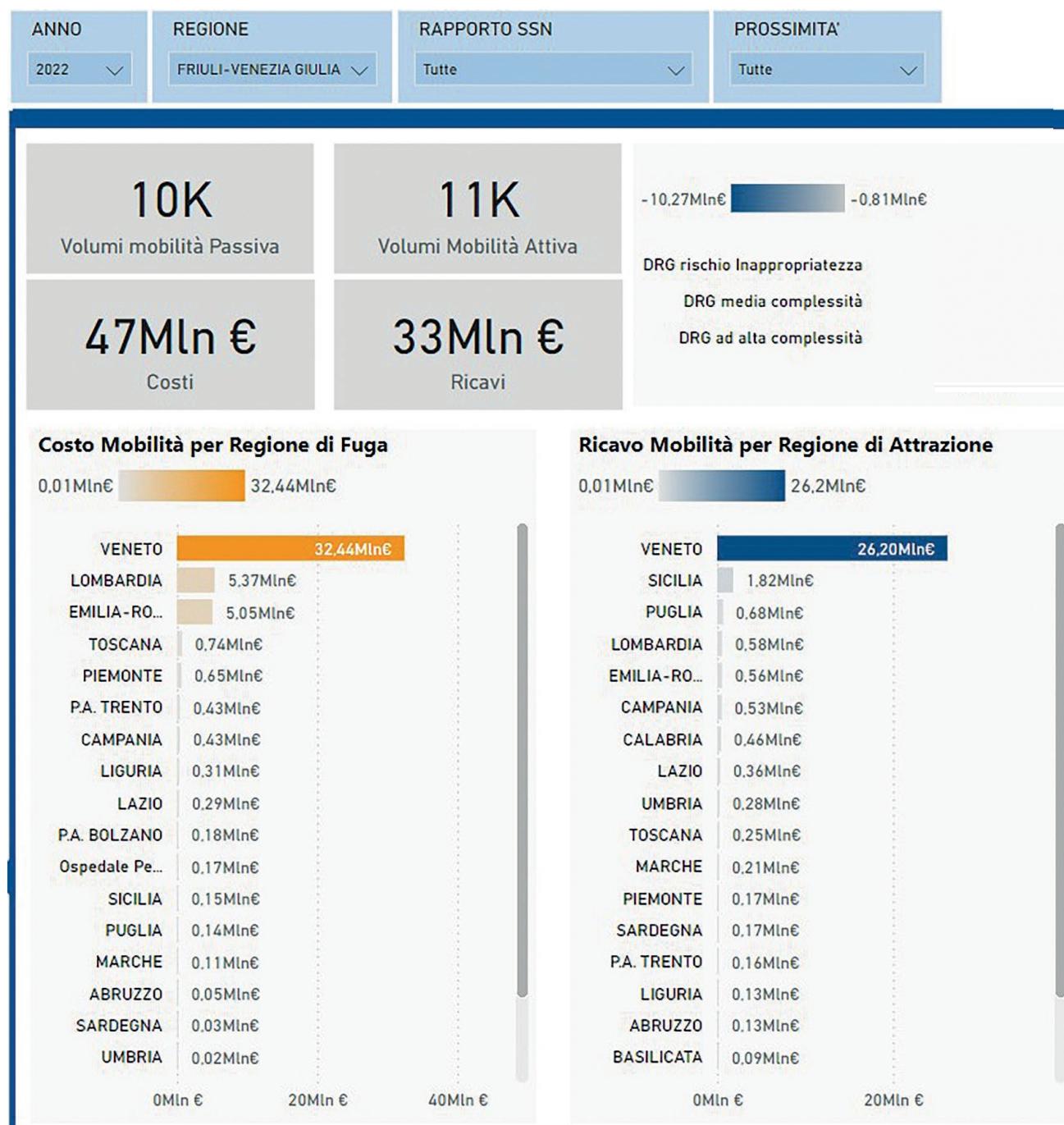
Attuazione DM 77/2022 per lo sviluppo dell'assistenza territoriale







APPROFONDIMENTO - ATTRAZIONE E FUGA PER ALCUNE TIPOLOGIE DI RICOVERO AGENAS 2022



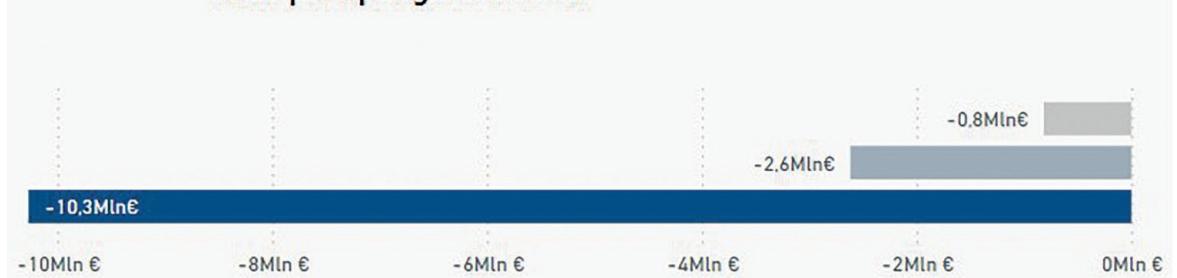
La Regione FVG ha avuto negli ultimi anni un'inversione di tendenza nel saldo attrazione/fuga dei ricoveri ospedalieri. Nel 2022 a fronte di un ricavo da attrazione di 33 milioni ha avuto una fuga di 47 milioni, di cui la maggior parte verso il Veneto.

Mobilità Passiva

Mobilità Attiva

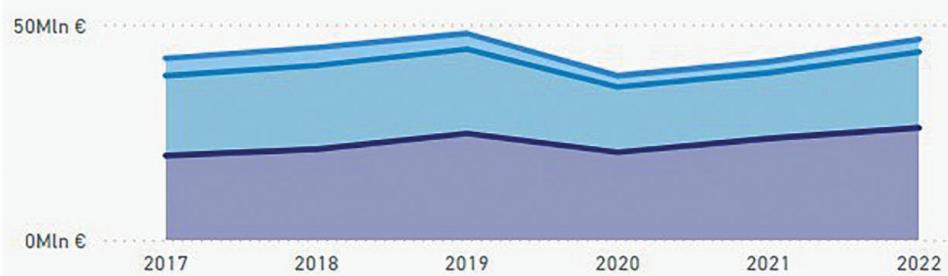
Confronti

Saldo per Tipologia di Mobilità



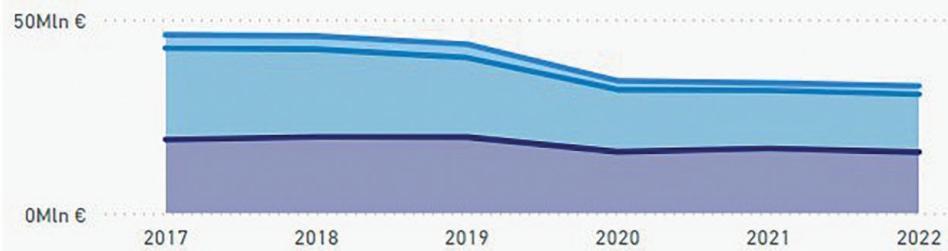
Costi

● DRG ad alta complessità ● DRG media complessità ● DRG rischio Inappropriatezza



Ricavi

● DRG ad alta complessità ● DRG media complessità ● DRG rischio Inappropriatezza



I ricoveri per interventi chirurgici programmati sono caratterizzati da una maggiore mobilità tra regioni in quanto condizionati dalla scelta di un centro specifico da parte dei cittadini e dai tempi di attesa nell'area di residenza.

Nella tabella seguente sono rappresentati gli interventi principali con numero totale di interventi su cittadini residenti, numero eseguito in regione, numero eseguito fuori regione e interventi eseguiti su cittadini extraregionali.

intervento chirurgico	tot. interventi su residenti	tot. interventi eseguiti fuori regione	% fuori regione	numero interventi attrazione	saldo attrazione fuga
TM (tumore) polmone	236	19	8,1%	13	-6
TM stomaco	94	0	0,0%	9	9
TM pancreas	59	19	32,2%	2	-17
TM colon	483	14	2,9%	33	19
TM retto	108	5	4,6%	7	2
TM esofago	27	1	3,7%	5	4
TM fegato	128	30	23,4%	8	-22
TM prostata	450	112	24,9%	52	-60
TM vescica	118	20	16,9%	3	-17
TM ovaio	87	8	9,2%	25	17
TM utero	279	11	3,9%	61	50
TM mammella	1.499	40	2,7%	236	196
TM rene	305	48	15,7%	18	-30
Protesi d'anca	3.362	671	20,0%	272	-399
Protesi di ginocchio	2.447	702	28,7%	487	-215
Protesi di spalla	281	144	51,2%	42	-102
Trapianto di cornea	71	20	28,2%	5	-15
Trapianto di cuore o polmone	14	6	42,9%	10	4
Trapianto di fegato	36	11	30,6%	3	-8
Trapianto di rene	59	5	8,5%	6	1

APPROFONDIMENTO – LA SALUTE MENTALE

La salute mentale è una delle componenti più complesse e articolate delle Aziende sanitarie. Infatti la tutela della salute mentale è cosa ben più vasta della misurazione dell'attività dei servizi ad essa dedicati. In ogni caso si è ritenuto di inserire in questo testo le informazioni e gli indicatori contenuti nel Rapporto Annuale 2022 prodotto dal Ministero della Salute. Altri indicatori sono contenuti in NSG, PNE e Bersaglio. Quest'ultimo contiene anche la rappresentazione grafica del percorso salute mentale.

Indicatori	F.V. Giulia	Italia
<i>Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti</i>	1,9	2,2
<i>Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti</i>	3,5	5,2
<i>Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti</i>	5,8	2,8
<i>Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti</i>	3,6	9,9
<i>Personale del dipartimento di salute mentale per 100.000 abitanti</i>	70,7	60,4
<i>Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica</i>	70,7	69,8
<i>Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)</i>	8,9	18,5
<i>Degenza media (DM) da reparti di psichiatria</i>	8,6	12,7
<i>% riammissioni entro 30 giorni</i>	8,8	14,6
<i>TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti</i>	1,0	1,0
<i>Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti</i>	8,1	11,0
<i>% riammissioni entro 7 giorni</i>	3,0	8,3
<i>Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti</i>	16,8	25,4
<i>Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti – tasso standardizzato</i>	111,0	154,2
<i>Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti – tasso standardizzato</i>	24,7	56,6
<i>Utenti presenti in strutture semi- residenziali per 10.000 abitanti</i>	6,5	4,4
<i>Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab</i>	2,9	5,7
<i>Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata</i>	105,9	132,4
<i>Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata</i>	9,0	21,7
<i>Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata</i>	0,7	1,8
<i>Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti</i>	492,6	248,7
<i>Prestazioni per utente in CSM</i>	33,8	12,8

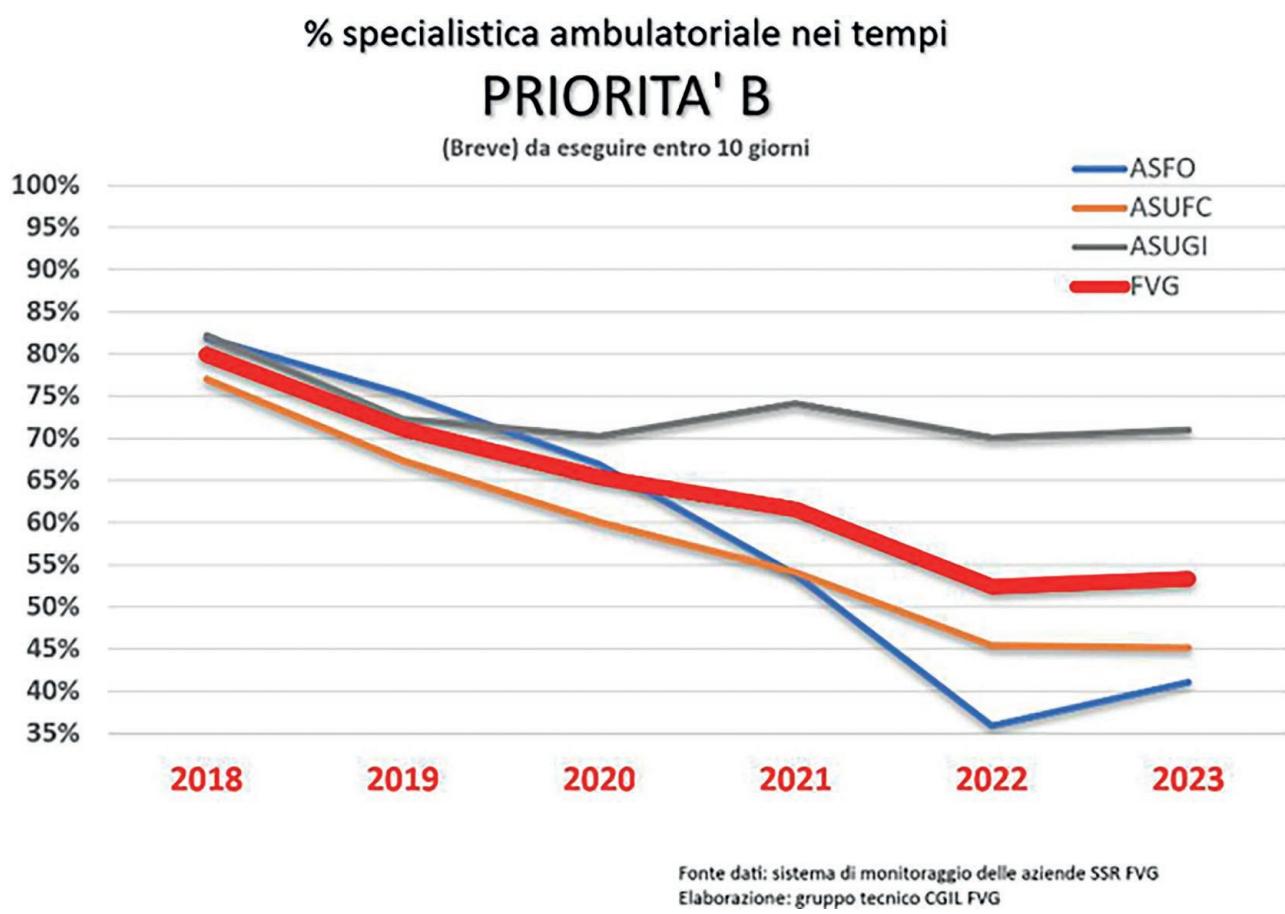
APPROFONDIMENTO – TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E OSPEDALIERE

Il tema dei tempi di attesa richiederebbe una lunga trattazione a sé stante. In questo rapporto si vuole rappresentare solo il dato macro di tendenza tratto da due fonti il Programma Bersaglio e il monitoraggio delle singole Aziende della regione.

La tabella mostra il raffronto pre-Covid con il 2023 del totale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Complessivamente le prestazioni sono diminuite di 94 mila pari al 14%, con due aziende (ASUFC e ASFO) che superano il 18% di riduzione. contenuti in NSG, PNE e Bersaglio. Quest'ultimo contiene anche la rappresentazione grafica del percorso salute mentale.

	prestazioni 2018	prestazioni 2023	diff. numero	diff.%
ASUGI	214.942	205.590	-9.352	-4,4%
ASUFC	283.609	231.513	-52.096	-18,4%
ASFO	177.063	144.048	-33.015	-18,6%
TOT. AZIENDE	675.614	581.151	-94.463	-14,0%

Il grafico seguente, sempre tratto dai siti aziendali, mostra l'andamento della percentuale delle prestazioni con priorità B (entro 10 gg.) eseguiti nel rispetto dei tempi. Il peggioramento è costante e progressivo con una situazione più critica in ASFO spiegata anche dal calo di prestazioni della tabella precedente.



La figura seguente (Bersaglio 2023) rappresenta l'andamento del rispetto dei tempi di attesa della chirurgia oncologica in FVG. Come si può notare la situazione è andata peggiorando progressivamente. Non è eseguita entro i tempi previsti (30 gg) la seguente percentuale di interventi di chirurgia oncologica: TM tiroide 39,7%, TM polmone 25,8%, TM colon 24,1%, TM utero 26,4%, TM mammella 33,1%, TM prostata 75,8%, TM retto 39,0%, melanoma 25,1%.

Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore

Anno 2019



Anno 2020



Anno 2021



Anno 2022



Anno 2023



IL FRIULI VENEZIA GIULIA E LE REGIONI EUROPEE

Il Rapporto BES ISTAT prende in considerazione anche gli approfondimenti per singole regioni europee mettendole a confronto. Il testo che segue è tratto da “Friuli Venezia Giulia BES dei territori 2023”. Gli indicatori relativi alla salute sono solo tre ma abbiamo ritenuto di riportare le valutazioni anche delle altre dimensioni in quanto le riteniamo utili per un inquadramento generale della regione nel contesto europeo.

Per nove indicatori del Bes dei territori, tra quelli esaminati nelle sezioni precedenti, è possibile valutare la posizione del Friuli Venezia Giulia in confronto alle altre regioni europee. Gli indicatori disponibili per questo confronto sono relativi ai domini Salute, Istruzione e formazione, Lavoro e conciliazione dei tempi di vita, Politica e istituzioni, Ambiente, Innovazione, ricerca e creatività. Per ciascuna di queste misure il valore del Friuli Venezia Giulia viene dapprima confrontato con quello medio europeo e poi analizzato rispetto al complesso delle regioni europee in termini di ranking e, in modo ancora più puntuale, rispetto ai valori massimo e minimo della distribuzione per le regioni europee (Figura 3.1; Tavola 3.1).

Per tre indicatori su nove il Friuli Venezia Giulia mostra risultati migliori, in termini di benessere, rispetto alla media Ue27. Si tratta di due indicatori del dominio Salute e uno del dominio Politica e istituzioni. Nel 2021 la speranza di vita alla nascita in Friuli Venezia Giulia (82,5 anni) è di 2,4 anni più elevata della media europea, collocando la regione al 54° posto sul totale delle 234 regioni europee considerate. Il valore minimo (69,7 anni) si registra nella regione di Severozapaden (Bulgaria), il massimo (85,4 anni) nella Comunidad de Madrid (Spagna). Anche per la mortalità infantile, nello stesso anno, il Friuli Venezia Giulia mostra una situazione migliore della media Ue27 (2,2 decessi per mille nati rispetto ai 3,2 della media Ue27), posizionandosi al 47° posto tra le regioni; il minimo di 1,1 decessi per mille nati si rileva in Kärnten (Austria) e il massimo (9,6) in Yugoiztochen (Bulgaria). Nel dominio Politica e istituzioni la partecipazione alle elezioni europee del 2019 varia in Europa tra il minimo del 18,7 per cento osservato nella regione autonoma delle Azzorre (Portogallo) e il massimo del 91,1 per cento nella regione Limburg (Belgio); il Friuli Venezia Giulia con il 57,0 per cento si piazza al 91° posto sulle 226 regioni per cui il dato è disponibile, 6,3 punti percentuali sopra la media europea.

Una situazione opposta, con risultati peggiori della media Ue27, si rileva per cinque indicatori su nove, distribuiti nei domini Istruzione e formazione, Lavoro e conciliazione dei tempi di vita, Ambiente e innovazione, Ricerca e creatività. Nel 2022, nella media dei paesi Ue27, il 79,5 per cento delle persone di 25-64 anni possiede almeno il diploma di istruzione secondaria superiore. Il Friuli Venezia Giulia, con un valore che scende al 71,2 per cento, è al 193° posto tra le regioni europee. La quota più bassa di persone con almeno il diploma (41,3 per cento) si rileva nella regione autonoma delle Azzorre (Spagna), la più alta in quella di Praga (Repubblica Ceca), dove raggiunge il 98,5 per cento. Nello stesso anno, la regione si colloca al 164° posto riguardo la quota di giovani che non sono inseriti in un percorso di formazione e istruzione

(NEET). Mentre l'11,7 per cento dei giovani europei è in questa condizione, in Friuli Venezia Giulia la quota sale al 13,5 per cento, a oltre 10 punti percentuali di distanza dalla regione di Overijssel (Paesi Bassi), che registra il risultato migliore (3,1 per cento). Se si escludono le altre regioni italiane, il risultato peggiore (28,3 per cento) è nella regione del Sud-Vest Oltenia (Romania), ma se si considerano anche le regioni italiane il peggior risultato in assoluto è della Sicilia (32,4 per cento).

Con riferimento al tasso di occupazione delle persone di 20-64 anni, il Friuli Venezia Giulia (73,4 per cento) anche nel 2022 si trova su un livello più basso ma non troppo distante dalla media europea (74,6 per cento), collocandosi al 164° posto nella graduatoria delle regioni. Il tasso di occupazione del Friuli Venezia Giulia risulta 12,0 punti percentuali inferiore rispetto al massimo, che si registra in Warszawski Stołeczny (Polonia) e, se si escludono le altre regioni italiane, supera di oltre 14 punti percentuali il valore minimo europeo, ovvero il 58,8 per cento osservato nella regione del Dytiki Makedonia (Grecia).

Per quanto riguarda il dominio Ambiente, la quantità di rifiuti urbani per abitante prodotta nel 2019 in Friuli Venezia Giulia (499 Kg) è superiore al valore mediano delle regioni per cui il dato è disponibile (463Kg), posizionando la regione al 92° posto in graduatoria (su 139). Il miglior risultato si rileva nella regione di Świętokrzyskie in Polonia (234 Kg), il peggiore nell'Algarve (Portogallo), pari a 926 chilogrammi pro- capite.

Per il Friuli Venezia Giulia, l'indicatore sulla propensione alla brevettazione mostra nel 2019 un valore pari a 114,4 ogni milione di abitanti, 11,7 punti in meno della media Ue27 (126,1), collocandosi al 51° posto su 189 regioni; il minimo (pari a 0) si osserva in quattro regioni europee, due delle quali situate in Grecia, una in Portogallo e una in Bulgaria; il massimo, pari a 894,7, si riscontra invece nella regione del North Brabant (Paesi Bassi).

Infine, la partecipazione delle persone di 25-64 anni alla formazione continua nel Friuli Venezia Giulia (11,8 per cento) nel 2022 è sostanzialmente in linea con la media Ue27 e la regione si posiziona nella prima metà del ranking delle regioni europee, che comprende un intervallo di valori molto ampio tra il massimo della regione di Stoccolma (38,1 per cento) e il minimo (0,9 per cento) riscontrato nella regione di Severoiztochen (Bulgaria).

Tavola 3.1 – Indicatori Bes dei territori confrontabili per le regioni europee per dominio. Friuli Venezia Giulia - Ultimo anno disponibile

DOMINI	SALUTE		ISTRUZIONE E FORMAZIONE			LAVORO E CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA	POLITICA E ISTITUZIONI	AMBIENTE	INNOVAZIONE, RICERCA E CREATIVITÀ
Indicatori	Speranza di vita alla nascita (a) (i)	Mortalità infantile (a)	Persone con almeno il diploma (25-64 anni) (a)	Giovani che non lavorano e non studiano (NEET) (a)	Partecipazione alla formazione continua (a)	Tasso di occupazione (20-64 anni) (a)	Partecipazione elettorale (b)	Rifiuti urbani prodotti (c) (d) (e)	Propensione alla brevettagione (d) (e)
Anno	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2019	2019	2019
Unità di misura	anni	Per 1.000 nati	%	%	%	%	%	Kg per ab	Per milione di abitanti
Ue27	80,1	3,2	79,5	11,7	11,9	74,6	50,7 (f)	463 (h)	126,1
Italia	82,7	2,3	63,0	19,0	9,6	64,8	56,1	503	80,7
Nord-est	83,3	2,1	67,6	12,5	11,3	74,1	63,9	560	154,6
FRIULI-VENEZIA GIULIA	82,5	2,2	71,2	13,5	11,8	73,4	57,0	499	114,4
Ranking sulle regioni Ue	54° (su 234)	47° (su 234)	193° (su 234)	164° (su 228)	94° (su 233)	164° (su 234)	91° (su 226)	92° (su 139)	51° (su 189)
Miglior valore regionale (escluse le regioni italiane)	85,4; Comunidad de Madrid (ES)	1,1; Kärnten (AT)	98,5; Praha (CZ)	3,1; Overijssel (NL)	38,1; Stockholm (SE)	85,4; Warszawski Stołeczny (PL)	91,1; Prov. Limburg (BE)	234; Świętokrzyskie (PL)	894,7; North Brabant (NL)
Peggior valore regionale (escluse le regioni italiane)	69,7; Severozapaden (BG)	9,6; Yugoiztochen (BG)	41,3; Região Autónoma dos Açores (PT)	28,3; Sud-Vest Oltenia (RO)	0,9 (u); Severozapaden (BG)	58,8; Dytiki Makedonia (EL)	18,7; Região Autónoma dos Açores (PT)	926; Algarve (PT)	0,0; (g)
Miglior valore regionale (regioni italiane)	84,2; Provincia Autonoma di Trento	0,0; Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	72,1; Lazio	9,9; Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	14,6; Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	79,2; Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	67,7; Umbria	355; Basilicata	197,0; Emilia-Romagna
Peggior valore regionale (regioni italiane)	80,9; Campania	3,9; Calabria	52,4; Sicilia	32,4; Sicilia	6,3; Sicilia	46,2; Sicilia	36,2; Sardegna	664; Emilia-Romagna	6,3; Basilicata

Fonte: (a) Eurostat, (b) Parlamento europeo e Università di Harvard - Harvard Dataverse, (c) Ocse, (d) elaborazioni Istat su dati Ocse

(e) Livello Territoriale 2 della griglia dei paesi Ocse.

(f) Ue28.

(g) North West (BG), South Aegean (EL), Western Macedonia (EL), Azores (PO).

(h) Valore mediano.

(i) Si precisa che il metodo di calcolo della Speranza di vita utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat per l'adozione di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più).

(u) Stima con bassa affidabilità.

PUNTI DI FORZA

Un servizio per la salute migliora con due strumenti: affrontando i problemi e i punti critici e valorizzando e diffondendo i punti di eccellenza sulla base del principio che imparare dalle buone pratiche, conoscerne il funzionamento provare a riprodurle in territori o ambiti diversi migliora la qualità della salute e dei servizi.

Il FVG ha una lunga tradizione di servizi di elevata qualità e ha sviluppato negli anni un modello originale che ha dato risultati importanti.

Senza riprodurre qui tutte le informazioni e rimandando alle singole fonti in sintesi ci pare che i modelli che hanno fatto la differenza possano essere i seguenti, consapevoli sicuramente di omettere qualcosa.

SERVIZI PSICHIATRICI E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE. Praticamente tutti i sistemi di valutazione danno un giudizio molto positivo. Da notare però che negli ultimi anni vi è stata una progressiva riduzione dei servizi in particolare delle strutture sulle 24 ore per cui è possibile che le prossime valutazioni mostrino segnali negativi. Un esempio per tutti è l'aumento dei trattamenti sanitari obbligatori TSO in particolare nel Friuli Occidentale.

RETE ONCOLOGICA DI ASFO - TUMORE DELLA MAMMELLA. Nel 2023 il percorso oncologico di ASFO è stato segnalato dal Programma Bersaglio come il migliore d'Italia assieme alla Azienda Toscana Centro.

PERFORMANCE CARDIOLOGIA. Il Programma PNE segnala come eccellenti i risultati della cardiologia e della cardiochirurgia regionali.

RETE SULLO SCOMPENSO CARDIACO DI EX ASS5 FRIULI OCCIDENTALE. Nel 2019 il programma Bersaglio ha definito come eccellenza il percorso in questo territorio.

INFERNIERE DI COMUNITÀ. Il progetto nato nell'ex Azienda Bassa Friulana è stato incluso nel PNRR e nel DM77.

PROGETTO MICROAREE. Il progetto è consistito nella delimitazione di più aree di intervento (microaree), la ricognizione di tutte le risorse esistenti (sanitarie, di comunità, volontariato, economiche, commerciali, imprenditoriali, ecc.), la valutazione praticamente via per via e casa per casa dei bisogni esistenti e la definizione di progetti di salute individuali e di comunità. Il progetto triestino è stato ampiamente studiato e copiato in diverse realtà italiane.

CURE PEDIATRICHE. La presenza dell'IRCCS Burlo Garofalo ha diffuso in tutta la regione una cultura e pratiche pediatriche i cui risultati positivi sono misurati da molti indicatori.

FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE E BUDGET DI SALUTE. Questi due strumenti hanno costituito la base per la personalizzazione dei progetti di cura, la presa in carico e per la de-istituzionalizzazione e costituiscono un importante passo per l'integrazione socio-sanitaria.

PUNTI CRITICI E PROBLEMI DA RISOLVERE

Come spesso accade quando si cerca di valutare una situazione di alta complessità come il sistema sanitario non è possibile trarre conclusioni univoche. È certo però che il SSR può e deve migliorare solo se da parte dei cittadini e dei decisori vi sono la capacità di comprendere i problemi e il coraggio di compiere le scelte conseguenti.

La sanità però funziona se ha la capacità di capire i problemi e di innovarsi in continuazione.

Questo lavoro, senza assolutamente la pretesa di essere esaustivo, ha cercato di offrire una panoramica complessiva basandosi su sistemi di valutazione autorevoli e riconosciuti.

Non sono stati analizzati in dettaglio alcuni temi rilevanti che richiederebbero un lavoro altrettanto corposo quali le dinamiche del personale, della medicina generale o gli aspetti di bilancio.

Non sono stati presi in considerazione inoltre due aspetti fondamentali: le indagini sui cittadini e le indagini di clima interno. Ciò è dovuto al fatto che o sono datate o, come la valutazione sul clima interno, mai resa pubblica risalgono comunque al 2019.

Proviamo quindi alla fine ad evidenziare i punti critici e i problemi che a nostro parere i decisori regionali dovrebbero affrontare.

1 – *La crisi della governance.* Ci sono tre diversi aspetti che denotano una debolezza del sistema di governance regionale e che gli indicatori mettono in evidenza. Le numerose criticità organizzative riscontrate da AGENAS nelle reti tempo-dipendenti, il ritardo attuativo della rete oncologica, un trend in peggioramento di molti indicatori e il persistere di importanti differenze di performance nei diversi territori e delle diverse Aziende. Sono questi segnali significativi di una difficoltà del coordinamento regionale complessivo e della necessità di una maggiore attenzione alle differenze organizzative e di performance. Al di là del problema Covid e del suo importante impatto hanno sicuramente contato i continui cambiamenti degli assetti aziendali che hanno creato incertezza e ridotta attenzione alla gestione corrente. Resta ancora per certi versi critico e indefinito il rapporto Direzione regionale / ARCS e i rispettivi compiti. Il recente sdoppiamento della Direzione regionale ne è uno dei segnali e costituisce un evento mai verificatosi in precedenza. Questo determina una carenza di coordinamento che sarebbe essenziale soprattutto per i progetti a valenza regionale e la loro attuazione pratica. In questo quadro si aggiunge la sostanziale progressiva esclusione dei Comuni dalla partecipazione alle decisioni. Paradossalmente nel momento in cui le differenze territoriali e la carenza di servizi in particolare in alcune zone quali le aree interne si stanno accentuando. Un ulteriore interrogativo si pone sui cambiamenti avvenuti e tuttora in atto del top e middle management. Sembra non esserci un adeguato investimento formativo e di formazione sul campo per questi dirigenti con il rischio di impoverimento progressivo della qualità gestionale del SSR.

2 – *Indicatori di salute e di processo.* Indubbiamente il dato più preoccupante è quello relativo alle diseguaglianze che va in direzione opposta a quanto proclamato dagli articoli 3 e 32 della Costituzione e dalla Legge n. 833/1978. La rinuncia alle cure, le differenze di accesso dovute a condizioni economiche, titolo di studio o luogo di residenza sono un segnale preoccupante del rischio di tenuta di un Servizio Sanitario Nazionale equo ed universale. In questo ambito si colloca il tema assolutamente rilevante della prevenzione. Ancora troppe persone fumano, fanno poco movimento, sono sovrappeso o obesi, mangiano male; ancora troppe poche persone aderiscono ai programmi di screening o di vaccinazione. Per le persone con malattie croniche vi è ancora una adesione migliorabile a terapie efficaci e controlli. È quindi necessario ridefinire un programma regionale di prevenzione che coinvolga attivamente cittadini, comunità, associazioni, Comuni e ovviamente le Aziende Sanitarie.

3 – *Organizzazione della rete ospedaliera.* Il FVG ha una storia caratterizzata dalla presenza di ospedali di riferimento e di ospedali di rete. Le denominazioni normative sono cambiate nel tempo ma i contenuti essenziali sono rimasti gli stessi. Un ospedale di rete (ora definito di base dal DM 70 /2015) è una struttura che ha un pronto soccorso, emergenza, rianimazione, servizi e tutti i reparti di base. Questa organizzazione permette di rispondere in maniera adeguata ad una buona quota della casistica e nello stesso tempo a mantenere accessibilità e legame con il territorio di riferimento, comprese le comunicazioni con distretti e medicina generale. Per le patologie importanti o tempo dipendenti c'è il collegamento con i centri di riferimento. L'ospedale di base ha un equilibrio importante per poter funzionare e togliere una o più funzioni rischia di comprometterne sicurezza ed efficacia. Per questo la valutazione su una eventuale revisione della rete deve essere svolta con molta attenzione per non compromettere il funzionamento di una rete che ha dato fino ad ora buoni risultati. Nello stesso tempo vi sono molti indicatori (PNE) che mostrano un volume non adeguato di attività che va affrontato in maniera organica e coordinata.

4 – *Il privato accreditato.* La discussione su pubblico e privato assume spesso un carattere ideologico evitando così di entrare nel merito del problema. I dati dicono che in Friuli Venezia Giulia il privato accreditato e convenzionato ha una percentuale minore rispetto ad altre regioni e questo fa parte delle scelte politiche e imprenditoriali di decenni di governo regionale. Quello che deve però essere chiaro è che non esiste una percentuale “giusta” ma quella necessaria al completamento delle funzioni di Servizio sanitario universale, così come scritto già nella Legge n. 833/1978.

Gli indicatori analizzati mostrano che il privato ospedaliero si è ritagliato una porzione specifica indirizzata in modo particolarmente rilevante nella chirurgia protesica programmata. In altri settori (es. chirurgia generale ed oncologica) la valutazione PNE è negativa in particolare per lo scarso volume dei ricoveri.

Il non inserimento del privato accreditato nella rete dell'emergenza urgenza, come la stragrande maggioranza del privato convenzionato in Italia, permette allo stesso una selezione di casistica meno complessa e di conseguenza meno onerosa dal punto di vista assistenziale ed economico. Il cosa fare è praticamente tutto già scritto nelle leggi sulla concorrenza (Legge n. 118/2022) dove all'articolo 15 sono definite procedure, requisiti di qualità, modalità di scelta degli erogatori

che le Regioni dovrebbero adottare. Si tratta quindi di avviare le iniziative per il recepimento della legge.

5 – PNRR, DM 77 e servizi territoriali. Le nuove norme e soprattutto gli importanti finanziamenti del PNRR costituiscono un'importante opportunità per lo sviluppo dei servizi territoriali. Si ha l'impressione che questo tema sia stato trattato più come un adempimento che come una grande occasione di ridisegno della rete dei servizi. Al riguardo sarebbe stato ed è necessaria, proprio perché si tratta di servizi decentrati e personalizzati, un'ampia partecipazione delle comunità, delle associazioni, dei Comuni e dei professionisti interessati. Non può esistere lo stesso modello di distretto o di casa della comunità a Trieste e a Claut. La progettazione dovrebbe tener conto dei luoghi, dei bisogni e della rete sociale di ciascun territorio ed ispirarsi ai principi della Strategia Nazionale delle Aree Interne.

6 – Rapporto SSR/Università - Da molti anni manca in Regione una seria discussione sul ruolo delle due Università e delle due Facoltà di medicina con il SSR. Non è ben definita l'interazione tra didattica, formazione, ricerca e cura e l'insieme del sistema, non solo delle due sedi. E la soluzione non può essere solo il decentramento parziale di qualche corso di laurea triennale. Con gli IRCCS i rapporti sono differenziati. Il Burlo è sede di cliniche universitarie (che per inciso comporta un pagamento del 7% in più delle prestazioni ospedaliere -DRG) il CRO no. Forse potrebbe essere il momento, vista anche la nuova normativa che prevede la possibilità di assunzione a tempo determinato degli specializzanti, di ragionare ad un'organizzazione funzionale di un'università “della Regione FVG”. Ciò potrebbe portare ad una maggiore attrattività delle Università stesse, il contributo fattivo di professionisti eccellenti collocati negli IRCCS e nella Aziende sanitarie e migliori possibilità di ricerca e sviluppo.

7 – Nuove tecnologie e telemedicina. Le nuove tecnologie, i big data, la telemedicina e l'intelligenza artificiale saranno uno degli apporti più rilevanti e innovativi nella sanità del futuro anche per affrontare problemi quali la sanità delle aree interne. Anche in questo campo è necessario costruire una cabina di regia che metta assieme i molti punti di forza presenti in regione.

8 – Ruolo dell'IRCCS CRO di Aviano

- *Ruolo regionale* - IRCCS “Burlo Garofolo” e CRO di Aviano sono istituti della Regione Friuli Venezia Giulia e non solo del territorio in cui sono collocati. Se il Burlo non fosse regionale, essendo collocato nell'area a più bassa natalità della regione, non avrebbe ragione di esistere. Lo stesso discorso vale ovviamente per il CRO ma in questo caso in maniera rafforzata in quanto il livello di attrazione da fuori regione viaggia da sempre intorno al 50% dell'attività. Quindi anche in questa fase per ciascuno dei temi oggetto del POR deve essere definito il ruolo regionale del CRO compreso il ruolo nell'attività chirurgica.

Non può essere che tale ruolo sia limitato al coordinamento dei tumori rari.

- *Permanenza dell'IRCCS* - Come si è già detto la permanenza ad IRCCS è condizionata ad una serie di parametri uno dei quali è la complessità della casistica trattata. In tale computo cadono ovviamente i ricoveri e gli interventi chirurgici oncologici. La limitazione delle attività

da svolgere prevista dal POR rischia di mettere in discussione il raggiungimento di uno dei parametri più importanti per la certificazione. Tra l'altro minore casistica significa anche minore ricerca clinica che è un altro dei requisiti valutati.

Da annotare che non si menziona mai il ruolo che il CRO svolge nella tenuta ed aggiornamento del Registro Tumori.

- *Ricerca* - Il mandato nazionale attribuito al CRO “ricerca clinica e traslazionale in materia di prevenzione, diagnosi e cura e gestione del paziente oncologico” deve avere una solida applicazione anche a livello regionale. Si ritiene quindi che al CRO sia attribuito il coordinamento di questo tipo di ricerca per tutto il Friuli Venezia Giulia, visto anche il ruolo già svolto nella direzione del Registro Tumori.

BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA

AGGIORNATA DICEMBRE 2024

AHED Cittadinanzattiva

www.cittadinanzattiva.it/comunicati/15491-desertificazione-sanitaria-ed-aree-interne-presentata-lanalisi-di-cittadinanzattiva-nellambito-del-progetto-ahead.html

Benessere equo e sostenibile BES ISTAT

www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0

Bersaglio. Sistema di valutazione della Performance.

Laboratorio MES Scuola di studi Superiore Sant'Anna Pisa

www.performance.santannapisa.it/pes/start/start.php

Censimento permanente della popolazione – ISTAT Friuli Venezia Giulia

[www.istat.it/it/archivio/253760#:~:text=Sintesi%20dei%20principali%20risultati,anno\)%20rispetto%20al%20Censimento%202011](http://www.istat.it/it/archivio/253760#:~:text=Sintesi%20dei%20principali%20risultati,anno)%20rispetto%20al%20Censimento%202011)

CREA sanità

www.creasanita.it/attivitascientifiche/le-performance-regionali-xii-edizione-2024/

Rapporto OASI CERCAS Università Bocconi

www.cergas.unibocconi.eu/

CGIL FVG Documento Tempi di attesa luglio 2024

Corte dei Conti Relazione 2022-2023

Corte dei Conti Friuli Venezia Giulia 2024

www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/GEN/amministrazione-trasparente/FOGLIA15/FOGLIA_2/allegati/2024/DELIBERA_20_2024_Referto_parifica_rendiconto_RAFVG_esercizio_2023.pdf

ISTAT – ISTDATA (estrazione dati)

www.esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories

Nuovo Sistema di Garanzia NSG Ministero della Salute

www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea

Osservatorio Nazionale sulla Salute delle regioni italiane

www.osservatoriosullasalute.it/

Performances delle Aziende Sanitarie Territoriali AGENAS

www.stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32

PIT salute Cittadinanzattiva

www.cittadinanzattiva.it/comunicati/15741-urgenza-sanita-presentato-da-cittadinanzattiva-il-rapporto-civico-sulla-salute-2023.html

Programma Nazionale Esiti PNE AGENAS

www.pne.agenas.it/home

Programma di sorveglianza PASSI Epicentro ISS

www.epicentro.iss.it/passi/

Rapporto sulla salute mentale 2022 Ministero della Salute

www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3369

Regione Friuli Venezia Giulia – La Regione in cifre 2023

www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/GEN/statistica/FOGLIA3/FOGLIA93/allegati/Regione_in_cifre_2023.pdf

Reti cliniche tempo dipendenti AGENAS

www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/monitoraggio-reti-cliniche

Mobilità sanitaria AGENAS

www.stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=10

GIADA MAZZILIS, *Variabilità territoriale e andamento temporale della mortalità nella Regione e nei Distretti del Friuli Venezia Giulia: analisi dei dati ed ipotesi interpretative*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Udine. Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva 2021/2022

La città che cura. Microaree e periferie della salute, a cura di GIOVANNA GALLIO, MARIA GRAZIA COGLIATI DEZZA, 2018

Finito di stampare nel febbraio 2025
da Tipolitografia Martin - Cordenons

Edito da:
associazione **Una Regione in Comune** | C.F. 90026080318
Sede Legale: Viale Giovanni Paolo II, 3 – 33100 Udine
www.unaregioneincomune.it

