



Università
Ca' Foscari
Venezia

UNIVERSITÀ CA' FOSCARI DI VENEZIA
Dipartimento di Economia

Corso di laurea magistrale in
Governance delle Organizzazioni Pubbliche

ANALISI DEL FABBISOGNO
INFERMIERISTICO ALL'INTERNO DELLE
CASE DI RIPOSO DELLA REGIONE VENETO
IN EPOCA COVID

Relatore:

Chiar.mo Prof. Stefano Campostrini

Correlatore:

Dott. Mauro Bonin

Tesi di laurea di
Ivan Zonato

Anno accademico

2021/2022

INDICE

Scopo	4
Introduzione	4
Capitolo 1	
1.1 Strutture residenziali italiane per soggetti non auto sufficienti	6
1.2 Normativa nazionale delle residenze sanitarie assistenziali	
1.2.1 Nascita delle RSA	6
1.2.2 La riconversione dei piccoli ospedali	7
1.2.3 Le linee guida per le RSA	7
1.2.4 Gli standard strutturali ed i costi di gestione	8
1.2.5 Gli indicatori	9
1.2.6 I requisiti autorizzativi e di accreditamento	9
1.2.7 Caratteristiche generali delle RSA	10
1.3 Le IPAB	
1.3.1 Le attività di beneficenza – opere Pie	11
1.3.2 La nascita delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza	11
1.3.3 Normativa nazionale delle IPAB	11
1.3.4 La trasformazione delle IPAB in Regione Lombardia	12
1.3.5 Le IPAB nella Regione del Veneto	13
1.4 Normativa della Regione del Veneto	
1.4.1 Servizi residenziali per non autosufficienti	16
1.4.2 Requisiti di autorizzazione e accreditamento	16
1.4.3 Modalità di rilascio, rinnovo di accreditamento istituzionale	17
Capitolo 2	
2.1 Demografia della popolazione italiana e veneta, confronto demografico	18
2.1.1 Demografia della Regione del Veneto	19
2.1.2 Indicatori di salute in Italia	21
2.2 Contesto territoriale della Regione del Veneto	
2.2.1 Le AULSS	22
2.2.2 Le strutture residenziali della Regione del Veneto	23
2.2.3 RSA confronto tra regioni	23
2.2.4 Strutture residenziali per non autosufficienti Regione del Veneto	24
2.3 Classificazione degli ospiti	
2.3.1 L'unità di valutazione multidimensionale	25
2.3.2 La scheda di valutazione multidimensionale	26
2.3.3 Le rette	26
2.3.4 Posti letto e impegnative di residenzialità	27
2.3.5 L'Azienda Zero	29

Capitolo 3	
3.1 Il COVID in Italia	30
3.1.1 L'evoluzione della pandemia e i dati di mortalità	31
3.1.2 Periodo di transizione	32
3.1.3 Seconda Fase	32
3.1.4 La mortalità nella popolazione over 65	33
3.1.5 Dalla prima alla seconda ondata: come cambia lo scenario di diffusione dell'epidemia	34
3.2 Ricadute sulle strutture sanitarie e socio sanitarie italiane	37
3.2.1 La non autosufficienza e il COVID	38
3.2.2 Le azioni della Regione del Veneto	38
Capitolo 4	
4.1 Il fabbisogno infermieristico delle strutture residenziali per anziani	40
4.2 Modalità di rilevazione e raccolta dei dati	40
Conclusioni	43
Appendice	48
Bibliografia	67
Sitografia	71

SCOPO

La presente tesi si propone di valutare la residenzialità per anziani non autosufficienti e l'andamento demografico della popolazione della Regione del Veneto rapportato a quello nazionale. Altro obiettivo è quello di effettuare una rilevazione del personale infermieristico operante nelle case di riposo nell'anno 2020 e di verificare se lo stesso fosse in grado di soddisfare il fabbisogno assistenziale.

Per questo motivo si intende:

- 1- valutare se si siano create carenze nell'organico nelle case di riposo e quantificare il fabbisogno di personale infermieristico da inserire in una determinata struttura.
- 2- valutare quali interventi Regione Veneto ha realizzato per colmare eventuali "scoperture" della dotazione organica.

INTRODUZIONE

La popolazione italiana è invecchiata negli ultimi trenta anni ed in particolare nel corso degli anni 2000, tanto che al primo gennaio 2020 l'Italia era considerata uno dei paesi più vecchi al mondo (ISTAT 2020)¹.

Con l'invecchiamento della popolazione il settore sanitario e sociosanitario hanno dovuto confrontarsi con un crescente aumento della popolazione non autosufficiente; ciò ha intensificato la necessità di interventi da parte delle Istituzioni per poter dare risposta ai bisogni dei soggetti più fragili ed alle loro famiglie.

Le stime più recenti dell'ISTAT indicano in circa 3 milioni gli anziani non autosufficienti, che rappresentano il 4,71% dell'intera popolazione italiana. Dal monitoraggio effettuato dal Dipartimento Welfare e Contrattazione FNP-CISL Lombardia (basato sui dati Istat, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, di Italia Longeva, e delle singole regioni)², risulta che in Italia nel 2020 erano attive 3.417 strutture residenziali per soggetti non autosufficienti per un totale di circa 200.000 posti letto accreditati. I posti letto accreditati non seguono l'andamento del numero delle strutture, in quanto possono essere presenti strutture

¹ ISTAT 2020, 28 edizione del Rapporto Annuale

² <https://www.iss.it/web/guest>, <https://www.istat.it>, <https://www.italialongeva.it>, <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

residenziali con un elevato numero di posti letto, come risulta nella Regione del Veneto che ha la maggior dotazione di posti letto (32.548) dopo la Regione Lombardia (dati ricavati da Informa CISL 2020)³.

Convenzionalmente l'ISTAT considera anziani tutti i soggetti ultrasessantacinquenni anche se la Società Italiana di Geriatria nel dicembre 2018, nell'ambito di un congresso nazionale, ha proposto di elevare la soglia di età a 75 anni.

Attualmente tra le politiche di welfare, i servizi residenziali per gli anziani presentano elementi di criticità connessi alla numerosità della domanda, alla carenza di personale, all'incidenza della pandemia COVID sui medesimi e sull'intero Servizio Socio-Sanitario Nazionale.

³ Informa CISL 2020: <https://fp.cisl.it>

CAPITOLO 1

1.1 LE STRUTTURE RESIDENZIALI ITALIANE PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Le residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono strutture residenziali per soggetti non autosufficienti destinate ad accogliere persone non autonome con esiti stabilizzati di patologie e non assistibili a domicilio. Le RSA garantiscono interventi di natura sociosanitaria destinati a migliorare i livelli di autonomia dei soggetti che ospitano, a promuovere il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione. Forniscono agli ospiti assistenza medica, infermieristica e riabilitativa associata a tutela assistenziale.

Nel nostro paese le RSA hanno una lunga tradizione storica, inizialmente erano presenti come Opere Pie (già nel 1800), successivamente si sono trasformate in Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB). Nel tempo sono nate strutture di diritto privato autorizzate ed accreditate dalle Regioni.

1.2. NORMATIVA NAZIONALE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

1.2.1 NASCITA DELLE RSA

La legge finanziaria del 1988 (art.20 L.67/1988)⁴ ha dato l'avvio alla realizzazione delle RSA nell'ambito degli investimenti sanitari. Per la prima volta, lo Stato ha individuato fondi consistenti per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere per anziani non assistibili a domicilio.

Dal 1988 ad oggi si sono succedute normative e direttive ministeriali che hanno riguardato requisiti, organizzazione e gestione delle RSA ed oggi è in capo alle Regioni la competenza istituzionale relativa all'organizzazione delle medesime.

Nel 1989 è stato approvato il Decreto del Ministro della Sanità n.321⁵ *“criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti del settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'art.20 della L. 67/1988”* che aveva l'obiettivo di promuovere la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani

⁴ L.67/1988: *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”* (legge finanziaria 1988)

⁵ D.M. Sanità 321/1989: *“Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67”*

prevalentemente non autosufficienti e di strutture per disabili psichici e sensoriali e di individuare specifiche risorse economiche.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22/12/1989⁶ (*“Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali”*), ha stabilito gli standard da rispettare nella realizzazione delle RSA; tale decreto, nello specificare i requisiti delle RSA per soggetti non autosufficienti, ha precisato che le RSA dovevano essere costruite con l’obiettivo di creare ambienti familiari.

1.2.2 LA RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI

La Legge 23/12/94 (art.3 comma 4)⁷ ha sospeso per cinque anni (1996-2000) il suddetto D.P.C.M per favorire la riconversione dei piccoli ospedali in RSA.

1.2.3 LE LINEE GUIDA PER LE RSA

Nel 1991 il Ministero della sanità ha sottoscritto un Protocollo di intesa con i Sindacati dei pensionati al fine di costituire un gruppo di lavoro permanente composto da rappresentanti del Ministero, delle Regioni e dei Sindacati dei pensionati con l’obiettivo di individuare competenze, strumenti, modalità e tempi di realizzazione, allo scopo di tutelare la salute della popolazione anziana. Tale gruppo di lavoro, insediato presso il Ministero della Sanità ha stilato uno *“schema di linee guida per residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani (doc.31/5/1991)”*⁸.

In questo testo veniva precisato che l’accesso degli anziani alle RSA fosse stabilito dalla Unità Valutativa Geriatrica, che la RSA fosse una struttura sanitaria inserita nei servizi territoriali con una dotazione standard di personale nonché la partecipazione alla spesa da parte dell’ospite relativamente alla parte alberghiera.

Con deliberazione del 30/01/1992 veniva approvato da Camera e Senato il *“Progetto-obiettivo tutela della salute anziani”* che prevedeva la realizzazione di 140.000 posti letto nelle RSA.

⁶ D.P.C.M 22/12/1989: *“Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”*

⁷ Legge 23/12/94: *“Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”*

⁸ Pesaresi Franco, *“Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale”*, in *“Agenzia sanitaria italiana”* n.22/1997, Roma Edizioni A.S.L. 1997.

Il Ministero della Sanità in data 7/08/1992⁹ ha emanato le Linee guida relative al “*Progetto-obiettivo tutela della salute degli anziani*” che hanno stabilito “*che per quanto concerne la portata vincolante del progetto-obiettivo, le sue indicazioni assumono valore di indirizzo nei confronti dell’attività organizzativa regionale; esso rappresenta punto di riferimento per la definizione di un modello organizzativo uniforme diretto ad assicurare pari condizioni di accesso ai servizi su tutto il territorio nazionale*”. Tale documento ministeriale ha ripreso i contenuti del progetto-obiettivo tutela della salute degli anziani sottolineando la necessità di ricreare nelle strutture residenziali l’ambiente e le abitudini della famiglia dell’ospite e di ottenere l’integrazione fra settore sanitario e sociale nella gestione delle RSA.

Nel gennaio 1993 il Ministero della Sanità ha individuato un gruppo di lavoro tecnico al fine di stilare un documento inerente a “*La gestione delle RSA: modelli e costi*” (edito dal centro di studi del ministero della Sanità) che è stato utilizzato per l’emanazione delle successive linee guida n. 1/1994 sulle RSA¹⁰.

Il gruppo di lavoro ministeriale ha identificato due grandi tipologie di utenti, quelli affetti da forme cronico degenerative e quelli affetti da demenza senile, con conseguente elaborazione di standard assistenziali in termini di fabbisogno di personale ed il calcolo dettagliato degli oneri di gestione delle RSA.

Con le linee guida n.1/1994 del Ministero della Sanità (“*Indirizzo sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali*”) è stata fornita una definizione abbastanza chiara delle RSA.

1.2.4 GLI STANDARD STRUTTURALI ED I COSTI DI GESTIONE

Il Ministero, nel ribadire la specifica competenza delle Regioni in merito alla riorganizzazione dei servizi di residenzialità extra-ospedaliera, ha fornito con le linee guida indicazioni affinché fosse garantito un livello uniforme di assistenza su tutto il territorio nazionale. Le RSA sono state collocate tra i servizi territoriali delle USL con lo scopo di fornire assistenza sanitaria residenziale agli anziani ed ai disabili non autosufficienti e non assistibili al domicilio. Sono stati ripresi gli standard strutturali contenuti nel DPCM del 22/12/1989 e individuate le dimensioni massime delle RSA (120-150 posti letto per gli anziani e 30-45 per i disabili). Sono state date indicazioni per calcolare i costi di gestione in base alle caratteristiche e alle necessità degli ospiti ai quali è stato attribuito il pagamento della parte alberghiera.

⁹ Ministero della Sanità: Linee guida relative al progetto-obiettivo “*Tutela della salute degli anziani*” (7/8/1992).

¹⁰ Ministero della Sanità. Linee guida n.1/1994 del 30/3/1994. Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali

Il Ministero della Sanità, con proprio decreto del 15/04/1994¹¹, ha determinato i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera ed i criteri per la determinazione delle prestazioni di assistenza residenziale extra-ospedaliera, limitatamente alla componente sanitaria.

1.2.5 GLI INDICATORI

Con la Legge finanziaria 1995 (art.3 comma 4 della L. 23/12/1994, n.724 così come modificato dall'art.1 della legge 18/07/1996, n.382)¹² è stato, come già detto, sospeso per cinque anni il D.P.C.M. del 1989 sugli standard delle RSA, poi ripreso nel 2001. Tra il 1995 e il 1996, in applicazione degli articoli 10 e 14 del Dlgs. 502/1992¹³, il Ministero ha approvato due decreti sugli indicatori di efficienza, di qualità e di umanizzazione delle prestazioni sanitarie che riguardavano anche le RSA ai fini della loro autovalutazione. Con il Decreto del Ministero della Sanità del 24/07/1995¹⁴ sono stati approvati i "Contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel servizio sanitario nazionale", ed è stato quindi stabilito che le aziende sanitarie raccogliessero i dati relativi a nove indicatori relativi ai costi, al personale e alla attività delle strutture residenziali per anziani. Il Decreto Ministeriale del 15/10/1996¹⁵ (*"Indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione e alle prestazioni alberghiere"*) ha previsto che le aziende sanitarie rendicontassero 22 indicatori relativi alle continuità dell'assistenza, all'umanizzazione delle prestazioni alla tutela dei diritti, del diritto all'informazione e delle prestazioni alberghiere.

1.2.6 I REQUISITI AUTORIZZATIVI E DI ACCREDITAMENTO

Con il D.P.R. del 14/01/1997 è stato approvato l'*"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*¹⁶ che definiva i requisiti minimi delle RSA. Questi requisiti dovevano essere recepiti dalle regioni in quanto titolari della competenza in materia di autorizzazioni. Il possesso di tali requisiti, per quanto attiene alle strutture private, è stato stabilito essere vincolante per ottenere l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, mentre per ottenere l'accreditamento è necessario il possesso di ulteriori

¹¹ D.M. Sanità 15 aprile 1994. "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera"

¹² L. 23/12/1994, n.724 (Legge1995) "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"

¹³ D.lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

¹⁴ D.M. Sanità 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale"

¹⁵ D.M. Sanità 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"

¹⁶ D.P.R. del 14/01/1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

requisiti definiti a livello regionale. Questo decreto, riprendendo gli atti normativi precedenti, ha fornito una nuova definizione delle RSA e della loro utenza, precisandone le dimensioni minime (20 posti letto) e massime (120 posti letto) delle strutture, dei loro nuclei (10-20 posti letto) e prevedendo, oltre ai requisiti minimi strutturali, anche requisiti minimi organizzativi.

Col provvedimento del 7/05/1998¹⁷ della conferenza tra Stato e Regioni sono state approvate le “*Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione*” nelle quali si precisava che le RSA potevano erogare interventi riabilitativi di tipo estensivo per soggetti disabili.

Il D.P.C.M. del 14/02/2001¹⁸ (sulla integrazione sociosanitaria) classifica le prestazioni ed i relativi criteri di finanziamento identificando il soggetto a cui far riferimento per i costi delle prestazioni (ASL e/o comune/utente). È compito delle regioni provvedere a determinare obiettivi, funzioni, criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie.

Il D.P.C.M. del 21/05/2001, n.308¹⁹ ha fissato i requisiti minimi strutturali e organizzativi per le strutture residenziali del settore socioassistenziale. I requisiti minimi stabiliti da questo decreto per taluni aspetti sono più impegnativi rispetto a quelli precedentemente previsti per le RSA descritte successivamente.

1.2.7 CARATTERISTICHE GENERALI DELLE RSA

La **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)** è una struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani non autosufficienti, ma anche ad adulti disabili, che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno. Infatti, in queste strutture è garantita la presenza di un medico 24 ore su 24 e di un sostegno continuativo anche per lo svolgimento delle attività quotidiane, come l'alimentazione e l'igiene personale. Le **RSA** sono strutture territoriali che garantiscono **trattamenti di lungo-assistenza**, cura, recupero e mantenimento di persone non autosufficienti affette da patologie che richiedono una continuità assistenziale, pur non presentando necessariamente sintomi complessi.

¹⁷ Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998. "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione"

¹⁸ D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"

¹⁹ D.P.C.M. 21/5/2001, n.308 "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

1.3 LE IPAB

1.3.1 ATTIVITÀ DI BENEFICIENZA – OPERE PIE

Nel territorio italiano anche prima della proclamazione del Regno d'Italia, è stata garantita l'assistenza ai soggetti più fragili della popolazione attraverso le Opere Pie nate solo l'impulso della Chiesa e non controllate dai governanti. Le Opere Pie rappresentavano l'intento di fare beneficenza, di aiutare il prossimo in base a precetti cristiani. Essendo basate sulla religiosità e sulla carità cristiana, erano istituzioni private che amministravano beni materiali di notevole entità costituiti da lasciti di benefattori destinati a garantire aiuto materiale ai soggetti bisognosi; la beneficenza veniva erogata da queste istituzioni in completa autonomia e rappresentanza giuridica.

Con la proclamazione del regno d'Italia veniva rilevata la necessità di disciplinare in tutto il territorio nazionale l'attività delle Opere Pie. Verso la fine dell'800 una commissione di verifica censì in tutto il paese 21.819 Opere Pie, ridottesi a 9000 ad un successivo censimento del 1970.²⁰

1.3.2 LA NASCITA DELLE ISTITUZIONI DI PUBBLICA ASSISTENZA E BENEFICENZA (IPAB)

Poiché la gestione autonoma delle Opere Pie era sovente soggetta ad abusi nell'utilizzo dei patrimoni, nel 1890 lo Stato ha emanato la Legge 6972 (Legge "Crispi")²¹, che ha imposto la trasformazione della loro natura giuridica da enti di diritto privato a Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB). Le IPAB hanno svolto per lungo tempo su tutto il territorio nazionale attività di sostegno ai soggetti più fragili della popolazione.

1.3.3 NORMATIVA NAZIONALE DELLE IPAB

La legge 6972/1890 all'articolo 1 individua i compiti delle IPAB che sono quelli di *"a) prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia; b) procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, o in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico"*²².

Il DPR 616/1977²³, ha trasferito dallo Stato alle Regioni le funzioni amministrative delle IPAB a carattere nazionale e interregionale. Nel 1988 una sentenza della Corte costituzionale (396/1988) ha consentito di poter riconoscere la natura privata delle IPAB a carattere regionale e infra-regionale.

²⁰ <https://piaunionevenafro.com/wp-content/uploads/2018/05/Storia.pdf>

²¹ L.6972/1890 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza"

²² L. 17.07.1890 n.6972 art. 1

²³ Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382

Con il successivo DPCM del febbraio 1990²⁴ è stato emanato un regolamento nazionale che ha consentito alle Regioni di riconoscere la personalità giuridica di diritto privato alle IPAB a carattere associativo o di ispirazione religiosa. Nel 2000, con le leggi Bassanini, è stato stabilito che le istituzioni che svolgevano attività di erogazione di servizi assistenziali fossero trasformate in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP), a meno che queste possedessero le caratteristiche per essere trasformate in Enti di diritto privato. Con la riforma costituzionale (Legge Costituzionale 3 del 18/10/2001)²⁵, che ha attribuito alle Regioni potestà legislativa in materia di assistenza e beneficenza, per le Regioni è stato possibile superare i limiti posti dallo Stato alla trasformazione delle IPAB in enti di diritto privato.

1.3.4. LA TRASFORMAZIONE DELLE IPAB IN REGIONE LOMBARDIA

La Regione Lombardia è stata una delle prime in Italia a iniziare la trasformazione delle IPAB.

Infatti, nel 2003 ha iniziato le riforme delle proprie IPAB tramite Legge Regionale 13/02/2003 n.1²⁶ la cui applicazione si è articolata in step successivi in un arco temporale ben definito.

Prima dell'entrata in vigore di questa riforma (negli anni 2002 e 2003), erano presenti nel territorio lombardo 757 IPAB, delle quali 456 si occupavano di assistenza, beneficenza e istruzione, di queste 221 erano RSA e 176 svolgevano attività socioassistenziale. La riforma lombarda ha portato ad una loro progressiva trasformazione. Quelle di dimensioni ridotte hanno scelto di trasformarsi in soggetti giuridici di natura privata, mentre le IPAB di grandi dimensioni hanno mantenuto la natura giuridica pubblica (in quanto in base alla consistenza del loro patrimonio potevano mantenere le strutture amministrative e organizzative previste per i soggetti di diritto pubblico) e si sono trasformate in Aziende di Servizi alla Persona (ASP).

Al 30/03/2020 nel portale di Regione Lombardia²⁷ risultavano presenti 7 ASP. Le ASP godono di autonomia statutaria, regolamentare, patrimoniale, contabile, gestionale, e hanno l'obbligo del pareggio di bilancio. Il controllo e la vigilanza sulle ASP e sugli enti di diritto privato è effettuato dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex Aziende Sanitarie Locali ASL).

²⁴ D.P.C.M. 16/2/1990 “Direttiva alle regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed infraregionale”

²⁵ Legge costituzionale del 18/10/21, n.3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”

²⁶ L.R. Lombardia 13/02/2003 “Riordino della disciplina delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia”

²⁷ <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/>

1.3.5. LE IPAB NELLA REGIONE DEL VENETO

Nella Regione Veneto a far tempo dall'emanazione del Decreto Legislativo n.207 del 2001²⁸ (che prevedeva il compito delle Regioni di procedere alla "Riforma delle IPAB") sono stati presentati vari progetti di riforma; tuttavia, nessuno di questi è mai stato approvato.

Le IPAB dalla loro istituzione si sono radicate nel territorio e da quanto emerge dalla Proposta di LR 21/10/20, n. (*"Disposizioni per la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e per la disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona e delle persone giuridiche di diritto privato di servizi alla persona"*)²⁹ risultano essere 190 (con oltre 10.000 addetti) nel tempo trasformatesi, anche se parzialmente in Centri di Servizi alla Persona, con ampliamento della loro offerta per poter rispondere alle nuove esigenze socioassistenziali. Sino ad oggi risulta inapplicata la Legge 328/2000³⁰ (*"Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*) e il successivo DLgs.207/2001 che ha attribuito alle Regioni la trasformazione delle IPAB in ASP o in fondazioni al fine di una loro generale riorganizzazione.

Dagli allegati alla DGRV n.2243 del 3/12/2013 *"Aggiornamento programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti"*³¹ emerge una situazione problematica relativa sia ai bilanci delle IPAB sia alle condizioni degli ospiti non autosufficienti.

Infatti, nonostante sia stato aumentato il numero regionale dei posti letto per non autosufficienti arrivando a un totale di 36.597 (Allegato C DGRV n.2243/2013) non è cambiata **la programmazione sulle impegnative di residenzialità** che secondo quanto previsto dalla DGRV 2496 del 29 dicembre 2011, sono aumentate a 23.831 (allegato A DGRV 2496/2011).³²

In passato ai posti letto programmati e autorizzati corrispondeva lo stesso numero di impegnative di residenzialità per la parte sanitaria (che costituisce circa il 50% della retta) mentre da diversi anni la

²⁸ D.Lgs. 207/2001 *"Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328"*

²⁹ <https://www.legaveneto.it/wp-content/uploads/2020/11/PDL006-modificata-copertina-aggiunte-firme.pdf>

³⁰ L.328/2000 *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*

³¹ DGRV n.2243 del 3/12/2013 *"Aggiornamento programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti"*

³² L'impegnativa di residenzialità viene rilasciata al cittadino per ottenere l'accesso alle prestazioni erogate da servizi residenziali e diurni autorizzati all'esercizio e accreditati ai sensi della L.R. n. 22/02 e relativo provvedimento attuativo, DGR n. 84 del 16/01/07. L'emissione dell'impegnativa di residenzialità comporta il riconoscimento della quota socio-sanitaria a carico della Regione che viene determinata annualmente con apposito provvedimento della Giunta Regionale.

Il cittadino ha il diritto di scegliere, in quanto titolare dell'impegnativa di residenzialità, il Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti accreditato che risponde alle sue esigenze assistenziali, alle sue aspettative e sue disponibilità economiche, anche al di fuori dell'Azienda ULSS di residenza.

L'Azienda ULSS, in base alla graduatoria unica, provvede a rilasciare l'impegnativa di residenzialità nel limite del numero massimo di impegnative annuo stabilito dalla programmazione regionale ed in concomitanza con la disponibilità del posto presso il Centro di Servizi scelto dalla persona

Regione non ha finanziato l'aumento numerico delle impegnative in base al numero dei posti letto programmati e autorizzati e non ha più rivalutato economicamente l'importo della retta. In assenza di impegnativa di residenzialità gli ospiti devono sostenere sia la spesa sanitaria che quella alberghiera.

Esiste una importante differenza degli oneri gestionali tra le IPAB e le strutture residenziali private dovuto ai diversi contratti di lavoro esistenti nei due settori, motivo per cui, alcune IPAB, per far quadrare i bilanci, hanno attivato iniziative di riduzione dei costi, attraverso la creazione di soggetti giuridici terzi a cui delegare alcune funzioni controllati dal settore pubblico (es. Fondazione Venezia Servizi alla Persona).

Dal punto di vista economico le IPAB risultano penalizzate rispetto alle strutture di diritto privato, ed agiscono nell'ambito di un regime di concorrenza in cui regole, oneri erariali e gestionali sono diversi tra pubblico e privato. In effetti i soggetti pubblici e privati non si trovano allo stesso livello di sostenibilità economica, a causa di forti diversità sotto il profilo fiscale e previdenziale nonché della particolare onerosità di quegli aspetti più strettamente gestionali come le differenze contrattuali e gli adempimenti amministrativi. Le IPAB si trovano a competere con le aziende private ma mantengono gli oneri degli enti pubblici. Ad esempio, L'IRAP per le IPAB è del 8,5% mentre per il settore privato è pari al 3,35%-3,9%.

Anche la gestione del personale incide sui costi di gestione delle IPAB, infatti, il costo di assenze per maternità, malattie del personale etc. è a carico delle IPAB mentre per il settore privato è a carico dell'INPS. È pertanto evidente come questi maggiori costi incidano sui bilanci delle IPAB e quindi sulle rette a carico degli ospiti

In altre Regioni si è provveduto a ridurre questa diversità mediante la riduzione dell'imposta o il totale esonero, pur mantenendo il ruolo pubblico dell'Ente, la riduzione dell'IRAP potrebbe determinare una riduzione del gettito fiscale per la Regione.

Con la Legge Regionale n.48/18³³, di approvazione del Piano Socio-Sanitario 2019-2023, tra gli ambiti di intervento sulle strutture di offerta Socio-Sanitarie è stata indicata come strategica la riforma delle IPAB attraverso la loro trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (A.P.S.P.) con le finalità di garantire la modernizzazione, la riqualificazione, l'efficienza e la sostenibilità nel tempo dell'intero sistema delle A.P.S.P. e sono stati individuati, nuovi ambiti di intervento delle medesime, quali l'assistenza domiciliare.

³³ L.R.V. 28/12/2018, n°48 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023"

L'ultima proposta di Legge Regionale del 21/10/2020, non ancora approvata, prevede: *“la trasformazione delle IPAB in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP), ovvero in associazioni e fondazioni di diritto privato se in possesso dei requisiti di cui al DPCM 16 febbraio 1990 e della LR n. 24 del 1993³⁴, di scegliere di acquisire la personalità giuridica di diritto privato (articolo 2)...omissis...l'estinzione delle IPAB che al momento dell'entrata in vigore del provvedimento risultano inattive da oltre due anni o che abbiano esaurite o non più conseguibili le finalità statutarie...omissis...la trasformazione delle IPAB in ASP in modo alle nuove aziende venga assegnata una rinnovata autonomia istituzionale pubblica che si esprime nella possibilità di dotarsi di nuovi statuti (articolo 6),...omissis...le APSP procedano a realizzare le proprie attività statutarie in gestione diretta, consentendo comunque la possibilità di ricorrere a moduli organizzativi esternalizzati ...omissis... venga promossa la fusione, il raggruppamento e la costituzione di consorzi delle APSP, che svolgono attività di erogazione di servizi sociosanitari, anche con riferimento a settori non omogenei”*.

È stabilita inoltre “una certa equità di settore” con la previsione di incidere sull'aliquota IRAP dei soggetti giuridici che operano nel settore sociosanitario aumentando quanto corrisposto dai privati in favore di una diminuzione della maggiore pressione fiscale oggi gravante unicamente sui soggetti pubblici. Fino ad una decina d'anni fa, in Veneto, la residenzialità per persone anziane non autosufficienti, era garantita principalmente dalle IPAB e dal Terzo Settore, successivamente è prevalsa l'attività di importanti gruppi economici nazionali, tanto che in questi anni, è aumentato il numero di posti letto a carico di gestori di diritto privato.

³⁴ L.R.V. 24/1993 “Disposizioni per la privatizzazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”

1.4 NORMATIVA DELLA REGIONE DEL VENETO

1.4.1 SERVIZI RESIDENZIALI PER NON AUTO SUFFICIENTI

Nella Regione Veneto i servizi residenziali sociosanitari offrono a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio (in genere anziani), assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzata in specifiche Unità di Offerta (U.d.O.).

Le U.d.O. sono distinte in base all'intensità del carico assistenziale richiesto dagli ospiti al fine di garantire loro un adeguato livello di assistenza; esistono infatti³⁵:

- Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale, la cui capacità ricettiva è di 120 posti letto, organizzati in nuclei per un massimo di 30 ospiti.
- Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (tra i quali anche ospiti affetti da Alzheimer) la loro capacità ricettiva raggiunge un massimo di 30 ospiti per nucleo.

Gli specifici profili assistenziali vengono individuati dalla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) delle ULSS³⁶.

1.4.2 REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La Regione del Veneto, con la Legge Regionale n. 22 del 16/08/2002³⁷, ha stabilito i criteri per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture per attività sanitarie, sociosanitarie e sociali coerenti con la programmazione socio-sanitaria regionale.

La stessa legge ha introdotto l'accreditamento istituzionale che consente al soggetto autorizzato di svolgere le suddette attività per conto del servizio socio-sanitario regionale, e quindi di diventare un potenziale erogatore.

L'accreditamento è rilasciato dalla Giunta Regionale, previa verifica del rispetto dei requisiti di cui all'art. 18 della legge regionale n. 22 del 16/08/2002.

L'art. 19 della L.R. n. 22/2002 prevede che le "istanze di rilascio di accreditamento riferite a nuovi soggetti che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie sono presentate con cadenza triennale".

Alla LR 22/2002 sono seguite la DGR n. 2501/2004³⁸ e la DGR n. 84/2007³⁹ con le quali è stata data attuazione ai disposti dalla medesima legge, individuando i requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale. Successivamente, con DGR n. 2067 del 3/07/2007⁴⁰, sono state definite le procedure relative al procedimento di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle unità di offerta che erogano prestazioni sociosanitarie e sociali.

³⁵ <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/centro-servizio-na>

³⁶ Loc cit al 35

³⁷ L.R.V. n.22 16/08/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"

³⁸ DGR n. 2501/2004 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure"

³⁹ DGR n. 84/2007 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali"

⁴⁰ DGR n.2067/2007 "procedure per l'applicazione della dgr n. 84/16 gennaio 2007"

1.4.3 MODALITÀ DI RILASCIO, RINNOVO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Con DGR n. 1363 del 16/09/2020⁴¹ sono stati individuati i termini e le modalità per la gestione dei procedimenti di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento istituzionale. La DGR ha stabilito, in considerazione del fatto che nuovi accreditamenti erano già stati rilasciati a valere dal 2020, che le eventuali istanze di rilascio dell'accreditamento presentate nel 2020 sarebbero state prese in considerazione nell'anno 2022, a valere dall'anno 2023.

Con la L.R. 24 gennaio 2020, n. 1⁴², è stato indicato il 15 ottobre 2020, quale termine di scadenza per presentare l'istanza di rinnovo e per inoltrare le nuove istanze di accreditamento per l'anno 2022 a valere dall'anno 2023.

Con DGR n. 104 del 2/02/2021⁴³, acquisito il parere favorevole della Quinta Commissione Consiliare (del 14/01/2021), sono state ammesse le istanze di accreditamento pervenute nel corso del 2020 e del 2021, le istanze relative a nuove unità di offerta, ad ampliamento della capacità ricettiva già accreditata con aumento di posti letto, e alla variazione di livello assistenziale.

A seguito dei risultati positivi dei sopralluoghi effettuati dai funzionari delle ULSS è conseguito un provvedimento della Giunta Regionale di rilascio dell'accreditamento istituzionale con decorrenza dall'1/1/21 al 31/12/2023.

Con DGR n. 1363 del 16/09/2020 è stato, inoltre, stabilito che, nelle more della piena assunzione da parte di Azienda Zero della funzione di verifica quale Organismo Tecnicamente Accreditante, anche per le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie di competenza della Direzione Servizi Sociali, le Aziende ULSS proseguissero la relativa attività per tutto il 2020.

Pertanto, in ottemperanza alle citate disposizioni, per ciascuna domanda di nuovo accreditamento e di rinnovo di accreditamento, le Aziende ULSS territorialmente competenti, hanno provveduto, secondo le misure adottate per lo stato di emergenza sanitaria dovute al Covid 19, allo svolgimento dei sopralluoghi presso le unità di offerta coinvolte.

⁴¹ DGR 1363/2020 “*Procedimenti di rilascio e rinnovo dell'accreditamento istituzionale: determinazioni attuative della L.R. n. 22 del 16 agosto 2002 e previsioni per l'anno 2020 sui procedimenti riferiti a soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. L.R. n. 22 del 16 agosto 2002*”

⁴² L.R.V. 24/01/2020, n.1 “*Disposizioni di adeguamento ordinamentale 2019 in materia di politiche sanitarie e di politiche sociali*”

⁴³ DGR 104/2021 “*Accreditamento istituzionale per le unità di offerta dei servizi socio-sanitari area anziani, disabili e minori. DGR n. 132/CR del 29/12/2020*”

CAPITOLO 2

2.1 DEMOGRAFIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA E VENETA, CONFRONTO DEMOGRAFICO

In Italia e nella Regione Veneto l'andamento demografico ha avuto la forma simile ad una piramide fino agli anni del boom demografico (anni 60). Successivamente, con l'invecchiamento della popolazione e la riduzione della natalità, la base della piramide si è progressivamente ristretta nel corso degli anni. Dalla piramide dell'età si rileva che la popolazione residente in Veneto al primo gennaio 2021 era pari a 4.852.453 ed i soggetti over 65 anni erano 1.142.756 e quindi pari al 23,55% della popolazione

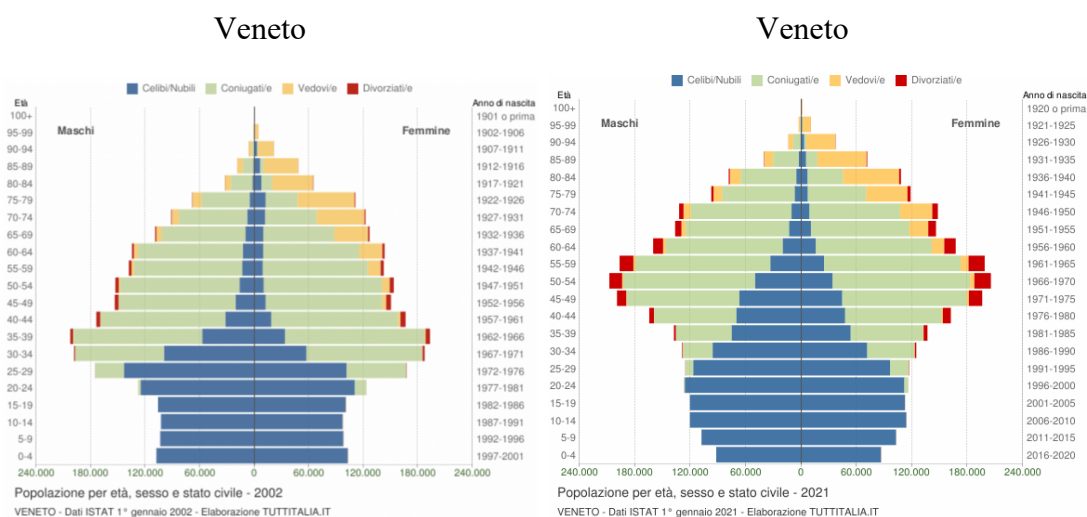


Figura 1: Piramidi dell'età Regione Veneto, all'1/1/2002 (ISTAT 1/1/2002) - 1/1/2021 (ISTAT 1/1/2021)

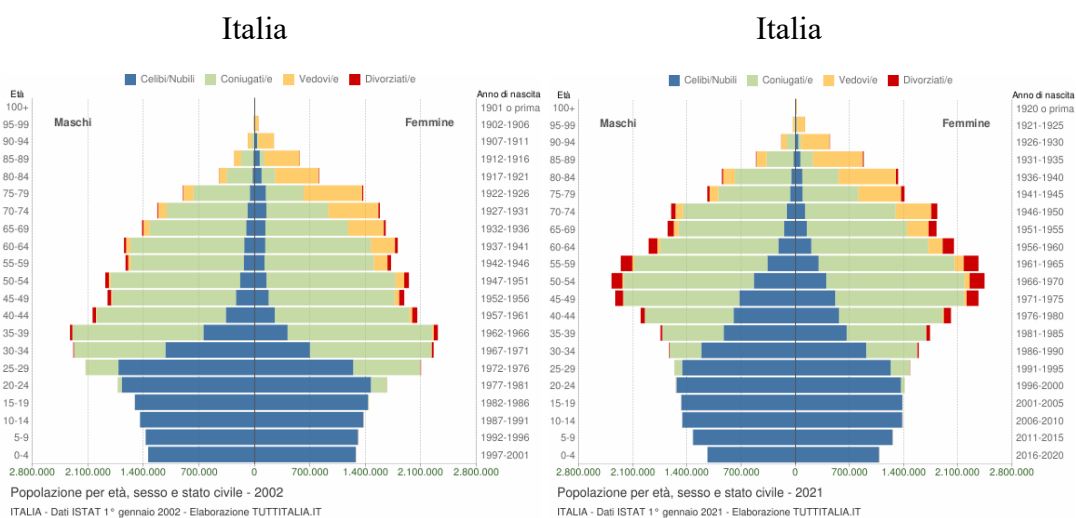


Figura 2: Piramidi dell'età Italia, all'1/1/2002 (ISTAT 1/1/2002) – 1/1/2021 (ISTAT 1/1/2021)

Dalla piramide dell'età dei residenti in Italia nel 2021 si evidenzia che la popolazione era pari a 59.236.213 in crescita rispetto al 2002 (56.993.742). Nel periodo considerato si è verificato anche un aumento della popolazione residente nella regione Veneto (da 4.529.823 a 4.869.830).

Sia in Italia che in Veneto si è registrato un incremento degli over 65: nel 2021 gli over 65 in Italia erano 13.941.531 rispetto ai 10.654.694 del 2002 (pari ad un aumento del 23,58%) e nel Veneto erano 1.142.745 rispetto agli 872.632 del 2002 (pari al 23,64%).

2.1.1 DEMOGRAFIA REGIONE VENETO

Nella tabella n°1 sono riportati i dati in percentuale della popolazione over 65 (dati ISTAT al gennaio 2021)

Età	Maschi	Femmine	totale	%
65-69	136.638 48,4%	145.887 51,6%	282.525	5,8%
70-74	132.288 47,2%	147.789 52,8%	280.077	5,8%
75-79	97.385 45,1%	118.435 54,9%	215.820	4,4%
80-84	78.533 42,1%	107.972 57,9%	186.505	3,8%
85-89	40.384 36,1%	71.553 63,9%	111.937	2,3%
90-94	14.073 27,4%	37.241 72,6%	51.314	1,1%
95-99	2.635 19,8%	10.603 80,1%	13.238	0,3%
110+	196 14,7%	1.133 85,3%	1.392	0,0%
TOTALE			1.142.808	23,5%

Tab. n. 1 Popolazione over 65 Regione Veneto (Dati ISTAT, riferiti al 1° gennaio 2021 elaborazione tuttitalia.it)

Al 1/01/2021 su una popolazione di 4.869.830 oltre il 23 % ha un'età superiore ai 65 anni.

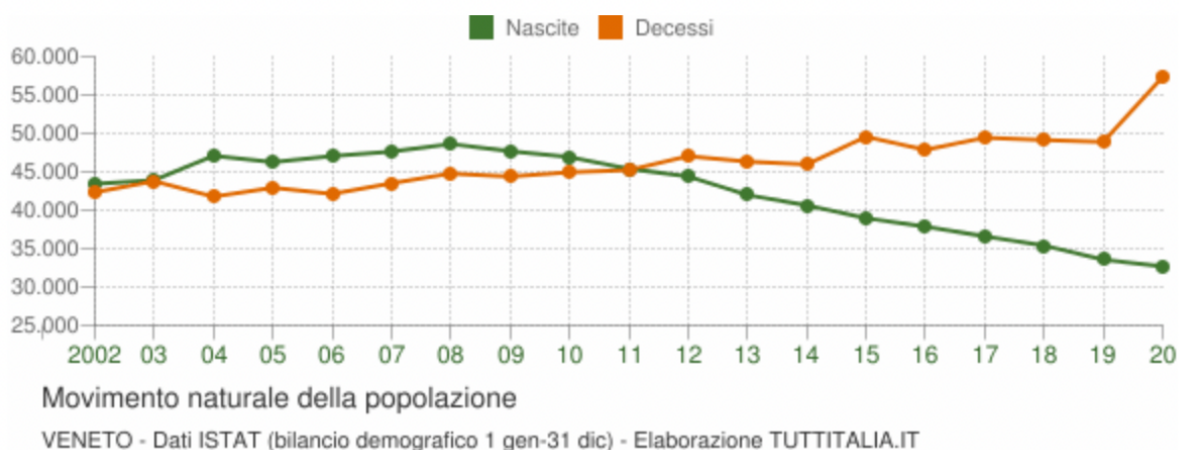


Grafico n.1: movimento naturale della popolazione (1/1/2021)

Il grafico dimostra l'evidente riduzione della natalità a far tempo dal 2011 ed un incremento della mortalità nel medesimo arco temporale.

Dai dati ISTAT emerge che l'indice di vecchiaia al gennaio 2021 era pari a 183,3%, ciò sta a significare che in Veneto nel 2020 vi erano 183 anziani ogni 100 giovani, in linea con i dati della popolazione italiana che era di 182,6%.

Dalla tabella n°2, che riporta l'andamento dell'indice di vecchiaia⁴⁴ in Veneto dal 2002 al 2021, si rileva che questo dato è in continuo incremento.

ANNO	Età over 65	Totale residenti	Indice di vecchiaia
2002	827.410	4.528.467	135,2
2007	926.798	4.772.226	138,9
2012	997.796	4.852.351	144,2
2017	1.096.055	4.906.210	163,6
2021	1.142.745	4.869.830	183,3

Tab. n. 2: andamento dell'indice di vecchiaia della regione Veneto dal 2002 al 2021 (dati ISTAT 1/1/2021)

Indice di vecchiaia province Venete è riportato nella tabella n°3 dalla quale emerge che le province di Belluno e Rovigo erano quelle con la maggior percentuale di ultrasessantacinquenni (attorno al 26 %). Seguiti dalla provincia di Venezia con il 24% e dalle altre città con valori attorno al 22%.

⁴⁴ Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione tra i 0 e i 14 anni. Dal 2002 ad oggi questo dato è in continuo incremento. (fonte: tuttitalia- statistiche demografiche)

ANNO	BELLUNO	PADOVA	ROVIGO	TREVISO	VENEZIA	VERONA	VICENZA	VENETO
>65	25,70%	21,80%	25%	21,40%	24%	21,70%	21,30%	22,40%
Indice di vecchiaia 2017	215,6	161,2	223,3	147,6	189,6	152,3	148,8	163,6
Indice di vecchiaia 2021	241	181,7	250,3	169,2	209,1	165,1	170,7	183,3

Tabella n°3: (fonte: tuttitalia-statistiche demografiche, dati ISTAT all'1/1/2018)

2.1.2 INDICATORI DI SALUTE IN ITALIA

Da uno studio ISTAT pubblicato il 14/07/2021, e riferito al 2019, prima dell'inizio della pandemia, in Italia gli over 75 presentavano indicatori di salute in miglioramento ed un terzo dei soggetti era portatore di limitazioni consistenti dell'autonomia personale. In questi casi un anziano su dieci manifestava limitazioni delle attività quotidiane della vita.

Le proiezioni per i prossimi decenni indicavano un mutamento della struttura della popolazione, con previsione per il 2050 di una popolazione ultrasessantacinquenne pari al 34,42% della popolazione complessiva, ed al 14,39% di ultraottantenni rispetto al dato riferito al 2019 che si attestava rispettivamente al 23,28% e 7,35%.

La speranza di vita che nel 2009 era di 79 anni per gli uomini e di 85 anni per le donne, in base alle previsioni del suddetto studio, nel 2050 era prevista pari a 85 anni per gli uomini ed a 90 anni per le donne, con aumento dell'indice di vecchiaia (283 %).

I dati Nazionali ISTAT dell'ultimo rapporto del luglio 2021 dimostrano una riduzione della speranza di vita dovuto ad un eccesso di mortalità del 2020 correlato all'epidemia COVID - 19.⁴⁵

Vengono considerati i dati relativi alla popolazione forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica⁴⁶, che corrispondono ai dati più recenti della popolazione residente nei Comuni italiani, derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici dell'Anagrafe.⁴⁷

⁴⁵ Rapporto annuale – La situazione del paese, ISTAT 9/07/2021.

⁴⁶ Sito web <http://demo.istat.it/>

⁴⁷ fonte ISTAT (sito web <https://www.tuttitalia.it>).

2.2 CONTESTO TERRITORIALE

2.2.1 LE AULSS

La Regione del Veneto è suddivisa in ambiti territoriali ai quali corrispondono nove Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (AULSS). Le AULSS sono enti pubblici che erogano servizi sanitari, socio-sanitari e di prevenzione nel territorio di loro competenza. Ad ogni azienda sono attribuiti i compiti del servizio sanitario nazionale previsti dalla normativa vigente in ambito nazionale (a partire dalla Legge 833/78 e successive modifiche e integrazioni) e regionale.

Tali aziende, che afferiscono alla Regioni, sono dotate di personalità giuridica, di autonomia organizzativa, gestionale e contabile.

Le AULSS comprendono complessivamente 68 Ospedali (pubblici e privati accreditati) e 347 strutture residenziali per soggetti non autosufficienti.

La figura seguente rappresenta la suddivisione territoriale delle 9 aziende ULSS



Figura 3: suddivisione territoriale delle ULSS, ⁴⁸

⁴⁸ <https://www.cimoveneto.it/cimoaziende.asp>

2.2.2 LE STRUTTURE RESIDENZIALI DELLA REGIONE VENETO

La suddivisione territoriale delle strutture residenziali (elaborazione propria su dati forniti da Regione Veneto anno 2021) è di seguito rappresentata:

- 71 strutture nell'ULSS 9 Scaligera per un totale di posti letto accreditati di 5559 e una popolazione residente di 927.810 (0,59% posti letto/residenti)
- 57 strutture nell'ULSS 2 Marca Trevigiana per un totale di posti letto accreditati di 5638 e una popolazione residente di 880.417 (0,64% posti letto/residenti)
- 42 strutture nell'ULSS 6 Euganea per un totale di posti letto accreditati di 5245 e una popolazione residente di 930.213 (0,56% posti letto/residenti)
- 40 strutture nell'ULSS 8 Berica per un totale di posti letto accreditati di 4222 e una popolazione residente di 492.752 (0,85% posti letto/residenti)
- 38 strutture nell'ULSS 3 Serenissima per un totale di posti letto accreditati di 3849 e una popolazione residente di 617.107 (0,62% posti letto/residenti)
- 33 strutture nell'ULSS 7 Pedemontana per un totale di posti letto accreditati di 2956 e una popolazione residente di 362.210 (0,81% posti letto/residenti)
- 31 strutture nell'ULSS 1 Dolomiti per un totale di posti letto accreditati di 1902 e una popolazione residente di 199.704 (0,95% posti letto/residenti)
- 22 strutture nell'ULSS 5 Polesana per un totale di posti letto accreditati di 2182 e una popolazione residente di 233.179 (0,93% posti letto/residenti)
- 13 strutture nell'ULSS 4 Veneto Orientale per un totale di posti letto accreditati di 1351 e una popolazione residente di 226.438 (0,59% posti letto/residenti)

2.2.3 RSA, CONFRONTO TRA REGIONI

La comparazione tra le regioni non è semplice in quanto a livello nazionale non esiste un vero censimento sul numero delle RSA attive nelle regioni e province autonome e sul relativo numero di posti letto. I dati di seguito riportati sono stati estrapolati da un'indagine realizzata dall'osservatorio Fnp Cisl Lombardia sulle RSA e riguardano: Piemonte, Lombardia, Veneto e Toscana.⁴⁹

⁴⁹ Informa Cisl Aprile 2021: Non autosufficienza e RSA

Da questa indagine che si basa su dati Istat, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, d'Italia Longeva, e delle singole regioni, emerge che nel 2020 in Italia erano attive 3.417 RSA per un totale di posti letto accreditati stimati in circa 200.000 su una popolazione residente di 59.236.213 (dati ISTAT al 31 dicembre 2020).⁵⁰

Il maggior numero di RSA si trova in Lombardia (709 su una popolazione di 9.981.554 residenti con 7,10 RSA/100.000 residenti) e Piemonte (602 su 4.274.945 residenti con 14,8 RSA/100.000 residenti); le altre tre regioni considerate presentano valori tra loro equiparabili: Emilia-Romagna (348 su 4.438.937 residenti con 7,84 RSA/100.000 residenti), Veneto (347 su 4.869.830 residenti con 7,1 RSA/100.000 residenti)⁵¹, Toscana (324 su 3.692.865 residenti con 8,8 RSA/100.000 residenti).⁵²

I posti letto accreditati non seguono l'andamento del numero delle strutture, infatti dopo la Lombardia (62.270), la regione con la maggior dotazione di posti è il Veneto (31.869), seguito dal Piemonte (29.774). Un minor numero di posti letto è stato rilevato in regione Emilia-Romagna (16.294) e Toscana (14.707).

I dati riguardanti il numero delle strutture presenti in Veneto rapportati ai 100.000 abitanti, evidenziano come i servizi residenziali per anziani in Regione siano in linea con le altre regioni considerate, ad eccezione del Piemonte che presenta un numero decisamente più elevato.

2.2.4 STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI REGIONE VENETO

Nel corso degli anni sono state realizzate unità di offerta in linea con i fabbisogni dei territori ed in possesso dei requisiti previsti dal servizio sociosanitario veneto, al fine di rispondere al bisogno assistenziale espresso dalla popolazione.

Da un Comunicato della Regione Veneto del 14/02/20 n°242 emerge che a tale data il numero di posti per anziani non autosufficienti era pari a 31.869 posti letto autorizzati, di cui 16.435 pubblici (gestiti da IPAB e Comuni) e 15.434 gestiti da Enti di diritto privato. Secondo l'Assessore alla Sanità - Servizi sociali – Programmazione socio-sanitaria Manuela Lanzarin: *“Un sistema composito...omissis...dove pubblico e privato si mantengono in equilibrio”* e per il quale è prevista una progressiva diversificazione dei servizi (programmazione regionale 2019-2023).

“Perché, di fronte alla fragilità delle reti familiari e alla crescente solitudine delle persone anziane, l'obiettivo di una vera politica di welfare è conservare il più lungo possibile le condizioni di

⁵⁰ ISTAT: <https://www.istat.it/it/archivio/264511>

⁵¹ Dato ottenuto da elaborazione propria su dati regionali

⁵² ISTAT loc cit al n. 49

autosufficienza, con interventi preventivi e con centri di servizi sempre più attrezzati a sostenere le persone e le famiglie a casa propria, con interventi multipli e tra loro coordinati” (Comunicato Regione Veneto n°242 del 14 febbraio 2020).⁵³

Nella Regione del Veneto nel 2017 erano presenti 334 strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti, di cui 146 pubblici e 188 privati⁵⁴. Queste strutture comprendevano anche più unità di offerta per un totale di 31.869 posti letto accreditati, suddivisi in:

- 26.012 posti letto accreditati di primo livello assistenziale (12.587 pubblici e 13.425 privati);
- 6.202 posti letto accreditati di secondo livello assistenziale (3.551 pubblici e 2.651 privati);
- 189 posti letto accreditati per Stati Vegetativi Permanenti per pazienti in stato vegetativo permanente o a minima responsività, clinicamente stabilizzati e con rischio di complicanze (135 pubblici e 54 privati);
- 145 posti letto accreditati per Alta Protezione Alzheimer per persone che richiedono un elevato livello di assistenza sanitaria e infermieristica per trattamenti specifici per soggetti affetti da demenze degenerative (50 pubblici e 95 privati).

2.3 LA CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPITI

2.3.1 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Come detto precedentemente le strutture residenziali forniscono assistenza sociosanitaria organizzata, in base alle necessità degli ospiti, in due diverse Unità di Offerta (UdO). La prima è rivolta a persone anziane non autosufficienti con ridotto bisogno assistenziale, bisogno che viene individuato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.). Questo tipo di UdO può raggiungere un massimo di 120 posti letto suddivisi in nuclei, ogni nucleo può ospitare un massimo di 30 ospiti. La seconda rivolta a persone anziane non autosufficienti che, in base al profilo assistenziale individuato dalla U.V.M.D, necessitano di maggiore assistenza; questo tipo di struttura ospita anche soggetti affetti da Alzheimer. Ogni nucleo può ospitare fino ad un massimo di 30 soggetti.⁵⁵

⁵³ <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=4257556>

⁵⁴ Informa CISL Aprile 2021

⁵⁵ Portale Regione del Veneto Area Sociale: Unità di Offerta socio sanitaria

2.3.2 LA SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Il profilo di non autosufficienza si ottiene attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni del soggetto, effettuata dalla U.V.M.D. (unità di valutazione multidimensionale distrettuale), mediante l'utilizzo di una Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.Va.M.A.)⁵⁶

Per accedere alle RSA viene quindi utilizzata la scheda S.Va.M.A. (approvata con DGR 1133 del 06 maggio 2008)⁵⁷, al fine di ottenere un sistema di valutazione della non autosufficienza uniforme su tutto il territorio regionale.

Questa classificazione è orientata alla valutazione delle necessità biologiche e dei problemi psicosociali di un soggetto fragile, ovvero di una persona che ha bisogno di una specifica assistenza e cura per assolvere le attività quotidiane della vita.

In altre parole, la fragilità indica il rischio di perdita di salute, di perdita di autosufficienza e di morte come conseguenza della maggiore predisposizione ad ammalarsi, a causa della ridotta capacità dell'organismo di rispondere e adattarsi ai cambiamenti.

2.3.3 LE RETTE

Le RSA accreditate sono strutture che rispettano determinati parametri stabiliti dalla Regione e possono stipulare un contratto con le Aziende ULSS del territorio al quale afferiscono; grazie a questo contratto una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale ed una parte dagli ospiti o dai Comuni dove essi risiedono.

I posti letto accreditati e contrattualizzati sono inseriti nella programmazione del Servizio Sociosanitario Veneto e finanziati (con quote fissate in base al profilo di assistenza) dal Fondo Sanitario Regionale a copertura dei costi sanitari sostenuti dalle strutture.

La quota sanitaria costituisce il 50% della retta e viene sostenuta dalla Regione la restante quota alberghiera è a carico degli ospiti o dei Comuni.

Per i posti letto accreditati e non a contratto, i costi sono totalmente a carico degli ospiti o dei Comuni di residenza.

⁵⁶ DGRV n. 1133 del 06 maggio 2008: "Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale."

⁵⁷ DGRV 1133/2008 "Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale"

2.3.4 POSTI LETTO ED IMPEGNATIVE DI RESIDENZIALITÀ

I posti letto accreditati e il numero delle impegnative riferite all'anno 2017 sono riportate nella tabella n°4 dalla quale si rileva la necessità di incrementare il numero delle impegnative di residenzialità rispetto ai posti letto accreditati su una popolazione residente pari a 4.905.037 di residenti (ISTAT 31/12/17)⁵⁸ di cui 1.108.956 ultrasessantacinquenni.

Territorio	Strutture pubbliche (n° posti letto)	Strutture private (N° posti letto)	N° impegnative	N° impegnative necessarie in aumento	N° residenti over 65
ULSS 1 Dolomiti	660	1.239	1.639	260	53.484
ULSS 2 Marca trevigiana	3.079	2.501	4.355	1.225	191.999
ULSS 3 Serenissima	1.570	2.164	3.107	627	154.417
ULSS 4 Veneto orientale	312	825	734	403	52.889
ULSS 5 Polesiana	1.038	988	1.437	589	61.024
ULSS 6 Euganea	2.584	2.548	3.953	1.179	207.247
ULSS 7 Pedemontana	1.746	1.319	2.113	952	80.085
ULSS 8 Berica	2.423	1.391	2.645	1.169	106.298
ULSS 9 Scaligera	2.312	3.243	4.232	1.323	201.513
Totale	15.724	16.218	24.215	7.727	1.108.956

Tabella n°4: Libro bianco sui centri servizi per anziani, Gruppo Partito Democratico – Consiglio regionale del Veneto, Ed. 2018, i dati di popolazione riportati in tabella sono stati elaborati dal Servizio Statistica della Regione del Veneto su dati ISTAT 2017.

Nella programmazione regionale di cui al DGRV n. 2243/2013 " *Aggiornamento Programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti*"⁵⁹, è previsto un aumento totale di 4.655 posti letto rispetto ai 31.942 già accreditati (Tab.5). Il calcolo del fabbisogno di posti letto per anziani non autosufficienti (e quindi "accreditabili") è stato effettuato sulla base di indici e parametri demografici riferiti alla popolazione rilevata all'1/1/2012.

Tuttavia, a questo ampliamento non è stato correlato un analogo incremento di impegnative di residenzialità. Come già detto al precedente punto 1.3.5 (nella nota a piè di pagina numero 35) le impegnative di residenzialità consentono al cittadino di accedere ai servizi residenziali per non autosufficienti autorizzati ed accreditati. L'impegnativa di residenzialità permette di porre a carico

⁵⁸ ISTAT: <https://www.tuttitalia.it/veneto/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>

⁵⁹ DGRV n.2243 del 3 dicembre 2013 " *Aggiornamento Programmazione residenzialità per Anziani non Autosufficienti*"

della regione quella parte di retta a valenza sociosanitaria. In assenza di tale impegnativa il soggetto è tenuto al pagamento totale della retta.

Territorio	N° posti letto accreditati anno 2017	N° posti letto accreditabili DGRV 2243/2013	Differenza
ULSS 1 Dolomiti	1.899	2.279	380 +
ULSS 2 Marca trevigiana	5.580	5.846	266 +
ULSS 3 Serenissima	3.734	5.083	1.349 +
ULSS 4 Veneto orientale	1.137	1.666	529 +
ULSS 5 Polesiana	2.026	2.428	402 +
ULSS 6 Euganea	5.132	6.356	1.224 +
ULSS 7 Pedemontana	3.065	2.778	287 -
ULSS 8 Berica	3.814	3.673	141 -
ULSS 9 Scaligera	5.555	6.488	933 +
Totale	31.942	36.597	4.655 +

Tabella n°5: Libro bianco sui centri servizi per anziani, Gruppo Partito Democratico – Consiglio regionale del Veneto, Ed. 2018

2.3.5 L'AZIENDA ZERO

La Regione Veneto con Legge Regionale 19/2016 ha istituito l'Azienda Zero quale ente di Governance della sanità regionale.

All'art. 2 della LR 19/2016 vengono illustrate le Funzioni dell'Azienda Zero: *“L'Azienda Zero svolge funzioni di programmazione e attuazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento e governance delle Aziende ULSS e degli altri enti del Servizio sanitario regionale (SSR), nonché le funzioni ad essa attribuite di gestione di attività tecnico-specialistiche, anche di supporto alle Aziende ULSS e agli altri enti del SSR. L'attribuzione delle attività di natura gestionale all'Azienda Zero determina il venir meno delle corrispondenti competenze delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR”*⁶⁰

L'Azienda Zero ha l'obiettivo di garantire la **razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari**, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, utilizzando le risorse assegnate in modo efficiente. Si integra nella programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale e contribuisce alla realizzazione al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione.⁶¹

L'Azienda Zero eroga i finanziamenti della gestione sanitaria accentrata, il settore sanitario è il riferimento per il trasferimento dal bilancio regionale ad Azienda Zero dei relativi flussi, tra i quali quelli afferenti alle risorse del fondo sanitario regionale da ripartire agli enti del SSR.⁶²

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 333 del 26 marzo 2019 (Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020.)

⁶⁰ Legge regionale 19/2016: *“Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero. Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS”*.

⁶¹ <https://www.azero.veneto.it/mission-aziendale>. Portale della Regione del Veneto

⁶² DGRV n.102 del 2 febbraio 202, *“autorizzazione all'erogazione dei finanziamenti della gsa dell'esercizio 2021 da effettuarsi attraverso l'azienda zero. Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, art. 2 comma 4”*

CAPITOLO 3

3.1 IL COVID IN ITALIA DATI MORTALITA'

Dal “rapporto ISTAT del 9/7/21” si rileva che nell’anno 2020 il totale complessivo dei decessi è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6 per cento di eccesso).

I decessi attribuibili al *COVID-19* sul totale dei decessi (da marzo a dicembre 2020) sono stati pari 10,2% dei decessi totali con differenze fra le diverse aree geografiche (la maggiore al Nord rispetto al Centro e al Mezzogiorno)

La mortalità generale ha registrato nel 2020 un aumento del 9% rispetto alla media del quinquennio 2015-2019 con regioni (Piemonte, Lombardia, Valle d’Aosta, provincia di Trento) che hanno avuto aumenti più elevati rispetto al resto d’Italia (ISTAT 2021).⁶³

Per effetto del forte aumento del rischio di mortalità, i valori della sopravvivenza mediamente attesa, alla luce di quanto osservato nel corso del 2020, risultano in riduzione. La speranza di vita alla nascita scende a 82 anni (1,2 anni sotto il livello del 2019).

La sopravvivenza è influenzata dal livello di istruzione: si è osservata una mortalità più elevata nelle persone meno istruite.

Prendendo in considerazione le classi di età, il contributo più rilevante all’aumento dei decessi dell’anno 2020 (rispetto alla media degli anni 2015-2019) è dovuto all’incremento dei decessi degli ultraottantenni, che è pari al 76,3%, dell’eccesso di mortalità complessivo; in totale sono morti 486.255 soggetti over 80 anni (76.708 in più rispetto al quinquennio precedente). All’incremento della mortalità nella fascia di età 65-79 anni è attribuito il 20% dell’eccesso di decessi totali (ISTAT 2021).⁶⁴

Le differenze maggiori rispetto alla media del periodo 2015-2019 riguardano la popolazione maschile di età più elevata. L’eccesso di mortalità è maggiormente evidente nelle regioni del Nord per gli over 50 sia per gli uomini che donne.

⁶³ Rapporto annuale – La situazione del Paese. ISTAT 2021, Cap. 2 “Lo shock da pandemia – impatto demografico e conseguenze sanitarie”

⁶⁴ Rapporto annuale ISTAT, loc cit.

3.1.1 L'EVOLUZIONE DELLA PANDEMIA E I DATI DI MORTALITÀ

Tra il mese di febbraio e il 30 novembre 2020 sono stati diagnosticati dai Laboratori di Riferimento regionale 1.651.229 casi positivi di Covid-19, riportati al Sistema Nazionale di Sorveglianza Integrata dell'ISS entro il 20 dicembre 2020.⁶⁵

Lo scenario di diffusione epidemica può essere sintetizzato in tre fasi. La prima fase compresa nel periodo da febbraio alla fine di maggio 2020 (Prima ondata) si è caratterizzata per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva, da giugno a metà settembre (Fase di transizione), la diffusione è stata inizialmente molto contenuta, ma alla fine di settembre si sono identificati focolai sempre più numerosi in tutto il Paese.

Nel periodo tra febbraio e novembre 2020 si sono registrati 57.647 decessi avvenuti in persone positive al Covid-19, nel cui ambito è rimasta pressoché invariata la percentuale di soggetti in età inferiore ai 50 anni che si attesta attorno all' 1% per entrambi i generi. La classe degli over 80 risulta quella con la più alta percentuale di decessi per Covid-19 (il 60% dei decessi complessivi).⁶⁶

Dalla fine del mese di febbraio si è osservata una netta inversione di tendenza rispetto alla favorevole evoluzione della mortalità che aveva caratterizzato la stagione invernale 2019-2020. Nei mesi di marzo e aprile, infatti, contemporaneamente alla diffusione dell'epidemia di Covid-19 si è osservato un importante incremento dei decessi per il complesso delle cause rispetto al livello atteso sulla base della media del periodo 2015-2019. Durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila decessi (da marzo a maggio del 2020), 50 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, di cui oltre 45 mila relativi a residenti nel Nord del Paese. L'incremento nelle regioni del Nord ha fatto registrare quasi un raddoppio dei decessi nel mese di marzo (+94,5% rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019) e un incremento del +75,0% ad aprile.

⁶⁵ Epidemia COVID-19. Aggiornamento Nazionale al 29/12/2020 – Epicentro ISS

⁶⁶ Epidemia COVID- 19. Epicentro ISS loc cit.

3.1.2 PERIODO DI TRANSIZIONE

Nel periodo giugno-settembre, in corrispondenza con la fase di transizione della diffusione dell'epidemia di Covid-19, si è osservata una riduzione della mortalità totale che ha portato, in tutte le regioni/province autonome, il numero dei decessi per il complesso delle cause registrati nel 2020 in linea con i valori di riferimento del periodo 2015-2019.

3.1.3 SECONDA FASE

A partire dalla fine di settembre 2020 i casi sono di nuovo aumentati rapidamente con un ritmo esponenziale su gran parte del Paese e solo da metà novembre si è osservato un calo dell'incidenza ed è diminuita la classe di età mediana dei casi: 45-49 anni rispetto a 60-64 anni della prima ondata. Si è ridotto percentualmente il dato dei contagi registrato nella popolazione molto anziana (80 anni e più) che è passato da 26% nella prima ondata a 8% nella seconda. Tale diminuzione è verosimilmente in gran parte dovuta all'aumentata capacità diagnostica tra le classi di età più giovani e nelle persone con sintomi meno severi.

Dalla metà di ottobre 2020 diventano via via più evidenti gli effetti della Seconda ondata dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale. In termini assoluti si stima per i mesi di ottobre e novembre 2020 un aumento di decessi per il complesso delle cause di oltre 31 mila e settecento unità.

La seconda ondata si caratterizza a ottobre per un eccesso di decessi totali del 13% sia al Nord che al Centro-sud riscontrato, mentre nel mese di novembre si distingue nuovamente un eccesso di mortalità nel Nord (+61,4%), rispetto al Centro (+39,3) e al Sud (+34,7%).

In molte regioni del Nord l'eccesso di mortalità totale del mese di novembre supera quello del picco di marzo-aprile: in Valle d'Aosta (+139,0% rispetto al +71,0% di aprile), in Piemonte (+98,0% a novembre rispetto al +77,0% di aprile), Veneto (+42,8% rispetto al +30,8% di aprile), e Friuli-Venezia Giulia (+46,9% vs +21,1%). L'incremento dei decessi registrato a novembre è più basso di quello osservato in corrispondenza della prima ondata dell'epidemia solo in Lombardia (+66% a novembre rispetto al +192% di marzo e il +118% di aprile) e in Emilia-Romagna (+34,5% rispetto al +69% di marzo).

Per quanto riguarda le classi di età, lo scostamento della mortalità dall'andamento precedente al periodo in cui è iniziata l'emergenza è ben evidente a partire dal mese di marzo per le età superiori ai 49 anni e aumenta al crescere dell'età. L'eccesso di circa 50 mila decessi per il complesso delle cause riscontrato a livello nazionale relativo al periodo marzo-maggio 2020, rispetto alla media dello stesso

periodo degli anni 2015-2019, è dovuto per il 72% all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più (36 mila e quattrocento decessi in più).⁶⁷

3.1.4 LA MORTALITÀ NELLA POPOLAZIONE OVER 65

L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 23% dell'eccesso di decessi in corrispondenza della prima ondata dell'epidemia di Covid-19; in termini assoluti l'aumento rispetto al dato medio 2015-2019 è di 11 mila e settecento decessi (che complessivamente in questa classe di età ammontano a poco meno di 53 mila).

Nei mesi di ottobre e novembre si osserva un fenomeno analogo, l'incremento complessivo dei decessi supera le 31 mila e settecento unità, di cui oltre 23 mila decessi in più nella classe di età da 80 anni in poi (che copre il 74% dell'aumento dei morti totali del bimestre).

Per quanto riguarda la classe di età 0-49 anni, per quasi tutto il periodo considerato i decessi mensili del 2020 sono inferiori a quelli medi del 2015-2019, ad eccezione del dato di marzo e di novembre riferito agli uomini residenti al Nord, per cui si osserva un incremento rispettivamente dell'11% e del 4,9%. Il fatto che la mortalità della popolazione più giovane sia nel 2020 generalmente inferiore alla media del 2015-2019 si può spiegare considerando sia la minore letalità dell'epidemia al di sotto dei cinquanta anni, sia la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause che interessano questo segmento di popolazione come quelle accidentali, per effetto del lockdown e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.

Da fine febbraio a novembre i decessi Covid-19 rappresentano il 9,5% del totale dei decessi del periodo, durante la prima ondata epidemica (febbraio-maggio) questa quota è stata del 13%, mentre nella seconda ondata il contributo complessivo dei decessi Covid-19 è passato al 16% a livello nazionale (con un considerevole aumento nel mese novembre).

Se si considerano i contributi per fasce di età dei decessi Covid-19 alla mortalità generale si può notare come, a livello nazionale, la mortalità Covid-19 abbia contribuito al 4% della mortalità generale nella classe di età 0-49 anni, all'8% nella classe di età 50-64 anni, all'11% nella classe di età 65-79 anni e all'8% negli individui di ottanta anni o più.

Nel periodo di osservazione dell'epidemia di Covid-19 (febbraio-novembre 2020) si stimano complessivamente circa 84 mila morti in più rispetto alla media del 2015-2019. I decessi di persone

⁶⁷ ISS – Sistema di Sorveglianza Integrata COVID – dicembre 2020

positive al Covid-19 registrati dalla Sorveglianza integrata riferiti allo stesso periodo sono 57.647 (il 69% dell'eccesso totale). Si ricorda, tuttavia, che il rapporto tra i decessi segnalati alla Sorveglianza Integrata e l'eccesso di mortalità del periodo febbraio-novembre 2020 non si può dare conto del contributo effettivo del Covid-19; questa misura, infatti, risente di problemi metodologici collegati al consolidamento delle basi dati (sia della Sorveglianza integrata sia di Istat) e della difficoltà nell'identificare i decessi causati da Covid-19 quando questi si sono verificati in pazienti con numerose patologie concomitanti.

3.1.5 DALLA PRIMA ALLA SECONDA ONDATA: COME CAMBIA LO SCENARIO DI DIFFUSIONE DELL'EPIDEMIA

Come di anzi già detto in Italia, dall'inizio dell'epidemia con evidenza di trasmissione (20 febbraio) fino al 30 novembre 2020 (data di estrazione della base dati della Sorveglianza Integrata 20 dicembre 2020)⁶⁸, rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica, come sintetizzato nella tabella di seguito riportata.

Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi come sintetizzato nella tabella n°6 che riporta i dati di distribuzione mensile segnalati dalle Regioni e dalle Province Autonome al Sistema di Sorveglianza Integrata relativo al periodo 20 febbraio – 30 novembre 2020.⁶⁹

⁶⁸ ISS loc. cit.

⁶⁹ ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19 – dicembre 2020

Regione di notifica	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	Totale casi	Tasso standardizzato*
Piemonte	40	10.012	16.544	3.574	631	303	1.251	2.621	38.361	93.075	166.412	3.728,5
Valle d'Aosta	0	674	457	55	10	17	28	70	2.187	3.032	6.530	5.048,3
Lombardia	981	42.745	33.028	10.441	4.373	2.161	4.289	6.344	106.216	190.306	400.884	3.897,5
Veneto	278	10.038	7.520	857	147	828	2.906	4.774	34.364	87.375	149.087	4.290,8
PA di Bolzano	1	1.429	999	67	42	101	167	467	5.735	13.929	22.937	1.428,9
PA di Trento	0	1.963	2.134	617	57	99	105	843	3.391	6.554	15.763	1.232,0
Friuli Venezia Giulia	6	1.781	1.267	194	37	87	444	1.040	7.187	18.976	31.019	2.826,4
Liguria	13	3.609	4.260	1.544	275	247	716	2.440	16.824	21.047	50.975	2.993,8
Emilia Romagna	269	14.675	10.031	1.826	703	1.186	2.302	3.288	26.370	62.267	122.917	2.517,4
Toscana	8	5.004	3.899	573	143	241	1.427	3.063	35.805	52.144	102.307	3.244,8
Umbria	1	1.137	259	38	12	28	333	671	8.496	12.542	23.517	2.705,0
Marche	31	4.002	2.185	372	62	107	372	766	7.468	14.249	29.614	2.731,1
Lazio	5	4.063	2.808	669	363	565	3.097	5.626	36.320	53.692	107.208	2.691,5
Abruzzo	1	1.827	1.245	245	40	97	382	678	7.603	16.880	28.998	1.906,6
Molise	0	191	154	141	9	29	56	145	1.388	3.130	5.243	1.822,0
Campania	21	2.632	1.993	406	163	333	2.369	5.844	53.416	78.677	145.854	2.204,4
Puglia	4	2.139	2.233	427	46	124	853	2.473	13.711	40.129	62.139	1.723,1
Basilicata	2	255	160	40	4	55	59	287	1.761	5.964	8.587	2.500,6
Calabria	1	826	547	74	36	98	257	516	4.120	12.340	18.815	1.535,3
Sicilia	10	1.995	1.275	236	71	219	966	2.915	18.450	45.175	71.312	1.513,4
Sardegna	1	834	582	59	17	38	656	1.698	6.288	9.885	20.058	973,1
Nd	35	1.251	1.132	385	171	337	906	1.478	12.037	40.458	58.190	
Italia	1.708	113.082	94.712	22.840	7.412	7.300	23.941	48.047	447.498	881.826	1.648.366	2.603,2

Tabella n°6 andamento mensile dei casi segnalati nell'anno 2020

È molto cambiata anche la capacità diagnostica del virus, grazie all'aumentata della possibilità di eseguire tamponi molecolari e alla ricerca attiva di casi secondari che è stata messa in atto da Regioni e Province Autonome (PPAA.). È stato stimato, grazie anche all'indagine di siero prevalenza sul SARS-CoV-2 condotta da Istat e Ministero della Salute, che nella prima ondata il rapporto tra i casi notificati e i casi reali fosse almeno nel rapporto di 1:6.⁷⁰

Considerando il complesso dei casi diagnosticati nel periodo febbraio-novembre, si nota che più del 50% è concentrato in 4 regioni: Lombardia, Piemonte, Veneto e Campania; tre regioni (Basilicata, Valle d'Aosta e Molise) hanno riportato meno di 10mila casi ciascuna. Si sottolinea che, a causa della numerosità della popolazione, la regione Valle d'Aosta, pur riportando il minor numero assoluto di casi, presenta il tasso di incidenza cumulativo più elevato, superiore anche a quelli riportati da Veneto, Lombardia e Piemonte.

⁷⁰ <https://www.istat.it/it/archivio/246156>

Le tre fasi dell'evoluzione della epidemia di Covid-19 nel nostro Paese che si sono caratterizzate:

- La prima con una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord del Paese.
- La stagione estiva (Fase di transizione), periodo giugno - metà settembre 2020, con una diffusione molto contenuta, ma a partire da metà agosto si sono identificati focolai sempre più numerosi in tutto il Paese e, a partire dalla fine di settembre.
- La seconda ondata con nuovi casi aumentati, a ritmo esponenziale, finché da metà ottobre, le ordinanze a livello regionale e l'adozione di ulteriori misure di contenimento hanno portato a un'inversione di tendenza in quasi tutte le Regioni/PPAA. Le misure adottate hanno classificato queste ultime in tre aree - rossa, arancione, gialla - corrispondenti ad altrettanti scenari di rischio.⁷¹

La Figura 4 mostra l'andamento del numero di casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo/diagnosi. La curva epidemica indica che l'impatto della seconda ondata epidemica, in termini di numero complessivo di casi giornalieri notificati, è decisamente più elevato di quello della prima ondata, per via dell'aumentata capacità diagnostica, che ha permesso di individuare moltissimi soggetti asintomatici o paucisintomatici, e di una diffusione epidemica su tutto il territorio nazionale.

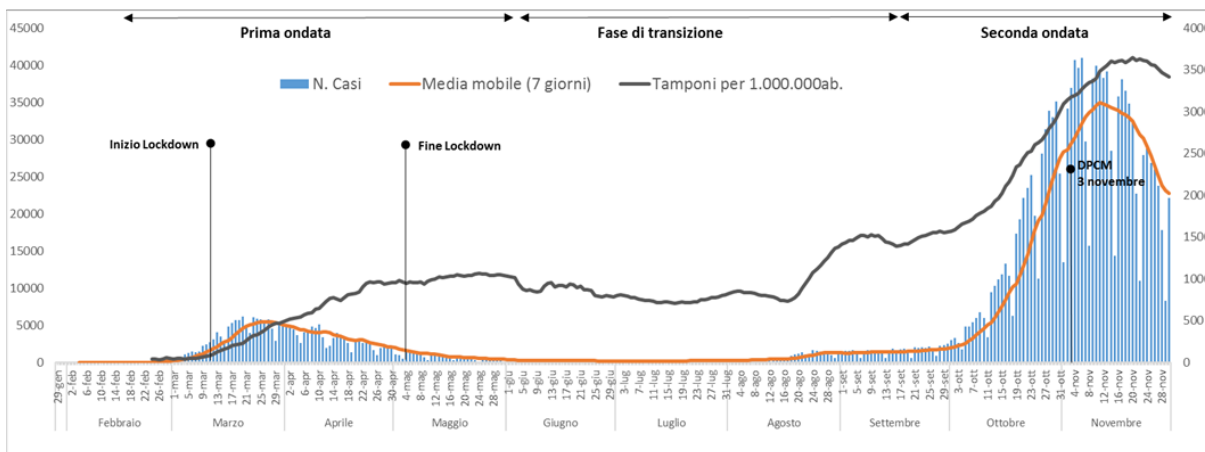


Figura n°4: Numero di casi di Covid-19 per data di prelievo/diagnosi e numero di tamponi (per milione di abitanti). Italia, febbraio–novembre 2020 ⁷²

⁷¹ DPCM n.41 del 3 novembre 2020: *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».*

⁷² ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

La prima fase dell'epidemia è stata contraddistinta da una trasmissione fortemente localizzata, grazie anche alle misure preventive di sanità pubblica di “distanziamento sociale”, inizialmente limitate ad alcune aree ristrette e via via estese a tutta l'Italia dall'11 marzo 2020 (“lockdown”). Questa fase, infatti, ha riguardato essenzialmente le regioni del Nord Italia e alcune province della regione Marche nel Centro Italia.

Il quadro della diffusione è mutato drasticamente da maggio, quando si è registrato un crollo dei nuovi casi come conseguenza delle rigide misure intraprese per il controllo dell'epidemia; infatti, nei mesi di giugno e luglio si sono registrati mediamente 247 e 236 casi giornalieri. I casi hanno iniziato a risalire nel mese di agosto subito a ridosso del Ferragosto, con un valore medio giornaliero di 1250 negli ultimi 10 giorni di agosto, un dato che si è poi ulteriormente elevato a 1.602 nel valore medio giornaliero di settembre. La diffusione è mutata anche in termini geografici con i maggiori tassi di incidenza cumulata per periodo (giugno-settembre) registrati in Liguria, nella provincia di Trento, in Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio, Sardegna, Campania.

Con l'inizio della stagione autunno-invernale l'Italia, come altri Paesi europei, si è trovata ad affrontare un lento e progressivo peggioramento della epidemia di Covid-19. Sebbene l'andamento epidemico alla fine dell'estate sia stato da noi più contenuto che in altri Paesi europei, a partire dal mese di ottobre si è assistito ad una rapida ripresa della diffusione dei nuovi casi: anche in questa occasione le Regioni più colpite in termini di tasso di incidenza cumulata nel periodo sono state quelle del Nord (in maniera meno intensa il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna) e la regione Toscana nel Centro Italia.⁷³⁷⁴

3.2 RICADUTE SULLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE ITALIANE

La pandemia COVID-19 ha pesantemente colpito il nostro paese facendo emergere criticità latenti in ambito sanitario e sociosanitario ed in particolare la carenza di risorse umane e materiali. Poiché in prima battuta sono stati coinvolti i presidi ospedalieri, questi hanno immediatamente segnalato la necessità di garantire l'acquisizione di personale medico ed infermieristico aggiuntivo ma, in un periodo di risorse ristrette e di cronica carenza di personale, si sono resi necessari passaggi tra Enti diversi. Il personale infermieristico delle Strutture residenziali per soggetti non autosufficienti è stato

⁷³ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Rapp_Istat_Iss_gennaio-novembre-2020.pdf

⁷⁴ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2021/Rapporto_Annuale_2021.pdf

reclutato per far fronte all'emergenza al fine di garantire le cure in acuzie ai soggetti affetti da gravi compromissioni dovute al COVID-19.

3.2.1 LA NON AUTOSUFFICIENZA ED IL COVID

In Italia a far tempo dalla primavera 2020 nelle Unità di offerta (UdO) residenziali per non autosufficienti si è progressivamente ridotto nel tempo il numero degli operatori in servizio (molti si sono ammalati e altri sono stati messi in quarantena); i turni di lavoro si sono allungati e ravvicinati ed i riposi ridotti in modo drastico. Lo stress psicologico degli operatori è molto aumentato a causa della fatica, dei decessi, della paura del contagio e del rischio di contagiare i familiari. Tutto ciò ha reso l'attività degli operatori molto gravosa ed ha pesantemente inciso sulle loro capacità psicofisiche. Particolarmente critica si è manifestata la carenza del personale infermieristico che, in alcuni casi, ha scelto di trasferirsi nelle strutture sanitarie pubbliche (ASL ed Ospedali).

3.2.2 LE AZIONI DELLA REGIONE DEL VENETO

Per contrastare le criticità emerse in Regione e in particolare la carenza di risorse umane venutesi a creare nelle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti la Regione del Veneto ha agito su più fronti: da una parte ha cercato di integrare il personale infermieristico carente nei Centri Servizi per Anziani non autosufficienti inserendo in modo temporaneo infermieri dipendenti da ULSS tramite contratti ad hoc stipulati tra Enti.⁷⁵⁷⁶

Dall'altra ha previsto una formazione aggiuntiva per gli Operatori Socio Sanitari (OSS)⁷⁷ con l'obiettivo di formare OSS che vadano ad affiancare il personale infermieristico in tutte le attività assistenziali; tali figure non possono operare autonomamente ma devono attenersi *“alla pianificazione individuale definita dai professionisti sanitari di riferimento, in particolare dall'infermiere o dall'ostetrica”*.

In questo modo l'infermiere rimane *“al centro del percorso decisionale proprio della professione”* ed il suo ruolo non viene ridimensionato.

⁷⁵ DGRV n. 1590 del 17 novembre 2020 Progetto di interesse specifico di valenza regionale finalizzato a garantire il supporto in termini di assistenza infermieristica da parte delle Aziende Ulss ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati della Regione del Veneto: approvazione schema di protocollo d'intesa.

⁷⁶ DGRV n. 1674 del 29 novembre 2021 Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati con le aziende ULSS. Proroga del progetto di cui alla DGR n. 1590 del 17 novembre 2020 ed alla DGR n. 306 del 16 marzo 2021.

⁷⁷DGRV N. 305 DEL 16 MARZO 2021 Approvazione del percorso di *"Formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio-Sanitario"* e modalità organizzative di carattere generale. L.R. 20/2001 - Accordo stipulato il 16 gennaio 2003 tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

In data 3/7/21 L'assessore alla Sanità ha precisato che negli ultimi anni la carenza di personale infermieristico si è aggravata sia nelle strutture pubbliche che nelle strutture private accreditate. L'accresciuto fabbisogno è dovuto al cambiamento delle esigenze cliniche, dei fabbisogni di salute e ad una diversa organizzazione dei servizi. La Regione del Veneto ha analizzato il fenomeno al fine di valutare il fabbisogno di professionisti e le mutate esigenze del paziente. Nell'ultimo quinquennio (2015 al 2020) è stato incrementato dell'11% il personale infermieristico del SSR (da circa 22.933 unità a 25.378) e del 22% il numero di OSS (da 7.492 a 9.161). Tuttavia, tale aumento di personale non è risultato sufficiente a soddisfare le esigenze correlate ai nuovi bisogni di salute della popolazione (comunicato assessore Sanità 1289 del 3/7/21).⁷⁸

Come già detto in precedenza durante la fase emergenziale della pandemia gli interventi regionali hanno coinvolto le strutture socio-sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti definendo le modalità di acquisizione delle figure professionali carenti. Con DGR n. 1590 del 17/11/2020 è stato approvato un progetto con l'obiettivo di garantire un temporaneo supporto infermieristico da parte delle ULSS ai Centri di Servizi per anziani accreditati e contrattualizzati con le stesse aziende, successivamente riconfermato con DGR 306 del 16/03/2021 che lo ha prorogato sino al 31/12/2021.

“La definizione del fabbisogno di professionisti destinati a soddisfare le esigenze dei Centri di Servizi è stabilita dall'Area Sanità e Sociale. Resta ferma la possibilità per le Aziende Ulss di garantire il supporto assistenziale infermieristico...omissis... con specifica delibera o con assegnazioni di personale già dipendente. Anche in numero ulteriore rispetto alle specifiche autorizzazioni extra turn over rilasciate”.

La Regione Veneto ha inoltre richiesto un ampliamento di posti del corso di laurea in scienze infermieristiche (nota prot. n. 0118558 del 15/3/2021) ovvero ha indicato il proprio fabbisogno annuale in 3.000 posti (negli anni precedenti fabbisogno espresso era pari a circa 2.000 unità).⁷⁹

⁷⁸ <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=12133608>. Comunicato Assessore alla Sanità e Sociale. N°1289 del 3/07/2021

⁷⁹ <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=12133608>

CAPITOLO 4

4.1 IL FABBISOGNO INFERMIERISTICO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Il progetto regionale di cui alla DGR 1590 del 7/11/2020 aveva lo scopo di fornire un supporto “*in termini di assistenza infermieristica da parte delle aziende ULSS ai centri servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati*” per tutto il periodo emergenziale connesso alla pandemia e prevedeva che venissero assegnati temporaneamente ai Centri Servizi infermieri dipendenti dalle singole aziende ULSS, aziende che avevano manifestato interesse ad aderire alla progettualità. Poiché il progetto è stato rinnovato nel marzo 2021 (DGR 306 DEL 16/3/21), dopo un primo periodo di 6 mesi, nella primavera del 2021 il settore Regionale Area Sanità e Sociale ha intrapreso una ricognizione del fabbisogno di personale infermieristico richiesto dai Centri Servizi alle singole ULSS di riferimento.

4.2 MODALITÀ DI RILEVAZIONE E RACCOLTA DATI

Il presente lavoro è consistito nella raccolta periodica dei dati relativi alle richieste dei Centri Servizi, richieste inserite dalle AULSS di competenza e costantemente aggiornate nei fogli in Google Drive dalle medesime. I dati sono stati controllati e confrontati con le rilevazioni effettuate nel periodo precedente. Inoltre, sono stati verificati quei dati che ad una prima valutazione parevano poco attendibili contattando direttamente i responsabili del loro caricamento, al fine di escludere possibili errori di inserimento.

I dati erano organizzati per ogni singola ULSS in base a specifiche voci definite a livello regionale, come di seguito indicato:

comune, struttura, codice struttura, numero di infermieri espresso in FTE⁸⁰ (Full Time Equivalent) rilevazione n.2, infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21), infermieri assegnati (nota protocollo numero 248011 del 31/05/2021)⁸¹, infermieri effettivamente assegnati e il tempo reale di assegnazione.

Al fine di stabilire il numero di infermieri necessari per sopperire alla scopertura della carenza di personale si è utilizzato la modalità di calcolo in FTE; per evidenziare la scarsità di personale infermieristico all'interno delle ULSS sono stati anche conteggiati gli infermieri in uscita dalle

⁸⁰ FTE o tempo pieno equivalente è una modalità di calcolo del tempo di lavoro del personale sanitario identificato in base alle ore effettivamente lavorabili dal personale a tempo pieno al netto delle assenze (festività, ferie, etc...)

⁸¹ DGRV N.258 del 9/03/2021 (“*disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR*”) programmazione risorse umane secondo trimestre 2021. Esiti seduta CRITE 18 maggio 2021

medesime. I dati relativi al fabbisogno infermieristico sono stati successivamente presentati al CRITE⁸² per la relativa autorizzazione all'acquisizione di personale extra turn-over.

La sintesi dei dati forniti dalle singole ULSS nel periodo maggio – ottobre è riportata nel presente elaborato.

Da una prima visione d'insieme si evince che in tutte le 9 ULSS è stata rilevata la mancanza di infermieri dei Centri Servizi più marcata in alcune aziende rispetto ad altre e particolarmente accentuata nell'ULSS 6 (tab 7)

ULSS	NUMERO TOTALE CENTRI SERVIZI	NUMERO CENTRI SERVIZI IN CARENZA DI PERSONALE	PERCENTUALE CENTRI SERVIZI IN CARENZA DI PERSONALE
ULSS 1	31	20	64,51%
ULSS 2	57	34	59,64%
ULSS 3	38	15	39,47%
ULSS 4	13	8	61,53%
ULSS 5	22	12	54,54%
ULSS 6	42	32	76,19%
ULSS 7	33	16	48,48%
ULSS 8	40	26	65%
ULSS 9	71	37	52,11%

Tab 7: carenze di infermieri nei centri servizi per anziani. Rilevazione periodo maggio – ottobre 2021.

Nelle tabelle riportate in appendice sono dettagliate tutte le voci esaminate, in particolare le carenze infermieristiche conteggiate in FTE, nonché il periodo di assegnazione temporanea, il numero di infermieri sottratti dall'ULSS di competenza (ovvero gli infermieri in uscita) ed il numero di infermieri assegnati ai Centri Servizi da Regione e quelli che sono stati effettivamente assegnati.

⁸² CRITE (Commissione regionale per gli investimenti in tecnologia ed edilizia) ha assunto nel tempo l'attività di verifica sulla congruità dei piani di assunzione del personale per garantire le carenze con la coerenza con fonti normative, con la programmazione sanitaria regionale e con i vincoli di sostenibilità economica.

In sintesi si è evidenziato che:

- Nella ULSS 1 Dolomiti il fabbisogno espresso i numeri totali di infermieri è pari a 52,36, di questi ne sono stati assegnati da Regione 22 e effettivamente assegnati alle strutture 15 per una periodicità massima di 5 mesi. (tab 8)
- Per quanto riguarda la ULSS 2 Marca Trevigiana il fabbisogno infermieristico è stato quantificato in 88,66 mentre quelli assegnati da Regione erano pari a 9 ed effettivamente assegnati 10 con una periodicità massima di 6 mesi. (Tab 9)
- Nella ULSS 3 Serenissima il fabbisogno è stato calcolato in 63 infermieri e quelli assegnati da Regione sono risultati 14 ed effettivamente assegnati 23 con un periodo di assegnazione massima di 6 mesi. (tab 10)
- La ULSS 4 Veneto Orientale aveva presentato un fabbisogno di 23 infermieri dei quali assegnati 7 ed effettivamente assegnati 4 con periodicità massima di 6 mesi. (tab 11)
- Nell'ULSS 5 Polesana il fabbisogno espresso in FTE era di 47,67 infermieri e di questi sono stati assegnati dalla Regione 6 ed effettivamente assegnati 8 con un periodo massimo di 5 mesi. (tab 12)
- La ULSS 6 Euganea ha presentato un fabbisogno molto elevato pari a 307 infermieri e l'assegnazione Regionale è stata di 14 e sono stati effettivamente assegnati 9 infermieri. (tab 13)
- La ULSS 7 Pedemontana ha presentato un fabbisogno di 59 infermieri e di questi ne sono stati assegnati dalla Regione 13 ed effettivamente assegnati 12 per un periodo massimo di 6 mesi
- La ULSS 8 Breda di Piave ha fatto richiesta di 71,5 infermieri dei quali sono stati assegnati dalla regione 9 e quelli effettivamente assegnati sono stati 27 con una periodicità massima di 6 mesi.
- La ULSS 9 Scaligera ha riportato una richiesta di 93,2 infermieri dei quali ne sono stati assegnati 23 dalla Regione mentre sono stati effettivamente inseriti 78 per una periodicità massima di 9 mesi

CONCLUSIONI

L'epidemia COVID – 19 con il correlato stato emergenziale iniziato il 31/1/2020 e successivamente prorogato al 31/03/2022- ha reso necessaria una riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari al fine di far fronte alle necessità assistenziali conseguenti agli effetti di tale sconosciuta e dilagante patologia.

La ricaduta sulle strutture residenziali per anziani non autosufficienti è stata notevole ed ha determinato delle carenze di personale sanitario e soprattutto infermieristico, personale già sottodimensionato rispetto al reale fabbisogno sia al livello Nazionale che Regionale.

Con la progettualità realizzata dalla Regione del Veneto, sopra descritta, i Centri Servizi sono stati in grado segnalare alle ULSS di competenza la carenza del loro personale infermieristico, carenza che avrebbe potuto compromettere l'assistenza degli ospiti non autosufficienti.

Obiettivo di questo progetto era infatti quello di garantire che tali strutture non fossero penalizzate dalle assunzioni di infermieri da parte del Servizio Sanitario Regionale.

La quantificazione del fabbisogno di infermieri (dettagliata nel capitolo precedente) ha permesso di individuare il numero di personale destinato a supportare le esigenze dei Centri Servizi per anziani non autosufficienti afferenti alle singole aziende ULSS all'interno delle quali alcuni Centri Servizi presentavano maggiori criticità rispetto ad altri.

Le modalità di assegnazione del personale, di cui alla DGR 306/2021⁸³, prevedevano la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra ULSS e Centri Servizi riguardante l'attribuzione temporanea di infermieri che dovevano svolgere la loro attività al di fuori del loro consueto orario di servizio.

I costi di questo personale sono stati posti a carico dei Centri Servizi con importo giornaliero lordo omnicomprendente di 130 euro/giornata lavorata, importo stabilito con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale *“supporto di assistenza infermieristica ai centri servizi per anziani non autosufficienti della Regione del Veneto (DGR n.1590 del 17/11/2021 e n.306 del 16/03/2021). Definizione dell'importo giornaliero lordo per il rimborso del costo del personale infermieristico in assegnazione temporanea”* (decreto 068 del 23/6/2021).⁸⁴

Alle AULSS veniva comunque assicurata la possibilità di garantire il supporto assistenziale con assegnazioni di propri dipendenti anche in numero superiore alle autorizzazioni regionali (di cui alla nota regionale Prot. numero 248011 del 31/05/21)⁸⁵

⁸³ DGR 306 Loc Cit

⁸⁴ decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale *“supporto di assistenza infermieristica ai centri servizi per anziani non autosufficienti della Regione del Veneto (DGR n.1590 del 17/11/2021 e n.306 del 16/03/2021). Definizione dell'importo giornaliero lordo per il rimborso del costo del personale infermieristico in assegnazione temporanea”*. (decreto 068 del 23/6/2021

⁸⁵ Loc. Cit.

Il totale di personale carente dei Centri Servizi regionali, calcolato in FTE, è risultato pari ha 805,39 infermieri, di questi ne sono stati effettivamente assegnati 186 con periodicità diverse, di seguito vengono riportati i dati delle singole ULSS.

- ULSS 1 il fabbisogno è stato quantificato in 52,36 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 15
- ULSS 2 il fabbisogno è stato quantificato in 88,66 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 10
- ULSS 3 il fabbisogno è stato quantificato in 63 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 23
- ULSS 4 il fabbisogno è stato quantificato in 23 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 4
- ULSS 5 il fabbisogno è stato quantificato in 47,67 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 8
- ULSS 6 il fabbisogno è stato quantificato in 307 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 9.
- ULSS 7 il fabbisogno è stato quantificato in infermieri 59 ed il personale effettivamente assegnato è stato di 12
- ULSS 8 il fabbisogno è stato quantificato in 71,5 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 27
- ULSS 9 il fabbisogno è stato quantificato in 93,2 infermieri ed il personale effettivamente assegnato è stato di 78

Per l'assegnazione del personale la Regione del Veneto sulla base delle autorizzazioni CRITE ha effettuato una ulteriore valutazione che ha tenuto conto non solo dei fabbisogni espressi dai Centri Servizi ma anche della capacità delle ULSS di soddisfare le richieste e della difficoltà di reperire i professionisti.

Appare evidente come gli interventi previsti dal progetto regionale e gli altri interventi messi in campo dalle Aziende ULSS abbiano contribuito solo in parte a risolvere le carenze di infermieri operanti nei Centri Servizi, a ragione anche delle difficoltà di reclutamento del personale correlate alla cronica mancanza di infermieri.

Nel luglio 2021 la Giunta Regionale con propria deliberazione (DGRV n.930 del 5/7/21)⁸⁶ ha integrato il progetto, di cui alla DGR n. 1590 del 17/11/2020 e n. 306 del 16/03/2021, coinvolgendo nel medesimo l'Azienda Ospedale-Università di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona al fine di garantire supporto alle relative AULSS territoriali attraverso l'attivazione di comando di personale infermieristico. Anche in questo caso era previsto che il numero di infermieri da assegnare in comando fosse stabilito dall'Area Sanità e Sociale della Regione.

Nel novembre 2021 il progetto è stato prorogato per tutto il 2022 (DGRV n. 1674 del 29/11/21)⁸⁷ considerata l'emergenza epidemiologica ancora in atto e la difficoltà dei Centri di Servizi ad assicurare l'assistenza infermieristica agli ospiti, stante la persistente carenza di personale infermieristico sul mercato del lavoro, carenza sicuramente destinata a protrarsi nel tempo, almeno nel medio-breve periodo.

Con tale DGRV venivano confermati, gli interventi previsti dalla DGR 306/2021 per l'assegnazione temporanea di infermieri ai Centri Servizi e definiti dallo schema di protocollo di intesa allegato alla stessa deliberazione, finalizzati ad assicurare le necessità assistenziali dei Centri di Servizi ed a garantire il soddisfacimento delle esigenze organizzative delle AULSS.

Con DGRV 1023 del 28 luglio 2021 la Regione ha definito delle regole comuni per l'utilizzo di *"sistemi automatizzati di dispensazione personalizzata di terapie in dose unitaria"* per gli ospiti dei Centri Servizi per anziani, anche in virtù del fatto che tali sistemi venivano già utilizzati in alcune strutture residenziali per anziani non autosufficienti del gruppo UNEBA.⁸⁸

La gestione dei farmaci è apparsa particolarmente problematica durante l'epidemia COVID, anche se è una criticità da tempo nota nelle RSA, vista la complessità dei quadri patologici degli ospiti, quadri patologici che spesso richiedono la somministrazione anche di dieci farmaci al giorno/paziente e necessitano di un maggior carico assistenziale.

I sistemi automatizzati e robotizzati per la gestione delle varie fasi del farmaco si sono dimostrati molto utili, in quanto il personale infermieristico ha potuto gestire meglio la somministrazione delle

⁸⁶ DGRV n.930 del 5/7/21 *"supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati della Regione del Veneto (DGR n.1590 del 7/11/2020 e n.306 del 16/3/21). Coinvolgimento nel progetto sella Azienda Ospedale – Università di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona"*.

⁸⁷ DGRV n.1674 del 29/11/21 *"supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati con le aziende ULSS. Proroga del progetto di cui alla DGR n.1590 del 17 novembre 2020 e della DGR 306 del 16 marzo 2021"*

⁸⁸ DGRV 1023 del 28/07/2021 *"Indicazioni tecnico-operative per l'introduzione all'interno dei Centri Servizi (CS) di un sistema automatizzato di dispensazione personalizzata di terapie in dose unitaria"*

terapie e recuperare tempo da dedicare all'assistenza degli ospiti; infatti nelle RSA che utilizzano questi sistemi si è evidenziata una importante riduzione del tempo di lavoro infermieristico calcolato pari a 1200 ore all'anno per una struttura di 100.⁸⁹

Già nel 2009 l'UNEBA (Unione Nazionale Istituzioni e iniziative di assistenza sociale) segnalava la mancanza di infermieri ed il fatto che i posti dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche non fossero in grado di far fronte alle necessità del mercato del lavoro in quanto mediamente inferiori del 24% del fabbisogno stimato dalle associazioni di categoria. Negli ultimi vent'anni i laureati sono risultati minori di quelli necessari a coprire il turnover (39 % in meno).⁹⁰

Secondo l'OCSE in Italia il rapporto infermieri/1000 abitanti è di 5,5, ed è tra i più bassi d'Europa. La Federazione Nazionale Ordine Professione Infermieristiche (FNOPI) ha ripetutamente segnalato la problematica ed evidenziato la necessità di intervenire rapidamente con nuove modalità organizzative nelle RSA ridefinendo i requisiti di accreditamento delle strutture in base all'evoluzione dei bisogni dei residenti che sono cambiati nel corso degli anni.

L'attuale situazione di gravissima carenza di personale ha indotto molte associazioni infermieristiche regionali e nazionali a segnalare la persistenza di turni insostenibili che il personale delle RSA deve affrontare e l'OPI (Ordine Professionale Infermieristico) ha evidenziato le gravose condizioni di lavoro di chi oggi sta conducendo una gestione molto critica dovuta alla grave carenza di figure professionali.⁹¹

Nonostante la Regione del Veneto sia intervenuta sul piano normativo al fine di fornire supporto infermieristico ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, in pratica non è stato possibile garantire la copertura del personale necessario, in quanto le acquisizioni di personale extra-turnover da parte delle ULSS hanno dovuto tener conto della programmazione regionale delle risorse umane per il 2021 e dei correlati costi del personale, nonché della poca disponibilità di infermieri sul mercato del lavoro.

Va inoltre considerato che il blocco delle assunzioni del personale sanitario del SSR ha determinato notevoli carenze di infermieri anche nelle strutture di ricovero e cura per acuti.

⁸⁹ Supportare il personale infermieristico delle RSA nelle complessità emergenti: <https://infermieriattivi.it/salute/in-ospedale/5305-supportare-il-personale-infermieristico-delle-rsa-nelle-complessita-emergenti.html>

⁹⁰ Mancano gli infermieri nelle RSA, a rischio l'assistenza ai più fragili: <https://www.panoramasanita.it/2021/11/11/mancano-infermieri-nelle-rsa-a-rischio-lassistenza-ai-piu-fragili/>

⁹¹ Loc. Cit. 88

Per garantire il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale nel periodo pandemico sono stati favoriti reclutamenti di personale infermieristico dei Centri Servizi.

Il passaggio degli infermieri dalle strutture residenziali per anziani al Servizio Sanitario Regionale è stato determinato sia dalla tipologia di lavoro che è maggiormente gratificante nelle ULSS, sia dalle condizioni salariali.

È noto, infatti, come il trattamento economico del personale sanitario dei Centri Servizi sia meno soddisfacente rispetto a quello delle ASL e che il personale infermieristico sia, allo stato attuale, sottodimensionato rispetto alle reali esigenze degli ospiti sempre più anziani e affetti da poli-patologie con correlato aumento del carico assistenziale.

Il trattamento economico è ancor a più penalizzante all'interno delle IPAB dove risulta che il personale infermieristico percepisca uno stipendio inferiore rispetto alle strutture sanitarie.⁹²

Si ricorda a questo proposito che non è stato ancora applicato nella Regione del Veneto il Dlgs 207/2001 che prevedeva la trasformazione delle IPAB, IPAB che rispetto alle strutture di diritto privato risultano svantaggiate dal punto di vista economico e presentano maggiori costi che incidono sui loro bilanci e conseguentemente sulle rette a carico degli ospiti.

Dalle associazioni di categoria, dalle organizzazioni sindacali e dagli enti gestori è stata ripetutamente ribadita la necessità di intervenire urgentemente in ambito nazionale al fine di aumentare il numero di posti di laurea in Scienze Infermieristiche, di prevedere una revisione delle realtà operative delle RSA e di introdurre nuovi finanziamenti per tali strutture al fine di adeguarle alle tipologie degli ospiti.

Importante appare anche procedere ad una revisione dei contratti di lavoro che all'oggi presentano aspetti normativi ed economici non adeguati alla complessità del lavoro svolto. Viene auspicata l'applicazione del contratto dell'area sanitaria in quanto un unico contratto sarebbe indubbiamente utile per non creare disparità tra gli infermieri delle RSA e delle ULSS e favorire lo sviluppo professionale.⁹³

Al fine di rendere attrattiva l'attività all'interno delle RSA appare evidente la necessità di migliorare le condizioni di lavoro, di valorizzare lo sviluppo professionale attraverso percorsi di carriera e di realizzare interventi formativi rivolti alla cronicità ed all'inserimento di nuove tecnologie.

⁹² Carezza di infermieri nelle RSA (URIPA). Gazzettino di Padova del 19/08/22: https://unebaveneto.org/articolo_rassegna/carenza-di-infermieri-nelle-rsa-padovane-volpe-uripa-consolidare-i-professionisti-provenienti-dallestero-e-puntare-su-scuole-superiori-di-stampo-socio-sanitario/

⁹³ Evoluzione dei servizi per la non autosufficienza, tra residenzialità e domiciliarietà: <https://www.anaste.com/evoluzione-dei-servizi-per-la-non-autosufficienza-tra-residenzialita-e-domiciliarita/>

APPENDICE

ULSS 1 DOLOMITI (Tab 9 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248011 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
<i>Agordo</i>	<i>S011159</i>					16/08/2021	31/12/2021
<i>Agordo</i>	<i>S011159</i>					16/08/2021	31/12/2021
<i>Agordo</i>	<i>S011159</i>						
Alano Di Piave	S008425	4					
Alpago	S006871	1					
Alpago	S007666	2		1	1		
<i>Alpago</i>	<i>S007666</i>					1/8/2021	30/11/2021
Auronzo Di Cadore	S008329	2					
Belluno	S011206	6	2	6	5		
<i>Belluno</i>	<i>S011206</i>					1/8/2021	31/12/2021
<i>Belluno</i>	<i>S011206</i>					1/8/2021	31/12/2021
<i>Belluno</i>	<i>S011206</i>					1/9/2021	31/12/2021
<i>Belluno</i>	<i>S011206</i>					16/10/2021	31/12/2021
<i>Belluno</i>	<i>S011206</i>						
Borgo Valbelluna	S007774	1					
Borgo Valbelluna	S007774_1	1		2			
<i>Borgo Valbelluna</i>	<i>S007774_1</i>						
<i>Borgo Valbelluna</i>	<i>S007774_1</i>						
Cortina D'ampezzo	S011002	2		2			
<i>Cortina D'ampezzo</i>	<i>S011002</i>						
<i>Cortina D'ampezzo</i>	<i>S011002</i>						

ULSS 1 DOLOMITI (Tab 9 B)

Feltre	S000939	2	4	2	2	2			
<i>Feltre</i>	<i>S000939</i>							1/8/2021	31/12/2021
<i>Feltre</i>	<i>S000939</i>							1/8/2021	31/12/2021
Fonzaso	S007572	3							
Lamon	S009981	1		1					
<i>Lamon</i>	<i>S009981</i>								
Longarone	S011003	4,08							
Pedavena	S011220	4		1					
<i>Pedavena</i>	<i>S011220</i>							1/9/2021	31/12/2021
<i>Pieve Di Cadore</i>	<i>S007103</i>	3		1					
<i>Pieve Di Cadore</i>	<i>S007103</i>							1/8/2021	31/12/2021
Ponte Nelle Alpi	S001919	1		1					
<i>Ponte Nelle Alpi</i>	<i>S001919</i>							1/8/2021	31/12/2021
Quero	S007949	2							
Santa Giustina	S008118	2	3	1					
<i>Santa Giustina</i>	<i>S008118</i>							1/8/2021	31/12/2021
Sedico	S008102	2	1	1					
<i>Sedico</i>	<i>S008102</i>							16/8/2021	31/12/2021
Seren del Grappa	S009577	3							
Val Di Zoldo	S001121	2,28							
		52,36	10	22	15				

ULSS 2 MARCA TREVIGIANA (Tab 10 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248029 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Casale Sul Sile	S010727	1	1				
Casier	S008427	3	1				
Castelfranco Veneto	S008915	3	2				
Cavaso Del Tomba	S007635	3,17	1				
Conegliano	S011251	3		2	2		
Conegliano	S011251					20/12/2021	19/06/2022
Conegliano	S011251					03/09/2021	30/04/2022
Cordignano	S001205	2	2				
Crocetta Del Montello	S011026	2					
Maserada Sul Piave	S008335	3,17					
Meduna Di Livenza	S006805	3					
Monastier Di Treviso	S009306	4	1	3	3		
Monastier Di Treviso	S009306					16/10/2021	15/04/2022
Monastier Di Treviso	S009306					15/10/2021	08/05/2022
Monastier Di Treviso	S009306					20/09/2021	03/04/2022
Montebelluna	S009798	2	1				
Motta Di Livenza	S002046	3	1				
Oderzo	S011131	3					
Oderzo	S007579	2					
Ormele	S009222	3					
Pederobba	S011985	2,5		1	1		
Pederobba	S011985					20/09/2021	19/03/2022

ULSS 2 MARCA TREVIGIANA (Tab 10 B)

Pieve Del Grappa	S007485	1				1	1	1	16/09/2021	30/06/2022
<i>Pieve Del Grappa</i>	<i>S007485</i>									
Pieve Di Soligo	S007684	1								
Ponte Di Piave	S008249	3								
Roncade	S008331	2								
San Pietro Di Feletto	S007578	0,7								
Santa Lucia Di Piave	S002006	3								
Silea	S006485	1								
Spresiano	S006530	2,12				1	1	1	13/09/2021	30/06/2022
<i>Spresiano</i>	<i>S006530</i>									
Tarzo	S006863	3								
Tarzo	S008200	2								
Treviso	S009997	2								
Treviso	S006513	2								
Treviso	S011140	6				1	1	1	16/03/2022	15/09/2022
<i>Treviso</i>	<i>S011140</i>									
Vazzola	S008113	1								
Vedelago	S011142	2								
Vidorba	S006667	2	2					1	17/01/2022	16/07/2022
<i>Vidorba</i>	<i>S006667</i>									
Vittorio Veneto	S011168	3								
Zero Branco	S006422	9								
		88,66	12	9	10					

ULSS 3 SERENISSIMA (Tab 11 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248044 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Fiesso D'artico	S011847	1					
Mirano	S007746	8		3	3	19/07/2021	18/01/2022
Mirano	S007746					23/08/2021	22/02/2022
Mirano	S007746					12/07/2021	11/01/2022
Quarto D'altino	S011110	1					
Quarto D'altino	S011043	5	2	4	6		
Quarto D'altino	S011043					19/07/2021	18/01/2022
Quarto D'altino	S011043					01/09/2021	28/02/2022
Quarto D'altino	S011043					09/08/2021	08/02/2022
Quarto D'altino	S011043					02/08/2021	01/02/2022
Quarto D'altino	S011043					02/08/2021	01/02/2022
Quarto D'altino	S011043					01/07/2021	31/12/2021
Salzano	S001970		2		2		
Salzano	S001970					01/08/2021	31/01/2022
Salzano	S001970					01/08/2021	31/01/2022
Scorze'	S000953	10		2	2		
Scorze'	S000953					16/08/2021	15/02/2022
Scorze'	S000953					23/08/2021	22/02/2022
Spinea	S010662	5	1		1		
Spinea	S010662					30/07/2021	15/08/2021

ULSS 3 SERENISSIMA (Tab 11B)

Venezia	S010010	6	1	2	3				
Venezia	S010010						01/07/2021	31/12/2021	
Venezia	S010010						01/09/2021	28/02/2022	
Venezia	S010010						16/07/2021	15/01/2022	
Venezia	S012014	3	2	1	2				
Venezia	S012014						05/07/2021	04/01/2022	
Venezia	S012014						05/08/2021	04/02/2022	
Venezia	S007172	3							
Venezia	S000976	3							
Venezia	S007416	2	2	2	3				
Venezia	S007416						16/07/2021	15/01/2022	
Venezia	S007416						28/07/2021	27/07/2022	
Venezia	S007416						16/07/2021	15/01/2022	
Venezia	S011181	1							
Venezia	S006720	3	1		1				
Venezia	S006720						01/09/2021	28/02/2022	
Venezia	S011046	8							
Venezia	S000323	4							
		63	11	14	23				

ULSS 4 VENETO OREINTEALE (TAB 12)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248060 del 31/05/2021)	Infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Caorle	S008956	1		1			
Eraclea	S008867	3	1				
Gruaro	S011819	5					
Jesolo	S012349	3					
Meolo	S011039	3		1	1		
Meolo	S011039					02/08/2021	31/12/2021
Portogruaro	S007564	3		3	2		
Portogruaro	S007564					26/07/2021	31/12/2021
Portogruaro	S007564					01/08/2021	31/12/2021
San Dona' Di Piave	S012746	4		1	1		
San Dona' Di Piave	S012746					02/07/2021	31/12/2021
San Stino Di Livenza	S007376	1		1			
		23	1	7	4		

ULSS 5 POLESANA (Tab 13)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prof. n. 248/091 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Adria	S007858	0,98	1				
Badia Polesine	S007487	8,2					
Castelmassa	S009734	2,05					
Corbola	S011170				2	12/07/21	01/09/2021 - 31/12/2021
Ficarolo	S011064	4,4			1	25/08/2021	31/12/2021
Ficarolo	S001425	9,6	1	1	1		
Ficarolo	S001425					25/08/2021	31/12/2021
Fiesse Umbertiano	S009124	2,08					
Lendinara	S000951	6,11		3	1		
Lendinara	S000951					02/10/2021	31/12/2021
Papozze	S008269	6,53			2	10/09/21	31/12/2021
Porto Viro	S010359		1		1	16/08/2021	31/12/2021
Rosolina	S011998	0,39					
Rovigo	S011848	0,67		1			
Stienta	S002498	2					
Villadose	S011252	4,66		1			
		47,67	3	6	8		

ULSS 6 EUGANEA (Tab 14 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248605 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Borgoricco	S010014	3					
Bovolenta	S012013	2					
Camposampiero	S006806	26					
Carnignano Di Brenta	S010015	1					
Casale Di Scodosia	S006614	2					
Cittadella	S011227	9		9	4		
Cittadella	S011227					16/09/2021	
Cittadella	S011227					21/06/2021	
Cittadella	S011227					01/09/2021	
Cittadella	S011227					01/08/2021	
Conselve	S010364	1					
Este	S010847	23		2	2		
Este	S010847					16/08/2021	
Este	S010847					09/08/2021	
Galliera Veneta	S009994	1					
Galzignano Terme	S012288	3					
Lozzo Atestino	S011196	7					
Monselice	S011063	4					
Montagnana	S012303	5					
Noventa Padovana	S008141	1					

ULSS 6 EUGANEA (tab 14 B)

Padova	S009906	4								
Padova	S008182	2								
Padova	S001239	4								
Padova	S012302	28	2	2						
Padova	S012302								02/08/2021	
Padova	S012302								09/08/2021	
Padova	S012677	21								
Padova	S011179	7	1	1						
Padova	S011179								16/08/2021	
Padova	S011058	23								
Padova	S001140	4								
Piazzola Sul Brenta	S011240	29								
Piove Di Sacco	S011134	7								
Piove Di Sacco	S006938	13								
Pontelongo	S001110	4								
Saccolongo	S002062	2								
Rubano	S008428	31								
Sant'urbano	S001876	2								
Selvazzano Dentro	S011137	12								
Solesino	S011980	2								
Trebasleghe	S007048	6								
Villafranca Padovana	S008240	18								
		307	0	14	9					

ULSS 7 PEDEMONTANA (Tab 15 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 15/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248129 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Asiago	S011125	2					
Bassano Del Grappa	S001845	3		1	1		
Bassano Del Grappa	S001845					30/08/2021	15/1/2022
Bassano Del Grappa	S007000	8					
Bassano Del Grappa	S007588	3					
Breganze	S007208	2	2	2	2		
Breganze	S007208					18/2/2021	30/9/2021
Breganze	S007208					18/2/2021	1/2/2021
Malo	S000956	1		1	1		
Malo	S000956					23/8/2021	31/12/2021
Marostica	S006859	1					
Montebelluna	S011986	2					
Pedemonte	S011017	2					
Rovigo	S001894	2					
Rovigo	S001894						
Rovigo	S002581	6					

ULSS 7 PEDEMONTANA (Tab 15 B)

Rossà	S01120	6		1	1	1	11/8/2021	31/12/2021
Rossà	S01120							
Schio	S011016			1	1			
Schio	S011016						19/2/2021	31/12/2021
Schio	S007242	5	3	4	3			
Schio	S007242						18/2/2021	31/12/2021
Schio	S007242						18/2/2021	31/12/2021
Schio	S007242						18/2/2021	28/2/2022
Thiene	S011013	10		2	3			
Thiene	S011013						01/07/21	30/09/21
Thiene	S011013						01/09/21	31/12/21
Thiene	S011013						01/09/21	31/12/21
Valbrenta	S006711	5		1				
Valle Del Pasubio	S011012	1						
		59	5	13	12			

ULSS 8 BERICA (Tab 16 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248147 del 31/05/2021)	infermieri effettivamente assegnati	Assegnazione dal	Assegnazione al
Arzignano	S002402	3			3		
Arzignano	S002402					17/06/2021	31/12/2021
Arzignano	S002402					01/07/2021	31/12/2021
Arzignano	S002402					02/08/2021	31/12/2021
Barbarano Mossano	S008337	4		1	1		
Barbarano Mossano	S008337					15/07/2021	31/12/2021
Barbarano Mossano	S011160	1					
Barbarano Mossano	S010097	1			1		
Barbarano Mossano	S010097					13/07/2021	15/09/2021
Brendola	S001291	2		1	1		
Brendola	S001291					02/08/2021	30/09/2021
Caldogno	S001189	4			3		
Caldogno	S001189					01/07/2021	30/09/2021
Caldogno	S001189					01/07/2021	30/09/2021
Caldogno	S001189					01/07/2021	30/09/2021
Chiampo	S007917	5			3		
Chiampo	S007917					01/06/2021	30/09/2021
Chiampo	S007917					01/06/2021	30/09/2021
Chiampo	S007917					05/07/2021	31/12/2021
Cornedo Vicentino	S008783	2		2	2		
Cornedo Vicentino	S008783					12/07/2021	31/12/2021
Cornedo Vicentino	S008783					12/07/2021	31/12/2021
Dueville	S011020	1					
Isola Vicentina	S011991	1					
Isola Vicentina	S009559	2			2		
Isola Vicentina	S009559					05/07/2021	30/09/2021
Isola Vicentina	S009559					05/07/2021	30/09/2021

ULSS 8 BERICA (Tab 16 B)

Lonigo	S007735	2		2	2				
Lonigo	S007735							05/07/2021	30/09/2021
Lonigo	S007735							02/08/2021	30/09/2021
Montebello Vicentino	S001206	4							
Montebellio Maggiore	S008094	2							
Noventa Vicentina	S010243	2		1	1				
Noventa Vicentina	S010243							08/07/2021	31/12/2021
Orgiano	S007907	2							
Recoaro Terme	S007446	4							
Sandriago	S007258	2,67							
Sarego	S006870	2							
Sossano	S011022	1							
Valdagno	S007736	6,83							
Valdagno	S007027	4		1	3				
Valdagno	S007027							16/07/2021	31/10/2021
Valdagno	S007027							26/07/2021	31/10/2021
Valdagno	S007027							02/08/2021	31/10/2021
Vicenza	S011200	1			4				
Vicenza	S011200							08/07/2021	31/12/2021
Vicenza	S011200							08/07/2021	31/12/2021
Vicenza	S011200							19/07/2021	31/12/2021
Vicenza	S011200							17/07/2021	31/12/2021
Vicenza	S011167	5							
Vicenza	S002544	5							
Vicenza	S001311	2		1	1				
Vicenza	S001311							12/07/2021	31/10/2021
		71,5	0	9	27				

ULSS 9 SCALIGERA (Tab 17 A)

comune	codice struttura	numero infermieri espresso in FTE rilevazione n. 2	Infermieri sottratti da ULSS di competenza (dal 18/05/21 al 15/08/21)	Infermieri assegnati (nota prot. n. 248185 del 31/05/2021)	Infermieri effettivamente assegnati	assegnazione dal	assegnazione al
Arcole	S010020	0,7		1	1		
	S010020					01/08/2021	31/12/2021
Bardolino	S007573	4		2	3		
	S007573					01/08/2021	15/10/2021
	S007573					01/09/2021	30/6/2022
Brenzone	S001222	2			1	13/09/2021	31/12/2022
	S001448						
Castel D'azzano	S001582	2				01/08/2021	31/12/2022
	S011849	1			2		
Castelnuovo Del Garda	S011849					05/06/2021	9/7/2021
	S011849					19/07/2021	30/9/2021
Castelnuovo Del Garda	S007156	2					
	S010021	2		2	1	01/07/2021	30/09/2021
Cazzano Di Tramigna	S010021						
	S010021						
Cerea	S007954	4		1	3		
	S007954					21/06/2021	31/12/2022
	S007954					01/08/2021	31/12/2022
Cologna Veneta	S007954					01/08/2021	30/6/2022
	S010209	3		3			
Cologna Veneta	S010209					15/07/2021	31/12/2022
	S010209					22/07/2021	30/6/2022
	S010209					01/08/2021	31/12/2022
Colognola Ai Colli	S011643	1					
	S001647	1					
Illasi	S010004				1		
	S010004					01/06/2021	31/07/2021
Isola Della Scala	S006925	2			1		
	S006925					01/09/2021	31/12/2021

ULSS 9 SCALIGERA (Tab 17 B)

Isola Rizza	S007506	2				1	1	01/08/2021	31/12/2022
<i>Isola Rizza</i>	<i>S007506</i>								
Lazise	S001221	1							
Legnago	S008282						1	01/08/2021	31/12/2021
<i>Legnago</i>	<i>S008282</i>								
Malcesine	S006532						1	15/07/2021	14/09/2021
<i>Malcesine</i>	<i>S006532</i>								
Mezzane Di Sotto	S007483	4			3		2	01/07/2021	30/6/2022
<i>Mezzane Di Sotto</i>	<i>S007483</i>							01/07/2021	30/6/2022
Mezzane Di Sotto	S007483							01/09/2021	28/2/2022
<i>Mezzane Di Sotto</i>	<i>S007483</i>								
Minerbe	S011130						3		
<i>Minerbe</i>	<i>S011130</i>								
Minerbe	S011130							01/07/2021	31/12/2021
<i>Minerbe</i>	<i>S011130</i>							16/07/2021	30/6/2022
Minerbe	S011130							01/08/2021	31/12/2021
<i>Minerbe</i>	<i>S011130</i>								
Monteforte D'alpone	S007660	1			1		3		
<i>Monteforte D'alpone</i>	<i>S007660</i>								
Monteforte D'alpone	S007660							17/05/2021	31/7/2021
<i>Monteforte D'alpone</i>	<i>S007660</i>							16/06/2021	31/7/2021
Monteforte D'alpone	S007660							01/09/2021	31/3/2022
<i>Monteforte D'alpone</i>	<i>S007660</i>								
Nogara	S011078	2							
Oppeano	S011132						1		
<i>Oppeano</i>	<i>S011132</i>							01/08/2021	30/09/2021
Pastrengo	S010169	2							
Pescantina	S001426	2			1		1		
<i>Pescantina</i>	<i>S001426</i>							01/08/2021	30/09/2022
Ronco All'adige	S011171	1,5							
Ronco All'adige	S011162	1					2		
<i>Ronco All'adige</i>	<i>S011162</i>							01/05/2021	31/7/2021
<i>Ronco All'adige</i>	<i>S011162</i>							01/08/2021	31/12/2021

ULSS 9 SCALIGERA (Tab 17 C)

San Bonifacio	S010647	3		3	3				
<i>San Bonifacio</i>	<i>S010647</i>								
<i>San Bonifacio</i>	<i>S010647</i>							01/08/2021	30/6/2022
<i>San Bonifacio</i>	<i>S010647</i>							01/09/2021	30/6/2022
<i>San Bonifacio</i>	<i>S010647</i>							01/08/2021	28/02/2022
San Giovanni Lupatoto	S011136								
<i>San Giovanni Lupatoto</i>	<i>S011136</i>							16/08/2021	28/02/2022
San Giovanni Lupatoto	S006867	2		2	2				
<i>San Giovanni Lupatoto</i>	<i>S006867</i>							16/07/2021	31/12/2021
<i>San Giovanni Lupatoto</i>	<i>S006867</i>							01/08/2021	31/12/2021
Sanguinetto	S002639								
<i>Sanguinetto</i>	<i>S002639</i>							16/06/2021	28/2/2022
<i>Sanguinetto</i>	<i>S002639</i>							01/08/2021	31/12/2022
<i>Sanguinetto</i>	<i>S002639</i>							01/08/2021	28/02/2022
Sant'anna D'alfredo	S009010	2							
<i>Sant'anna D'alfredo</i>	<i>S009010</i>							16/07/2021	31/12/2022
Sommacampagna	S007516	4		1	1				
<i>Sommacampagna</i>	<i>S007516</i>							01/08/2021	30/6/2022
Sona	S001113	2		1	2				
<i>Sona</i>	<i>S001113</i>							01/08/2021	31/12/2021
<i>Sona</i>	<i>S001113</i>							16/10/2021	31/12/2022
Tregnago	S011073	3							
<i>Tregnago</i>	<i>S011073</i>							01/07/2021	31/8/2021
<i>Tregnago</i>	<i>S011073</i>							01/08/2021	28/2/2022
Verona	S012057	4							
<i>Verona</i>	<i>S012057</i>							07/06/2021	31/3/2022
<i>Verona</i>	<i>S012057</i>							16/09/2021	31/3/2022
Verona	S001200	1							
<i>Verona</i>	<i>S011211</i>								
<i>Verona</i>	<i>S011211</i>							21/07/2021	30/6/2022
Verona	S011148	2							
<i>Verona</i>	<i>S011148</i>							21/6/2021	31/12/2022

ULSS 9 SCALIGERA (Tab 17 D)

Verona	S011150	5			2			16/07/2021	31/12/2021
Verona	S011150							16/09/2021	31/3/2022
Verona	S011149	5			8			18/05/2021	31/07/2021
Verona	S011149							07/06/2021	31/07/2021
Verona	S011149							01/07/2021	30/09/2021
Verona	S011149							01/07/2021	30/09/2021
Verona	S011149							01/07/2021	30/09/2021
Verona	S011149							16/07/2021	30/09/2021
Verona	S011149							01/08/2021	31/12/2022
Verona	S011149							16/08/2021	28/02/2022
Verona	S008318	8			1			1/8/2021	31/12/2021
Verona	S008318								
Verona	S011152	2		1	10			16/05/2021	31/07/2021
Verona	S011152							01/06/2021	31/12/2021
Verona	S011152							01/06/2021	31/12/2021
Verona	S011152							01/06/2021	30/09/2021
Verona	S011152							01/07/2021	31/12/2021
Verona	S011152							01/08/2021	31/12/2021
Verona	S011152							01/08/2021	31/12/2021
Verona	S011152							15/08/2021	28/02/2022
Verona	S011152							01/09/2021	31/12/2021
Verona	S008115	5							
Villa Bartolomea	S011082	1							
Villafranca Di Verona	S007511				4			01/07/2021	31/7/2021
Villafranca Di Verona	S007511							01/08/2021	30/9/2021
Villafranca Di Verona	S007511							01/08/2021	28/2/2022
Villafranca Di Verona	S007511							01/09/2021	31/12/2021
Zevio	S011080	3			3			21/06/2021	31/7/2021
Zevio	S011080							26/07/2021	30/6/2022
Zevio	S011080							15/08/2021	31/12/2022
		93,2	0	23	78				

BIBLIOGRAFIA

ISTAT 2020, 28 edizione del Rapporto Annuale

L.67/1988: “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*” (legge finanziaria 1988)

D.M. Sanità 321/1989: “*Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67*”

D.P.C.M 22/12/1989: “*Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali*”

Legge 23/12/94: “*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*”

Pesaresi Franco, Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale, in "Agenzia sanitaria italiana" n.22/1997, Roma Edizioni A.S.L. 1997.

Ministero della Sanità: Linee guida relative al progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani" (7/8/1992).

Ministero della Sanità. Linee guida n.1/1994 del 30/3/1994. Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali

D.M. Sanità 15 aprile 1994. "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera"

L. 23/12/1994, n.724 (Legge1995) “*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*”

D.lgs. 502/1992 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”

D.M. Sanità 24 luglio 1995 “*Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale*”

D.M. Sanità 15 ottobre 1996 “*Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie*”

D.P.R. del 14/01/1997 veniva approvato l’“*Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*”

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998. "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione"

D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*”

D.P.C.M. 21/5/2001, n.308 “*Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328*”.

L.6972/1890 “*Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*”

Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382

D.P.C.M. 16/2/1990 “*Direttiva alle regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed infraregionale*”

Legge costituzionale del 18/10/21, n.3 “*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*”

L.R. Lombardia 13/02/2003 “*Riordino della disciplina delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia*”

D.Lgs. 207/2001 “*Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328*”

L.328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”

DGRV n.2243 del 3/12/2013 “*Aggiornamento programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti*”

L.R.V. 28/12/2018, n°48 “*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*”

L.R.V. 24/1993 “*Disposizioni per la privatizzazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*”

L.R. n.22 16/08/2002 “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*”

DGRV n. 2501/2004 “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure*”

DGRV n. 84/2007 “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali*”

DGRV n.2067/2007 “*procedure per l'applicazione della dgr n. 84/16 gennaio 2007*”

DGRV 1363/2020 “*Procedimenti di rilascio e rinnovo dell'accreditamento istituzionale: determinazioni attuative della L.R. n. 22 del 16 agosto 2002 e previsioni per l'anno 2020 sui*

procedimenti riferiti a soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. L.R. n. 22 del 16 agosto 2002”

L.R. 24/01/2020, n.1 *“Disposizioni di adeguamento ordinamentale 2019 in materia di politiche sanitarie e di politiche sociali”*

DGRV 104/2021 *“Accreditamento istituzionale per le unità di offerta dei servizi socio-sanitari area anziani, disabili e minori. DGRV n. 132/CR del 29/12/2020”*

Rapporto annuale – La situazione del paese, ISTAT 9/07/2021.

Non autosufficienza e RSA Informa CISL Aprile 2021

Portale Regione del Veneto Area Sociale: Unità di Offerta socio sanitaria

DGRV n. 1133 del 06 maggio 2008: *“Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale.”*

DGRV 1133/2008 *“Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale”*

DGRV n.2243 del 3 dicembre 2013 *“Aggiornamento Programmazione residenzialità per Anziani non Autosufficienti”*

Legge Regionale 19/2016: *“Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero. Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS”.*

Portale della Regione del Veneto: <https://www.azero.veneto.it/mission-aziendale>.

DGRV n.102 del 2 febbraio 2021, *“autorizzazione all'erogazione dei finanziamenti della gsa dell'esercizio 2021 da effettuarsi attraverso l'azienda zero. Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, art. 2 comma 4”*

Rapporto annuale – La situazione del Paese. ISTAT 2021, Cap. 2 *“Lo shock da pandemia – impatto demografico e conseguenze sanitarie”*

Epidemia COVID-19. Aggiornamento Nazionale al 29/12/2020 – Epicentro ISS

ISS – Sistema di Sorveglianza Integrata COVID – dicembre 2020

DPCM n.41 del 3 novembre 2020: *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».*

ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19: Numero di casi di Covid-19 per data di prelievo/diagnosi e numero di tamponi (per milione di abitanti). Italia, febbraio–novembre 2020

DGRV n. 1590 del 17 novembre 2020

Progetto di interesse specifico di valenza regionale finalizzato a garantire il supporto in termini di assistenza infermieristica da parte delle Aziende Ulss ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati della Regione del Veneto: approvazione schema di protocollo d'intesa.

DGRV n. 1674 del 29 novembre 2021

Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati con le aziende ULSS. Proroga del progetto di cui alla DGR n. 1590 del 17 novembre 2020 ed alla DGR n. 306 del 16 marzo 2021.

DGRV N. 305 DEL 16 MARZO 2021

Approvazione del percorso di "*Formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio-Sanitario*" e modalità organizzative di carattere generale. L.R. 20/2001 - Accordo stipulato il 16 gennaio 2003 tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

DGRV N.258 del 9/03/2021 ("*disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR*")

programmazione risorse umane secondo trimestre 2021. Esiti seduta CRITE 18 maggio 2021

Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale "*supporto di assistenza infermieristica ai centri servizi per anziani non autosufficienti della Regione del Veneto (DGR n.1590 del 17/11/2021 e n.306 del 16/03/2021). Definizione dell'importo giornaliero lordo per il rimborso del costo del personale infermieristico in assegnazione temporanea*". (decreto 068 del 23/6/2021

DGRV n.930 del 5/7/21 "*supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati della Regione del Veneto (DGR n.1590 del 7/11/2020 e n.306 del 16/3/21). Coinvolgimento nel progetto sella Azienda Ospedale – Università di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona*".

DGRV n.1674 del 29/11/21 "*supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti accreditati e contrattualizzati con le aziende ULSS. Proroga del progetto di cui alla DGR n.1590 del 17 novembre 2020 e della DGR 306 del 16 marzo 2021*"

DGRV 1023 del 28/07/2021 "*Indicazioni tecnico-operative per l'introduzione all'interno dei Centri Servizi (CS) di un sistema automatizzato di dispensazione personalizzata di terapie in dose unitaria*"

SITOGRAFIA

Dipartimento Welfare e Contrattazione FNP-CISL Lombardia: <https://www.iss.it/web/guest>,
<https://www.istat.it>, <https://www.italialongeva.it/>, <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>,
<https://fp.cisl.it/>

Nascita delle Opere Pie: <https://piaunionevenafro.com/wp-content/uploads/2018/05/Storia.pdf>

Progetto di legge n.6 del 21 ottobre 2020 “*disposizioni per la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e per la disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona e delle persone giuridiche di diritto privato di servizi alla persona*”
<https://www.legaveneto.it/wp-content/uploads/2020/11/PDL006-modificata-copertina-aggiunte-firme.pdf>

ASP presenti in Regione Lombardia al 30/03/2020:
<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/>

Normativa regionale su accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie
<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/normativa>

<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/centro-servizio-na>

Rapporto annuale ISTAT 09/07/21: <https://www.tuttitalia.it/>

Suddivisione territoriale delle ULSS <https://www.cimoveneto.it/cimoaziende.asp>

Censimento della popolazione e dinamica demografica - anno 2020:
<https://www.istat.it/it/archivio/264511>

Case di riposo, comunicato n.242 del 14 febbraio 2020 dell’assessore regionale area Sanità e Sociale: <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=4257556>

Popolazione residente della Regione del Veneto anno 2017:
<https://www.tuttitalia.it/veneto/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>

Primi risultati dell’indagine di siero-prevalenza sul sars-cov-2:
<https://www.istat.it/it/archivio/246156>

Impatto dell’epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-novembre 2020: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Rapp_Istat_Iss_gennaio-novembre-2020.pdf

Rapporto annuale 2021 la situazione del paese:
https://www.istat.it/storage/rapportoannuale/2021/Rapporto_Annuale_2021.pdf

Comunicato Assessore alla Sanità. N°1289 del 3/07/2021: <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=12133608>.

Supportare il personale infermieristico delle RSA nelle complessità emergenti:

<https://infermieriattivi.it/salute/in-ospedale/5305-supportare-il-personale-infermieristico-delle-rsa-nelle-complessita-emergenti.html>

Mancano gli infermieri nelle RSA, a rischio l'assistenza ai più fragili:

<https://www.panoramasanita.it/2021/11/11/mancano-infermieri-nelle-rsa-a-rischio-lassistenza-ai-piu-fragili/>

Carenza di infermieri nelle RSA (URIPA). Gazzettino di Padova del 19/08/22:

https://unebaveneto.org/articolo_rassegna/carenza-di-infermieri-nelle-rsa-padovane-volpe-uripa-consolidare-i-professionisti-provenienti-dallestero-e-puntare-su-scuole-superiori-di-stampo-socio-sanitario/

Evoluzione dei servizi per la non autosufficienza, tra residenzialità e domiciliarietà:

<https://www.anaste.com/evoluzione-dei-servizi-per-la-non-autosufficienza-tra-residenzialita-e-domiciliarita/>