

1. **l'intervento di orientamento** valuta in situazione di lavoro le potenzialità e le attitudini della persona sul piano dell'autonomia e dell'apprendimento, nonché agevola l'apprendimento delle regole di base per un inserimento lavorativo;

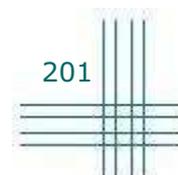
2. **l'intervento di formazione in situazione** opera per la maturazione complessiva della personalità, per la riabilitazione di funzioni e competenze nella sfera psichica, psicomotoria e/o relazionale, per l'acquisizione di competenze sociali e per l'apprendimento di abilità lavorative;

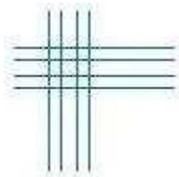
3. **la mediazione al collocamento** favorisce l'apprendimento di abilità lavorative specifiche, il raggiungimento e il mantenimento di un rapporto di lavoro.

Sono destinatari degli interventi del SIL persone disabili, persone riconosciute in stato di handicap, persone svantaggiate inviate dai servizi socio sanitari e da Enti locali competenti.

Servizi territoriali per disabili: utenti in carico

Azienda ULSS di riferimento	Alunni con certificazione di handicap seguiti dal Servizio Integrazione Scolastica		Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa (S.I.L.)		Persone con disabilità frequentanti i CEOD	
	2003/2004	2004/2005	anno 2003	anno 2004	al 1.1.2004	al 1.1.2005
101	52	54	205	240	132	142
102	25	26	115	135	63	63
103	115	114	162	230	139	154
104	124	130	326	330	171	180
105	86	96	216	290	253	266
106	129	138	297	485	464	449
107	83	103	105	193	256	285
108	229	254	175	119	322	326
109	144	159	190	209	414	431
110	105	124	311	370	234	236
112	147	129	260	222	223	220
113	120	153	303	295	223	225
114	74	86	24	25	146	152
115	163	267	343	299	270	295
116	218	238	315	367	560	569
117	103	97	223	217	200	206
118	73	71	195	230	105	116
119	27	12	143	157	27	34
120	403	362	199	228	509	528
121	71	74	164	212	165	170
122	157	162	462	463	279	282
Totale	2.648	2.849	4.733	5.316	5.155	5.329





Il Centro Educativo Occupazionale Diurno (CEOD)

Il CEOD viene definito dal Regolamento Regionale 17 Dicembre 1984, n. 8 come una struttura semiresidenziale a carattere diurno, con un bacino d'utenza interdistrettuale, inserito nella rete di servizi formativi e socio-riabilitativi del territorio, con i quali è funzionalmente collegato.

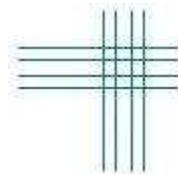
La capacità ricettiva massima prevista è di circa trenta persone con una organizzazione a piccoli gruppi. Il Servizio è rivolto a persone disabili che abbiano assolto l'obbligo scolastico, in età giovane e adulta, ai quali garantisce, mediante la definizione di progetti individuali, una gamma di interventi finalizzati al benessere globale della persona e della sua famiglia.

Il CEOD ha la funzione di promuovere, con specifiche attività e programmi:

- il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale;
- relazioni interpersonali e sociali con l'ambiente interno ed esterno;
- il conseguimento di capacità occupazionali e di professionalità, in rapporto alle potenzialità e alle attitudini individuali.

Progetti individuali di sostegno alla domiciliarità delle persone disabili

Azienda ULSS di riferimento	Progetti individuali Legge 162/1998		Progetti individuali Vita indipendente		Progetti individuali Legge 284/1997		TOTALE PROGETTI INDIVIDUALI	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
101	62	62	32	58	9	9	103	129
102	11	11	28	35	0	0	39	46
103	22	22	25	30	12	12	59	64
104	7	7	12	25	25	25	44	57
105	19	19	17	21	1	3	37	43
106	34	34	29	82	12	13	75	129
107	35	35	18	11	7	7	60	53
108	96	96	11	21	16	16	123	133
109	116	116	20	25	38	50	174	191
110	30	30	28	30	13	13	71	73
112	11	11	74	67	3	3	88	81
113	39	39	46	50	5	5	90	94
114	10	10	30	12	2	2	42	24
115	28	28	47	71	8	8	83	107
116	34	34	31	45	25	23	90	102
117	52	52	39	48	10	10	101	110
118	66	66	31	26	39	39	136	131
119	14	14	29	36	8	8	51	58
120	193	193	73	102	44	37	310	332
121	17	17	20	12	13	13	50	42
122	16	16	25	46	20	23	61	85
Totale	912	912	665	853	310	319	1.887	2.084



I progetti individuali di sostegno alla domiciliarità delle persone disabili

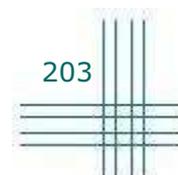
La Regione del Veneto in materia di disabilità grave ha strutturato un complesso di interventi integrativi rispetto alle prestazioni ordinarie dei servizi territoriali, domiciliari e residenziali, implementando un sistema di interventi basato sulla personalizzazione e quindi su progetti individuali, approvati dall'U.V.M.D. (**Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale**) di competenza.

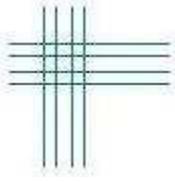
I progetti individuali riguardano tre linee di intervento:

- i progetti individuali per persone con disabilità grave e gravissima previsti dalla Legge n. 162/1998;
- i progetti individuali di Vita Indipendente, consistenti in progetti di aiuto personale, gestiti direttamente dalle stesse persone con grave disabilità fisico motoria in età compresa tra i diciotto e i sessantaquattro anni. La persona con disabilità propone e gestisce il proprio piano personalizzato di assistenza, al fine di conseguire obiettivi di Vita Indipendente, parità di opportunità ed integrazione sociale. Le azioni programmate direttamente dalla persona con disabilità possono riguardare la cura della persona, l'ambito domestico, commissioni, mobilità, spostamenti, uscite, viaggi, socializzazione, sport, tempo libero, ambito lavorativo, di studio;
- i progetti individuali per persone cieche pluriminorate previsti dalla Legge n. 284/1977.

Residenzialità disabili: posti residenziali autorizzati con quota sanitaria

Azienda ULSS di riferimento	AL 31.12.2004				AL 31.12.2005			
	Comunità alloggio	RSA	Grandi strutture	TOTALE POSTI	Comunità alloggio	RSA	Grandi strutture	TOTALE POSTI
101	13	46		59	24	46		70
102	14			14	24			24
103	18	22	134	174	18	22	134	174
104	16	46		62	10	46		56
105	20	42		62	42	45		87
106	48	116		164	48	116		164
107	9	30		39	28	30		58
108	29	20		49	38	50		88
109	61		560	621	55	77	560	692
110	54			54	37	40		77
112	88	61		149	106	77		183
113	25			25	33			33
114	21			21	21			21
115	16			16	16	30		46
116	102	60	594	756	91	60	594	745
117	28			28	48			48
118	18	72		90	18	72		90
119		20		20	8	20		28
120	61	96		157	102	113		215
121	28	22		50	34	44		78
122	73	50		123	97	62		159
Totale	742	703	1288	2.733	898	950	1.288	3.136



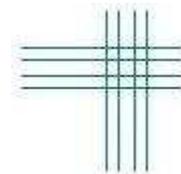


L'accoglienza residenziale delle persone disabili

L'andamento del fabbisogno di residenzialità per le persone con disabilità si è molto modificato in questi ultimi anni, per ragioni sociologiche, per un approccio culturale sostanzialmente diverso al problema e per effetto di una mutata consapevolezza dell'individuo nei confronti della propria capacità di autonomia.

Le strutture di accoglienza residenziale di persone disabili sono raggruppate in tre tipologie:

- le comunità alloggio, con una capacità ricettiva fino a 20 posti;
- le residenze sanitarie assistenziali;
- le grandi strutture.



3.4 Dipendenze e assistenza territoriale

Descrizione dei fenomeni

La rete dei servizi per il contrasto alle dipendenze nella Regione del Veneto coinvolge 38 Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e l'Alcologia, 8 comunità terapeutiche pubbliche e 31 private, 11 sezioni carcerarie (di cui 1 femminile), 631 gruppi di auto-mutuo-aiuto nel settore alcolico (Club Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi) e 105 associazioni di volontariato (41 coinvolte nell'ambito alcolico, 41 delle tossicodipendenze, 12 dei malati di AIDS e 11 dell'ambito carcerario).

I 31 Enti ausiliari, che si articolano in 54 sedi operative, hanno una capacità ricettiva complessiva di 1.395 posti a regime residenziale e semi-residenziale, pari a circa 28 posti ogni 100.000 residenti nella Regione Veneto.

Organico in dotazione

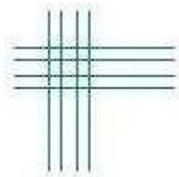
Il personale che si occupa a tempo pieno nei Ser.T. delle Aziende ULSS di utenza tossicodipendente ammonta a 368 unità, alle quali vanno aggiunte 190 unità a tempo parziale e 34 a convenzione. Il 44,6% e il 43,9% degli operatori è rappresentato rispettivamente da personale appartenente all'Area psico-socio-educativa e medico-infermieristica.

Il personale che si occupa di utenza alcoldipendente, si compone di 73 operatori a tempo pieno e 287 a tempo parziale, con il 43,7% e il 44% che appartiene rispettivamente all'area psico-socio-educativa e medico-infermieristica.

	OPERATORI CHE SI OCCUPANO DI				
	TOSSICODIPENDENZE			ALCOLDIPENDENZE	
	A tempo pieno	A tempo parziale	A convenzione	A tempo pieno	A tempo parziale
Medici	65	38	5	10	55
Psicologi	58	26	14	12	45
Infermieri professionali/assistenti sanitari	100	48	4	17	77
Assistenti Sociali	52	25	2	12	39
Educatori professionali	53	30	4	16	33
Amministrativi	21	16	1	3	19
Altro	19	7	4	3	19
Totale	368	190	34	73	287

Fonte: Rilevazioni Ministero della Salute - anno 2005

Il personale impiegato nelle comunità terapeutiche private per tossicodipendenti consiste in 616 unità, di cui 392 dipendenti. Il 30,4% del personale complessivo (dipendenti e convenzionati) è rappresentato da operatori di comunità, e per circa il 37% da altro personale appartenente all'area psico-socio-educativa.



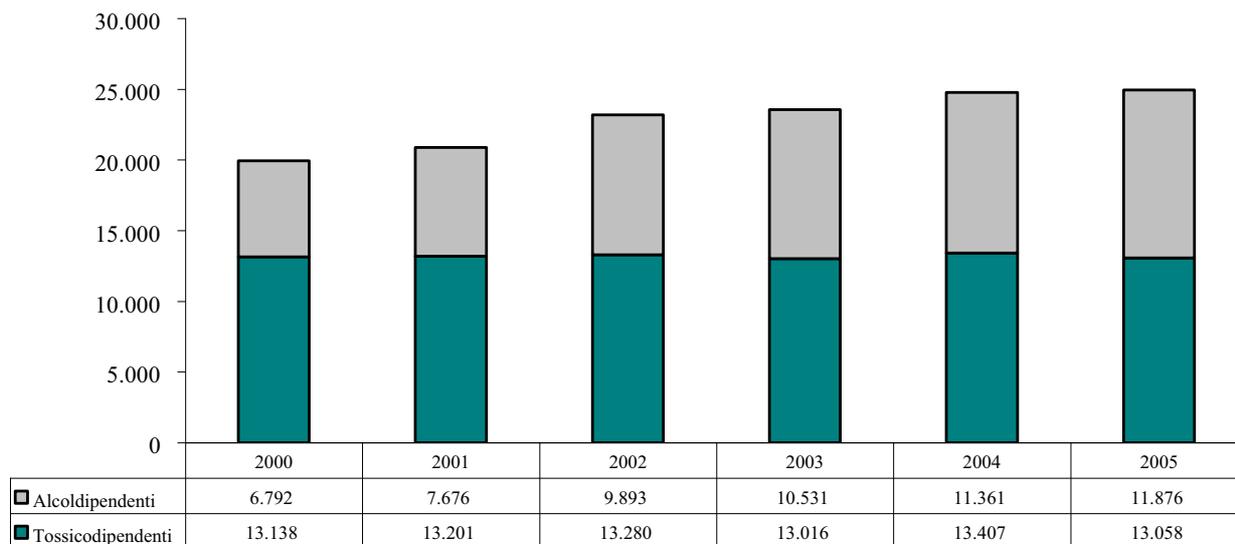
	operatori dipendenti a tempo pieno	operatori dipendenti a tempo parziale	operatori a convenzione a tempo pieno	operatori a convenzione a tempo parziale
Responsabili	37	2	8	3
Medici	1	1	4	14
Psicologi	43	7	11	35
Sociologi	0	0	0	0
Assistenti Sociali	2	1	1	1
Infermieri professionali	2	4	0	8
Educatori professionali	89	6	2	0
Pedagogisti	3	1	0	4
Animatori	9	6	1	5
Maestri Artigiani	15	2	2	2
Amministrativi	27	28	3	2
Operatori di comunità	160	9	15	3
Altro	4	16	6	11
Totale	392	83	53	88

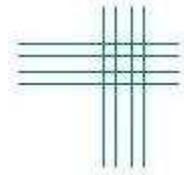
Fonte: Rilevazioni Ministero della Salute - anno 2005

Utenza tossicodipendente ed alcoldipendente

Gli utenti in carico ai SerT della Regione Veneto nel corso dell'anno 2005 sono stati 13.058 tossicodipendenti e 9.580 alcoldipendenti, con un tasso di prevalenza nella popolazione generale pari a 49 utenti ogni 10.000 abitanti.

Ser.T - Veneto - Trend temporale Numero di utenti per tipologia di sostanza d'abuso

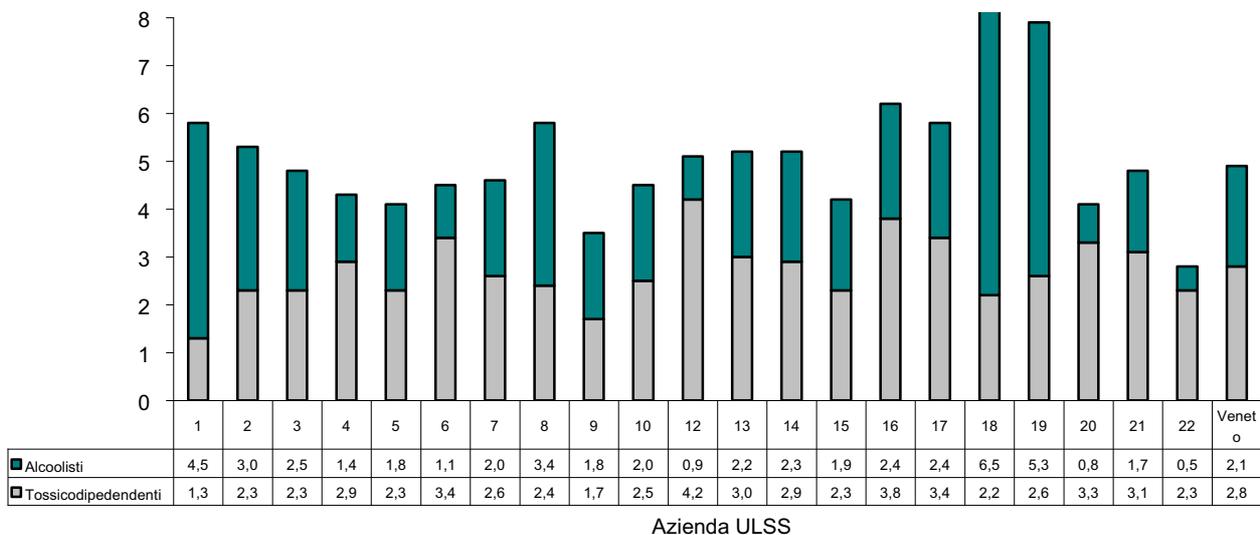




Nello specifico dell'utenza tossicodipendente, a fronte di un tasso di prevalenza regionale pari a 2,8 per 1.000 residenti, il tasso più elevato si riscontra nell'Azienda ULSS 12 Veneziana (4,2 per mille), seguito dal 3,8 ogni 1.000 residenti registrato nell'Az.Ulss 16-Padova.

Rispetto l'utenza alcoldipendente, si rileva un tasso di prevalenza regionale pari a 2,1 utenti ogni 1.000 residenti. Nelle Az.Ulss 18-Rovigo, 19-Adria e 1-Belluno si rilevano i tassi di prevalenza maggiori (pari rispettivamente a 6,5; 5,3 e 4,5).

Ser.T. - Veneto - Anno 2005 Utenti presi in carico per 1.000 residenti



Tossicodipendenti

L'85,1% dell'utenza tossicodipendente è di sesso maschile e il 45,6% ha un'età uguale/superiore a 35 anni; il 19,2% e circa il 36% degli utenti ha un'età rispettivamente inferiore/uguale a 24 anni e compresa tra i 25 e i 34 anni.

Circa il 77% dell'utenza totale è rappresentato da "soggetti già noti" o "rientrati" ai SerT.

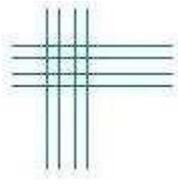
Il 72,7% dell'utenza tossicodipendente in carico nell'anno 2005 ai Ser.T utilizza eroina ed altri oppiacei come sostanza primaria di abuso, il 14,1% cannabinoidi e il 9,3% cocaina.

Il 47% circa dei trattamenti terapeutici erogati complessivamente dal personale dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze è di natura psico-sociale e/o riabilitativo; il 77,8% dei trattamenti medico-farmacologici erogati consiste nella somministrazione di terapia metadonica.

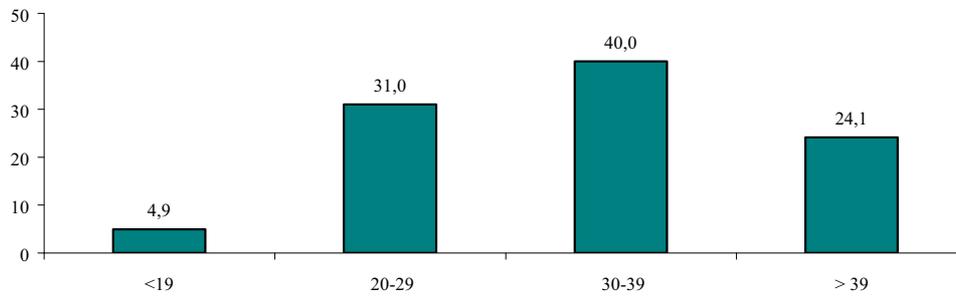
Per il 12,5% degli utenti tossicodipendenti il trattamento principale è stato l'inserimento in strutture terapeutico-riabilitative.

Alcoldipendenti

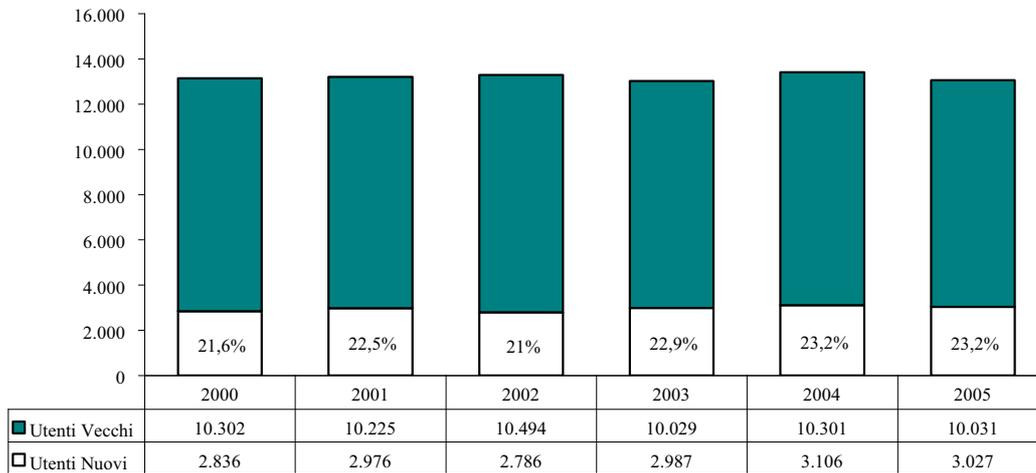
Per quanto riguarda l'utenza alcoldipendente in carico ai SerT delle Az.Ulss del Veneto, l'80,1% è rappresentato da utenza maschile, da utenti di età compresa tra i 40 ed i 60 anni (50,6%), da utenza "già nota" (65,5%) e con problemi correlati soprattutto all'abuso di vino (65,9%).



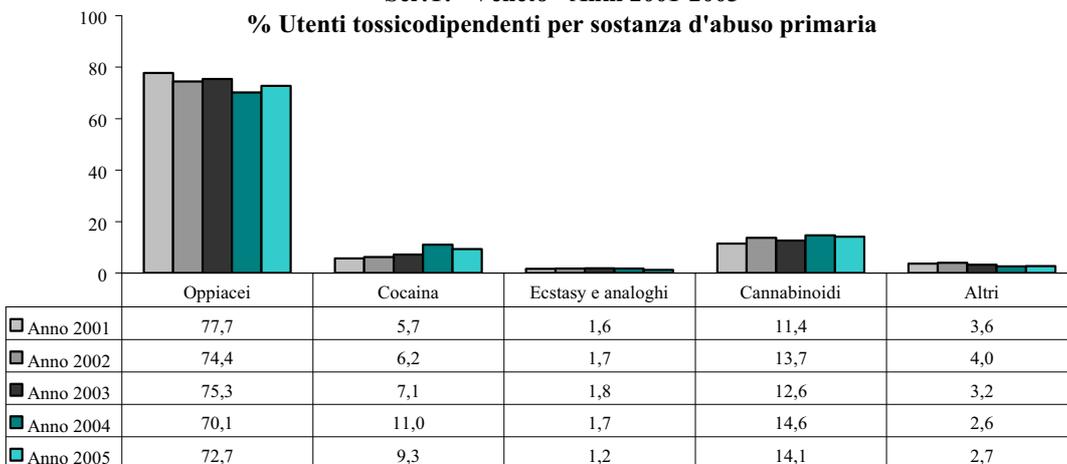
Ser.T. - Veneto - Anno 2005
% Utenti tossicodipendenti per classi d'età

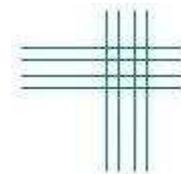


Ser.T - Veneto - Trend temporale del numero di utenti tossicodipendenti

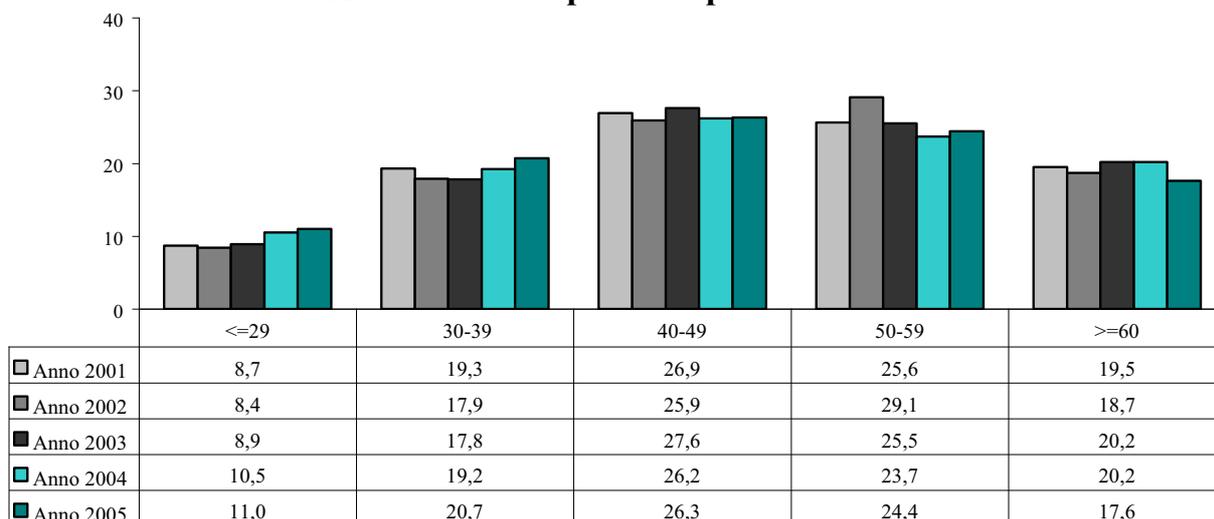


Ser.T. - Veneto - Anni 2001-2005
% Utenti tossicodipendenti per sostanza d'abuso primaria



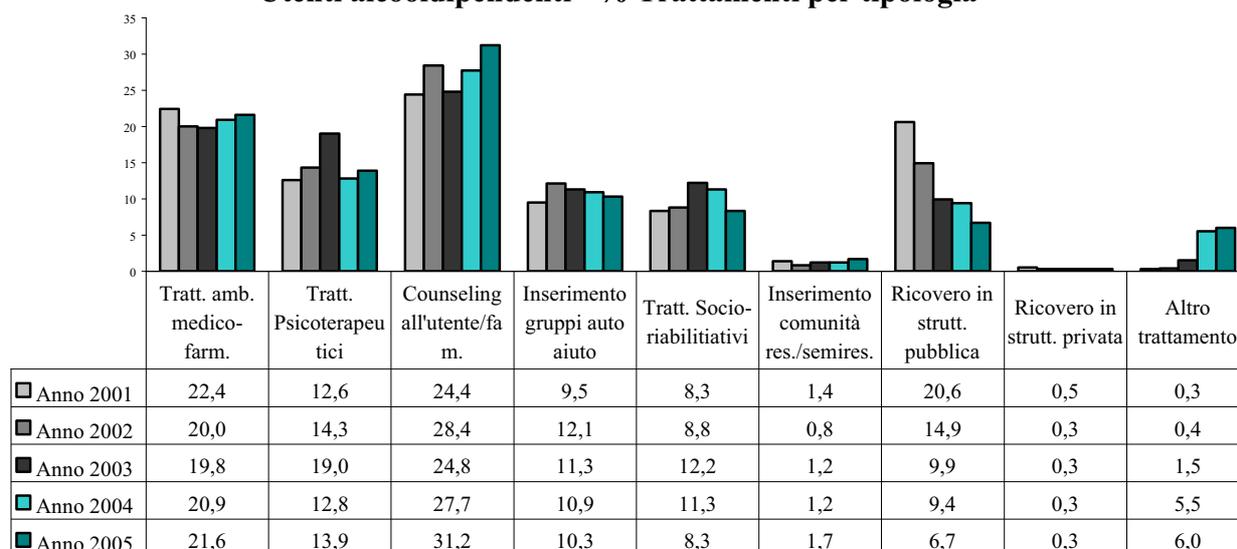


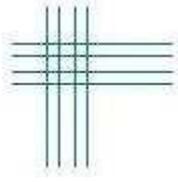
Ser.T. - Veneto - Anni 2001-2005 % Utenti alcol dipendenti per classi d'età



Il 53,4% dei trattamenti terapeutici erogati è di natura psico-sociale, psicoterapeutica e/o riabilitativo e per il 28,6% si tratta di trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale o di ricoveri ospedalieri. Circa il 10% e l'1,7% degli utenti alcol dipendenti è stato inserito rispettivamente in gruppi di auto-mutuo-aiuto e in strutture terapeutico-riabilitative. Agli utenti alcol dipendenti in carico ai SerT si devono aggiungere 2.296 utenti in carico alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Ser.T. - Veneto - Anni 2001-2005 Utenti alcol dipendenti - % Trattamenti per tipologia

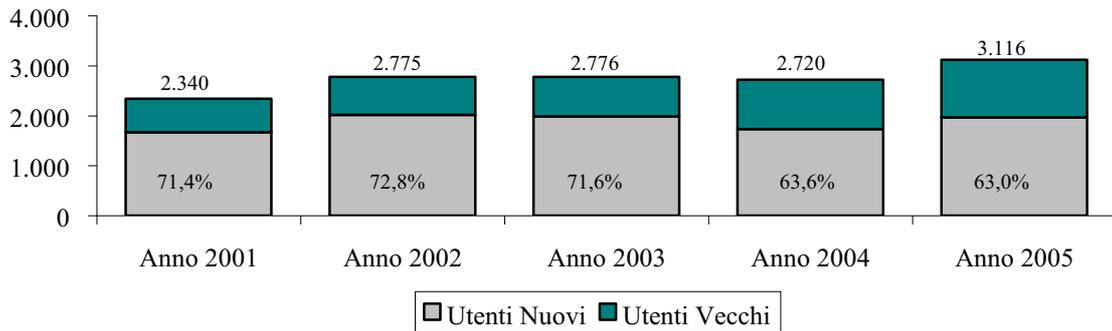




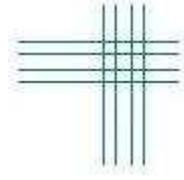
Comunità terapeutiche

Per quanto riguarda il livello di intervento delle Comunità Terapeutiche, nel corso dell'anno 2005 l'utenza complessiva presa in carico dalle strutture è stata di 3.116 soggetti, il 64,8% dei quali in regime convenzionato. Per il 63% si tratta di "nuova utenza" e per circa il 60% dell'utenza totale il periodo di permanenza in struttura risulta inferiore ai sei mesi.

Comunità Terapeutiche - Veneto
Utenti per tipologia - Anni 2001-2005



Il 35,5% dell'utenza totale risulta "ancora in trattamento", mentre il 21,7% è uscito dalle strutture riabilitative per conclusione del programma terapeutico (12,5%) e per "dimissioni concordate"(9.2%). Circa il 29% risulta aver interrotto o abbandonato il programma terapeutico o essere stato allontanato dalla struttura terapeutica.



3.5 Psichiatria territoriale

Descrizione dei fenomeni

Il sistema veneto di tutela della salute mentale è incentrato sull'articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Infatti, il Dipartimento di Salute Mentale assolve alla funzione di coordinamento progettuale e programmatico delle équipes pluriprofessionali psichiatriche operanti nel territorio di competenza dell'Azienda ULSS.

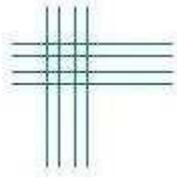
L'obiettivo è quello di farsi carico della domanda psichiatrica dell'area distrettuale di pertinenza, sia essa di natura preventiva, terapeutica o riabilitativa. Inoltre, particolare rilevanza viene riservata alla formazione di programmi di cura personalizzati, all'instaurazione e coltivazione del rapporto con il malato e la sua famiglia e alla formazione del personale.

Le équipes psichiatriche pluriprofessionali si configurano come Unità Operative Autonome dotate di responsabilità economica (relativamente alla spesa generata), interagenti tra loro, con i Distretti Socio Sanitari, il Presidio Ospedaliero ed il Dipartimento di Prevenzione, secondo le linee guida concordate in seno alla organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, linee guida approvate dal Direttore Generale.

L'équipe di norma deve occuparsi di una popolazione di circa 100.000 abitanti e deve essere dotata di:

1. un Centro di Salute Mentale (CSM), con attività territoriali, anche decentrate, di ambulatorio, a domicilio, socioambientali, nonché di Day-Hospital Territoriale e di Centro Diurno, con iniziative educativo occupazionali, ed altresì di pronto intervento, in collegamento con la medicina di base, il servizio di continuità assistenziale ed il S.U.E.M.;
2. un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital Ospedaliero, con ricettività tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti (per un massimo di sedici posti letto per 100.000 abitanti);
3. almeno una Comunità Terapeutica Residenziale Psichiatrica (CTRP) attiva, anche mista, per 100.000 abitanti dotata tendenzialmente di 12 posti, elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno;
4. due o più Comunità Alloggio (CA), anche miste, a protezione differenziata, con un accoglimento massimo di 6 persone; le Comunità Alloggio sono definite con numero e caratteristiche rapportate all'esigenza della popolazione servita, con verifica periodica annuale. Esse hanno un'intensità socio-assistenziale elevata, ospitando pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con predefinite verifiche e rinnovabilità degli stessi;
5. almeno un Appartamento (APP) per due-quattro persone, con intensità adeguata di assistenza socio-sanitaria, con presenza di Assistenza Domiciliare Integrata Psichiatrica (ADIP).

Questo assetto organizzativo può essere variato dal Direttore Generale in rapporto a particolari specificità locali, su proposta motivata del responsabile del Dipartimento di Salute Mentale e previa notificazione alla struttura regionale competente dell'Assessorato alle Politiche Sanitarie ed alle Società Scientifiche Psichiatriche venete accreditate.



Il monitoraggio delle strutture organizzative descritte è sostenuto da un flusso informativo attivato nel corso del 2005. Le rilevazioni ed i dati riguardano le annualità precedenti. Di seguito ne rappresentiamo le risultanze.

Utilizzo antidepressivi: nel Veneto, per quanto concerne l'uso degli antidepressivi (N06A), si assiste nel 2004 rispetto al 2003, ad un aumento della spesa del 9%, mentre la dose giornaliera media per l'indicazione principale del farmaco, consumata mediamente ogni 1.000 abitanti (DDD1000), è aumentata del 12%. Generalmente gli antidepressivi sono la sesta voce di spesa farmaceutica nelle Aziende ULSS.

Utilizzo neurolettici: l'incidenza dei neurolettici (N05A) ad esclusiva prescrizione specialistica è inferiore. Si osserva che generalmente tali farmaci sono oltre il 10° posto nelle voci di spesa farmaceutica delle Aziende ULSS, in un contesto di tendenziale riduzione della DDD1000 relativa. Solo nelle Aziende ULSS 7 e 22 i neurolettici emergono al decimo posto di spesa e con una DDD1000 in aumento.

Costi complessivi dell'assistenza psichiatrica: considerando il quinquennio 2000–2004 si osserva un tendenziale aumento dei costi per la assistenza psichiatrica, rispetto ai costi generali delle Aziende ULSS. L'incremento percentuale è pari allo 0,3% (dal 2,9% al 3,2%).

I costi pro capite per l'assistenza psichiatrica nel quinquennio 2000–2004 sono stati mediamente di Euro 44,81 annui (dai 40 euro del 2000 ai 47 del 2004).

Dal 2000 al 2004 i costi per l'assistenza psichiatrica ospedaliera sembrano attestarsi intorno al 28% annuo rispetto ai costi generati dalla totalità delle attività per l'assistenza psichiatrica delle Aziende ULSS. L'assistenza domiciliare e ambulatoriale insieme a quella semiresidenziale e residenziale dunque assorbono circa il 72% dei costi. Peraltro, il trend dal 2000 al 2004 è di progressivo contenimento dei costi per l'assistenza ospedaliera.

Ospedalizzazione: Nel quinquennio considerato il tasso di ospedalizzazione per mille di residenti in Veneto ricoverati e dimessi per un problema di Disturbo Psicico (DRG 424-432), risulta in progressiva riduzione, essendo passato dal 3,5 al 2.9 per mille. La riduzione riguarda la degenza ordinaria.

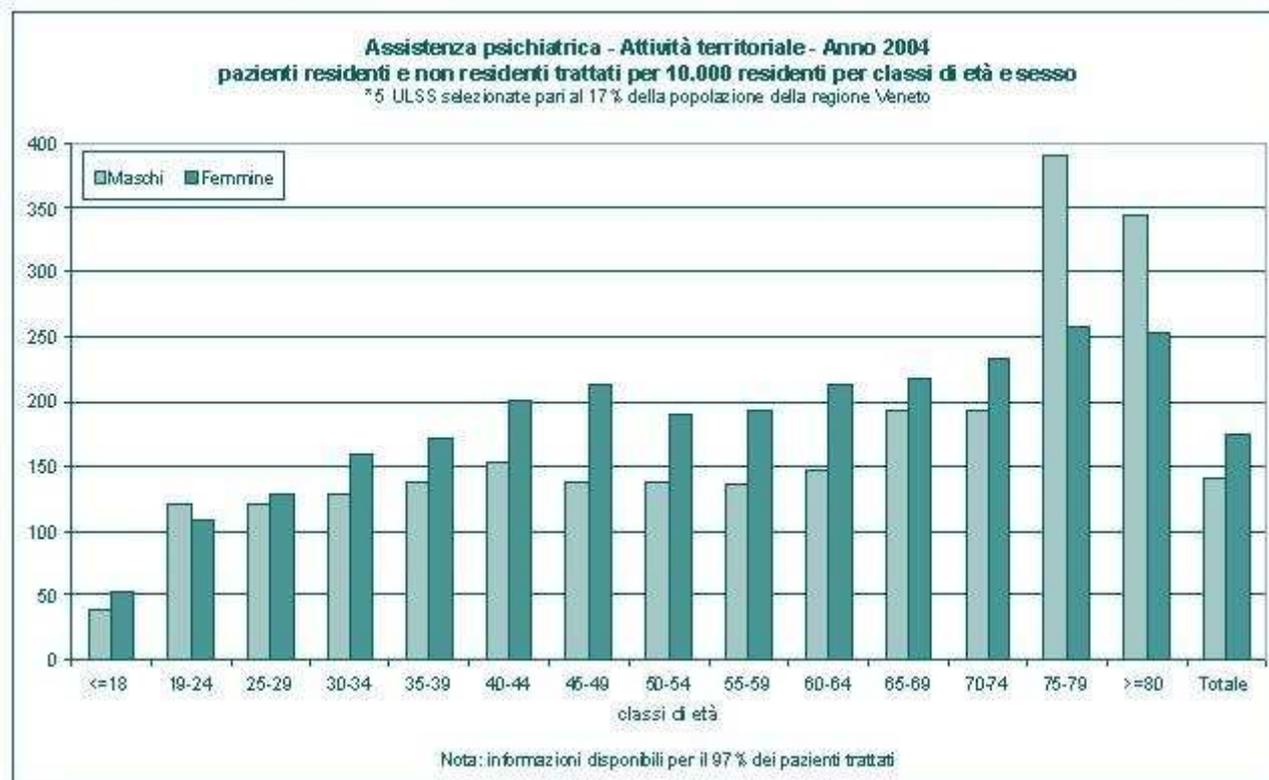
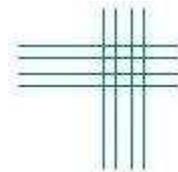
L'89% di questi ricoveri è dedicata a residenti nella Regione Veneto. La degenza media per ricovero in psichiatria di ospedale pubblico è di 13 giorni, mentre quella dei ricoveri gestiti da reparti di psichiatria privati va dai 26 ai 28 giorni. Le altre specialità coinvolte nei ricoveri definiti dai raggruppamenti di diagnosi sopra descritti, in ordine di prevalenza, sono:

A. degenza ordinaria:

- neurologia;
- medicina generale;
- geriatria e lungodegenza;

B. degenza in Day Hospital:

- otorinolaringoiatria;
- recupero e rieducazione funzionale;
- pediatria;
- geriatria.



FONTE: Sistema Informativo Territoriale dei DSM - Regione Veneto
ELABORAZIONI: CRRC - SER

Fasce di età più colpite: Nel quinquennio 2000–2004 il tasso di ospedalizzazione ponderato per fascia di età evidenzia una maggiore incidenza degli over 75, con una tendenza dei medesimi ad essere ricoverati per Disturbo organico e ritardo mentale (DRG 429).

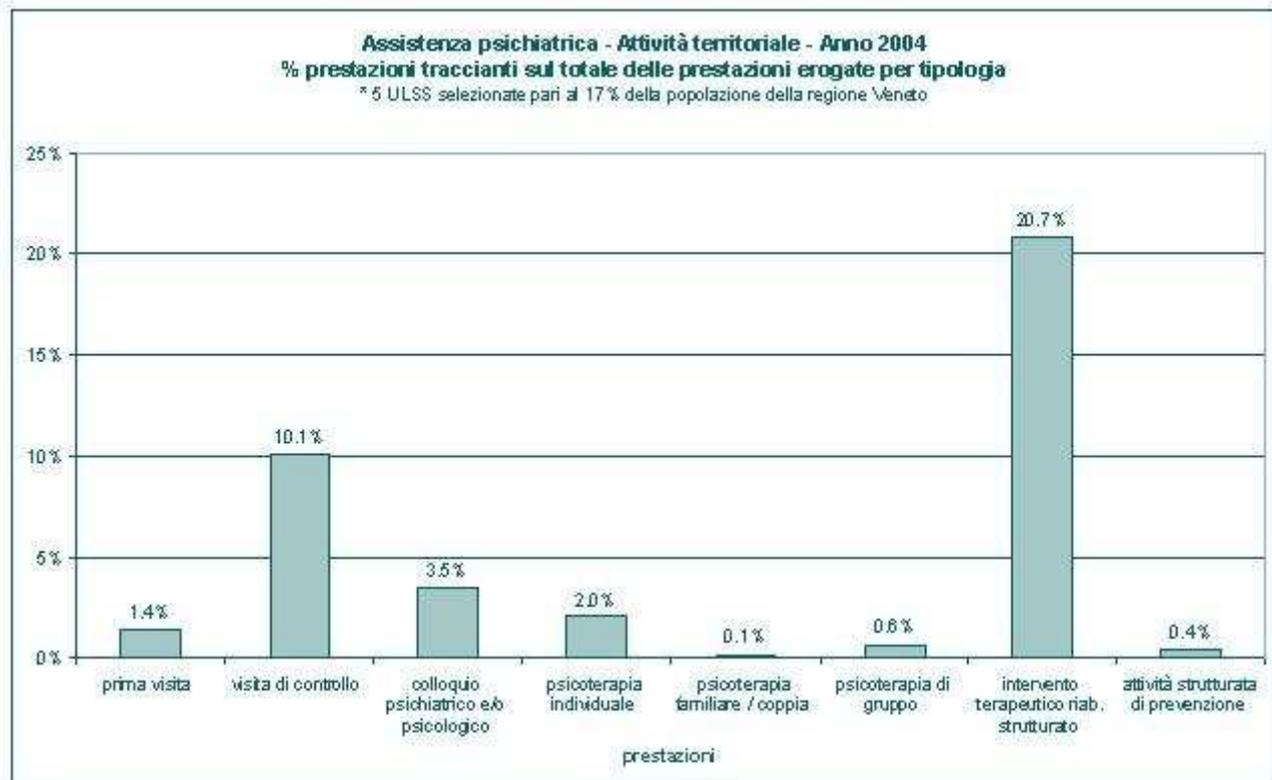
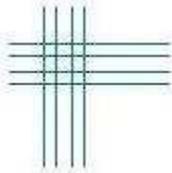
Incidenza per patologia: Se si considerano i produttori privati e pubblici insieme, per quanto riguarda la degenza ordinaria la diagnosi più frequente è stata nel quinquennio 2000 – 2004 la Psicosi (DRG 430). Mentre considerando i ricoveri diurni prevalgono i Disturbi mentali dell'infanzia (DRG 431).

Considerando il periodo che va dal 2000 al 2004 si osserva che ogni anno sono attesi su 100.000 residenti i seguenti ricoveri:

- 188 ricoveri per psicosi (DRG 430);
- 74 ricoveri per disturbi organici e ritardo mentale (DRG 429);
- 56 ricoveri per disturbo di personalità e del controllo degli impulsi (DRG 428);
- 49 ricoveri per nevrosi depressiva (DRG 426).

Questi problemi rappresentano da soli circa l'80% dei ricoveri attesi per disturbo mentale ogni anno, ovvero 367 su un totale di 460 ricoveri ogni 10.000 residenti.

Volontarietà del ricovero: i trattamenti mediante ricovero sono per la maggior parte volontari. Nel quinquennio 2000–2004 la percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatori sul totale dei ricoveri è mediamente del 2%.



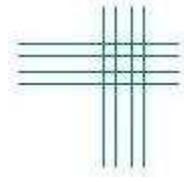
FONTE: Sistema Informativo Territoriale dei DSM - Regione Veneto
ELABORAZIONI: CRRC - SER

Prevalenza: nelle cinque Aziende ULSS analizzate per l'attività territoriale di assistenza psichiatrica, la somma della popolazione residente era nel 2004 di 779.405 persone (pari al 17% della popolazione residente della Regione Veneto). La prevalenza trattata assoluta nei cinque Dipartimenti di Salute Mentale è risultata essere di 12.499 persone (ovvero mediamente 160,4 persone ogni 10.000 residenti, con valore minimo di 111,8 e massimo di 227).

Considerando tutte le età le donne hanno evidenziato una prevalenza trattata maggiore dei maschi. Questo fatto non è più riscontrato dai 75 anni in poi poiché allora i maschi superano decisamente le donne con prevalenze maggiori.

I problemi di salute mentale trattati nel territorio sul campione di 12.499 persone sono stati vari, ma si è assunto di dedicare particolare attenzione ai disturbi nevrotici (ICD9-CM 300, diagnosticati in 2.938 persone), alle psicosi schizofreniche (ICD9-CM 295, diagnosticate in 1.251 persone), alle psicosi affettive (ICD9-CM 296, diagnosticate in 1.185 persone) e ai disturbi di personalità (ICD9-CM 301, diagnosticati in 577 persone). Si è rilevato che nel periodo considerato meno del 5% delle persone trattate ha avuto più di un processo di cura attivato e che all'interno del gruppo di patologie valutate la stabilità diagnostica era al minimo del 93 % e al massimo del 97%.

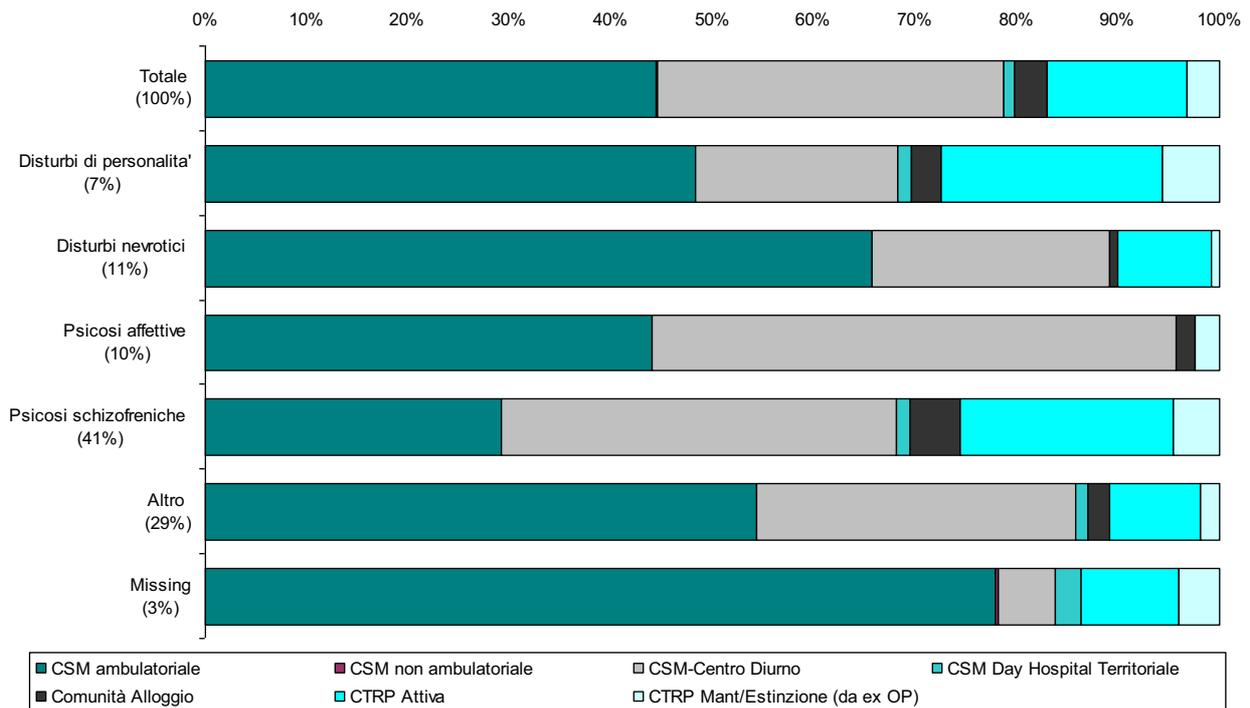
Strutture erogatrici dei servizi: nel sistema DSM le strutture territoriali considerate sono il Centro di Salute Mentale, il Centro Diurno, il Day Hospital Territoriale, le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette e le Comunità Alloggio e per conoscere il profilo d'uso di queste strutture si sono utilizzate tutte le prestazioni da esse erogate. Diversamente, le prestazioni utilizzate come traccianti per fotografare il livello di assistenza e il processo di cura



realizzato sono state le seguenti: la visita psichiatrica (prima e di controllo), il colloquio psichiatrico e psicologico, la psicoterapia (individuale, di coppia o familiare e di gruppo), l'intervento terapeutico riabilitativo (strutturato in protocollo) e l'intervento di prevenzione (strutturato in protocollo). Queste prestazioni traccianti sono il 38,8% del totale (cioè 137.001 su 352.369).

Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 2004 - Profilo uso erogatori per alcune patologie

* 5 ULSS selezionate pari al 17% della popolazione della regione Veneto

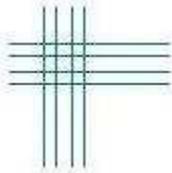


FONTE: Sistema Informativo Territoriale dei DSM - Regione Veneto
ELABORAZIONI: CRRG - SER

È emerso che il sistema DSM nella sua componente territoriale è sostanzialmente attivato per trattare patologie che nel 41% dei casi sono psicosi schizofreniche, nel 11% disturbi nevrotici, nel 10% psicosi affettive e nel 7% disturbi di personalità. Altre forme di patologia o sofferenza mentale aggregano il 29% dei casi (nella casistica vi è stato un 3% circa di missing per le variabili considerate). Generalmente il CSM e il Centro Diurno sono le strutture in assoluto più utilizzate. I disturbi nevrotici sono trattati per la maggior parte al CSM, mentre le psicosi schizofreniche sono ampiamente trattate da tutte le componenti del sistema, specialmente residenziali e/o semiresidenziali.

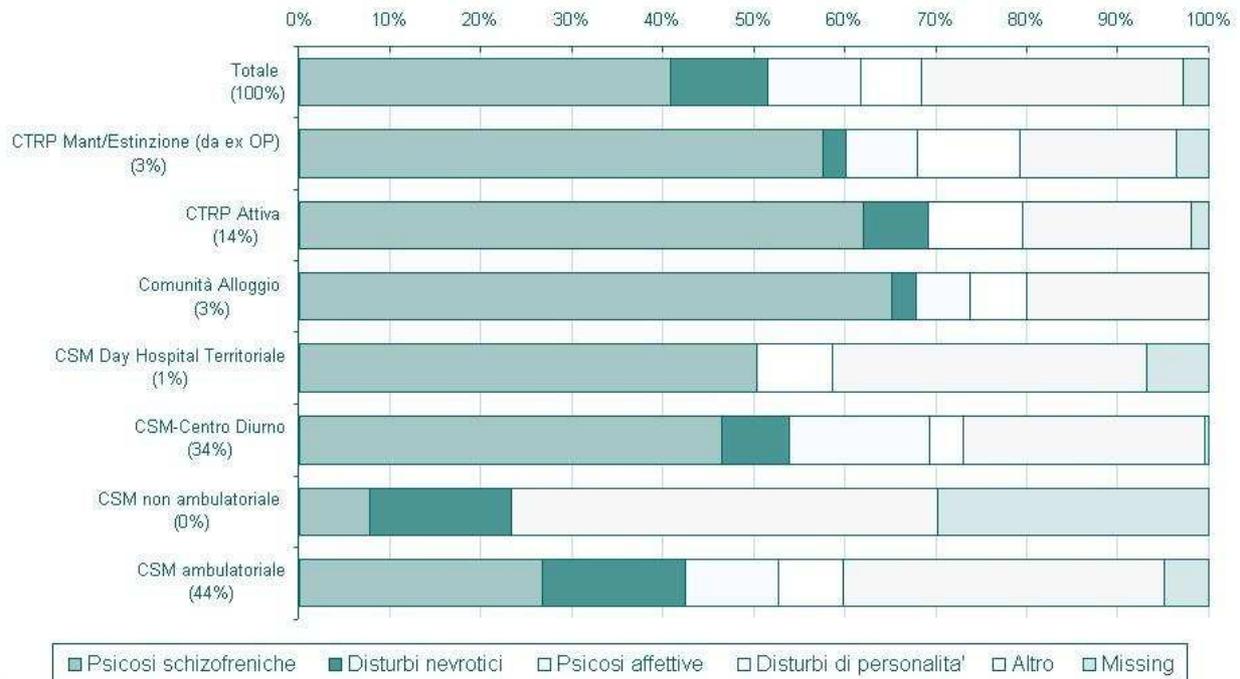
Il profilo di assistenza e di cura rilevato con le prestazioni traccianti evidenzia che l'intervento riabilitativo strutturato in protocollo è più usato per la schizofrenia e le psicosi affettive, mentre la visita psichiatrica è più frequente nei disturbi nevrotici che vengono trattati molto anche con la psicoterapia individuale e il colloquio psichiatrico e/o psicologico.

I disturbi di personalità sono infine la patologia che più assorbe gli interventi strutturati di prevenzione, ricevendo anche un apprezzabile apporto di cura con colloqui e psicoterapia.



Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 2004 - Principali patologie trattate dai diversi erogatori

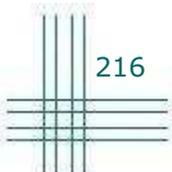
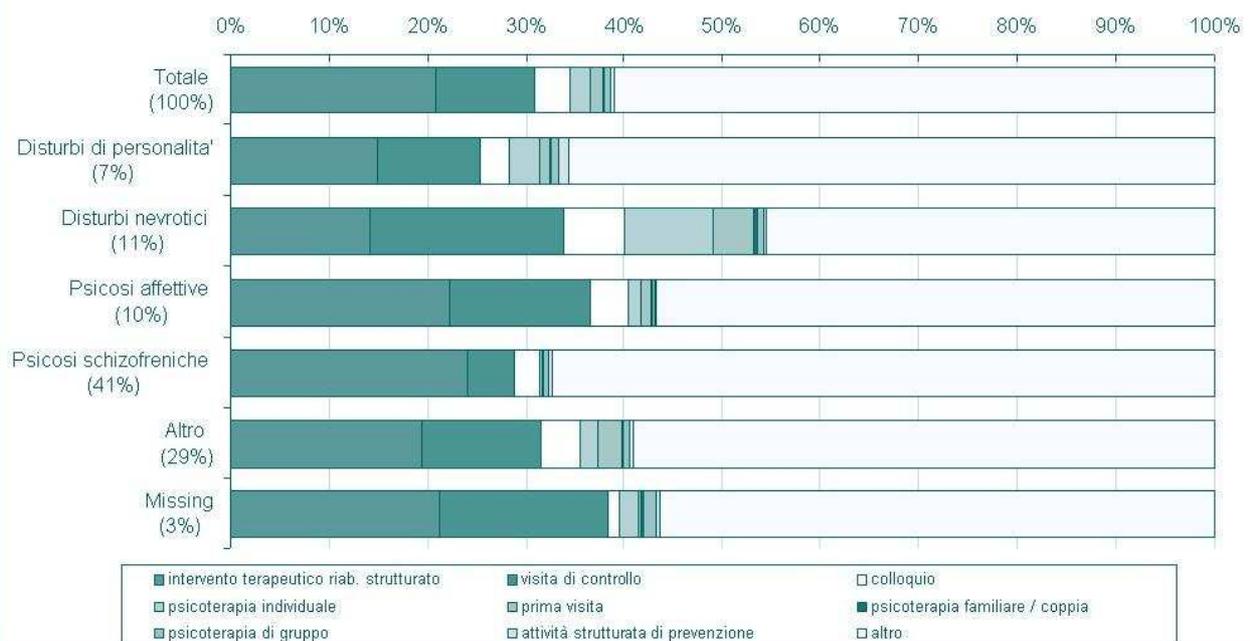
* 5 ULSS selezionate pari al 17% della popolazione della regione Veneto

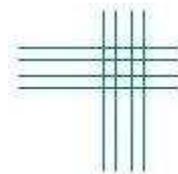


FONTE: Sistema Informativo Territoriale dei DSM - Regione Veneto
ELABORAZIONI: CRRC - SER

Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 2004 - Profilo di cura per patologie selezionate

* 5 ULSS selezionate pari al 17% della popolazione della regione Veneto





3.6 Prevenzione oncologica territoriale

Descrizione dei fenomeni

L'attivazione dei programmi di screening citologico, mammografico e coloretale comporta l'utilizzo e lo sviluppo da parte di tutte le Aziende ULSS di un sistema informativo comune.

Esso si concretizza in un software gestionale che consente la rilevazione continua di una serie di dati e la produzione periodica di statistiche che vengono annualmente raccolte, analizzate e confrontate con gli standard di riferimento disponibili, suggeriti dal Gruppo Italiano Screening Citologico del Cervicocarcinoma (GISCI).

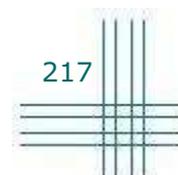
Screening citologico

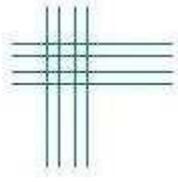
Lo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero prevede che le donne fra 25 e 64 anni vengano invitate attivamente ad eseguire un Pap-test gratuito ogni 3 anni e, quando questo evidenzia determinate anomalie, a seguire gli approfondimenti necessari fino alla diagnosi e all'eventuale trattamento. Secondo la letteratura tale intervento è in grado di prevenire la comparsa del 90% dei carcinomi squamocellulari invasivi del collo dell'utero.

VENETO ESTENSIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING CITOLOGICO 2003-2005

Aziende ULSS	Popolazione bersaglio complessiva	Fascia popolazione bersaglio annuale 2005	Popolazione invitata 2005	Rapporto tra donne invitate e fascia di popolazione bersaglio annuale*
Azienda Ulss n. 1 Belluno	36.776	12.258	9.316	76,0
Azienda Ulss n. 2 Feltre	22.913	7.636	5.956	78,0
Azienda Ulss n. 3 Bassano	48.088	16.042	8.454	52,7
Azienda Ulss n. 4 Thiene	50.403	16.795	13.369	79,6
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	47.504	15.830	12.727	80,4
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	86.960	28.993	20.121	69,4
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	59.304	19.773	19.437	98,3
Azienda Ulss n. 8 Asolo	65.991	21.988	17.107	77,8
Azienda Ulss n. 9 Treviso	112.559	37.532	21.994	58,6
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	59.665	19.862	5.323	26,8
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	87.598	29.194	10.977	37,6
Azienda Ulss n. 13 Mirano	75.312	25.117	18.913	75,3
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	38.214	12.748	2.728	21,4
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	66.301	22.088	11.574	52,4
Azienda Ulss n. 16 Padova	120.201	40.055	28.920	72,2
Azienda Ulss n. 17 Este	50.734	16.915	16.272	96,2
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	48.972	16.336	10.798	66,1
Azienda Ulss n. 19 Adria	21.104	7.036	9.555	135,8
Azienda Ulss n. 20 Verona	126.735	42.284	22.664	53,6
Azienda Ulss n. 21 Legnago	40.574	13.520	17.643	130,5
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	74.902	24.956	22.061	88,4
Estensione programma 2005		447.235	305.909	68,4
Estensione programma 2004		446.787	266.732	59,7
Estensione programma 2003		446.788	281.476	63,0
Estensione del programma nel triennio	1.340.810	1.340.810	854.117	63,7

* In alcuni casi è stato invitato un numero di donne superiore alla fascia annuale di popolazione bersaglio.





Il programma di screening deve rispondere ad adeguati standard di qualità, verificabili sia tramite indicatori di processo che attraverso indicatori di esito, al fine di valutare il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dell'incidenza e della mortalità da cervicocarcinoma.

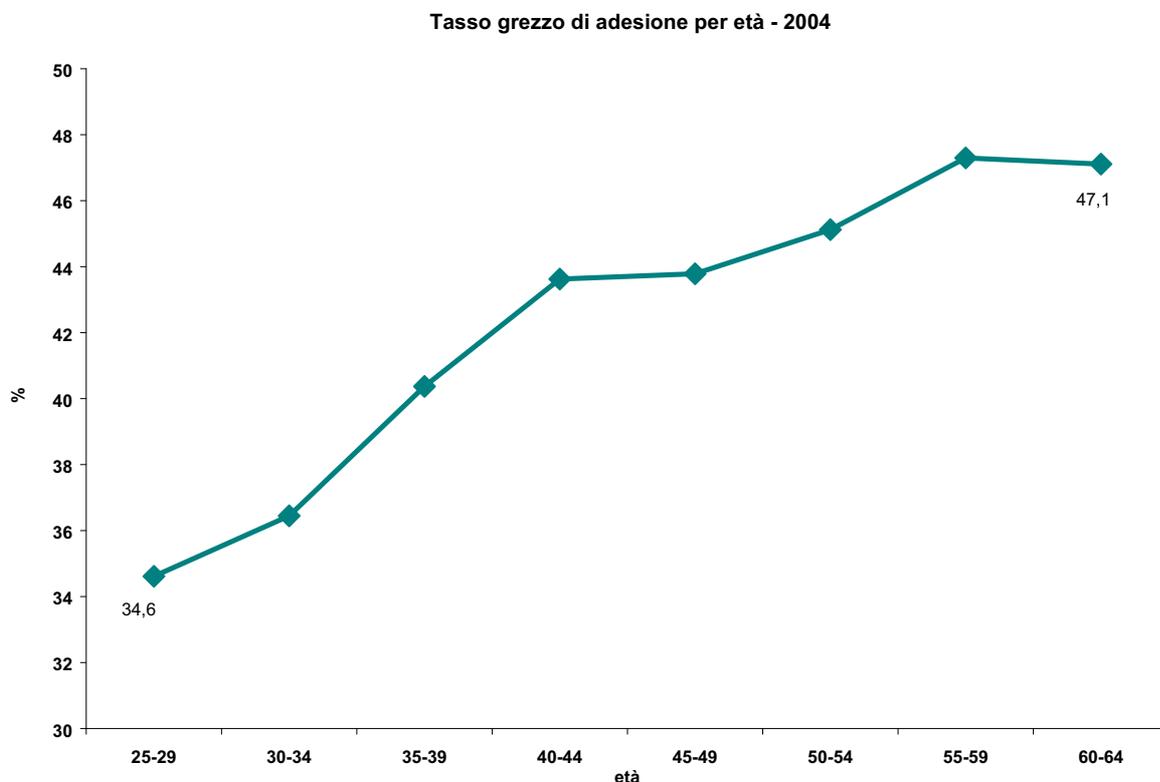
Nel Veneto, a fine 2005 lo screening citologico, iniziato nel 1998 con cinque programmi, è stato attivato in tutte le 21 Aziende ULSS del Veneto. La popolazione regionale bersaglio (25-64 anni di età) è di 1.340.810 donne.

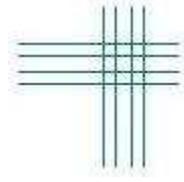
Nel 2005 sono state invitate 305.909 donne, pari al 68,4% della fascia annuale di popolazione bersaglio a cui è destinato il programma. A partire dal 2003 l'estensione, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, ha registrato una contrazione che è proseguita fino al 2004, per poi ritornare positiva nel corso del 2005.

A livello di singole Aziende ULSS la situazione presenta delle difformità dovute al differente periodo di attivazione ed al conseguente diverso andamento temporale di ciascun programma. Inoltre in alcuni casi si deve rilevare, positivamente, l'invito di un numero di donne superiore alla fascia annuale di popolazione bersaglio destinataria del programma.

Adesione e copertura dei programmi di screening citologico

Nell'anno 2005 l'adesione grezza (ovvero il rapporto tra le donne esaminate e le donne invitate) evidenzia una media regionale del 44,4%. L'**adesione corretta** è un indicatore maggiormente rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio, in quanto, dopo l'invito, viene escluso dal denominatore un certo numero di donne che hanno effettuato un test recente.





In questo caso, il valore medio regionale (50,7%) registra un lieve aumento rispetto all'anno precedente. Per un raffronto con la realtà nazionale, basti pensare che l'adesione media ai programmi italiani identificata nella Survey GISci nel 2003 è pari al 38,7% delle donne invitate.

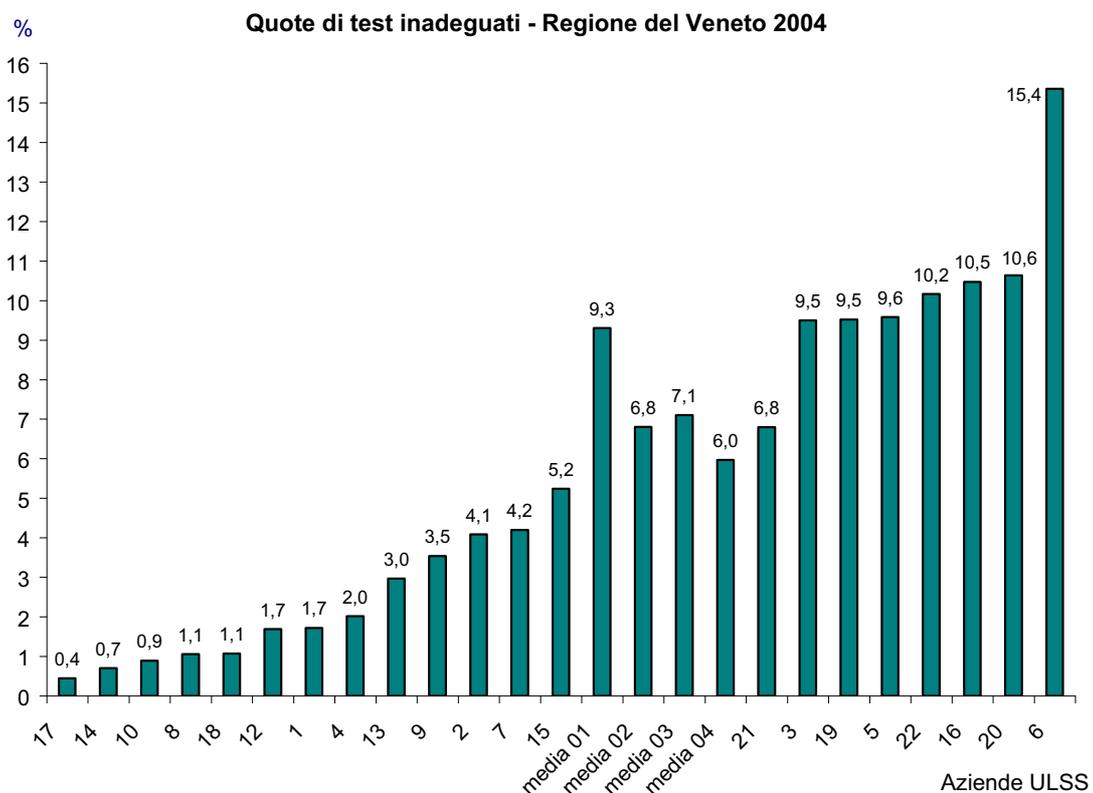
Il tasso regionale di adesione deriva comunque dalla composizione di valori molto diversi nelle varie Aziende ULSS per le ragioni precedentemente accennate. Si ritiene comunque che vi sia un ulteriore spazio di miglioramento.

Come detto, l'andamento temporale dell'adesione nei singoli programmi mostra una notevole variabilità in alcune Aziende ULSS, soprattutto nei programmi con un'estensione elevata, che riflette probabilmente differenze geografiche o anagrafiche degli inviti da un anno all'altro.

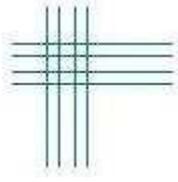
I dati complessivi dei vari programmi consentono un'analisi dell'adesione per età, la quale mostra un trend crescente con l'avanzare dell'età, con una maggiore adesione nella fascia delle sessanta-sessantaquattrenni. La spiegazione più ovvia, ma certamente non l'unica, di questo trend è l'uso spontaneo del test proporzionalmente maggiore nelle coorti di età più avanzata.

Non bisogna naturalmente dimenticare che obiettivo fondamentale degli screening è ottenere la più ampia copertura della popolazione obiettivo, intendendo come copertura la proporzione di donne della popolazione bersaglio con almeno una diagnosi citologica negli ultimi tre anni.

In varie ULSS è in uso la pratica di inviare una lettera di sollecito alle non aderenti. Nel 2004 nel Veneto sono stati inviati 53.692 solleciti con 11.149 aderenti (adesione 20,8%).

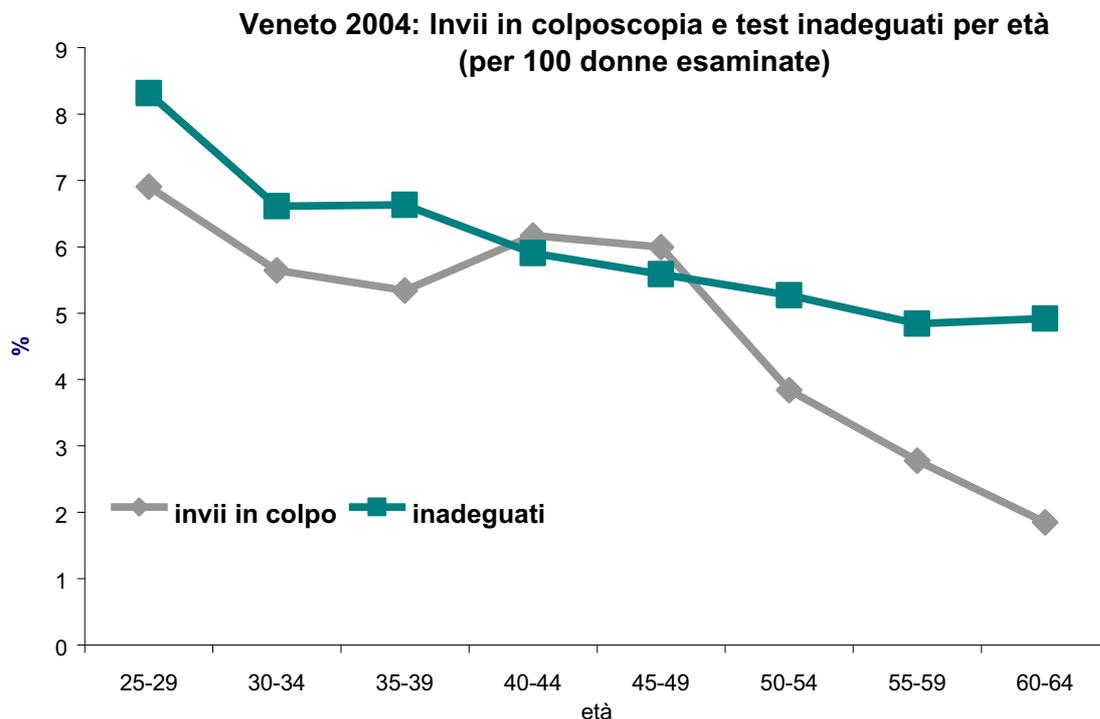


Un importante indicatore di qualità dei programmi è rappresentato dall'adeguatezza del test. Elevate quote di test inadeguati comportano sia un problema per le utenti che per i servizi.



Il tasso medio regionale di test inadeguati nel 2004 è pari al 6% e rientra nello standard accettabile, registrando finora il tasso più basso dal 1999 ad oggi. Tuttavia, esso risulta ancora doppio rispetto alla media dei programmi italiani rilevata dalla Survey GISCi 2003 (3.2%). I test inadeguati possono essere legati al prelievo, all'allestimento del preparato, alla lettura e a cause organizzativo/gestionali.

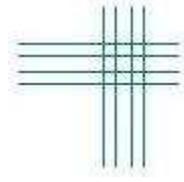
Per quanto riguarda gli inadeguati, va segnalato che il 49% delle donne invitate a ripetere il test, cioè quasi una su due, non lo ripete, per lo meno nel contesto dei programmi di screening.



La colposcopia è un esame finalizzato all'osservazione dei tessuti cervico-vaginali eseguito in vivo, per individuare, in fase precoce, eventuali lesioni precancerose o cancerose del collo dell'utero. Si tratta quindi di un esame di approfondimento diagnostico (II Livello) indispensabile nelle pazienti in cui si sospetta la presenza di una patologia del collo dell'utero rilevata tramite il Pap-test. Il colposcopio, lo strumento ottico con cui si effettua l'esame, è dotato di una sorgente di luce propria e di un sistema di lenti che permettono di visualizzare lesioni anche minime invisibili ad occhio nudo, ingrandendole fino a 40 volte. Per effettuare l'esame vengono inoltre utilizzati reagenti chimici.

Nel Veneto gli invii in colposcopia in rapporto all'età, evidenziano come essi diminuiscano con l'aumentare di questa, analogamente ai test inadeguati, probabilmente per il prevalere dei quadri flogistici (infiammatori) nelle età più giovani.

È importante che il programma sia in grado di identificare un adeguato numero di lesioni, mantenendo allo stesso tempo la proporzione di invii in colposcopia entro limiti accettabili, sia per il carico d'ansia che l'esame comporta alle donne che per i suoi costi economici.



Nel 2004, il tasso medio regionale di invii in colposcopia è di 4,2 ogni cento donne esaminate, con una notevole variabilità fra Aziende ULSS (range 1,4-7,2%). Non esiste ancora uno standard a cui fare riferimento, ma il dato medio rilevato nel Veneto risulta superiore alla media dei programmi italiani rilevata della Survey GISCI del 2003, pari a 2.6%.

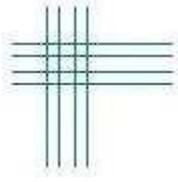


È importante che le donne che aderiscono allo screening abbiano una risposta e, ove necessario, un approfondimento diagnostico, in tempi adeguati. I risultati mostrano un miglioramento rispetto al 2003, con il 76% delle risposte per test negativo inviate alle donne entro 30 giorni dalla esecuzione.

I tempi per l'esecuzione delle colposcopie si pongono al di fuori degli standard consigliati, con il 60% di queste eseguite entro 60 giorni dal Pap-test.

TEMPI DELLA PROCEDURA DI SCREENING					
Tempi di risposta	Range 2004	Media 2004	Media 2003	Media 2002	Standard consigliato
Risposta al Pap-test negativo: % entro 30 gg	(12 - 100%)	76%	70%	66%	80% entro 30 gg
Tempo dall'esecuzione dal Pap-test alla colposcopia: percentuale entro 60 gg	(13 - 100%)	60%	42%	61%	90% entro 60 gg

La distribuzione degli invii in colposcopia per tipo di diagnosi mostra che complessivamente nel 93% dei casi è stata riscontrata una lesione di basso grado. L'adesione alla colposcopia è un indicatore fondamentale per monitorare l'efficacia del programma. Vari studi infatti hanno dimostrato come una certa quota di tumori invasivi sia conseguenza di un mancato accertamento dopo una citologia positiva.



Ricordiamo che le indagini diagnostiche sono indirizzate ad individuare eventuali lesioni precancerose, cioè con possibilità di evoluzione in senso neoplastico. Quando la lesione è localizzata al collo dell'utero viene anche definita CIN (Neoplasia Intraepiteliale Cervicale). In base alla sua gravità viene distinta in Displasia Lieve (CIN 1), Displasia Moderata (CIN 2) e Displasia Grave (CIN 3).

I valori medi regionali per l'adesione alla colposcopia per tutte le classi citologiche e per le diagnosi gravi, rientrano negli standard accettabili e sono migliorati ulteriormente rispetto all'anno precedente.

Il parametro di riferimento per la valutazione della qualità degli esami citologici (la citologia è la scienza che studia la struttura ed il funzionamento delle cellule) è la percentuale di diagnosi confermate all'istologia (che invece è la branca dell'anatomia che studia la struttura microscopica dei tessuti).

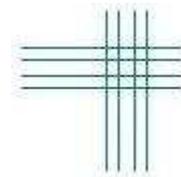
In tale contesto, delle donne sottoposte a colposcopia, sono:

- per il 56.6% risultate sane;
- per il 26% affette da lesioni di basso grado o condilomi (comunemente chiamati "creste di gallo" in quanto si presentano come piccole escrescenze a superficie rugosa di colore roseo). Essi sono causati dal papilloma virus (HPV). Se non trattati, tendono ad aumentare le loro dimensioni sino ad assumere una caratteristica forma a "cavolfiore");
- e solo per il 9% affette da una Displasia Moderata (CIN 2) o più grave.

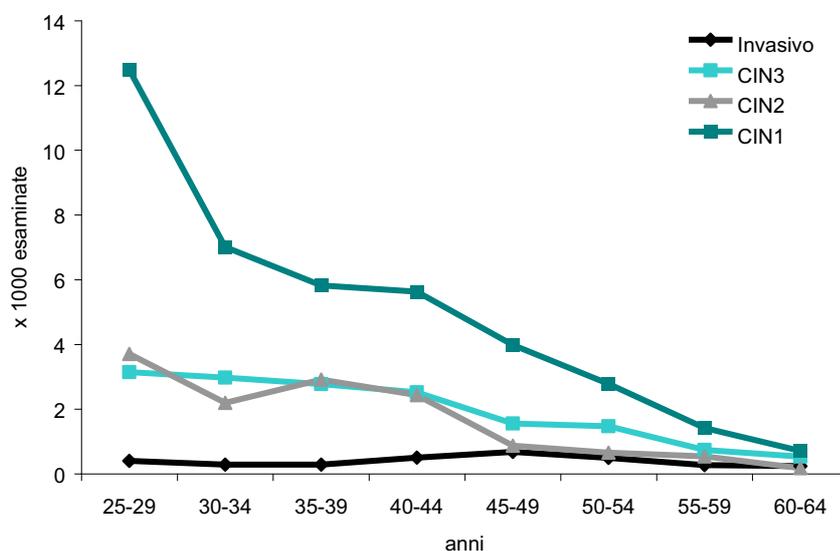
LESIONI ISTOLOGICHE TROVATE ALLO SCREENING VENETO 2004				
Displasia Lieve (CIN 1)	Displasia Moderata (CIN 2)	Displasia Grave (CIN 3) Ca squamoso in situ	Neoplasia intracervicale (Ca invasivo)	Totale
513	175	220	25	933

Adottando una stima conservativa (valutazione delle conseguenze dannose) è possibile affermare che circa la metà dei casi di Displasia grave (CIN 3) e circa il 25% dei casi di Displasia moderata (CIN 2), se non sono trattati, evolvano in cancro invasivo.

Su questa base si può stimare che tra le donne che hanno eseguito il Pap-test, a seguito di un invito da parte dei programmi 2004, gli screening hanno permesso di prevenire circa 154 Neoplasie intracervicali.

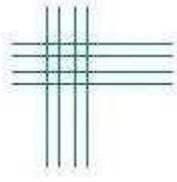


Distribuzione per età delle lesioni istologiche trovate allo screening - Veneto 2004



Principali indicatori di qualità dello screening citologico della Regione Veneto, e ove disponibili, standard di riferimento per il periodo 2002-2004

Indicatore	2004	2003	2002	Standard GISCi	Survey GISCi 2003
Estensione	59,7	63	73,9	100%	
Adesione grezza	42	38,8	41,8		
Adesione corretta	49,8	46,6	52,8		38,7
Risposta a pap-test negativo: % invio entro 30gg	76	70	66		80%
Tempo fra pap-test e colposcopia: % entro 60gg	60	35	61		90%
Test inadeguati	6	7,1	6,8	Acc. < 7% Des. < 5%	3,2%
Invii in colposcopia	3,6	3,4	3,7		2.6%
Adesione alla colposcopia per tutte le classi cito	90,4	89,6	85,7	Acc. ≥ 80% Des. ≥ 90%	86%
Adesione alla colposcopia per HSIL+ (lesione grave)	96,4	94,4	88,7	Acc. ≥ 90% Des. ≥ 95%	91.1%
VPP Biopsia per CIN 1 +	46,5	48	41	almeno 85	
VPP ASC-US/ASCUS+ per Cin 2+	10,3	11,3	10,1		15%
DR grezza per CIN 2+	3,5‰	3.8‰	3.4‰		2,8‰ grezza
Non trattamento per CIN 1	85,9	74	53		73,2%



Screening mammografico

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori, che nel 2004 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati più di 3.800, pari al 28% di tutte le neoplasie nelle donne.

Gli screening mammografici sono iniziati in Europa tra gli anni Ottanta e Novanta, in base ai risultati di studi che dimostravano una consistente riduzione della mortalità specifica, a seguito dell'effettuazione del controllo mammografico biennale nelle donne dai 50 ai 69 anni di età, efficacia recentemente riaffermata dall'Agenzia dell'OMS per la Ricerca sul Cancro (IARC)¹.

L'obiettivo primario del programma di screening è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella. Obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili. Ambedue questi obiettivi sono legati alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento dei linfonodi e senza metastasi a distanza.

Per raggiungere i propri obiettivi il programma di screening deve rispondere ad adeguati standard di qualità, che deve essere verificata sia tramite indicatori di processo che indicatori di esito.

Nella realizzazione dello screening mammografico il miglior rapporto costo/benefici è legato all'osservanza del modello organizzativo standard indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali. Questo prevede in primo luogo la lettura differita della mammografia (Mx) e il successivo richiamo delle positive/sospette per gli approfondimenti. Nel corso del 2005, la maggior parte delle Aziende ULSS ha adottato tale modello.

Infatti, la doppia lettura delle Mx, altra componente essenziale del modello organizzativo standard, viene eseguita in 12 dei 18 programmi attivati.

Adesione e copertura dei programmi di screening mammografico

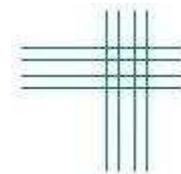
Il programma regionale intende coinvolgere tutta la popolazione femminile residente di 50-69 anni, pari a circa 575.000 donne, offrendo una mammografia gratuita con cadenza biennale.

A fine 2005 lo screening mammografico era presente in 18 Aziende ULSS su 21, con una popolazione bersaglio residente di 500.304 donne, pari al 95% delle donne target del Veneto.

Nel 2005 sono state invitate circa 187.000 donne pari al 75% della popolazione bersaglio annuale. L'estensione, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, dopo un incremento costante di anno in anno, registra una lieve riduzione nel 2005. Anche nel caso degli screening mammografici, a livello di singole Aziende ULSS vengono in evidenza periodi diversi di attivazione e particolari caratteristiche demografiche e territoriali.

Nel 2005 l'adesione grezza, cioè il rapporto tra gli esami eseguiti e le donne invitate, presenta una media regionale del 64,6%, e registra un lieve aumento rispetto al 2004 (63,1%). L'adesione globale rimane al di sopra della soglia di accettabilità (50%) indicata dagli standard Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa), e superiore a quella della media dei programmi italiani del 2004 (55,8%), ma ancora lontano dallo standard desiderabile (75%).

¹ Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, IARC Press 2002.

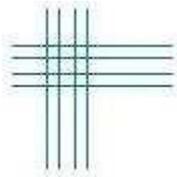


ESTENSIONE ANNUALE DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO
2003-2005

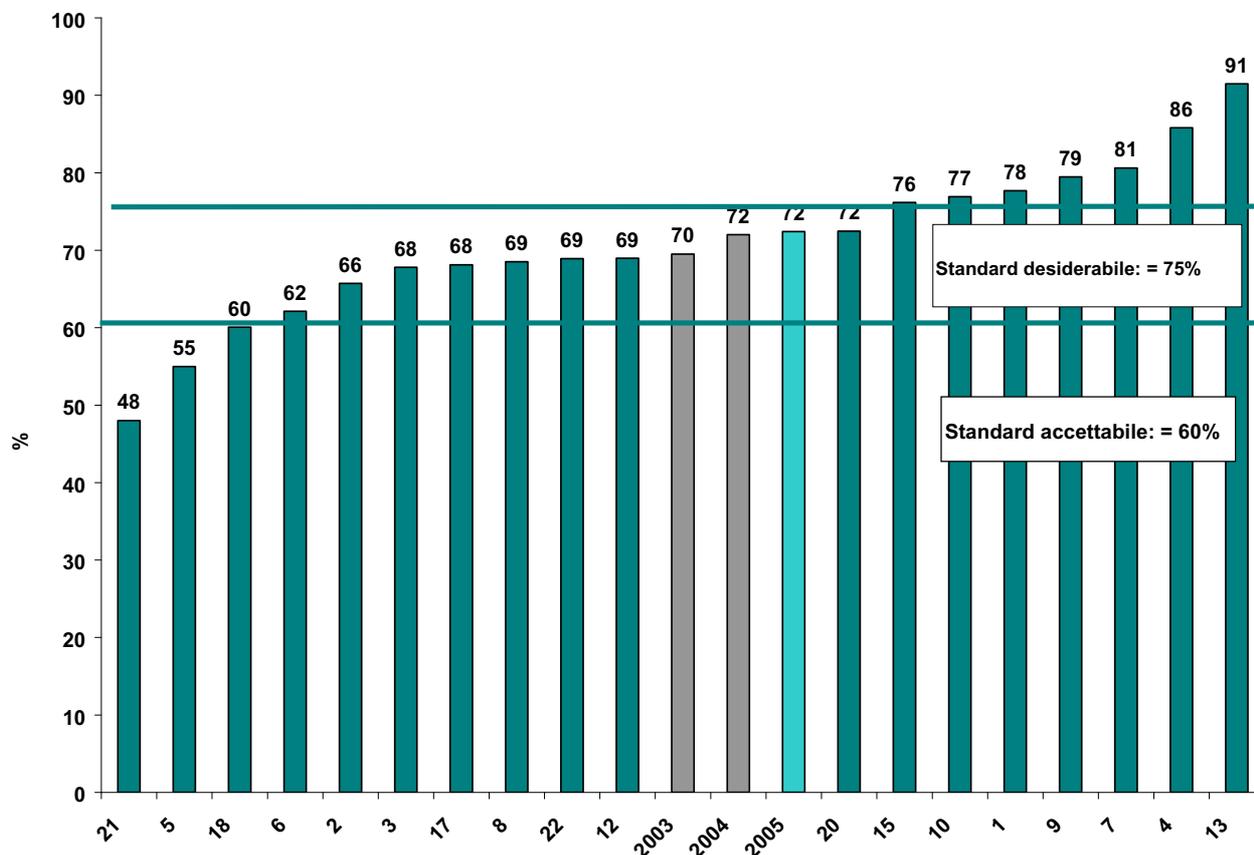
Aziende ULSS	Popolazione bersaglio annuale	Popolazione invitata nel 2005	Rapporto percentuale tra donne invitate e fascia di popolazione bersaglio annuale		
			2005	2004	2003
Azienda Ulss n. 1 Belluno	8.741	5.947	68,0	73,7	79,9
Azienda Ulss n. 2 Feltre	5.277	4.850	91,9	89,3	92,3
Azienda Ulss n. 3 Bassano	9.982	435	4,4	\	\
Azienda Ulss n. 4 Thiene	10.878	10.584	97,3	82,9	93,9
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	9.881	7.552	76,4	49,6	86,2
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	18.240	15.938	87,4	62,9	62,4
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	12.933	12.004	92,8	98,3	79,6
Azienda Ulss n. 8 Asolo	13.170	12.939	98,2	103,2	100,8
Azienda Ulss n. 9 Treviso	23.389	19.081	81,6	117,5	83,1
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	12.743	6.640	52,1	37,5	24,2
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	22.278	3.223	14,5	29,8	33
Azienda Ulss n. 13 Mirano	15.876	15.521	97,8	82,8	98,3
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	12.945	11.237	86,8	92,9	114,2
Azienda Ulss n. 17 Este	10.749	10.172	94,6	100	79
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	11.012	10.301	93,5	99,7	83,6
Azienda Ulss n. 20 Verona	28.236	19.985	70,8	72,1	105,8
Azienda Ulss n. 21 Legnago	8.715	6.098	70,0	101,6	87,3
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	15.110	14.643	96,9	88,3	99,4
Veneto	250.152	187.150	74,8	79,5	76,0

Il tasso grezzo di adesione agli esami successivi al primo è ancora maggiore e arriva all'82,9%. Tale percentuale è rappresentativa di un risultato corrispondente all'attesa ed è conforme a quanto registrato generalmente dai programmi nelle fasi successive alla prima.

Come accennato per lo screening citologico, l'adesione corretta è un indicatore più rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio, in quanto, dopo l'invito, viene escluso dal denominatore un certo numero di donne che hanno effettuato un test recente.



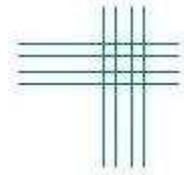
Screening mammografico Adesione corretta, primi esami ed esami successivi - Veneto 2005



La maggior parte dei programmi si situa ampiamente sopra la soglia di accettabilità (60%). L'adesione per età e fascia di popolazione bersaglio mostra, analogamente a quanto evidenziato nelle ultime Survey GISMa e nei precedenti rapporti regionali, una minore adesione nelle donne di età superiore ai 65 anni. Non bisogna naturalmente dimenticare che obiettivo fondamentale degli screening è ottenere la più ampia copertura della popolazione obiettivo, intendendo come copertura la proporzione di donne della popolazione bersaglio con almeno una diagnosi mammografica negli ultimi due anni, sia nel contesto che al di fuori dei programmi di screening.

L'Osservatorio Nazionale Prevenzione Tumori Femminili ha proposto a tutte le Regioni di utilizzare gli archivi delle prestazioni ambulatoriali per stimare la copertura della popolazione con Pap-test e mammografia eseguiti sia nei programmi organizzati di screening che come esami spontanei da donne nelle fasce d'età previste (rispettivamente 25-64 e 50-69).

Tale stima è stata effettuata su un campione di 10 Aziende ULSS. La copertura, ovvero la proporzione di donne di 50-69 anni con almeno un esame, dentro e/o fuori dallo screening, nel biennio 2002-2003, è risultata complessivamente del 67,5%. A tale valore contribuiscono lo screening con il 44,5% e gli esami spontanei per il 19,9%. Soltanto il 3,1% delle donne eleggibili hanno fatto sia un esame di screening che uno spontaneo.

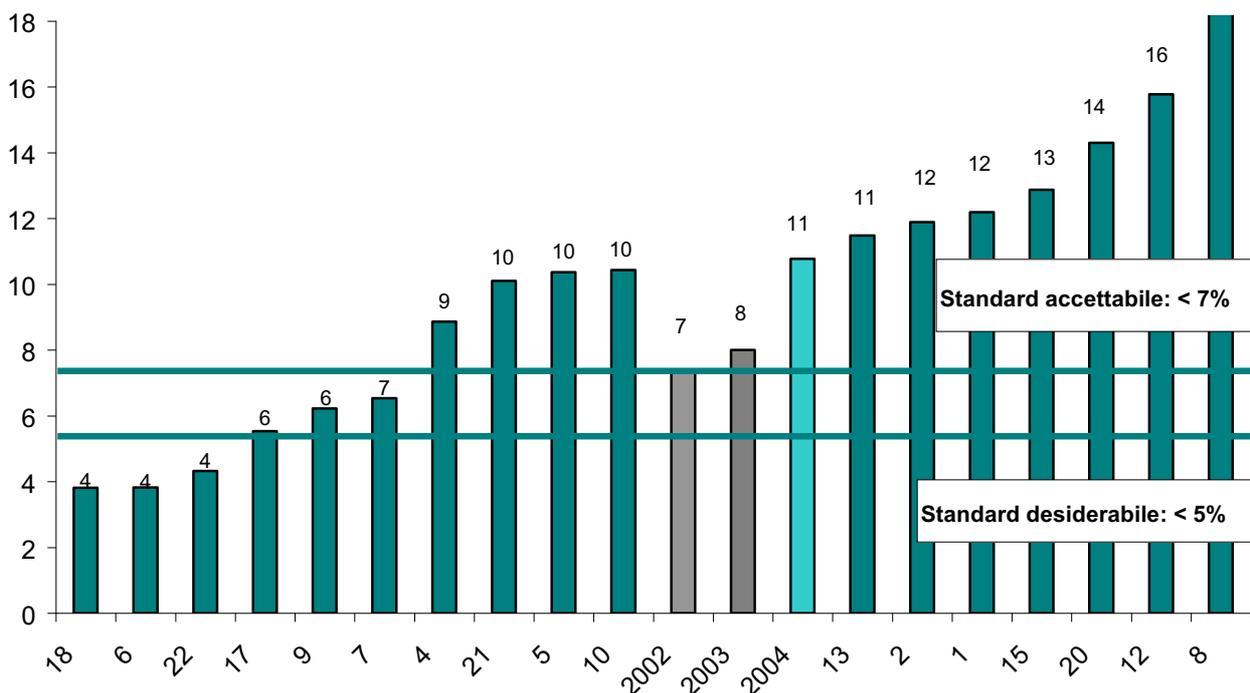


Tuttavia, i dati delle prestazioni ambulatoriali sono risultati limitati ai fini di una stima regionale della copertura con mammografia di screening della popolazione eleggibile. Si considera quindi auspicabile l'estensione della rilevazione e dell'analisi all'intero Sistema Socio Sanitario.

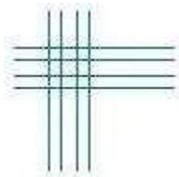
Per quanto riguarda i tempi della procedura di screening, nel 2004 l'89% delle risposte in caso di mammografia negativa è stato inviato alle donne entro 21 giorni dalla esecuzione del test, un valore ulteriormente migliorato rispetto a quello del 2003 (85%) e conforme allo standard accettabile GISMa. Il 68% degli approfondimenti è avvenuto entro un mese dall'esecuzione della mammografia di screening. Per valutare questo dato è importante considerare anche il tempo richiesto dalle donne per considerare opzioni diverse da quelle proposte dal programma di screening. Nei modelli organizzativi non standard la donna viene informata immediatamente del risultato della Mx e successivamente le viene inviata una lettera, e i tempi per gli approfondimenti si riferiscono alle procedure invasive.

Il tasso di richiamo costituisce l'indicatore principale della specificità diagnostica del programma nella fase di primo livello. La percentuale di donne richiamate per ulteriori approfondimenti diagnostici dopo una mammografia di primo livello nel 2004 risulta essere pari al 10,8% per i primi esami, registrando un incremento di 2,8% rispetto al 2003. Tale dato risulta superiore al valore dello standard accettabile, in cui rientrano solo sei programmi, e superiore anche alla media dei programmi italiani del 2003, pari a 7,8%.

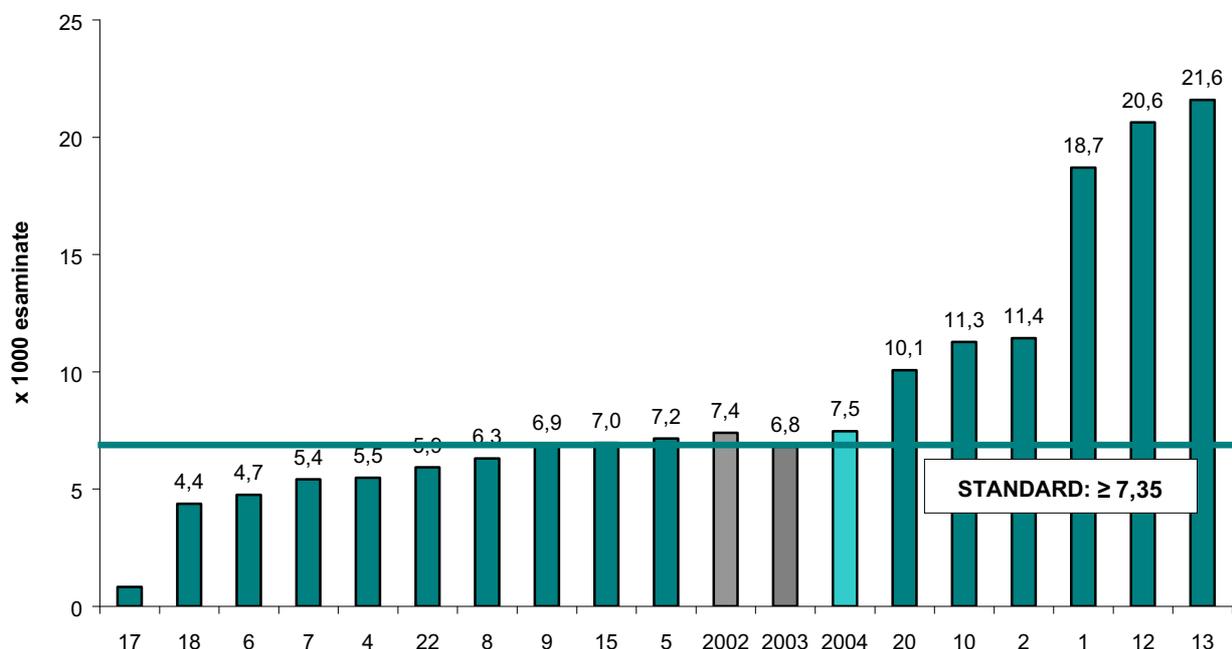
Tasso di richiamo dopo una mammografia di primo livello nel 2004



Analizzando il tasso di identificazione in base agli anni di attività dei programmi si può notare un incremento della capacità diagnostica con l'aumentare degli anni di esperienza, sia per i primi esami che per quelli successivi. La flessione che si osserva a partire dal quinto anno nelle donne ai primi esami va probabilmente attribuita all'aumento progressivo in questa coorte della quota di donne giovani (neo cinquantenni), che sono caratterizzate da un rischio minore.

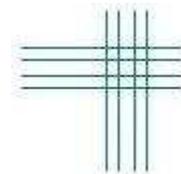


Tasso di identificazione dopo una mammografia di primo livello nel 2004



Principali indicatori di qualità dello screening mammografico della Regione Veneto e standard GISMa per il periodo 2002-2004

Indicatori	2004	2003	2002	Standard GISMa	
				Accettabili	Desiderabili
N° di Aziende ULSS con programma attivo	18/21	18/21	18/21	100%	100%
% Estensione	79,5	76	74,5	100%	100%
% Adesione grezza	63,1	57,4	55,8	≥ 50%	≥ 70%
% Adesione corretta	72	70,9	65,4	≥ 60%	≥ 75%
% Richiami ai primi esami	10,8	8	7,4	<7%	<5%
% Richiami agli esami successivi	3,7	4,3	4,5	<5%	<3%
DR totale grezzo (x1000) ai primi esami	7,5	6,8	7,4	>7,35	>7,35
DR totale grezzo (x1000) agli esami successivi	5	5,5	4,3	>3,7	>3,7
Rapporto B/M ai primi esami	0,29	0,35	0,29	1:1	0,5:1
DR tumori 10 mm (x1000) ai primi esami	1,56	1,64	2,22	> 1,5	≥ 2,5
% tumori in situ ai primi esami	15,7	16,3	12,6	10%	10-20%
Tempestività della risposta alla mammografia negativa: % entro 21 gg	89	85	73	85% a 21gg	90% a 15gg
Tempo dalla Mx di screening alla sessione di approfondimento: % entro 28 gg	68	85	-	90% a 28gg	90% a 21gg



La variabilità territoriale del tasso di identificazione può dipendere da diversi fattori. I più importanti sono l'abitudine all'uso della mammografia in quella popolazione prima dell'avvio del programma e le caratteristiche del sottogruppo di donne interessate (ad esempio l'età).

La dimensione del tumore rappresenta un ottimo parametro per predire la probabilità di buon esito della terapia. Lo screening mira ovviamente a identificare lesioni di piccole dimensioni. Il tasso di identificazione per i tumori invasivi fino a 10 mm è stato di 1,56 per 1.000 donne esaminate (standard suggerito: >1.5 ogni 1.000 donne esaminate).

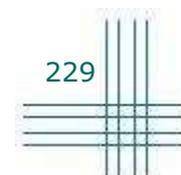
Screening colonrettale

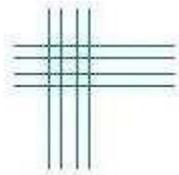
A fine 2005 lo screening coloretale era attivo in tredici Aziende ULSS del Veneto. Di queste, undici propongono il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (Fecal Occult Blood Test FOBT) ai residenti in età 50-69 anni, mentre due (Padova e Verona) invitano i residenti sessantenni ad eseguire lo screening dei fattori di rischio (Risk factor screening RS).

La popolazione bersaglio residente nelle Aziende ULSS con programmi FOBT è di 510.840 persone, pari al 44,1% della popolazione tra i 50 e i 69 anni di età residente nel Veneto. Nel 2005 sono state invitate 124.074 persone, pari al 48% della popolazione obiettivo annua. Va sottolineato che ben cinque programmi sono stati attivati nel corso del 2005 e quindi hanno avuto a disposizione solo parte dell'anno per effettuare gli inviti.

Estensione degli inviti e persone sottoposte a screening colonrettale per Azienda ULSS e fascia d'età - Veneto 2005

Azienda ULSS	Fascia di età della popolazione bersaglio	Popolazione bersaglio complessiva	Popolazione invitata	Numero persone effettivamente sottoposte allo screening
101	50-69	34.566	15.078	10.709
102	50-69	20.149	9.973	6.397
104	50-69	44.910	18.577	14.506
107	50-69	52.580	23.298	17.974
108	50-69	52.766	1.974	1.088
113	50-69	65.213	16.278	11.012
114	50-69	13.363	844	216
115	50-69	53.386	193	74
116	60	4.954	435	105
118	50-69	67.438	3.103	1.318
120	60	4.731	3.432	1.234
121	50-69	33.754	8.426	4.603
122	50-69	63.030	22.463	12.418
Totale		510.840	124.074	81.654





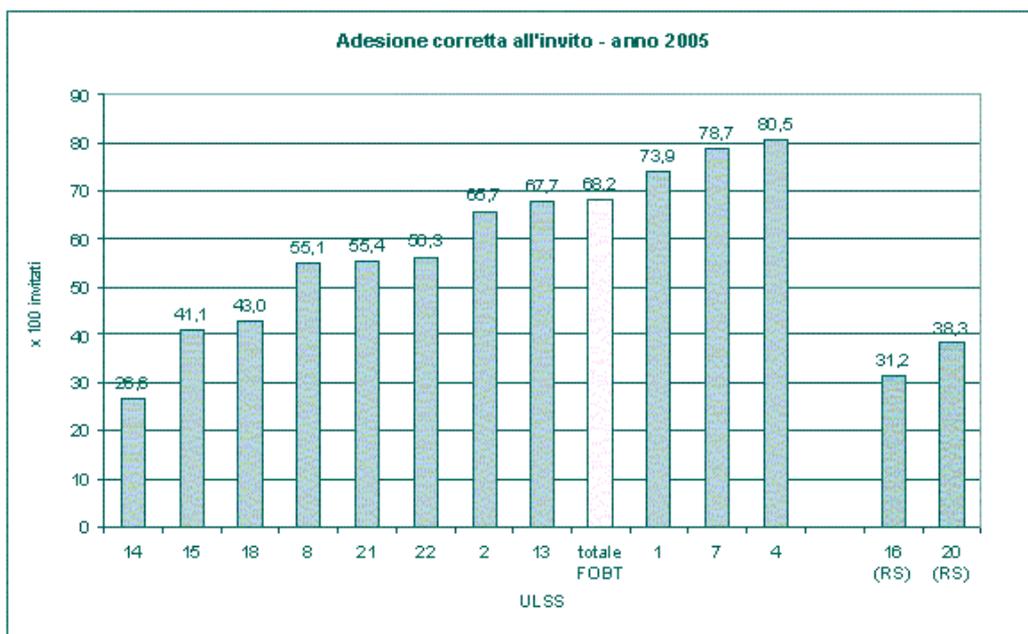
I programmi di Padova e Verona hanno avuto nel 2005 una popolazione obiettivo di 9.700 soggetti, di cui il 40%, pari a 3.870 persone, è stato invitato ad effettuare lo screening.

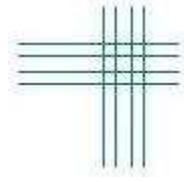
Il tasso grezzo di partecipazione nel 2005 (66.8%) è ampiamente superiore al valore medio nazionale per il 2004 (51.3%), al quale peraltro contribuivano analoghi valori dei programmi veneti. Il tasso regionale deriva dalla composizione di valori elevati nella maggior parte dei programmi e soprattutto in quelli già consolidati, mentre si rilevano notevoli margini di miglioramento nei programmi di più recente attivazione. Pur in mancanza di standard di riferimento, è da notare che i dati presentati sono superiori alle migliori performance riportate in letteratura (Vernon 1997). Tale risultato potrebbe essere almeno in parte spiegato dalle dimensioni medio piccole dei programmi veneti.

Dati principali dell'attività dei programmi FOBT 2004, Veneto e Italia

		Veneto	Italia
Invitati (anno 2005)		124.074	331.333
Screenati (anno 2005)		81.654	165.480
Adesione corretta (%) (anno 2005)		68,2	51,3
Test positivi (%)		5,7	5,4
Detection Rate, DR (‰)	Carcinomi	2,9	2,8
Detection Rate, DR (‰)	Adenomi ad Alto Rischio	14,0	11,6
Detection Rate, DR (‰)	Adenomi a Basso Rischio	10,3	6,7
Valore Predittivo Positivo, VPP (%)	Carcinomi	6,8	6,3
Valore Predittivo Positivo, VPP (%)	Adenomi ad Alto Rischio	33,3	25,8

L'adesione ai programmi di Padova e Verona, che propongono un test endoscopico, è sensibilmente inferiore a quella con un test meno invasivo quale il FOBT. Rispetto agli altri programmi italiani che utilizzano il Risk factor screening ed ai dati di letteratura l'adesione è comunque più elevata (37%), probabilmente grazie ad una campagna informativa capillare ed al richiamo dei non aderenti.





Chiarimenti

Lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, caratteristica del Sistema Socio Sanitario veneto, si esplicita sulla base di una sistematica e costante osservazione, che prevede la conseguente ridefinizione dei sistemi erogativi.

Da questo punto di vista i principali interventi nell'ambito distrettuale e sociale riguardano la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di base, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, il consolidamento della residenzialità extraospedaliera e lo sviluppo di un'adeguata rete di ospedali di comunità.

Nel campo delle cure primarie un importante strumento di innovazione è quello che consente di garantire una assistenza alla popolazione, sul territorio, erogata nell'arco delle 24 ore. Da questo punto di vista, le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), in qualità di presidi integrati per le cure primarie, prevedono l'associazione di più medici convenzionati (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione. Esse sono attualmente gli strumenti con il maggior grado di capacità di innovazione.

Esse possono fungere, poi, da elementi catalizzatori di un processo di integrazione di diversi attori coinvolti nell'assistenza territoriale secondo caratteristiche di gradualità, quali ad esempio:

- modelli caratterizzati dalla collaborazione ed integrazione professionale di Medici di Famiglia, Medici di Comunità Assistenziale, Pediatri di Base;
- modelli con partecipazione aggiuntiva rispetto a quella di base, di specialisti, di medici della dirigenza medica territoriale e di personale dell'assistenza sanitaria infermieristica;
- modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturino l'intervento complessivo delle Aziende Ulss con gli Enti Locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria.

La popolazione servita costituisce l'elemento di riferimento per la costituzione delle UTAP. In tal senso, va considerato in modo diverso il numero degli assistiti in presenza di zone ad alta o bassa densità di popolazione.

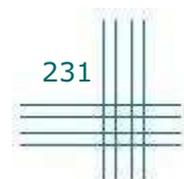
Normativa

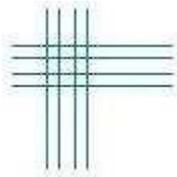
Deliberazione della Giunta Regionale n. 4080 del 22 dicembre 2000: "Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale. Aggiornamento (art. 18, co 1 - 2, L.R. n. 5/1996)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3889 del 31 dicembre 2001: "Accordo regionale per la medicina convenzionata di cui agli accordi collettivi nazionali resi esecutivi con DGR n. 270/2000, n. 272/2000 e n. 271/2000".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1722 del 18 giugno 2004: "Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario - modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) – approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2359 del 30 luglio 2004: "il sistema della domiciliarità".





Deliberazione della Giunta Regionale n. 2481 del 06 agosto 2004: Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: "Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissioni ospedaliere".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3220 del 25 ottobre 2005: "Accordo regionale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale reso esecutivo in data 23.3.2005, mediante intesa della Conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4395 del 30 dicembre 2005: "Accordo regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato - Regione, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale".

Fonti

Regione del Veneto: Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari - Servizio per le Attività Distrettuali, afferenti alla Segreteria Sanità e Sociale.

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/AttivitaDistrettuali/>

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

Sito Internet:

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

Regione del Veneto: Direzione Servizi Sociali - Unità Complessa per la non autosufficienza, afferenti alla Segreteria Sanità e Sociale.

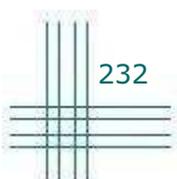
Sito Internet:

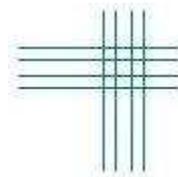
<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/U.C.+per+la+non+autosufficienza.htm>

Regione del Veneto: Direzione Servizi Sociali - Servizio Prevenzione Devianze, afferenti alla Segreteria Sanità e Sociale.

Sito Internet:

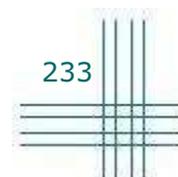
http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Strutturazione_Segreteria_Sanita.htm

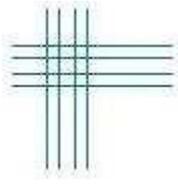




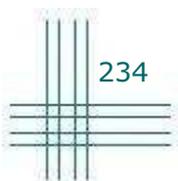
Parte Quarta

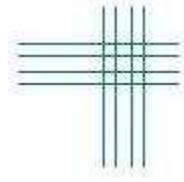
Assistenza ospedaliera





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di rappresentare le attività relative all'assistenza ospedaliera nel biennio 2004-2005.





4.1 Assistenza in regime di ricovero ordinario e diurno

Descrizione dei fenomeni

La Regione del Veneto ha attivato, sin dalla metà degli anni Novanta, dei processi di riorganizzazione e di razionalizzazione della rete ospedaliera. Tale opera è stata interessata da un ulteriore impulso nel corso del 2005, con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005. Per gli aspetti che qui interessano, gli aspetti fondamentali sono:

- Con la sottoscrizione dell'accordo le Regioni si sono impegnate ad adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. L'obiettivo è il raggiungimento dello standard in tutto il Paese entro l'anno 2007.
- Le Regioni si sono inoltre impegnate ad adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. La riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, deve garantire il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti. L'obiettivo è di minore impatto rispetto al tasso precedentemente fissato che era pari al 160 ricoveri per mille abitanti residenti.

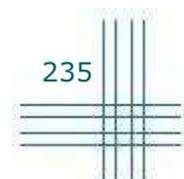
Come vedremo questi obiettivi sono già stati raggiunti dalla nostra Regione, ma ciò non fa certo venir meno l'attenzione ad un ulteriore miglioramento, soprattutto in direzione di una maggiore uniformità tra le Aziende Sanitarie del Veneto.

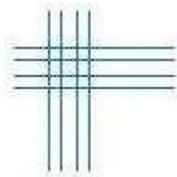
Per questo motivo, la Giunta Regionale del Veneto ha voluto, con la Deliberazione n. 751 del 11 marzo 2005, proseguire il percorso di ridefinizione della rete ospedaliera del Veneto dando avvio ad un'ulteriore revisione delle dotazioni ospedaliere al fine non solo di un adeguamento agli standard di legge, ma altresì al fine di garantire una più efficiente distribuzione delle risorse e più efficaci modelli di gestione delle medesime.

Le azioni si sono incentrate non solo sull'offerta complessiva di assistenza ospedaliera ma anche sul miglioramento dell'efficienza del processo di produzione e di erogazione delle singole prestazioni. Uno degli elementi di maggiore innovazione riguarda il superamento di rigide classificazioni dei presidi ospedalieri e l'individuazione di profili funzionali in cui includere ciascun presidio ospedaliero all'interno di una logica di rete.

Tali profili specificano, infatti, il ruolo di ciascun presidio considerato come elemento di una rete interconnessa. Si individuano, quali profili di riferimento, gli ospedali costitutivi della rete (che si articolano sulla base della diversa complessità organizzativa in Aziende Ospedaliere, ospedali capoluogo di Provincia e ospedali di rete) ai quali si affiancano gli ospedali integrativi della rete, che di norma sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva.

Un ulteriore sviluppo qualitativo è atteso dall'individuazione di un sistema di indicatori e standard di processo per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri che mira ad una analisi dei tassi di ospedalizzazione più dettagliata e specifica.





Sulla base di quanto precedentemente descritto ed al fine di fornire la possibilità di un'adeguata comparazione, saranno successivamente richiamate le formule utilizzate nella Relazione Socio Sanitaria 2004 (dati 2002-2003). La ripetizione agevolerà la lettura dei dati e della loro elaborazione.

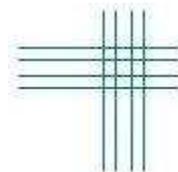
Il primo elemento da considerare è la popolazione.

POPOLAZIONE RESIDENTE PER FASCE D'ETÀ AL 31/12/2004							
Aziende ULSS	fino a 1 anno	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni	Totali
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1.079	5.370	59.379	35.449	13.943	14.070	129.290
Azienda Ulss n. 2 Feltre	668	3.559	37.732	22.170	8.928	9.343	82.400
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.842	9.044	89.137	42.311	15.683	13.823	171.840
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1.901	9.370	92.641	45.256	17.730	14.762	181.660
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.990	9.221	91.207	42.581	15.869	12.949	173.817
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3.223	15.468	156.647	76.138	28.776	24.657	304.909
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	2.085	9.973	103.970	53.961	21.492	20.573	212.054
Azienda Ulss n. 8 Asolo	2.691	12.695	124.847	57.821	20.153	18.411	236.618
Azienda Ulss n. 9 Treviso	5.078	15.768	197.746	100.020	37.720	34.609	390.941
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.860	9.281	101.329	53.917	21.298	17.546	205.231
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	2.415	12.139	131.942	84.918	37.809	34.824	304.047
Azienda Ulss n. 13 Mirano-Dolo	2.482	11.430	126.430	67.005	24.263	18.215	249.825
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	1.105	5.666	66.471	34.832	13.101	10.218	131.393
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	2.540	12.424	125.424	56.233	20.355	17.331	234.307
Azienda Ulss n. 16 Padova	3.751	17.626	194.944	108.193	42.957	36.172	403.643
Azienda Ulss n. 17 Este	1.536	7.663	89.940	46.062	18.787	16.946	180.934
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.298	6.012	79.541	46.690	19.397	19.103	172.041
Azienda Ulss n. 19 Adria	495	2.620	35.277	20.159	9.027	7.425	75.003
Azienda Ulss n. 20 Verona	4.252	21.307	221.432	114.671	47.037	42.389	451.088
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1.380	6.376	72.168	37.265	15.121	14.079	146.389
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	2.852	14.034	136.987	65.320	23.843	19.912	262.948
Totali	46.523	217.046	2.335.191	1.210.972	473.289	417.357	4.700.378

I dati relativi alla popolazione considerati in questa parte della Relazione Socio-Sanitaria sono stati rilevati direttamente dalle singole Aziende ULSS e costituiscono la base di riparto del Fondo Sanitario Regionale per gli anni 2004 e 2005.

Le tabelle fanno riferimento al numero di residenti dei Comuni del Veneto che le Aziende ULSS elaborano dopo averle ricevute dalle diverse anagrafi comunali, per cui si avvicinano maggiormente ai reali bacini di utenza rispetto ai dati ISTAT.

La struttura della popolazione locale è quindi un fattore fondamentale da considerare nell'analisi di quanto rilevato presso le Aziende Sanitarie e in ambito regionale. Esso, molto spesso incide, in combinazione con altri elementi, sulle differenze esistenti nel ricorso a particolari prestazioni e anche sui maggiori o minori valori degli indicatori considerati. L'analisi dell'Assistenza Ospedaliera non può quindi prescindere da questa prima osservazione.



POPOLAZIONE RESIDENTE PER FASCE D'ETÀ AL 31/12/2005

Aziende ULSS	fino a 1 anno	da 1 a 5 anni	da 6 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni	Totali
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1.046	5.384	58.751	35.534	14.189	14.259	129.163
Azienda Ulss n. 2 Feltre	645	3.410	37.774	22.406	9.023	9.600	82.858
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.857	9.177	89.333	42.900	16.153	14.244	173.664
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1.915	9.467	92.105	45.501	18.126	15.106	182.220
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.852	9.464	91.429	43.091	16.288	13.365	175.489
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3.287	15.826	156.605	77.135	29.353	25.490	307.696
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	2.102	10.223	104.934	54.242	21.691	20.856	214.048
Azienda Ulss n. 8 Asolo	2.760	13.079	125.496	58.986	20.740	18.771	239.832
Azienda Ulss n. 9 Treviso	4.269	20.263	200.437	100.524	37.602	33.472	396.567
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.853	9.351	101.153	54.549	21.690	18.215	206.811
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	2.334	12.377	130.190	84.418	38.154	35.692	303.165
Azienda Ulss n. 13 Mirano-Dolo	2.400	11.742	126.613	67.667	25.176	19.069	252.667
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	1.102	5.662	66.953	35.497	13.487	11.270	133.971
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	2.592	12.562	126.520	57.170	20.912	17.939	237.695
Azienda Ulss n. 16 Padova	3.740	17.960	195.801	109.090	44.312	36.334	407.237
Azienda Ulss n. 17 Este	1.550	7.814	88.154	46.863	18.806	18.426	181.613
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.319	6.254	78.796	47.322	19.153	19.575	172.419
Azienda Ulss n. 19 Adria	522	2.583	34.740	20.367	8.930	7.734	74.876
Azienda Ulss n. 20 Verona	4.553	21.611	221.736	115.585	47.400	44.134	455.019
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1.413	6.336	72.344	37.678	15.348	14.373	147.492
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	2.863	14.277	138.974	66.568	24.659	20.570	267.911
Totali	45.974	224.822	2.338.838	1.223.093	481.192	428.494	4.742.413

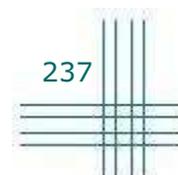
Tutto ciò premesso, il primo indicatore che di seguito si rappresenta è il tasso di ospedalizzazione grezzo, che corrisponde al rapporto tra il numero dei dimessi e la popolazione di riferimento. La formula applicata per il calcolo dell'indicatore, da cui viene escluso il DRG 391 corrispondente ai "neonati sani", è la seguente:

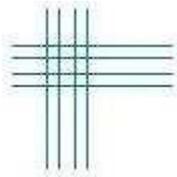
FORMULA APPLICATA ALLE AZIENDE ULSS

$$\frac{D_x}{P_x} = \frac{\text{Ricoveri dei residenti nell'Azienda ULSS nell'anno di riferimento}}{\text{Popolazione totale residente nell'Azienda ULSS relativa all'anno di riferimento}}$$

FORMULA APPLICATA IN AMBITO REGIONALE

$$\frac{D_x}{P_x} = \frac{\text{Totale ricoveri dei residenti nella Regione nell'anno di riferimento}}{\text{Popolazione totale regionale residente relativa all'anno di riferimento}}$$

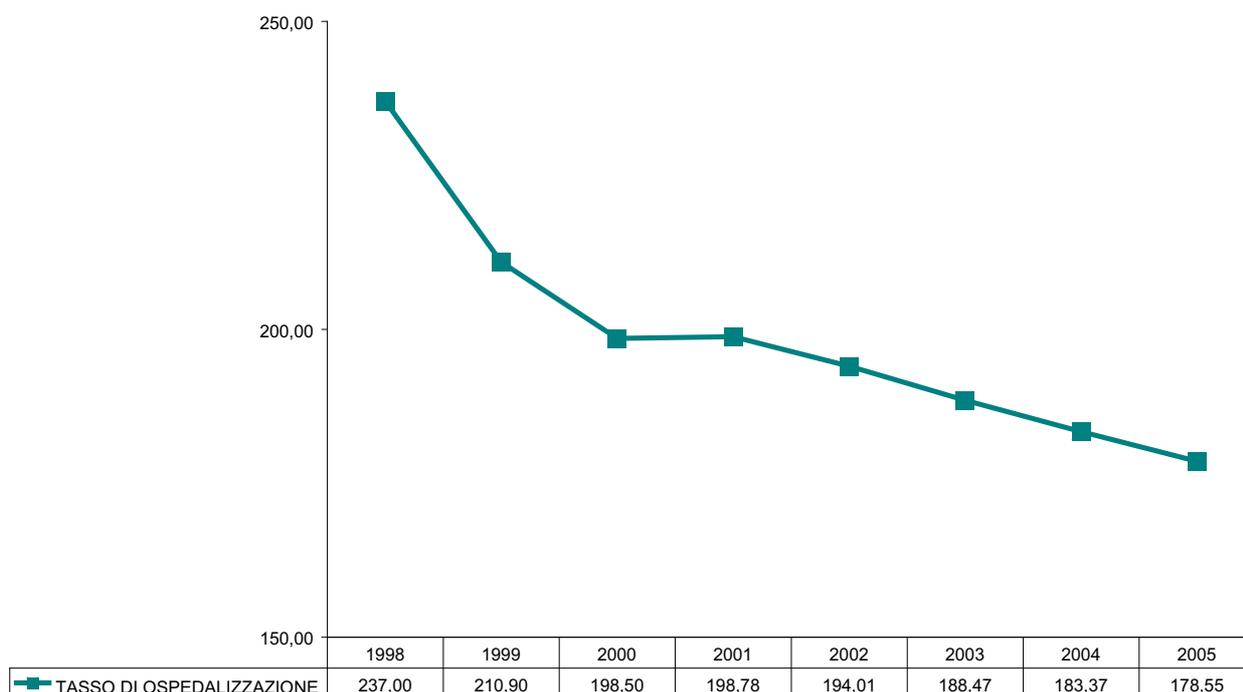




Vediamo quindi qual è il trend del tasso di ospedalizzazione grezzo dal 1998 al 2005, con l'avvertenza che i dati sino al 2002 sono stati ripresi dalle precedenti Relazioni Socio Sanitarie della Regione del Veneto.

Il tasso del 2003 è stato ricalcolato, in quanto con la Relazione Socio Sanitaria 2004 (dati 2002-2003) non erano ancora disponibili i dati sui ricoveri effettuati dai cittadini veneti in altre Regioni.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO: TREND 1998-2005

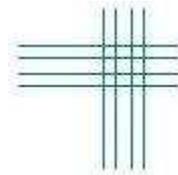


Il trend in diminuzione si conferma non episodico, ma strutturale. Esso è di notevole entità se pensiamo che nell'insieme delle Aziende Socio Sanitarie venete nel periodo che va dal 1998 al 2005, il tasso passa da un valore pari a 237 ricoveri per mille residenti nel 1998 ad un valore pari a 178,55 ricoveri per mille abitanti nel 2005, con un abbassamento complessivo pari a 58,45 ricoveri per mille abitanti in otto anni.

Per dovere di completezza dell'informazione ricordiamo anche che prima dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 l'obiettivo di riduzione del tasso di ospedalizzazione era di 160 ricoveri per mille abitanti. I valori emersi in questi anni dimostrano come la Regione del Veneto si orienti verso il raggiungimento di questo risultato più ambizioso.

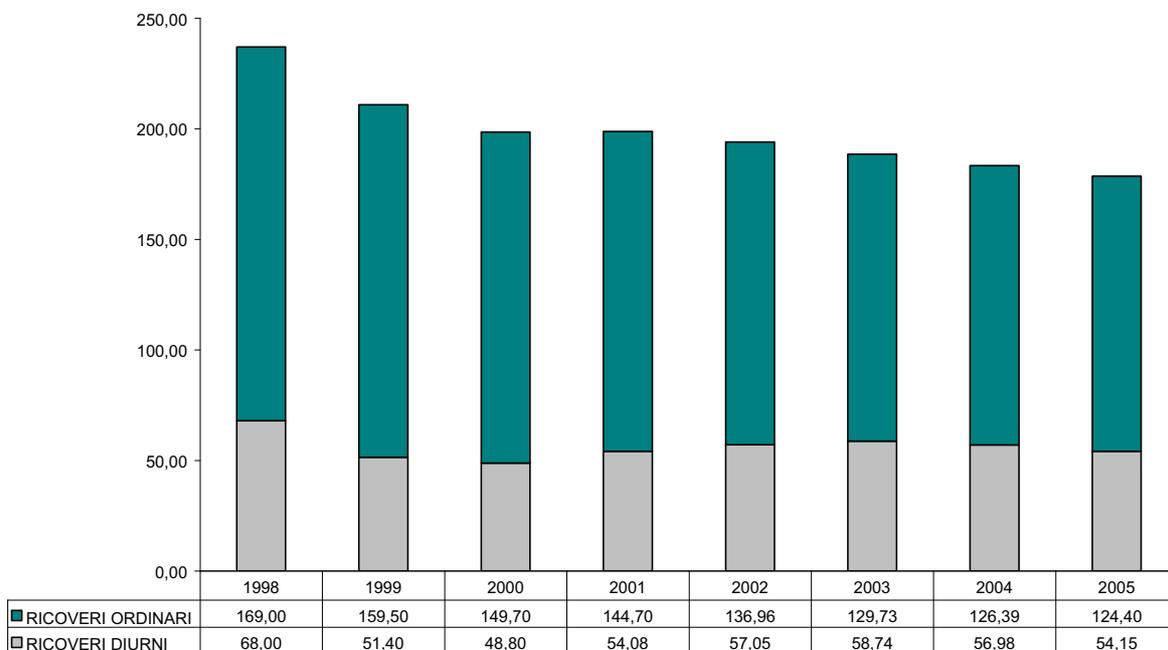
La riduzione è di tutta evidenza sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri diurni, a dimostrazione di una maggiore efficienza ed efficacia anche dei ricoveri in day hospital. Infatti, dalle rilevazioni appare una fase più matura nella gestione dei ricoveri diurni, che dopo alcuni anni di tendenziale aumento, oggi stanno scendendo.

La situazione delle singole Aziende ULSS appare ancora caratterizzata da variabilità. Ciò come si è detto, segnala la necessità di una maggiore uniformità ed allineamento almeno alla media

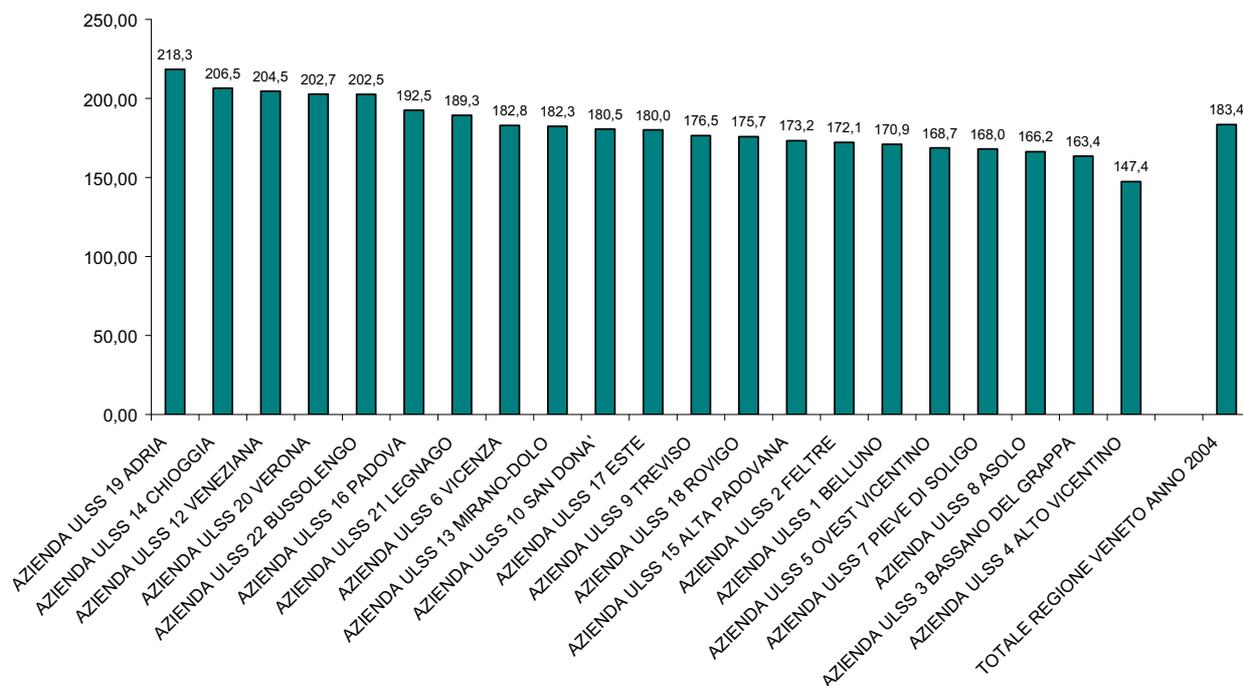


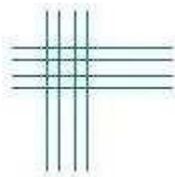
regionale. In tal senso, le migliori pratiche devono rappresentare il modello ispiratore per tutte le Aziende ULSS del Veneto.

Tasso di Ospedalizzazione Grezzo: Trend 1998 - 2005

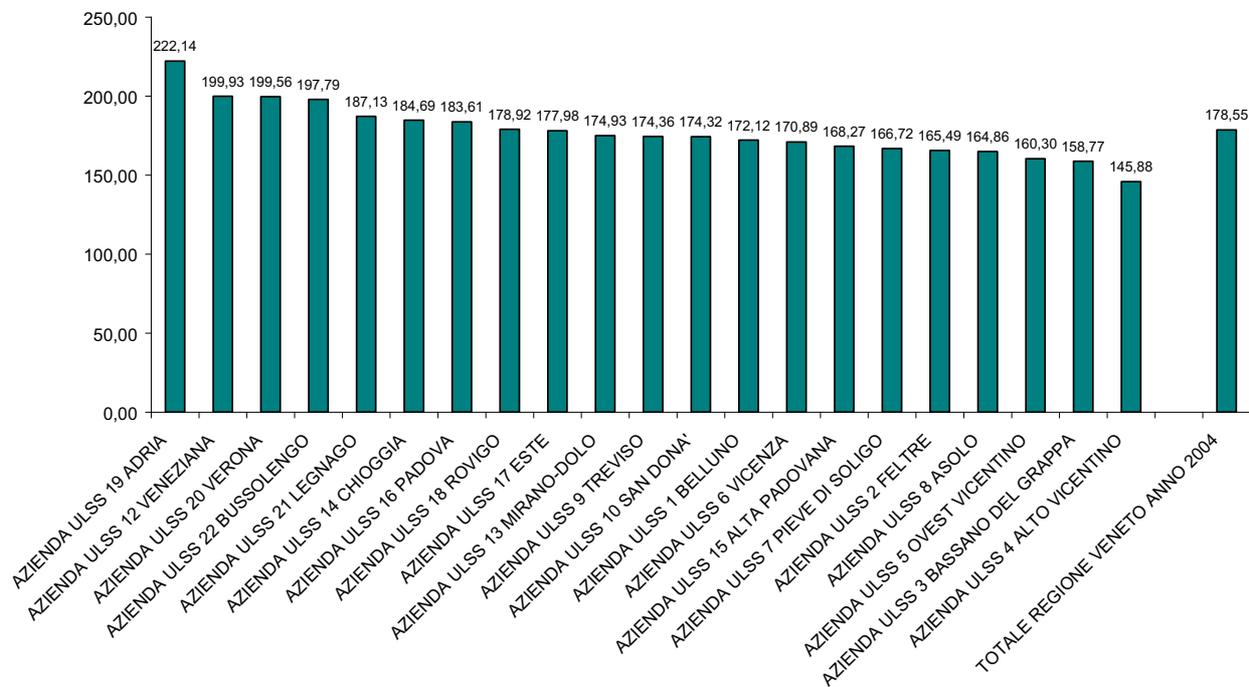


Tasso di Ospedalizzazione grezzo per Azienda ULSS - Veneto anno 2004



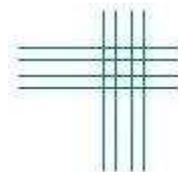


Tasso di Ospedalizzazione grezzo per Azienda ULSS - Veneto 2005



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO PER AZIENDA - BIENNIO 2004-2005

AZIENDE ULSS	Tasso di Ospedalizzazione 2004			Tasso di Ospedalizzazione 2005		
	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali
101 AZIENDA ULSS 1 BELLUNO	129,86	41,05	170,92	128,88	43,23	172,12
102 AZIENDA ULSS 2 FELTRE	130,90	41,18	172,08	129,22	36,27	165,49
103 AZIENDA ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	118,79	44,59	163,38	117,78	40,98	158,77
104 AZIENDA ULSS 4 ALTO VICENTINO	106,89	40,49	147,39	107,16	38,72	145,88
105 AZIENDA ULSS 5 OVEST VICENTINO	122,90	45,78	168,68	118,65	41,65	160,30
106 AZIENDA ULSS 6 VICENZA	131,29	51,49	182,78	124,27	46,62	170,89
107 AZIENDA ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	114,57	53,43	168,00	113,42	53,30	166,72
108 AZIENDA ULSS 8 ASOLO	119,09	47,09	166,18	118,37	46,50	164,86
109 AZIENDA ULSS 9 TREVISO	118,96	57,50	176,46	117,79	56,57	174,36
110 AZIENDA ULSS 10 SAN DONA'	128,42	52,11	180,53	128,22	46,10	174,32
112 AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA	142,86	61,66	204,52	140,20	59,73	199,93
113 AZIENDA ULSS 13 MIRANO-DOLO	120,51	61,82	182,34	120,14	54,80	174,93
114 AZIENDA ULSS 14 CHIOGGIA	125,80	80,67	206,46	123,09	61,60	184,69
115 AZIENDA ULSS 15 ALTA PADOVANA	119,19	54,05	173,24	119,12	49,15	168,27
116 AZIENDA ULSS 16 PADOVA	130,14	62,38	192,52	126,95	56,66	183,61
117 AZIENDA ULSS 17 ESTE	111,62	68,38	179,99	113,22	64,75	177,98
118 AZIENDA ULSS 18 ROVIGO	127,72	47,96	175,68	129,05	49,87	178,92
119 AZIENDA ULSS 19 ADRIA	153,18	65,16	218,34	153,48	68,66	222,14
120 AZIENDA ULSS 20 VERONA	138,35	64,35	202,71	135,44	64,11	199,56
121 AZIENDA ULSS 21 LEGNAGO	127,75	61,54	189,29	125,95	61,18	187,13
122 AZIENDA ULSS 22 BUSSOLENGO	131,72	70,80	202,52	126,08	71,71	197,79
TOTALE REGIONE VENETO ANNO 2004	126,39	56,98	183,37	124,40	54,15	178,55



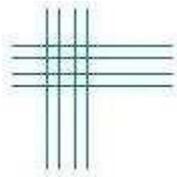
AZIENDE ULSS AD ELEVATA OSPEDALIZZAZIONE		2004	2005
101	AZIENDA ULSS 19 ADRIA	218,34	222,14
102	AZIENDA ULSS 14 CHIOGGIA	206,46	199,93
103	AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA	204,52	199,56
104	AZIENDA ULSS 20 VERONA	202,71	197,79
105	AZIENDA ULSS 22 BUSSOLENGO	202,52	187,13
106	AZIENDA ULSS 16 PADOVA	192,52	184,69
107	AZIENDA ULSS 21 LEGNAGO	189,29	183,61
AZIENDE ULSS AD OSPEDALIZZAZIONE IN LINEA CON L'OBIETTIVO DI PROGRAMMAZIONE		2004	2005
108	AZIENDA ULSS 6 VICENZA	182,78	178,92
109	AZIENDA ULSS 13 MIRANO-DOLO	182,34	177,98
110	AZIENDA ULSS 10 SAN DONA'	180,53	174,93
112	AZIENDA ULSS 17 ESTE	179,99	174,36
113	AZIENDA ULSS 9 TREVISO	176,46	174,32
114	AZIENDA ULSS 18 ROVIGO	175,68	172,12
115	AZIENDA ULSS 15 ALTA PADOVANA	173,24	170,89
116	AZIENDA ULSS 2 FELTRE	172,08	168,27
117	AZIENDA ULSS 1 BELLUNO	170,92	166,72
118	AZIENDA ULSS 5 OVEST VICENTINO	168,68	165,49
119	AZIENDA ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	168,00	164,86
120	AZIENDA ULSS 8 ASOLO	166,18	160,30
121	AZIENDA ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	163,38	158,77
122	AZIENDA ULSS 4 ALTO VICENTINO	147,39	145,88
TOTALE REGIONE VENETO ANNO 2004		183,37	178,55

Considerando il tasso di ospedalizzazione grezzo, le Aziende ULSS che sono in linea con l'obiettivo di programmazione nazionale e regionale (180 ricoveri per mille abitanti) sono pari ai 2/3 del totale. Tutte queste 14 Aziende hanno nel 2005 un tasso di ospedalizzazione grezzo inferiore allo standard fissato dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Tra queste vi sono alcune Aziende particolarmente virtuose, ovvero l'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino, l'Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa e l'Azienda ULSS 8 di Asolo. Tali Aziende rappresentano il livello di miglior pratica a livello regionale.

Le Aziende che invece sono ad elevata ospedalizzazione scontano gli effetti della loro specificità territoriale. Nei casi delle Aziende ULSS di Padova e Verona va inoltre considerata l'incidenza delle rispettive Aziende Ospedaliere.

Per un'analisi più accurata e per poter effettuare comparazioni realistiche è necessario utilizzare il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Ai fini di una maggior chiarezza, riprendiamo quindi la definizione già fornita con la Relazione Socio Sanitaria 2004.



Il tasso di ospedalizzazione standardizzato, con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento. Nel nostro caso viene utilizzata come popolazione tipo quella del Censimento ISTAT 2001 suddivisa per fasce di età.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti. Anche in questo caso, dal calcolo sono stati esclusi i "neonati sani" (DRG 391).

La formula applicata per il calcolo del tasso è la seguente:

$$\text{Tasso di ospedalizzazione standardizzato} = 1000 * (\sum_e(Ps,e * De,x / Pe,x)) / \sum_e(Ps,e)$$

dove:

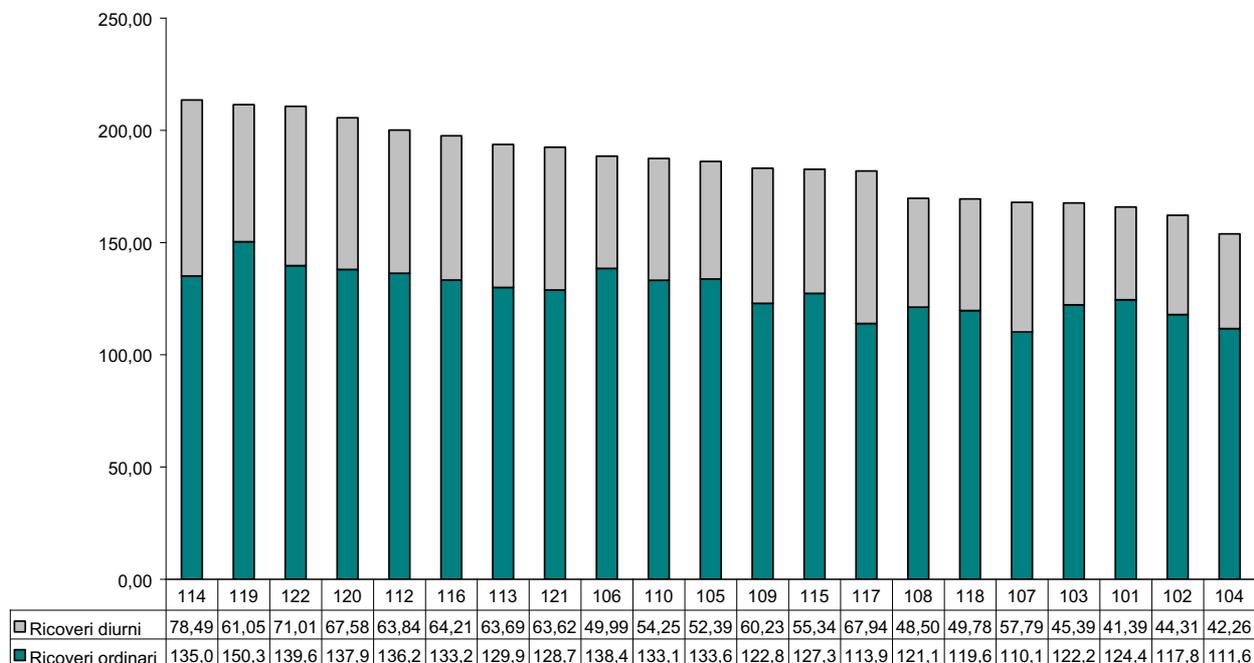
De,x = Dimessi di età e residenti nella popolazione x nell'anno di riferimento

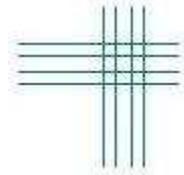
Pe,x = Popolazione di età e residente relativa all'anno di riferimento

Ps,e = Popolazione regionale totale di età e residente relativa all'anno di riferimento

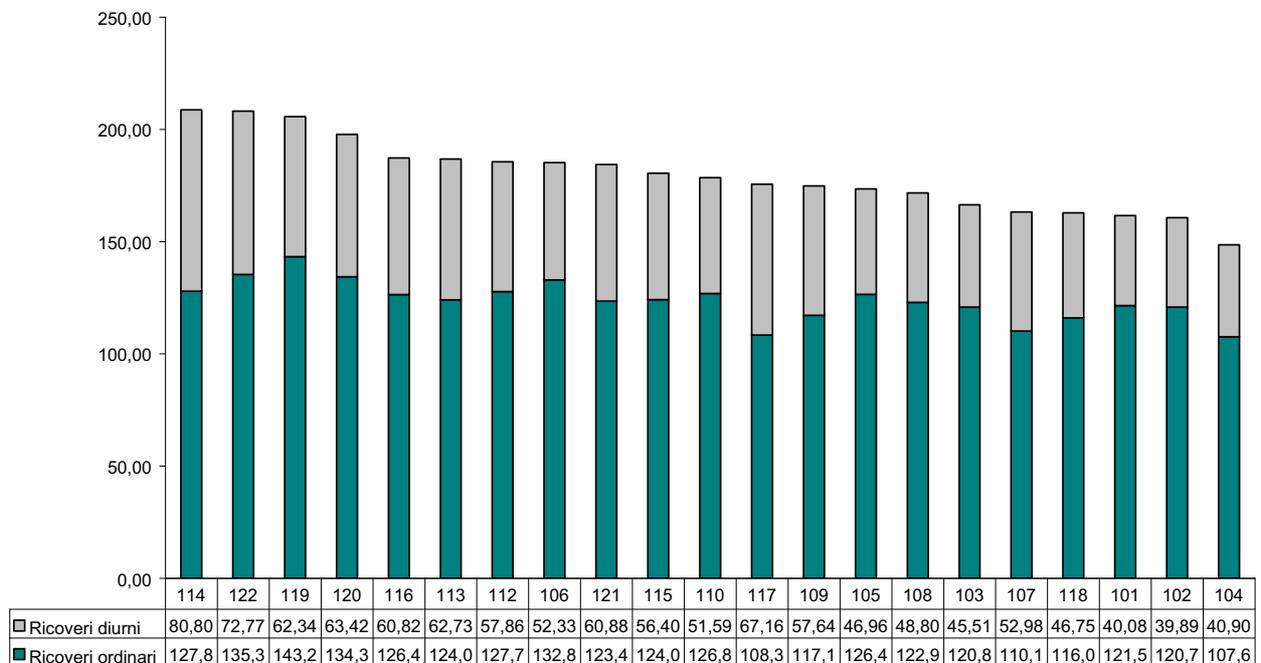
Per le motivazioni precedentemente indicate il tasso standardizzato 2003 viene ricalcolato.

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età
Aziende ULSS ordinate per valori complessivi decrescenti - Anno 2003

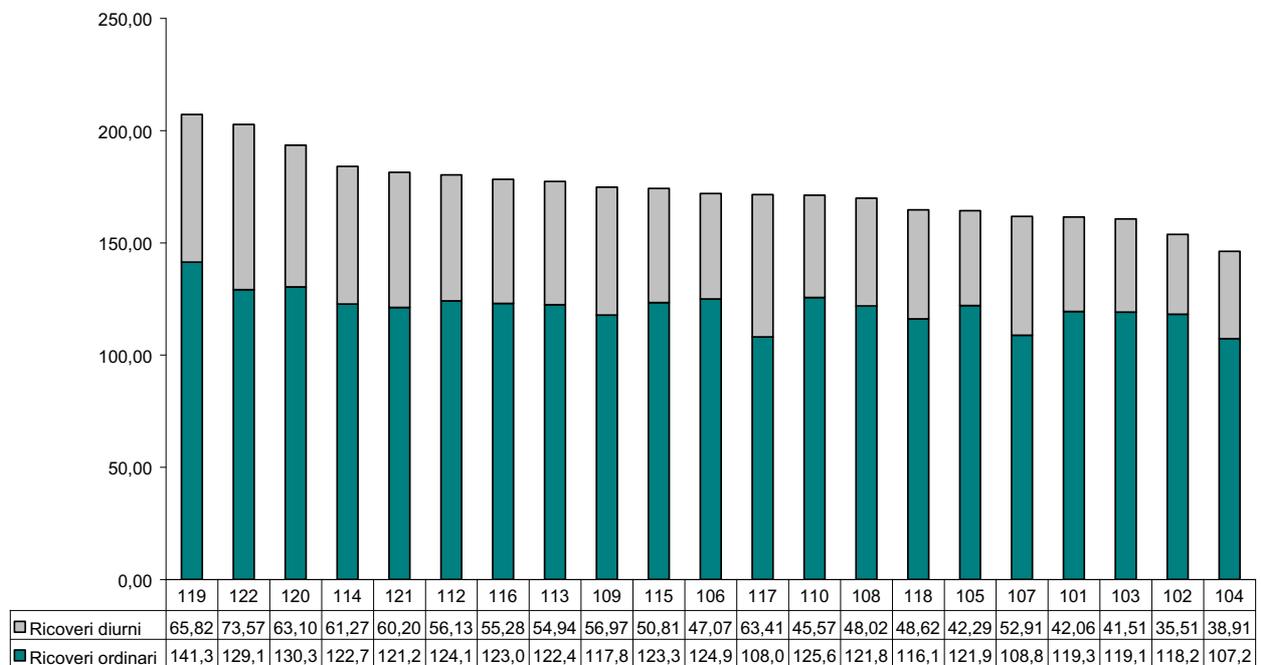


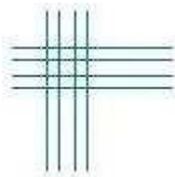


**Tassi di ospedalizzazione standardizzati
Aziende ULSS ordinate per valori complessivi decrescenti - Anno 2004**

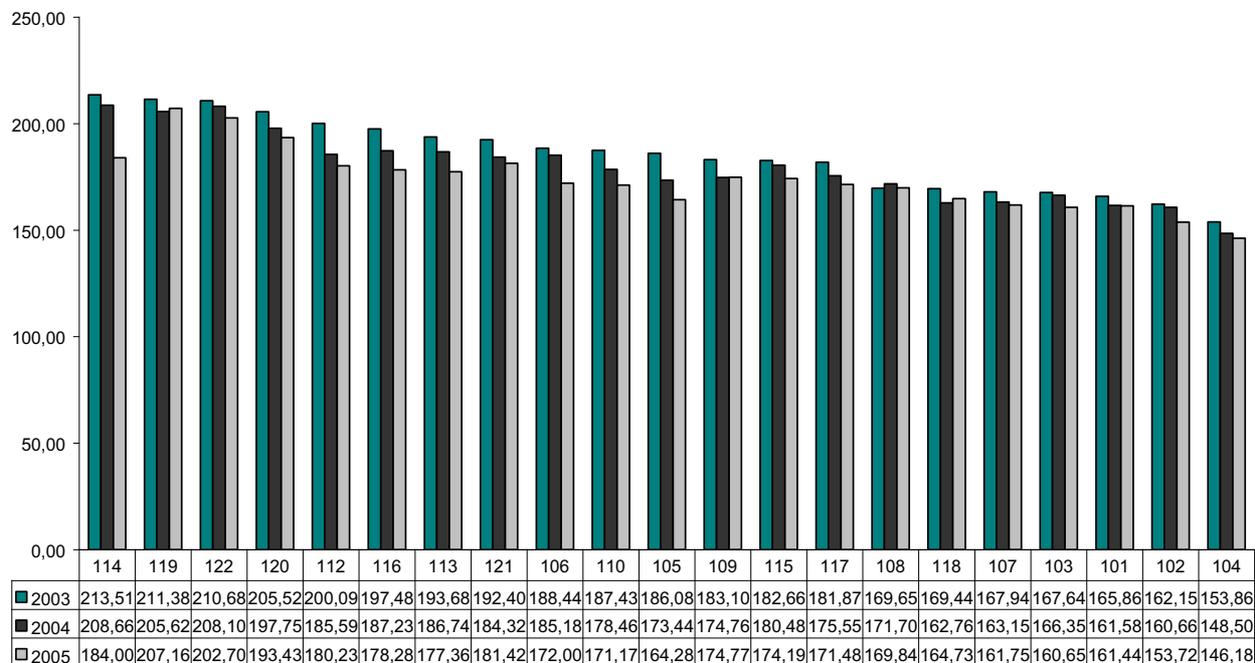


Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età Aziende ULSS ordinate per valori complessivi decrescenti - Anno 2005

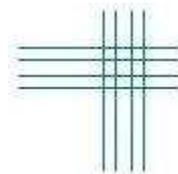




**Trend tasso di ospedalizzazione standardizzato per età
Aziende ULSS ordinate per valori decrescenti - Anni 2003-2005**



AZIENDA ULSS	TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATI PER ETÀ		
	2003	2004	2005
101. BELLUNO	165,86	161,58	161,44
102. FELTRE	162,15	160,66	153,72
103. BASSANO D. GRAPPA	167,64	166,35	160,65
104. THIENE	153,86	148,50	146,18
105. ARZIGNANO	186,08	173,44	164,28
106. VICENZA	188,44	185,18	172,00
107. PIEVE DI SOLIGO	167,94	163,15	161,75
108. ASOLO	169,65	171,70	169,84
109. TREVISO	183,10	174,76	174,77
110. S. DONA' DEL PIAVE	187,43	178,46	171,17
112. VENEZIA-MESTRE	200,09	185,59	180,23
113. MIRANO	193,68	186,74	177,36
114. CHIOGGIA	213,51	208,66	184,00
115. CITTADELLA	182,66	180,48	174,19
116. PADOVA	197,48	187,23	178,28
117. ESTE	181,87	175,55	171,48
118. ROVIGO	169,44	162,76	164,73
119. ADRIA	211,38	205,62	207,16
120. VERONA	205,52	197,75	193,43
121. LEGNAGO	192,40	184,32	181,42
122. BUSSOLENGO	210,68	208,10	202,70
MEDIA REGIONALE	185,28	179,36	173,85



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ					
2003		2004		2005	
Superiore a 180 ricoveri per mille abitanti		Superiore a 180 ricoveri per mille abitanti		Superiore a 180 ricoveri per mille abitanti	
114. CHIOGGIA	213,51	114. CHIOGGIA	208,66	119. ADRIA	207,16
119. ADRIA	211,38	122. BUSSOLENGO	208,10	122. BUSSOLENGO	202,70
122. BUSSOLENGO	210,68	119. ADRIA	205,62	120. VERONA	193,43
120. VERONA	205,52	120. VERONA	197,75	114. CHIOGGIA	184,00
112. VENEZIANA	200,09	116. PADOVA	187,23	121. LEGNAGO	181,42
116. PADOVA	197,48	113. MIRANO	186,74	112. VENEZIANA	180,23
113. MIRANO	193,68	112. VENEZIANA	185,59	Inferiore a 180 ricoveri per mille abitanti	
121. LEGNAGO	192,40	106. VICENZA	185,18	116. PADOVA	178,28
106. VICENZA	188,44	121. LEGNAGO	184,32	113. MIRANO	177,36
110. S. DONA' DEL PIAVE	187,43	115. CITTADELLA	180,48	109. TREVISO	174,77
105. ARZIGNANO	186,08	Inferiore a 180 ricoveri per mille abitanti		115. CITTADELLA	174,19
109. TREVISO	183,10	110. S. DONA' DI PIAVE	178,46	106. VICENZA	172,00
115. CITTADELLA	182,66	117. ESTE	175,55	117. ESTE	171,48
117. ESTE	181,87	109. TREVISO	174,76	110. S. DONA' DI PIAVE	171,17
Inferiore a 180 ricoveri per mille abitanti		105. ARZIGNANO	173,44	108. ASOLO	169,84
108. ASOLO	169,65	108. ASOLO	171,70	118. ROVIGO	164,73
118. ROVIGO	169,44	103. BASSANO D. GRAPPA	166,35	105. ARZIGNANO	164,28
107. PIEVE DI SOLIGO	167,94	107. PIEVE DI SOLIGO	163,15	107. PIEVE DI SOLIGO	161,75
103. BASSANO D. GRAPPA	167,64	118. ROVIGO	162,76	101. BELLUNO	161,44
101. BELLUNO	165,86	101. BELLUNO	161,58	103. BASSANO D. GRAPPA	160,65
102. FELTRE	162,15	102. FELTRE	160,66	102. FELTRE	153,72
104. THIENE	153,86	104. THIENE	148,50	104. THIENE	146,18

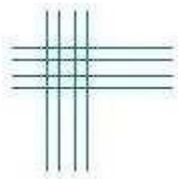
Con il tasso di ospedalizzazione standardizzato la collocazione delle Aziende in rapporto allo standard di 180 ricoveri per mille abitanti viene ridefinita. Come si può vedere il trend evidenzia un sostanziale miglioramento. Nel 2005 le Aziende ULSS ad elevata ospedalizzazione sono sei, ma ben tre di queste sono molto vicine al raggiungimento dell'obiettivo. Come si è detto, anche con il calcolo di questo tasso viene in evidenza il fattore "variabilità", che è presente non solo nella comparazione tra aziende, ma anche nei valori espressi da alcune aziende in anni diversi.

Complessivamente la situazione può dirsi soddisfacente. Con un ulteriore sforzo l'obiettivo di una maggiore uniformità sul territorio regionale può essere facilmente raggiunto.

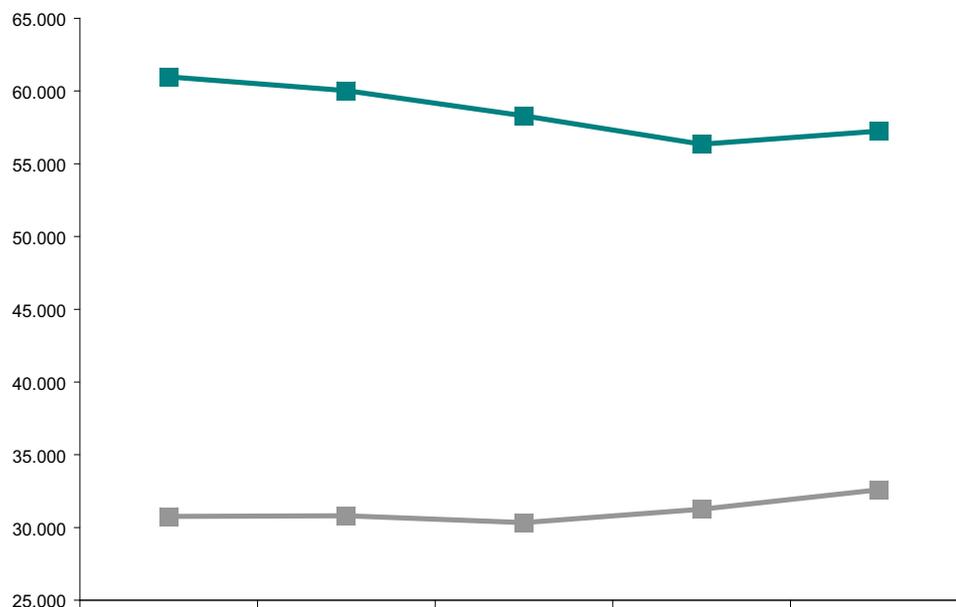
Ma approfondiamo la nostra analisi esaminando i dati relativi alla mobilità attiva (dimissioni avvenute in Regione con riferimento a non residenti nel Veneto) e alla mobilità passiva (dimissioni avvenute fuori Regione con riferimento a cittadini veneti).

Le rilevazioni inerenti i ricoveri ordinari confermano valori di mobilità attiva quasi doppi rispetto ai valori di mobilità passiva. Ciò attesta la capacità di attrazione che strutture socio sanitarie del Veneto hanno rispetto alla realtà nazionale.

In particolare, si osserva che dopo il biennio 2003-2004 in cui la mobilità attiva ha subito una leggera flessione, i valori stanno riprendendo un trend in aumento, anche se in corrispondenza ad un leggero incremento della mobilità passiva.

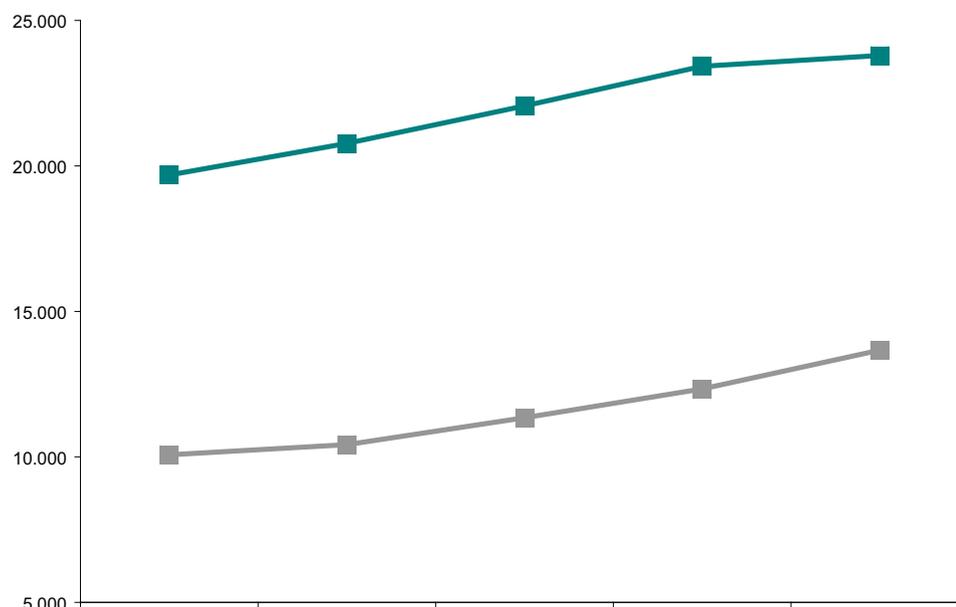


Mobilità attiva e passiva nel Veneto - Ricoveri ordinari trend 2001-2005

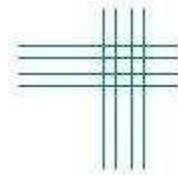


■ A) Dimissioni di non residenti	60.972	60.020	58.282	56.337	57.236
■ B) Dimissioni fuori Regione di residenti	30.752	30.797	30.324	31.241	32.593

Mobilità attiva e passiva nel Veneto - Ricoveri diurni trend 2001-2005



■ A) Dimissioni di non residenti	19.688	20.770	22.057	23.417	23.794
■ B) Dimissioni fuori Regione di residenti	10.069	10.417	11.340	12.331	13.664



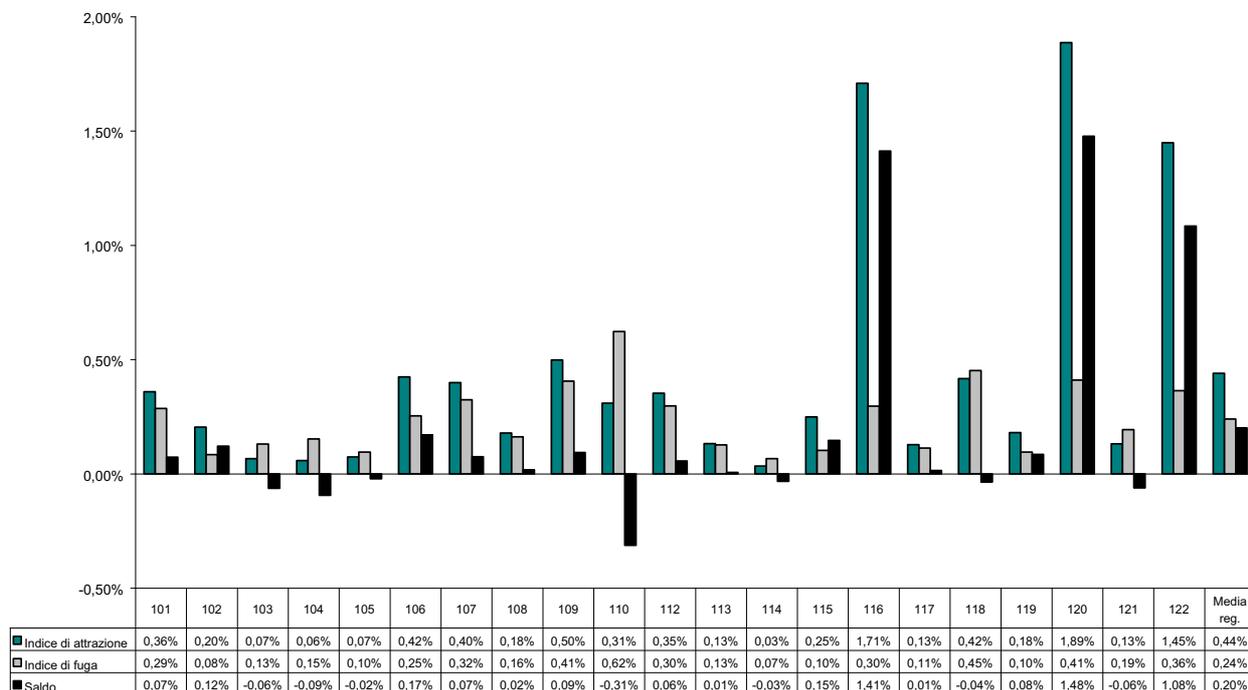
L'indicatore che evidenzia la capacità del Sistema Socio Sanitario regionale (e delle singole aziende) di ottenere un saldo positivo nel rapporto tra mobilità passiva e mobilità attiva viene denominato saldo di attrazione e fuga. Questo è ottenuto attraverso la sottrazione dell'indice di fuga dall'indice di attrazione. Le formule sono le seguenti:

INDICE DI ATTRAZIONE	
$\frac{\text{Numero dimissioni di non residenti}}{\text{Numero totale dimissioni nella Regione}} \times 100$	

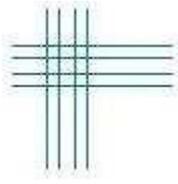
INDICE DI FUGA	
$\frac{\text{Numero dimissioni fuori Regione di residenti}}{\text{Numero totale residenti ovunque}} \times 100$	

Vediamo dunque le risultanze nel triennio 2003-2005.

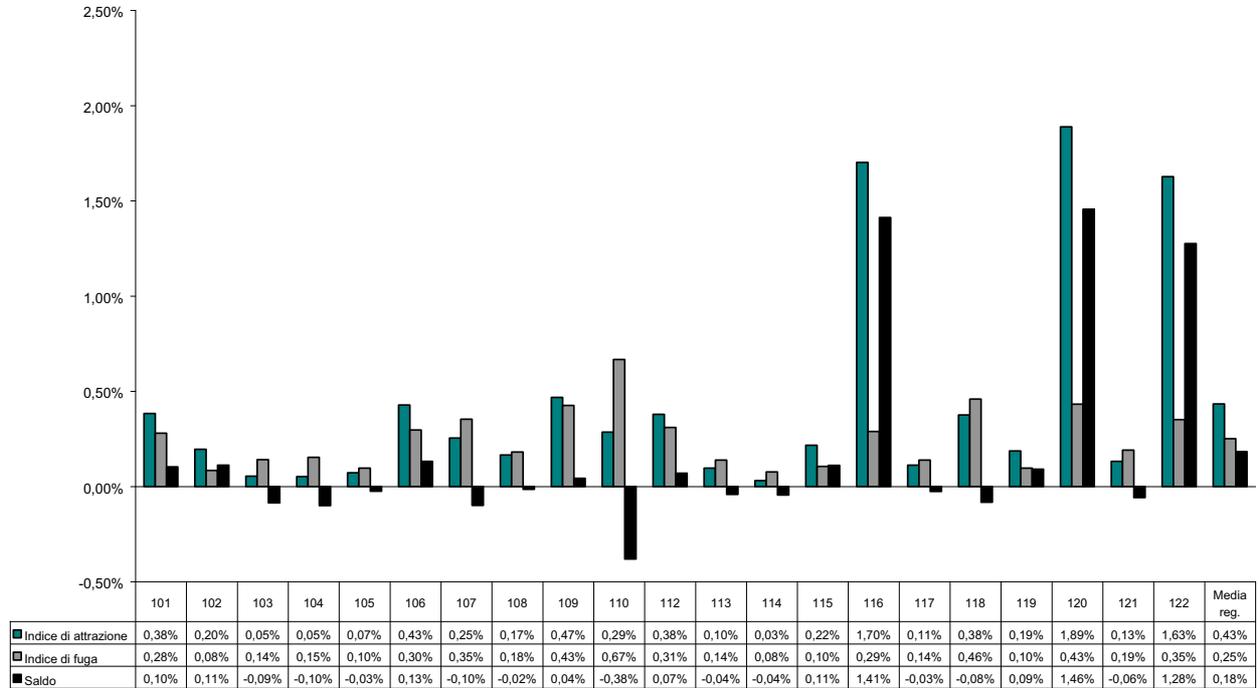
Saldo attrazione e fuga 2003 - Ricoveri ordinari



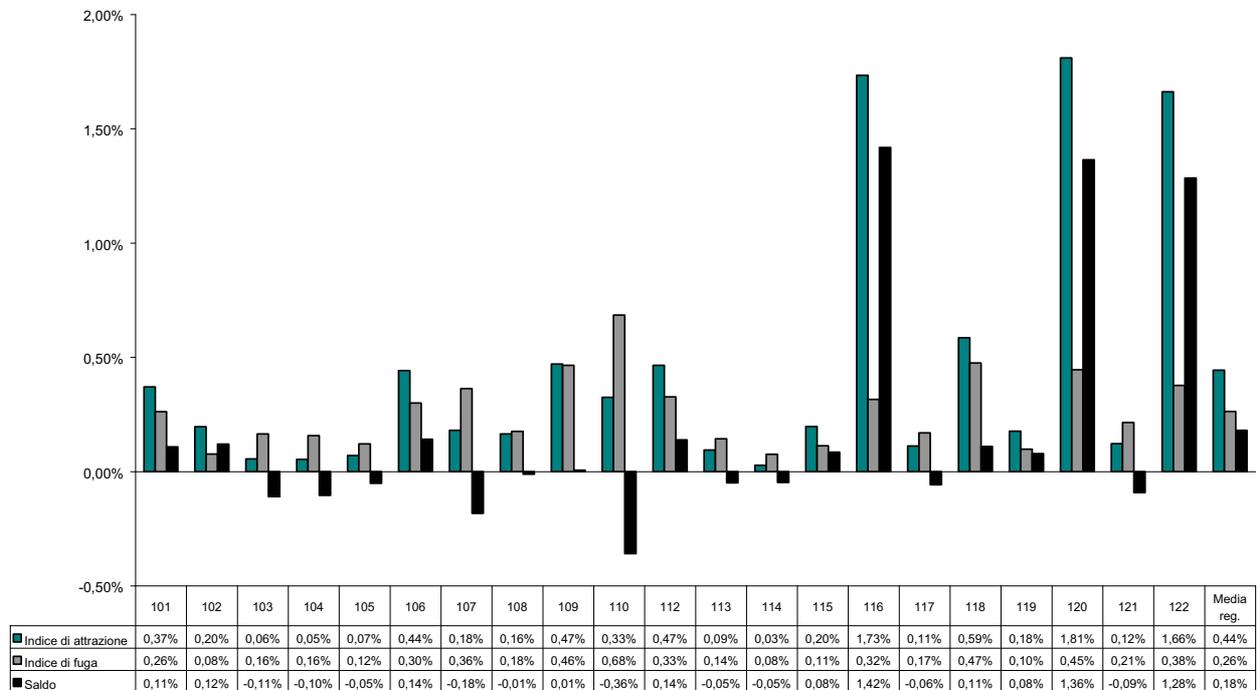
Si presentano qui anche i dati 2003 che nella Relazione Socio sanitaria 2004 non erano disponibili. I saldi positivi più elevati sono rilevati nelle Aziende ULSS 16 di Padova e 20 di Verona. Tale dato subisce l'influenza dell'intensa attività delle Aziende Ospedaliere nell'area di riferimento.

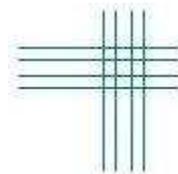


Saldo attrazione e fuga 2004 - Ricoveri ordinari



Saldo attrazione e fuga 2005 - Ricoveri ordinari





Anche nel triennio 2003-2005 la mobilità passiva interregionale si è indirizzata prevalentemente verso le seguenti Regioni: Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna ed il Trentino Alto Adige (Province Autonome di Bolzano e Trento). Per queste Regioni, il quadro che attiene i ricoveri ordinari è il seguente:

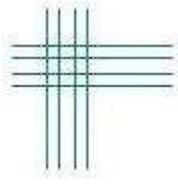
ANNO	DATI DI MOBILITÀ PASSIVA RICOVERI ORDINARI TRIENNIO 2003-2005						
	Lombardia	Trentino Alto Adige	Friuli V. G.	Emilia Romagna	Totale	Totale mobilità passiva	Percentuale sul totale
2003	7.271	4.122	8.114	6.054	25.561	30.324	84,29%
2004	7.215	3.964	8.490	6.879	26.548	31.241	84,98%
2005	7.406	4.464	8.607	7.403	27.763	32.593	85,18%

Queste Regioni riuniscono oltre i tre quarti delle dimissioni fuori Regione di residenti e rappresentano i principali e naturali "competitori" del Veneto nelle dinamiche di domanda e offerta di servizi socio sanitari, anche in ragione della loro vicinanza geografica.

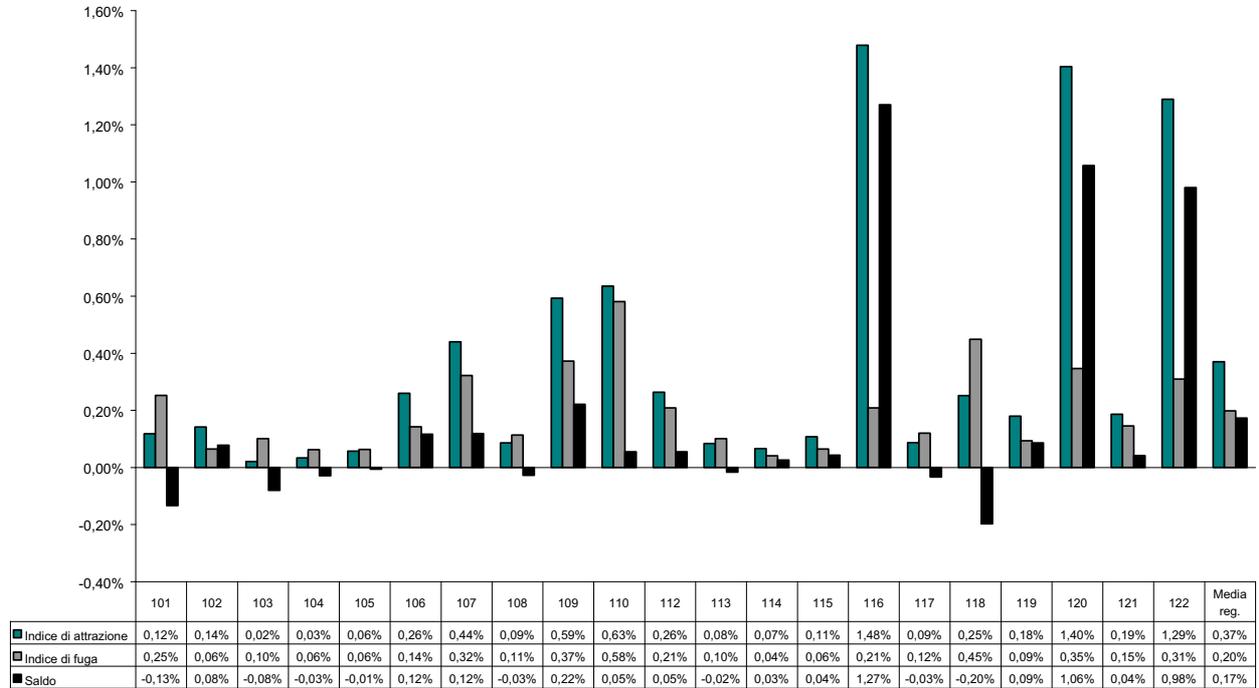
Anno	DATI DI MOBILITÀ ATTIVA RICOVERI ORDINARI TRIENNIO 2003-2005										
	Lombardia	Trentino Alto Adige	Friuli V. G.	Emilia Romagna	Sicilia	Campania	Puglia	Estero	Totale	Totale mobilità attiva	%
2003	10.606	7.040	6.309	6.815	5.655	2.590	2.569	7.396	48.980	58.282	84,04%
2004	10.581	7.222	5.832	6.678	5.146	2.429	2.724	6.550	47.162	56.337	83,71%
2005	10.811	7.155	5.998	7.441	4.919	2.397	2.639	6.834	48.194	57.236	84,20%

Per quanto attiene la mobilità attiva, alle Regioni con le quali si stabilisce per così dire un "flusso naturale" si aggiungono alcune Regioni del Sud Italia. Particolarmente rilevanti sono i dati riguardanti la Sicilia, la Campania e la Puglia. Inoltre, da notare il dato relativo alle dimissioni di persone provenienti dall'estero.

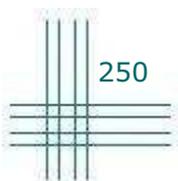
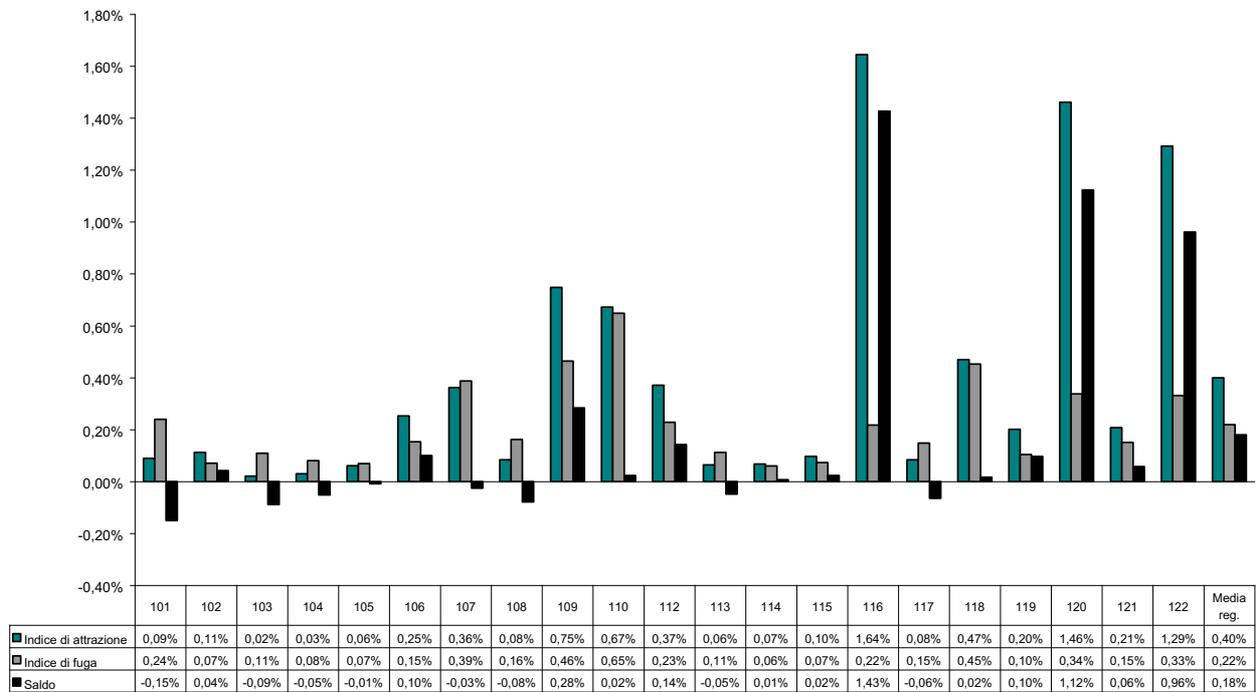
L'osservazione delle singole aziende evidenzia le particolarità territoriali e le strutture in cui sono presenti particolari aree di eccellenza. Complessivamente il Sistema Socio Sanitario appare caratterizzato da stabilità.

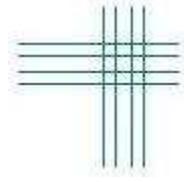


Saldo attrazione e fuga 2003 - Ricoveri diurni

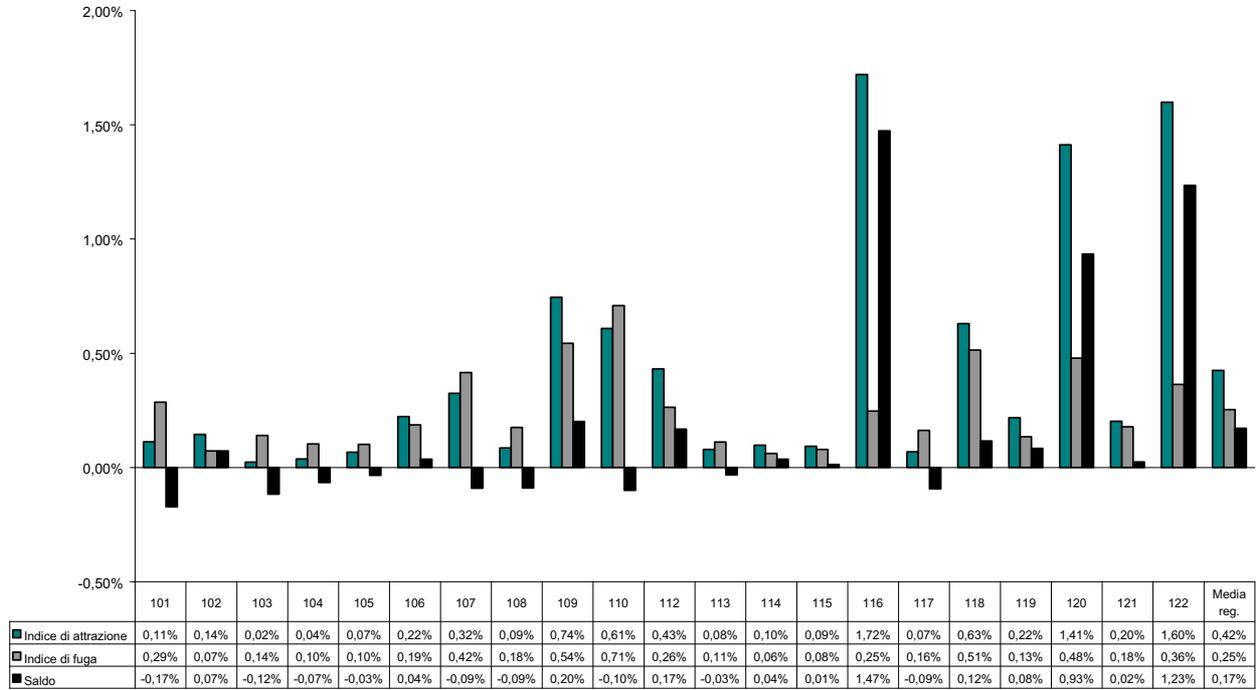


Saldo attrazione e fuga 2004 - Ricoveri diurni

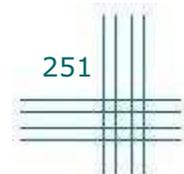
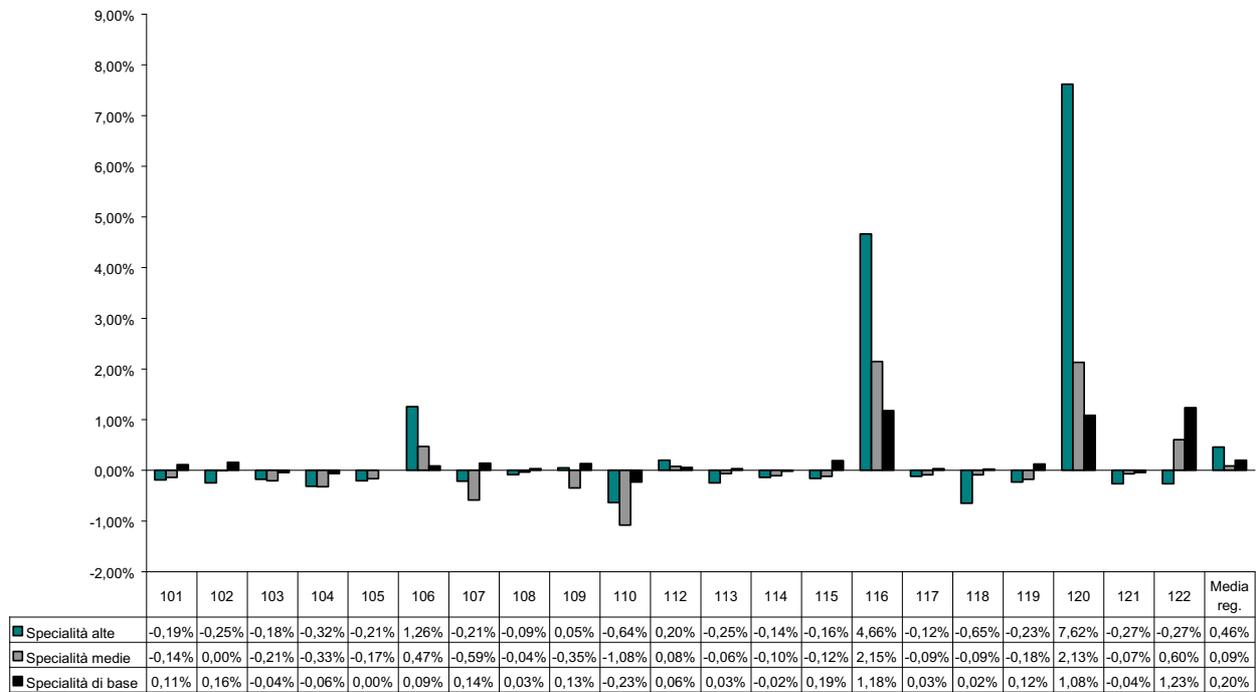


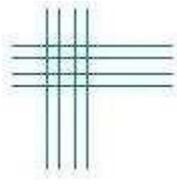


Saldo attrazione e fuga 2005 - Ricoveri diurni



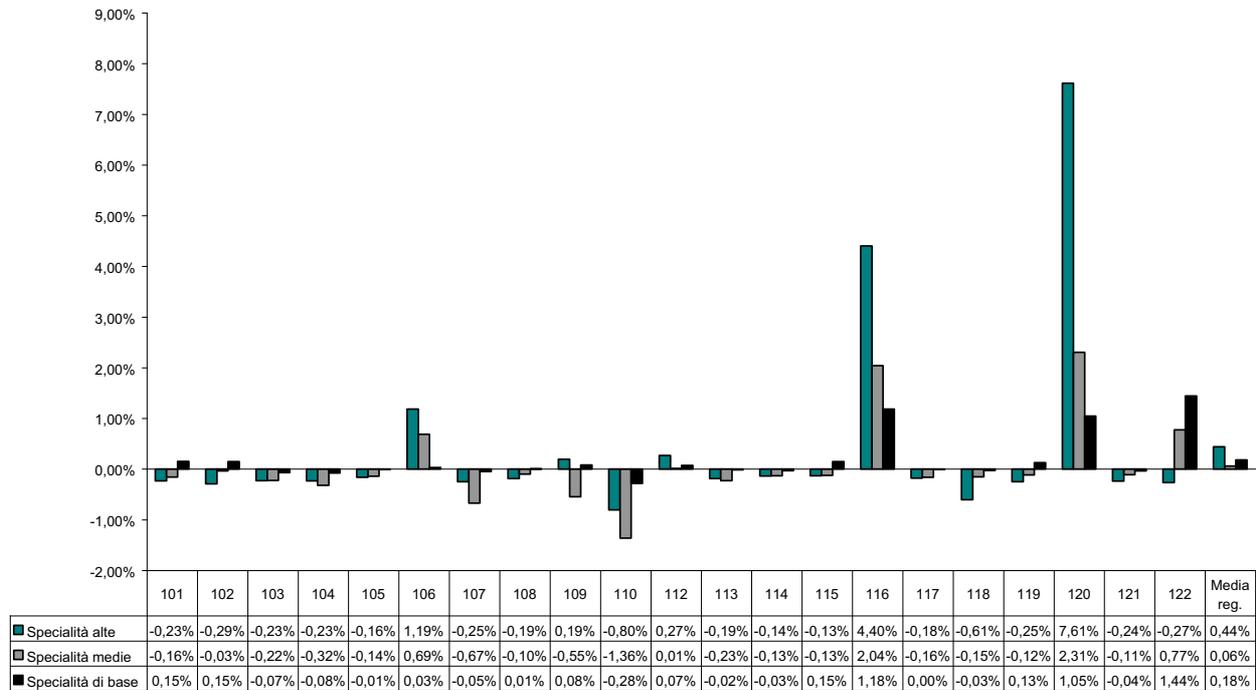
Saldo attrazione e fuga - Composizione per classi di specialità anno 2003





Il calcolo del saldo di attrazione e fuga per classi di specialità: a) di base; b) medie; c) alte evidenzia i noti livelli di eccellenza delle due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, con l'aggiunta dell'Azienda 6 ULSS di Vicenza.

Saldo attrazione e fuga - Composizione per classi di specialità anno 2004



Le **specialità di base** sono così classificate:

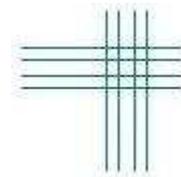
05. Angiologia, 08. Cardiologia, 09. Chirurgia Generale, 15. Medicina Sportiva, 21. Geriatria, 26. Medicina Generale, 29. Nefrologia, 32. Neurologia, 34. Oculistica, 36. Ortopedia e Traumatologia, 37. Ostetricia e Ginecologia, 38. Otorinolaringoiatria, 39. Pediatria, 40. Psichiatria, 43. Urologia, 49. Terapia Intensiva, 50. Unità Coronarica, 56. Recupero e Riabilitazione Funzionale, 60. Lungodegenza.

Le **specialità di medie** comprendono invece:

10. Chirurgia Maxillofacciale, 24. Malattie Infettive e Tropicali, 28. Unità Spinale, 33. Neuropsichiatria Infantile, 35. Odontoiatria e Stomatologia, 52. Dermatologia, 54. Emodialisi, 58. Gastroenterologia, 64. Oncologia, 68. Pneumologia, 70. Radioterapia.

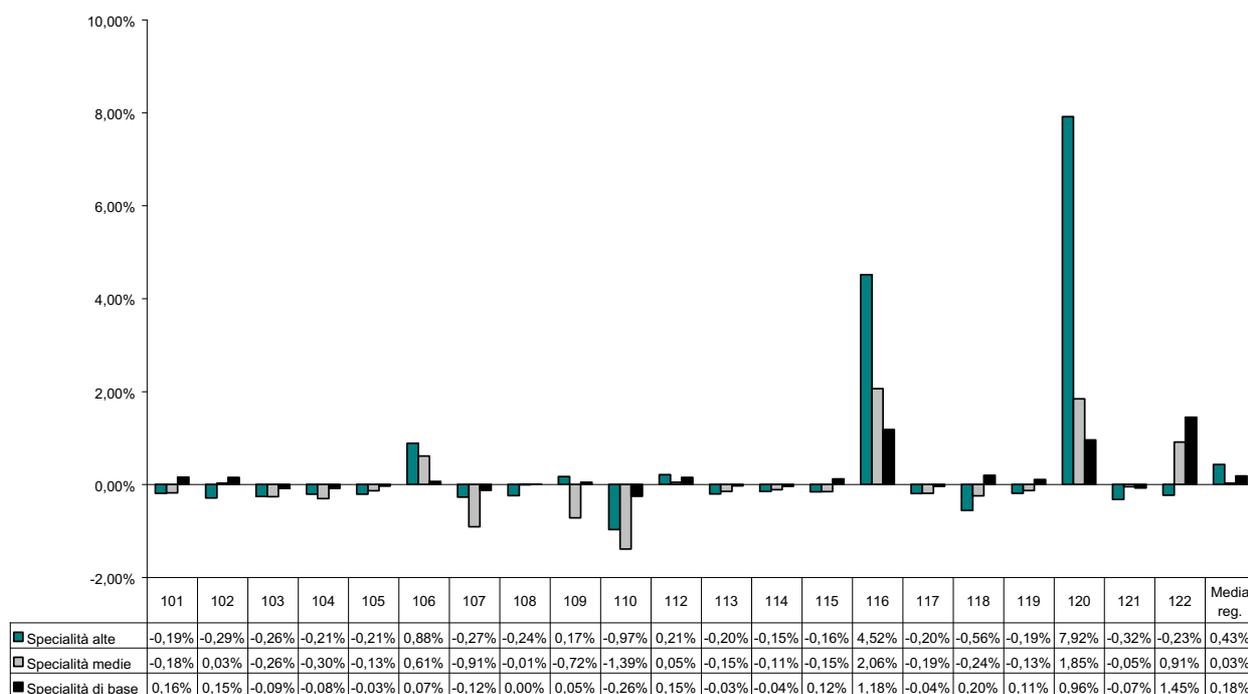
Le **specialità alte** includono:

01. Allergologia, 06. Cardiocirurgia Pediatrica, 07. Cardiocirurgia, 11. Chirurgia Pediatrica, 12. Chirurgia Plastica, 13. Chirurgia Toracica, 14. Chirurgia Vascolare, 18. Ematologia, 19. Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, 20. Immunologia, 25. Medicina del Lavoro, 30. Neurochirurgia, 46. Grandi Ustionati Pediatrica, 47. Grandi Ustionati, 48. Nefrologia (abilitazione trapianto rene), 65. Oncoematologia Pediatrica, 66. Oncoematologia, 71. Reumatologia, 73. Terapia intensiva neonatale, 75. Neuro-Riabilitazione, 76. Neurochirurgia Pediatrica, 77. Nefrologia Pediatrica, 78. Urologia Pediatrica.



Le specialità non inserite nelle diverse fasce non compaiono perché non sono dotate di posti letto.

Saldo attrazione e fuga - Composizione per classi di specialità anno 2005



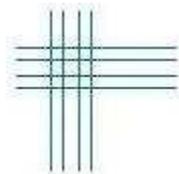
Complessivamente il Sistema Socio Sanitario regionale appare in una fase di relativa stabilità. Tuttavia, viene in evidenza la necessità di elevare i livelli qualitativi minimi organizzativi e strutturali. Senza dubbio, l'opera iniziata con l'approvazione della Legge Regionale n. 22/2002 e continuata con l'approvazione delle procedure di accreditamento va in questa direzione. Lo sforzo posto in essere esplicherà i suoi effetti positivi nei prossimi anni. Nel frattempo va riconosciuta l'attività di alcune aziende già orientate all'accreditamento di eccellenza.

La situazione appare stabile anche sul fronte della dotazione di posti letto con una positiva attestazione sotto lo standard dei 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie.

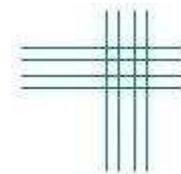
Il trend in diminuzione prosegue, in un quadro di maggiore efficacia ed efficienza delle prestazioni che va perseguito ad ogni livello del Sistema.

La dotazione strutturale appare coerente con le più avanzate tendenze di organizzazione sanitaria. Inoltre, il Sistema mantiene la sua caratteristica di assoluta prevalenza pubblica.

L'opera di ottimizzazione della dotazione di posti letto, va ora indirizzata a dare uniformità anche alle diverse aree territoriali. È indispensabile ragionare secondo una logica di "area vasta" facendo sì che la direzione intrapresa dalle strutture regionali sia interiorizzata dai vertici aziendali per poi coinvolgere tutte le componenti dell'organizzazione.



Aziende di Riferimento		TIPOLOGIA STRUTTURE						2004
		Aziende Ospedaliere	Presidi Ospedalieri Ulss	Ircss	Case di Cura Presidio di Ulss	Case di Cura Private	Ospedali Classificati	Totale Strutture
Codice tipologia struttura		0	1	3	4	5	8	
101	Azienda Ulss 1 Belluno		5					5
102	Azienda Ulss 2 Feltre		2					2
103	Azienda Ulss 3 Bassano		3					3
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino		2					2
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino		4					4
106	Azienda Ulss 6 Vicenza		2			3		5
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo		2	1	1			4
108	Azienda Ulss 8 Asolo		2					2
109	Azienda Ulss 9 Treviso		3		1	2		6
110	Azienda Ulss 10 San Dona'		3			1		4
112	Azienda Ulss 12 Veneziana		2		3		1	6
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo		3					3
114	Azienda Ulss 14 Chioggia		2					2
115	Azienda Ulss 15 Cittadella		2					2
116	Azienda Ulss 16 Padova		1			5	1	7
117	Azienda Ulss 17 Este		3					3
118	Azienda Ulss 18 Rovigo		2			2		4
119	Azienda Ulss 19 Adria		1				1	2
120	Azienda Ulss 20 Verona		4		1	4		9
121	Azienda Ulss 21 Legnago		3					3
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo		4		1	1	1	7
901	Azienda Ospedaliera di Padova	1						1
902	Azienda Ospedaliera di Verona	1						1
TOTALE STRUTTURE 2004		2	55	1	7	18	4	87
STRUTTURE ANNO 2005								
101	Azienda Ulss 1 Belluno		5					5
102	Azienda Ulss 2 Feltre		2					2
103	Azienda Ulss 3 Bassano		3					3
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino		2					2
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino		4					4
106	Azienda Ulss 6 Vicenza		2			3		5
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo		2	1	1			4
108	Azienda Ulss 8 Asolo		2					2
109	Azienda Ulss 9 Treviso		3		1	2		6
110	Azienda Ulss 10 San Dona'		3			1		4
112	Azienda Ulss 12 Veneziana		2	1	3		1	6
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo		3					3
114	Azienda Ulss 14 Chioggia		2					2
115	Azienda Ulss 15 Cittadella		2					2
116	Azienda Ulss 16 Padova		1			5	1	7
117	Azienda Ulss 17 Este		3					3
118	Azienda Ulss 18 Rovigo		2			2		4
119	Azienda Ulss 19 Adria		1				1	2
120	Azienda Ulss 20 Verona		4		1	4		9
121	Azienda Ulss 21 Legnago		3					3
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo		4		1	1	1	7
901	Azienda Ospedaliera di Padova	1						1
902	Azienda Ospedaliera di Verona	1						1
TOTALE STRUTTURE 2005		2	55	2	7	18	4	88

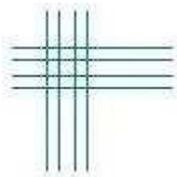


La rilevazione evidenzia come tutte le aziende siano in linea con i limiti fissati dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che stabilisce lo standard di dotazione media di 4,5 posti letto per mille abitanti. Solo le Aziende ULSS 1 di Belluno e ULSS 16 di Padova manifestano un lievissimo scostamento.

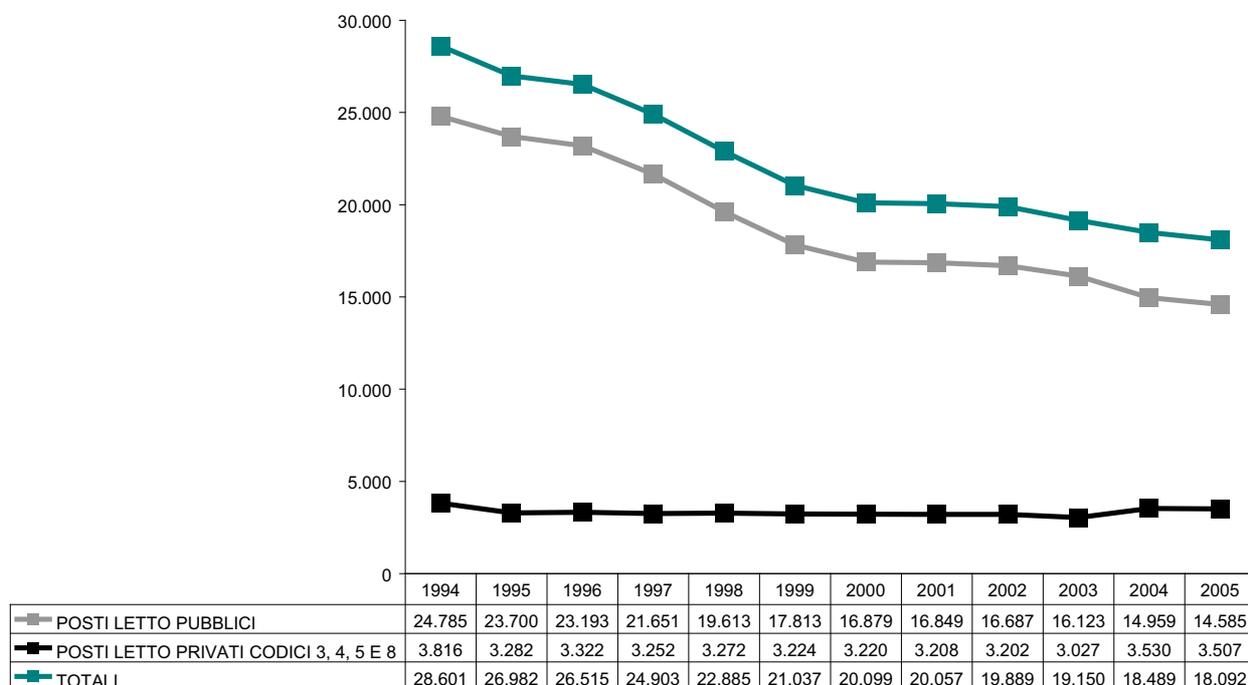
POSTI LETTO PUBBLICI PER AZIENDA												ANNI 2004-2005													
AZIENDE ULSS		2004						2005						POPOLAZIONE						Posti letto per mille residenti					
		Posti letto			Posti letto			2004			2005			O	D		P		O	D		P			
		O	D	P	O	D	P	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005				
		Ordinari		Diurni		Pagamento		Ordinari		Diurni		Pagamento		Ordinari		Diurni		Pagamento		Ordinari		Diurni		Pagamento	
101	Azienda Ulss 1 Belluno	632	39	49	616	77	44	129.290	129.163	4,89	4,77	0,30	0,60	0,38	0,34										
102	Azienda Ulss 2 Feltre	359	40	16	359	40	16	82.400	82.858	4,36	4,33	0,49	0,48	0,19	0,19										
103	Azienda Ulss 3 Bassano	499	62	0	501	61	0	171.840	173.664	2,90	2,88	0,36	0,35	0,00	0,00										
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	469	70	0	461	67	0	181.660	182.220	2,58	2,53	0,39	0,37	0,00	0,00										
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	458	78	0	446	83	0	173.817	175.489	2,63	2,54	0,45	0,47	0,00	0,00										
106	Azienda Ulss 6 Vicenza	985	119	0	967	119	0	304.909	307.696	3,23	3,14	0,39	0,39	0,00	0,00										
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	581	64	0	565	64	0	212.054	214.048	2,74	2,64	0,30	0,30	0,00	0,00										
108	Azienda Ulss 8 Asolo	632	82	39	620	82	35	236.618	239.832	2,67	2,59	0,35	0,34	0,16	0,15										
109	Azienda Ulss 9 Treviso	1.063	222	123	1.051	191	122	390.941	396.567	2,72	2,65	0,57	0,48	0,31	0,31										
110	Azienda Ulss 10 San Donà	508	75	0	514	71	0	205.231	206.811	2,48	2,49	0,37	0,34	0,00	0,00										
112	Azienda Ulss 12 Veneziana	876	114	84	829	115	84	304.047	303.165	2,88	2,73	0,37	0,38	0,28	0,28										
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo	657	99	45	716	103	46	249.825	252.667	2,63	2,83	0,40	0,41	0,18	0,18										
114	Azienda Ulss 14 Chioggia	504	63	0	408	67	0	131.393	133.971	3,84	3,05	0,48	0,50	0,00	0,00										
115	Azienda Ulss 15 Cittadella	742	74	17	712	72	17	234.307	237.695	3,17	3,00	0,32	0,30	0,07	0,07										
116	Azienda Ulss 16 Padova	1.824	241	61	1.771	225	61	403.643	407.237	4,52	4,35	0,60	0,55	0,15	0,15										
117	Azienda Ulss 17 Este	432	94	19	439	98	17	180.934	181.613	2,39	2,42	0,52	0,54	0,11	0,09										
118	Azienda Ulss 18 Rovigo	598	69	0	576	69	0	172.041	172.419	3,48	3,34	0,40	0,40	0,00	0,00										
119	Azienda Ulss 19 Adria	198	22	7	192	24	0	75.003	74.876	2,64	2,56	0,29	0,32	0,09	0,00										
120	Azienda Ulss 20 Verona	2.090	189	0	2.016	166	0	451.088	455.019	4,63	4,43	0,42	0,36	0,00	0,00										
121	Azienda Ulss 21 Legnago	490	72	20	470	71	39	146.389	147.492	3,35	3,19	0,49	0,48	0,14	0,26										
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo	362	56	0	356	60	0	262.948	267.911	1,38	1,33	0,21	0,22	0,00	0,00										
TOTALE REGIONE DEL VENETO		14.959	1.944	480	14.585	1.925	481	4.700.378	4.742.413	3,18	3,08	0,41	0,41	0,10	0,10										

Totale posti letto pubblici codici 0 e 1 (2004) 16.903

Totale posti letto pubblici codici 0 e 1 (2005) 16.510



Trend temporale posti letto per degenza ordinaria



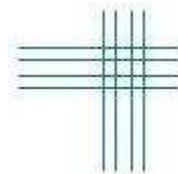
La Regione del Veneto conferma pertanto la sua posizione di Regione in linea con i parametri stabiliti in sede di Accordo Stato-Regioni, evidenziando un trend discendente continuo nel numero dei posti letto.

Per quanto concerne i limiti previsti per la dotazione di posti letto in ambito regionale è necessario considerare due diverse deliberazioni, ovvero la DGRV 3223/2002 e la DGRV 751/2005. In entrambi i casi gli scostamenti appaiono nella maggior parte dei casi negativi (posti letto esistenti inferiori ai tetti stabiliti dalla normativa regionale).

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3223/2002 la Regione del Veneto ha aggiornato la dotazione ospedaliera regionale collegando gli ospedali secondo una logica di rete che consente la maggior accessibilità dei cittadini alle specialità di base e rende più razionale l'accesso alle specialità a più elevata tecnologia ottimizzando l'uso della stessa.

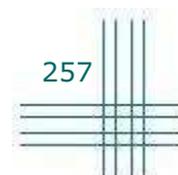
Con la DGRV 751/2005 si fa invece un passo ulteriore creando le premesse per una forte integrazione con quanto previsto dalla DGRV 3456/2004 che nell'esplicitare le linee di indirizzo per la costituzione dell'area vasta, evidenzia possibili processi di condivisione di processi gestionali volti a migliorare l'interazione tra aziende facenti capo alla stessa area, (processi amministrativi, ma anche funzioni organizzative e sanitarie). A questo si aggiunge la definizione di protocolli gestionali- organizzativi condivisi a livello aziendale ed a livello di area vasta e l'individuazione delle responsabilità gestionali e tecnico-professionali di ciascuna struttura della rete di area vasta.

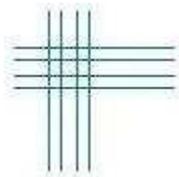
Ciò posto, nel 2004 solo le Aziende ULSS 14 di Chioggia, 15 di Cittadella, 16 di Padova e 18 di Rovigo manifestano un leggero scostamento positivo (posti letto esistenti superiori ai tetti



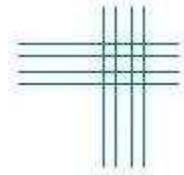
stabiliti dalla normativa regionale). Nel 2005, invece, le aziende con uno scostamento positivo sono l'Azienda ULSS 1 di Belluno e l'Azienda ULSS 18 di Rovigo.

POSTI LETTO PUBBLICI PER AZIENDA					ANNO 2004	
POSTI LETTO PUBBLICI PER AZIENDA					POSTI LETTO PROGRAMMATI	
AZIENDE ULSS		Posti letto esistenti	Posti letto DGRV 3223/02	Posti letto per mille residenti	DGRV 3223/2002	Scostamento
101	Azienda Ulss 1 Belluno	671	680	5,19	5,26	-0,07
102	Azienda Ulss 2 Feltre	399	422	4,84	5,12	-0,28
103	Azienda Ulss 3 Bassano	561	690	3,26	4,02	-0,75
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	539	590	2,97	3,25	-0,28
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	536	584	3,08	3,36	-0,28
106	Azienda Ulss 6 Vicenza	1.104	1.230	3,62	4,03	-0,41
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	645	666	3,04	3,14	-0,10
108	Azienda Ulss 8 Asolo	714	850	3,02	3,59	-0,57
109	Azienda Ulss 9 Treviso	1.285	1.465	3,29	3,75	-0,46
110	Azienda Ulss 10 San Donà	583	621	2,84	3,03	-0,19
112	Azienda Ulss 12 Veneziana	990	1.061	3,26	3,49	-0,23
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo	756	900	3,03	3,60	-0,58
114	Azienda Ulss 14 Chioggia	567	540	4,32	4,11	0,21
115	Azienda Ulss 15 Cittadella	816	810	3,48	3,46	0,03
116	Azienda Ulss 16 Padova	2.065	2.020	5,12	5,00	0,11
117	Azienda Ulss 17 Este	526	630	2,91	3,48	-0,57
118	Azienda Ulss 18 Rovigo	667	644	3,88	3,74	0,13
119	Azienda Ulss 19 Adria	220	230	2,93	3,07	-0,13
120	Azienda Ulss 20 Verona	2.279	2.172	5,05	4,82	0,24
121	Azienda Ulss 21 Legnago	562	607	3,84	4,15	-0,31
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo	418	467	1,59	1,78	-0,19
Totale Regione del Veneto 2004		16.903	17.879	3,60	3,80	-0,21
POSTI LETTO MEDI REGIONALI PER MILLE RESIDENTI				3,55	3,77	-0,22

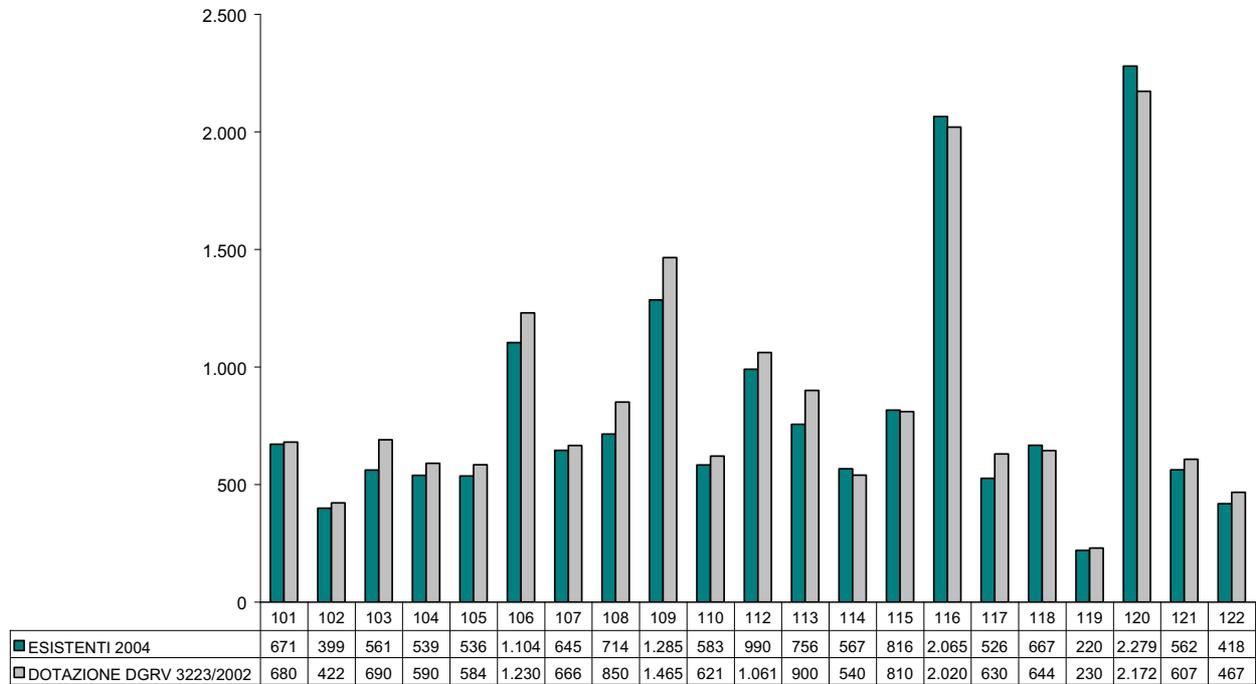




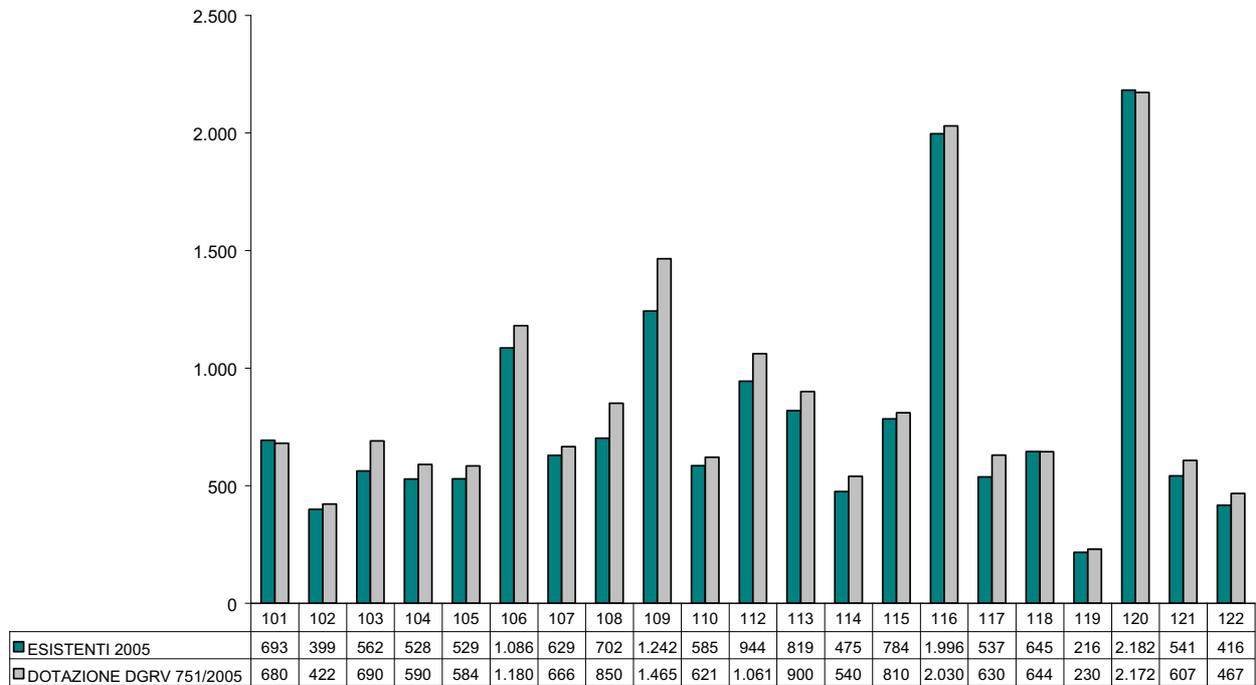
				ANNO 2005		
POSTI LETTO PUBBLICI PER AZIENDA				POSTI LETTO PROGRAMMATI		
AZIENDE ULSS		Posti letto esistenti	Posti letto DGRV 751/2005	Posti letto per mille residenti	DGRV 751/2005	Scostamento
101	Azienda Ulss 1 Belluno	693	680	5,37	5,26	0,10
102	Azienda Ulss 2 Feltre	399	422	4,82	5,09	-0,28
103	Azienda Ulss 3 Bassano	562	690	3,24	3,97	-0,74
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	528	590	2,90	3,24	-0,34
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	529	584	3,01	3,33	-0,31
106	Azienda Ulss 6 Vicenza	1.086	1.180	3,53	3,83	-0,31
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	629	666	2,94	3,11	-0,17
108	Azienda Ulss 8 Asolo	702	850	2,93	3,54	-0,62
109	Azienda Ulss 9 Treviso	1.242	1.465	3,13	3,69	-0,56
110	Azienda Ulss 10 San Donà	585	621	2,83	3,00	-0,17
112	Azienda Ulss 12 Veneziana	944	1.061	3,11	3,50	-0,39
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo	819	900	3,24	3,56	-0,32
114	Azienda Ulss 14 Chioggia	475	540	3,55	4,03	-0,49
115	Azienda Ulss 15 Cittadella	784	810	3,30	3,41	-0,11
116	Azienda Ulss 16 Padova	1.996	2.030	4,90	4,98	-0,08
117	Azienda Ulss 17 Este	537	630	2,96	3,47	-0,51
118	Azienda Ulss 18 Rovigo	645	644	3,74	3,74	0,01
119	Azienda Ulss 19 Adria	216	230	2,88	3,07	-0,19
120	Azienda Ulss 20 Verona	2.182	2.172	4,80	4,77	0,02
121	Azienda Ulss 21 Legnago	541	607	3,67	4,12	-0,45
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo	416	467	1,55	1,74	-0,19
Totale Regione del Veneto 2005		16.510	17.839	3,48	3,76	-0,28
Posti letto medi regionali per mille residenti				3,45	3,74	-0,29

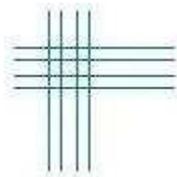


Posti letto esistenti e programmati per Azienda ULSS - Veneto 2004



Posti letto esistenti e programmati per Azienda ULSS - Veneto 2005

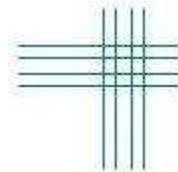




Dunque, dopo aver analizzato la dotazione di posti letto che interessa l'Assistenza Ospedaliera nel Veneto, vediamo le caratteristiche dell'attività di ricovero.

ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - GIORNATE DI DEGENZA							ANNO 2004	
TIPOLOGIA GIORNATE DI DEGENZA E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI			
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze		
GIORNATE DI DEGENZA A REGIME DI RICOVERO ORDINARIO								
di cui								
Area Funzionale Omogenea Medica	1.969.706	31,26%	329.915	5,24%	2.299.621	36,49%		
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	1.322.536	20,99%	212.090	3,37%	1.534.626	24,35%		
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	507.760	8,06%	35.972	0,57%	543.732	8,63%		
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	451.198	7,16%	374.371	5,94%	825.569	13,10%		
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	145.124	2,30%	93.859	1,49%	238.983	3,79%		
Totali	4.396.324	69,77%	1.046.207	16,60%	5.442.531	86,37%		
GIORNATE DI DEGENZA A REGIME DI RICOVERO DIURNO								
di cui								
Area Funzionale Omogenea Medica	377.356	5,99%	13.880	0,22%	391.236	6,21%		
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	236.938	3,76%	79.282	1,26%	316.220	5,02%		
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	59.370	0,94%	5.437	0,09%	64.807	1,03%		
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	18.384	0,29%	51.647	0,09%	70.031	1,11%		
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	16.437	0,26%			16.437	0,26%		
Totali	708.485	11,24%	150.246	2,38%	858.731	13,63%		
TOTALE GIORNATE DI DEGENZA	5.104.809	81,01%	1.196.453	18,99%	6.301.262	100,00%		

ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DIMISSIONI							ANNO 2004	
TIPOLOGIA DIMISSIONI E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI			
	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni		
REGIME RICOVERO ORDINARIO								
di cui								
Area Funzionale Omogenea Medica	191.641	21,43%	30.697	3,43%	222.338	24,86%		
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	187.624	20,98%	44.028	4,92%	231.652	25,90%		
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	108.332	12,11%	9.150	1,02%	117.482	13,14%		
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	19.524	2,18%	15.051	1,68%	34.575	3,87%		
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	9.882	1,10%	3.234	0,36%	13.116	1,47%		
Totali	517.003	57,80%	102.160	11,42%	619.163	69,23%		
REGIME RICOVERO DIURNO								
di cui								
Area Funzionale Omogenea Medica	64.518	7,21%	3.899	0,44%	68.417	7,65%		
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	124.969	13,97%	36.848	4,12%	161.817	18,09%		
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	33.957	3,80%	4.341	0,49%	38.298	4,28%		
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	2.209	0,25%	2.975	0,49%	5.184	0,58%		
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	1.528	0,17%			1.528	0,17%		
Totali	227.181	25,40%	48.063	5,37%	275.244	30,77%		
TOTALE DIMISSIONI	744.184	83,20%	150.223	16,80%	894.407	100,00%		



ANNO 2005

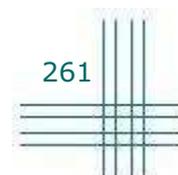
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - GIORNATE DI DEGENZA

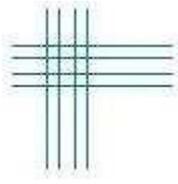
TIPOLOGIA GIORNATE DI DEGENZA E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze	Numero degenze	Percentuale degenze
GIORNATE DI DEGENZA A REGIME DI RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	1.951.955	31,16%	328.560	5,24%	2.280.515	36,40%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	1.296.071	20,69%	214.436	3,42%	1.510.507	24,11%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	489.873	7,82%	37.925	0,61%	527.798	8,42%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	458.104	7,31%	385.798	6,16%	843.902	13,47%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	141.524	2,26%	93.778	1,50%	235.302	3,76%
Totali	4.337.527	69,24%	1.060.497	16,93%	5.398.024	86,17%
GIORNATE DI DEGENZA A REGIME DI RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	384.203	6,13%	20.094	0,32%	404.297	6,45%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	201.962	3,22%	88.348	1,41%	290.310	4,63%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	59.527	0,95%	5.565	0,09%	65.092	1,04%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	22.291	0,36%	70.736	0,09%	93.027	1,48%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	13.961	0,22%			13.961	0,22%
Totali	681.944	10,89%	184.743	2,95%	866.687	13,83%
TOTALE GIORNATE DI DEGENZA	5.019.471	80,12%	1.245.240	19,88%	6.264.711	100,00%

ANNO 2005

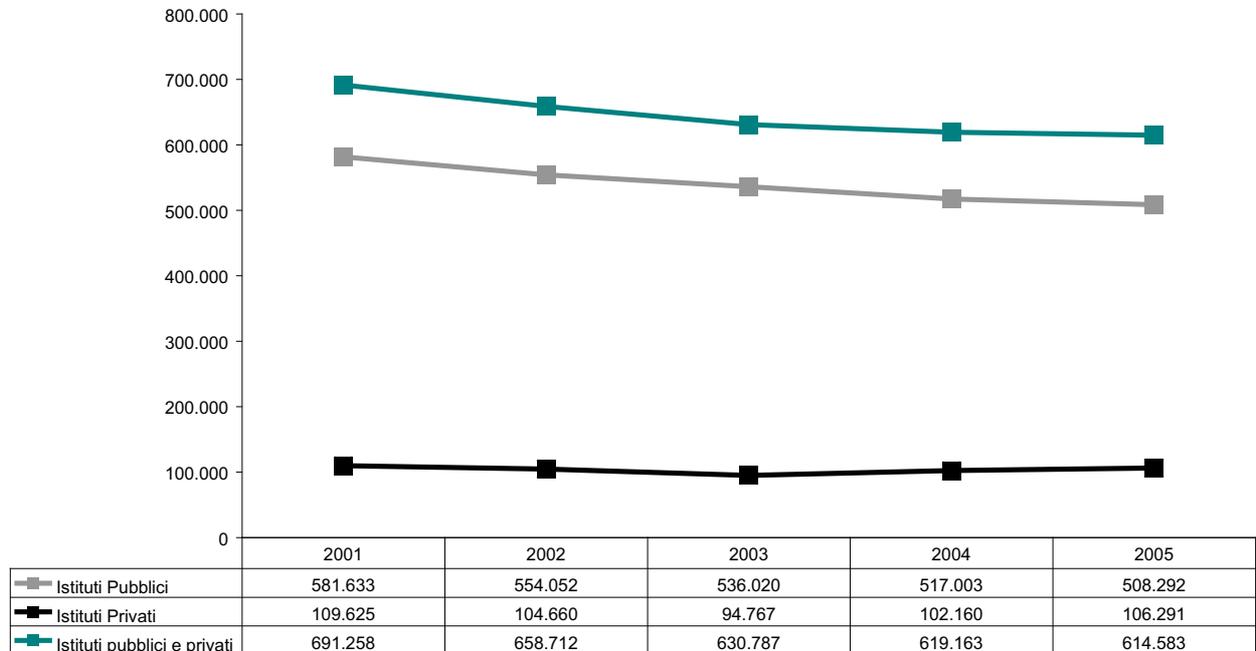
ASSISTENZA OSPEDALIERA - ATTIVITA' DI RICOVERO - DIMISSIONI

TIPOLOGIA DIMISSIONI E AREE FUNZIONALI OMOGENEE	PRESIDI PUBBLICI		PRESIDI PRIVATI		PRESIDI TOTALI	
	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni	Numero dimissioni	Percentuale dimissioni
REGIME RICOVERO ORDINARIO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	191.534	21,80%	30.769	3,50%	222.303	25,30%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	183.473	20,88%	47.020	5,35%	230.493	26,24%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	103.383	11,77%	9.517	1,08%	112.900	12,85%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	20.154	2,29%	15.784	1,80%	35.938	4,09%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	9.748	1,11%	3.201	0,36%	12.949	1,47%
Totali	508.292	57,86%	106.291	12,10%	614.583	69,95%
REGIME RICOVERO DIURNO						
di cui						
Area Funzionale Omogenea Medica	61.867	7,04%	5.645	0,64%	67.512	7,68%
Area Funzionale Omogenea Chirurgica	108.775	12,38%	40.720	4,63%	149.495	17,02%
Area Funzionale Omogenea Materno Infantile	34.340	3,91%	4.367	0,50%	38.707	4,41%
Area Funzionale Omogenea Riabilitativa	2.055	0,23%	4.720	0,50%	6.775	0,77%
Area Funzionale Omogenea Psichiatrica	1.485	0,17%			1.485	0,17%
Totali	208.522	23,73%	55.452	6,31%	263.974	30,05%
TOTALE DIMISSIONI	716.814	81,59%	161.743	18,41%	878.557	100,00%

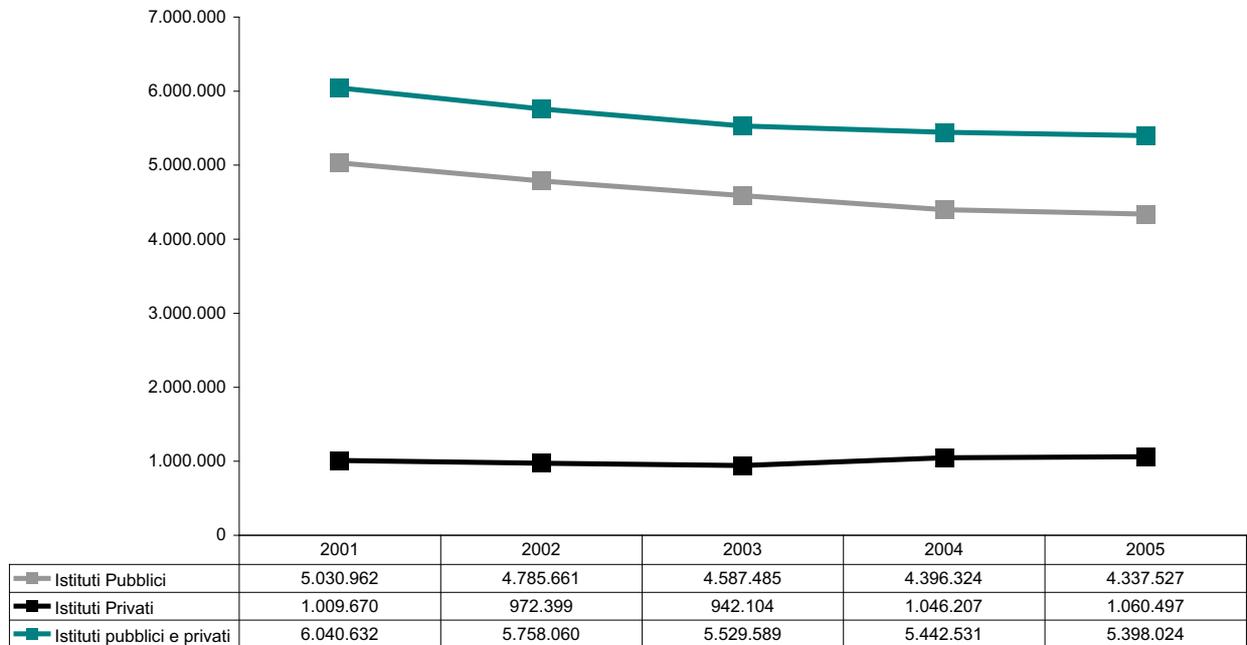


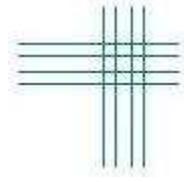


**Regione del Veneto: dimissioni (regime di ricovero ordinario)
Trend 2001-2005**

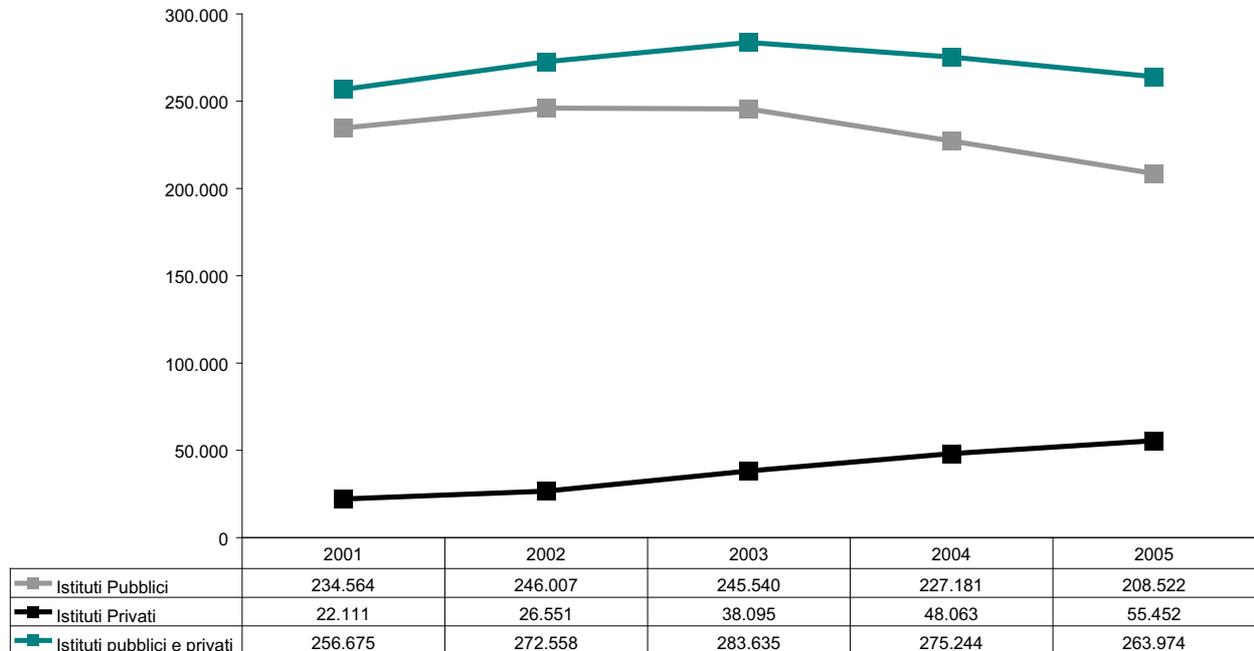


**Regione del Veneto: giornate di degenza (regime di ricovero ordinario)
Trend 2001-2005**

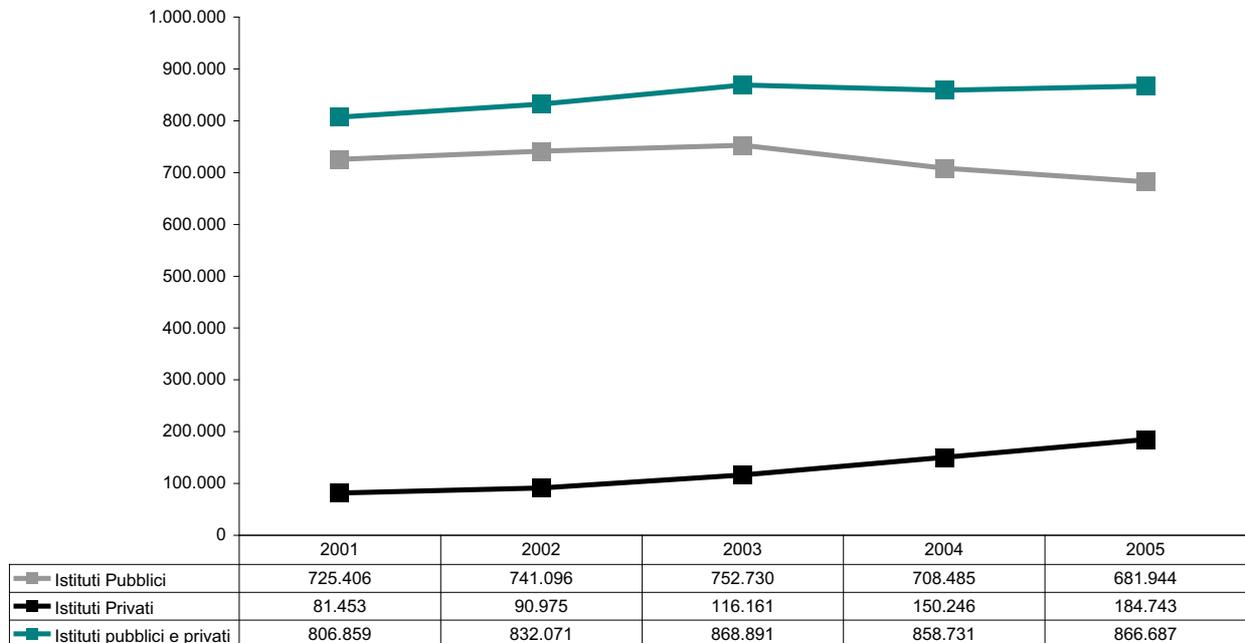


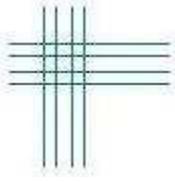


Regione del Veneto: dimissioni (regime di ricovero diurno) Trend 2001-2005



Regione del Veneto: giornate di degenza (regime di ricovero diurno) Trend 2001-2005

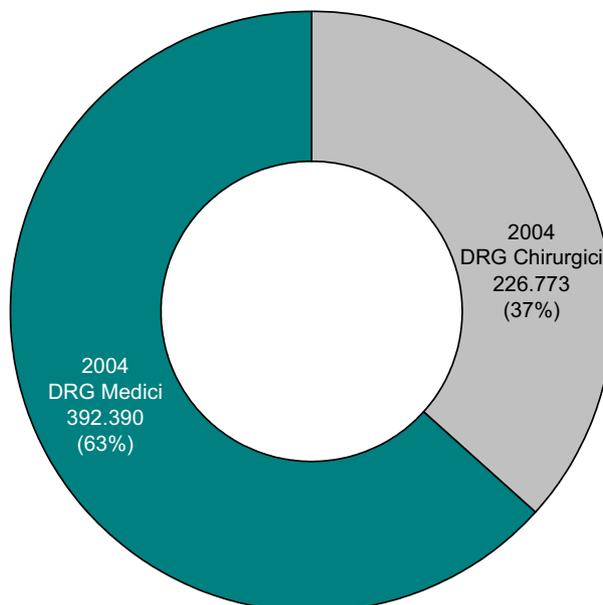




Nel corso del biennio 2004-2005 l'attività di ricovero è caratterizzata dalla continuazione del trend discendente già indicato nella precedente Relazione Socio Sanitaria. Diminuiscono le dimissioni e le degenze in regime di ricovero ordinario nei presidi pubblici, mentre aumentano leggermente nei presidi privati.

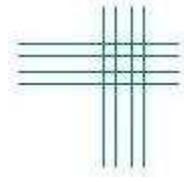
I ricoveri diurni manifestano altresì una fase discendente nei presidi pubblici, mentre aumentano in maniera più consistente nei presidi privati. Ciò può segnalare un fattore di criticità dovuto alla probabile maggior rapidità nel dare risposta ai bisogni inerenti i day hospital e alla presenza di liste di attesa nel settore pubblico. Tale criticità può essere superata con l'affermarsi di metodi gestionali di Area Vasta.

DRG Medici e Chirurgici nel 2004 - Ricoveri ordinari

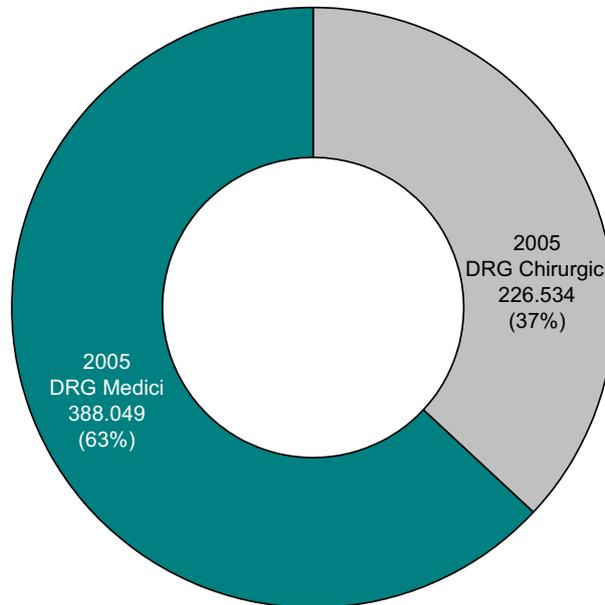


Proseguendo la nostra trattazione vediamo dunque la composizione dei ricoveri per tipologia di DRG. È qui opportuno, per una piena comprensione, riprendere la definizione fornita nella precedente Relazione Socio Sanitaria. I DRG (Diagnosis Related Group), nella traduzione italiana "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", sono categorie di ricoveri omogenei per quantità di risorse assorbite nel processo assistenziale (si parla di una classificazione isorisorse). Il sistema DRG è un sistema, elaborato e sviluppato originariamente negli Stati Uniti, che aggrega i ricoveri in base al consumo delle risorse, alla durata della degenza e al profilo clinico dei pazienti.

Il sistema della remunerazione a prestazione degli erogatori pubblici e privati viene introdotto, dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 N. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", con gli obiettivi di considerare nel finanziamento gli effettivi volumi di attività, di spingere i singoli ospedali alla ricerca di efficienza, in modo da ridurre la spesa sanitaria, e di correlare il finanziamento ad una specifica tipologia di caso clinico.



DRG Medici e Chirurgici nel 2005 - Ricoveri ordinari



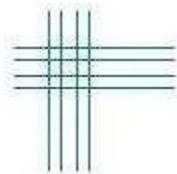
In tale ambito, i DRG chirurgici sono DRG determinati dalla presenza di un intervento chirurgico o di altra procedura "significativa" (intesa come tale dal sistema di classificazione DRG) in relazione ad una specifica diagnosi principale. I DRG medici sono i DRG che, per esclusione, non hanno tali caratteristiche.

Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione.

Tali informazioni sono ricavate dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) che è uno strumento informativo per la raccolta dei dati relativi ai singoli dimessi dagli istituti di ricovero ospedaliero. La Scheda di Dimissione Ospedaliera costituisce la sintesi delle informazioni contenute nella cartella clinica.

Nel biennio 2004-2005 la suddivisione tra DRG Medici e Chirurgici, in regime di ricovero ordinario, nel Veneto evidenzia una stabilità nelle proporzioni percentuali a cui fa riscontro una lenta e graduale diminuzione dei valori assoluti che conferma le analisi proposte nella precedente Relazione Socio Sanitaria.

I dati relativi alle singole aziende confermano tale tendenza. Quindi, prevalenza dei DRG Chirurgici nei ricoveri diurni e situazione speculare opposta, con prevalenza dei DRG Medici nei ricoveri ordinari.



ANNI 2004-2005

ASSISTENZA OSPEDALIERA - DIMISSIONI PER TIPOLOGIA DI DRG (REGIME DI RICOVERO ORDINARIO)

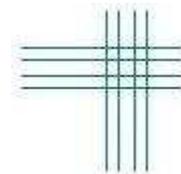
AZIENDE ULSS		2004		2005		2004	2005
		Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni
		DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totali	Totali
101	Azienda Ulss 1 Belluno	6.465	11.644	6.409	11.487	18.109	17.896
102	Azienda Ulss 2 Feltre	3.746	7.467	3.650	7.542	11.213	11.192
103	Azienda Ulss 3 Bassano	5.021	11.856	4.822	11.744	16.877	16.566
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	6.016	10.844	5.938	11.109	16.860	17.047
105	Azienda Ulss 5 Ovest	6.571	10.896	6.633	10.366	17.467	16.999
106	Azienda Ulss 6 Vicenza	19.478	25.470	18.547	24.629	44.948	43.176
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	6.730	16.330	6.972	15.558	23.060	22.530
108	Azienda Ulss 8 Asolo	8.024	17.567	7.932	17.872	25.591	25.804
109	Azienda Ulss 9 Treviso	17.129	30.693	16.309	31.897	47.822	48.206
110	Azienda Ulss 10 San Donà	7.502	14.820	7.464	15.330	22.322	22.794
112	Azienda Ulss 12 Veneziana	13.281	28.728	13.220	28.324	42.009	41.544
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo	9.617	16.846	9.592	16.675	26.463	26.267
114	Azienda Ulss 14 Chioggia	2.902	9.767	2.901	9.385	12.669	12.286
115	Azienda Ulss 15 Cittadella	9.342	17.488	9.443	17.427	26.830	26.870
116	Azienda Ulss 16 Padova	8.784	15.507	9.842	15.061	24.291	24.903
117	Azienda Ulss 17 Este	5.140	8.504	5.145	8.658	13.644	13.803
118	Azienda Ulss 18 Rovigo	7.868	14.101	9.413	14.351	21.969	23.764
119	Azienda Ulss 19 Adria	2.897	8.521	3.190	8.442	11.418	11.632
120	Azienda Ulss 20 Verona	5.555	11.164	6.029	11.600	16.719	17.629
121	Azienda Ulss 21 Legnago	5.325	11.031	5.074	10.751	16.356	15.825
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo	21.356	26.668	21.959	26.285	48.024	48.244
901	Azienda Ospedaliera di	23.060	33.072	22.388	32.207	56.132	54.595
902	Azienda Ospedaliera di	24.964	33.406	23.662	31.349	58.370	55.011
Totale Regione del Veneto		226.773	392.390	226.534	388.049	619.163	614.583

Con riferimento a questi ultimi, ciò segnala la presenza di attività che potrebbero essere svolte in sede ambulatoriale ed invece, al contrario, comportano una degenza ospedaliera.

Un numero maggiore di DRG Medici rispetto a quelli Chirurgici rappresenta una situazione spesso inevitabile nei ricoveri ordinari. Tuttavia, bisogna evitare gli eccessi e nel Veneto è ancora possibile un ridimensionamento dei primi rispetto ai secondi.

Da rilevare inoltre una diminuzione anche dei valori assoluti dei DRG Medici e Chirurgici in regime di ricovero diurno che segnala ulteriormente la criticità segnalata in precedenza nel rapporto tra ricoveri diurni in strutture pubbliche e private.

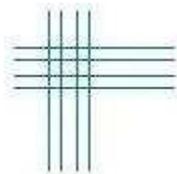
Ciò rende oltremodo necessaria l'adozione di processi gestionali di Area Vasta che, combinati con l'assicurazione di requisiti organizzativi e qualitativi minimi consentano al Veneto di ottenere un miglioramento sostanziale anche sul fronte delle prestazioni erogate in day hospital.



ANNI 2004-2005

ASSISTENZA OSPEDALIERA - DIMISSIONI PER TIPOLOGIA DI DRG (REGIME DI RICOVERO DIURNO)							
AZIENDE ULSS		2004		2005		2004	2005
		Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni
		DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totali	Totali
101	Azienda Ulss 1 Belluno	2.851	1.813	2.861	2.201	4.664	5.062
102	Azienda Ulss 2 Feltre	2.338	1.225	1.634	1.405	3.563	3.039
103	Azienda Ulss 3 Bassano	4.316	995	3.459	1.050	5.311	4.509
104	Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	5.222	1.178	4.521	1.268	6.400	5.789
105	Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	5.950	1.229	5.445	1.199	7.179	6.644
106	Azienda Ulss 6 Vicenza	8.598	7.831	8.927	6.141	16.429	15.068
107	Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	6.870	4.607	6.983	4.550	11.477	11.533
108	Azienda Ulss 8 Asolo	6.613	3.219	6.646	3.237	9.832	9.883
109	Azienda Ulss 9 Treviso	13.263	11.219	13.466	10.866	24.482	24.332
110	Azienda Ulss 10 San Donà	7.734	1.680	6.387	1.360	9.414	7.747
112	Azienda Ulss 12 Veneziana	11.134	7.667	11.351	7.254	18.801	18.605
113	Azienda Ulss 13 Mirano-Dolo	8.003	4.595	6.329	4.349	12.598	10.678
114	Azienda Ulss 14 Chioggia	5.654	6.101	4.772	5.054	11.755	9.826
115	Azienda Ulss 15 Cittadella	7.138	3.840	5.778	3.725	10.978	9.503
116	Azienda Ulss 16 Padova	5.979	5.716	4.780	6.797	11.695	11.577
117	Azienda Ulss 17 Este	6.250	2.812	5.514	2.282	9.062	7.796
118	Azienda Ulss 18 Rovigo	5.395	2.688	5.716	3.289	8.083	9.005
119	Azienda Ulss 19 Adria	4.177	875	4.349	894	5.052	5.243
120	Azienda Ulss 20 Verona	4.391	1.089	4.159	1.301	5.480	5.460
121	Azienda Ulss 21 Legnago	5.902	3.247	5.704	3.665	9.149	9.369
122	Azienda Ulss 22 Bussolengo	17.848	8.061	18.223	9.927	25.909	28.150
901	Azienda Ospedaliera di Padova	11.356	16.012	9.572	15.954	27.368	25.526
902	Azienda Ospedaliera di Verona	7.776	16.456	8.536	14.063	24.232	22.599
Totale Regione del Veneto		164.758	114.155	155.112	111.831	278.913	266.943

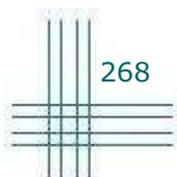
L'osservazione dei trenta DRG più frequenti segnala che per i ricoveri diurni questi costituiscono circa i due terzi di tutti i DRG, mentre per i ricoveri ordinari questi rappresentano poco più di un terzo del totale. In ogni caso, fatta eccezione per la chemioterapia, fra i DRG più frequenti vi sono sempre DRG Chirurgici.

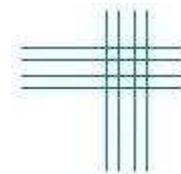


RICOVERI ORDINARI

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI

TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	ANNO 2004	
	Numero dimissioni	Percentuale sul totale
373. PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	30.243	4,88%
127. INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	17.771	2,87%
209. INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI ED ARTI	12.718	2,05%
371. TAGLIO CESAREO SENZA CC	12.028	1,94%
014. MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	10.547	1,70%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	9.762	1,58%
430. PSICOSI	8.375	1,35%
112. INTERVENTI CARDIOVASCOLARI PERCUTANEI	7.903	1,28%
183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	7.640	1,23%
088. MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	7.017	1,13%
089. POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 CON CC	6.526	1,05%
012. MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	6.229	1,01%
243. DISTURBI DORSO	6.201	1,00%
494. COLECISTECTOMIA PER VIA LAPAROSCOPICA SENZA CC	5.896	0,95%
087. EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5.623	0,91%
410. CHEMIOTERAPIA	5.530	0,89%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	5.508	0,89%
082. NEOPLASIE APPARATO RESPIRATORIO	5.169	0,83%
015. ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	5.038	0,81%
225. INTERVENTI PIEDE	4.474	0,72%
203. TUMORI MALIGNI APPARATO EPATOBILIARE E PANCREAS	4.458	0,72%
125. DISTURBI CIRCOLATORI ESCL. IMA CON CATETERISMO CARD. E DIAGN. NON COMPLIC.	4.401	0,71%
184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	4.399	0,71%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	4.384	0,71%
219. INTERV. ARTO INFERIORE E OMERIO ESCL. ANCA, PIEDE, FEMORE ETA' >17 SENZA CC	4.285	0,69%
211. INTERVENTI ANCA E FEMORE ESCL. ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA' >17 SENZA CC	4.175	0,67%
215. INTERVENTI SCHIENA E COLLO SENZA CC	4.070	0,66%
316. INSUFFICIENZA RENALE	3.990	0,64%
381. ABORTO CON Dxx, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	3.958	0,64%
390. NEONATO CON ALTRI PROBLEMI	3.846	0,62%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	218.318	35,26%
ALTRI DRG	400.845	64,74%
TOTALE TUTTI I DRG	619.163	100,00%

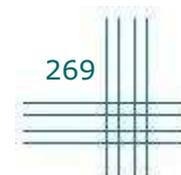


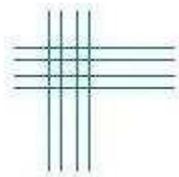


La stessa situazione è osservabile sia nel 2004 che nel 2005.

RICOVERI ORDINARI

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	ANNO 2005	
	Numero dimissioni	Percentuale sul totale
373. PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	30.378	4,94%
127. INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	17.615	2,87%
209. INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI ED ARTI	13.329	2,17%
371. TAGLIO CESAREO SENZA CC	12.214	1,99%
014. MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	10.483	1,71%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	9.345	1,52%
112. INTERVENTI CARDIOVASCOLARI PERCUTANEI	8.507	1,38%
430. PSICOSI	8.190	1,33%
089. POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 CON CC	7.405	1,20%
183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	7.398	1,20%
088. MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	7.202	1,17%
012. MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	6.488	1,06%
087. EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	6.263	1,02%
243. DISTURBI DORSO	6.006	0,98%
494. COLECISTECTOMIA PER VIA LAPAROSCOPICA SENZA CC	5.997	0,98%
410. CHEMIOTERAPIA	5.424	0,88%
082. NEOPLASIE APPARATO RESPIRATORIO	5.064	0,82%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	4.884	0,79%
015. ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	4.746	0,77%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	4.472	0,73%
125. DISTURBI CIRCOLATORI ESCL. IMA CON CATETERISMO CARD. E DIAGN. NON COMPLIC.	4.446	0,72%
219. INTERV. ARTO INFERIORE E Omero ESCL. ANCA, PIEDE, FEMORE ETA' >17 SENZA CC	4.433	0,72%
184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	4.366	0,71%
225. INTERVENTI PIEDE	4.302	0,70%
203. TUMORI MALIGNI APPARATO EPATOBILIARE E PANCREAS	4.299	0,70%
316. INSUFFICIENZA RENALE	4.267	0,69%
215. INTERVENTI SCHIENA E COLLO SENZA CC	4.178	0,68%
211. INTERVENTI ANCA E FEMORE ESCL. ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA' >17 SENZA CC	4.110	0,67%
247. SEGNI E SINTOMI APP. OSTEOMUSCOLARI E TESSUTO CONNETTIVO	3.880	0,63%
311. INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	3.836	0,62%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	219.691	35,75%
ALTRI DRG	394.892	64,25%
TOTALE TUTTI I DRG	614.583	100,00%





RICOVERI DIURNI

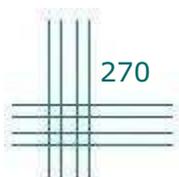
ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI

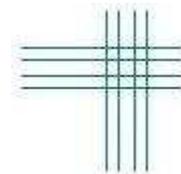
ANNO 2004

TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI

Numero
dimissioni Percentuale
sul totale

410. CHEMIOTERAPIA	26.791	9,61%
039. INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	25.159	9,02%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	11.846	4,25%
381. ABORTO CON Dxx, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	11.315	4,06%
162. INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	10.518	3,77%
119. LEGATURA E STRIPPING VENE	10.087	3,62%
364. DeC, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	8.620	3,09%
006. DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	7.230	2,59%
229. INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	6.514	2,34%
231. ASPORTAZIONE LOCALE E RIMOZIONE MEZZI FISSAZ. INTERNA ESCL. ANCA E FEMORE	5.435	1,95%
060. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	4.869	1,75%
270. ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	4.164	1,49%
266. TRAPIANTO PELLE E/O ASPORTAZ. TESSUTO ESCL. ULCERA PELLE O CELLUL. SENZA CC	4.047	1,45%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	4.042	1,45%
158. INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	3.614	1,30%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	3.585	1,29%
467. ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3.519	1,26%
412. ANAMNESI DI TUMORE MALIGNO CON ENDOSCOPIA	3.121	1,12%
239. FRATTURA PATOLOGICA E TUM. MALIGNI APP. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	2.984	1,07%
055. MISCELLANEA INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO E GOLA	2.980	1,07%
227. INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	2.808	1,01%
395. ANOMALIE GLOBULI ROSSI ETA' >17	2.743	0,98%
339. INTERVENTI TESTICOLO NON PER TUMORE MALIGNO ETA' >17	2.561	0,92%
408. DIST. MIELOPROLIFERATIVI O NEOPL. SCARSAMENTE DIFFERENZ. CON ALTRI INTERV.	2.556	0,92%
360. INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	2.391	0,86%
311. INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	2.390	0,86%
262. BIOPSIA MAMMELLA ED ASPORTAZIONE LOCALE NON PER TUMORE MALIGNO	2.210	0,79%
131. DISTURBI VASCOLARI PERIFERICI SENZA CC	2.191	0,79%
206. DISTURBI FEGATO ESCL. TUM. MALIGNO, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA SENZA CC	2.140	0,77%
323. CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA	2.073	0,74%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	182.430	65,41%
ALTRI DRG	96.483	34,59%
TOTALE TUTTI I DRG	278.913	100,00%

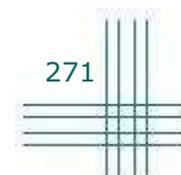


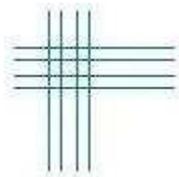


RICOVERI DIURNI

ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI

TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	ANNO 2005	
	Numero dimissioni	Percentuale sul totale
410. CHEMIOTERAPIA	26.169	9,80%
039. INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14.205	5,32%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	12.795	4,79%
381. ABORTO CON Dxx, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	11.690	4,38%
162. INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	10.675	4,00%
364. DeC, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	8.690	3,26%
119. LEGATURA E STRIPPING VENE	7.833	2,93%
229. INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	6.459	2,42%
231. ASPORTAZIONE LOCALE E RIMOZIONE MEZZI FISSAZ. INTERNA ESCL. ANCA E FEMORE	5.507	2,06%
006. DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	5.097	1,91%
060. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	5.022	1,88%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	4.774	1,79%
270. ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	4.614	1,73%
266. TRAPIANTO PELLE E/O ASPORTAZ. TESSUTO ESCL. ULCERA PELLE O CELLUL. SENZA CC	4.602	1,72%
158. INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	3.817	1,43%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	3.549	1,33%
412. ANAMNESI DI TUMORE MALIGNO CON ENDOSCOPIA	3.256	1,22%
467. ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3.055	1,14%
227. INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	2.915	1,09%
055. MISCELLANEA INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO E GOLA	2.880	1,08%
395. ANOMALIE GLOBULI ROSSI ETA' >17	2.835	1,06%
239. FRATTURA PATOLOGICA E TUM. MALIGNI APP. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	2.787	1,04%
311. INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	2.594	0,97%
408. DIST. MIELOPROLIFERATIVI O NEOPL. SCARSAMENTE DIFFERENZ. CON ALTRI INTERV.	2.575	0,96%
409. RADIOTERAPIA	2.544	0,95%
360. INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	2.540	0,95%
339. INTERVENTI TESTICOLO NON PER TUMORE MALIGNO ETA' >17	2.468	0,92%
262. BIOPSIA MAMMELLA ED ASPORTAZIONE LOCALE NON PER TUMORE MALIGNO	2.382	0,89%
189. ALTRE DIAGNOSI APPARATO DIGERENTE ETA' >17 SENZA CC	2.177	0,82%
131. DISTURBI VASCOLARI PERIFERICI SENZA CC	2.121	0,79%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	170.506	63,87%
ALTRI DRG	96.437	36,13%
TOTALE TUTTI I DRG	266.943	100,00%





Consideriamo ora un importante indicatore di efficienza dei ricoveri: la degenza media. Per coerenza terminologica e per rendere possibili eventuali comparazioni utilizzeremo ancora una volta la definizione utilizzata nella precedente Relazione Socio Sanitaria.

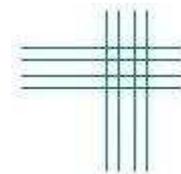
Con la degenza media si intende definire il rapporto fra numero di giornate di degenza (o del numero di accessi se trattasi di ricovero diurno) erogate a un determinato insieme di pazienti e numero dei ricoveri da questi effettuati.

L'indicatore esprime dunque il numero medio delle giornate di degenza per caso trattato.

La formula che è stata applicata per il calcolo della degenza media è la seguente:

Degenza media	=	$\frac{\text{Numero di giornate erogate ai pazienti}}{\text{Numero di ricoveri effettuati dai pazienti stessi}}$
---------------	---	--

REGIME DI RICOVERO RICOVERO ORDINARIO					Anno 2004	
Area Funzionale Omogenea	0 . Azienda Ospedaliera		Degenza media	1 . Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	36.876	392.824	10,7	154.765	1.576.882	10,2
Chirurgica	49.539	370.286	7,5	138.085	952.250	6,9
Materno Infantile	24.864	142.478	5,7	83.468	365.282	4,4
Riabilitativa	2.097	43.984	21,0	17.427	407.214	23,4
Psichiatria	1.126	17.764	15,8	8.756	127.360	14,5
Totale	114.502	967.336		402.501	3.428.988	
Area Funzionale Omogenea	4 . Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68		Degenza media	5 . Casa di cura privata		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	11.101	119.775	10,8	9.248	119.193	12,9
Chirurgica	11.930	64.949	5,4	15.840	56.470	3,6
Materno Infantile	5.989	25.160	4,2	169	788	4,7
Riabilitativa	4.058	125.410	30,9	5.489	125.681	22,9
Psichiatria	821	27.071	33,0	2.413	66.788	27,7
Totale	33.899	362.365		33.159	368.920	
Area Funzionale Omogenea	8 . Istituto qualificato presidio della ULSS		Degenza media	S . Sperimentazioni Gestionali		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	9.765	84.859	8,7	583	6.088	10,4
Chirurgica	14.312	70.137	4,9	1.946	20.534	10,6
Materno Infantile	2.992	10.024	3,4			
Riabilitativa	2.823	67.031	23,7	2.545	52.982	20,8
Psichiatria						
Totale	29.892	232.051		5.074	79.604	
Area Funzionale Omogenea	3 . Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico		Degenza media			
	Dimissioni	Degenze				
Riabilitativa	136	3.267	24,0			
Totale	136	3.267				



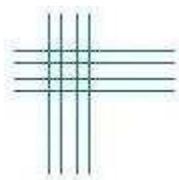
REGIME DI RICOVERO DIURNO					Anno 2004	
Area Funzionale Omogenea	0 . Azienda Ospedaliera		Degenza media	1 . Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	19.950	95.680	4,8	44.568	281.676	6,3
Chirurgica	20.699	42.997	2,1	104.270	193.941	1,9
Materno Infantile	6.765	15.714	2,3	27.192	43.656	1,6
Riabilitativa	1.343	6.419	4,8	866	11.965	13,8
Psichiatria	476	2.905	6,1	1.052	13.532	12,9
Totale	49.233	163.715		177.948	544.770	
Area Funzionale Omogenea	4 . Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68		Degenza media	5 . Casa di cura privata		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	2.406	9.372	3,9	707	1.635	2,3
Chirurgica	12.844	31.147	2,4	11.499	18.982	1,7
Materno Infantile	2.337	2.814	1,2	353	679	1,9
Riabilitativa	51	1.084	21,3	1.339	23.844	17,8
Psichiatria						
Totale	17.638	44.417		13.898	45.140	
Area Funzionale Omogenea	8 . Istituto qualificato presidio della ULSS		Degenza media	S . Sperimentazioni Gestionali		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	648	2.409	3,7	138	464	3,4
Chirurgica	11.230	27.757	2,5	1.275	1.396	1,1
Materno Infantile	1.651	1.944	1,2			
Riabilitativa	562	10.401	18,5	507	8.785	17,3
Psichiatria						
Totale	14.091	42.511		1.920	10.645	
Area Funzionale Omogenea	3 . Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico		Degenza media			
	Dimissioni	Degenze				
Riabilitativa	516	7.533	14,6			
Totale	516	7.533				

Si può osservare, per quanto attiene il regime di ricovero ordinario, che il dato inerente la degenza media delle Aree Funzionali Omogenee Chirurgica e Materno Infantile è apprezzabile.

L'Area Funzionale Omogenea Medica presenta valori intorno ai dieci giorni medi, ma vanno considerate le sue caratteristiche cliniche e terapeutiche. Lo stesso dicasi per le Aree Riabilitativa e Psichiatrica che hanno tali specificità da rendere accettabili valori più elevati.

Rispetto ai valori rilevati nella precedente Relazione Socio Sanitaria si evidenzia un leggero decremento che va sostenuto e consolidato nel tempo.

Inoltre, va considerata la separata indicazione dell'Area Funzionale Omogenea Psichiatria, prima non presente nelle elaborazioni rappresentate nella precedente Relazione.

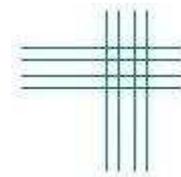


REGIME DI RICOVERO RICOVERO ORDINARIO					Anno 2005	
Area Funzionale Omogenea	0 . Azienda Ospedaliera		Degenza media	1 . Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	36.110	384.350	10,6	155.424	1.567.605	10,1
Chirurgica	47.942	359.493	7,5	135.531	936.578	6,9
Materno Infantile	22.941	137.402	6,0	80.442	352.471	4,4
Riabilitativa	2.009	43.956	21,9	18.145	414.148	22,8
Psichiatria	604	9.983	16,5	9.144	131.541	14,4
Totale	109.606	935.184		398.686	3.402.343	
Area Funzionale Omogenea	4 . Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68		Degenza media	5 . Casa di cura privata		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	10.881	120.034	11,0	9.068	118.683	13,1
Chirurgica	12.114	66.189	5,5	18.024	60.985	3,4
Materno Infantile	6.173	26.951	4,4	182	883	4,9
Riabilitativa	3.617	101.983	28,2	5.634	125.303	22,2
Psichiatria	850	25.949	30,5	2.351	67.829	28,9
Totale	33.635	341.106		35.259	373.683	
Area Funzionale Omogenea	8 . Istituto qualificato presidio della ULSS		Degenza media	S . Sperimentazioni Gestionali		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	10.135	82.700	8,2	685	7.143	10,4
Chirurgica	14.870	66.575	4,5	2.012	20.687	10,3
Materno Infantile	3.162	10.091	3,2			
Riabilitativa	2.973	66.550	22,4	2.886	59.526	20,6
Psichiatria						
Totale	31.140	225.916		5.583	87.356	

* I dati relativi all'IRCSS non sono disponibili nel momento in cui si scrive.

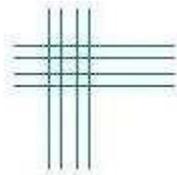
Complessivamente i valori che emergono dalla rilevazione evidenziano un buon funzionamento del sistema e un graduale, ma sistematico, miglioramento. Ciò viene confermato anche dall'analisi della degenza media per singola Azienda Sanitaria del Veneto.

Tuttavia, anche in questo caso emerge, a fronte di un livello medio che può considerarsi positivo, un'elevata variabilità dei valori rilevati nelle singole Aziende ULSS, che attesta una volta di più la necessità di più incisive azioni tese a "fare sistema".



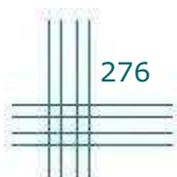
REGIME DI RICOVERO DIURNO				Anno 2005		
Area Funzionale Omogenea	0 . Azienda Ospedaliera		Degenza media	1 . Ospedale a gestione diretta presidio della ULSS		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	19.003	89.642	4,7	42.864	294.561	6,9
Chirurgica	19.056	38.782	2,0	89.719	163.180	1,8
Materno Infantile	6.675	15.048	2,3	27.665	44.479	1,6
Riabilitativa	1.199	7.994	6,7	856	14.297	16,7
Psichiatria	452	2.935	6,5	1.033	11.026	10,7
Totale	46.385	154.401		162.137	527.543	
Area Funzionale Omogenea	4 . Ospedale classificato o assimilato art. 1 legge 132/68		Degenza media	5 . Casa di cura privata		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	2.721	10.376	3,8	1.218	3.173	2,6
Chirurgica	13.819	34.260	2,5	13.292	22.300	1,7
Materno Infantile	2.401	2.979	1,2	370	718	1,9
Riabilitativa	50	803	16,1	2.121	34.504	16,3
Psichiatria						
Totale	18.991	48.418		17.001	60.695	
Area Funzionale Omogenea	8 . Istituto qualificato presidio della ULSS		Degenza media	S . Sperimentazioni Gestionali		Degenza media
	Dimissioni	Degenze		Dimissioni	Degenze	
Medica	1.638	6.275	3,8	68	270	4,0
Chirurgica	12.503	30.632	2,4	1.106	1.156	1,0
Materno Infantile	1.596	1.868	1,2			
Riabilitativa	892	13.847	15,5	1.041	14.311	13,7
Psichiatria						
Totale	16.629	52.622		2.215	15.737	
Area Funzionale Omogenea	3 . Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico		Degenza media			
	Dimissioni	Degenze				
Riabilitativa	616	7.271	11,8			
Totale	616	7.271				

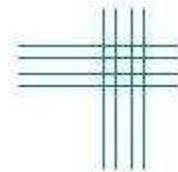
Quindi, un livello complessivo di stabilità o in graduale (anche se modesto) miglioramento, in cui coesistono valori di degenza media che possono essere considerati appropriati con contesti aziendali contraddistinti da valori che obiettivamente devono essere corretti.



REGIME DI RICOVERO ORDINARIO							ANNO 2004		
Azienda	A.F.O. Medica			A.F.O. Chirurgica			A.F.O. Materno Infantile		
	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media
101	5.723	68.252	11,9	8.225	65.440	8,0	2.453	10.727	4,4
102	3.890	41.733	10,7	3.859	29.413	7,6	1.937	8.561	4,4
103	7.649	83.388	10,9	4.625	34.185	7,4	4.054	19.892	4,9
104	5.379	61.574	11,4	6.128	42.309	6,9	4.793	19.228	4,0
105	5.597	55.150	9,9	6.024	32.699	5,4	4.302	20.038	4,7
106	14.457	160.706	11,1	19.239	116.487	6,1	8.946	39.721	4,4
107	9.552	90.223	9,4	7.707	54.101	7,0	4.346	17.153	3,9
108	10.150	90.923	9,0	7.924	55.028	6,9	5.799	22.728	3,9
109	17.988	188.439	10,5	17.737	129.910	7,3	8.557	45.306	5,3
110	8.539	79.687	9,3	8.811	50.496	5,7	3.953	15.871	4,0
112	16.929	185.825	11,0	11.933	94.094	7,9	6.750	31.018	4,6
113	11.425	91.929	8,0	8.641	51.664	6,0	4.902	21.057	4,3
114	5.791	61.279	10,6	3.592	29.229	8,1	2.559	10.998	4,3
115	8.850	87.502	9,9	9.967	68.184	6,8	6.831	31.312	4,6
116	10.042	121.092	12,1	8.800	43.391	4,9	1.839	5.515	3,0
117	4.517	45.818	10,1	5.947	40.962	6,9	2.162	8.282	3,8
118	9.690	107.176	11,1	7.096	40.663	5,7	2.680	10.784	4,0
119	4.304	43.106	10,0	4.730	32.405	6,9	1.663	7.349	4,4
120	4.301	53.541	12,4	5.593	22.239	4,0	2.844	10.836	3,8
121	7.064	69.012	9,8	4.868	25.073	5,2	2.145	9.076	4,2
122	13.625	120.442	8,8	20.667	106.368	5,1	9.103	35.802	3,9
901	18.903	181.629	9,6	23.163	176.190	7,6	12.994	74.628	5,7
902	17.973	211.195	11,8	26.376	194.096	7,4	11.870	67.850	5,7
Totale	222.338	2.299.621		231.652	1.534.626		117.482	543.732	
Azienda	A.F.O. Riabilitativa			A.F.O. Psichiatria					
	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media			
101	1.291	29.918	23,2	417	8.058	19,3			
102	1.250	27.373	21,9	277	2.975	10,7			
103	287	6.868	23,9	262	4.971	19,0			
104	201	6.187	30,8	359	6.442	17,9			
105	1.209	23.675	19,6	335	4.893	14,6			
106	1.027	36.077	35,1	1.279	18.048	14,1			
107	1.132	24.777	21,9	323	3.741	11,6			
108	1.396	25.619	18,4	322	6.842	21,2			
109	2.113	46.442	22,0	1.427	31.633	22,2			
110	557	14.293	25,7	462	7.438	16,1			
112	5.669	155.453	27,4	728	7.402	10,2			
113	1.124	23.150	20,6	371	4.861	13,1			
114	472	8.596	18,2	255	3.413	13,4			
115	771	30.114	39,1	411	8.763	21,3			
116	2.745	61.054	22,2	865	10.553	12,2			
117	672	25.291	37,6	346	5.802	16,8			
118	2.192	50.494	23,0	311	4.648	14,9			
119	520	14.086	27,1	201	2.911	14,5			
120	1.688	39.900	23,6	2.293	65.999	28,8			
121	2.046	46.021	22,5	233	5.191	22,3			
122	4.116	86.197	20,9	513	6.635	12,9			
901	711	16.500	23,2	361	4.781	13,2			
902	1.386	27.484	19,8	765	12.983	17,0			
Totale	34.575	825.569		13.116	238.983				

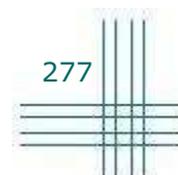
A.F.O. = Area Funzionale Omogenea
D. media = Degenza media

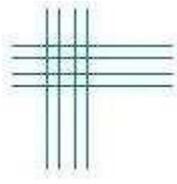




REGIME DI RICOVERO ORDINARIO							ANNO 2005		
Azienda	A.F.O. Medica			A.F.O. Chirurgica			A.F.O. Materno Infantile		
	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media
101	6.107	70.049	11,5	8.080	65.307	8,1	2.363	11.139	4,7
102	3.897	41.750	10,7	3.806	27.500	7,2	1.892	8.475	4,5
103	7.653	87.408	11,4	4.535	34.094	7,5	3.797	18.694	4,9
104	5.652	61.803	10,9	6.030	42.415	7,0	4.714	17.681	3,8
105	5.589	56.256	10,1	6.248	32.152	5,1	3.542	14.762	4,2
106	13.930	156.600	11,2	18.515	112.511	6,1	8.300	37.907	4,6
107	9.519	93.557	9,8	7.329	51.304	7,0	4.124	16.591	4,0
108	10.382	86.237	8,3	7.853	54.061	6,9	5.679	22.722	4,0
109	18.134	194.502	10,7	17.661	129.512	7,3	8.405	44.681	5,3
110	8.823	80.929	9,2	8.689	51.788	6,0	4.205	16.738	4,0
112	16.627	183.865	11,1	11.721	90.711	7,7	6.721	31.270	4,7
113	11.283	90.935	8,1	8.582	51.083	6,0	4.892	20.809	4,3
114	5.605	58.807	10,5	3.636	29.797	8,2	2.367	9.756	4,1
115	8.641	86.615	10,0	10.041	69.268	6,9	6.823	32.405	4,7
116	10.436	121.268	11,6	9.032	42.564	4,7	1.876	5.273	2,8
117	4.633	45.453	9,8	6.000	41.902	7,0	2.095	8.139	3,9
118	10.000	102.812	10,3	8.589	41.623	4,8	2.589	10.477	4,0
119	4.386	41.111	9,4	4.712	31.566	6,7	1.657	7.171	4,3
120	4.280	48.704	11,4	6.106	23.310	3,8	2.737	10.609	3,9
121	7.119	67.233	9,4	4.437	22.791	5,1	2.126	9.316	4,4
122	13.497	120.271	8,9	20.949	105.755	5,0	9.055	35.781	4,0
901	18.654	174.757	9,4	22.886	177.841	7,8	11.998	73.251	6,1
902	17.456	209.593	12,0	25.056	181.652	7,2	10.943	64.151	5,9
Totale	222.303	2.280.515		230.493	1.510.507		112.900	527.798	
Azienda	A.F.O. Riabilitativa			A.F.O. Psichiatria					
	Dimissioni	Degenza	D. media	Dimissioni	Degenza	D. media			
101	933	22.242	23,8	413	9.319	22,6			
102	1.294	26.596	20,6	303	3.338	11,0			
103	306	6.885	22,5	275	5.308	19,3			
104	262	8.419	32,1	389	5.703	14,7			
105	1.287	24.233	18,8	333	4.585	13,8			
106	1.210	38.671	32,0	1.221	17.588	14,4			
107	1.233	25.245	20,5	325	3.902	12,0			
108	1.560	24.403	15,6	330	6.308	19,1			
109	2.596	57.405	22,1	1.410	33.054	23,4			
110	624	16.037	25,7	453	7.284	16,1			
112	5.727	155.600	27,2	748	7.404	9,9			
113	1.135	24.548	21,6	375	4.383	11,7			
114	418	8.943	21,4	260	3.297	12,7			
115	914	32.987	36,1	451	8.584	19,0			
116	2.734	58.452	21,4	825	10.566	12,8			
117	735	24.897	33,9	340	5.393	15,9			
118	2.311	51.086	22,1	275	4.514	16,4			
119	699	16.559	23,7	178	2.925	16,4			
120	1.777	40.959	23,0	2.729	70.165	25,7			
121	1.910	42.537	22,3	233	4.948	21,2			
122	4.264	93.242	21,9	479	6.751	14,1			
901	719	16.884	23,5	338	4.868	14,4			
902	1.290	27.072	21,0	266	5.115	19,2			
Totale	35.938	843.902		12.949	235.302				

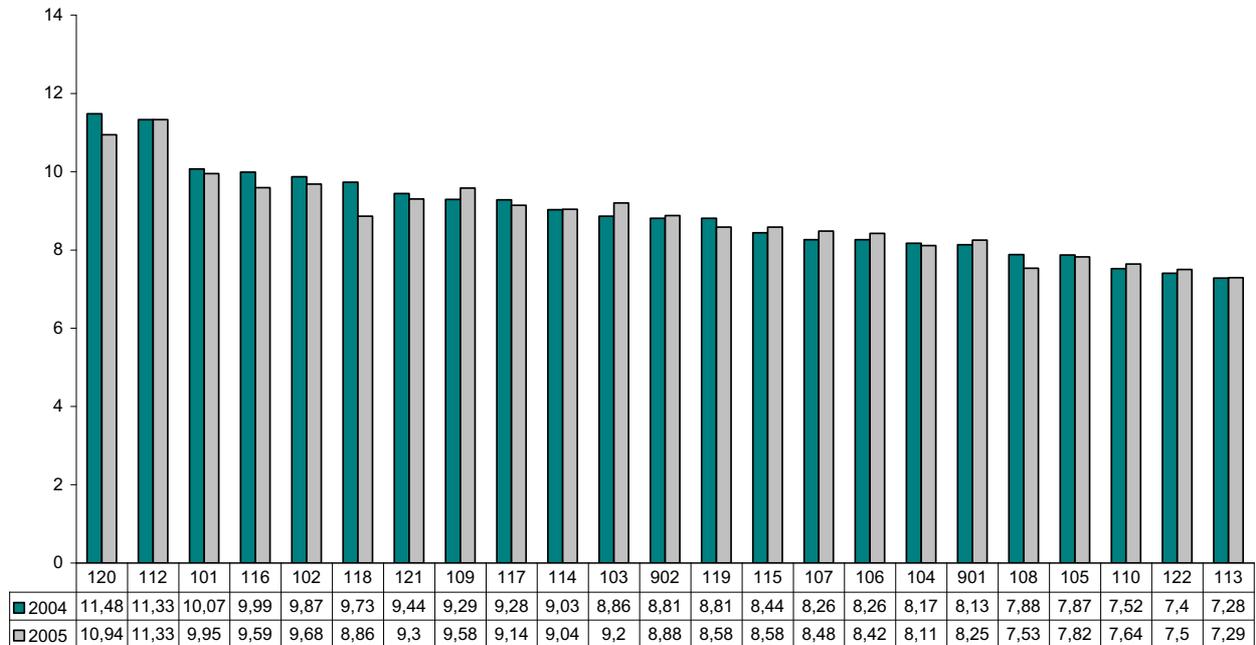
A.F.O. = Area Funzionale Omogenea
D. media = Degenza media





Quindi a fronte di un dato di sistema strutturalmente adeguato, vi sono, scendendo nelle singole realtà specifiche, notevoli aree di miglioramento.

**Degenza media relativa ai ricoveri ordinari nelle Aziende Sanitarie del Veneto
Biennio 2004-2005**



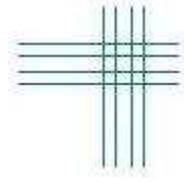
Un altro indicatore del volume di attività ospedaliera è il **Tasso di Occupazione** dei posti letto. Riprendiamo anche in questo caso la definizione inserita nella precedente Relazione Socio Sanitaria. Questo indice misura in valori percentuali il livello di occupazione dei posti letto su base annua. Qui viene applicato con riferimento al regime di ricovero ordinario.

Il Tasso di Occupazione si calcola dividendo la somma delle giornate di degenza maturate nell'anno da tutti i pazienti dimessi per il totale delle giornate disponibili nell'arco dello stesso anno. Ecco la formula applicata:

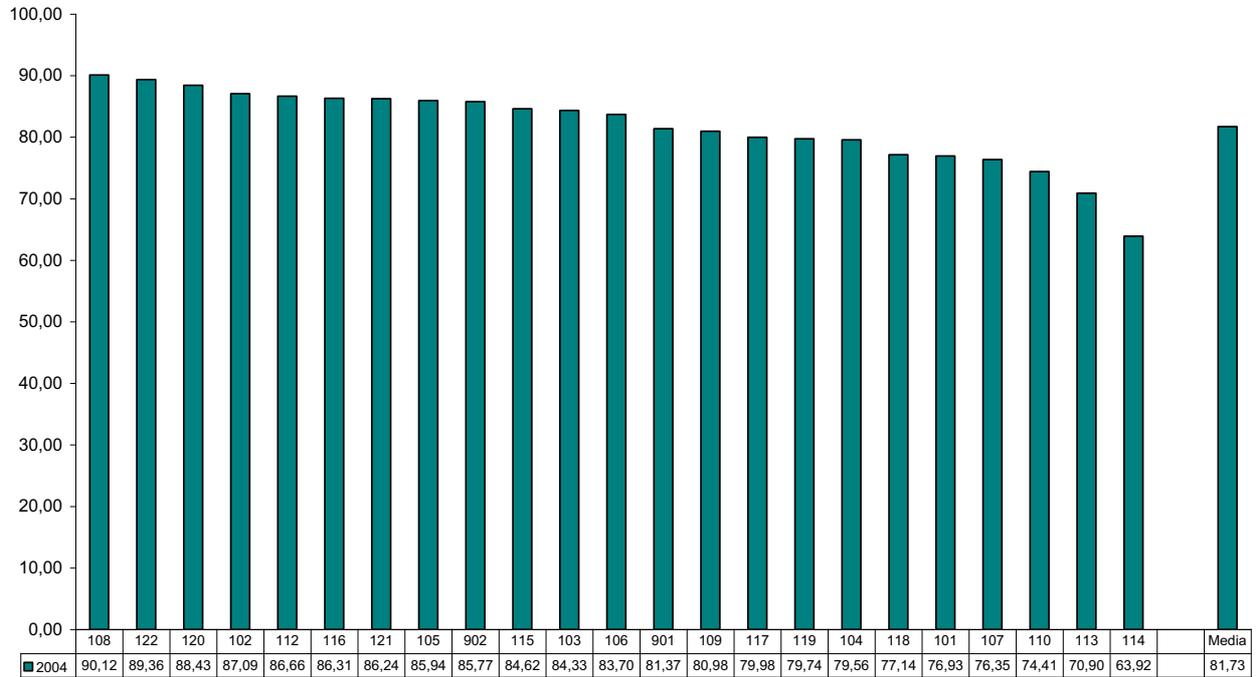
$$\text{Tasso di occupazione} = \frac{\text{Giornate di degenza ordinaria}}{(\text{Posti letto medi} \times 365)}$$

Dove al numeratore viene posta la somma delle giornate di degenza ordinarie maturate nell'anno, mentre al denominatore viene posto il prodotto del numero di posti letto medi per il numero totale di giorni in un anno. L'obiettivo dell'indicatore è quello di esprimere quantitativamente il grado di utilizzo delle strutture di degenza ordinaria.

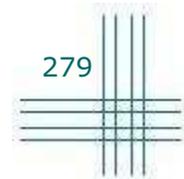
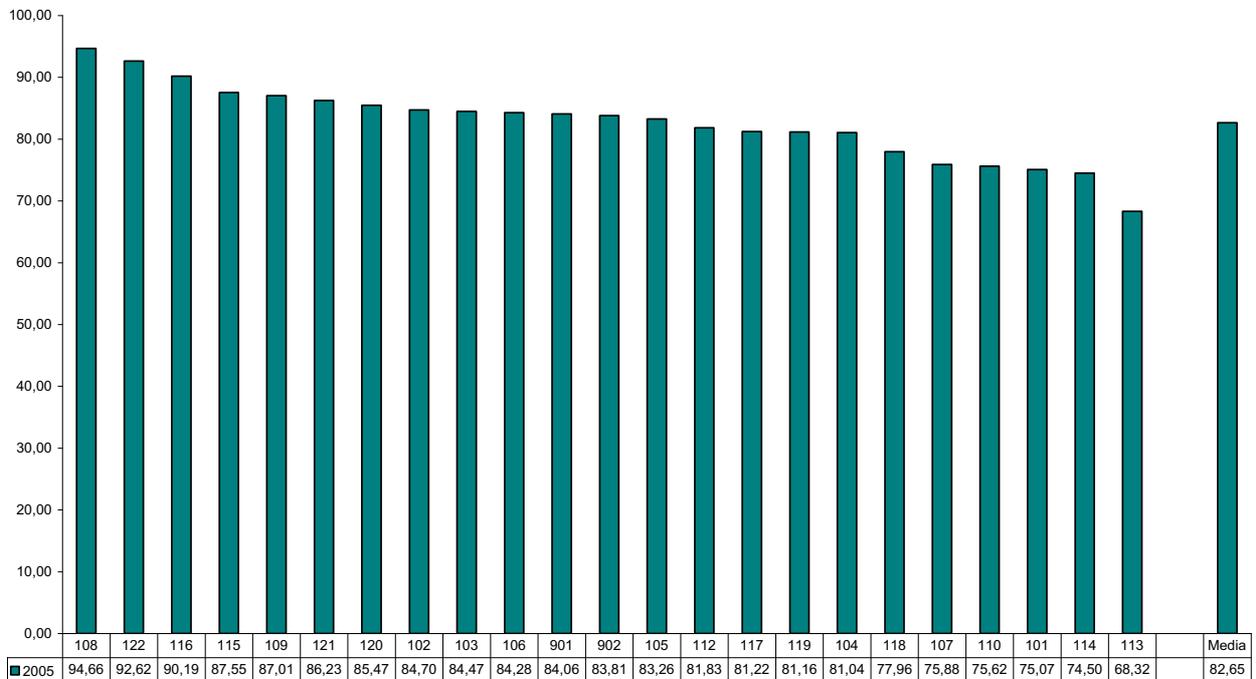
Il tasso di occupazione medio nel Veneto si attesta nel 2004 al 81,73% (con un range che va dal 63,92% al 90,12%), mentre nel 2005 è pari al 82,65% (con un range altrettanto ampio).

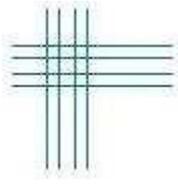


Tasso di occupazione dei posti letto - Aziende Sanitarie del Veneto 2004

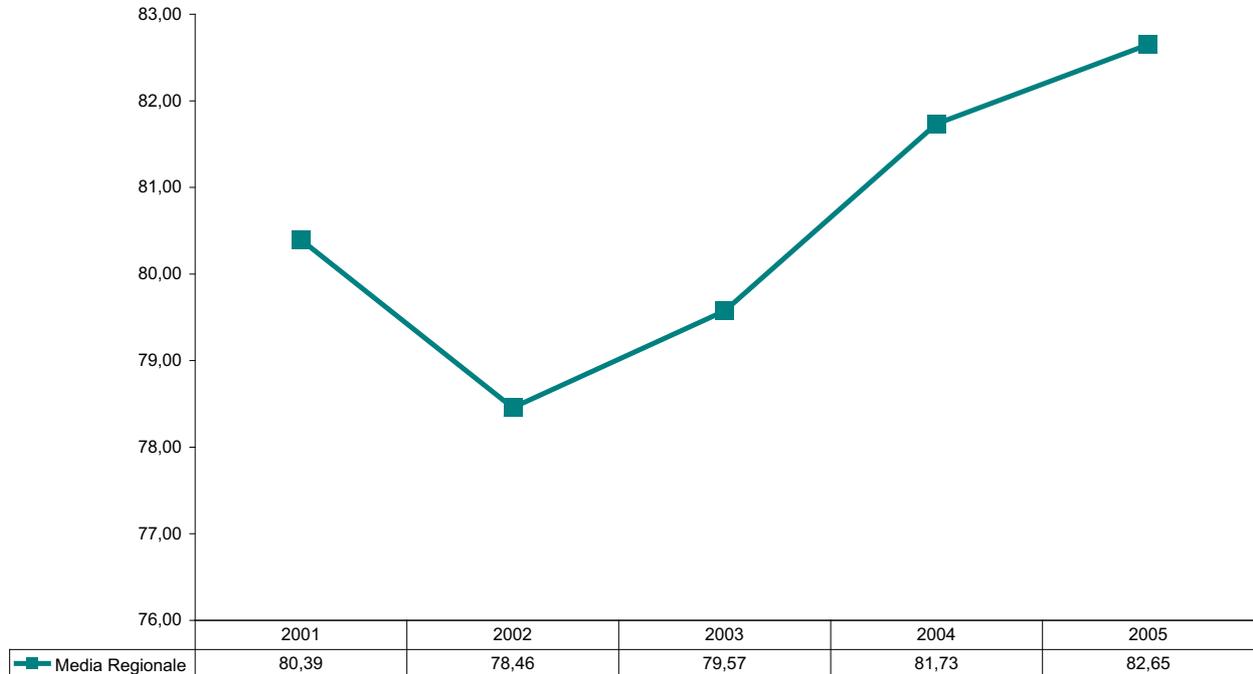


Tasso di occupazione dei posti letto - Aziende Sanitarie del Veneto 2005





Tasso di occupazione medio regionale - Trend 2001-2005



Per quanto attiene la misura dell'appropriatezza dei ricoveri vengono in evidenza i 43 DRG ritenuti "ad alto rischio di inappropriatezza" se effettuati in regime di ricovero ordinario ai sensi dell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 (il cosiddetto Decreto LEA) e quelli individuati dalla Giunta Regionale del Veneto e oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza.

Ricordiamo il metodo di determinazione dei ricoveri inappropriati. Il calcolo dei casi fuori soglia, partendo dai parametri prestabiliti (soglie di ammissibilità), viene effettuato secondo la procedura che segue:

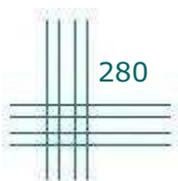
- Individuazione del totale dei ricoveri relativi ad ogni singolo DRG compreso nella lista dei potenzialmente inappropriati se trattati in regime di ricovero ordinario;
- Individuazione dei ricoveri ordinari relativi ad ogni singolo DRG compreso nella lista;
- Calcolo della percentuale dei ricoveri ordinari su totale. In formula:

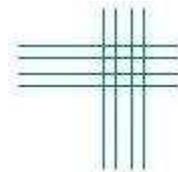
$$\text{Valori percentuali} = \frac{\text{Ricoveri ordinari relativi ad ogni singolo DRG compreso nella lista}}{\text{Totale ricoveri relativi ad ogni singolo DRG compreso nella lista}}$$

- Calcolo della percentuale eccedente la soglia di ammissibilità (differenza tra il valore percentuale rilevato e il valore soglia);

- Calcolo del numero di ricoveri inappropriati. In formula:

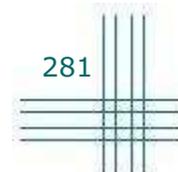
$$\text{Ricoveri inappropriati} = \text{Percentuale eccedente il valore soglia} \times \text{Totale ricoveri relativi ad ogni singolo DRG compreso nella lista}$$

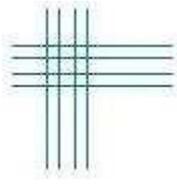




I valori soglia sono i seguenti:

	VALORI SOGLIA - DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO	VALORE SOGLIA	
NAZIONALI	006. DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	6%	
	019. MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	70%	
	025. CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	95%	
	039. INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	18%	
	040. INTERVENTI STRUT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA ETA' >17	40%	
	041. INTERVENTI EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA ETA' 0-17	60%	
	042. INTERVENTI INTRAOCULARI ESCLUSO RETINA IRIDE CRISTALLINO	75%	
	055. MISCELLANEA INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO E GOLA	65%	
	065. TURBE DELL'EQUILIBRIO	85%	
	119. LEGATURA E STRIPPING VENE	17%	
	131. DISTRURBI VASCOLARI PERIFERICI SENZA CC	60%	
	133. ATEROSCLEROSI SENZA CC	80%	
	134. IPERTENSIONE	80%	
	142. SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	97%	
	158. INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	52%	
	160. INTERVENTI PER ERNIA ESCL. INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	72%	
	162. INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	25%	
	163. INTERVENTI PER ERNIA ETA' 0-17	45%	
	183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	80%	
	184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	85%	
	187. ESTRAZIONE E RIPARAZIONE DENTARIA	85%	
	208. DISTURBI VIE BILIARI SENZA CC	87%	
	222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	60%	
	232. ARTROSCOPIA	55%	
	243. DISTURBI DORSO	80%	
	262. BIOPSIA MAMMELLA ED ASPORTAZIONE LOCALE NON PER TUMORE MALIGNO	25%	
	267. INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	20%	
	270. ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	20%	
	276. PATOLOGIE NON MALIGNHE MAMMELLA	25%	
	281. TRAUMATISMI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA ETA' >17 SENZA CC	87%	
	282. TRAUMATISMI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA ETA' 0-17	95%	
	283. DISTURBI MINORI PELLE CON CC	87%	
	284. DISTURBI MINORI PELLE SENZA CC	65%	
	294. DIABETE ETA' >35	90%	
	301. DISTURBI ENDOCRINI SENZA CC	45%	
	324. CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	80%	
	326. SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE ETA' >17 SENZA CC	70%	
	364. DeC, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	25%	
	395. ANOMALIE GLOBULI ROSSI ETA' >17	60%	
	426. NEVROSI DEPRESSIVA	85%	
	427. NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	88%	
	429. DISTURBI ORGANICI E RITARDO METALE	90%	
	467. ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	55%	
	REGIONALI AGGIUNTI	047. ALTRI DISTURBI OCCHIO ETA' >17 SENZA CC	60%
		059. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' >17	65%
		060. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	40%
073. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' >17		50%	
074. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' 0-17		40%	
169. INTERVENTI BOCCA SENZA CC		40%	
206. DISTURBI FEGATO ESCL. TUM. MALIGNO, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA SENZA CC		40%	
227. INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC		45%	
229. INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	35%		

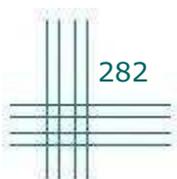


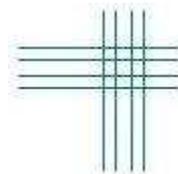


Su tali basi la rilevazione ha dato i seguenti risultati:

CODICE E TIPOLOGIA DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO	ANNO 2004					
	Ricoveri 2004	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Valore soglia	Valore rilevato	Scostamento	Ricoveri inappropriati
025. CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	2.179	2.087	95%	96%	1%	17
040. INTERVENTI STRUT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA ETA' >17	2.535	1.021	40%	40%	0%	7
065. TURBE DELL'EQUILIBRIO	2.968	2.617	85%	88%	3%	94
133. ATROSCLEROSI SENZA CC	1.607	1.354	80%	84%	4%	68
134. IPERTENSIONE	3.912	3.433	80%	88%	8%	303
142. SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	2.278	2.225	97%	98%	1%	15
183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	9.041	7.640	80%	85%	5%	407
184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	4.897	4.399	85%	90%	5%	237
208. DISTURBI VIE BILIARI SENZA CC	2.834	2.607	87%	92%	5%	141
267. INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	1.885	424	20%	22%	2%	47
276. PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA	271	76	25%	28%	3%	8
282. TRAUMATISMI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA ETA' 0-17	377	366	95%	97%	2%	8
294. DIABETE ETA' >35	3.185	2.957	90%	93%	3%	90
301. DISTURBI ENDOCRINI SENZA CC	2.266	1.082	45%	48%	3%	62
426. NEVROSI DEPRESSIVA	1.717	1.574	85%	92%	7%	115
427. NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	709	644	88%	91%	3%	20
TOTALI	42.661	34.506				1.641

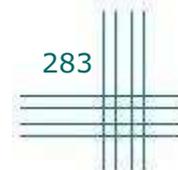
CODICE E TIPOLOGIA DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO	ANNO 2005					
	Ricoveri 2005	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Valore soglia	Valore rilevato	Scostamento	Ricoveri inappropriati
025. CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	2.097	2.034	95%	97%	2%	42
040. INTERVENTI STRUT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA ETA' >17	2.723	1.251	40%	46%	6%	162
065. TURBE DELL'EQUILIBRIO	2.737	2.470	85%	90%	5%	144
134. IPERTENSIONE	3.517	3.141	80%	89%	9%	327
142. SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	2.284	2.239	97%	98%	1%	24
183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	9.049	7.398	80%	82%	2%	159
184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	4.788	4.366	85%	91%	6%	296
208. DISTURBI VIE BILIARI SENZA CC	2.930	2.674	87%	91%	4%	125
276. PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA	215	62	25%	29%	4%	8
282. TRAUMATISMI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA ETA' 0-17	313	304	95%	97%	2%	7
294. DIABETE ETA' >35	3.067	2.903	90%	95%	5%	143
301. DISTURBI ENDOCRINI SENZA CC	1.684	914	45%	54%	9%	156
426. NEVROSI DEPRESSIVA	1.555	1.439	85%	93%	8%	117
427. NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	656	609	88%	93%	5%	32
TOTALI	37.615	31.804				1.741

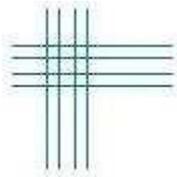




AZIENDE ULSS	RICOVERI (1)	DEGENZA (2)	PERCENTUALE (3)	ANNO 2004
				N. RICOVERI INAPPROPRIATI (4)
Azienda Ulss n. 1 Belluno	987	7.494	2,86%	47
Azienda Ulss n. 2 Feltre	443	3.752	1,28%	21
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.050	7.577	3,04%	50
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1.006	6.282	2,92%	48
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	637	4.519	1,85%	30
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	3.029	19.309	8,78%	144
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	912	5.372	2,64%	43
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.582	8.960	4,58%	75
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2.632	20.386	7,63%	125
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.396	8.286	4,05%	66
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	2.143	15.597	6,21%	102
Azienda Ulss n. 13 Mirano	1.676	9.885	4,86%	80
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	462	3.125	1,34%	22
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1.589	8.867	4,60%	76
Azienda Ulss n. 16 Padova	1.483	9.850	4,30%	71
Azienda Ulss n. 17 Este	625	4.395	1,81%	30
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	991	7.320	2,87%	47
Azienda Ulss n. 19 Adria	1.249	8.772	3,62%	59
Azienda Ulss n. 20 Verona	718	6.632	2,08%	34
Azienda Ulss n. 21 Legnago	847	7.914	2,45%	40
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	2.414	15.465	7,00%	115
Azienda Ospedaliera di Padova	3.205	16.231	9,29%	152
Azienda Ospedaliera di Verona	3.430	21.715	9,94%	163
Totale	34.506	227.705	100,00%	1.641

AZIENDE ULSS	RICOVERI (1)	DEGENZA (2)	PERCENTUALE (3)	ANNO 2005
				N. RICOVERI INAPPROPRIATI (4)
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1.027	7.502	3,23%	56
Azienda Ulss n. 2 Feltre	442	3.087	1,39%	24
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.027	7.340	3,23%	56
Azienda Ulss n. 4 Thiene	964	6.140	3,03%	53
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	451	3.337	1,42%	25
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	2.571	16.677	8,08%	141
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	894	5.632	2,81%	49
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.568	9.042	4,93%	86
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2.491	17.722	7,83%	136
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.316	8.065	4,14%	72
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	2.023	14.753	6,36%	111
Azienda Ulss n. 13 Mirano	1.584	8.968	4,98%	87
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	558	3.372	1,75%	31
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1.501	8.862	4,72%	82
Azienda Ulss n. 16 Padova	1.297	8.755	4,08%	71
Azienda Ulss n. 17 Este	591	3.991	1,86%	32
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.064	6.798	3,35%	58
Azienda Ulss n. 19 Adria	1.030	6.320	3,24%	56
Azienda Ulss n. 20 Verona	643	7.071	2,02%	35
Azienda Ulss n. 21 Legnago	655	5.611	2,06%	36
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	2.184	13.322	6,87%	120
Azienda Ospedaliera di Padova	3.112	15.926	9,78%	170
Azienda Ospedaliera di Verona	2.811	18.018	8,84%	154
Totale	31.804	206.311	100%	1.741





Legenda:

- (1) Ricoveri potenzialmente inappropriati (DRG potenzialmente inappropriati di cui al DPCM 29.11.2001);
- (2) Giornate di degenza corrispondenti ai ricoveri potenzialmente inappropriati;
- (3) Percentuale di incidenza dei ricoveri sul totale ricoveri potenzialmente inappropriati;
- (4) Distribuzione dei ricoveri inappropriati sulla base della percentuale di incidenza per Azienda Sanitaria (si tratta di una simulazione).

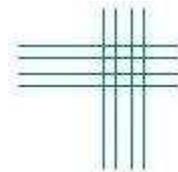
Nel Veneto per quanto concerne i ricoveri inappropriati si osserva un lieve aumento nel 2005 rispetto al 2004. Rimane comunque una notevole diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Vediamo ora i dati per quanto attiene i DRG potenzialmente inappropriati aggiunti dalla Regione del Veneto (DGRV n. 2227/2002):

CODICE E TIPOLOGIA DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO REGIONE DEL VENETO	ANNO 2004					
	Ricoveri 2004	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Valore soglia	Valore rilevato	Scostamento	Ricoveri inappropriati
047. ALTRI DISTURBI OCCHIO ETA' >17 SENZA CC	1.938	862	6%	44%	38%	746
073. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' >17	2.719	1.451	18%	53%	35%	962
074. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' 0-17	992	461	40%	46%	6%	64
TOTALE	5.649	2.774				1.772

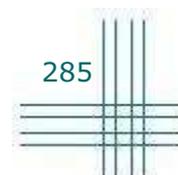
CODICE E TIPOLOGIA DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO REGIONE DEL VENETO	ANNO 2005					
	Ricoveri 2004	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Valore soglia	Valore rilevato	Scostamento	Ricoveri inappropriati
047. ALTRI DISTURBI OCCHIO ETA' >17 SENZA CC	1.858	879	6%	47%	41%	768
073. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' >17	2.715	1.490	18%	55%	37%	1.001
074. ALTRE DIAGNOSI ORECCHIO, NASO E GOLA ETA' 0-17	1.119	464	40%	41%	1%	16
TOTALE	5.692	2.833				1.785

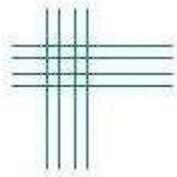
Tra i DRG ad alto rischio di inappropriata individuati dalla Giunta Regionale del Veneto con DGRV n. 2227/2002 solo tre oltrepassano il valore soglia. Tuttavia, in due casi si osservano scostamenti elevati, con il risultato di ottenere un numero di ricoveri inappropriati superiore a quello che si osserva con i 43 DRG di cui al DPCM 29.11.2001. Si tratta di un aspetto da non sottovalutare, anche perché il numero tende ad aumentare, anche se di poco.



DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI - REGIONE DEL VENETO				ANNO 2004
AZIENDE ULSS	RICOVERI (1)	DEGENZA (2)	PERCENTUALE (3)	DISTRIBUZIONE (4)
Azienda Ulss n. 1 Belluno	292	1.252	2,54%	45
Azienda Ulss n. 2 Feltre	272	1.117	2,36%	42
Azienda Ulss n. 3 Bassano	208	861	1,81%	32
Azienda Ulss n. 4 Thiene	351	2.080	3,05%	54
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	203	638	1,76%	31
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	833	3.348	7,23%	128
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	372	1.561	3,23%	57
Azienda Ulss n. 8 Asolo	474	1.595	4,12%	73
Azienda Ulss n. 9 Treviso	700	2.775	6,08%	108
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	350	1.247	3,04%	54
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	744	2.921	6,46%	114
Azienda Ulss n. 13 Mirano	654	1.941	5,68%	101
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	144	722	1,25%	22
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	336	1.287	2,92%	52
Azienda Ulss n. 16 Padova	561	1.370	4,87%	86
Azienda Ulss n. 17 Este	236	1.222	2,05%	36
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	273	1.082	2,37%	42
Azienda Ulss n. 19 Adria	245	599	2,13%	38
Azienda Ulss n. 20 Verona	367	829	3,19%	56
Azienda Ulss n. 21 Legnago	268	1.177	2,33%	41
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	1.316	3.866	11,43%	203
Azienda Ospedaliera di Padova	903	3.859	7,84%	139
Azienda Ospedaliera di Verona	1.413	6.464	12,27%	217
Totale	11.515	43.813	100,00%	1.772

DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI - REGIONE DEL VENETO				ANNO 2005
AZIENDE ULSS	RICOVERI (1)	DEGENZA (2)	PERCENTUALE (3)	DISTRIBUZIONE (4)
Azienda Ulss n. 1 Belluno	277	1220	2,45%	44
Azienda Ulss n. 2 Feltre	204	800	1,80%	32
Azienda Ulss n. 3 Bassano	213	981	1,88%	34
Azienda Ulss n. 4 Thiene	283	1525	2,50%	45
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	250	842	2,21%	39
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	784	3250	6,92%	124
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	238	1354	2,10%	38
Azienda Ulss n. 8 Asolo	509	1638	4,50%	80
Azienda Ulss n. 9 Treviso	720	2711	6,36%	114
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	368	1467	3,25%	58
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	687	2889	6,07%	108
Azienda Ulss n. 13 Mirano	716	2333	6,32%	113
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	177	936	1,56%	28
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	333	1270	2,94%	53
Azienda Ulss n. 16 Padova	670	1484	5,92%	106
Azienda Ulss n. 17 Este	237	889	2,09%	37
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	430	1376	3,80%	68
Azienda Ulss n. 19 Adria	200	495	1,77%	32
Azienda Ulss n. 20 Verona	418	1009	3,69%	66
Azienda Ulss n. 21 Legnago	195	789	1,72%	31
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	1183	3500	10,45%	187
Azienda Ospedaliera di Padova	912	4115	8,06%	144
Azienda Ospedaliera di Verona	1318	6324	11,64%	208
Totale	11.322	43.197	100,00%	1.785





Legenda:

- (5) Ricoveri potenzialmente inappropriati (DRG potenzialmente inappropriati di cui alla DGRV n. 2227/2002);
- (6) Giornate di degenza corrispondenti ai ricoveri potenzialmente inappropriati;
- (7) Percentuale di incidenza dei ricoveri sul totale ricoveri potenzialmente inappropriati;
- (8) Distribuzione dei ricoveri inappropriati sulla base della percentuale di incidenza per Azienda Sanitaria (si tratta di una simulazione).

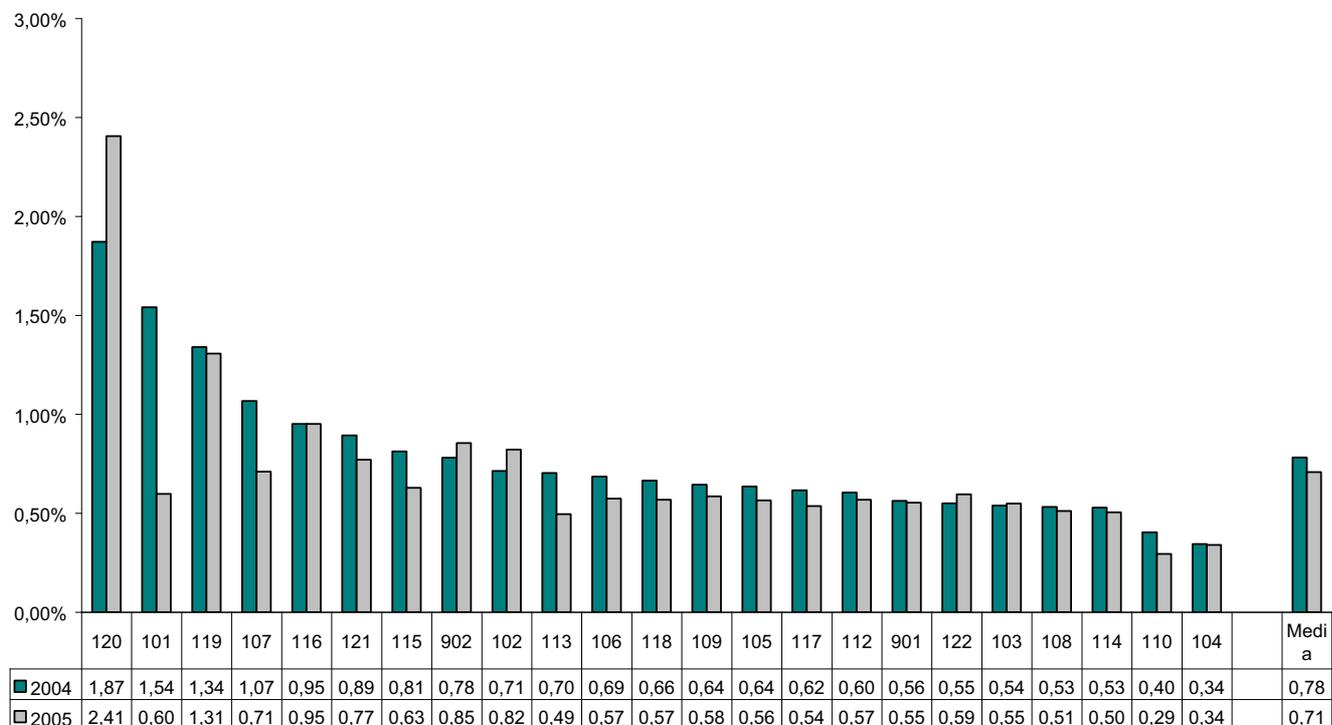
Si considerano come ripetuti i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio, per i quali la categoria della diagnosi principale (prime tre cifre della codifica ICD9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

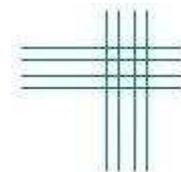
In formula:

$$\text{RICOVERI RIPETUTI} = 100 \times \frac{\text{RICOVERI RIPETUTI (REGIME DI RICOVERO ORDINARIO)}}{\text{RICOVERI TOTALI (REGIME DI RICOVERO ORDINARIO)}}$$

Ecco i dati relativi alla regione del Veneto per il Biennio 2004-2005:

Percentuale ricoveri ripetuti nelle Aziende Sanitarie del Veneto - Anni 2004-2005





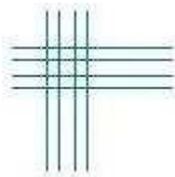
Aziende Sanitarie	2004			2005		
	Ricoveri totali	Ricoveri ripetuti	Percentuale	Ricoveri totali	Ricoveri ripetuti	Percentuale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	18.109	279	1,54%	17.896	107	0,60%
Azienda Ulss n. 2 Feltre	11.213	80	0,71%	11.192	92	0,82%
Azienda Ulss n. 3 Bassano	16.877	91	0,54%	16.566	91	0,55%
Azienda Ulss n. 4 Thiene	16.860	58	0,34%	17.047	58	0,34%
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	17.467	111	0,64%	16.999	96	0,56%
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	44.948	308	0,69%	43.176	248	0,57%
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	23.060	246	1,07%	22.530	160	0,71%
Azienda Ulss n. 8 Asolo	25.591	136	0,53%	25.804	132	0,51%
Azienda Ulss n. 9 Treviso	47.822	308	0,64%	48.206	282	0,58%
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	22.322	90	0,40%	22.794	67	0,29%
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	42.009	254	0,60%	41.544	236	0,57%
Azienda Ulss n. 13 Mirano	26.463	186	0,70%	26.267	130	0,49%
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	12.669	67	0,53%	12.286	62	0,50%
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	26.830	218	0,81%	26.870	169	0,63%
Azienda Ulss n. 16 Padova	24.291	231	0,95%	24.903	237	0,95%
Azienda Ulss n. 17 Este	13.644	84	0,62%	13.803	74	0,54%
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	21.969	146	0,66%	23.764	135	0,57%
Azienda Ulss n. 19 Adria	11.418	153	1,34%	11.632	152	1,31%
Azienda Ulss n. 20 Verona	16.719	313	1,87%	17.629	424	2,41%
Azienda Ulss n. 21 Legnago	16.356	146	0,89%	15.825	122	0,77%
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	48.024	264	0,55%	48.244	287	0,59%
Azienda Ospedaliera di Padova	56.132	316	0,56%	54.595	302	0,55%
Azienda Ospedaliera di Verona	58.370	456	0,78%	55.011	470	0,85%
Totale	619.163	4.541	0,73%	614.583	4.133	0,67%

L'ultimo indicatore di appropriatezza che evidenziamo in questa sezione è relativo ai ricoveri con complicanze. Riprendiamo al proposito quanto esplicitato nella precedente Relazione Socio Sanitaria. I ricoveri con complicanze fanno riferimento all'attribuzione al ricovero di un DRG complicato. Si tratta dei casi in cui la giornata di degenza sia superiore di almeno un giorno:

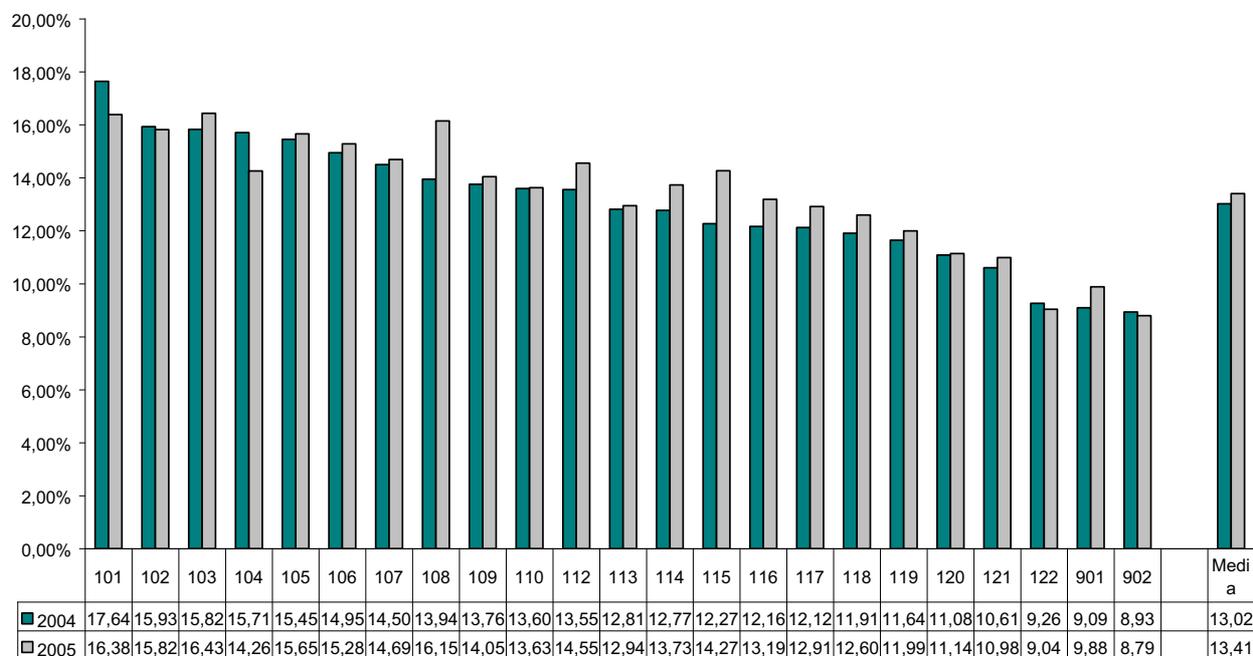
- del corrispettivo DRG omologo non complicato (DRG per i quali si può avere come variabile di assegnazione la presenza di comorbidità);
- della degenza media del medesimo DRG rilevata presso l'erogatore qualora la sua performance risulti migliore di quella regionale più recente.

Non sono considerati ricoveri con complicanze:

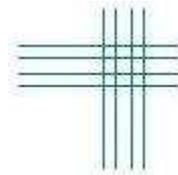
- i ricoveri esitati in decesso;
- i ricoveri di pazienti autodimessi.



**Percentuale ricoveri con complicanze per Azienda Sanitaria del Veneto
Anni 2004-2005**



Aziende Sanitarie	2004			2005		
	Ricoveri totali	Complicati	Percentuale	Ricoveri totali	Complicati	Percentuale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	18.109	2.202	12,16%	17.896	2.360	13,19%
Azienda Ulss n. 2 Feltre	11.213	1.359	12,12%	11.192	1.445	12,91%
Azienda Ulss n. 3 Bassano	16.877	1.965	11,64%	16.566	1.987	11,99%
Azienda Ulss n. 4 Thiene	16.860	1.506	8,93%	17.047	1.499	8,79%
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	17.467	2.367	13,55%	16.999	2.474	14,55%
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	44.948	4.086	9,09%	43.176	4.267	9,88%
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	23.060	3.343	14,50%	22.530	3.309	14,69%
Azienda Ulss n. 8 Asolo	25.591	3.480	13,60%	25.804	3.516	13,63%
Azienda Ulss n. 9 Treviso	47.822	7.512	15,71%	48.206	6.874	14,26%
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	22.322	3.337	14,95%	22.794	3.483	15,28%
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	42.009	5.383	12,81%	41.544	5.377	12,94%
Azienda Ulss n. 13 Mirano	26.463	3.379	12,77%	26.267	3.606	13,73%
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	12.669	2.235	17,64%	12.286	2.013	16,38%
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	26.830	3.691	13,76%	26.870	3.774	14,05%
Azienda Ulss n. 16 Padova	24.291	2.980	12,27%	24.903	3.553	14,27%
Azienda Ulss n. 17 Este	13.644	2.159	15,82%	13.803	2.268	16,43%
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	21.969	3.395	15,45%	23.764	3.720	15,65%
Azienda Ulss n. 19 Adria	11.418	1.592	13,94%	11.632	1.878	16,15%
Azienda Ulss n. 20 Verona	16.719	1.853	11,08%	17.629	1.964	11,14%
Azienda Ulss n. 21 Legnago	16.356	2.605	15,93%	15.825	2.503	15,82%
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	48.024	5.093	10,61%	48.244	5.299	10,98%
Azienda Ospedaliera di Padova	56.132	5.198	9,26%	54.595	4.935	9,04%
Azienda Ospedaliera di Verona	58.370	6.952	11,91%	55.011	6.930	12,60%
Totale	619.163	77.672	12,54%	614.583	79.034	12,86%



Concludiamo la nostra analisi dell'assistenza in regime di ricovero ordinario e diurno con un indicatore di efficienza: l'**indice comparativo di performance** relativo alle singole aziende. Riprendiamo al proposito le indicazioni fornite nella precedente Relazione Socio Sanitaria:

Si tratta di un indicatore finalizzato alla valutazione di efficienza, calcolato sulla base delle degenze medie per DRG delle singole strutture e dell'intero archivio regionale (valore di riferimento). Nella sostanza, l'indice viene calcolato applicando la degenza media DRG specifica dell'azienda analizzata al numero di casi per DRG riscontrato nello standard (archivio regionale). Il totale delle giornate di degenza così ottenute viene rapportato al numero effettivo delle giornate di degenza rilevato sull'intero archivio regionale.

Tale rapporto vede:

- al numeratore il numero delle giornate di degenza che si sarebbero riscontrate a livello regionale nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica regionale fosse avvenuta secondo la performance, espressa dalla degenza media per DRG, dall'azienda analizzata;
- al denominatore il numero delle giornate di degenza effettivamente rilevato.

I passaggi per l'elaborazione dell'indice sono i seguenti (i calcoli vengono effettuati per ogni singolo DRG):

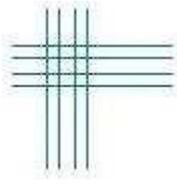
1) Si calcola la degenza media DRG specifica relativa all'azienda considerata (o la struttura, oppure all'Unità Operativa, ecc.);

AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE VENETO			
Tipologia DRG	Numero ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media
X	A	B	B/A

2) Si calcola la degenza media DRG specifica relativa al totale dei ricoveri e delle giornate di degenza rilevate in ambito regionale (archivio regionale);

REGIONE DEL VENETO			
Tipologia DRG	Totale ricoveri	Totale giornate di degenza	Degenza media
X ₁	A ₁	B ₁	B ₁ /A ₁

3) Si moltiplica la degenza media DRG specifica relativa all'azienda considerata per il numero dei ricoveri rilevati in ambito regionale. Si ottiene così il **valore atteso delle giornate di degenza**, ovvero il valore delle giornate di degenza che si sarebbe rilevato nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica regionale fosse avvenuta secondo la performance, espressa dalla degenza media per DRG, dall'azienda analizzata;



DENOMINATORE DELL'INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE

Tipologia DRG	Degenza media DRG specifica relativa all'azienda considerata	Totale ricoveri rilevati in ambito regionale per quel DRG	Giornate di degenza attese
X ₁	B/A	A ₁	B/A x A ₁

4) La somma di tutte le giornate di degenza attese viene rapportata con la somma di tutte le giornate effettivamente rilevate in ambito regionale:

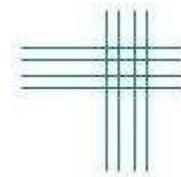
CALCOLO DELL'INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE

TIPOLOGIA DRG	GIORNATE DI DEGENZA ATTESE	GIORNATE DI DEGENZA RILEVATE IN AMBITO REGIONALE
X ₁	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X ₁	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X ₁
X ₂	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X ₂	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X ₂
X ₃	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X ₃	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X ₃
X ₄	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X ₄	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X ₄
X ₅	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X ₅	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X ₅
X _{...n}	Giornate di degenza attese DRG-specifiche X _{..n}	Giornate di degenza rilevate DRG-specifiche X _{..n}
	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA ATTESE (Σ _{gda})	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RILEVATE (Σ _{gdr})

$$\text{INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE} = \frac{\text{TOTALE GIORNATE DI DEGENZA ATTESE } (\Sigma_{gda})}{\text{TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RILEVATE } (\Sigma_{gdr})}$$

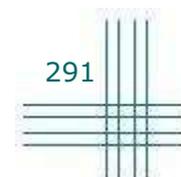
Un valore dell'indice superiore ad 1 segnala inefficienza. In questo caso siamo in presenza di una performance inferiore a quella dello standard, ovvero il totale delle giornate attese ottenute attraverso l'elaborazione descritta risulta superiore al totale delle giornate rilevate.

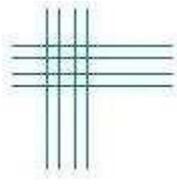
Al contrario, un indice inferiore ad 1 segnala efficienza. Infatti, tale risultato rappresenta una performance superiore allo standard e quindi un'efficienza maggiore rispetto al valore di riferimento regionale.



INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE

Aziende Sanitarie	2004	2005
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1,11	1,14
Azienda Ulss n. 2 Feltre	1,07	1,06
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1,04	1,09
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1,07	1,04
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	0,95	0,92
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	1,00	1,01
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	0,92	0,95
Azienda Ulss n. 8 Asolo	0,96	0,93
Azienda Ulss n. 9 Treviso	1,05	1,09
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	0,90	0,92
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	1,13	1,12
Azienda Ulss n. 13 Mirano	0,86	0,84
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	0,99	1,00
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1,05	1,06
Azienda Ulss n. 16 Padova	0,95	0,95
Azienda Ulss n. 17 Este	1,05	1,04
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1,07	1,01
Azienda Ulss n. 19 Adria	1,02	0,99
Azienda Ulss n. 20 Verona	1,08	1,08
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1,00	0,99
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	0,89	0,91
Azienda Ospedaliera di Padova	0,95	0,97
Azienda Ospedaliera di Verona	1,04	1,03





4.2 Piano sangue

Descrizione dei fenomeni

Ai sensi dell'articolo 11 della Legge 21 ottobre 2005, n. 219, l'autosufficienza di sangue e di emoderivati è un interesse nazionale non frazionabile per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. In tal senso, la Regione del Veneto definisce annualmente il programma di autosufficienza regionale, individuando i consumi storici, il fabbisogno reale, i livelli di produzione necessari, le risorse, i criteri di finanziamento del sistema, le modalità di compensazione intraregionale ed interregionale ed i livelli di importazione ed esportazione eventualmente necessari.

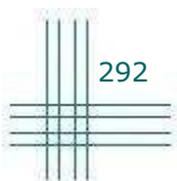
Con il 4° Piano Sangue e Plasma Regionale, per il triennio 2004-2006, la Regione del Veneto ha stabilito le proprie azioni generali di intervento. In sintesi, esse sono: a) un forte coordinamento regionale che assicuri un adeguato bilanciamento e una ottimale armonizzazione del sistema sotto il profilo gestionale e organizzativo per mantenere il buon livello di autosufficienza raggiunto, modulando questo rispetto alle istanze sanitarie regionali ed extraregionali; b) la ridefinizione del modello organizzativo del sistema trasfusionale in modo che, sotto il profilo gestionale ed economico-finanziario, sia in grado di far fronte a tutti i compiti "storici" di supporto trasfusionale corrente e al contempo sappia rispondere alle esigenze emergenti connesse con i nuovi obblighi (accreditamento, specializzazione diagnostica e clinica) e i nuovi fabbisogni, realizzando altresì un contenimento dei costi.

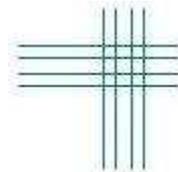
L'interazione continua tra Aziende Sanitarie e Regione comporta l'adozione di efficaci strumenti gestionali, informatici e contabili, finalizzati alla costante messa in rete delle informazioni prioritarie. Altrettanto indispensabile è l'integrazione professionale fra servizi con la promozione continua e diffusa dell'aggiornamento scientifico.

Inoltre, va considerato che le attività delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, che si esplicita nell'impegno nel reclutamento di nuove adesioni e nel mantenere la disponibilità alla donazione, le qualificano come importanti interlocutori per lo sviluppo del sistema di Immunoematologia e di Medicina Trasfusionale regionale.

Ciò posto, il modello organizzativo scelto dalla Regione del Veneto si propone come elemento di congiunzione nei rapporti tra tutti i componenti del sistema trasfusionale: Aziende Sanitarie, Strutture Trasfusionali, Associazioni e Federazioni del volontariato. Da questo punto di vista il governo dei processi che interessano il sistema trasfusionale si fonda sull'azione delle seguenti strutture:

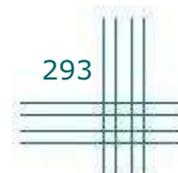
- il **Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali** (CRAT) finalizzato alla realizzazione di un sistema funzionale ad alta integrazione, che è al contempo organismo di progettazione, programmazione e verifica;
- la **Commissione Regionale per il Servizio Trasfusionale** (CRST), che ha funzioni consultive generali in materia trasfusionale indirizzate alla Giunta Regionale per l'ottimizzazione del servizio trasfusionale regionale;
- il **Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione** (CRCC) che è l'organo preposto in via prioritaria ad assicurare il raggiungimento dell'autosufficienza di sangue, plasma ed emoderivati a livello regionale;

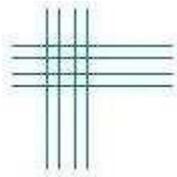




- i **Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale** che sono gli strumenti organizzativi e gestionali delle Aziende Sanitarie del Veneto per tutte le attività trasfusionali, sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo;
- **Servizi Immunotrasfusionali Territoriali (SiT)** che sono gli strumenti operativi attraverso i quali le Aziende Sanitarie effettuano la raccolta del sangue e l'attività diagnostica e clinica correlate.

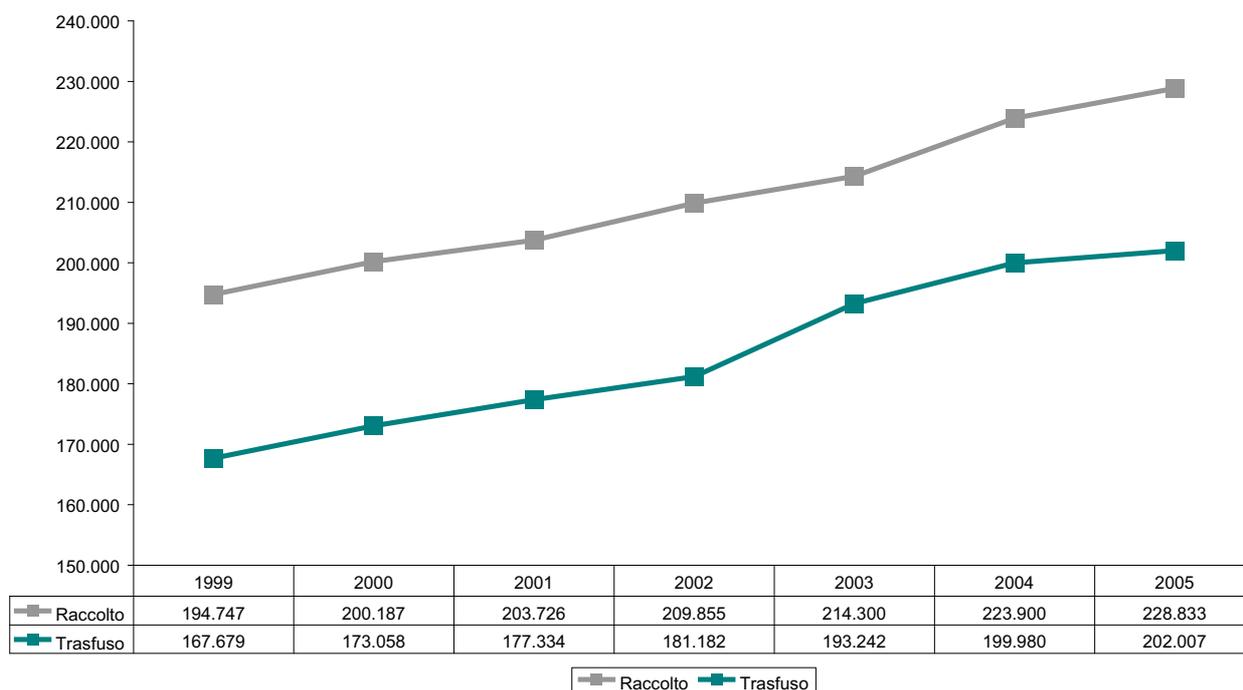
RETE TRASFUSIONALE DEL VENETO	
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Belluno	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 1
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 2
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Vicenza	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 3
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 4
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 6 (Servizio anche per AULSS 5 Arzignano)
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Treviso	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 7
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 8
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 9
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Venezia	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 10
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 12
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 13
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 14
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Padova	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale A.O. di Padova (Servizio anche per AULSS 16 Padova)
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 15
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 17
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Rovigo	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 18 (Servizio anche per AULSS 19 Adria)
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Verona (Servizio anche per AULSS 20 Verona)	
Strutture afferenti	Servizio immunotrasfusionale territoriale A.O. di Verona
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 21
	Servizio immunotrasfusionale territoriale Ulss 22





Con riferimento ai dati rilevati, la Regione del Veneto conferma un costante aumento del fabbisogno di emocomponenti, attestandosi nel 2004 su un consumo di 43,28 unità di globuli rossi per 1.000 abitanti, dato che nel 2005 raggiunge le 43,89 unità di globuli rossi per 1.000 abitanti. Tali dati, come evidenziato per il 2003 nella precedente Relazione Socio Sanitaria continuano ad essere superiori agli standard previsti dall'OMS e dall'attuale Piano Sangue Plasma Nazionale.

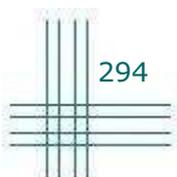
Raccolto vs Trasfuso: Regione del Veneto 1999-2005

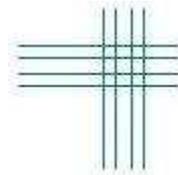


Tuttavia, il valore di questo indice corrisponde a quanto generalmente rilevato nelle altre realtà sanitarie del Nord Italia e anglosassoni. Nel periodo 1999-2005 l'offerta di emazie è aumentata di 34.086 unità (+17,50%), mentre il loro consumo è aumentato di 34.328 unità (+20,47%). Si tratta di un rapporto abbastanza equilibrato, rappresentato da un trend regolare e lineare, con modeste flessioni nell'intero lasso temporale considerato.

Con il termine emazie si definisce la parte del sangue costituita dai globuli rossi. Infatti, il sangue intero raccolto con il prelievo può essere destinato al frazionamento e alla produzione di emocomponenti. Per ottenere tale scomposizione il Servizio Trasfusionale utilizza particolari centrifughe.

La centrifuga fa sì che i componenti del sangue (globuli rossi o emazie, globuli bianchi, plasma e piastrine) si separino e confluiscono, grazie alla forza di gravità, in diverse sezioni di raccolta collegate a diverse sacche. Oltre alla centrifuga, sono utilizzate altre procedure, come il filtraggio, l'irradiazione ed il congelamento. La produzione di emocomponenti consente di ottimizzare l'utilizzo del sangue raccolto, effettuando trasfusioni mirate, a seconda delle necessità.



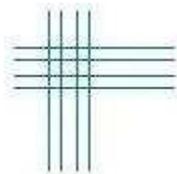


Le preparazioni di emazie disponibili per la trasfusione sono:

- *emazie concentrate deleucocitate*: che si ottengono togliendo il plasma dal sangue intero. Devono essere conservate in frigo-emoteca alla temperatura di + 4°C. Hanno una durata pari a quella della soluzione anticoagulante in cui sono conservate (in genere 42 giorni);
- *emazie concentrate con rimozione dei buffycoats*: oltre a togliere il plasma si toglie anche lo strato di globuli bianchi e piastrine che si forma, dopo centrifugazione, tra il plasma e i globuli rossi, poiché potrebbero arrecare inconvenienti se la trasfusione viene effettuata a particolari ammalati;

		UNITA' DI EMAZIE			
Azienda	Strutture Trasfusionali	2005	2004	Differenza	Percentuale
101	Sit Belluno	7.447	7.658	-211	-2,76%
102	Sit Feltre	3.354	3.264	90	2,76%
103	Sit Bassano	7.674	6.950	724	10,42%
104	Sit Schio	8.837	8.393	444	5,29%
106	Sit Vicenza-Arzignano	20.964	21.849	-885	-4,05%
107	Sit Conegliano	7.667	7.202	465	6,46%
108	Sit Castelfranco	7.930	7.641	289	3,78%
109	Sit Treviso	21.794	21.019	775	3,69%
110	Sit San Donà	10.034	9.886	148	1,50%
112	Sit Venezia Mestre	15.042	15.182	-140	-0,92%
113	Sit Dolo	10.977	10.641	336	3,16%
114	Sit Chioggia	6.544	6.395	149	2,33%
115	Sit Camposampiero	10.433	9.704	729	7,51%
117	Sit Este	8.252	8.120	132	1,63%
118	Sit Rovigo	16.382	15.771	611	3,87%
121	Sit Legnago	7.916	7.615	301	3,95%
122	Sit Bussolengo	14.016	13.394	622	4,64%
901	Sit Azienda Ospedaliera Padova	14.859	14.466	393	2,72%
902	Sit Azienda Ospedaliera Verona	28.711	28.750	-39	-0,14%
Totale		228.833	223.900	4.933	2,20%

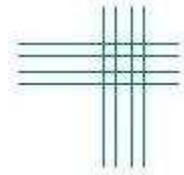
- *emazie lavate*: dopo avere rimosso il plasma le emazie vengono "lavate" con soluzione fisiologica, per eliminare determinate sostanze che potrebbero essere male tollerate da chi le riceve;



- *emazie povere o prive di leucociti*: è in particolare quanto avviene con la rimozione del Buffy Coats. Si tende ad eliminare la presenza dei globuli bianchi anche con l'impiego di appositi filtri;
- *emazie congelate*: in teoria le emazie si possono congelare e conservare a -80°C per un lungo periodo (anche 10 anni). In pratica il sistema risulterebbe eccessivamente costoso ed ingombrante e viene limitato alla conservazione di emazie di gruppi rari.

Invece, il plasma ottenuto dalla scomposizione viene immediatamente immagazzinato in congelatori speciali che abbassano velocemente la temperatura consentendo il congelamento in tempi brevissimi. Il congelamento è indispensabile per mantenere efficaci i fattori della coagulazione presenti nel plasma. La durata di conservazione è teoricamente illimitata anche se viene considerata di un anno.

		UNITA' DI PLASMA DA AFERESI			
Azienda	Strutture Trasfusionali	2005	2004	Differenza	Percentuale
101	Sit Belluno	392	631	-239	-37,88%
102	Sit Feltre	735	778	-43	-5,53%
103	Sit Bassano	1.355	1.330	25	1,88%
104	Sit Schio	2.019	1.983	36	1,82%
106	Sit Vicenza-Arzignano	9.584	11.410	-1.826	-16,00%
107	Sit Conegliano	2.828	1.121	1.707	152,27%
108	Sit Castelfranco	2.549	2.690	-141	-5,24%
109	Sit Treviso	4.628	5.272	-644	-12,22%
110	Sit San Donà	4.046	3.000	1.046	34,87%
112	Sit Venezia Mestre	3.608	3.530	78	2,21%
113	Sit Dolo	710	1.156	-446	-38,58%
114	Sit Chioggia	1.293	932	361	38,73%
115	Sit Camposampiero	1.890	2.069	-179	-8,65%
117	Sit Este	1.262	1.344	-82	-6,10%
118	Sit Rovigo	2.714	3.023	-309	-10,22%
121	Sit Legnago	1.846	1.620	226	13,95%
122	Sit Bussolengo	3.922	3.698	224	6,06%
901	Sit Azienda Ospedaliera Padova	3.349	4.872	-1.523	-31,26%
902	Sit Azienda Ospedaliera Verona	6.541	5.963	578	9,69%
Totale		55.271	56.422	-1.151	-2,04%

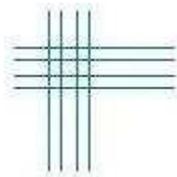


Lo strato leucopiastrinico (buffy-coat) per poter essere utilizzato abbisogna di un'ulteriore lavorazione. La quantità di piastrine raccolta in un unico strato leucopiastrinico non è sufficiente per un uso trasfusionale. Occorre riunire almeno otto unità singole da strato leucopiastrinico per avere un preparato che abbia efficacia nella terapia.

I buffy-coat singoli o già riuniti in un concentrato di piastrine (definito pool di piastrine) si conservano in una apposita apparecchiatura che mantiene gli emocomponenti a 22 gradi costanti ed in continua agitazione. La durata di questi emocomponenti è di soli 5 giorni. Si trasfondono piastrine per correggere o prevenire emorragie associate a carenza numerica o funzionale delle piastrine.

Azienda	Strutture Trasfusionali	UNITA' DI PIASTRINE DA AFERESI			
		2005	2004	Differenza	Percentuale
101	Sit Belluno	108	139	-31	-22,30%
102	Sit Feltre	12	6	6	100,00%
103	Sit Bassano	221	182	39	21,43%
104	Sit Schio	206	186	20	10,75%
106	Sit Vicenza-Arzigano	3.111	3.563	-452	-12,69%
107	Sit Conegliano	45	152	-107	-70,39%
108	Sit Castelfranco	325	264	61	23,11%
109	Sit Treviso	914	1.345	-431	-32,04%
110	Sit San Donà	12	10	2	20,00%
112	Sit Venezia Mestre	740	720	20	2,78%
113	Sit Dolo	566	454	112	24,67%
114	Sit Chioggia	137	59	78	132,20%
115	Sit Camposampiero	67	105	-38	-36,19%
117	Sit Este	37	17	20	117,65%
118	Sit Rovigo	324	363	-39	-10,74%
121	Sit Legnago	117	273	-156	-57,14%
122	Sit Bussolengo	25	523	-498	-95,22%
901	Sit Azienda Ospedaliera Padova	1.743	1.494	249	16,67%
902	Sit Azienda Ospedaliera Verona	1.350	1.207	143	11,85%
	Totale	10.060	11.062	-1.002	-9,06%

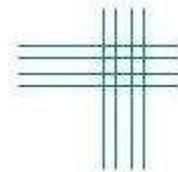
Oltre alla separazione dei componenti del sangue, esiste una tecnica di prelievo, l'**aferesi** (dal greco "afereo", tolgo da), che consente di donare anche un solo componente del sangue, ma in quantitativi maggiori di quanto è possibile donare con un normale prelievo di sangue intero.



Mediante l'ausilio di una speciale apparecchiatura (il separatore cellulare) si raccolgono le unità di plasma da aferesi e di piastrine da aferesi. Con questa metodica le indicazioni ed i modi di conservazione sono identici rispetto agli analoghi plasma e strato leucopiastrinico /piastrine da scomposizione, ma diverse sono le quantità raccolte. Questo vuol dire, soprattutto nel caso della piastrinoaferesi, che in caso di terapia il paziente è esposto alle caratteristiche di un solo donatore e non di otto. Aumenta così l'efficacia terapeutica in generale e diminuisce uno dei rischi della trasfusione: l'immunizzazione. La trasfusione ha le caratteristiche di un trapianto (di cellule) e mette a contatto dell'organismo del paziente componenti che sono, per quanto testati, scelti e validati, diversi dai propri.

		PROCEDURE DI DONAZIONE SANGUE INTERO			
Azienda	Strutture Trasfusionali	2005	2004	Differenza	Percentuale
101	Sit Belluno	7.335	7.658	-323	-4,22%
102	Sit Feltre	3.349	3.264	85	2,60%
103	Sit Bassano	7.674	6.950	724	10,42%
104	Sit Schio	8.837	8.393	444	5,29%
106	Sit Vicenza-Arzignano	19.083	20.051	-968	-4,83%
107	Sit Conegliano	7.667	7.202	465	6,46%
108	Sit Castelfranco	7.930	7.641	289	3,78%
109	Sit Treviso	21.779	21.019	760	3,62%
110	Sit San Donà	10.034	9.886	148	1,50%
112	Sit Venezia Mestre	15.040	15.182	-142	-0,94%
113	Sit Dolo	10.957	10.619	338	3,18%
114	Sit Chioggia	6.544	6.395	149	2,33%
115	Sit Camposampiero	10.433	9.704	729	7,51%
117	Sit Este	8.229	8.120	109	1,34%
118	Sit Rovigo	16.382	15.771	611	3,87%
121	Sit Legnago	7.916	7.615	301	3,95%
122	Sit Bussolengo	14.016	13.394	622	4,64%
901	Sit Azienda Ospedaliera Padova	14.624	14.466	158	1,09%
902	Sit Azienda Ospedaliera Verona	28.251	28.750	-499	-1,74%
	Totale	226.080	222.080	4.000	1,80%

L'aumento di utilizzo di emocomponenti conferma il trend ascendente dovuto, come segnalato nella precedente Relazione Socio Sanitaria, alla maggior numerosità di prestazioni di chirurgia specialistica e di trapiantologia, al saldo di attrazione che la nostra Regione esercita sulle altre

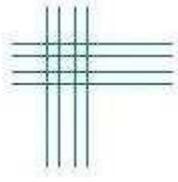


regioni italiane, all'invecchiamento della popolazione e al maggiore intervento rianimatorio nell'urgenza ed emergenza. Questa condizione si inserisce in un'organizzazione sanitaria evoluta che si confronta con tecnologie innovative e sempre più costose, con una richiesta da parte dell'utenza più attenta ed esigente e con la disponibilità di risorse limitate. Da questo punto di vista il sistema trasfusionale veneto mostra un costante incremento di procedure complessive.

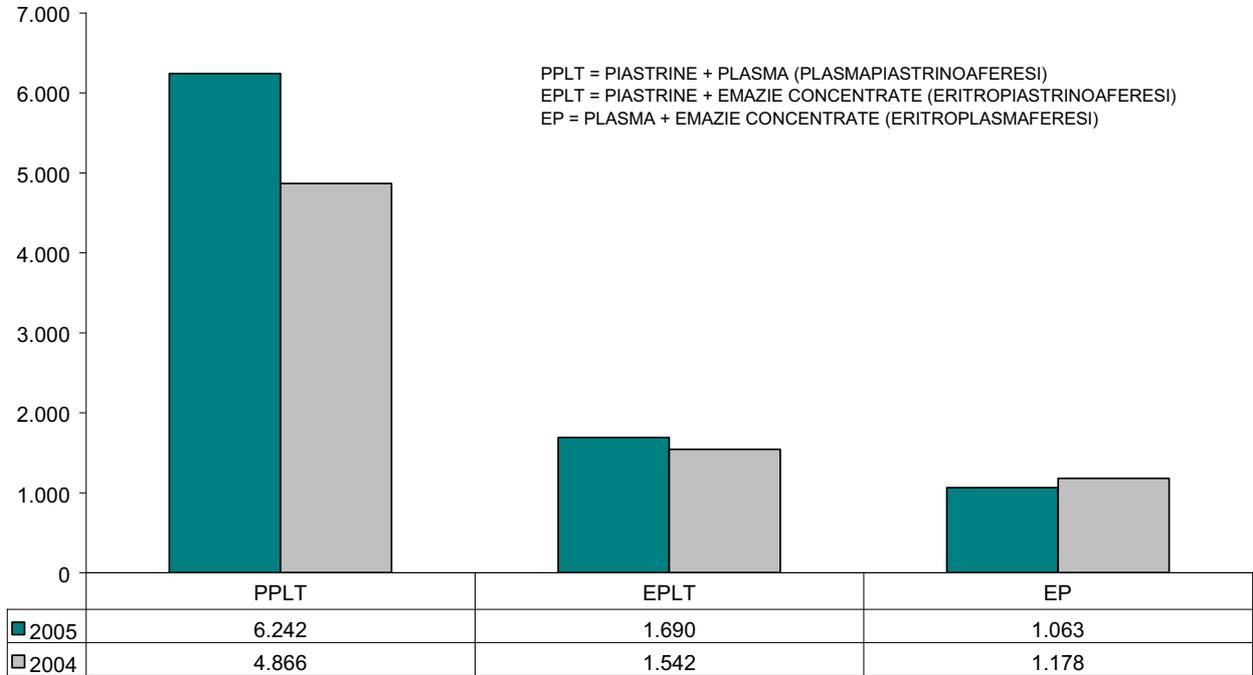
		PROCEDURE DI DONAZIONE PLASMAFERESI			
Azienda	Strutture Trasfusionali	2005	2004	Differenza	Percentuale
101	Sit Belluno	382	627	-245	-39,07%
102	Sit Feltre	718	772	-54	-6,99%
103	Sit Bassano	1.134	1.148	-14	-1,22%
104	Sit Schio	1.814	1.797	17	0,95%
106	Sit Vicenza-Arzigiano	8.557	9.706	-1.149	-11,84%
107	Sit Conegliano	1.143	1.121	22	1,96%
108	Sit Castelfranco	2.544	2.525	19	0,75%
109	Sit Treviso	4.357	4.329	28	0,65%
110	Sit San Donà	3.167	3.000	167	5,57%
112	Sit Venezia Mestre	3.608	3.530	78	2,21%
113	Sit Dolo	710	724	-14	-1,93%
114	Sit Chioggia	747	932	-185	-19,85%
115	Sit Camposampiero	1.890	1.964	-74	-3,77%
117	Sit Este	1.172	1.344	-172	-12,80%
118	Sit Rovigo	2.692	2.660	32	1,20%
121	Sit Legnago	1.522	1.347	175	12,99%
122	Sit Bussolengo	3.805	3.689	116	3,14%
901	Sit Azienda Ospedaliera Padova	3.323	3.381	-58	-1,72%
902	Sit Azienda Ospedaliera Verona	5.330	5.438	-108	-1,99%
	Totale	48.615	50.034	-1.419	-2,84%

Questo risulta generalmente anche per le procedure di donazione multicomponente. Con tale locuzione si definiscono le procedure di aferesi che permettono di raccogliere contemporaneamente più componenti del sangue, ovvero per la parte che qui si esamina:

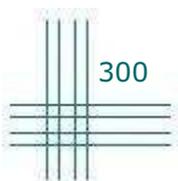
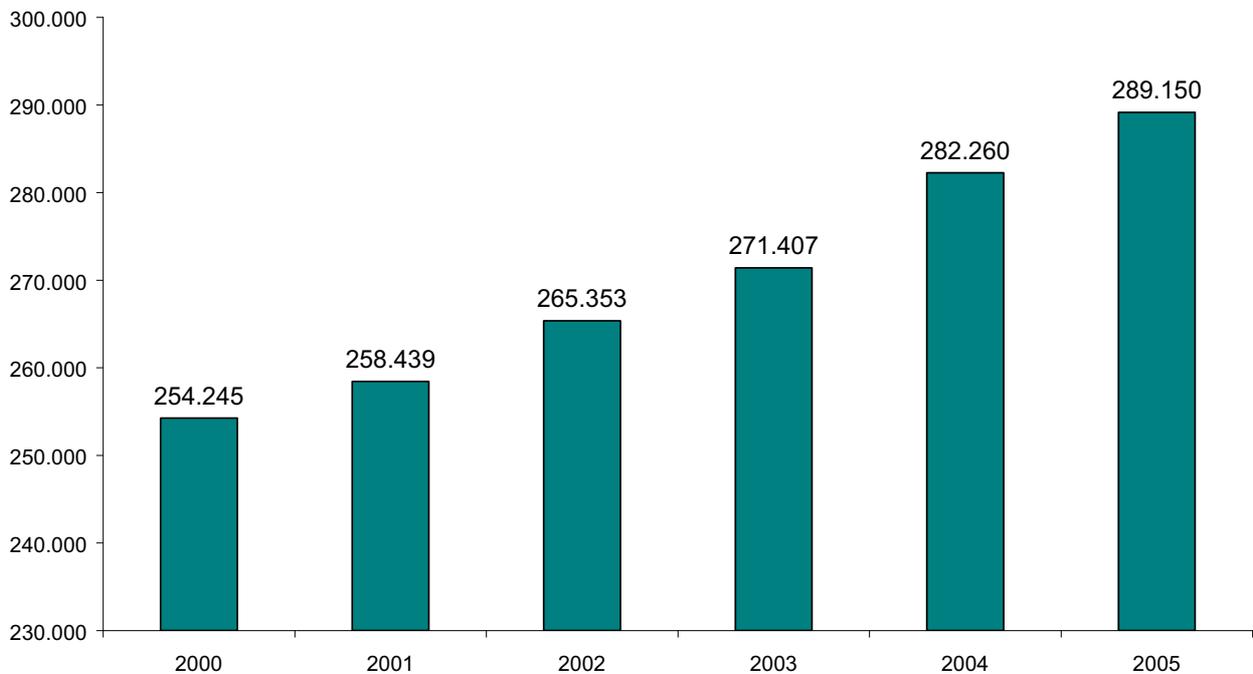
- piastrine + plasma (plasmapiastrinoafèresi);
- piastrine + emazie concentrate (eritropiastrinoafèresi);
- plasma + emazie concentrate (eritroplasmafèresi);

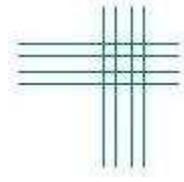


PROCEDURE DI DONAZIONE MULTICOMPONENTE - VENETO 2004-2005

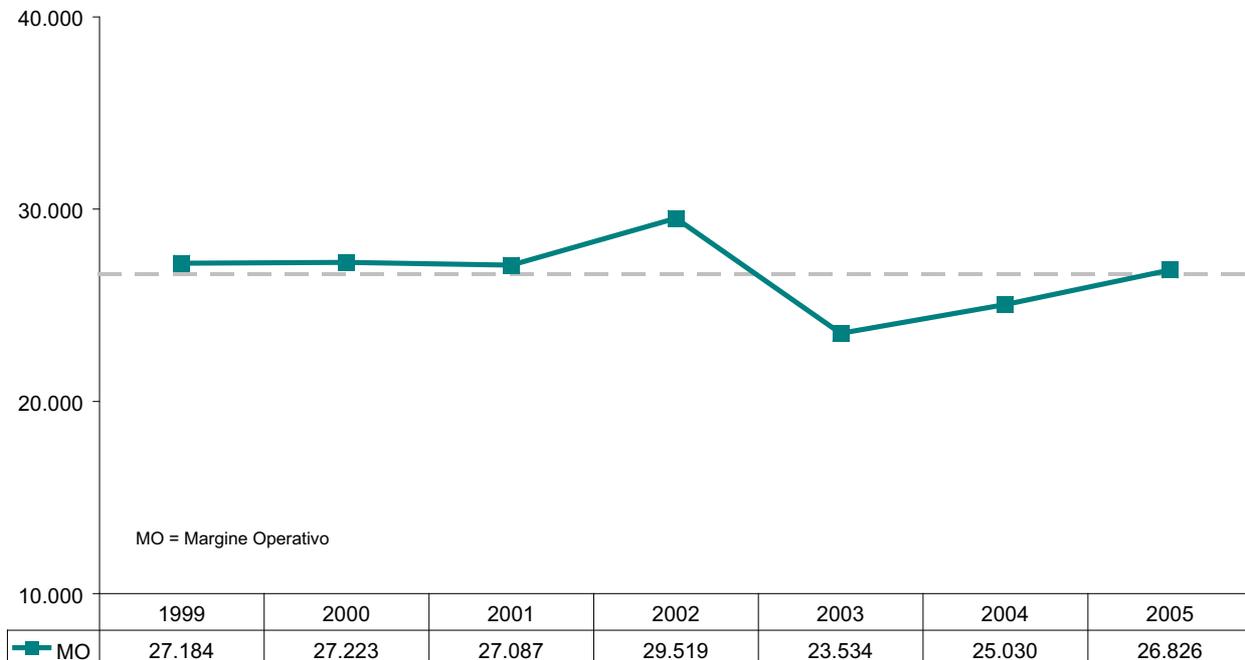


Veneto raccolta totale 2000-2005

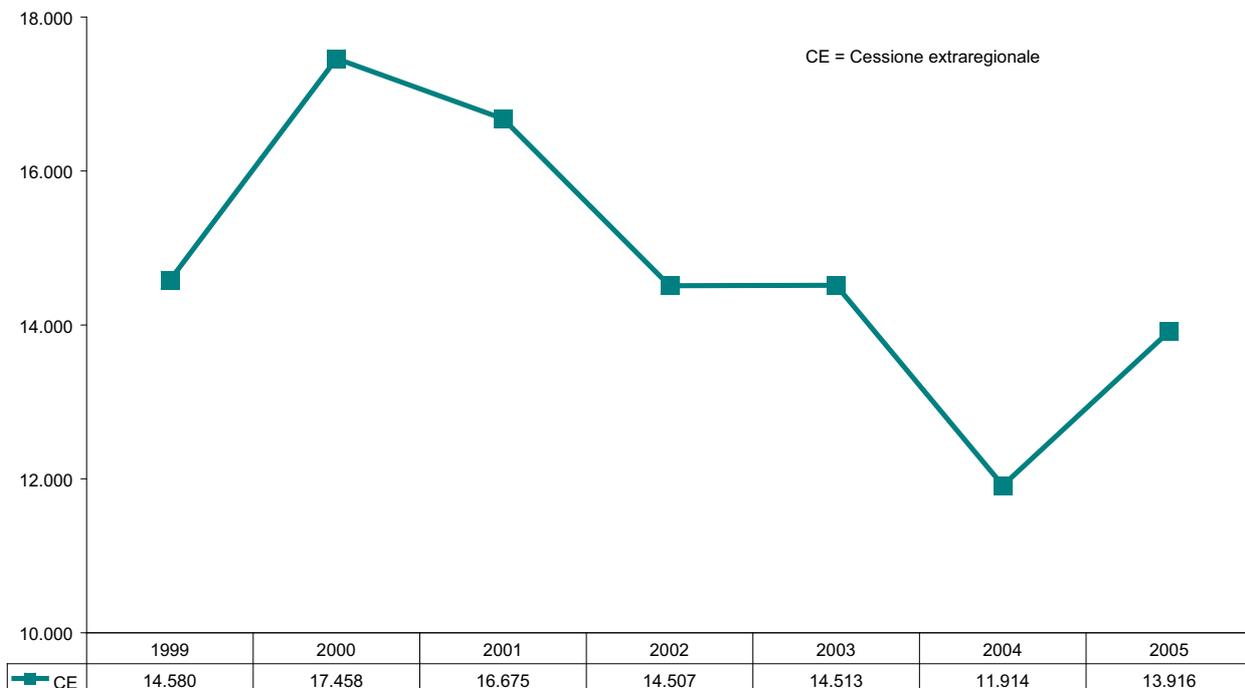


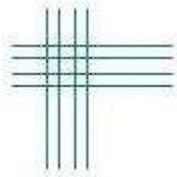


**MARGINE OPERATIVO DEL PRODOTTO "EMAZIE" - VENETO 1999-2005
(RACCOLTO - TRASFUSO)**



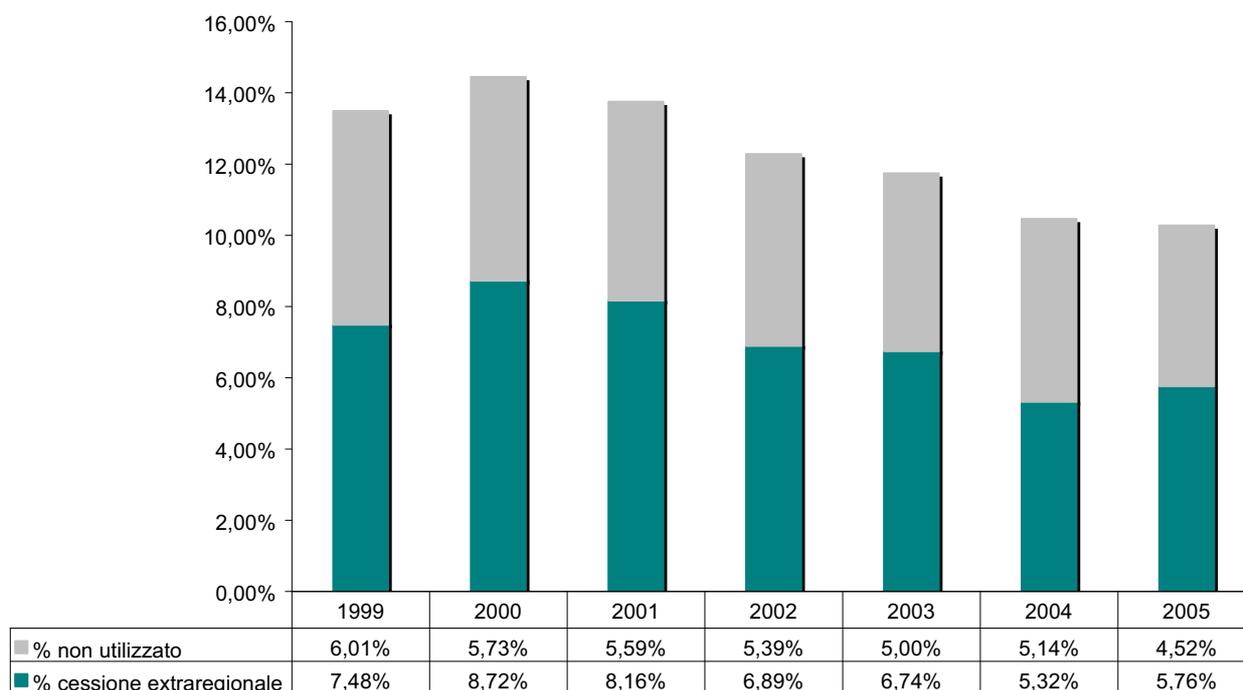
Cessione Extraregionale del prodotto "emazie" - Veneto 1999-2005





Il margine operativo è definito come differenza tra prodotti raccolti e utilizzati per necessità intraregionali. La differenza tra raccolto e distribuito (assegnato in sede e ceduto intraregione) fornisce il margine operativo che è utilizzato per coprire l'eliminato per cause sanitarie, tecniche o di scadenza e per assicurare il contributo extraregionale. Infatti l'autosufficienza nazionale migliora nel tempo per effetto della crescita del raccolto nei sistemi trasfusionali regionali.

PERCENTUALE CESSIONE EXTRAREGIONALE E NON UTILIZZATO - VENETO 1999-2005

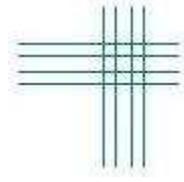


La linea tendenziale del volume di cessione extraregionale risulta in sostanziale decremento, in rapporto alla progressiva autosufficienza di molti dei sistemi trasfusionali regionali. L'apporto del Veneto all'autosufficienza nazionale rimane comunque di rilievo, con una media di circa il 16% del totale nell'anno 2005.

REGIONI ECCEDENTARIE	2005	REGIONI CARENTI	2005
Piemonte	24.800	Sardegna	37.740
Lombardia	15.900	Lazio	30.200
Emilia Romagna	14.000	Basilicata	1.700
Veneto	12.400	Sicilia	1.500
Puglia	4.000	Abruzzo	1.000
Toscana	2.000	Calabria	n.d.
Altro	4.850		
Totale	77.950	Totale	72.140

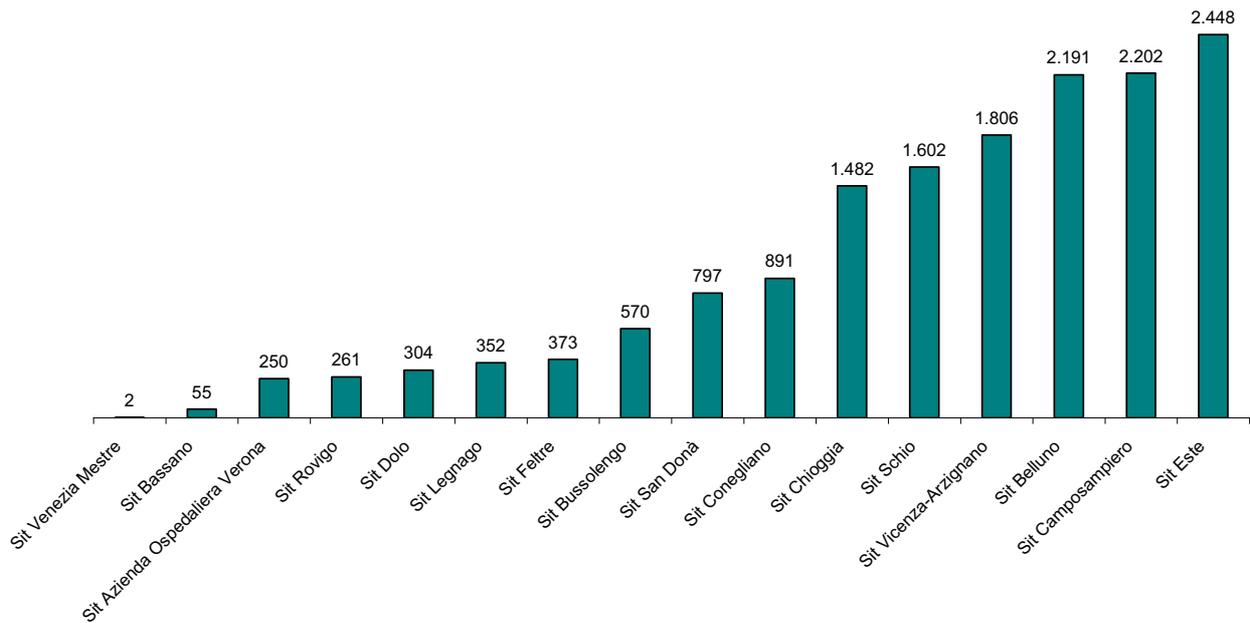
* Fonte: Istituto Superiore di Sanità

n.d. = dato non disponibile

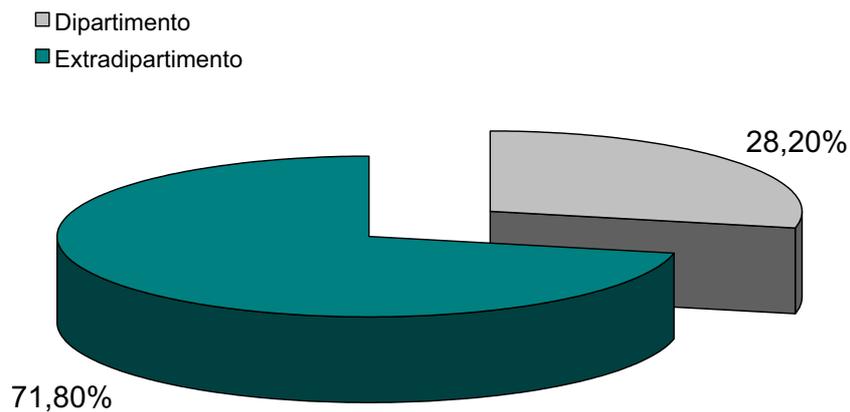


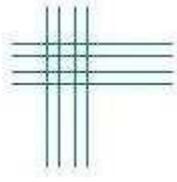
Nel 2005, il sistema trasfusionale veneto è autosufficiente in tutti i Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale, tranne il caso di Padova (- 16.713 di cui 4.713 da DIMT e 12.000 extra DIMT).

Autosufficienza per Sit - Veneto 2005



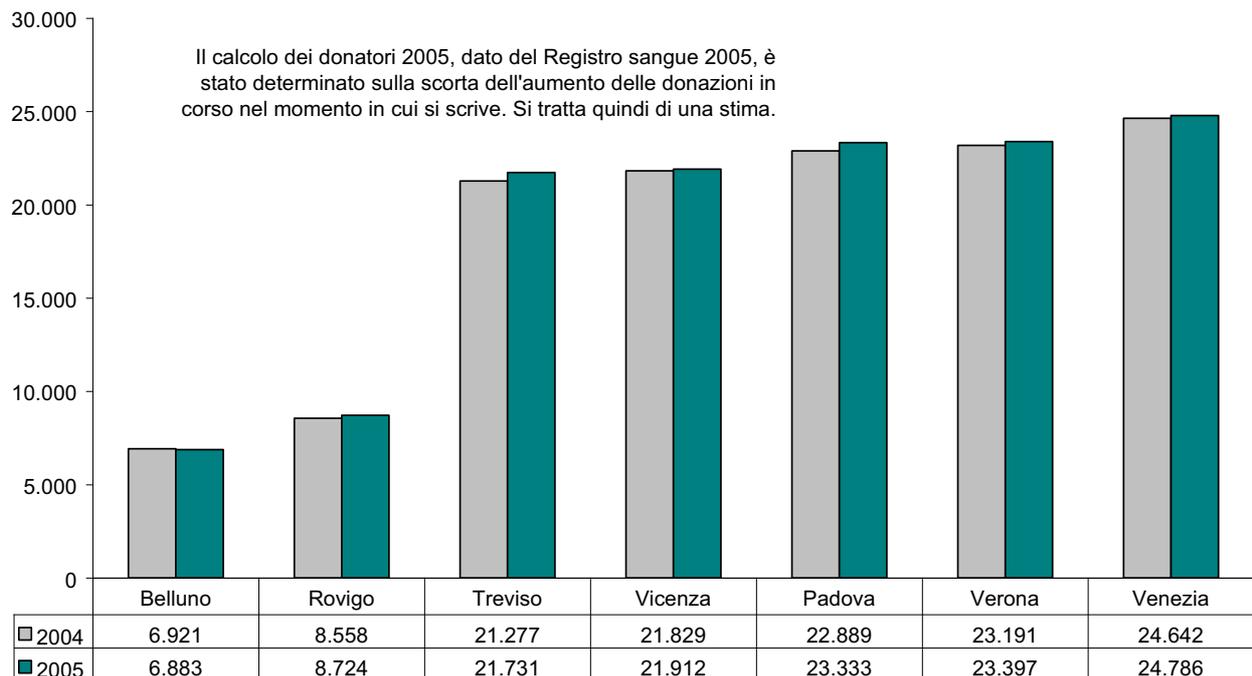
Intra-provincia/Extra-provincia Padova 2005





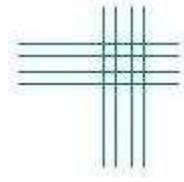
Il dato del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale di Padova va letto alla luce della capacità di attrazione del polo ospedaliero cittadino, come risulta evidente anche dall'incidenza percentuale dell'extra-dipartimento. Peraltro, il fabbisogno è ampiamente recuperabile da Province confinanti con cui stabilire rapporti di convenzione stabili. Ciò nonostante l'impegno per l'autosufficienza va ulteriormente rafforzato. Da questo punto di vista è indispensabile promuovere un aumento della disponibilità di donatori, anche attraverso iniziative che favoriscano la cultura della donazione.

Disponibilità di donatori nel Veneto - Anni 2004-2005



La Regione del Veneto sta mantenendo complessivamente l'autosufficienza nella produzione di sangue, pur in una fase storica in cui le necessità crescono con l'aumentare delle prestazioni dell'area chirurgica e le disponibilità si contraggono in forza di molti fattori, non ultima la giusta e rigidissima attenzione alla sicurezza e alla qualità del sangue donato e trasfuso.

Inoltre, dal punto di vista del sostegno finanziario e del controllo della spesa la Regione del Veneto ha continuato a sviluppare una contabilità basata sulle attività per valorizzare al meglio le prestazioni produttive e cliniche del servizio trasfusionale e per favorire l'individuazione delle migliori pratiche fra strutture. I risultati della contabilità forniscono per il 2005 la quantificazione del Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT), inteso quale strumento amministrativo negoziale per creare il vincolo di spesa su cui ancorare le prestazioni del servizio trasfusionale.



4.3 Attività di trapianto

Descrizione dei fenomeni

Fin dal novembre del 1994 la Giunta Regionale del Veneto, esaminando le cause della grave carenza di organi da utilizzare nella terapia dei trapianti, decideva di creare una apposita fondazione finalizzata, appunto, alla promozione ed allo sviluppo della cultura della donazione e dei trapianti d'organo.

L'anno successivo, la Regione provvedeva alla istituzione della figura del Coordinatore Regionale per i Trapianti e dei Coordinatori Locali, medici di provata preparazione ed esperienza nel campo delle donazioni e del trapianto, i quali hanno dato un notevole contributo al miglioramento del numero dei donatori utilizzati e quindi dell'attività di trapianto.

Nel dicembre 2000 l'Amministrazione Regionale del Veneto ribadiva la volontà politica di organizzare e regolamentare gli elementi di base del sistema trapianti regionale, la cui attività non poteva essere più demandata ad altre realtà operative e soprattutto, non poteva essere il semplice frutto di una sommatoria di frammentate iniziative locali ed istituiva, anche in applicazione agli indirizzi contenuti nella legge nazionale 91/99 "*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti*", il **Centro Regionale per i Trapianti (CRT)**, struttura organizzativa complessa, che aveva appunto lo scopo di dare valide risposte alla necessità di ottimizzare il coordinamento organizzativo, formativo ed informativo regionale nel campo della trapiantologia di organi e tessuti.

Nel febbraio 2003, considerata la numerosità e la complessità delle strutture sorte nel frattempo sul territorio regionale che dedicavano tutta o parte della loro attività al settore della trapiantologia, la Regione istituiva il **Sistema Regionale Trapianti (SRT)** quale nuovo modello organizzativo a rete in grado di migliorare, in termini di efficienza ed efficacia, i risultati raggiunti e di sviluppare originali schemi di coordinamento in un'area medica in continua evoluzione.

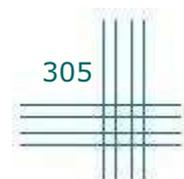
Infine, nel 2005 si sono definiti ulteriori importanti aspetti strategici del Sistema ed affidati al CRT nuovi e più articolati compiti istituzionali.

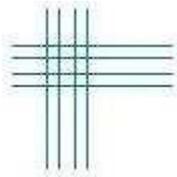
Il costante aggiornamento normativo del Sistema Regionale Trapianti ha permesso di garantire, nell'attività di acquisizione e trapianto, livelli qualitativi e quantitativi tali da collocare il Veneto fra i primi posti in Europa e nel mondo.

L'attività del Sistema Trapianti nel Veneto

La Regione Veneto continua ad essere tra le più avanzate aree europee per il numero e la qualità dei trapianti d'organi e tessuti. Questo risultato, ormai consolidato nel tempo, è la risultante del costante adeguamento del modello organizzativo, della sempre più alta professionalità espressa dagli operatori impegnati in questa peculiare attività sanitaria e della continua attività di implementazione culturale e scientifica svolta a tutti i livelli: cittadini, associazioni di volontariato e personale sanitario.

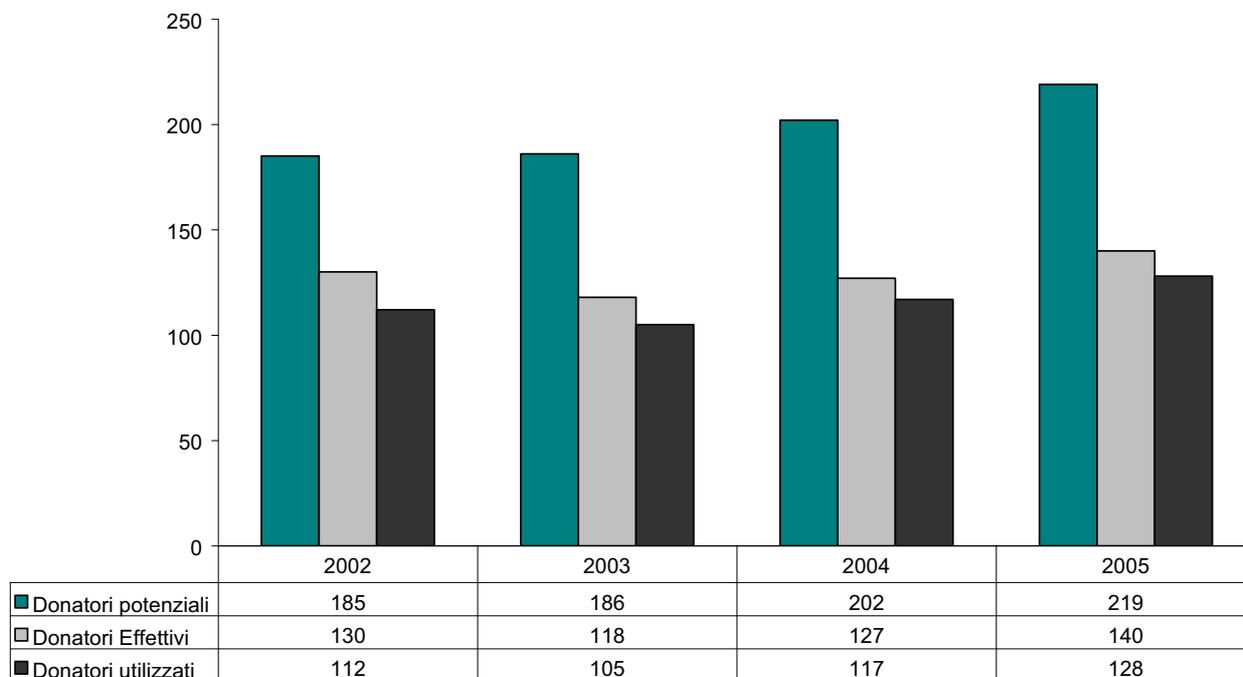
Dal punto di vista organizzativo nel 2004 si è proceduto alla ridefinizione di alcuni importanti aspetti del Sistema Regionale Trapianti quale Sistema funzionale ad alta integrazione e a





carattere sovraziendale, anticipando, per alcuni versi, gli indirizzi regionali relativi alla costituzione delle cosiddette "Aree Vaste".

Attività di donazione e trapianto - Veneto anni 2002-2005



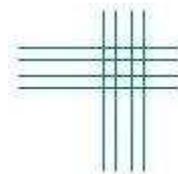
Un'altra importante novità organizzativa è stata quella di individuare nuovi criteri per valutare il raggiungimento degli obiettivi strategici dei Coordinamenti Locali (la "costituzione" della commissione di accertamento di morte con criterio neurologico; la corretta applicazione delle linee guida nazionali e regionali sulla sicurezza del donatore; il corretto utilizzo del Sistema Informativo Regionale; l'acquisizione di almeno il 4% di tessuti corneali sul totale dei decessi avvenuti presso gli ospedali delle aziende della Regione).

Anche se i risultati ottenuti dal Sistema Regionale Trapianti della Regione Veneto si possono considerare in linea con gli obiettivi definiti, si è ritenuto opportuno iniziare un processo di revisione della struttura organizzativa dei processi e dei sistemi di programmazione e pianificazione. Questa esigenza risponde ai bisogni di rispettare i vincoli a livello di sistema definiti dai diversi attori (Ministero della Salute, Sistema Sanitario regionale, Centro Regionale per i Trapianti), di ottimizzare sempre di più le risorse a disposizione, di raggiungere sempre più obiettivi definiti vuoi a livello nazionale vuoi a livello regionale.

Il biennio 2004-2005 si è caratterizzato per gli ottimi risultati ottenuti a livello qualitativo e quantitativo dalla Banca dei Tessuti del Veneto e dalla Fondazione Banca degli Occhi del Veneto.

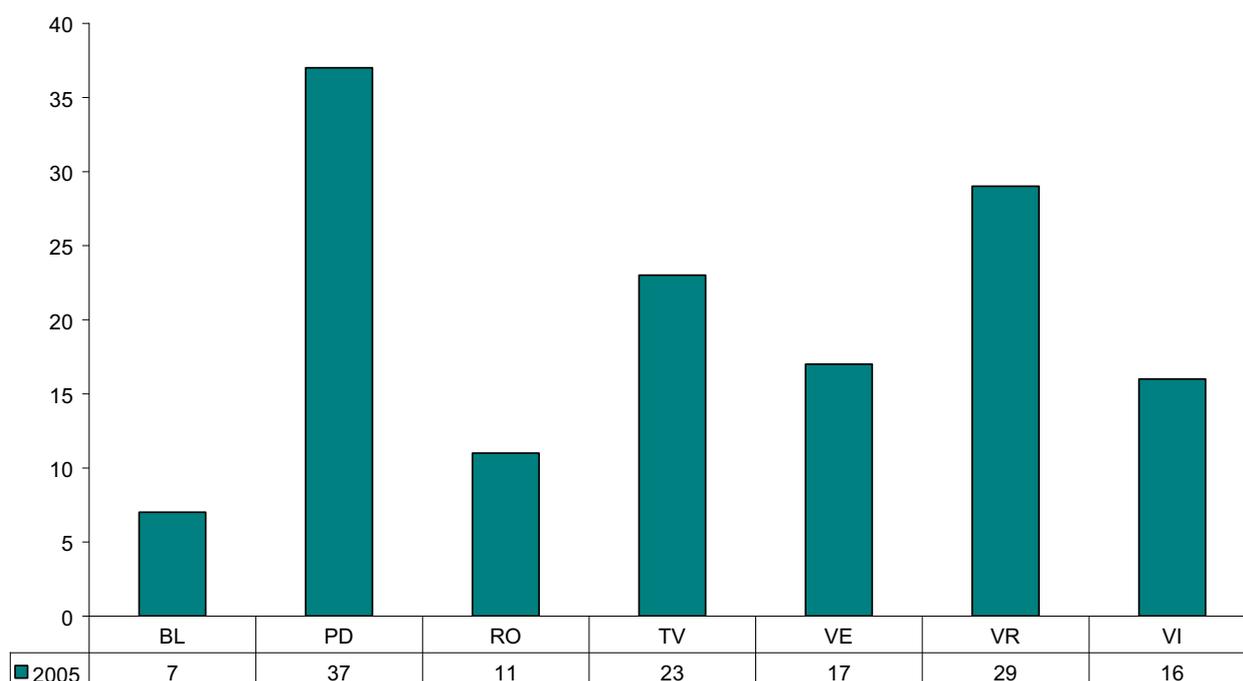
A commento dei risultati delle attività di donazione e trapianto, si devono fare le seguenti osservazioni:

- nella nostra Regione, nel corso del 2004, sono stati segnalati 202 potenziali donatori, dei quali 127 sono risultati effettivi e 117 gli utilizzati, mentre nel 2005 sono stati segnalati 219 potenziali donatori, dei quali 140 sono risultati effettivi e 128 gli utilizzati;



- posto che l'indice relativo ai donatori viene espresso per milione di abitanti (pmp), esso risulta essere per il 2004 pari a 28,0 pmp per gli effettivi e 25,8 pmp per gli utilizzati. Il dato, se raffrontato con la media nazionale (21,1 pmp donatori effettivi e 19,7 pmp donatori utilizzati), conferma che la posizione della Regione Veneto, nell'ambito del procurement di organi, risulta essere ai primi livelli sia in Italia sia in riferimento ad altre aree con sistemi sanitari evoluti (quali il Regno Unito, la Germania, la Svizzera e l'Olanda) avendo contribuito con il 10% al totale nazionale di donatori utilizzati.

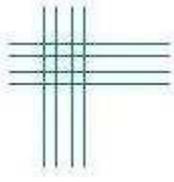
Numero di donatori effettivi per Area Vasta - Veneto anno 2005



Donatori utilizzati	2002	2003	2004
Media Italia	16,8 pmp	16,8 pmp	19,7 pmp
Media Veneto	24,7 pmp	23,4 pmp	25,8 pmp

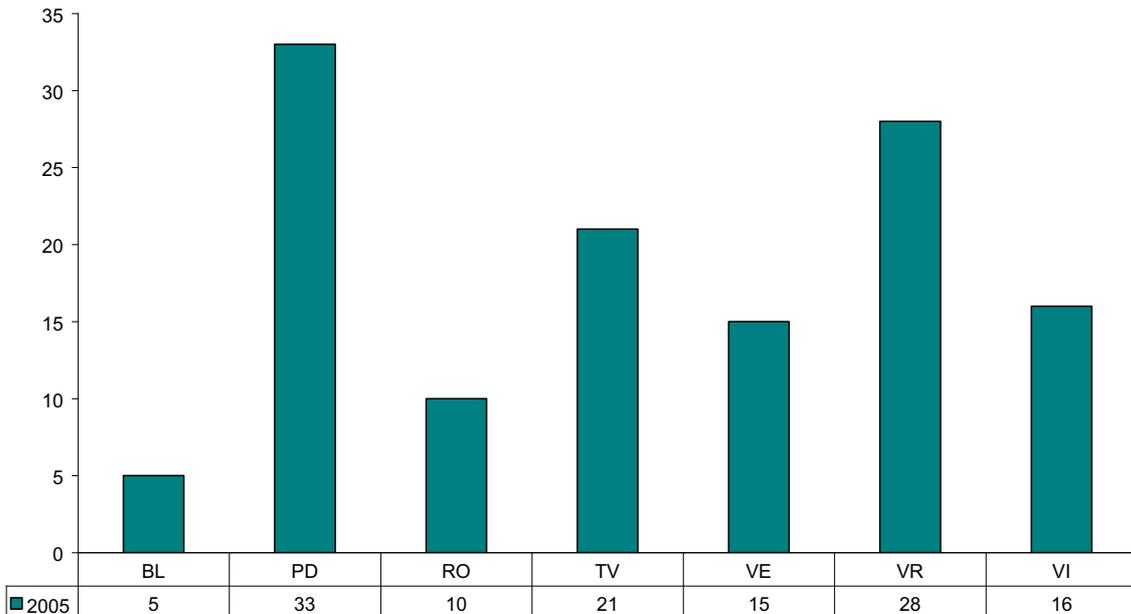
- parallelamente la percentuale di opposizione al prelievo inferiore alla media nazionale, attesta che la sensibilizzazione alla cultura della donazione si sta diffondendo e radicando nella popolazione in misura maggiore rispetto al resto del Paese;

PERCENTUALE DI OPPOSIZIONE AL PRELIEVO			
VENETO 2004	ITALIA 2004	VENETO 2005	ITALIA 2005
27,4	29,4	24,7	28,0

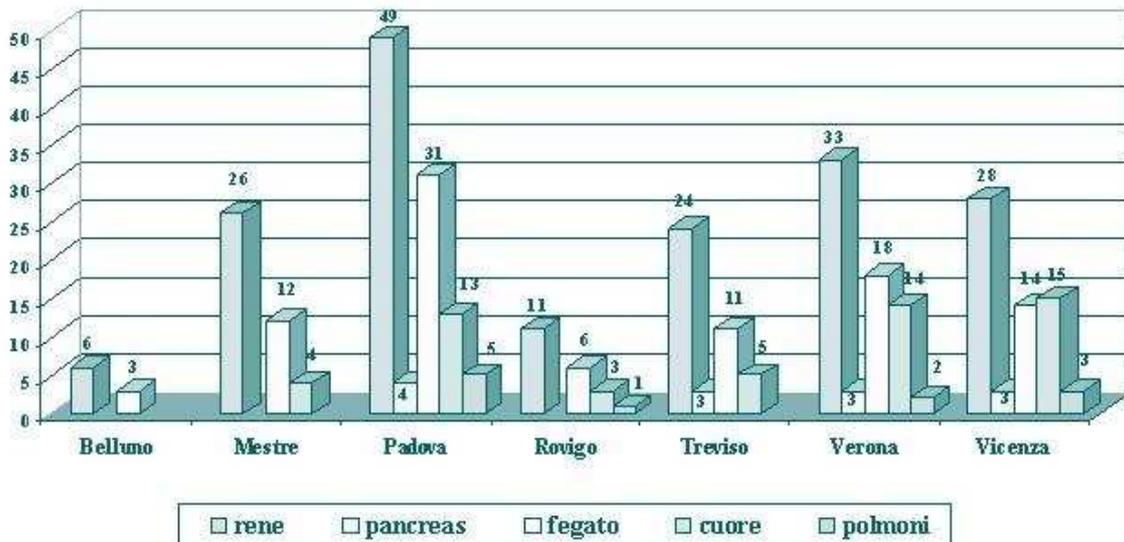


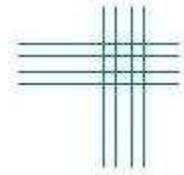
- il numero complessivo dei donatori utilizzati, suddiviso per aree provinciali, evidenzia, nel 2004 rispetto al 2003 un notevole incremento di attività del polo di Venezia-Mestre (+112%), una rilevante crescita dell'area di Padova (+57%) e di Vicenza (+28%), un sostanziale consolidamento dei dati di Verona, Rovigo e Treviso, progressi che compensano largamente la flessione avvenuta nella provincia di Belluno.

Donatori utilizzati per Area Vasta - Veneto 2005



Organi procurati in Regione e trapiantati econdo la provincia di provenienza (Totale n. 350)

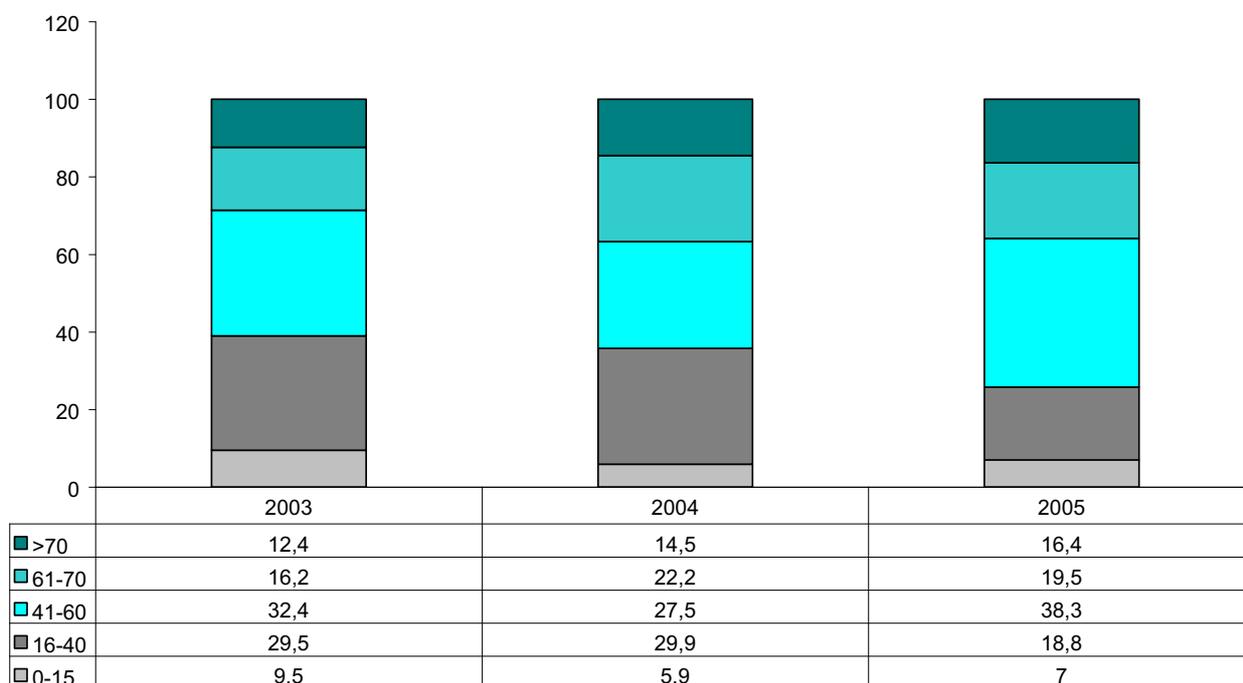




L'attività di procurement sopra sintetizzata ha permesso di offrire nel 2004 ai cittadini in attesa di trapianto 350 organi, un numero sostanzialmente invariato rispetto a quello dell'anno precedente (359 nel 2003). Nel 2005 gli organi offerti sono stati 357.

Il maggior numero di donatori con minima riduzione del numero di organi idonei al trapianto, si giustifica ampiamente se si analizza l'età dei donatori utilizzati. L'esame di questa variabile conferma il trend già delineato negli anni 2002-2003 ovvero il sempre maggior utilizzo di donatori cosiddetti "non ottimali per età", segnalato dall'incremento dei soggetti deceduti con un'età compresa tra i 61 e i 70 anni e degli ultrasessantenni.

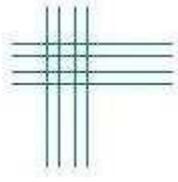
Percentuali relative alle classi di età dei donatori utilizzati - Veneto 2003-2005



Nonostante questo innalzamento complessivo dell'età media dei donatori è stato comunque possibile mantenere su livelli soddisfacenti il procurement di organi in quanto si è potenziata l'attività svolta dalla rete dei Servizi Regionali di Secondo Livello, risorse tecniche a valenza regionale individuate per garantire maggiori standard di sicurezza ed efficacia in campo trapiantologico.

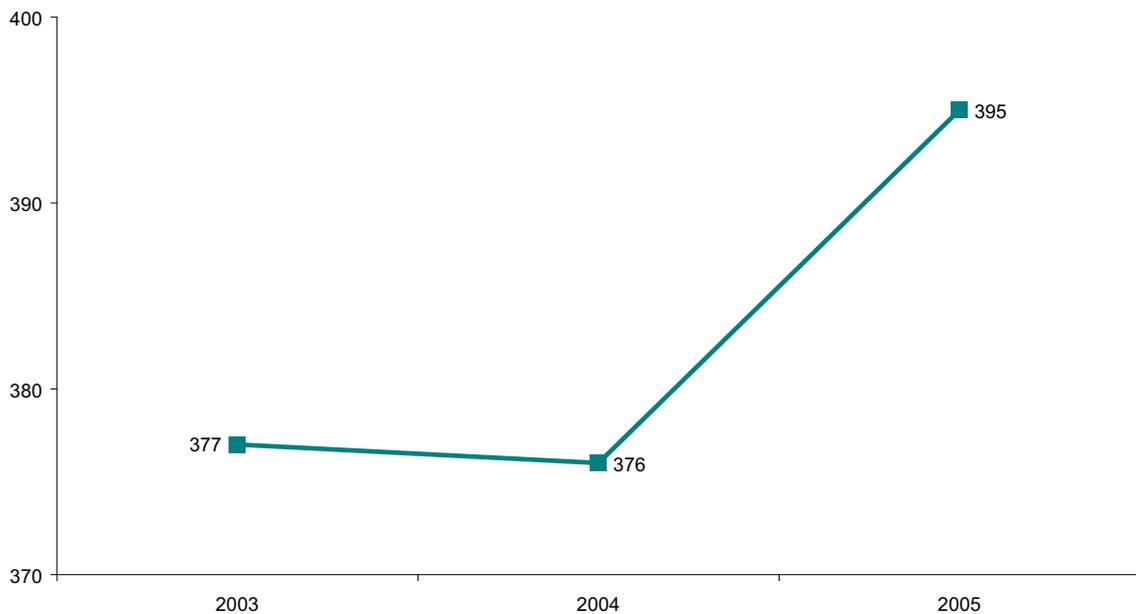
	Prelevati fuori Regione	Prelevati in Regione	Trapiantati in Regione	Trapiantati fuori Regione
2005	153	357	377	133

L'attività dei Centri di Trapianto conferma l'importante contributo della Regione Veneto su scala nazionale ed ancor più su quella del Centro Interregionale di Riferimento (circa il 12% dell'intera attività trapiantologia in Italia e circa il 30% in area Nord Italia Transplant). Il procurement da cadavere a cuore battente ha permesso l'effettuazione complessiva di 362

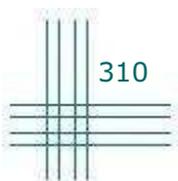
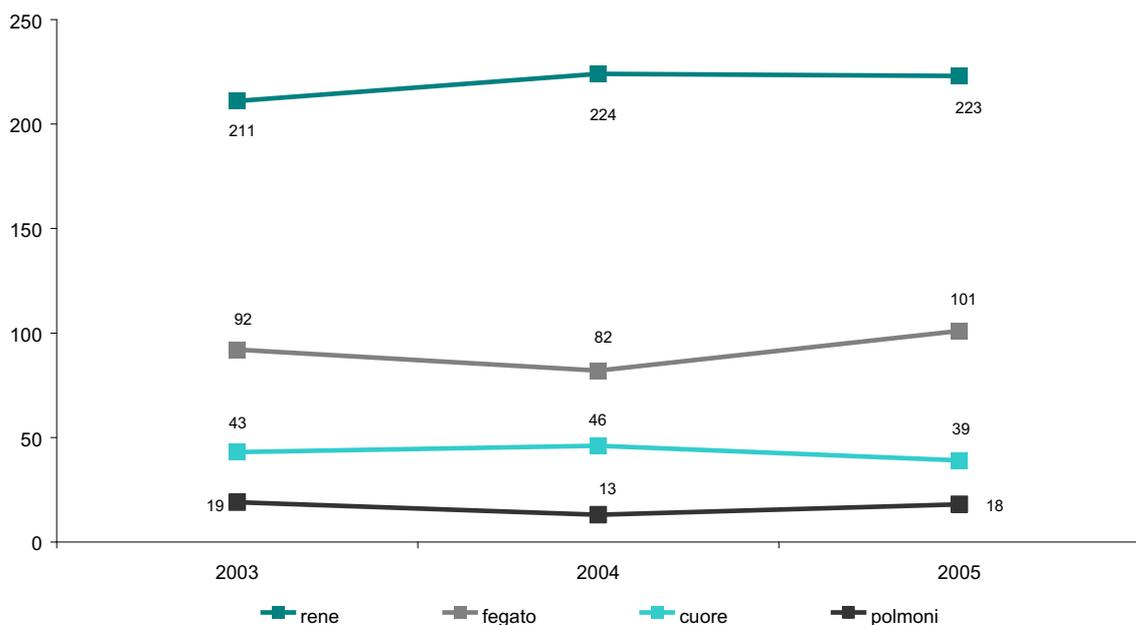


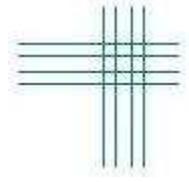
trapianti nel 2004 e 377 nel 2005. Tale dato mostra un incremento, seppur modesto, nel 2004 rispetto al 2003 (+ 2%) che diventa più consistente nel 2005 (+4,4%). Considerando anche i trapianti da donatori viventi, l'attività globale dei Centri è risultata essere pari a 376 trapianti nel 2004 e 395 nel 2005.

Trapianti complessivi (cadavere - vivente) - Veneto 2003-2005

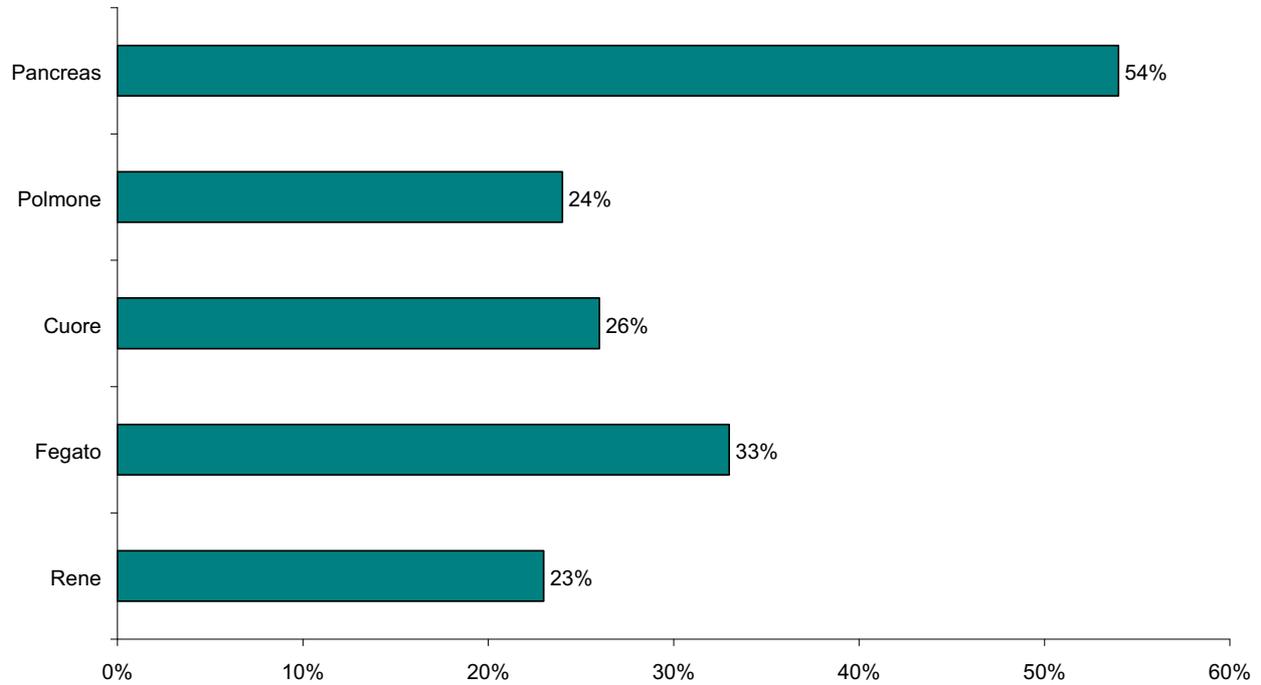


Attività di trapianto totale (cadavere e vivente) - Veneto 2003-2005

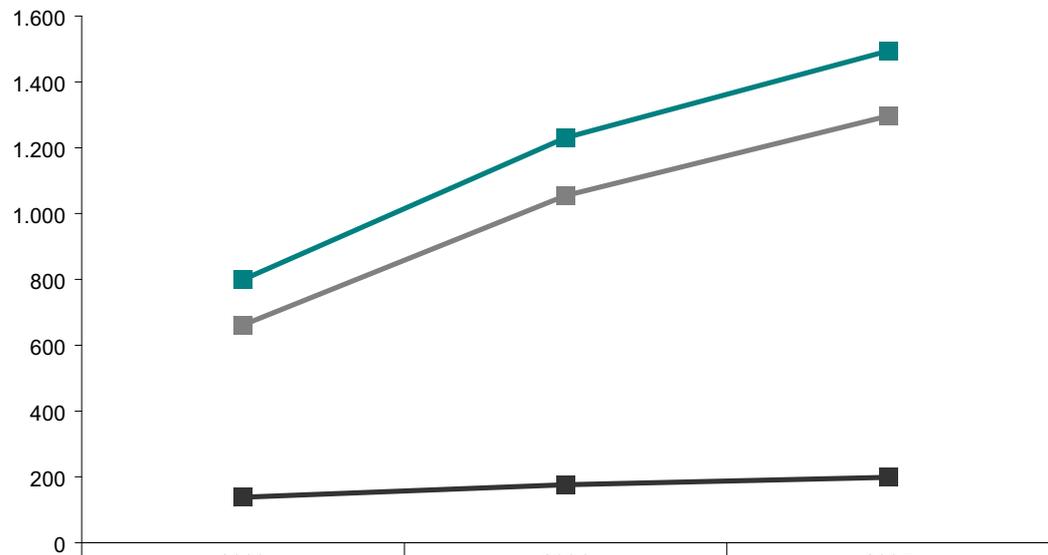




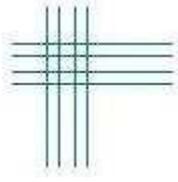
Percentuale soddisfacimento in lista - Veneto 2005



Banca dei tessuti - Donatori nel Veneto 2003-2005

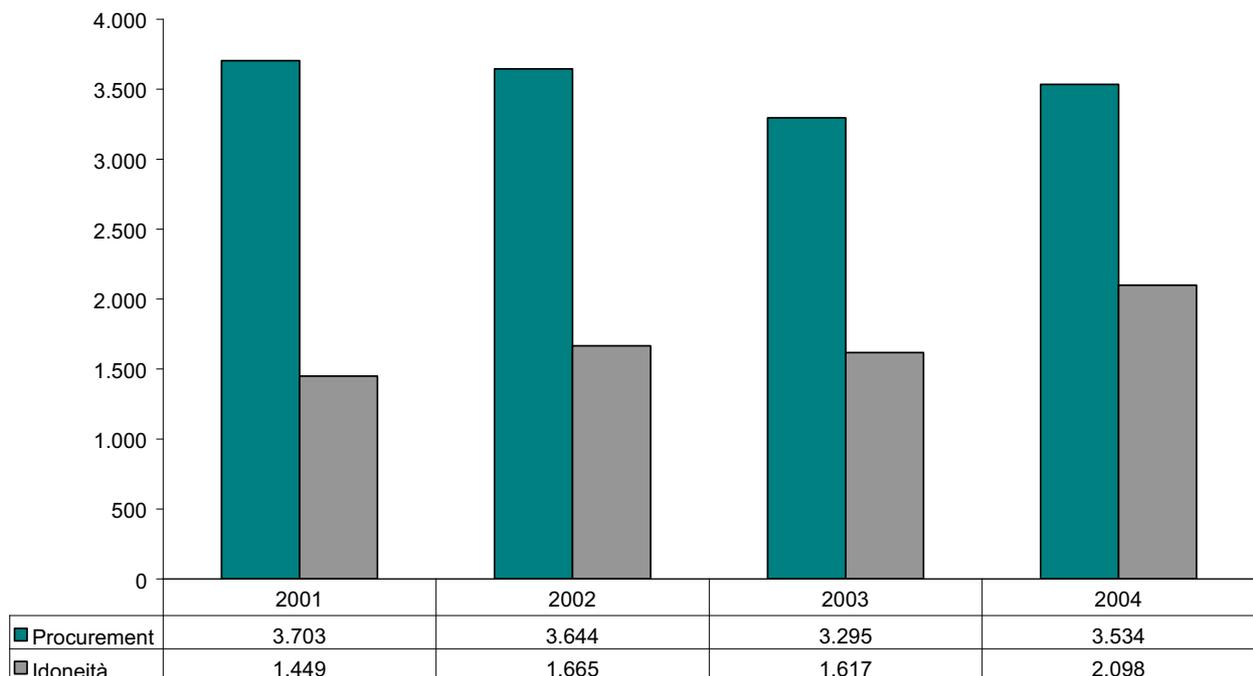


	2003	2004	2005
Donatori in Regione	799	1.230	1.494
di cui donatori viventi	661	1.054	1.296
di cui donatori cadaveri	138	176	198



Nell'ambito del procurement di tessuti il biennio 2004-2005 registra un ulteriore e sensibile rafforzamento del positivo trend registrato negli anni precedenti: le cornee idonee sono aumentate, raggiungendo valori unici in Europa, i donatori multitecchi a cuore fermo sono aumentati, come pure la raccolta di tessuto da donatori viventi si è incrementata, consolidando la posizione della Regione Veneto quale Regione leader in Europa per questo tipo di attività.

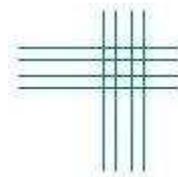
Idoneità dei tessuti corneali rispetto al procurement - Veneto 2001-2004



Parallelamente all'attività più propriamente clinica del procurement e trapianto, si è ulteriormente sviluppata anche quella relativa alla formazione di tutti coloro che sono coinvolti nel processo di donazione e trapianto. Oltre ai programmi regionali e nazionali rivolti al personale ospedaliero, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, il CRT ha promosso ed organizzato, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, due manifestazioni a carattere internazionale, la prima delle quali è stata la Conferenza sulla sicurezza nella donazione e nel trapianto nei Paesi dell'UE e la seconda il primo Corso internazionale per coordinatori locali membri dell'European Transplant Network.

Nel biennio 2004-2005 si è intensificato il programma di assistenza alle famiglie di donatori attraverso l'attuazione di un progetto di restituzione tramite lettera e colloquio sull'esito della donazione. Si è altresì potenziata l'attività di assistenza psicologica alle famiglie, che ha superato i 40 interventi, a seguito dell'incremento delle richieste di supporto.

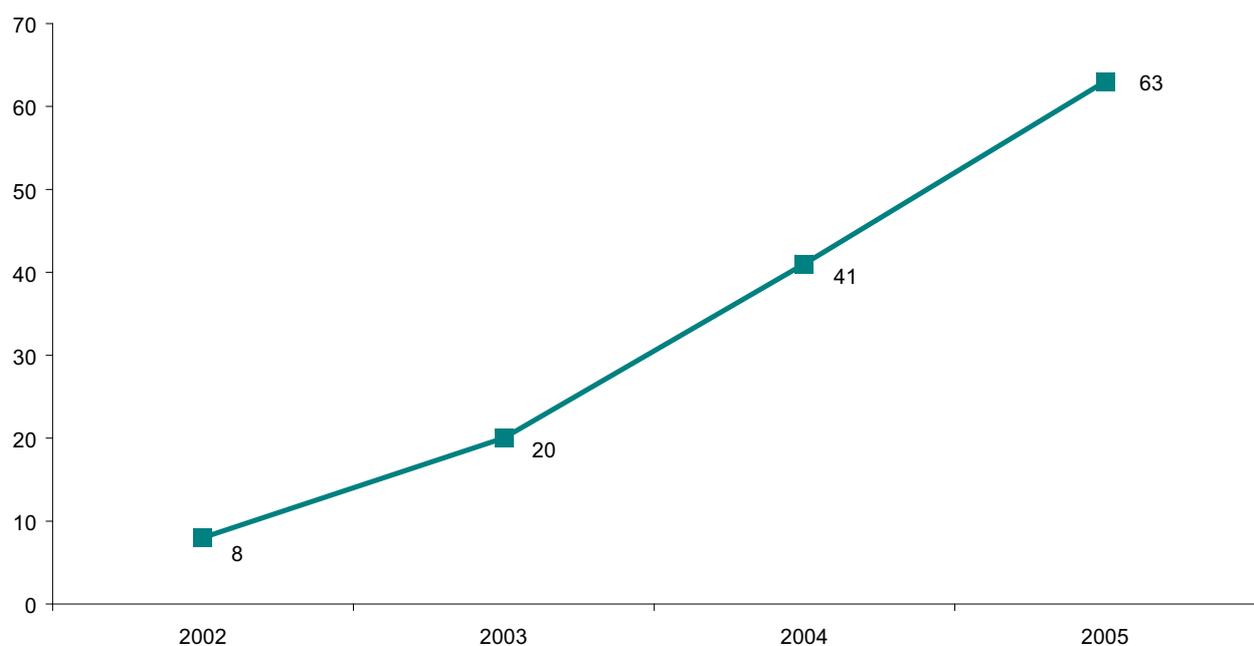
Da ultimo l'attività della Cell-factory Regionale, nei suoi due poli di Venezia-Mestre e Padova, si è concretizzata sul versante organizzativo nel formale insediamento dei suoi organi di governo e nella nomina del Presidente del Comitato Tecnico Scientifico della Cell-Factory Regionale, e da un punto di vista clinico-scientifico nella preparazione ed effettuazione di 46 trapianti di

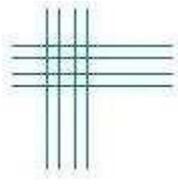


lembi corneali a partenza da cellule staminali. Accanto a ciò, è stato effettuato un accurato censimento delle attività di ricerca su cellule staminali, terapia cellulare, genica e ingegneria dei tessuti in ambito regionale.

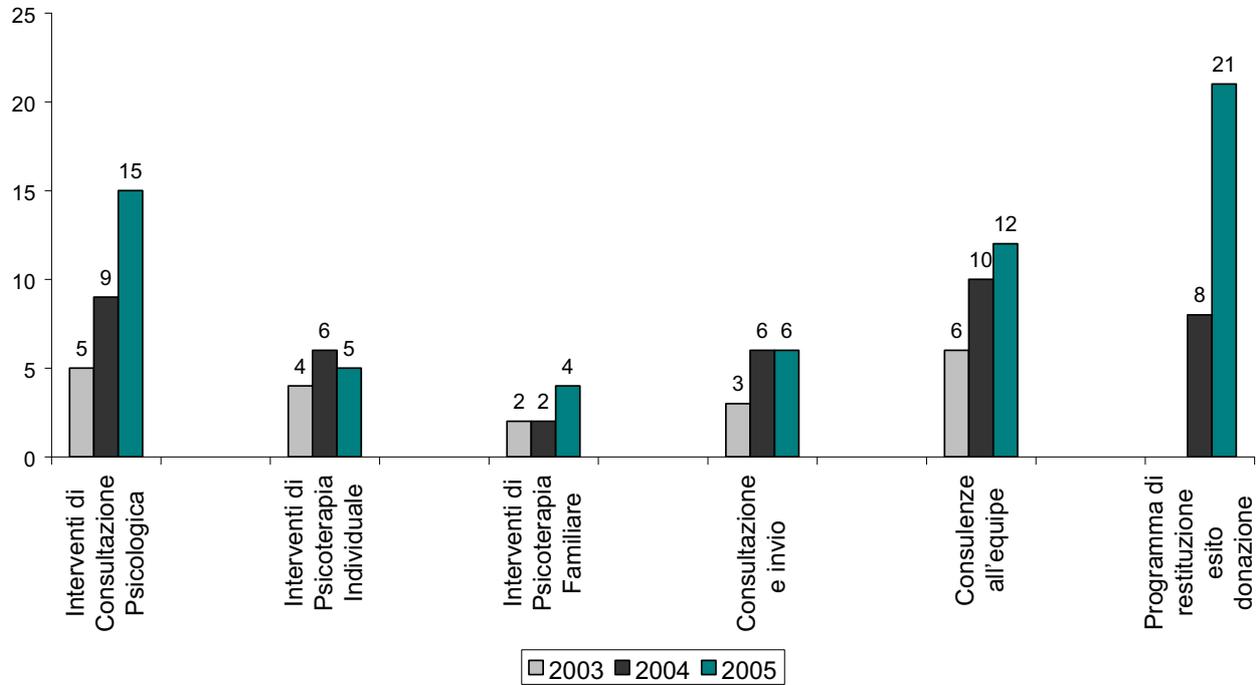
INIZIATIVE DI FORMAZIONE		
TIPOLOGIA DEI CORSI	2005	
	EDIZIONI	PARTECIPANTI
Corsi di primo livello	4	148
Corsi di secondo livello e meetings	3	168
Donazione e procurement	10	210
Corsi specialistici	16	253
Totale	33	779

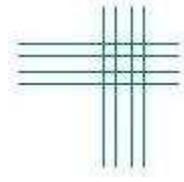
**Numero di interventi di supporto psicologico agli operatori ed ai familiari
Veneto 2002-2005**





Tipologia di intervento di supporto psicologico - Veneto 2003-2005





4.4 Assistenza farmaceutica

Descrizione dei fenomeni

Nel corso del 2004 l'assistenza farmaceutica regionale è stata interessata da un importante mutamento. Infatti, in questo periodo è stata insediata al livello nazionale l'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA), organismo di diritto pubblico che opera in autonomia, sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero della Salute. Ciò ha avuto indubbe ricadute, favorendo processi di miglioramento nel governo della spesa, da tempo attivati dalla Regione del Veneto.

All'AIFA sono stati affidati i seguenti compiti:

- promuovere la definizione di liste omogenee per l'erogazione di medicinali e di linee guida anche per i farmaci che sono distribuiti direttamente dalle strutture ospedaliere, quelli impiegati nell'assistenza distrettuale o nel corso dei ricoveri ospedalieri;
- monitorare il consumo e la spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- ridefinire, in caso di superamento del tetto di spesa programmato, la quota di spettanza al produttore e al farmacista, prevedendo anche un ripiano da parte delle Regioni attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica.

Ora, per quanto attiene la spesa farmaceutica si deve considerare il percorso che a partire dall'entrata in vigore della legge n. 405 del 16 novembre 2001 ha delineato con sempre maggiore incisività il ruolo delle Regioni nel controllo dei costi.

In tal senso, l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale è stato fissato a livello nazionale al 13% della spesa sanitaria complessiva.

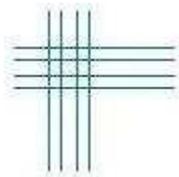
In generale, l'incremento dei costi è imputabile quasi interamente ad un aumento delle ricette e quindi delle quantità prescritte. Inoltre, una notevole incidenza è attribuibile al cosiddetto "effetto mix", ovvero allo spostamento della prescrizione verso farmaci più costosi.

Di notevole importanza da questo punto di vista è stata l'entrata in vigore delle nuove Note AIFA per la prescrizione di farmaci in regime di Servizio Sanitario Nazionale e del Prontuario della continuità Ospedale - Territorio (PHT). Quest'ultimo rappresenta la lista dei farmaci per i quali è prevista la **duplice via di distribuzione** (farmacie pubbliche e private - distribuzione diretta da Ospedali e strutture socio sanitarie delle Aziende ULSS).

All'interno di tale elenco la distribuzione dei farmaci da parte della struttura pubblica può variare in considerazione dei differenti assetti normativi e delle scelte organizzative ed assistenziali adottate da ciascuna Regione.

Il nuovo elenco risulta più ampio rispetto al precedente elenco del 2000 in quanto contiene 23 nuovi farmaci di elevato costo impiegati in patologie croniche, per i quali è importante un costante monitoraggio da parte di centri specialistici, quali ad esempio i farmaci per il trattamento dell'Alzheimer, le eparine a basso peso molecolare, l'insulina glargine e i glitazoni.

Le nuove Note AIFA si caratterizzano invece per cinque nuove indicazioni per l'uso appropriato dei medicinali, che riguardano in particolare i farmaci per il morbo di Alzheimer, gli ormoni paratiroidei e i farmaci da utilizzare nel dolore lieve o moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa.



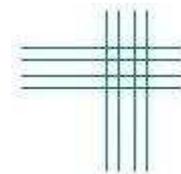
Nel biennio 2004-2005 il Veneto ha presentato un aumento di spesa rispetto all'anno precedente sovrapponibile a quello riscontrato a livello nazionale. Fatte salve le disposizioni emanate negli anni precedenti atte a contenere la spesa globale relativa alla farmaceutica, gli interventi attuati a livello regionale sono stati in gran parte fondati sulla sensibilizzazione del corretto utilizzo dei farmaci e quindi sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riguardo ai bisogni terapeutico-assistenziali della popolazione.

Consumi farmaceutici territoriali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 2004				
Regione	Numero ricette	Spesa lorda (in milioni di Euro)	Spesa netta (in milioni di Euro)	% su spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) **
Lazio	48.082	1.570	1405	18,9
Sicilia	46.441	1.430	1267	18,4
Sardegna	13.965	404	373	16,6
Campania	51.718	1.352	1253	16,5
Calabria	18.158	506	444	15,8
Puglia	33.308	1.001	860	15,6
Liguria	13.778	449	377	14,9
Abruzzo	11.648	296	275	14,8
Molise	2.621	79	71	14,8
Basilicata	5.430	132	123	14,5
Marche	13.499	326	303	13,9
Friuli Venezia Giulia	8.903	251	233	13,4
Valle d'Aosta	865	25	23	13,3
Emilia Romagna	33.826	861	803	13,3
Umbria	8.236	176	165	13,0
Lombardia	60.528	1.947	1639	12,7
Toscana	30.466	724	676	12,7
Veneto	30.870	910	789	12,3
Piemonte	31.026	884	749	11,8
Trentino Alto Adige	5.643	169	153	11,8
Italia	469.012	13.491	11.980	14,6

** Stima della quota di spesa farmaceutica netta SSN sulla spesa complessiva programmata SSN.

La **Spesa lorda** dà indicazione dell'effettivo andamento prescrittivo non essendo influenzata, come la spesa netta, da variabili dovute alle diverse scelte regionali (ticket, limitazione di prescrizione, ecc).

La **Spesa netta** è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda le trattenute alle farmacie e i ticket a carico dei pazienti e dà indicazione sulla spesa effettivamente sostenuta da parte del SSN.



Consumi farmaceutici territoriali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 2005

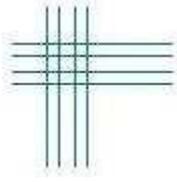
Regioni	Ricette (in migliaia)	Confezioni (in migliaia)	Spesa lorda (in milioni di Euro)	Trattenute farmacie e sconto produttori	Ticket	Spesa netta	
						Euro	% di spesa
Lazio	48.587	97.755	1.582	136	48	1.397	17,6%
Sicilia	47.218	88.416	1.424	119	65	1.239	16,7%
Calabria	20.818	34.121	530	41	19	470	15,7%
Puglia	35.196	63.396	1.040	91	58	892	15,1%
Sardegna	14.198	25.293	399	32	3	365	15,1%
Campania	52.388	96.651	1.326	99	15	1.212	14,9%
Liguria	14.235	27.133	410	31	8	371	13,9%
Abruzzo	11.995	20.589	297	22	3	273	13,7%
Marche	13.509	23.709	324	22	3	299	12,6%
Molise	2.637	4.625	73	5	3	64	12,6%
Basilicata	5.458	9.084	123	8	1	114	12,5%
Umbria	8.411	14.014	179	12	2	166	12,2%
Friuli Venezia Giulia	8.864	17.522	246	19	2	225	11,9%
Emilia Romagna	33.937	63.636	843	57	7	779	11,9%
Toscana	30.863	56.465	720	48	7	665	11,6%
Valle D'Aosta	862	1.711	23	2	0	22	11,5%
Lombardia	60.687	121.966	1.918	158	137	1.623	11,5%
Piemonte	31.432	58.952	892	65	70	756	11,1%
Trento	3.126	6.017	83	6	1	75	11,1%
Veneto	30.956	62.633	897	68	58	771	11,1%
Bolzano	2.438	4.909	80	7	4	69	9,4%
ITALIA	477.817	898.597	13.409	1.046	515	11.848	13,4%

* I totali e le percentuali sono influenzate dagli arrotondamenti in milioni di Euro ed in migliaia per le ricette.

Le azioni poste in essere possono essere riassunte per area di intervento:

Centro di riferimento regionale sul farmaco: durante tutto l'anno è stata ulteriormente implementata l'attività dell'Unità di Informazione sul Farmaco volta principalmente a sensibilizzare i medici (principalmente i medici di medicina generale) verso una maggiore appropriatezza prescrittiva cercando di:

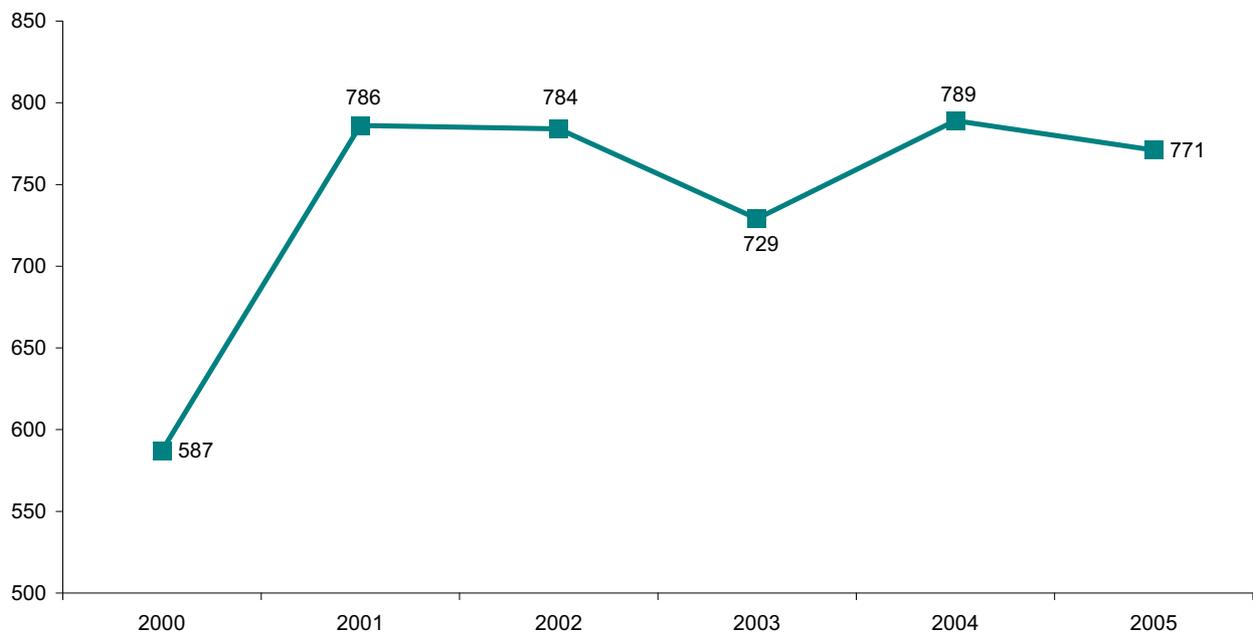
- indirizzare la scelta, a parità di indicazioni, verso farmaci a costo minore;



- utilizzare i risultati della vigilanza sui farmaci per suggerire ai prescrittori una maggiore attenzione nel prescrivere farmaci di nuova immissione in commercio (mediamente sempre più costosi dei farmaci già in uso per gli stessi ambiti terapeutici e per i quali a volte non ci sono evidenze scientificamente provate di maggior efficacia), tenuto conto comunque della necessità di monitorarne il rischio nell'utilizzo in cronico;

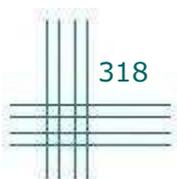
Elenco regionale dei medicinali correlati alla patologia: nel 2004 è stato adottato il nuovo elenco regionale dei medicinali correlati alla patologia per i quali è possibile la pluriprescrizione. Si ricorda che, nel 2003, era stata stabilita l'applicazione di una quota fissa di due euro per ogni confezione prescritta, con un massimale di 4 euro per ricetta anche nei casi in cui è prevista la possibilità di prescrivere più di due confezioni per ricetta. Inoltre, era anche stata prevista l'esenzione dal pagamento della citata quota fissa per alcune categorie di soggetti, tra cui anche i soggetti in possesso di esenzione per patologia.

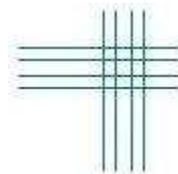
Trend della spesa netta farmaceutica nel Veneto 2000-2005
(valori in milioni di Euro)



* Valori arrotondati al milione di Euro

Nuove note AIFA: l'entrata in vigore delle nuove note AIFA e del nuovo PHT ha fornito un ulteriore strumento di controllo della spesa. In particolare al nuovo prontuario della continuità terapeutica tra ospedale e territorio (PHT) sono stati aggiunti 23 nuovi principi attivi. Questo ha permesso di ottenere un maggior controllo della spesa in quanto ha dato la possibilità alle Aziende ULSS di distribuire direttamente (e quindi con costi inferiori) molti farmaci di costo elevato. La Regione del Veneto aveva attivato, sin dal novembre 2003, un accordo che coinvolge le Aziende ULSS, le associazioni dei farmacisti e dei distributori intermedi per la distribuzione dei farmaci contenuti nel PHT tramite le farmacie aperte al pubblico, permettendo di migliorare l'efficienza e la qualità del servizio ai cittadini, ottenendo contemporaneamente un risparmio. Tale accordo iniziato in via sperimentale presso l'Azienda ULSS 14 di Chioggia si

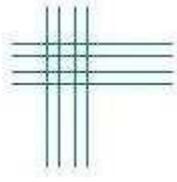




è esteso nel 2004 ad altre Aziende. Nel 2004 dieci Aziende Sanitarie del Veneto hanno adottato questo sistema distributivo con un costo complessivo abbattuto al 10% del costo del farmaco IVA esclusa. Il processo di estensione del sistema distributivo alle Aziende ULSS del Veneto è continuato nel 2005.

Consumi farmaceutici per Azienda ULSS - Regione del Veneto Anno 2004						
Aziende ULSS	Numero ricette	Spesa lorda	Sconto	Ticket	Spesa netta	
					Euro	% di spesa
Azienda Ulss n. 1 Belluno	857.075	26.928.483,63	1.587.334,33	1.688.571,77	23.652.577,53	3,0%
Azienda Ulss n. 2 Feltre	562.308	16.282.059,30	1.048.870,78	1.086.770,87	14.146.417,65	1,8%
Azienda Ulss n. 3 Bassano	1.049.057	32.124.306,66	2.154.489,44	2.054.567,94	27.915.249,28	3,5%
Azienda Ulss n. 4 Thiene	1.064.279	28.504.481,74	1.685.749,89	1.931.026,76	24.887.705,09	3,2%
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.075.366	31.579.189,67	2.040.903,66	2.173.893,02	27.364.392,99	3,5%
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	1.994.334	56.936.220,99	3.671.105,08	4.033.221,22	49.231.894,69	6,2%
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	1.293.202	38.364.130,25	2.572.000,00	2.595.234,93	33.196.895,32	4,2%
Azienda Ulss n. 8 Asolo	1.340.224	41.458.734,67	2.808.356,17	2.739.755,75	35.910.622,75	4,6%
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2.223.051	66.069.943,24	4.241.970,40	4.566.620,17	57.261.352,67	7,3%
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.394.443	41.136.152,24	2.727.174,30	2.790.578,09	35.618.399,85	4,5%
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	2.312.778	75.076.126,90	5.544.736,20	4.744.925,96	64.786.464,74	8,2%
Azienda Ulss n. 13 Mirano	1.614.424	50.225.671,58	3.537.240,13	3.083.511,05	43.604.920,40	5,5%
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	909.235	24.933.705,46	1.593.875,68	1.549.632,37	21.790.197,41	2,8%
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1.424.978	42.038.044,14	2.842.954,28	2.730.977,91	36.464.111,95	4,6%
Azienda Ulss n. 16 Padova	2.687.002	79.818.930,40	5.585.492,49	5.606.577,44	68.626.860,47	8,7%
Azienda Ulss n. 17 Este	1.343.313	38.995.634,90	2.461.069,58	2.533.940,15	34.000.625,17	4,3%
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.397.970	37.227.655,25	2.173.855,07	2.745.384,36	32.308.415,82	4,1%
Azienda Ulss n. 19 Adria	563.570	15.094.594,54	898.511,68	1.096.077,66	13.100.005,20	1,7%
Azienda Ulss n. 20 Verona	3.047.962	87.371.465,74	5.854.933,16	5.829.035,38	75.687.497,20	9,6%
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1.040.827	29.527.755,69	1.933.381,81	2.002.269,69	25.592.104,19	3,2%
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	1.675.065	50.622.112,85	3.376.722,40	3.477.559,27	43.767.831,18	5,5%
Totali	30.870.463	910.315.399,84	60.340.726,53	61.060.131,76	788.914.541,55	100,0%

Allargamento dell'accesso ai farmaci: nel 2004 è stato rideterminato il limite di reddito ISEE che da diritto all'esenzione dal pagamento della quota fissa (portato da 8.500,00 euro a 10.329,13 euro).

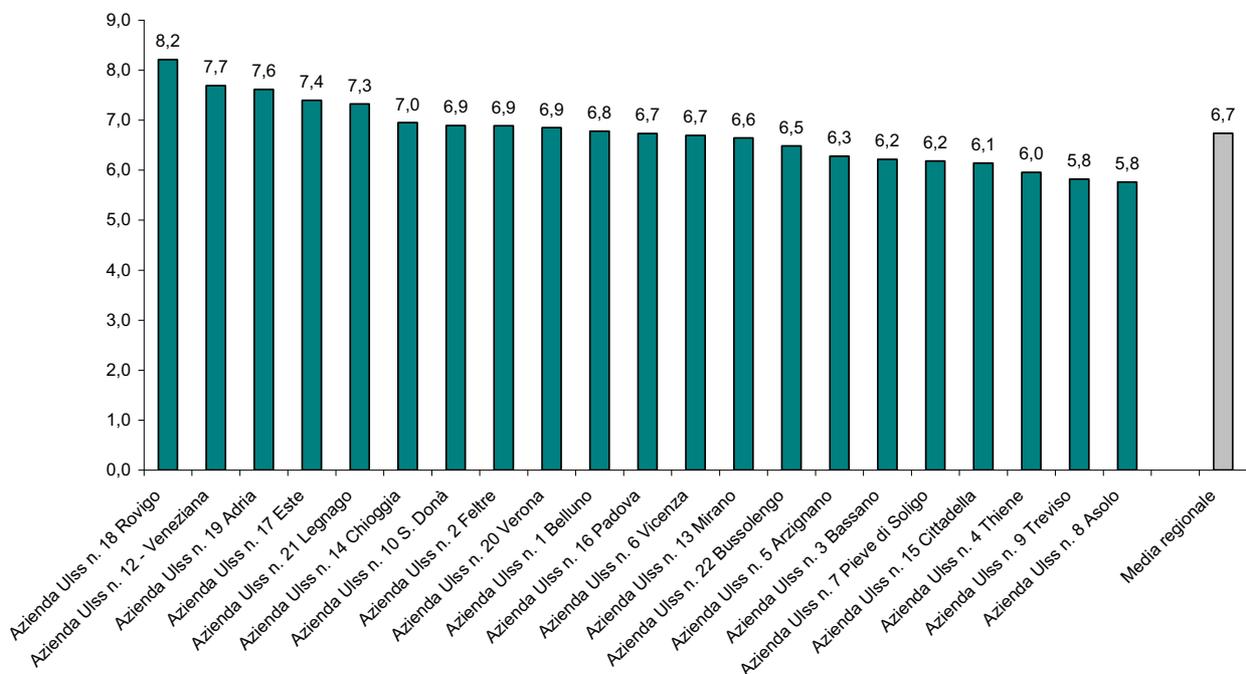


Prescrizioni: sono entrati in vigore i provvedimenti (adottati alla fine di dicembre 2003) che permettono la prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei seguenti farmaci altrimenti classificati in fascia C:

- Farmaci antistaminici per uso sistemico a favore di pazienti affetti da patologie allergiche di tipo cronico;
- Associazione paracetamolo+codeina nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa;
- Tramadolo e paracetamolo a favore dei pazienti affetti da artrite reumatoide, patologie neoplastiche maligne, spondilite anchilosante e con neuropatia diabetica.

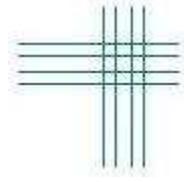
Estensione delle prescrizioni: erogazione di ulteriori due farmaci antistaminici ad uso sistemico a favore dei pazienti affetti da oculoriniti allergiche di tipo stagionale

Numero ricette pro-capite - Veneto 2004

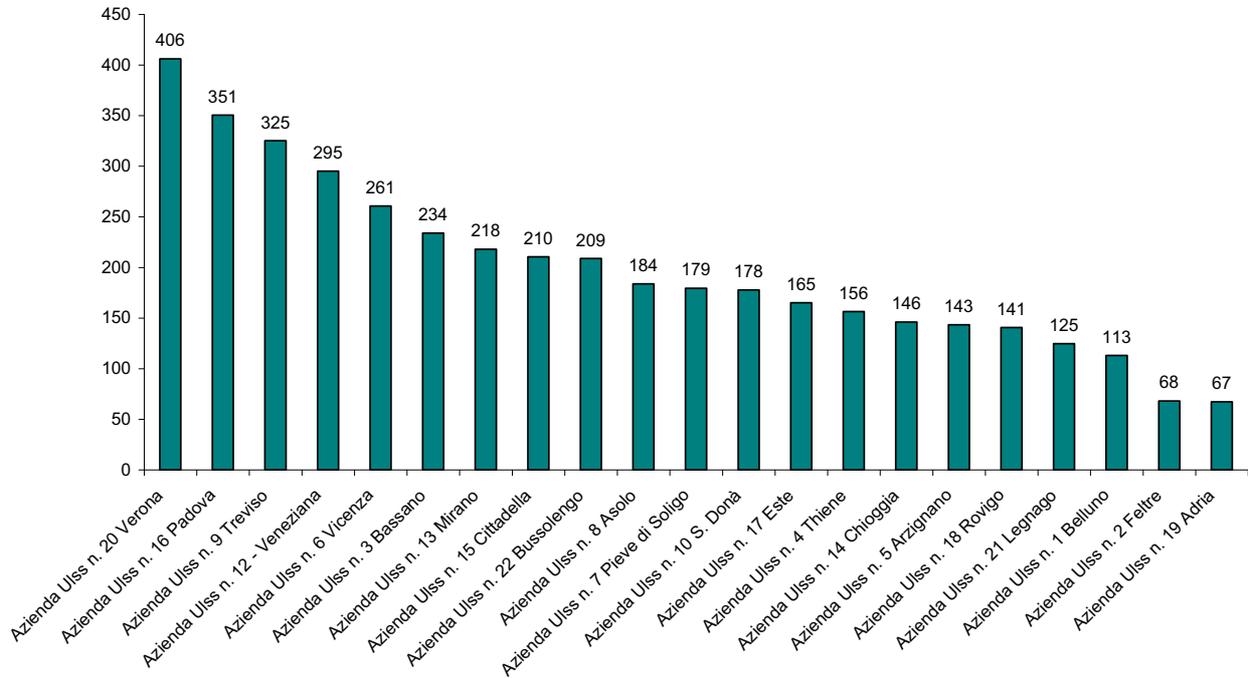


Fin qui abbiamo esaminato la situazione relativa alla spesa farmaceutica territoriale, ma è indubbio che le scelte terapeutiche effettuate all'interno delle strutture ospedaliere hanno una ricaduta sul territorio influenzando la successiva prescrizione dei Medici di Medicina Generale.

Anche se la Regione del Veneto si trova in una buona posizione nel contesto nazionale risultando una delle Regioni più virtuose, vi è la necessità di monitorare l'utilizzo e la prescrizione di farmaci in ambito ospedaliero, tenuto conto degli accordi Stato-Regioni che stabiliscono che la spesa farmaceutica (territoriale ed ospedaliera) non deve superare il tetto massimo del 16% della spesa sanitaria totale.

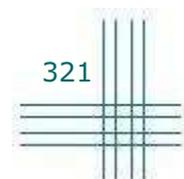
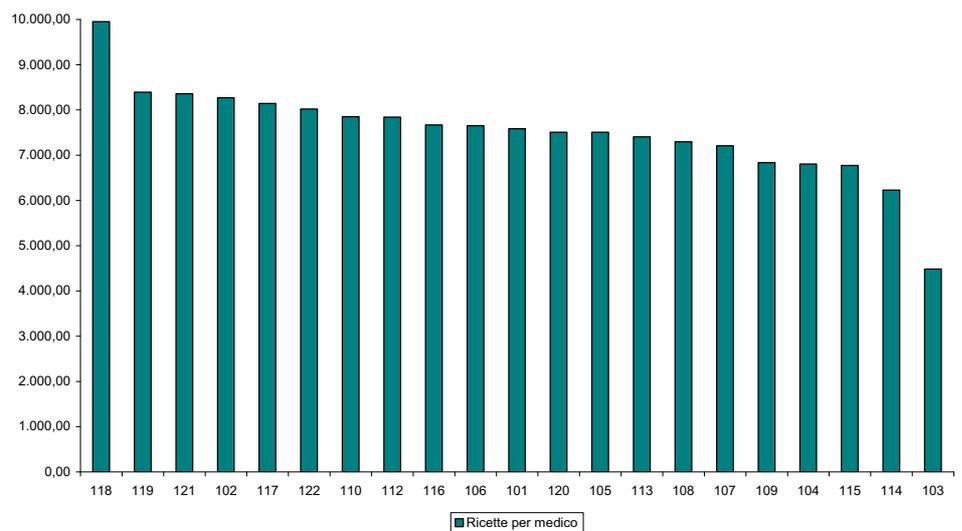


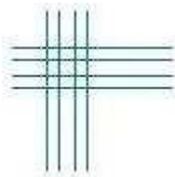
Medici convenzionati per Azienda ULSS - Veneto 2004



Azienda ULSS	Ricette per medico
118	9.949,96
119	8.390,62
121	8.354,46
102	8.269,24
117	8.141,29
122	8.017,86
110	7.848,65
112	7.839,93
116	7.666,20
106	7.648,45
101	7.584,73
120	7.507,30
105	7.506,92
113	7.405,61
108	7.293,74
107	7.207,81
109	6.834,90
104	6.804,13
115	6.772,17
114	6.227,64
103	4.483,15

Ricette per medico convenzionato - Aziende ULSS del Veneto 2004





Scostamento dal tetto programmato di spesa farmaceutica complessiva 2005 per ogni singola Regione, in ordine decrescente di percentuale su Fondo Sanitario Regionale (FSR valori in milioni di Euro)

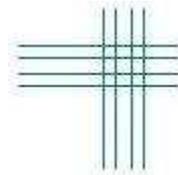
Regione	Spesa non convenzionata	Spesa convenzionata	Spesa totale	Fondo Sanitario Regionale	Tetto 16%	Percentuale su FSR*	Scostamento assoluto
Lazio	321,82	1.472,45	1.794,28	7.960,66	1.273,71	22,5%	520,57
Sicilia	199,62	1.308,02	1.507,65	7.399,71	1.183,95	20,4%	323,69
Sardegna	85,83	384,25	470,08	2.416,56	386,65	19,5%	83,43
Campania	305,16	1.274,48	1.579,64	8.163,45	1.306,15	19,4%	273,49
Puglia	192,99	939,54	1.132,53	5.898,93	943,83	19,2%	188,70
Calabria	71,79	494,92	566,71	2.991,46	478,63	18,9%	88,08
Liguria	112,49	392,20	504,69	2.680,46	428,87	18,8%	75,81
Abruzzo	70,07	287,61	357,68	1.997,89	319,66	17,9%	38,02
Marche	97,20	314,92	412,12	2.361,92	377,91	17,4%	34,22
Emilia Romagna	280,05	822,18	1.102,23	6.516,38	1.042,62	16,9%	59,61
Umbria	55,26	174,56	229,82	1.361,81	217,89	16,9%	11,93
Molise	18,57	67,43	86,00	507,58	81,21	16,9%	4,79
Valle D'Aosta	8,94	22,88	31,82	188,19	30,11	16,9%	1,71
Toscana	265,23	700,08	965,32	5.735,80	917,73	16,8%	47,59
Basilicata	31,72	119,69	151,41	905,79	144,93	16,7%	6,48
Friuli Venezia Giulia	70,30	237,38	307,69	1.897,66	303,63	16,2%	4,06
Veneto	275,80	816,76	1.092,55	6.979,58	1.116,73	15,7%	-24,18
Lombardia	478,14	1.714,52	2.192,66	13.980,02	2.236,80	15,7%	-44,15
Piemonte	241,77	798,97	1.040,73	6.789,92	1.086,39	15,3%	-45,65
Trento	22,64	78,74	101,39	681,36	109,02	14,9%	-7,63
Bolzano	21,26	72,26	93,51	729,89	116,78	12,8%	-23,27
ITALIA	3.226,65	12.494,34	15.720,99	88.195,00	14.111,20	17,8%	1.609,79

* Comprensiva della spesa ripianata per il 2004

Fonte: AIFA

Inoltre, a seguito dell'immissione in commercio di nuovi farmaci sempre più costosi, si sente la necessità di avere indicazioni (linee guida, protocolli, ecc) al fine di offrire la migliore assistenza cercando contemporaneamente di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

In quest'ottica un contributo essenziale è dato dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione del Veneto (PTORV) che costituisce l'elenco dei farmaci autorizzati per l'acquisto in ciascun Presidio Ospedaliero delle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto. Il Prontuario è

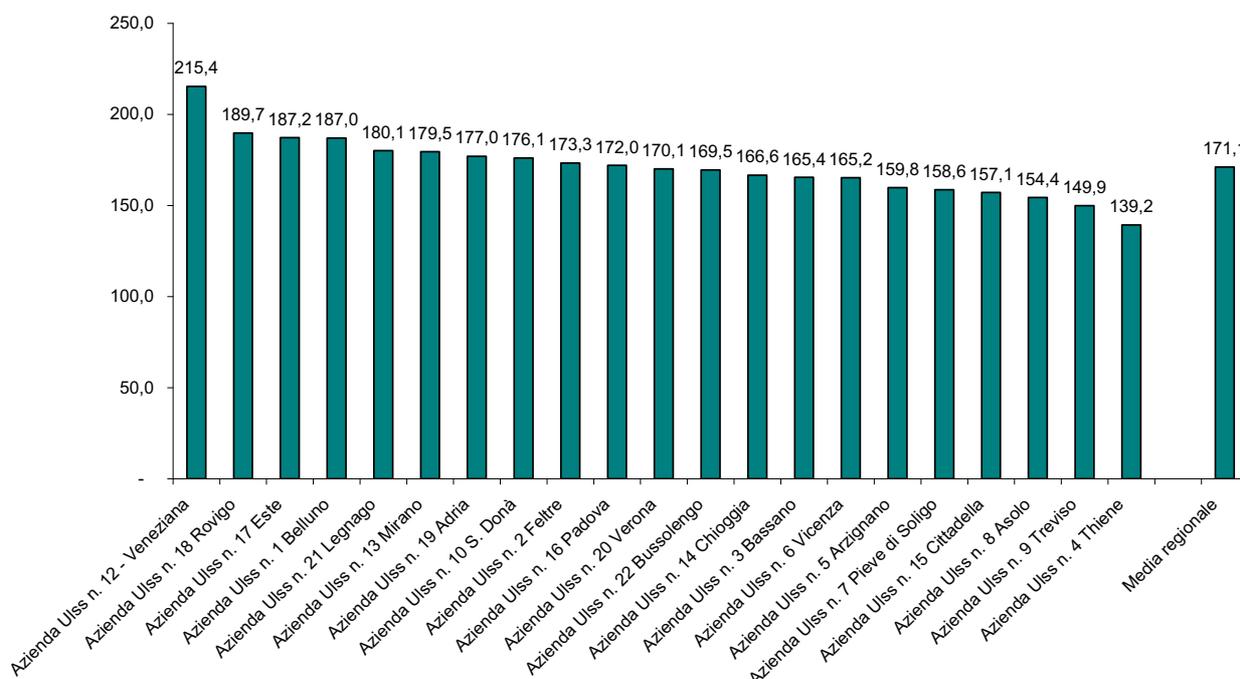


elaborato e redatto sulla base delle valutazioni della **Commissione Terapeutica Regionale** appositamente costituita.

Negli anni successivi alla sua istituzione la Commissione ha modificato la sua attività. Infatti, inizialmente, il suo compito principale era la valutazione delle nuove molecole da inserire nel prontuario ospedaliero. Successivamente, e soprattutto negli ultimi anni a fronte dell'aumento dei farmaci di alta tecnologia e autorizzazione centralizzata a livello europeo, è passata a valutare, anche in termini di impatto economico, l'utilizzo dei vari farmaci per determinate patologie, al fine di orientare la prescrizione in modo tale da assicurare una terapia appropriata ottenendo nel contempo un contenimento dei costi.

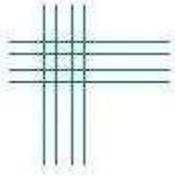
In particolare risulta molto importante la sua attività volta ad una corretta valutazione dei farmaci. Spetta appunto alla Commissione la decisione di porre sotto sorveglianza l'utilizzo di alcuni dei medicinali per i quali l'efficacia provata risulta essere in relazione a specifici quadri clinici. In tali casi vengono adottate apposite schede di monitoraggio per singolo paziente da utilizzarsi da parte dei centri specialistici autorizzati alla prescrizione.

Spesa farmaceutica pro-capite per Azienda ULSS - Veneto 2004



Oltre a tutto ciò, la Regione del Veneto, in considerazione dell'incidenza della spesa farmacologica sul totale della spesa ospedaliera, nonché dell'importanza di controllare l'appropriatezza delle prescrizioni e di ridurre gli errori di terapia, ha definito lo sviluppo di un sistema in grado di realizzare una gestione del trattamento farmacologico che comprenda tutta la catena di fornitura del farmaco: dalla prescrizione alla generazione dell'ordine.

Il progetto, denominato "Gestione informatizzata della terapia farmacologica in ospedale" è partito a fine 2004 ed è stato ammesso al co-finanziamento del Ministero della Salute. Esso prevede l'implementazione, in alcuni ospedali del Veneto, di un sistema che consente di



informatizzare tutti i processi della gestione della terapia farmacologica (la prescrizione, l'approvvigionamento, la distribuzione e la somministrazione). Il Progetto partito in fase pilota presso l'Azienda Ospedaliera di Verona, è stato successivamente esteso ad ulteriori otto Aziende ULSS del Veneto (Azienda ULSS 1 Belluno, Azienda ULSS 6 Vicenza, Azienda ULSS 9 Treviso, Azienda ULSS 13 Mirano-Dolo, Azienda ULSS 14 Chioggia, Azienda ULSS 15 Alta Padovana, Azienda ULSS 18 Rovigo, Azienda ULSS 22 Bussolengo), che partecipano coinvolgendo ognuna due Unità Operative.

L'obiettivo è quello di creare un vero e proprio modello regionale per la gestione della terapia farmacologica con soluzioni standard valide per tutte le Aziende, al fine di:

- migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, anche tramite la riduzione degli errori farmacologici;
- fornire al prescrittore e all'infermiere un supporto di aggiornamento sui farmaci validato e di accesso immediato;
- controllare e ridurre le scorte di reparto;
- istituire l'Osservatorio Regionale delle prescrizioni ospedaliere.

Il sistema informatizzato prevede che il medico, all'atto della prescrizione, selezioni i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione del Veneto, ottenendo anche informazioni su incompatibilità tra farmaci, controindicazioni, linee guida di utilizzo interne e restrizioni prescrittive imposte dalla Commissione Regionale.

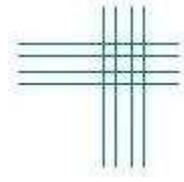
L'infermiere, a sua volta, ha la possibilità di visualizzare e/o stampare il piano di somministrazione a seconda delle sue esigenze, con le note di somministrazione fornite dal medico.

Il farmacista, all'atto dell'approvvigionamento, può visualizzare le terapie per singolo paziente e operare un ulteriore controllo. Infine, il sistema offre al caposala la possibilità, all'atto del riordino, di richiedere i farmaci alla farmacia dell'ospedale sulla base di quanto è stato effettivamente consumato, riducendo sprechi e approvvigionamenti superflui.

La sperimentazione, in alcune realtà, è stata integrata da ulteriori significative azioni che hanno reso possibile l'integrazione della prescrizione informatizzata con altre iniziative in corso. Ad esempio, all'interno dell'Azienda ULSS di Belluno il progetto è stato integrato con la realizzazione della cosiddetta "dose unitaria", ovvero il confezionamento monodose dei farmaci, nell'Azienda ULSS 6 di Vicenza esso prosegue integrandosi al braccialetto elettronico del paziente e ancora, presso l'Azienda ULSS 9 di Treviso il progetto si integra con la cartella clinica informatizzata.

A posteriori, il database delle prescrizioni generato dalla attività quotidiana viene utilizzato per elaborare delle analisi di utilizzo dei farmaci per reparto, tipologia di farmaco, popolazione etc. I dati provenienti dal sistema di prescrizione informatizzata vengono incrociati con i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera e del relativo DRG per ottenere informazioni correlate alle patologie, ai costi e all'incidenza della terapia farmacologica sul totale del DRG.

Questo flusso di informazioni rappresenta un'importante integrazione dei dati di consumo dei farmaci attualmente a disposizione della Regione, in quanto permette una rielaborazione più approfondita e completa, fornendo elementi dettagliati per ogni singolo paziente relativi non solo a diagnosi e patologia, ma anche a dosaggi realmente utilizzati, durata del trattamento e possibili interazioni di farmaci prescritti allo stesso paziente.



Chiarimenti

In un contesto che si caratterizza per un elevatissimo livello di complessità com'è quello sanitario, l'area dell'assistenza ospedaliera deve connotarsi per l'unitarietà di azioni e per il coordinamento delle attività in materia di riorganizzazione, riqualificazione e monitoraggio della erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'azione dei presidi ospedalieri facenti parte del Sistema Regionale Socio Sanitario deve essere orientata ad una logica di rete. In tutto ciò gioca un ruolo fondamentale il disegno territoriale di "Area Vasta".

Altri elementi che vengono in evidenza quali leve per il miglioramento sono:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata preaccreditata;
- la determinazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie erogate sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale;
- la valutazione della appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- il coordinamento dei Centri regionali di Riferimento dedicati alla urgenza ed emergenza, alle attività trasfusionali ed ai trapianti.

Normativa

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3223 del 08 novembre 2002: "Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla Legge Regionale n. 39/1993, in attuazione del D.L. 18.09.2001, n. 347, convertito nella legge 16.11.2001, n. 405 (Legge Regionale n. 5/1996 art. 14)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3208 del 15 ottobre 2004: "Sistema dei controlli sull'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Identificazione della sede del coordinamento regionale e delle sue articolazioni territoriali con integrazione dei nuclei di controllo provinciali".

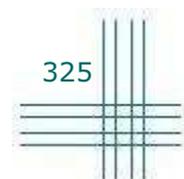
Deliberazione della Giunta Regionale n. 4300 del 29 dicembre 2004: "Aggiornamento del tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera".

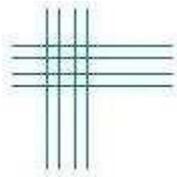
Deliberazione della Giunta Regionale n. 4301 del 29 dicembre 2004: "Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati preaccreditati per l'anno 2005".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4303 del 29 dicembre 2004: "Disposizioni per l'istituzione e il funzionamento dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale: adozione di linee guida (regolamento) per il funzionamento del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (Deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 18 del 25 marzo 2004, 4° Piano sangue e plasma regionale, punto A) 4.5)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 62 del 21 gennaio 2005: "Deliberazioni della Giunta Regionale n. 4300 e n. 4301 del 29.12.2004. Aggiornamento del tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera: disposizioni applicative".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 362 del 11 febbraio 2005: "4° Piano sangue e plasma regionale: prime disposizioni per la regolazione economico-gestionale del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale".





Deliberazione della Giunta Regionale n. 751 del 11 marzo 2005: "Modifica, attinente ad aspetti gestionali e strutturali, delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993, approvate con DGR n. 3223 dell'8 novembre 2002. L.R. n. 5 del 3 marzo 1996, art 14".

Fonti

Regione del Veneto: Direzione Servizi Sanitari

Sito Internet:

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

Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie

Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche

Sito Internet:

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

Regione del Veneto: Direzione Servizi Sanitari

Centro Regionale per le Attività Trasfusionali CRAT

Sito Internet:

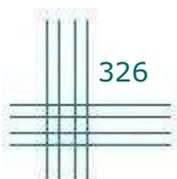
<http://www.crat.veneto.it/fe/index.php>

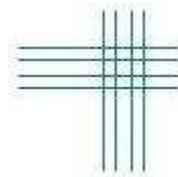
Regione del Veneto: Direzione Servizi Sanitari

Centro Regionale Trapianti

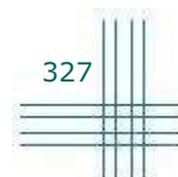
Sito Internet:

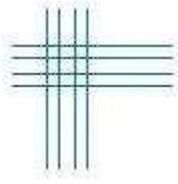
<http://www.srtveneto.it/>



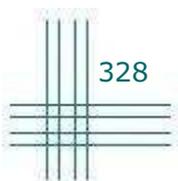


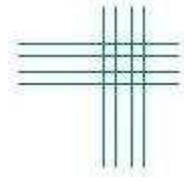
Parte Quinta Risorse ed investimenti





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di rappresentare la situazione relativa alle risorse ed agli investimenti nel biennio 2004-2005.





5.1 Risorse economiche e finanziarie e reticolo di controllo

Descrizione dei fenomeni

Il Sistema Socio Sanitario regionale è stato interessato in questi ultimi anni da mutamenti radicali, che hanno determinato nuove esigenze di governo economico e finanziario che la Regione del Veneto, in quanto soggetto istituzionale portatore di *piena responsabilità* in materia di tutela della salute, si trova ad affrontare.

A partire dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che ha riformato il Titolo V° della Costituzione, gli elementi che contraddistinguono il nuovo rapporto Stato-Regioni e che accompagnano il processo di affermazione e consolidamento del ruolo di queste ultime si riflettono sui processi di gestione delle risorse disponibili. In particolare, due sono gli elementi fondamentali che impattano sulla Sanità veneta nel biennio 2004-2005, ovvero:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (emesso a seguito dell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001);
- l'intesa stipulata in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti Stato e le Regioni il 23 marzo 2005, finalizzata al rispetto degli obiettivi della finanza pubblica anche con riferimento agli obblighi comunitari della Repubblica di cui al Patto di stabilità interno;

Su queste basi, oltre che su una serie di atti conseguenti, il Sistema Socio Sanitario regionale è oggi sottoposto ad un reticolo di controllo sempre più esteso, oltre che a vincoli economici e finanziari cogenti ed inderogabili. Ciò rende indispensabili dei processi di revisione dello stesso, nonostante la qualità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate nel Veneto sia indiscussa e ampiamente riconosciuta in ambito nazionale e sovranazionale.

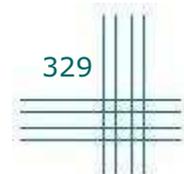
In tal senso, le linee strategiche che la Regione del Veneto ha adottato nel segno di una coerente continuità di percorso, si fondano su una più intensa e coordinata unità di azione tra Regione e Aziende ULSS ed Ospedaliere per il raggiungimento di obiettivi di contenimento della spesa, senza pregiudizio per il mantenimento degli standard sanitari e socio sanitari raggiunti e per il loro sistematico e continuo miglioramento.

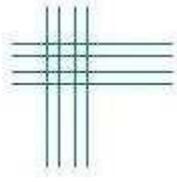
Tuttavia, il fatto di agire in un contesto in cui le risorse sono intrinsecamente insufficienti a coprire il fabbisogno, comporta continue e sistematiche azioni di correzione e calibrazione per evitare condizioni di disavanzo.

Tra i processi che favoriscono tale impegno rientra anche quello di ottenere significative economie di scala attraverso processi di acquisto centralizzati e forme organizzative di cooperazione e condivisione tra aziende.

Ad essi si accompagna un fattore determinante per l'elaborazione e l'implementazione delle misure di contenimento della spesa: esso è costituito dal potenziamento e miglioramento del Sistema Informativo Socio Sanitario regionale.

Anche in questo caso sono fondamentali: a) una costante interazione con le Aziende Sanitarie; b) lo sviluppo di procedure efficienti ed efficaci di validazione dei dati; c) la promozione di formati condivisi per la raccolta degli stessi; d) il perseguimento dell'uniformità delle scadenze di raccolta; e) la centralizzazione delle informazioni e la definizione di un unico punto di riferimento per la loro redistribuzione.





La Regione del Veneto conduce le propri azioni di indirizzo e controllo, nell'ambito del monitoraggio dei bilanci delle Aziende Sanitarie, nell'ottica di un sempre più efficace e razionale uso delle risorse disponibili, attraverso l'attivazione di processi che rafforzino la convinzione, negli operatori, della necessità e del valore di agire in rete ricercando modalità di comportamento aziendale comuni e condivise.

Ciò consente di cogliere come un'opportunità di miglioramento le rigide norme tese al perseguimento del pareggio di bilancio delle Aziende ULSS ed Ospedaliere nel corso dell'esercizio, vincolandone la verifica in relazione ai Conti Economici Trimestrali.

Il nuovo modello LA

La maggior parte dei sistemi di contabilità analitica attivati dalle Aziende Sanitarie non appaiono, allo stato attuale, completamente orientati e perfettamente aderenti alla rilevazione dei fenomeni economici e finanziari correlati alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Oggi viene richiesta una sempre maggiore tempestività e affidabilità di analisi economica e finanziaria, soprattutto a valenza prospettica.

In tal senso, il modello dedicato alla rilevazione dell'utilizzo delle risorse per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Modello LA) va, ormai, assumendo peculiarità e rilevanza sempre maggiori, anche in riferimento alle analisi che, sulla base dei dati ivi riportati, vengono svolte annualmente da molteplici organismi di controllo e di studio (solo per citarne alcuni, la Corte dei Conti e la Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

Lo schema LA comprende tutti i costi del modello che riguarda il Conto Economico (modello CE) ad eccezione di quelli derivanti dalla compartecipazione al personale per l'attività libero professionale. Peraltro esigenze di controllo e di validazione dei dati richiedono l'evidenziazione anche di tali costi.

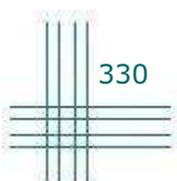
La Regione del Veneto intende quindi cogliere l'opportunità di dare maggiore forza ad una visione coerente dei flussi informativi, in collegamento con le rilevazioni ministeriali delle attività gestionali delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere.

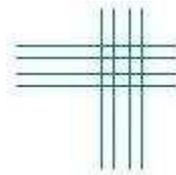
Il nuovo schema è composto di sei allegati ministeriali e di un allegato regionale, che rappresentano un di cui della tabella complessiva. Peraltro, il rispetto della scadenza di presentazione prevista per tale modello rappresenta uno degli elementi di valutazione presso il "tavolo di monitoraggio sulla spesa sanitaria" del Ministero dell'Economia e delle Finanze. La sua importanza è dunque di assoluta evidenza.

Le particolarità dell'allegato regionale (denominato di cui Servizi Generali) vanno individuate principalmente nei seguenti aspetti:

- Costi della formazione distinta in formazione sanitaria e non sanitaria;
- Costi degli oneri diversi di gestione;
- Costi degli interessi passivi.

Inoltre, per il controllo e la validazione dei valori della mobilità sanitaria sono state enucleate (nell'ambito della scheda denominata "PIVOT"), delle specifiche colonne e righe relative alla mobilità sanitaria intraregionale ed extraregionale, da compilarsi a cura della singole Aziende Sanitarie.





In aggiunta alle informazioni di dettaglio già richieste negli esercizi precedenti, è stato introdotto un prospetto di controllo. Ciò consente, al termine del caricamento, di verificare in automatico nella scheda LA eventuali squadrature.

UNA PARTE DEI COSTI MONITORATI CON IL NUOVO MODELLO LA				
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro				
Igiene e sanità pubblica				
Igiene degli alimenti e della nutrizione				
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro				
Sanità pubblica veterinaria				
Attività di prevenzione rivolte alle persone				
Servizio medico legale				
Assistenza distrettuale				
Guardia medica				
Medicina generale				
-- Medicina generica				
--Pediatria di libera scelta				
Emergenza sanitaria territoriale				
Assistenza farmaceutica				
--Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate				
--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica				
Assistenza Integrativa				
Assistenza specialistica				
--Attività clinica				
--Attività di laboratorio				
--Attività di diagnostica strumentale e per immagini				
Assistenza Protesica				
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare				
--assistenza programmata a domicilio (ADI)				
--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)				
--Assistenza psichiatrica				
--Assistenza riabilitativa ai disabili				
--Assistenza ai tossicodipendenti				
--Assistenza agli anziani				
--Assistenza ai malati terminali				
--Assistenza a persone affette da HIV				

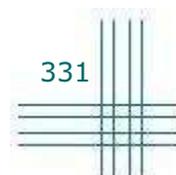
ALTRI COSTI

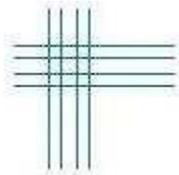
AMMORTAMENTI - SOPRAVVIVENENZE, INSUSSISTENZE

COSTI DEL PERSONALE (RUOLO SANITARIO, PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO)

COSTI PER ACQUISTI DI SERVIZI (SERVIZI SANITARI, PRESTAZIONALI, SERVIZI NON SANITARI)

CONSUMI E MANUTENZIONI DI ESERCIZIO (SANITARI E NON SANITARI)

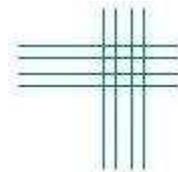




Nello specifico si osservano le seguenti modalità:

- nella scheda PIVOT vengono inseriti i dati di costo per livello di assistenza rispettando gli sbarramenti di convalidazione dati;
- nella scheda LA sono stati impostati una serie di controlli visivi (corrispondenti a dei codici colore) che permettono un primo controllo sulla omogeneità dei dati;
- nella scheda "SQUADRATURE" è possibile fornire chiarimenti in merito ad eventuali squadrature che l'Azienda presenta fra il modello LA ed il modello CE.

UN'ALTRA PARTE DEI COSTI MONITORATI CON IL NUOVO MODELLO LA		
Assistenza distrettuale		
Assistenza territoriale semiresidenziale		
--Assistenza psichiatrica		
--Assistenza riabilitativa ai disabili		
--Assistenza ai tossicodipendenti		
--Assistenza agli anziani		
--Assistenza a persone affette da HIV		
--Assistenza ai malati terminali		
Assistenza territoriale residenziale		
--Assistenza psichiatrica		
--Assistenza riabilitativa ai disabili		
--Assistenza ai tossicodipendenti		
--Assistenza agli anziani		
--Assistenza a persone affette da HIV		
--Assistenza ai malati terminali		
Assistenza Idrotermale		
Assistenza Ospedaliera		
Attività di pronto soccorso		
Assistenza ospedaliera per acuti		
--in Day Hospital e Day Surgery		
--in degenza ordinaria		
Interventi ospedalieri a domicilio		
Assistenza ospedaliera per lungodegenti		
Assistenza ospedaliera per riabilitazione		
Emocomponenti e servizi trasfusionali		
Trapianto organi e tessuti		
Libera Professione		Riporto mobilità
Servizi Sanitari con libera professione	Intra	Extra
Servizi Sanitari senza libera professione		
Libera Professione		
CONSUMI E MANUTENZIONI DI ESERCIZIO (SANITARI E NON SANITARI) COSTI PER ACQUISTI DI SERVIZI (SERVIZI SANITARI, PRESTAZIONALI, SERVIZI NON SANITARI) COSTI DEL PERSONALE (RUOLO SANITARIO, PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO) AMMORTAMENTI - SOPRAVVENIENZE, INSUSSISTENZE ALTRI COSTI		



Le voci monitorate con riferimento alla mobilità attiva

ospedaliera	medicina generale	specialistica	farmaceutica	termale
somministrazione diretta di farmaci	trasporti	riabilitazione età evolutiva	riabilitazione età adulta	comunità terapeutica residenziale psichiatrica
anziani e disabili	hospice			

Le voci monitorate con riferimento alla mobilità passiva

ospedaliera	medicina generale	specialistica	farmaceutica	termale
somministrazione diretta di farmaci	trasporti			

Il nuovo modello LA è, sulla base di quanto esplicitato, un supporto alle attività di controllo e monitoraggio che può esprimere un elevato livello di efficacia. La Regione del Veneto sta cercando di cogliere l'opportunità di farlo diventare anche uno strumento gestionale, utile nei processi decisionali. Si tratta di uscire da una mera applicazione delle norme per entrare in una visione di prospettiva e di sistema.

Risorse e ricerca dell'equilibrio economico e finanziario

Sulla base dei conti consolidati delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere, si evidenzia che nel triennio 2003-2005 la spesa sanitaria in Veneto è costantemente aumentata, superando nel 2005 i 7,7 miliardi di Euro.

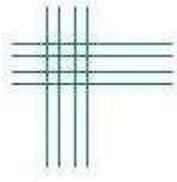
Nella media del periodo, circa un terzo della spesa è stata assorbita dai costi relativi al personale, mentre la spesa farmaceutica convenzionata ha pesato per un ulteriore 11 per cento (il 2 per cento in meno rispetto alla media delle Regioni a Statuto Ordinario).

A partire dal 2002 l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica non ha potuto superare, sia a livello nazionale sia regionale, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tale limite si è aggiunto, a partire dal 2004, un tetto alla spesa farmaceutica complessiva (comprendente quindi anche quella relativa a ricoveri ospedalieri) pari al 16 per cento della spesa sanitaria. La legge finanziaria per il 2005 ha confermato tali disposizioni.

L'incidenza delle prestazioni erogate da enti convenzionati e accreditati, che riflette la rilevanza dei servizi erogati attraverso il settore privato, è stata pari al 19,6 per cento del totale.

Nel periodo 2003-2005 l'incremento medio annuo della spesa sanitaria è stato del 7,6 per cento (a fronte di una media italiana dell'8,5 per cento).

Alcuni fattori hanno influito sull'andamento della spesa sanitaria a livello nazionale. La dinamica della spesa per l'assistenza ospedaliera erogata in forma diretta ha risentito degli effetti dei rinnovi contrattuali firmati nel biennio 2004-2005 per il personale del comparto, oltre che del progressivo trasferimento di una parte della spesa farmaceutica convenzionata alla distribuzione diretta ospedaliera.



Sul costo dei servizi in convenzione ha invece pesato il rinnovo delle convenzioni con i Medici di Medicina Generale, gli specialisti ambulatoriali (relative al periodo 2001-2005) e i Pediatri di Libera Scelta (periodo 2001-2006). La spesa farmaceutica è stata invece contenuta dalle misure adottate dall'Agenzia Italiana del Farmaco in coerenza con la legislazione vigente in materia di tetti di spesa farmaceutica; al provvedimento riguardante la riduzione dei prezzi dei medicinali che avevano determinato aumenti della spesa superiori alla media si è associato lo sconto posto a carico dei produttori e sui margini delle farmacie.

Le entrate proprie delle Aziende ULSS, costituite principalmente dai ticket (una voce su cui influiscono le decisioni prese in autonomia dalla Regione), nel triennio 2003-2005 sono risultate pari al 7 per cento circa dei ricavi complessivi. Il resto del finanziamento al Servizio Sanitario Regionale (pari al 42 per cento dei ricavi) è derivato da risorse trasferite dallo Stato principalmente a titolo di compartecipazione all'IVA .

L'incidenza dei ricavi di natura tributaria (IRAP e addizionale all'Irpef) e delle entrate proprie delle Aziende ULSS è, per il Veneto, più elevata rispetto ai corrispondenti valori registrati nella media del triennio per l'insieme delle altre Regioni a statuto ordinario. Ne risulta conseguentemente ridotta la quota rappresentata da trasferimenti statali, che per l'insieme delle Regioni a statuto ordinario ammonta a quasi il 54 per cento dei ricavi.

A partire dal 2005 il Governo ha stanziato risorse aggiuntive per il ripiano dei disavanzi sanitari pregressi: 2,0 miliardi relativi ai disavanzi 2001-2003 nella finanziaria per il 2005 e ulteriori 2,0 miliardi per i disavanzi 2002-2004 in quella per il 2006; la loro assegnazione era subordinata al rispetto di requisiti miranti a garantire l'equilibrio di bilancio. Tutte le Regioni a statuto ordinario, la Sardegna e la Sicilia hanno partecipato al riparto. L'ammontare di risorse attribuito al Veneto, pari a circa 210 milioni, è stato impiegato a copertura del disavanzo del 2005 in considerazione del fatto che i disavanzi pregressi risultavano già coperti.

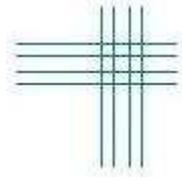
Gli accertamenti dei risultati d'esercizio del Servizio Sanitario Regionale nel periodo 2003-2006 desunti dalle deliberazioni della Giunta regionale evidenziano risultati negativi nel quadriennio in esame pari, rispettivamente, a 430, 607, 704, 707 milioni di Euro.

Tali perdite non tengono tuttavia conto delle rettifiche relative a maggiori ricavi derivanti da specifiche contribuzioni statali e regionali e a minori costi conseguenti alla sterilizzazione degli ammortamenti relativi a specifici interventi regionali per gli investimenti e degli oneri derivanti dal costo per ferie maturate e non liquidate o fruite.

Le perdite di esercizio così rettificate hanno mostrato una sostanziale costanza nel triennio attestandosi, negli ultimi tre anni considerati rispettivamente, a 262, 251, 242 milioni di Euro, in termini civilistici. Le rettifiche in diminuzione apportate dalla Regione, in adesione ai principi SEC 95 (Sistema europeo dei conti nazionali e regionali nella Comunità), in sede di accertamento del risultato di esercizio, le maggiori entrate a copertura erogate dallo Stato e la tassazione regionale hanno consentito il pareggio dei conti del Servizio Sanitario Regionale.

L'articolazione delle manovre tributarie ha previsto la rideterminazione dell'aliquota e l'introduzione di aliquote agevolate, sia per l'addizionale all'Irpef sia per l'IRAP, a favore di determinate categorie di soggetti passivi. Nel complesso, le manovre tributarie per gli anni 2002-2006 hanno comportato maggiori introiti per circa 986 milioni di Euro, finalizzati alla copertura dei disavanzi pregressi per la Sanità relativi agli anni 2000-2005 per complessivi 795 milioni.

Le ultime leggi finanziarie (Legge 311/2004, Legge 266/2005 e Legge 296/2007) hanno affrontato il problema della responsabilizzazione degli amministratori locali nella formazione dei disavanzi sanitari. Nei confronti della Regione che presenta un disavanzo sanitario nell'ultimo anno, è prevista una procedura di diffida da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri.



Qualora entro il 30 aprile dell'anno successivo la Regione diffidata non provveda adeguatamente, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad Acta, è tenuto ad approvare il bilancio e ad adottare i provvedimenti necessari per il ripiano del disavanzo.

Nell'eventualità che entro il successivo 31 maggio la Regione non adotti le misure opportune, l'addizionale all'Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP sono applicate nella misura massima.

In base alle verifiche del Tavolo di monitoraggio, il livello del debito ancora da coprire, relativo agli anni 2001-2005, è stato quantificato a livello nazionale in 21,1 miliardi (Atto della Camera dei Deputati C2534 del 2007).

Il debito è attribuito a sei Regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia). Tali Regioni, ad esclusione della Liguria che ha attivato ulteriori misure di copertura entro il 30 giugno, sono state interessate dall'incremento automatico delle aliquote fiscali.

Nell'anno 2006, di cui si anticipano in questa sede i risultati, i costi del servizio sanitario del Veneto sono aumentati del 3,4 per cento, in rallentamento rispetto al biennio precedente (7,0 e 8,2 per cento, rispettivamente, nel 2004 e 2005); a ciò ha contribuito la crescita delle spese per l'assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati (8,9 per cento) cui si è associata una sostanziale stazionarietà della spesa per i servizi della gestione diretta (0,3 per cento), nonostante l'incremento delle spese per il personale (6,2 per cento) e per l'acquisto di beni (7,7 per cento).

Tra le spese relative all'assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati, quelle per i Medici di Medicina Generale e per la farmaceutica sono cresciute, rispettivamente, del 4,8 e 4,2 per cento.

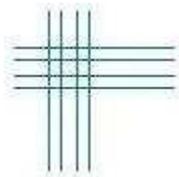
A livello nazionale i costi del servizio sanitario sono cresciuti nel 2006 dell'1,8 per cento in forte rallentamento rispetto agli ultimi due anni (7,2 nel 2005 e 9,9 per cento nel 2004). La spesa per il personale è cresciuta del 5,0 per cento, principalmente a causa dei rinnovi contrattuali per medici e dirigenti.

La spesa farmaceutica è aumentata del 4,2 per cento; la dinamica è stata contenuta dal taglio selettivo del prezzo dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e dall'ulteriore taglio generalizzato del 5 per cento del prezzo di tutti i medicinali, in vigore dal 1 ottobre 2006.

Nel complesso, i pareggi di bilancio sono stati ottenuti tramite:

- un continuo monitoraggio dei costi trimestrali e l'indicazioni delle "correzioni" di rotta da assumere da parte delle Aziende;
- le manovre di razionalizzazione del personale;
- le attività di centralizzazione degli acquisti nonché la ridefinizione della struttura ospedaliera e l'adozione dei piani di rientro;
- l'adozione di provvedimenti atti a regolare i volumi di produzione degli erogatori pubblici;
- le politiche di tassazione regionale ad incremento delle risorse a disposizione del sistema.

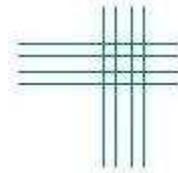
Il risultato del quarto trimestre, calcolato secondo criteri SEC 95, cioè l'insieme di regole che determinano il disavanzo del sistema sanitario da coprire da parte della regione è positivo. Le manovre poste in essere dalla Regione del Veneto sono state, quindi, efficaci.



Disavanzo **SEC 95** del Servizio sanitario regionale

Disavanzo SEC 95 del Servizio sanitario regionale (in migliaia di Euro)	
Perdita civilistica	-707.585
Delta mobilità	-2.797
	-710.382
Entrate vincolate	119.000
Tasse	
Ammortamenti	211.000
Oneri per ferie	8.003
Ulteriori somme a copertura:	
Somme statali a ripiano perdite (Legge Finanziaria 2007)	160.798
Tassazione regionale	140.000
Recupero somme accentrata regionale	18.349
Differenza positiva bilancio 2005	73.683
Differenze contabili mobilità Ministero della Salute	-4.128
Differenza positiva 2006	16.323

È evidente che le politiche di bilancio sinora adottate, cioè la copertura dei disavanzi con fondi propri (tassazione o variazioni di bilancio) hanno consentito di coprire agevolmente l'anno 2006, essendo stati riportati in quell'anno i contributi a ripiano ottenuti per gli anni precedenti, su cui comunque non vi era certezza nel momento in cui il Ministero dell'Economia chiedeva le modalità di copertura dei disavanzi.



5.2 Risorse Umane e Sistema Socio Sanitario

Descrizione dei fenomeni

Alla luce dei vincoli sempre più stringenti che interessano anche le risorse umane, la Regione del Veneto nel biennio 2004-2005 ha inteso sviluppare le azioni concernenti le funzioni programmatiche in materia di personale partendo da dati e situazioni di fatto esistenti presso le Aziende Sanitarie.

Infatti, utilizzando le dirette conoscenze di chi ricopre il difficile ruolo di gestione del personale è possibile pervenire a scelte utili e condivise per la risoluzione dei problemi e delle criticità nel quadro di una sempre maggiore razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane.

Da questo punto di vista è indispensabile rendere partecipi e responsabilizzare, pur nel rispetto dei compiti e delle funzioni le direzioni strategiche ed in particolare i Direttori Generali per il raggiungimento degli obiettivi di contenimento che la Regione definisce e sviluppa sulla base dei vincoli economici e finanziari stabiliti dal legislatore nazionale.

Tutto ciò necessita l'utilizzo di un linguaggio comune nell'interpretazione normativa e contrattuale, nella lettura dei dati, nell'individuazione delle strategie, per la successiva realizzazione di scelte gestionali in materia di personale che, nel rispetto delle specificità aziendali, siano effettivamente coerenti con quanto previsto dalle Leggi Finanziarie di questi ultimi anni e dal Patto di stabilità interno.

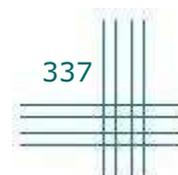
Da questo punto di vista, una delle finalità primarie dell'amministrazione regionale, specie in un contesto di risorse scarse in rapporto agli obiettivi da perseguire, è quella di pervenire ad una razionalizzazione dell'organizzazione del personale che consenta l'ottimizzazione del suo utilizzo, contenendo contestualmente la spesa.

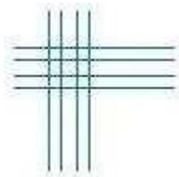
La Regione fornisce alle Aziende Sanitarie indicazioni per privilegiare, nella determinazione del fabbisogno di ciascuna, l'acquisizione di profili per i quali risulta esistere forte criticità in ambito regionale, quali i profili infermieristici, gli operatori socio sanitari, i tecnici sanitari di radiologia medica, i medici anestesisti e radiologi. Inoltre, ferme restando le autonome valutazioni aziendali in merito all'individuazione delle altre professionalità necessarie per il conseguimento dei propri fini istituzionali, la Regione fornisce indirizzi per garantire quelle assunzioni che incidono direttamente sull'offerta di prestazioni riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre, un altro orientamento è quello di sviluppare processi di condivisione e collaborazione volti a migliorare l'interazione tra aziende facenti capo ad una stessa area specie in relazione alle attività di supporto rese dal personale dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico.

Si mira pertanto a promuovere attività da gestire in comune da parte delle Aziende in ambito provinciale e sovraprovinciale. Ciò permetterà una maggiore razionalizzazione ed efficienza dell'attività e un contenimento della spesa, sia in relazione alla riduzione delle strutture, sia per le economie di scala ottenibili in determinati settori come, ad esempio, quello dell'acquisto di beni e servizi.

Una lettura quanto più omogenea delle clausole contrattuali nazionali, permette di ottenere uniformità di comportamenti, supportando tali processi. In sede applicativa vengono evitate ingiustificate disparità di trattamento del personale, riducendo così anche l'eventualità di contenziosi. Le Aziende possono così condurre le trattative inerenti la contrattazione integrativa e, più in generale, le relazioni sindacali nell'ambito di risorse definite e certe e in un quadro contrattuale nazionale che non dia adito a dubbi interpretativi.





Tutti questi obiettivi sono stati formalizzati nel biennio 2004-2005 con appositi atti che hanno definito le linee di indirizzo alle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto in materia di personale ed i conseguenti limiti da esse derivanti.

Peraltro, nel contesto dei propri compiti di indirizzo e controllo, la Regione sta provvedendo all'affinamento e all'implementazione dell'azione di monitoraggio nei confronti delle Aziende sanitarie volta ad acquisire una serie di dati concernenti:

- la consistenza del personale suddiviso nei vari ruoli e profili funzionali;
- la consistenza dei fondi contrattuali;
- il numero e la tipologia dei servizi effettuati dal personale.

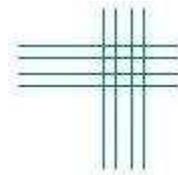
Tali dati, la cui acquisizione è iniziata nel 2001, consentono all'Amministrazione Regionale di intraprendere le azioni più idonee per il conseguimento degli obiettivi strategici sopra descritti.

Ciò in considerazione del fatto che, il solo utilizzo di una fonte informativa, quale il "Conto Annuale e la Relazione sulla gestione", effettuata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze annualmente sulle Aziende Pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, presenterebbe l'inconveniente di rendere disponibili le informazioni con notevole ritardo.

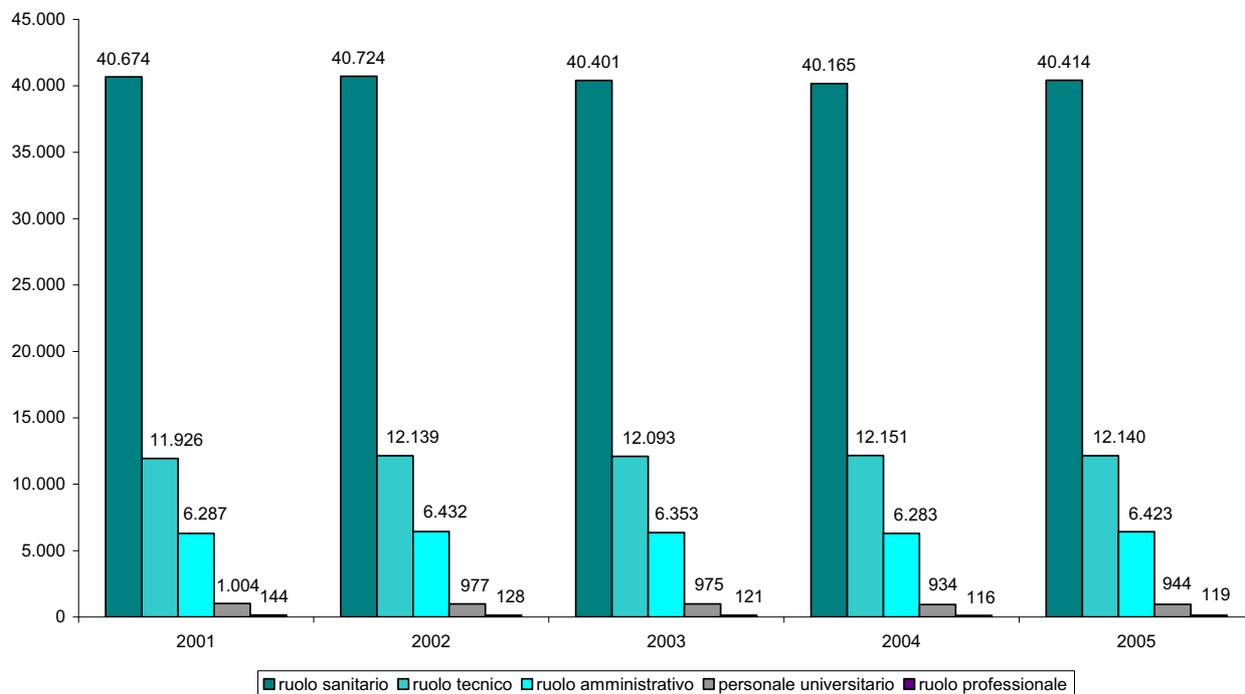
Inoltre, la specifica rilevazione effettuata sulle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere direttamente dalla Regione del Veneto, rileva tra le altre cose, anche la distribuzione delle risorse per strutture assistenziali di erogazione delle prestazioni (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi generali di supporto) ed è caratterizzata da un attendibile grado di continuità e stabilità del dato raccolto.

AZIENDE ULSS E AZIENDE OSPEDALIERE DEL VENETO - PERSONALE IN SERVIZIO (Compreso personale universitario)					
Operatori in servizio	Al 31.12.2001	Al 31.12.2002	Al 31.12.2003	Al 31.12.2004	Al 31.12.2005
- operatori totali	60.035	60.400	59.943	59.649	60.040
x 1.000 residenti	13,14	13,20	13,10	12,69	12,66
di cui:					
- ruolo sanitario	40.674	40.724	40.401	40.165	40.414
- ruolo professionale	144	128	121	116	119
- ruolo tecnico	11.926	12.139	12.093	12.151	12.140
- ruolo amministrativo	6.287	6.432	6.353	6.283	6.423
- personale universitario	1.004	977	975	934	944

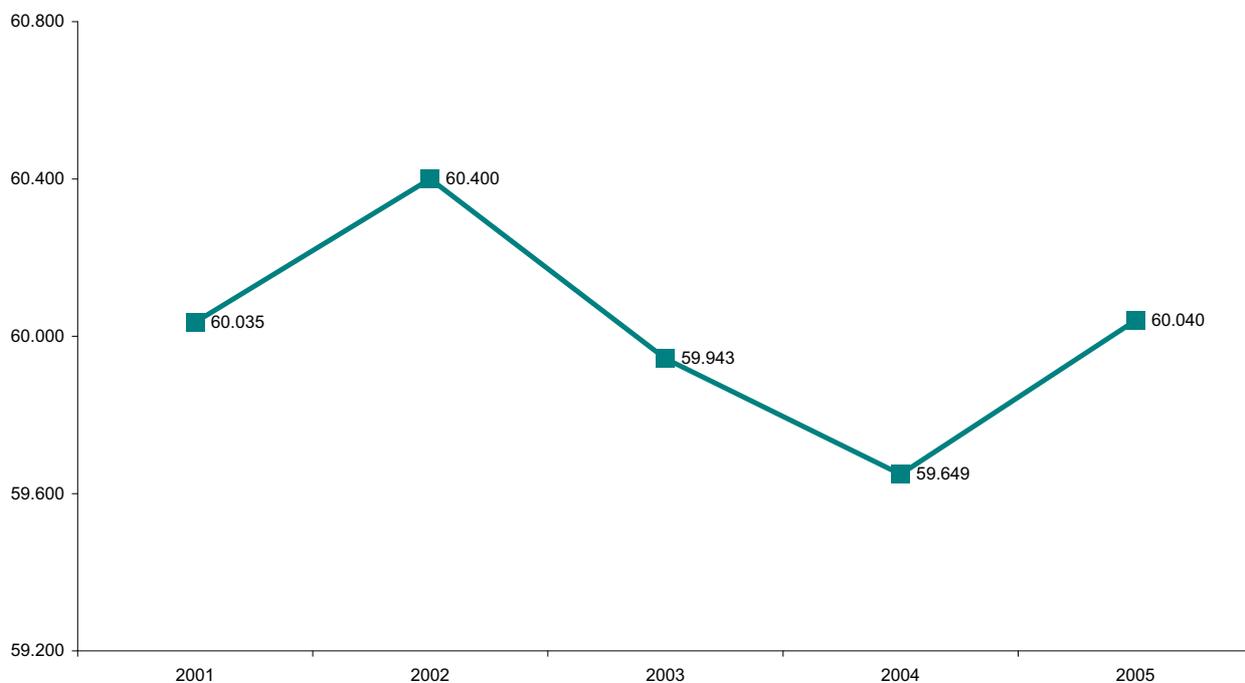
Fonte dei dati: Rilevazione annuale della Regione del Veneto 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005

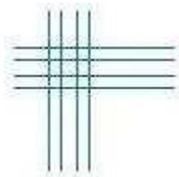


Personale delle Aziende Sanitarie del Veneto per ruolo - Anni 2001-2005



Operatori totali - Regione del Veneto trend 2001-2005

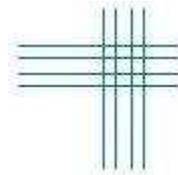




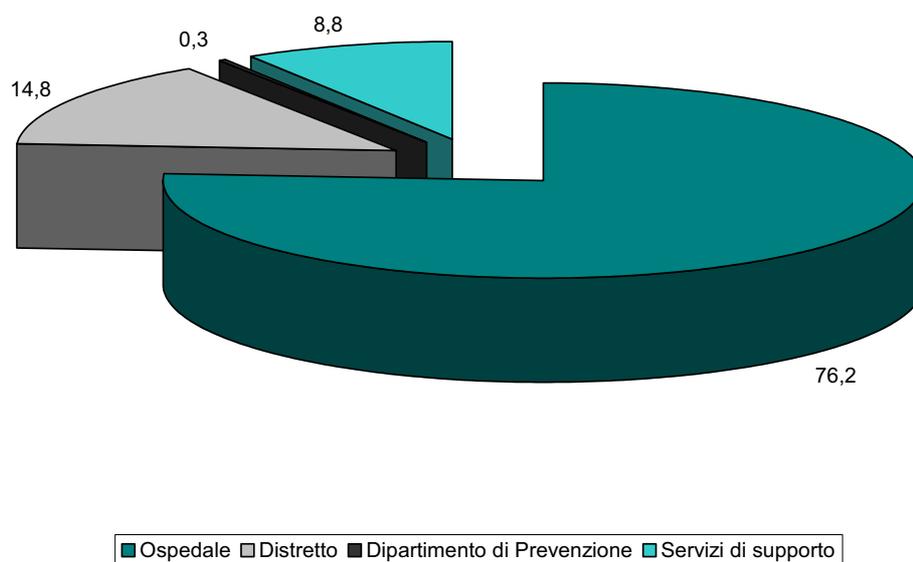
Su queste basi, si può notare una leggera flessione per quanto riguarda il biennio 2003 al 2004, ma sostanzialmente nella Regione del Veneto, sia per numero che per tipologia di ruoli appare una certa stabilità delle dinamiche del personale, con dati che si attestano sul livello esistente nel 2001.

I dati evidenziano in particolare un aumento del personale appartenente al ruolo tecnico: ciò è dovuto principalmente al progressivo inserimento nel sistema dell'Operatore Socio Sanitario (OSS), anche attraverso la riqualificazione degli Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza (OTAA).

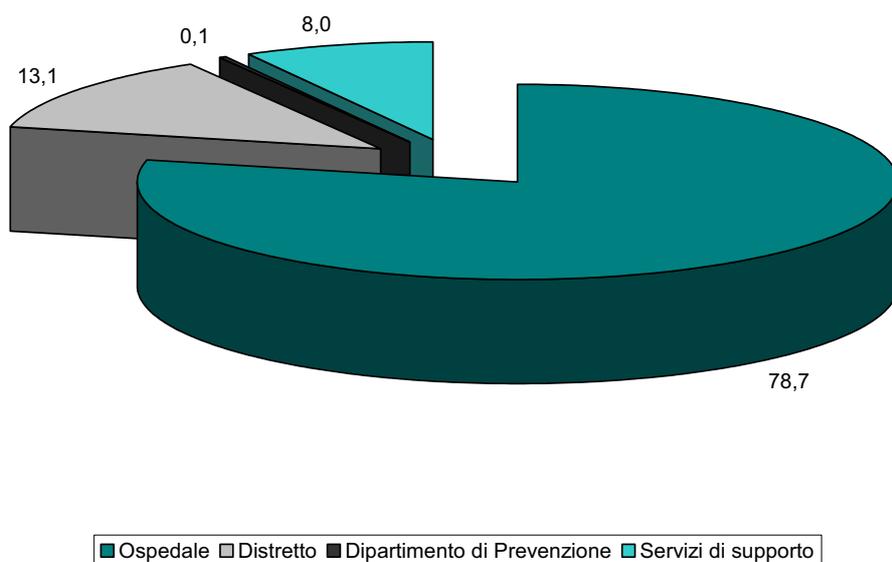
AZIENDE ULSS ED OSPEDALIERE DEL VENETO DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER QUALIFICA PROFESSIONALE - ANNI 2004-2005						
Qualifica professionale	Anno 2004			Anno 2005		
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Personale totale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Personale totale
Medico	13,00%	0,30%	13,30%	12,79%	0,50%	13,29%
Veterinario	0,62%	0,01%	0,63%	0,61%	0,01%	0,62%
Psicologo	0,78%	0,02%	0,80%	0,78%	0,04%	0,82%
Altri laureati	0,75%	0,02%	0,77%	0,74%	0,02%	0,76%
Personale infermieristico	43,80%	0,33%	44,14%	42,95%	0,31%	43,26%
Personale tecnico-sanitario	4,22%	0,15%	4,38%	4,60%	0,12%	4,73%
Personale vigilanza e ispezione	0,74%	0,00%	0,74%	1,12%	0,00%	1,12%
Personale con funzioni riabilitative	3,58%	0,09%	3,67%	3,67%	0,12%	3,78%
Personale Ruolo Professionale	0,19%	0,01%	0,20%	0,18%	0,02%	0,20%
Laureato ruolo tecnico	0,12%	0,00%	0,12%	0,12%	0,01%	0,13%
Assistente sociale	0,97%	0,09%	1,06%	0,98%	0,08%	1,05%
OTAA/OSS	9,11%	0,56%	9,67%	9,65%	0,57%	10,22%
Altri operatori ruolo tecnico non laureati	9,61%	0,24%	9,85%	8,98%	0,16%	9,14%
Dirigente amministrativo	0,35%	0,02%	0,36%	0,33%	0,06%	0,39%
Collaboratore amministrativo	1,98%	0,02%	2,00%	2,08%	0,06%	2,14%
Assistente amministrativo	4,95%	0,05%	5,01%	4,76%	0,07%	4,83%
Coadiutore amministrativo	2,96%	0,15%	3,11%	3,06%	0,18%	3,25%
Commesso	0,22%	0,00%	0,22%	0,27%	0,00%	0,27%
Percentuali totali	97,96%	2,04%	100,00%	97,67%	2,33%	100,00%

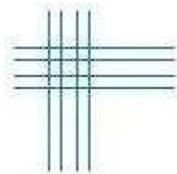


Aziende Sanitarie del Veneto
Distribuzione percentuale operatori per settore aziendale nell'anno 2004



Aziende Sanitarie del Veneto
Distribuzione percentuale operatori per settore aziendale nell'anno 2005



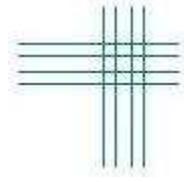


La distribuzione per strutture assistenziali di erogazione (da non confondere con i livelli di assistenza) è ancora fortemente sbilanciata sulle strutture ospedaliere. Tuttavia per una corretta valutazione va precisato che la rilevazione effettuata non distingue gli operatori che si occupano di assistenza specialistica, che dovrebbero essere attribuiti al Distretto, generando quindi una sovrastima delle risorse attribuite all'assistenza ospedaliera. Inoltre, è probabile che anche sulle strutture territoriali gli operatori che si occupano di assistenza distrettuale si mescolino con quelli che si occupano di prevenzione.

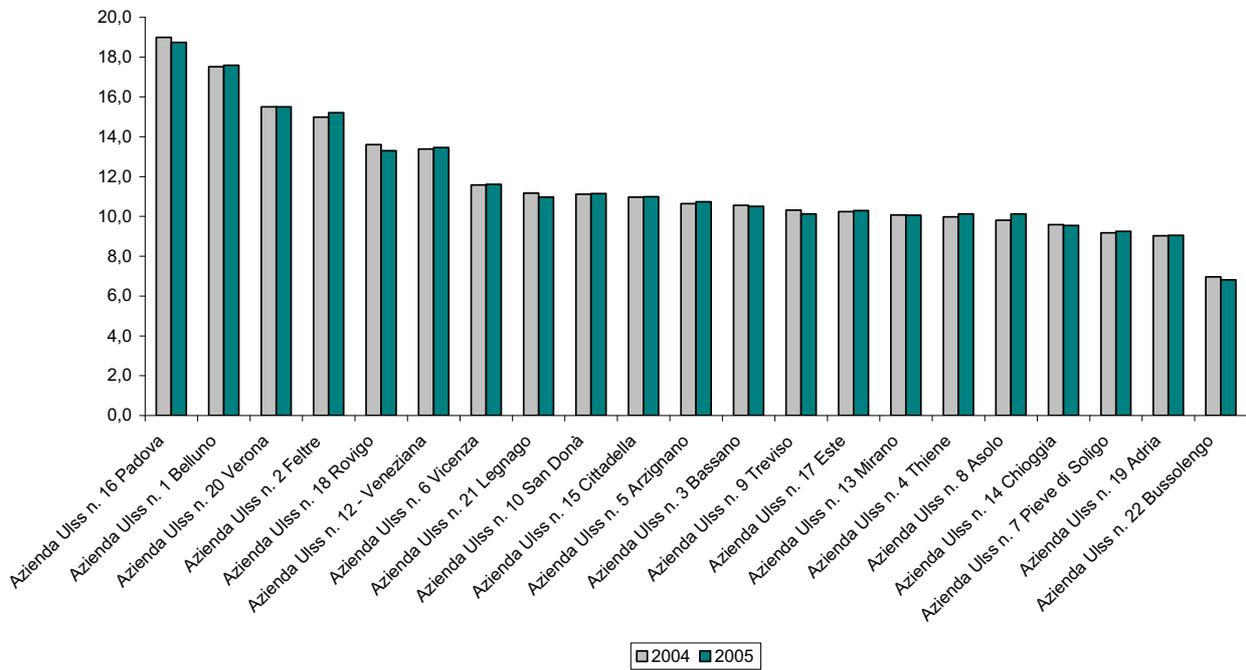
La distribuzione percentuale per qualifiche professionali mostra come il personale medico e infermieristico da solo costituisca nel 2004 il 57,44% e nel 2005 il 56,56% del totale delle risorse umane assunte a tempo indeterminato e determinato. Una buona percentuale di operatori si concentrano anche nella figura di Operatore Socio Sanitario (rispettivamente 9,67% nel 2004 e 10,22% nel 2005).

Il numero di operatori per 1000 abitanti si differenzia in modo significativo tra le varie aziende sanitarie. I valori più alti sono in corrispondenza delle aree territoriali disagiate e delle aree su cui incidono le due Aziende Ospedaliere ad alta specialità. Il range si è tuttavia ristretto, rispetto agli anni precedenti.

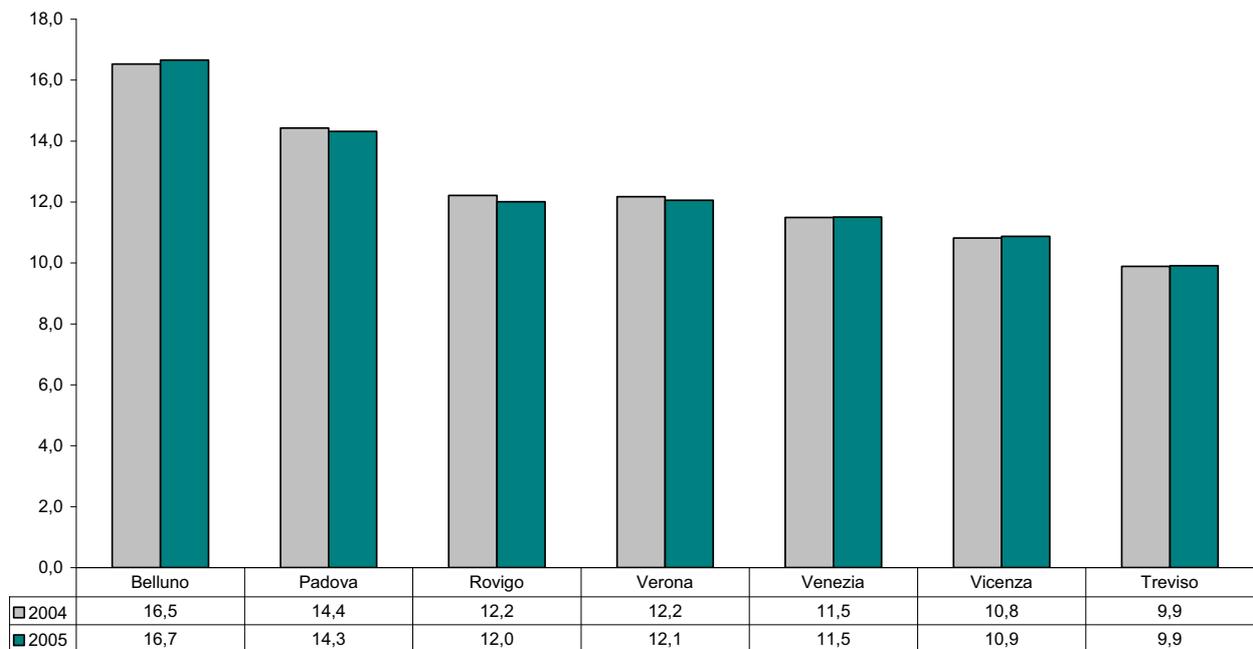
Numero operatori dipendenti per mille residenti (in ordine decrescente)		
Azienda ULSS	2004	2005
Azienda Ulss n. 16 Padova	19,0	18,7
Azienda Ulss n. 1 Belluno	17,5	17,6
Azienda Ulss n. 20 Verona	15,5	15,5
Azienda Ulss n. 2 Feltre	15,0	15,2
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	13,6	13,3
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	13,4	13,4
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	11,6	11,6
Azienda Ulss n. 21 Legnago	11,2	11,0
Azienda Ulss n. 10 San Donà	11,1	11,1
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	11,0	11,0
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	10,6	10,7
Azienda Ulss n. 3 Bassano	10,6	10,5
Azienda Ulss n. 9 Treviso	10,3	10,1
Azienda Ulss n. 17 Este	10,2	10,3
Azienda Ulss n. 13 Mirano	10,1	10,1
Azienda Ulss n. 4 Thiene	10,0	10,1
Azienda Ulss n. 8 Asolo	9,8	10,1
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	9,6	9,5
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	9,2	9,2
Azienda Ulss n. 19 Adria	9,0	9,0
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	7,0	6,8

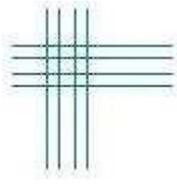


Numero operatori dipendenti per mille residenti - Veneto 2004-2005
(escluso il personale universitario)



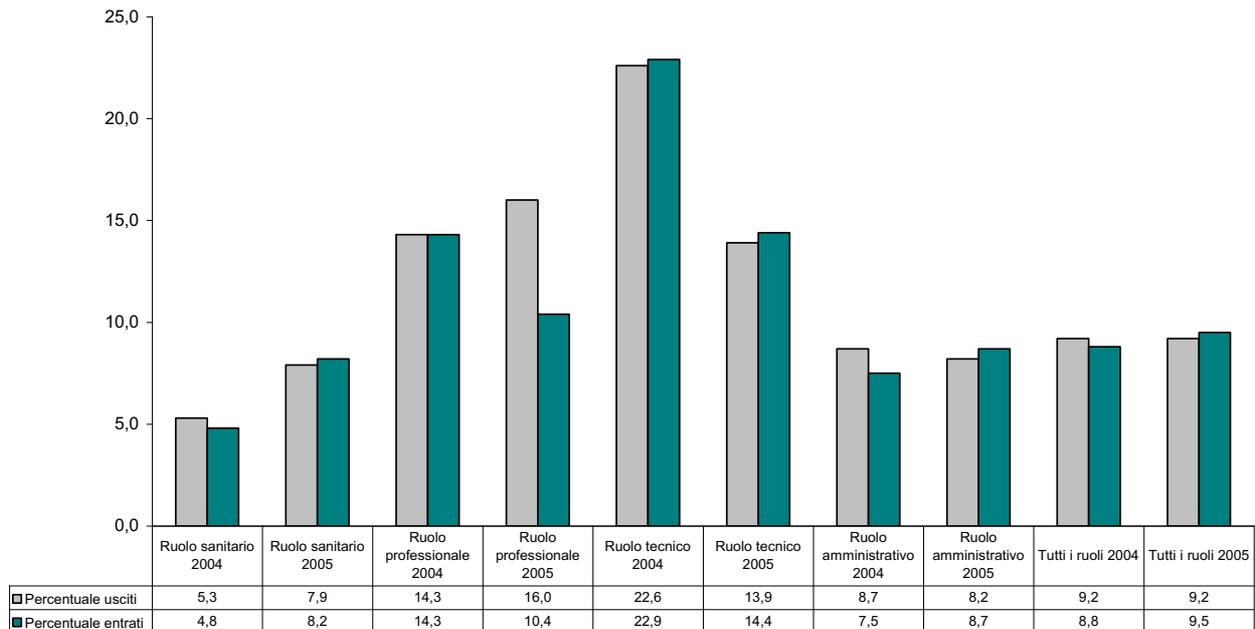
Numero operatori dipendenti per Provincia - Veneto 2004-2005
(escluso personale universitario)



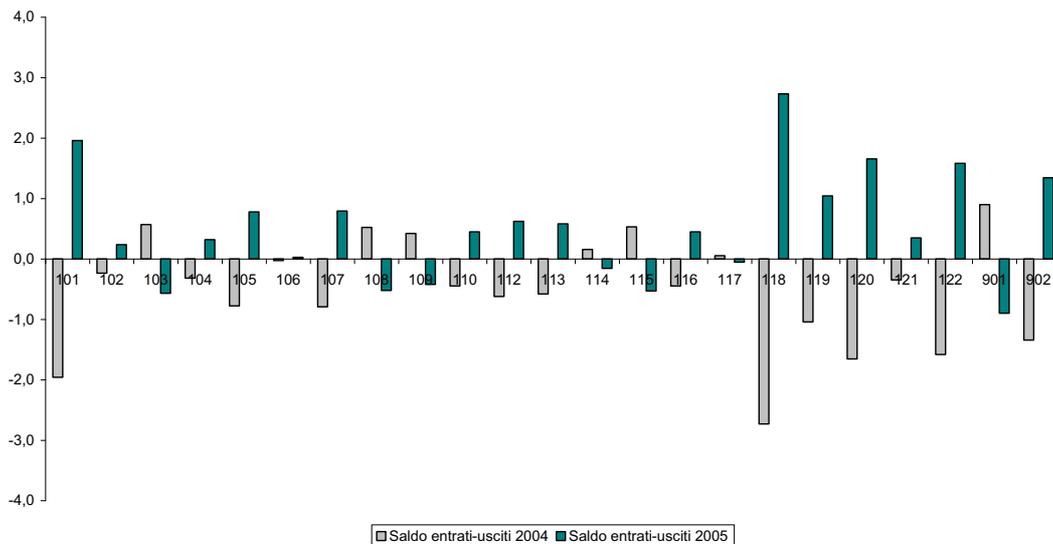


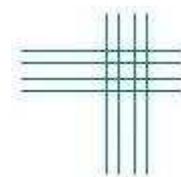
Nel biennio 2004-2005, i dati del turn-over del personale a tempo indeterminato evidenziano una lieve crescita concentrata soprattutto sul ruolo tecnico, conseguenza dell'aumento del numero di Operatori Socio Sanitari, come già esposto.

**Turn-over del personale dipendente
Aziende Sanitarie del Veneto 2004-2005
(operatori a tempo indeterminato - escluso personale universitario)**



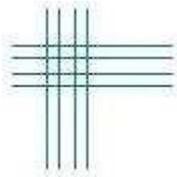
**Saldo turn-over personale dipendente per Azienda Sanitaria
Veneto 2004-2005
(operatori a tempo indeterminato - escluso personale universitario)**



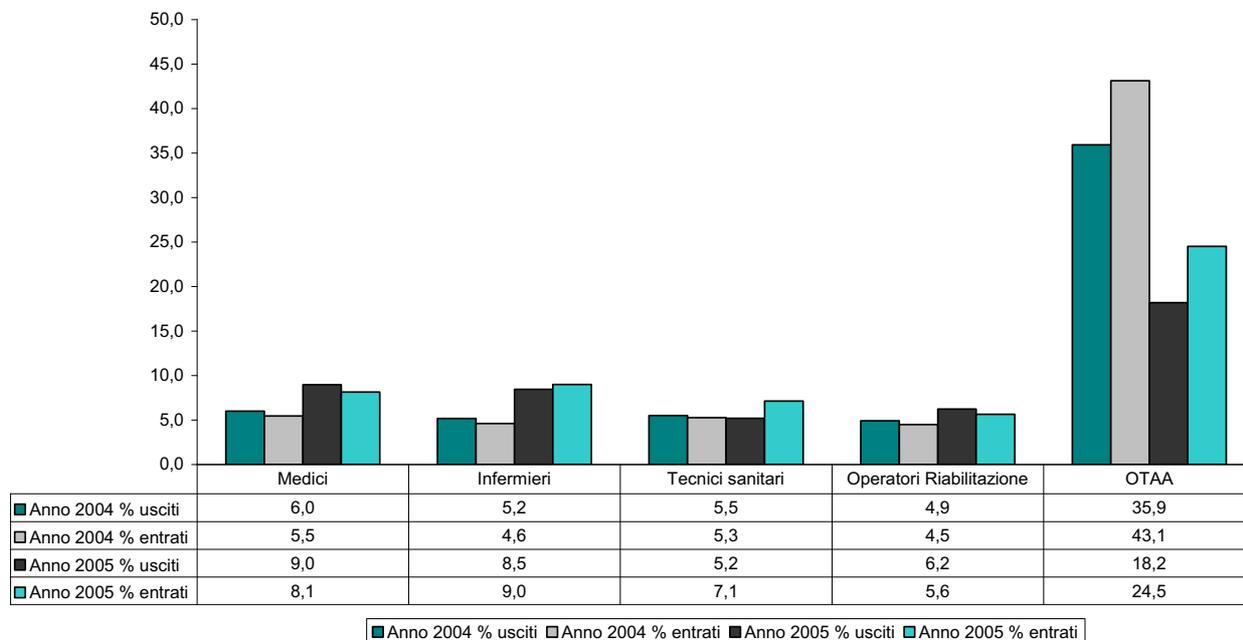


SALDO PERCENTUALE TURN-OVER PER AZIENDA SANITARIA - VENETO 2004-2005 (OPERATORI A TEMPO INDETERMINATO - ESCLUSO PERSONALE UNIVERSITARIO)						
Aziende Sanitarie	Percentuale usciti 2004	Percentuale entrati 2004	Saldo	Percentuale usciti 2005	Percentuale entrati 2005	Saldo
101	4,8	2,9	-2,0	14,3	16,7	2,4
102	8,3	8,0	-0,2	15,1	15,2	0,2
103	4,4	5,0	0,6	4,1	5,1	1,0
104	4,2	3,9	-0,3	3,2	4,4	1,2
105	9,7	8,9	-0,8	8,2	9,7	1,5
106	6,8	6,7	0,0	8,7	8,2	-0,5
107	14,0	13,2	-0,8	3,8	5,4	1,6
108	3,6	4,1	0,5	7,3	7,9	0,6
109	12,5	12,9	0,4	5,6	5,1	-0,6
110	11,1	10,7	-0,4	22,6	22,9	0,4
112	13,2	12,5	-0,6	11,3	11,5	0,2
113	5,7	5,2	-0,6	11,0	12,1	1,1
114	12,4	12,6	0,2	5,7	7,8	2,1
115	5,9	6,4	0,5	4,9	6,6	1,7
116	17,6	17,1	-0,4	9,9	9,6	-0,4
117	10,2	10,3	0,1	6,8	7,6	0,8
118	11,5	8,7	-2,7	4,1	2,3	-1,7
119	10,7	9,7	-1,0	10,2	9,5	-0,8
120	4,6	2,9	-1,7	12,2	15,8	3,5
121	3,4	3,0	-0,3	2,4	1,7	-0,7
122	14,6	13,0	-1,6	8,4	7,3	-1,1
901	13,4	14,3	0,9	9,7	9,2	-0,5
902	5,6	4,2	-1,3	14,5	13,8	-0,7

Le variazioni registrate a livello di singola azienda evidenziano nella maggior parte dei casi un saldo negativo nel 2004, mentre nel 2005 rappresentano dati lievemente positivi. Nel contesto complessivo tali variazioni non modificano in maniera significativa il numero degli operatori. La situazione permane dunque pressoché stabile.

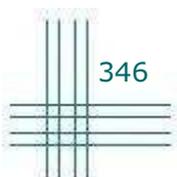
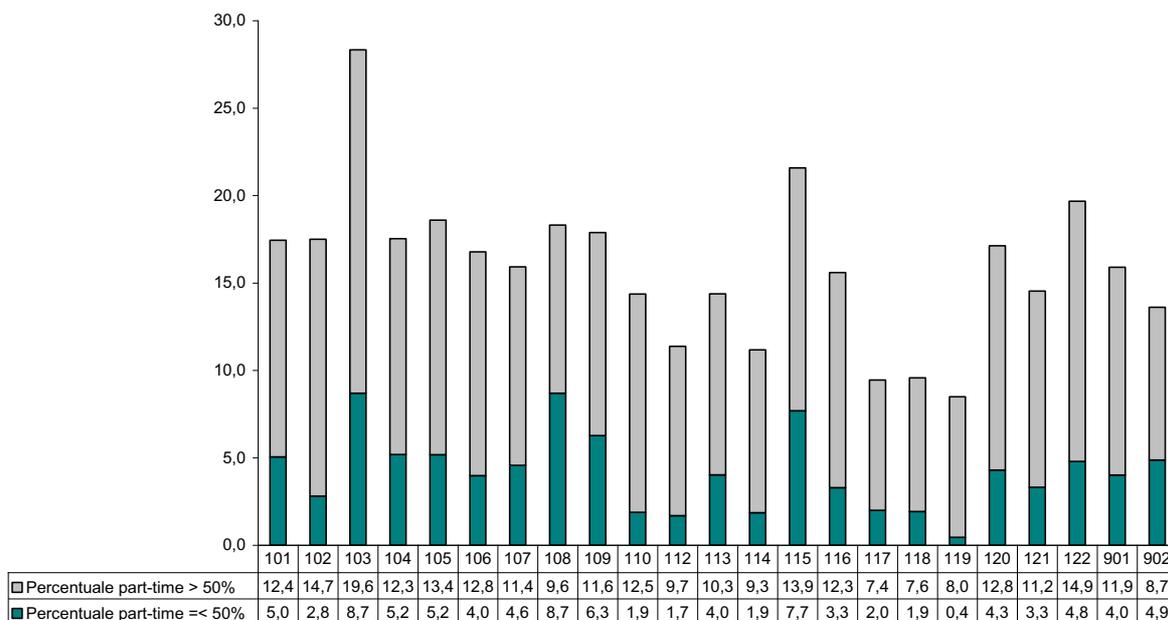


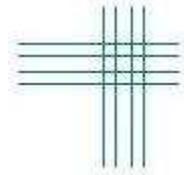
Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto
Turn-over del personale dipendente per profilo assistenziale
 (personale a tempo indeterminato - escluso personale universitario)



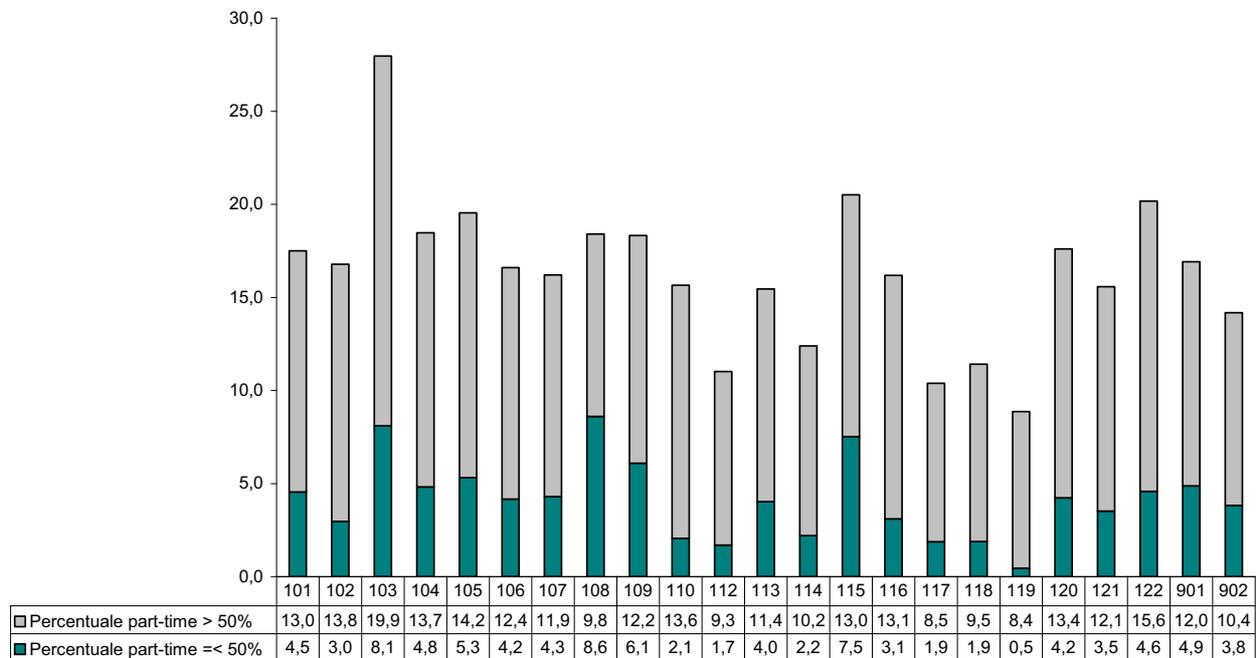
Anche la percentuale di operatori a tempo parziale sul totale evidenzia una notevole variabilità per singola Azienda (sia minore che maggiore del 50%).

Operatori a tempo parziale per Azienda Sanitaria - Veneto 2004
 (personale a tempo indeterminato - escluso personale universitario)



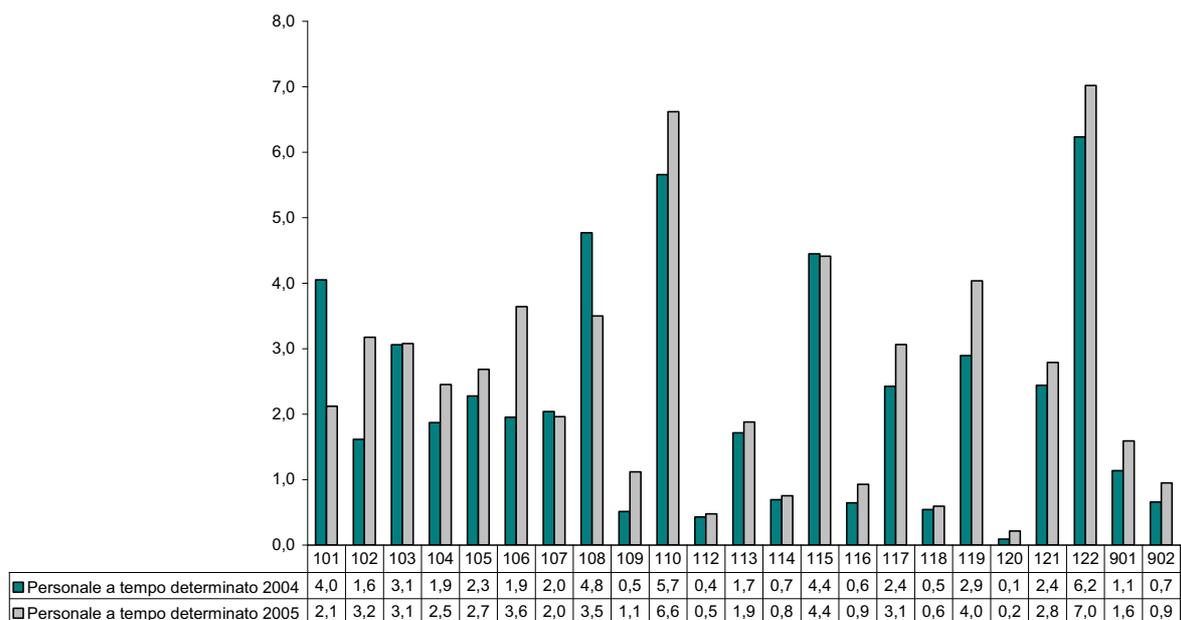


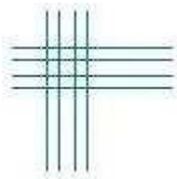
Operatori a tempo parziale per Azienda Sanitaria - Veneto 2005
(personale a tempo indeterminato - escluso personale universitario)



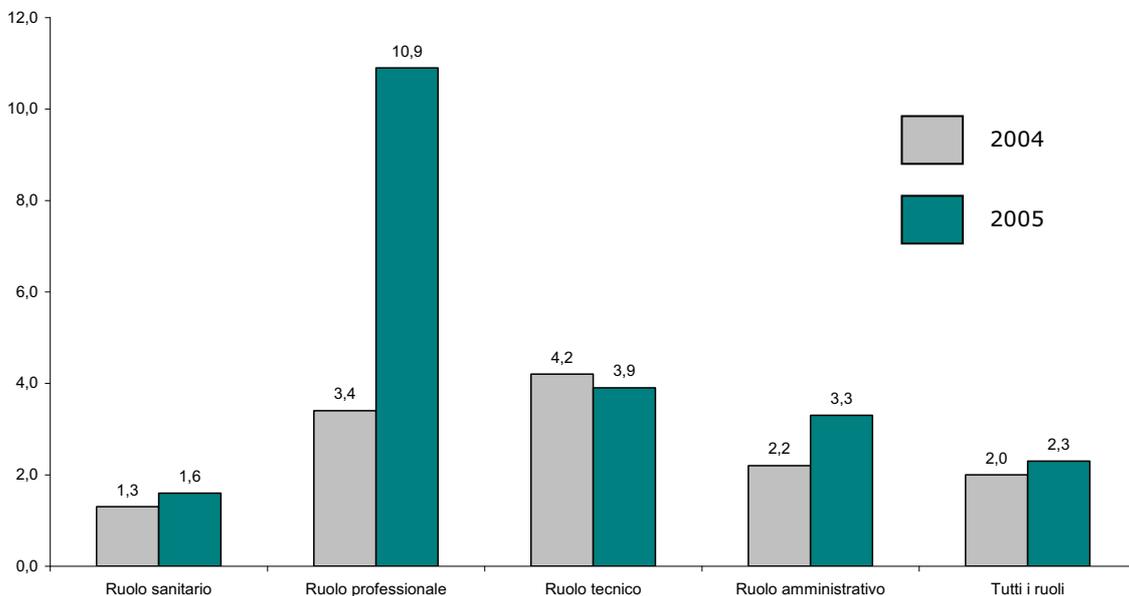
Lo stesso dicasi per la situazione che si presenta per quanto riguarda gli operatori con rapporto di lavoro a tempo determinato.

Percentuali numero operatori a tempo determinato per Azienda Sanitaria - Veneto 2004-2005
(escluso personale universitario)





Percentuale dipendenti a tempo determinato per ruolo - Veneto 2004-2005
(escluso personale universitario)



* la percentuale è calcolata sul totale di ogni singolo ruolo.

I vincoli economici e finanziari

Il crescente fabbisogno di risorse economiche del Sistema Sanitario Nazionale e, a cascata, di quelli regionali, ha spinto il Governo a mantenere, nelle più recenti leggi finanziarie, drastiche limitazioni alla possibilità di assunzione di personale nella pubblica amministrazione ed, in particolare, nelle Aziende Sanitarie.

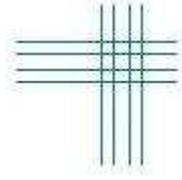
Tali limitazioni sono esplicitate, per il 2005, nelle disposizioni contenute nell'art. 1, comma 98, della Legge 311/2004 (Legge finanziaria 2005), con le quali nella sostanza sono fissati criteri e limiti per le assunzioni nel triennio 2005-2007. In particolare, le misure previste, devono garantire delle specifiche economie di spesa.

La politica finanziaria del Governo pone quindi considerevoli vincoli, che impattano anche sull'evoluzione del processo di aziendalizzazione e più in generale su tutti gli aspetti organizzativi, condizionando anche la stessa Regione nella definizione delle politiche di gestione delle risorse umane.

In questo senso l'azione della Regione Veneto, nel rispetto dell'autonomia gestionale delle singole Aziende Sanitarie, ha cercato di favorire e stimolare, da parte di queste ultime, lo sviluppo di strumenti di programmazione e controllo nell'utilizzo del personale, piuttosto che limitarsi a porre meri vincoli quantitativi alle assunzioni.

Di seguito vengono sinteticamente presentate le manovre regionali attuate nel 2005, continuazione di una politica regionale messa in atto a partire dal 2002, evidenziando in termini quantitativi l'esito delle stesse.

La Regione Veneto, recependo le indicazioni contenute nella Legge Finanziaria 2005, ha fissato, con la DGRV 553 del 25 febbraio 2005, i criteri di determinazione dei tetti per le assunzioni di



personale a tempo indeterminato e determinato. Alla citata si è poi aggiunta la DGR n. 1920 del 19 luglio 2005, che ha confermato i limiti di spesa già introdotti.

Le acquisizioni di personale a tempo indeterminato (escluso personale infermieristico e di supporto) sono consentite nel limite di spesa del 25% del costo delle cessazioni del personale di tutti i ruoli intervenute nel 2004 [scorporando le cessazioni del personale infermieristico e di supporto (OSS e OTAA)].

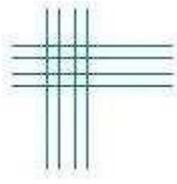
Con riferimento al personale a tempo determinato, la Regione Veneto, in coerenza con quanto disposto negli anni precedenti, ha individuato le seguenti categorie di personale che devono rientrare nel calcolo dei tetti:

1. rapporti di dipendenza (con l'esclusione di quelli da inserire nelle voci seguenti);
2. contratti di collaborazione coordinata e continuativa;
3. incarichi libero professionali per l'espletamento di attività istituzionali (ad esempio in applicazione dell'art. 7, comma 6 del d.lgs. 30.03.2001, n. 165);
4. contratti a tempo determinato ex art. 15 septies del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
5. contratti per l'attuazione di progetti finalizzati ex art. 15 octies del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
6. acquisto sul mercato di servizi precedentemente resi dal personale dipendente ex art. 29, comma 1 della Legge 28 dicembre 2001, n. 448;
7. convenzioni con altre aziende o enti del comparto per acquisizione di attività a pagamento ex art. 58, comma 2 del CCNL dell'area medica e veterinaria ed ex art. 58, comma 2, e 62, comma 2 del CCNL della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, sottoscritti l'8 giugno 2000;
8. contratti di fornitura di lavoro temporaneo e contratti di formazione e lavoro, di cui agli artt. 32 e 33 del CCNL 20 settembre 2001 integrativo del CCNL del Comparto Sanità, stipulato il 7 aprile 1999;
9. contratti a tempo determinato e acquisizione di prestazioni orarie aggiuntive, di cui all'art. 1, commi 1, 2, e 3 del D.L. n. 402/2001, convertito con modificazioni nella Legge 8 gennaio 2002, n. 1.
10. spesa per prestazioni erogate in regime libero professionale ex artt. 55, commi 2, dei CC.CC.NN.LL. di tutte le aree dirigenziali, sottoscritti l'8 giugno 2000.

Il budget di spesa per le prime nove voci è fissato nel costo medio annuo sostenuto durante il triennio 1999-2001, dovrà invece rimanere nel limite del costo sostenuto nel 2002 l'ultima voce.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3144 del 18 ottobre 2005, la Regione del Veneto ha dato applicazione all'art. 6 dell'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Tale delibera dispone di bloccare l'assunzione di personale e l'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario (fatti salvi i casi contingibili ed urgenti, per cui la Giunta Regionale rilascia apposite autorizzazioni, nonché i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio).



5.3 Investimenti Socio Sanitari

Descrizione dei fenomeni

Nel biennio 2004-2005 gli investimenti socio sanitari della Regione del Veneto sono stati caratterizzati da alcuni importanti provvedimenti di Politica Sanitaria e Socio Sanitaria che hanno affrontato alcune delle criticità evidenziate nel corso dell'implementazione dei programmi di investimento ex art. 20 della Legge 67/88 (seconda e terza fase) e dell'utilizzo del riparto del fondo sanitario regionale in conto capitale approvato annualmente dalla Giunta Regionale.

Per investimento socio sanitario si intende l'effettuazione di una spesa in conto capitale per la costruzione o acquisto di nuovi beni, nonché per garantire la funzionalità di beni già esistenti, al fine di consentire alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, agli Enti di gestione delle residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, il perseguimento dei loro scopi istituzionali. L'investimento può riguardare:

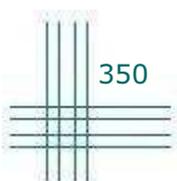
- a. l'acquisto, la costruzione, la ristrutturazione e la manutenzione straordinaria di beni immobili, costituiti da fabbricati sia residenziali che non residenziali;
- b. la costruzione, la demolizione, la ristrutturazione, il recupero e la manutenzione straordinaria di opere e impianti;
- c. l'acquisto di impianti, macchinari, attrezzature tecnico scientifiche, mezzi di trasporto e altri beni mobili ad utilizzo pluriennale;
- d. l'acquisizione di aree, espropri e servitù onerose.

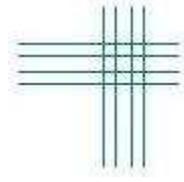
Le fonti di finanziamento statali e regionali per i suddetti investimenti vengono stanziati con modalità differenti ma, comunque, sulla base di una programmazione che è anzitutto regionale. Questa, a sua volta, deve uniformarsi alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale definendo gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale. Vi deve essere coerenza, dunque, tra i diversi livelli di governo per consentire una programmazione, uno sviluppo e un'applicazione armonica e coerente degli obiettivi da raggiungere.

Nel corso degli anni la programmazione degli investimenti socio sanitari si è dovuta confrontare con esigenze crescenti e pressanti dovute ai mutamenti organizzativi, economici, finanziari e istituzionali che hanno coinvolto l'intero sistema sanitario nazionale e dunque anche quello regionale. Il riassetto istituzionale del sistema ha attribuito maggiori responsabilità alle Regioni in ambito programmatico, organizzativo, finanziario. In particolare l'aspetto finanziario è stato profondamente innovato a seguito dell'approvazione del D.Lgs 56/2000 sul federalismo fiscale. La Regione del Veneto ha quindi affinato i processi di monitoraggio e coordinamento, dosando le proprie risorse sulla base di un'attenta analisi del bisogno.

Tutto ciò si esplicita nelle Aziende Sanitarie del Veneto con la determinazione delle scelte di investimento secondo gradi di **priorità di intervento**, secondo un procedimento che implica:

- una corretta valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi già disponibili, nonché della domanda non pienamente soddisfatta;





- una corretta individuazione e definizione degli interventi da effettuare a livello di gestione corrente al fine di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi resi, senza ricorrere ad investimenti;
- l'individuazione degli investimenti da effettuare;
- una corretta previsione degli effetti che gli investimenti produrranno sulla gestione corrente;
- l'individuazione delle fonti di finanziamento.

In questa sezione si prendono in considerazione i programmi di investimento in conto capitale della Regione Veneto nel settore socio sanitario finanziati con i fondi statali e con i fondi regionali. Non si richiamano i numerosi provvedimenti già ampiamente descritti nella precedente Relazione Socio Sanitaria.

Edilizia Sanitaria²

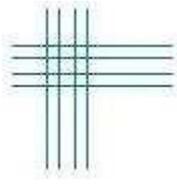
Nell'anno 2004 la Regione del Veneto ha approvato i seguenti progetti di edilizia sanitaria:

- Azienda Ulss n. 12 Veneziana – Ospedale di Venezia: completamento interventi in corso e adeguamento SS. Giovanni e Paolo – padiglione Semerani;
- Azienda Ulss n. 16 Padova – Riorganizzazione sede distretto socio sanitario n. 3 di Albignasego;
- Azienda Ospedaliera di Padova – Ristrutturazione 2° piano Giustiniano, lato est per la medicina del lavoro;
- Azienda Ospedaliera di Padova – Lavori di bonifica ambientale ;
- Azienda Ulss n. 1 Belluno (Ospedale di Cortina d'Ampezzo), Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa (Ospedali di Asiago e Bassano del Grappa), Azienda Ulss n. 4 Thiene (Ospedale di Schio), Azienda Ulss n. 19 Adria (Ospedale di Adria): realizzazione piazzole di elisoccorso;
- Azienda Ulss n. 21 Legnago (Ospedale di Legnago) realizzazione piazzola di elisoccorso.

Mentre nel 2005 sono stati approvati i seguenti progetti:

- Azienda Ulss n. 8 - Ospedale di Montebelluna – "Adeguamento e completamento";
- Azienda Ospedaliera di Padova – "Lavori manutenzione ordinaria e adeguamento sismico e impiantistico dell'edificio ex clinica neurologica";
- Azienda Ospedaliera di Padova – "Ospedale di Padova - Completamento rete elettrica di media tensione";
- "Realizzazione della centrale operativa regionale del 118 a Mestre presso la caserma dei Vigili del Fuoco";
- "Progetto esecutivo per l'inserimento, su scala regionale, dei radiocollegamenti della centrale operativa Suem 118 di Mestre";

² Accordo per il settore degli investimenti sanitari, ex art. 5 bis D.L.vo 229/99, tra il Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero del Tesoro, Bilancio, Programmazione Economica e la Regione del Veneto, sottoscritto in data 22 giugno 2000 per il completamento del programma ex art. 20 della Legge 67/88.



- Azienda Ulss n. 22 - Ospedale di Villafranca - "Fase Transitoria: progetto di costruzione nuovo ingresso, corpo scale, pronto soccorso, sale operatorie mobili, laboratorio analisi";
- Azienda Ulss n. 8 "Ospedale di Castelfranco - progetto definitivo per la piazzola di emergenza con passerella di collegamento";
- Azienda Ulss n. 12 - "Realizzazione di una elisuperficie presso l'aeroporto Nicelli a servizio del distretto del Lido di Venezia";
- Azienda Ulss n. 20 - "Realizzazione di una elisuperficie presso il nuovo Polo Ospedaliero San Bonifacio".

Edilizia extraospedaliera³

Per quanto riguarda l'edilizia extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili nel 2004 la Regione del Veneto ha approvato i seguenti progetti:

- Centro socio sanitario del Cadore Residenza Sanitaria Assistita Comune di Pieve di Cadore area ex - Casa Vazzoler;
- Istituto Costante Gris (Azienda Ulss n. 9 Treviso): adeguamento RSA disabili; Azienda ULSS n. 20 Verona: riconversione ospedale per Residenza Sanitaria Assistita;
- Istituto Don Orione (Azienda Ulss n. 12 Veneziana): completamento ampliamento e ristrutturazione immobili da adibire a struttura residenziale disabili; Comune di Noventa Padovana e Casa di riposo (Azienda Ulss n. 16 Padova): completamento, ampliamento e ristrutturazione casa di riposo; Opera Pia da Prato (Azienda Ulss n. 20 Verona): realizzazione 2° stralcio RSA per ulteriore nucleo.

Mentre nel 2005 sono stati approvati i seguenti progetti:

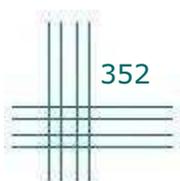
- Azienda Ulss n. 9 - Ospedale di Oderzo - "Realizzazione e attivazione strutture psichiatriche. Progetto di ristrutturazione del padiglione "Altinate" per inserimento CSM, servizio psichiatrico e centro diurno e Day Hospital psichiatrici.";
- Comune di Casale di Scodosia (Ulss n. 17) "Realizzazione nucleo RSA";
- Monselice Casa di riposo (Ulss n. 17) "Completamento RSA";
- Montagnana Casa di Riposo (Ulss n. 17) "Ristrutturazione RSA".

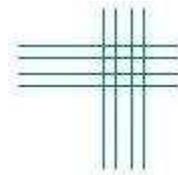
Adeguamento normativo e ammodernamento tecnologico

L'adeguamento normativo e l'ammodernamento tecnologico è stato oggetto nel 2004 di un accordo di programma integrativo tra il Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero del Tesoro, Bilancio, Programmazione Economica e la Regione del Veneto. L'accordo è stato sottoscritto il primo settembre 2004.

La sottoscrizione dell' accordo è avvenuta per l'importo di euro 42.836.758,25 a carico dello Stato, quota parte della somma residua ancora utilizzabile dalla Regione Veneto per il completamento del programma. Le risorse residue pari a euro 18.839.557,53 saranno oggetto di un ulteriore accordo integrativo, in presenza di disponibilità di risorse statali. L'importo

³ Accordo di programma integrativo del 18 aprile 2001.





complessivo previsto tra risorse disponibili e potenzialmente disponibili è pertanto pari ad € 61.676.315,78 (€ 42.836.758,25 + € 18.839.557,53).

Il programma regionale concorre al conseguimento dei requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie in attuazione del D.P.R. 14.01.1997.

La proposta di riparto delle risorse si è attenuta ai seguenti parametri:

- la dimensione dell'Azienda ULSS con riferimento alla funzione ospedaliera in termini di posti letto per abitante;
- la ricognizione degli interventi in essere e finanziati con altre fonti rapportati al numero dei posti letto.

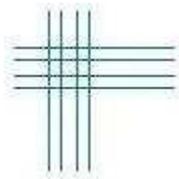
Detti parametri hanno lo scopo di ricondurre gli interventi di adeguamento normativo e ammodernamento tecnologico delle aziende sanitarie all'interno di un quadro regionale che integri coerentemente le specifiche necessità e urgenze delle Aziende con gli altri interventi già in atto o programmati.

Gli interventi di cui è stato proposto il finanziamento riguardano:

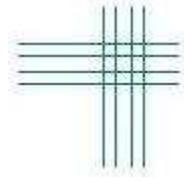
- l'88% l'adeguamento edilizio e impiantistico degli ospedali ;
- il 7% l'adeguamento del patrimonio tecnologico e delle apparecchiature;
- il 5% strutture extraospedaliere;

e sono i seguenti:

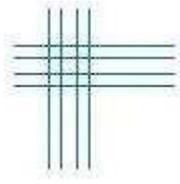
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
1	Belluno	Ospedale - Ristrutturazione 3° e 4° piano blocco medico e potenziamento Neurochirurgia	1.626.839,24	1.545.497,27
1	Agordo	Ristrutturazione 2° e 3° piano gruppo operatorio - ospedale	1.184.860,85	1.125.617,80
2	Feltre	Realizzazione delle opere di adeguamento normativo e libera professione, per ambulatori, area degenze e area parto presso l'ospedale di Feltre (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	1.500.000,00	907.673,00



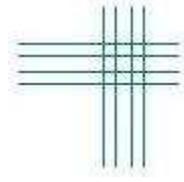
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
2	Lamon	Lavori di adeguamento igienico sanitario, antincendio, di abbattimento barriere architettoniche ed organizzativo dell'ospedale di Lamon - stralcio opere di 4.a e ultima fase per realizzazione 2.a scala antincendio, impianto parafulmine, adeguamento e messa a norma di impianti elettrici	363.305,92	269.848,73
3	Bassano del Grappa	Completamento torre visitatori a servizio dell' 11° piano dell'ospedale di Bassano del Grappa	516.456,90	490.634,05
4	Thiene	Ristrutturazione servizi igienici e messa a norma degli impianti elettrici ai piani di degenza 3° (geriatria) e 4° (neurologia) del blocco specialità	2.800.000,00	1.471.902,16
4	Schio	Costruzione di Nuova cabina di trasformazione e distribuzione di energia elettrica	668.383,65	634.961,62
5	Arzignano	Ospedale - Completamento dei lavori di adeguamento del reparto materno infantile, gruppo operatorio (4° stralcio)	3.265.617,13	1.359.182,09



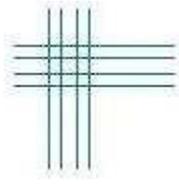
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
5	Arzignano	Adeguamento e miglioramento dell'accessibilità dell'Ospedale (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	1.056.237,12	757.502,85
5	Arzignano	Interventi di sopraelevazione dell'ala nord per il ricavo di spazi al grezzo per degenze ed adeguamento di locali al primo piano per degenze e servizi logistici	965.529,84	889.920,54
6	Vicenza	Sistemazione ed adeguamento normativo edificio "B" area laboratori (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	3.615.198,30	3.434.438,38
7	Vittorio Veneto	Intervento di adeguamento energetico e antincendio dell'ospedale (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	3.641.021,13	3.408.615,53
7	CSM Vittorio Veneto	Adeguamento, mediante sostituzione con nuova struttura, del centro di Salute Mentale	1.808.599,15	1.717.219,19
8	Castelfranco	Ospedale - Completamento piano nono del monoblocco da destinare ad area materno infantile (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	3.739.147,95	2.974.791,74



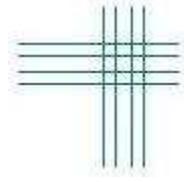
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
9	Treviso	Ospedale - Intervento di adeguamento impiantistico e normativo per l'installazione nuove apparecchiature diagnostiche per immagini	1.032.913,80	981.268,11
9	Treviso	Adeguamento normativo al D.P.R. 14.01.1997 per ristrutturazione degenze mediche-chirurgiche del Presidio Ospedaliero di Treviso (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)		2.183.321,54
9	Oderzo	Interventi di adeguamento al D.P.R. 14.01.1997 per la riqualificazione generale dell'Obitorio nonché del completamento del livello A del Presidio Ospedaliero di Oderzo (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)		1.278.230,83
9	Oderzo	Ospedale - Adeguamento antincendio	790.179,05	654.350,89
10	Jesolo, S Donà e Portogruaro	Adeguamento alla normativa antincendio degli ospedali di Jesolo, S.Donà di Piave e Portogruaro e sedi amministrative e distrettuali	2.044.136,41	1.941.877,94
10	Jesolo e Portogruaro	Ristrutturazione strutture portanti in cls - osp di Portogruaro (2^ fase)	568.102,59	539.697,46



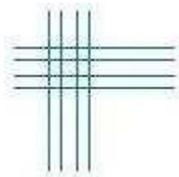
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
10	S.Donà di Piave	Ristrutturazione monoblocco con adeguamento standards	1.032.913,80	981.268,11
13	Mirano e Dolo	Ampliamento e ristrutturazione dell'edificio sede dell'U.O. di Pediatria di Mirano e dell'edificio dell'U.O. di Psichiatria di Dolo	2.358.142,20	2.240.235,09
13	Salzano	Ristrutturazione ed ampliamento della Comunità Terapeutica "via Villetta" a Salzano	309.874,14	294.380,43
13	Mirano	Ospedale - Ampliamento del pronto soccorso	2.065.827,60	1.229.167,42
14	Chioggia e Piove di Sacco	Ospedali - Adeguamento alla DGRV 740/99 delle condizioni ambientali (condizionamento, riscaldamento, ricambi d'aria) e dei servizi igienici	2.375.701,74	2.256.916,65
15	Cittadella	Adeguamento al DPR 14.01.1997 del Servizio di Endoscopia ed altri interventi urgenti di adeguamento impiantistico	1.690.000,00	1.471.902,16



Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
15	Camposampiero	Ospedale - Adeguamento al DPR 14.01.97 per l'U.O. autonoma di lungodegenza, adeguamento ascensori dei nodi di collegamento verticale tra l'ala ovest e 1° lotto e tra 1° lotto e 2° lotto	955.445,26	903.799,57
16	Padova	Adeguamento, mediante sostituzione, delle sedi distrettuali	543.829,11	516.456,90
17	Este	Ospedale - Ristrutturazione reparto di medicina per lungodegenza, rifacimento della centrale di trattamento aria del blocco operatorio - ristrutturazione centrale termica - cabina elettrica e potenziamento gruppo elettrogeno	956.994,63	908.964,14
17	Monselice	Riqualificazione reparto dialisi con nuova allocazione all'interno dell'ospedale e riqualificazione del reparto di pronto soccorso, rifacimento e ristrutturazione quadro elettrico generale di fabbricato e piani e linee e linee principali di distribuzione, ristrutturazione delle sottocentrali vecchio monoblocco - ristrutturazione centrale termica di presidio	1.549.370,69	1.471.902,16
18	Rovigo	Ristrutturazione corpo D1 per nuovo pronto soccorso e diagnostica radiologica (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	1.700.000,00	1.551.952,97
18	Rovigo	Ristrutturazione cabine e reti elettriche ospedale di Rovigo 3° stralcio	1.084.559,49	1.030.331,52



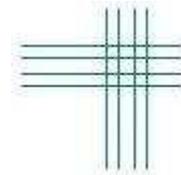
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
19	Adria	Acquisto strumentazione per allestimento rianimazione e sale operatorie c/o monoblocco	924.457,85	877.976,73
20	S.Bonifacio	Nuovo Ospedale - Interventi da eseguirsi a ragione dell'entrata in vigore di nuove normative e/o nuovi indirizzi di prevenzione igienico sanitaria, oltrechè di ricerca di una maggior umanizzazione degli ambienti	1.291.142,25	1.187.850,87
21	Legnago	lavori di restauro facciate del blocco nord, Ospedale di Legnago, con ripristino calcestruzzi degradati, tinteggiature e risanamento tetti in cemento-amianto (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	634.725,53	602.705,20
21	Legnago	Ospedale - adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, d.p.r. 14/01/1997. trasformazione distretto sanitario in reparto dialisi ed ambulatori per libera professione (fase 1^: reparto dialisi) (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	1.520.449,11	533.499,98
22	Bussolengo	Completamento funzionale del monoblocco dei reparti di ortopedia, chirurgia, fisiopatologia respiratoria, ginecologia e ostetricia, oculistica ORL, della hall d'ingresso e opere propedeutiche per sale operatorie e pronto soccorso	2.413.919,54	2.293.068,63
22	Malcesine	Adeguamento normativa antincendio - vano ascensore e scala antincendio	326.400,76	309.874,14



Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
PD	Busonera	Ospedale Busonera - Adeguamento, mediante sostituzione, del reparto di anatomia patologica (intervento parte dell'Accordo di programma non ancora sottoscritto)	2.840.512,94	2.685.575,88
PD	Conselve	Ospedale di Conselve - Ristrutturazione e adeguamento normativo della struttura riabilitativa	3.615.198,29	3.434.438,38
PD	Padova	Adeguamento al DPR 14.01.1997 delle strutture ospedaliere	981.268,11	924.073,64
VR	Verona	Policlinico G.B. Rossi (Borgo Roma) Anello acqua refrigerata a servizio delle UTA dell'Ospedale; Anello acqua surriscaldata in sostituzione esistente; ristrutturazione e rifacimento cabine elettriche	5.687.814,20	5.403.423,49
			TOTALE	61.676.315,78

Tra questi, nel corso del 2004, sono stati approvati:

- Azienda Ulss n. 1 - "Ospedale di Belluno - Ristrutturazione 3° e 4° piano blocco medico e potenziamento Neurochirurgia";
- "Ospedale di Agordo - Ristrutturazione 2° e 3° piano gruppo operatorio";
- Azienda Ulss n. 2 - Ospedale di Lamon - "Lavori di adeguamento igienico sanitario, antincendio, di abbattimento barriere architettoniche ed organizzativo - stralcio opere di 4.a e ultima fase per realizzazione 2.a scala antincendio, impianto parafulmine, adeguamento e messa a norma di impianti elettrici";
- Azienda Ulss n. 4 - "Ospedale di Thiene - Ristrutturazione servizi igienici e messa a norma degli impianti elettrici ai piani di degenza 3° (geriatria) e 4° (neurologia) del blocco specialità";
- Ulss n. 19 - "Ospedale di Adria - Acquisto strumentazione per allestimento rianimazione e sale operatorie c/o monoblocco".



Mentre, nell'anno 2005 i progetti approvati dalla Giunta regionale sono stati i seguenti:

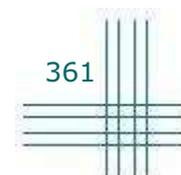
- Azienda Ulss n. 2 – Ospedale di Feltre - Realizzazione delle opere di adeguamento normativo e libera professione, per ambulatori, area degenze e area parto;
- Azienda Ulss n. 3 – "Completamento torre visitatori a servizio dell' 11° piano dell'ospedale di Bassano del Grappa";
- Azienda Ulss n. 4 – Ospedale di Schio "Costruzione di Nuova cabina di trasformazione e distribuzione di energia elettrica";
- Azienda Ulss n. 9 – "Ospedale - Intervento di adeguamento impiantistico e normativo per l'installazione nuove apparecchiature diagnostiche per immagini";
- Azienda Ulss n. 9 – "Ospedale di Oderzo - Adeguamento antincendio";
- Azienda Ulss n. 10 – "Ospedale di San Donà: Ristrutturazione monoblocco con adeguamento standards";
- Azienda Ulss n. 14 Ospedali - "Adeguamento alla DGRV 740/99 delle condizioni ambientali (condizionamento, riscaldamento, ricambi d'aria) e dei servizi igienici";
- Azienda Ulss n. 15 – "Ospedale di Cittadella - Adeguamento al D.P.R. 14.01.1997 del Servizio di Endoscopia ed altri interventi urgenti di adeguamento impiantistico";
- Azienda Ulss 22 - "Ospedale di Bussolengo - Completamento funzionale del monoblocco dei reparti di ortopedia, chirurgia, fisiopatologia respiratoria, ginecologia e ostetricia, oculistica ORL, della hall d'ingresso e opere propedeutiche per sale operatorie e pronto soccorso";
- Azienda Ospedaliera di Padova "Adeguamento al D.P.R. 14.01.1997 delle strutture ospedaliere".

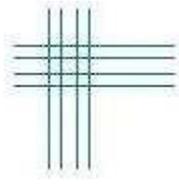
Investimenti destinati alla realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero – professionale intramuraria (Decreto Legislativo n. 254/2000)

A partire dal settembre 2001 la Regione del Veneto ha approvato lo studio di fattibilità degli interventi per il potenziamento delle strutture per l'attività libero professionale e il piano degli investimenti per l'importo di € 61.974.827,88 a carico dello Stato ex art. 20 Legge 67/1988, ripartito tra le Aziende Sanitarie del Veneto. Gli interventi sono proseguiti anche nel biennio 2004-2005.

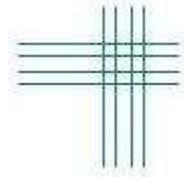
L'elenco è il seguente:

Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (In Euro)	Finanziamento (in Euro)
1	Belluno e Agordo	Ristrutturazione 3° e 4° piano blocco medico ospedale di Belluno e 1° e 2° piano gruppo operatorio ospedale di Agordo	3.021.272,86	2.870.209,22

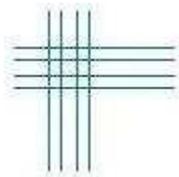




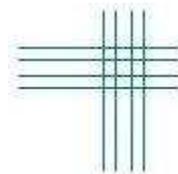
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
2	Feltre	Realizzazione delle opere di adeguamento normativo e libera professione, per ambulatori, area degenze e area parto presso l'ospedale di Feltre	1.500.000,00	517.327,00
2	Feltre	Nuovo Poliambulatorio al Padiglione Guarneri	1.207.904,52	1.126.297,08
3	Bassano del Grappa	Realizzazione nuova torre visitatori a servizio del piano 11° destinato all'esercizio dell'attività di libera professione	1.755.953,46	1.668.155,78
4	Thiene	Ristrutturazione 2° piano ala sud per sistemazione servizio FIVET (fecondazione in vitro embrione transfert)	346.026,12	329.548,57
4	Schio	Ristrutturazione ex alcologia per sistemazione servizio endoscopia	464.811,21	442.676,90
4	Schio	Realizzazione di fabbricato per alloggiamento Risonanza Magnetica	495.798,62	472.189,16
4	Thiene	Ristrutturazione servizi igienici e messa a norma impianti elettrici ai piani di degenza 2°, 3° e 4° del blocco specialità (SOLO 2° PIANO)	774.685,35	735.951,08
5	Montecchio Maggiore	Ristrutturazione ala ovest -1° e 2° piano, dei centri ambulatoriali di ortopedia, chirurgia, endoscopia, terapia antalgica e ambulatori dedicati specialistici (+ FSR)	2.830.000,00	1.570.028,97
6	Vicenza	Realizzazione nuovi spazi per la libera professione nel piano 7° (livello 8°) del V° lotto	2.448.005,70	2.324.056,05



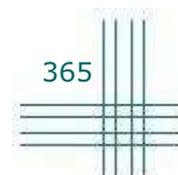
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
7	Conegliano	Ristrutturazione piano terra ala sud-ovest per trasformazione in attività ambulatoriali	1.084.559,49	981.268,11
7	Vittorio Veneto	Ristrutturazione per attività ambulatoriali e sale operatorie	5.164.568,99	3.098.741,39
8	Montebelluna	Completamento nuovo edificio denominato accorpamento degenze: ultimazione piano terra e 3° e collegamento con la piastra operatoria e servizi	3.596.089,39	2.065.827,60
9	Treviso	Aumento diagnostica per immagini con una nuova unità di risonanza magnetica	732.077,65	697.216,81
9	Treviso	Adeguamento degli spazi del settore operatorio e ristrutturazione area ambulatoriale del presidio ospedaliero per attività di libera professione	1.875.554,00	1.781.776,30
10	San Donà di Piave	Ristrutturazione ex piastra servizi per laboratorio analisi cliniche e ambulatori libera professione e aree formative	2.440.000,00	1.721.350,84
10	Jesolo	Ristrutturazione ex colonia e ala ovest per realizzazione ambulatori e degenze per attività di recupero e riabilitazione funzionale	1.604.821,86	1.524.580,77
12	Venezia	Ospedale di Venezia - Completamento interventi in corso e adeguamento SS. Giovanni e Paolo - Padiglione Semerani, 1^ fase	2.280.000,00	516.456,90
13	Dolo	Completamento area ospedaliera - 2^ fase	5.675.758,03	1.894.561,19

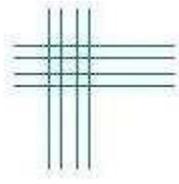


Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
13	Dolo	Realizzazione ambulatori presso padiglione attualmente adibito a geriatria e ristrutturazione del Day Hospital oncoematologico e dell'area amministrativa presso "Villa Massari"	1.156.655,78	1.098.822,99
14	Chioggia e Piove di Sacco	Adeguamento per attività intramoenia delle strutture ospedaliere attraverso il potenziamento della apparecchiature elettromedicali, diagnostiche e terapeutiche	2.391.249,55	2.086.485,87
15	Camposampiero	Completamento 2° piano nuova piastra servizi per attività ambulatoriali	1.239.496,56	1.079.394,92
15	Cittadella	Adeguamento spazi per blocchi chirurgici e medici, e dei poliambulatori del centro "Pontarollo"	619.748,28	588.760,86
17	Este	Ristrutturazione locali ex cucine in poliambulatori	1.032.913,80	981.268,11
17	Monselice	Realizzazione di digitalizzazione del Dipartimento di immagini e tecniche endoscopiche: fornitura di apparecchiature per acquisizione immagini digitali dirette, sistemi computer radiography e sistemi di stampa.	1.944.000,00	981.268,11
17	Monselice	Riqualficazione del servizio di emergenza della radiologia con nuova T.A.C.	1.136.205,18	568.102,59
17	Monselice e Este	Aggiornamento e implementazione Sistemi di encefalografia per neurologia; acquisti 1 ecotomografo, 2 ecocardiografi	671.393,97	361.519,83
18	Rovigo	Adeguamento al DPR 14.01.97 dell'area di degenza del corpo M con inserimento dei servizi igienici	1.174.939,45	1.116.192,47
18	Rovigo	Installazione, con ristrutturazione locali, di una RMN da 1,5 tesla	728.204,23	691.406,67
19	Adria	Realizzazione ambienti ed acquisto attrezzature	828.774,80	828.774,80



Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
19	Adria	Rinnovo e potenziamento dell'alimentazione elettrica ospedaliera	439.406,00	417.435,70
19	Adria	Trasferimento servizio emodialisi in monoblocco e utilizzo spazi per libera professione	-	-
20	San Bonifacio	Adeguamento strutturale per ricavare spazi da adibire alla libera professione	4.234.946,57	3.997.376,40
21	Legnago	Adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, d.p.r. 14/01/1997, ambulatori per libera professione: adeguamento impianti	793.712,71	754.027,07
21	Legnago	Adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, d.p.r. 14/01/1997. trasformazione distretto sanitario in reparto dialisi ed ambulatori per libera professione (fase 2^: ambulatori libera professione)	1.520.449,11	914.128,71
22	Villafranca	Ristrutturazione ospedale	1.630.916,52	1.549.370,70
22	Bussolengo	Ristrutturazione ospedale	1.049.222,96	996.761,82
PD	Padova	Completamento edificio in via G. Modena - Padova per la realizzazione di un centro ambulatoriale	1.759.030,56	1.671.079,03
PD	Padova	Realizzazione nuovo gruppo operatorio 3° piano corpo trattamenti	4.028.363,81	3.821.781,05
PD	Padova	Realizzazione di due reparti di terapia intensiva, delle degenze e di attività libero professionali presso il monoblocco e il policlinico	8.053.650,52	7.650.968,00
VR	Verona	Adeguamento strutture destinate all'attività libero professionale	877.487,65	650.735,69





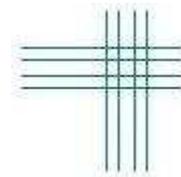
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo intervento (in Euro)	Finanziamento (in Euro)
VR	Verona	Completamento piastra odontoiatrica - piano quota + 7,30 - per ambulatori, laboratori, studi e servizi	2.682.993,81	2.065.827,60
VR	Verona	Adeguamento linee energetiche conseguenti all'attività intramoenia	811.526,29	765.119,17
Totale			80.103.175,35	61.974.827,88

Nel 2005, i progetti approvati sono i seguenti:

- Azienda Ulss n. 1 – "Ospedale di Belluno - Ristrutturazione 3° e 4° piano blocco medico Ospedale di Agordo: 1° e 2° piano gruppo operatorio";
- Ospedale di Feltre: "Realizzazione delle opere di adeguamento normativo e libera professione, per ambulatori, area degenze e area parto";
- Azienda Ulss n. 2 - "Nuovo Poliambulatorio al Padiglione Guarneri";
- Azienda Ulss n. 3 – "Ospedale di Bassano del Grappa - Realizzazione nuova torre visitatori a servizio del piano 11° destinato all'esercizio dell'attività di libera professione";
- Azienda Ulss n. 8 – "Completamento nuovo edificio denominato accorpamento degenze: ultimazione piano terra e 3° e collegamento con la piastra operatoria e servizi";
- Azienda Ulss n. 9 – Ospedale Ca' Foncello "Aumento diagnostica per immagini con una nuova unità di risonanza magnetica";
- Azienda Ulss n. 17 – "Ospedali di Este e Monselice: Realizzazione di digitalizzaz. del dipartim. di immagini e tecniche endoscopiche: fornitura di apparecchiature per acquisizione immagini digitali dirette, sistemi computer radiography e sistemi di stampa";
- Azienda Ulss n. 17 – "Riqualificazione del servizio di emergenza della radiologia con nuova T.A.C.".

Piano straordinario di interventi per la qualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani" (Legge 23 dicembre 1998 n. 448 – art. 71 – comma secondo)

La Regione del Veneto è ammessa al finanziamento, secondo le disposizioni della Legge 448/1998 e del successivo Decreto Ministeriale del Ministero della Sanità del 5 aprile 2001, per € 27.047.214,49, relativamente al progetto "Riqualificazione, riorganizzazione e miglioramento del sistema sanitario nel Comune di Venezia".



In tal senso, la programmazione regionale si è concentrata nel prevedere la realizzazione di 17 interventi di investimento, allocati in più presidi facenti capo all'Azienda ULSS n. 12 Veneziana e all'Ospedale classificato San Camillo, raggruppabili in cinque "sottoprogetti" rappresentanti diverse linee d'azione:

Sottoprogetti	Finanziamento a carico dello Stato	Suddiviso in interventi
1) "Integrazione e rafforzamento dell'area dell'emergenza "	4.421.739,23	4
2) "Sicurezza ed adeguamento igienico - sanitario quale presupposto per l'applicazione della carta dei servizi"	5.089.370,70	5
3) "Interventi di integrazione/rafforzamento dell'area dell'emergenza e di adeguamento alle norme di sicurezza ed igienico - sanitarie dell'Ospedale Classificato San Camillo di Venezia	2.015.294,93	1
4) "Dotazione e integrazione tecnologie"	4.457.376,40	5
5) "Venezia e la sua specificità"	11.063.433,23	2
Totale	27.047.214,49	17

Tutto ciò in considerazione di alcuni nuovi fattori, quali: a) la realizzazione del nuovo Ospedale di Mestre; b) la sostituzione del vecchio padiglione Jona dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia Centro Storico – fronte laguna – con un nuovo corpo di fabbrica parallelo; c) la riconversione dell'Ospedale al Mare del Lido di Venezia per attività non sanitarie ed il potenziamento del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Camillo situato nella medesima isola.

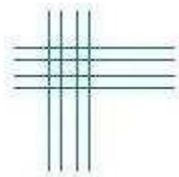
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'Aids (Legge 5 giugno 1990, n. 135)

Non vi sono sostanziali cambiamenti e nel biennio 2004-2005 sono proseguiti gli interventi programmati.

Programma di completamento degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative (Hospice)

Il programma risulta:

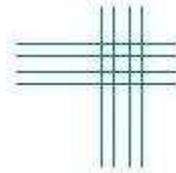
- Avviato nel 75% della sua interezza (1a e 2a fase: 12 interventi su 16);
- Non avviato per 4 interventi (tra i quali l'acquisizione dei kit per trattamenti domiciliari);
- Ultimato relativamente ad un solo intervento.



Riepilogo fonti finanziamento statali (dati aggiornati al 1/01/2005)

Programma di finanziamento statale	Titolo programma	Importo finanziato dallo Stato
Legge n. 135/90 - AIDS	Programma regionale di investimenti in edilizia per fronteggiare l'emergenza AIDS. Delibera CIPE 05/06/1998	85.978.273,17
Finanziamenti residui Legge n. 135/90 - AIDS	Mutuo con oneri a carico dello stato	12.911.422,48
Legge n. 67/88 art. 20 - 2^ fase	Piano straordinario degli investimenti in sanità	93.264.110,89
Legge n. 67/88 art. 20 3^ fase - Sanità	Settore Sanità - Accordo di programma in data 22/06/2000	334.178.601,12
Legge n. 67/88 art. 20 3^ fase - Sociale	Settore Socio Sanitario - Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 18/04/2001	135.301.378,42
Legge n. 67/88 art. 20 3^ fase- Sanità	Settore Sanità - Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 01/07/2004 - adeguamento normativo	42.836.758,25
Legge n. 67/88 art. 20 3^ fase - Sanità	Settore Sanità - Accordo di programma integrativo da stipulare - adeguamento normativo	18.839.557,52
Legge n. 448/99 art. 28	Potenziamento delle strutture di radioterapia	909.576,12
Decreto Legislativo n. 254/2000 Intramoenia	Attività Libera Professionale intramuraria	61.974.827,89
Legge n. 448/1998 - art. 71	Riqualficazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani	27.047.214,49
D.M. 12/03/1999 Hospice - 1^ fase	Programma degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE").	10.529.923,48
D.M. 28/03/2001 Hospice - 2^ fase	Programma di completamento degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE").	5.892.070,82
Totale		829.663.714,65

I programmi succitati, se da un lato hanno permesso di avviare interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera, extraospedaliera, e distrettuale, nonché di promuovere ed attuare opere di adeguamento strutturale e tecnologico delle strutture socio sanitarie in ottemperanza ai requisiti minimi previsti dalla Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", dall'altro hanno manifestato alcune criticità in quanto:



- le procedure ex art. 20 della legge 67/88 sono lunghe ed onerose e conseguentemente le opere finanziate con tali fondi necessitano di tempi di realizzazione piuttosto lunghi;
- l'urgenza degli interventi di adeguamento strutturale e tecnologico ai requisiti di cui alla Legge Regionale n. 22/2002⁴ necessitano di fondi immediatamente disponibili.

A seguito di un'attenta analisi dei bisogni si è potuti giungere ad idonee scelte di programmazione ed a specifiche procedure di valutazione ed approvazione rispondenti alle reali esigenze del settore. La tematica, d'altronde, è di notevole rilevanza, in quanto trattasi di investimenti importanti e di forte impatto economico.

Parallelamente è stato predisposto un puntuale sistema normativo, finanziario, amministrativo e procedurale per garantire la corretta gestione delle risorse messe a disposizione. In un contesto di esigue risorse finanziarie e di complessità degli obiettivi da raggiungere, la Regione ha dovuto operare un serio sforzo di programmazione per valutare e delineare le azioni da intraprendere sia dal punto di vista procedurale che attuativo.

È il bilancio regionale, infatti, che deve necessariamente anticipare le risorse per finanziare gli investimenti approvati con gli accordi di programma tra i Ministeri competenti e la Regione. Tali risorse "rientreranno" al termine dell'iter procedurale previsto dall'art. 20 della Legge n. 67/1988, ma ciò, come si è già detto, richiede dei tempi piuttosto lunghi.

Per questo motivo, la Regione del Veneto ha varato (a seguito della legge finanziaria regionale 2004) alcuni provvedimenti che tentano di individuare e ordinare temporalmente le opere strategiche da realizzarsi nei prossimi anni.

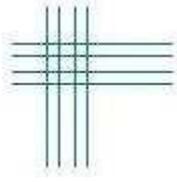
Per quanto riguarda il settore sanitario, quanto già programmato con DGRV 3223/2002 viene ulteriormente specificato dalla Legge Finanziaria Regionale del 2004 che all'art. 39 dà un'ulteriore indicazione circa l'attuazione della programmazione della Rete Ospedaliera prevedendo la realizzazione di *poli ospedalieri unici*, al fine di pervenire a soluzioni idonee a garantire qualità, efficienza ed economicità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Le risorse rese disponibili con la Legge Regionale 30/01/2004, n. 2 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e pluriennale 2004-2006" sono state di 40 milioni di euro per ciascuna delle annualità. Si tratta di un impegno finanziario consistente che la Regione del Veneto ha voluto assumere per proseguire nell'azione di adeguamento delle strutture. Ciò trova puntuale implementazione amministrativa nella Delibera di Giunta Regionale n. 1711 del 18/06/2004 "*Fondo Sanitario Regionale in conto capitale. Metodologia per gli investimenti 2004/06 e attribuzione alle Aziende Ospedaliere e ULSS delle quote di finanziamento per gli interventi di adeguamento, strutturale e tecnologico alla L.R. 22/02*". Tale atto rappresenta il punto cardine della programmazione finanziaria regionale per la sanità per il triennio 2004 - 2006. Esso attribuisce alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere la quota triennale, ripartita nelle tre annualità 2004-2005-2006 per gli interventi di cui all'oggetto, per complessivi euro 120.000.000,00 (euro 40.000.000 annui).

Le medesime fonti finanziarie regionali, inoltre, sono comunque necessarie per coprire a titolo di anticipazione i finanziamenti erogati dallo Stato. Ciò significa che la Regione Veneto si

⁴ La Regione del Veneto nel proprio impegno in materia di promozione della qualità, ha approvato nel 2002 una disciplina quadro sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, pubbliche e private, anche a carattere non lucrativo. Tale disciplina quadro è rappresentata dalla Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".

La Legge Regionale n. 22/2002 è uno degli strumenti attraverso cui la Regione del Veneto ha inteso promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale, attraverso un approccio di sistema orientato al Miglioramento continuo della Qualità.

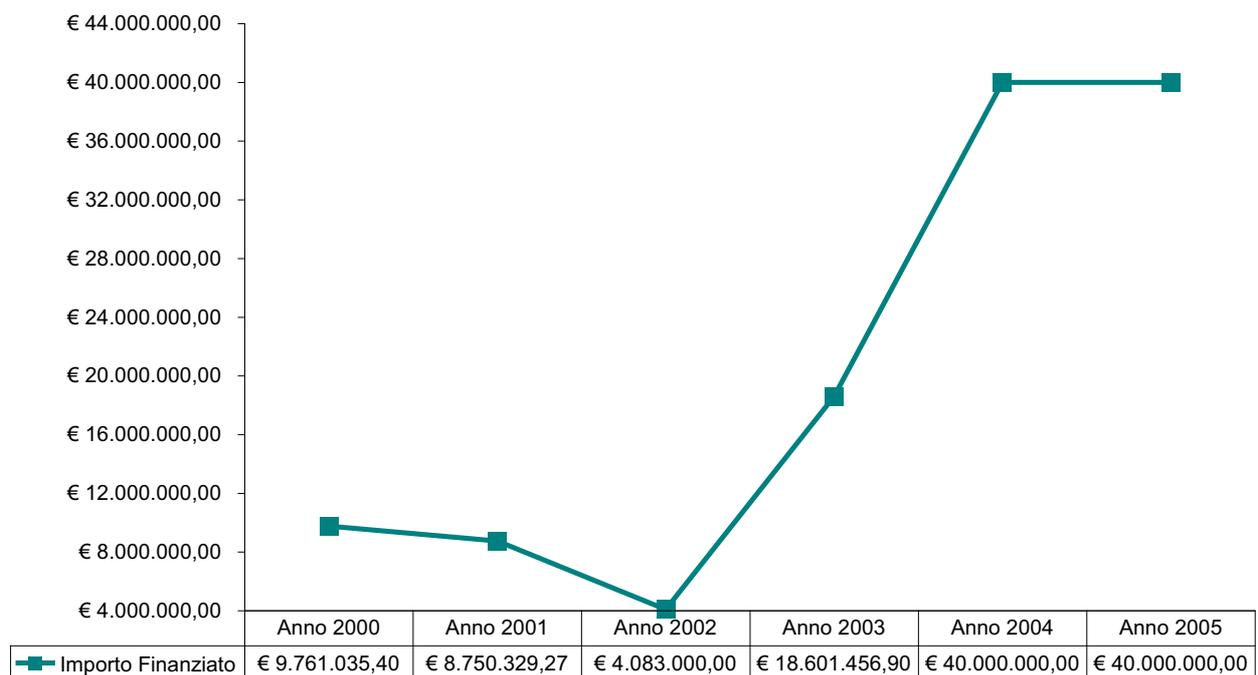


espone ad anticipazioni di cassa che sono caratterizzate, da una parte, dalla necessità di copertura mediante il ricorso al capitale di terzi, dall'altra dalla riscossione futura di un'entrata che, seppur certa, è condizionata da un arco temporale di incasso molto lungo. Mediamente, infatti, i fondi a carico dello Stato vengono effettivamente percepiti dalla Regione con tempi che vanno da un minimo di 5 mesi fino ad un anno dal ricevimento della richiesta di rimborso da parte del Ministero della Salute.

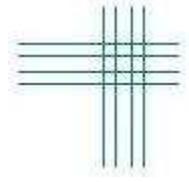
La Regione del Veneto si è concentrata non solo nell'aumentare significativamente la quantità di risorse annue disponibili, ma anche nell'attivare un rigoroso processo di implementazione di nuovi interventi nel settore ospedaliero, distrettuale e della prevenzione, coordinandolo con i programmi relativi al settore socio-sanitario di competenza delle Aziende ULSS ed Ospedaliere. Il quadro generale del settore socio-sanitario presenta, infatti, una politica degli investimenti fortemente integrata che prevede un'azione parallela mediante lo stanziamento di risorse, finalizzate al rinnovamento del campo socio-sanitario stesso, per un quota annua pari ad euro 20.000.000 nel triennio 2004-2006.

È pertanto possibile evidenziare, in coerenza con quanto esposto nella Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto anno 2004 (dati 2002-2003), come il Fondo Sanitario Regionale in conto capitale (FSR) abbia notevolmente mutato consistenza nel biennio 2004-2005 rispetto agli anni 2000-2003.

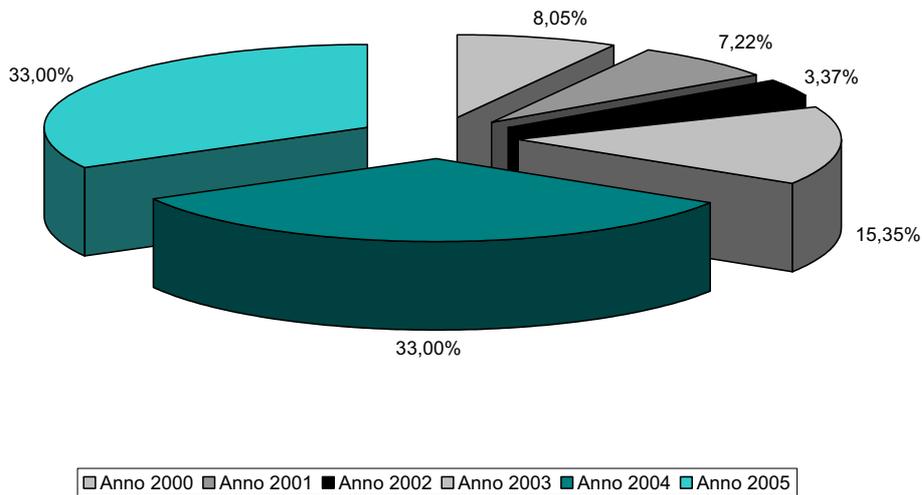
Finanziamenti FSR - Veneto 2000-2005



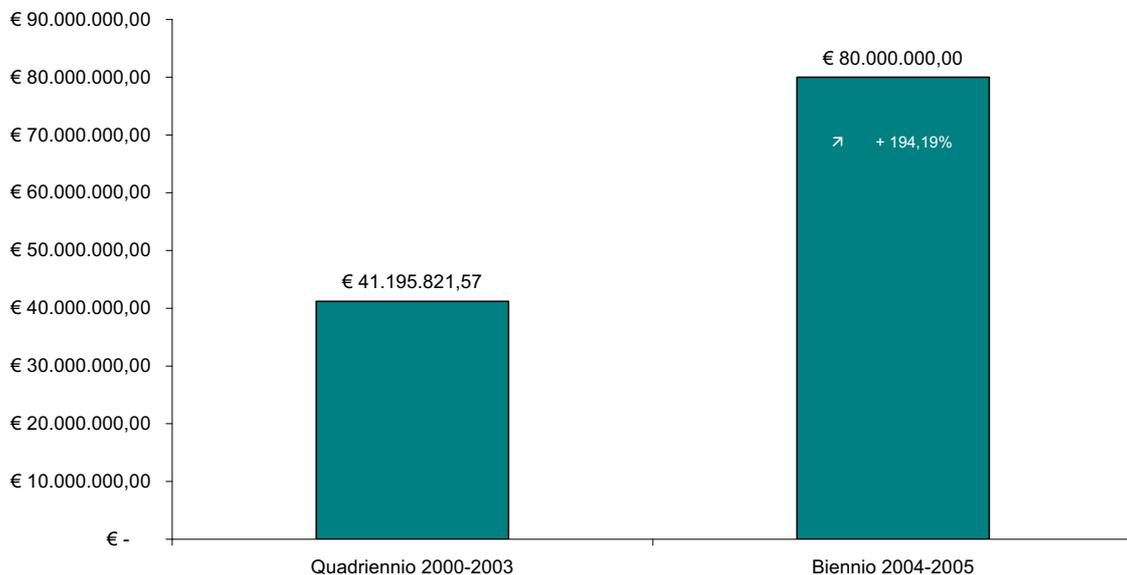
Complessivamente la Regione del Veneto ha stanziato negli anni dal 2000 al 2005 fondi per investimenti per € 121.195.821,57. L'ammontare delle risorse regionali messe a disposizione delle Aziende Socio Sanitarie nel biennio 2004-2005 è quasi raddoppiato (+ 194,19%) rispetto allo stanziamento complessivo del quadriennio 2000-2003.



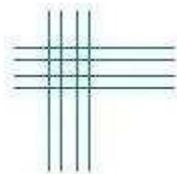
Percentuale finanziamenti FSR per anno su totale finanziato Veneto 2000-2005



Confronto tra quadriennio 2000-2003 e biennio 2004-2005 Finanziamenti FSR Regione del Veneto



Posto che l'analisi dello stato del settore ha evidenziato la priorità dell'utilizzo delle quote del Fondo Sanitario Regionale sopra indicate per affrontare le carenze nell'adeguamento normativo delle diverse strutture edilizie delle Aziende ULSS ed Ospedaliere dedicate ad attività sanitarie, la metodologia seguita nella ripartizione del F.S.R. per il biennio 2004-2005 (ma ciò vale per l'intero triennio) si fonda su tre elementi:

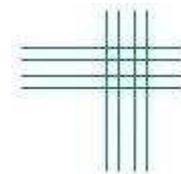


1. "fattore dimensionale": rispetto al quale viene in considerazione la diversa struttura dimensionale delle Aziende Sanitarie del Veneto;
2. "fattore di correzione": qualificato da eventuali necessità di realizzazione di "grandi opere di interesse regionale". La redazione di uno specifico programma regionale determina l'opportunità di "correzione" della quota assegnata seguendo il solo criterio di cui al punto 1.;
3. "fattore di conoscenza": determinato dalle specifiche conoscenze del contesto aziendale e dell'organizzazione delle strutture erogatrici e dalla conseguente rilevazione delle necessità di adeguamento strutturale delle stesse.

Quindi, su tali basi il riparto definito è quello che segue:

AZIENDE SANITARIE	ANNO 2004	ANNO 2005	TOTALE
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00
Azienda Ulss n. 2 Feltre	500.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Azienda Ulss n. 3 Bassano	500.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Azienda Ulss n. 4 Thiene	500.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	1.000.000,00	1.000.000,00	2.000.000,00
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	2.640.000,00	2.640.000,00	5.280.000,00
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 8 Asolo	500.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Azienda Ulss n. 9 Treviso	2.640.000,00	2.640.000,00	5.280.000,00
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	500.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Azienda Ulss n. 13 Mirano	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 16 Padova	1.000.000,00	1.000.000,00	2.000.000,00
Azienda Ulss n. 17 Este	750.000,00	750.000,00	1.500.000,00
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00
Azienda Ulss n. 19 Adria	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 20 Verona	1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00
Azienda Ulss n. 21 Legnago	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	1.995.000,00	1.995.000,00	3.990.000,00
Azienda Ospedaliera di Padova	3.752.500,00	3.752.500,00	7.505.000,00
Azienda Ospedaliera di Verona	3.752.500,00	3.752.500,00	7.505.000,00
Totale riparto FSR	38.000.000,00	38.000.000,00	76.000.000,00
Quota di riserva annua	2.000.000,00	2.000.000,00	4.000.000,00
Totale FSR	40.000.000,00	40.000.000,00	80.000.000,00

Come si può vedere una quota annua pari ad euro 2.000.000,00 del Fondo Sanitario è stata destinata alla creazione di un Fondo di Riserva atto a creare una disponibilità di risorse non vincolate, fondamentali per fronteggiare adeguatamente eventuali interventi urgenti e particolari che non troverebbero diversa copertura finanziaria.

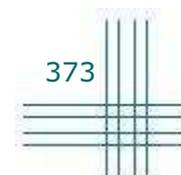


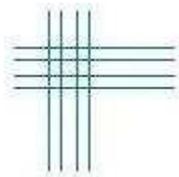
Fondo Sanitario Regionale in conto capitale

Nell'anno 2005 si sono impegnate risorse pari ad euro 31.040.251,96, mentre nell'anno 2006 si sono impegnate risorse per euro 40.000.000,00.

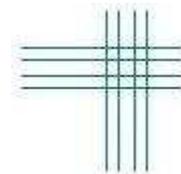
Molti di questi finanziamenti sono stati assegnati ad interventi già finanziati con i fondi statali ex art. 20 della legge 67/88, oppure come anticipazione a seguito del "blocco" della Finanziaria 2006.

Azienda	Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento
Ulss n. 10	San Donà di Piave	Ulss n. 10	Ospedale di San Donà: ristrutturazione dei locali dell'ex Piastra Servizi da destinare a nuova sede del laboratorio analisi e realizzazione nuovo ingresso area polifunzionale	501.698,00
Ulss n. 12	Venezia/Mestre	Ulss n. 12/Regione Veneto	"Fornitura ed installazione Centrale Operativa di emergenza 118 ed N.B.C.R presso la Caserma dei Vigili del Fuoco di Venezia Mestre"	2.500.000,00
Ulss n. 22	Villafranca	Ulss n. 22	Ospedale di Villafranca - Fase transitoria	3.000.000,00
Ulss n. 22	Villafranca	Ulss n. 22	Ospedale di Villafranca - Fase transitoria - sopraelevazione	2.000.000,00
AO PD	Padova	AO PD	Ospedale Civile: lavori di rifacimento impiantistico e ristrutturazione cabina elettrica "Ex Suore" presso Palazzina di via S. Massimo	460.574,61
AO PD	Padova	AO PD	Ristrutturazione ed adeguamento della Clinica pediatrica - 2^ fase	717.930,11
1	Belluno	Ulss n. 1	Ospedale di Belluno: "Lavori di ristrutturazione degli impianti elettrici della dialisi"	265.000,00
6	Noventa Vicentina	Ulss n. 6	Ospedale di Noventa Vicentina: "Lavori per la costruzione del nuovo blocco operatorio"	2.640.000,00
20	Verona	Ulss n. 20	Lavori di ristrutturazione e adeguamento a norma di un fabbricato adibito a Centro di Salute Mentale e servizi di riabilitazione neuropsicolesesi in Verona, via S. Giacomo, 52	952.808,66
22	Bussolengo	Ulss n. 22	Ospedale di Bussolengo - Progetto esecutivo dei lavori per la ristrutturazione e messa a norma, secondo il DK 5600, delle cabine di media tensione a servizio dell'ospedale di Bussolengo	433.672,87





Azienda	Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento
Istituto Oncologico Veneto	Padova	I.O.V.	I.O.V. interventi urgenti di messa a norma e ristrutturazione	5.000.000,00
22	Bussolengo	Ulss n. 22	Ospedale di Villafranca - avancorpo (Commissario straordinario)	300.000,00
AO PD	Padova	AO PD	Via Orus: acquisto immobile	12.800.000,00
Centro Iniziative Nuove	Padova	Ulss 16	Centro Iniziative Nuove di Padova: Ristrutturazione Centro pre accoglienza	45.448,21
Ulss 14	Piove di Sacco	Ulss n. 14	Ospedale di Piove di Sacco: realizzazione del nuovo centro trasfusionale	1.180.000,00
Ulss 22	Bussolengo	Ulss n. 22	Ospedale di Bussolengo: centrali per gruppi operat.	872.500,00
Ulss 22	Bussolengo	Ulss n. 22	Ospedale di Bussolengo: realizzazione di una strada in uscita	350.000,00
Ulss n. 3	Bassano del Grappa	Ulss n. 3	Ospedale di Bassano del Grappa - torre verticale di collegamento	195.830,97
Ulss n. 19	Porto Viro	Ulss n. 19	Nuova sede Centro Socio Sanitario Distrettuale	242.312,17
Ulss 17	Este e Monselice	Ulss 17	Polo ospedaliero unico per acuti	2.542.224,40
Ulss n. 22	Villafranca	Ulss n. 22	Ospedale Magalini di Villafranca: progetto preliminare per la sistemazione dell'ospedale	3.000.000,00
Totale				40.000.000,00



FONDO SANITARIO REGIONALE		
ANNI	IMPEGNATO	LIQUIDATO
2000	16.612.723,80	7.731.462,34
2001	18.207.659,94	10.158.216,67
2002	5.110.749,23	7.137.642,76
2003	18.601.456,90	7.019.133,00
2004	1.161.710,93	10.976.958,47
2005	31.040.251,96	7.782.818,82
2006	40.000.000,00	10.023.678,72
Totale	130.734.552,76	60.829.910,78

Quarta fase articolo 20 Legge 11 marzo 1988, n. 67

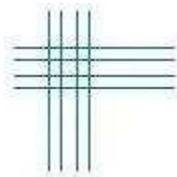
Nel maggio 2005 è stata attivata la quarta fase relativa all'art. 20 della Legge statale n. 67/1988 che prevede l'utilizzo della quota residua del finanziamento statale assegnato con delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002 relativamente alle opere strategiche di edilizia ospedaliera.

L'azione posta in essere si prefigge di coordinare le esigenze del settore che necessita sia di interventi di adeguamento strutturale e tecnologico che di opere importanti da un punto di vista organizzativo aziendale e di impatto economico, determinando le fasi temporali di esecuzione e di impegno in bilancio.

Le risorse finanziarie individuate e assegnate con la delibera CIPE citata sono pari ad euro 144.246.412,00 di cui euro 100.972.489,00 per il settore ospedaliero ed euro 43.273.923,00 per il settore extraospedaliero e socio sanitario. La Regione del Veneto ha analizzato in tal senso le necessità di ciascuna Azienda coordinandole con le altre politiche di investimento, individuando le opere di interesse regionale con la valutazione parametrica dei costi, considerando anche la possibilità di apporti di capitale privato (ad esempio attraverso la finanza di progetto).

Gli interventi possono essere classificati in tre classi:

1. Interventi di interesse regionale di importante impatto economico atti ad adeguare funzioni fondamentali della struttura. Questi interventi sono caratterizzati da tre aspetti:
 - sono previsti in strutture ospedaliere che trovano conferma e attuano la programmazione regionale;



- intervengono per risolvere aspetti fondamentali per il mantenimento edilizio e organizzativo delle funzioni ospedaliere;
 - possono essere realizzati tecnicamente in un periodo di tempo di circa 5 anni.
2. Interventi di interesse regionale di notevole importo economico che danno origine ad una nuova struttura (Polo Unico Ospedaliero) in conformità alla programmazione regionale.
 3. Interventi che attuano la programmazione sanitaria proponendo soluzioni edilizie diverse da quelle definite dallo stesso programmatore.

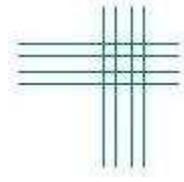
I processi di programmazione, progettazione ed esecuzione degli interventi classificati sono sottoposti alla disciplina dettata dalla Legge Regionale 7 novembre 2003, n. 27, recante: "Disposizioni generali in materia di lavori pubblici di interesse regionale e per le costruzioni in zone classificate sismiche".

La tempistica delle ipotesi di intervento è confrontata con i tempi procedurali e di erogazione del finanziamento. Lo stato di attuazione delle opere viene poi verificato triennialmente così come la modulazione del sistema di finanziamento. Il fine è quello di superare le criticità dovute alla rigidità dell'iter procedurale ex art. 20 della Legge 67/1988, fonte di rallentamenti e indecisioni, "liberando" gli interventi programmati e procedendo con la prenotazione dell'impegno contabile.

Il decennio 2004-2013 prevede un fabbisogno di 334,4 milioni di Euro, riassunto nel prospetto che segue:

Azienda Sanitaria	Opere	Finanziamento ex art. 20 Legge 67/1988*
101	Accorpamento Dipartimento Materno infantile (Ospedale di Belluno)	4,2
102	Accorpamento Gruppo operatorio (Ospedale di Feltre)	6,0
103	Adeguamento Ospedale di Asiago	4,2
104	Nuovo Ospedale Unico Alto Vicentino (nel territorio del Comune di Santorso)	72,0
105	Adeguamento Ospedale di Arzignano	18,0
107	Acquisto Ospedale De Gironcoli	23,0
108	Completamento ospedali di Castelfranco e Montebelluna	10,0
114	Piastra Servizi (Ospedale di Chioggia)	6,0
115	Completamento ospedale di Camposampiero	4,0
117	Nuovo Ospedale di Este e Monselice	72,0
118	Piastra Servizi (Ospedale di Rovigo)	7,0
122	Ospedale di Villafranca	72,0
901	Clinica pediatrica (Azienda Ospedaliera di Padova)	30,0
902	Completamento (Azienda Ospedaliera di Verona)	6,0
Totale		334,4

* in milioni di Euro.



In tale contesto, viene prevista la costruzione di due nuovi ospedali:

- Azienda ULSS n. 4 Thiene: Nuovo Ospedale unico dell'Alto Vicentino in sostituzione degli Ospedali di Thiene e Schio, in regime di finanza di progetto;
- Azienda ULSS 17 Este: Nuovo Ospedale unico per acuti di Este e Monselice.

A questo si aggiunge l'ampliamento, la ristrutturazione ed il completamento degli Ospedali di Castelfranco e Montebelluna, in conformità alla programmazione regionale, in regime di finanza di progetto.

La Regione del Veneto ha approvato, le opere strategiche sopra elencate, da realizzarsi nel decennio 2004-2013, prevedendo che la quota di Euro 43.273.923,00 dell'art. 20 della Legge 67/1988 debba essere utilizzata in via prioritaria per la riconversione ospedaliera e per gli investimenti strutturali del settore della disabilità e della psichiatria.

Disposizioni normative di cui alla Legge Finanziaria 2006

L'articolo 1 della Legge Finanziaria n. 266/2006, ai commi 285, 310, 311 e 312 ha dettato disposizioni per l'attuazione del programma di cui all'art. 20 della legge 67/88 e successive modifiche ed integrazioni incidendo sensibilmente su di essa.

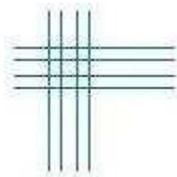
La Finanziaria 2006 infatti ha previsto, tra l'altro, la risoluzione degli Accordi di Programma sottoscritti dalla Regione del Veneto con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia per quella parte relativa ad interventi per i quali, decorsi 18 mesi dalla sottoscrizione degli Accordi, la relativa richiesta di ammissione a finanziamento non risultava presentata al Ministero della Salute.

Il comma 312 del sopracitato articolo disponeva, però, la possibilità di limitare la risoluzione degli accordi già sottoscritti al 65% delle risorse revocabili, su richiesta della Regione ed entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, prevedendo pertanto la possibilità di mantenere il 35% dei fondi ex art. 20 della legge 67/88 destinati ad interventi programmati di cui non fosse stata ancora presentata richiesta di ammissione a finanziamento.

A seguito della ricognizione circa gli interventi relativi alle parti di accordi di programma che avevano perso efficacia a seguito dell'art. 1, comma 310 della citata legge 266/2005 (Accordo di Programma sottoscritto in data 22 giugno 2000 e Accordo Integrativo sottoscritto in data 18 aprile 2001) il Ministero della Salute ha revocato risorse per complessivi euro 80.095.852,95, mentre con decreto del 12 maggio 2006 individuava per la Regione del Veneto la quota del 35% resasi disponibile a seguito della revoca operata dalle disposizioni succitate, pari ad euro 28.315.228,53.

La Regione del Veneto con deliberazione n. 1806 del 06/06/2006 individuava l'elenco degli interventi che sarebbero stati finanziati all'interno della quota del 35% ed effettuava, altresì, una ricognizione complessiva circa le risorse ex art. 20 della legge 67/88 a propria disposizione. La DGR 1806/06 ha confermato, dunque, l'intera programmazione regionale degli investimenti socio sanitari ed ha individuato la quota del 65% per la stipula dei nuovi Accordi di Programma. L'elenco aggiornato degli interventi da finanziarsi con la quota del 35% delle risorse statali rimesse a disposizione dal Ministero della Salute ammonta all'importo complessivo aggiornato di euro 28.298.870,35.

Con decreto del 17 ottobre 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 febbraio 2007, il Ministero della Salute disponeva la risoluzione degli Accordi di Programma sottoscritti in data 22 giugno 2000 e 18 aprile 2001 limitatamente al 65% delle risorse revocate per un importo a



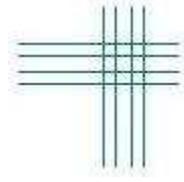
carico dello stato pari ad euro 52.585.424,42, individuando nell'Allegato A gli interventi non revocati e finanziati per un importo complessivo di euro 28.298.870,36 a carico dello Stato.

Le rimanenti risorse pari al 65% dei finanziamenti complessivi dovrebbero essere oggetto di successivi Accordi di programma da stipularsi tra la Regione del Veneto e i Ministeri competenti.

Integrazione socio sanitaria

In considerazione del fatto che l'integrazione socio sanitaria è alla base del nostro Sistema Sanitario Regionale, il programma degli investimenti ex art. 20 della legge 67/1988 ha avviato, complessivamente, la realizzazione o adeguamento di circa 2.000 posti letto di Residenza Sanitaria Assistita (settore anziani non autosufficienti e disabili).

Interventi ammessi al finanziamento - DGRV n. 391 del 11 febbraio 2005				
Azienda Sanitaria	Località	Intervento	Importo Intervento	Finanziamento ex art. 20 Legge 67/1988
Interventi di riconversione ospedaliera				
104	Malo	Completamento riconversione ex ospedale di Malo	4.000.000,00	3.000.000,00
106	Noventa Vicentina	RSA comprensorio Ospedale di Noventa Vicentina	10.000.000,00	7.000.000,00
107	Crespano del Grappa	Ammodernamento ex ospedale di Crespano del Grappa	7.500.000,00	6.000.000,00
107	Valdobbiadene	Adeguamento ex ospedale di Valdobbiadene	14.500.000,00	9.000.000,00
Opere di completamento ex art. 20 legge 67/88				
103	Bassano del Grappa	Completamento sede pensionato Sturm	4.000.000,00	3.000.000,00
109	Treviso	Completamento nuova RSA Santa Bona	1.000.000,00	800.000,00
115	Borgoricco	Completamento RSA Bressanin di Borgoricco	4.000.000,00	2.000.000,00
120	Monteforte d'Alpone	Completamento RSA (Accordo di programma)	1.900.000,00	1.000.000,00
Opere complementari alla programmazione				
101	Livinallongo del Col di Lana	Adeguamento e ampliamento RSA Villa San Giuseppe	1.750.000,00	1.400.000,00
106	Montegalda	Ampliamento, ristrutturazione e adeguamento normativo della Casa di riposo	4.000.000,00	2.573.923,00
110	Meolo	Costruzione RSA nel Comune di Meolo	8.000.000,00	3.500.000,00
116	Selvazzano Dentro	Nuova RSA a Selvazzano Dentro	16.529.000,00	1.500.000,00
118	Rovigo	Adeguamento Casa Serena	580.000,00	500.000,00
Settore disabili				
107	Conegliano	Completamento struttura sperimentale per disabili	1.500.000,00	1.000.000,00
109	Chiarano	Riconversione ex asilo in struttura abitativa per disabili	1.800.000,00	1.000.000,00
Totale			81.059.000,00	43.273.923,00



Quindi, nel 2005 la Regione del Veneto ha individuato:

- interventi di riconversione ospedaliera in attuazione della programmazione regionale;
- interventi a completamento di opere in corso (strutture che pur avendo attivato o essendo in fase di attivazione di processi di trasformazione, non riescono ad ultimare tale processo per mancanza di risorse finanziarie);
- interventi che presentano una specificità territoriale o di carenza strutturale.

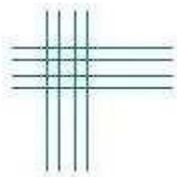
Finanziamenti a carico della Regione per il Settore Socio Sanitario

I finanziamenti a carico della Regione per il Settore Socio Sanitario sono stati autorizzati dalla Legge Regionale n. 1/2004 che stanziava Euro 20.000.000,00 per ciascuna annualità del triennio 2004-2006. La stessa legge prevede la concessione di contributi in conto capitale a tantum fino all'ottanta per cento della spesa riconosciuta, nonché contributi in conto capitale a rimborso in quote annuali costanti senza oneri per interessi per la durata di dieci anni, per l'intero ammontare della spesa riconosciuta.

Su tali basi la Regione del Veneto ha avviato la ricognizione delle necessità mediante l'approvazione di una apposita scheda di rilevazione per la presentazione delle domande di finanziamento. I criteri per la presentazione delle domande e per l'erogazione dei contributi, nonché la successiva ripartizione, sono stati definiti in considerazione dei seguenti elementi:

1. priorità assoluta di completare strutture inserite in precedenti programmi di finanziamento e già realizzate per almeno il 50%;
2. proporzionalità degli investimenti nei vari settori: sono state individuate, sulla base delle analisi dei tre settori di intervento (anziani, disabili, minori) le percentuali relative di investimento, mantenendo un valore di "riserva" dell'1% annuo e destinandolo a strutture per la tossicodipendenza.
3. proporzionalità degli investimenti per bacino territoriale: è stato adottato il criterio di garantire la diffusione del finanziamento regionale sul territorio, individuando l'Azienda ULSS e la Provincia come bacini di utenza; incrociando comunque il dato relativo alla popolazione residente con il dato relativo alle effettive carenze edilizie riscontrate; tale criterio è stato limitato ai settori anziani e disabili, avendo il settore minori la priorità assoluta della trasformazione dei brefotrofi in piccole comunità alloggio o gruppi famiglia;
4. specificità nei settori di intervento:
 - a. **anziani**: priorità all'adeguamento delle strutture esistenti, limitando le nuove costruzioni e sostituzioni di strutture o accorpamento per migliorare la gestione;
 - b. **disabili**: quota prioritaria (60-70%) all'adeguamento di strutture esistenti, limitando le nuove costruzioni ai completamenti, sostituzione di strutture esistenti o a strutture con funzioni innovative in relazione a nuove esigenze assistenziali;
 - c. **minori**: priorità assoluta, dovuta a vincoli di legge, alla chiusura degli I.E.A. (Istituto Educativo Assistenziale) e loro sostituzione con comunità alloggio o gruppi famiglia.

Per il Programma di investimento, relativo all'anno 2004, sono stati ammessi a finanziamento quarantuno interventi per l'importo complessivo, a carico del bilancio regionale, di € 17.197.576,93.

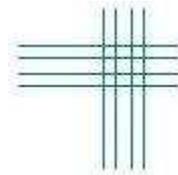


Di seguito si segnalano i dati del riparto 2004 e 2005 suddivisi per bacino territoriale (Provincia) e per settore di intervento:

FINANZIAMENTI A CARICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER L'ANNO 2004						
Provincia	Anziani non autosufficienti	Disabili	Minori	Dipendenze	Totale per Provincia	Percentuale per Provincia
Belluno	984.547,00			20.000,00	1.004.547,00	5,84%
Padova	3.090.000,00	80.000,00			3.170.000,00	18,43%
Rovigo	1.046.501,00	460.000,00	360.000,00		1.866.501,00	10,85%
Treviso	1.504.000,00	630.000,00		54.400,00	2.188.400,00	12,73%
Venezia	1.550.000,00	429.600,00	300.000,00	29.835,00	2.309.435,00	13,43%
Verona	2.151.440,00	963.000,00	1.000.000,00	12.000,00	4.126.440,00	23,99%
Vicenza	2.476.253,93			56.000,00	2.532.253,93	14,72%
Totale per settore	12.802.741,93	2.562.600,00	1.660.000,00	172.235,00	17.197.576,93	100,00%
Percentuale per settore	74,45%	14,90%	9,65%	1,00%	100,00%	

Per il Programma di investimento, relativo all'anno 2005, sono stati ammessi a finanziamento centoventuno interventi per l'importo complessivo, a carico del bilancio regionale, di € 20.000.000,00.

FINANZIAMENTI A CARICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER L'ANNO 2005						
Provincia	Anziani non autosufficienti	Disabili	Minori	Dipendenze	Totale per Provincia	Percentuale per Provincia
Belluno	1.159.005,00	40.000,00	40.000,00		1.239.005,00	6,20%
Padova	2.588.000,00	956.500,00			3.544.500,00	17,72%
Rovigo	1.251.746,00	420.000,00			1.671.746,00	8,36%
Treviso	1.943.427,00	144.000,00		56.480,00	2.143.907,00	10,72%
Venezia	1.969.000,00	1.040.375,00		64.000,00	3.073.375,00	15,37%
Verona	4.289.400,00	324.000,00		25.000,00	4.638.400,00	23,19%
Vicenza	1.933.345,00	1.247.047,00	376.000,00	132.675,00	3.689.067,00	18,45%
Totale per settore	15.133.923,00	4.171.922,00	416.000,00	278.155,00	20.000.000,00	100,00%
Percentuale per settore	75,67%	20,86%	2,08%	1,39%	100,00%	



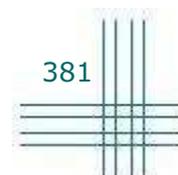
Inoltre, nel 2005 è stato attivato un Programma Straordinario di completamento. Sono stati ammessi a finanziamento diciannove interventi per l'importo complessivo, a carico del bilancio regionale, di € 4.000.000,00. Il Programma Straordinario è stato definito per far fronte a situazioni particolari relative ad interventi rientranti in precedenti programmi di finanziamento, individuando le seguenti tre tipologie:

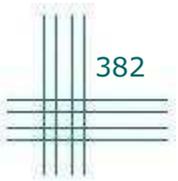
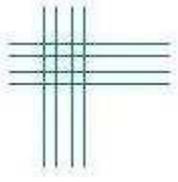
- impegni di spesa precedentemente assunti dalla Regione ma successivamente eliminati dal bilancio regionale per cause inerenti a procedimenti contabili;
- maggiorazione di costi dovuti a cause impreviste per interventi in corso;
- integrazione di finanziamenti in corso per interventi non ancora iniziati, seppur inseriti nei precedenti programmi.

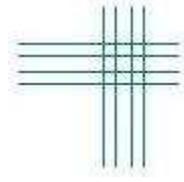
FINANZIAMENTI A CARICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER L'ANNO 2005 PROGRAMMA STRAORDINARIO DI COMPLETAMENTO				
Provincia	Anziani non autosufficienti	Disabili	Totale per Provincia	Percentuale per Provincia
Belluno	300.000,00		300.000,00	7,50%
Padova	726.664,02	850.000,00	1.576.664,02	39,42%
Rovigo	700.000,00	150.000,00	850.000,00	21,25%
Treviso		100.000,00	100.000,00	2,50%
Venezia	200.000,00	323.335,98	523.335,98	13,08%
Verona		100.000,00	100.000,00	2,50%
Vicenza	550.000,00		550.000,00	13,75%
Totale per settore	2.476.664,02	1.523.335,98	4.000.000,00	100,00%
Percentuale per settore	61,92%	38,08%	100,00%	

Da quanto sopra evidenziato, la programmazione degli investimenti socio sanitari configura una struttura amministrativa e procedurale articolata sui seguenti livelli:

FATTORI COMUNI TRASVERSALI TRA IL SANITARIO E IL SOCIALE	FATTORI SPECIFICI PER SETTORE	
	SANITÀ	SOCIALE
Rispetto dei vincoli di programmazione		
Articolazione territoriale degli investimenti	Integrazione delle risorse delle singole aziende con quote regionali vincolate agli obiettivi di adeguamento normativo	Confronto diretto degli investimenti con quelli in essere e priorità nel completamento di opere in esecuzione
Attivazione di investimenti per affrontare gli adeguamenti normativi	Livello dell'investimento con confronto diretto con quelli in essere	Interventi per l'adeguamento normativo







5.4 Particolari profili di intervento: il Progetto Acquisti Centralizzati

Descrizione dei fenomeni

Il Progetto Regionale Acquisti Centralizzati nasce come iniziativa della Regione del Veneto, in ottemperanza alla Legge n. 405/2001, per la parte avente ad obiettivo la razionalizzazione ed il contenimento della spesa pubblica in riferimento a beni e servizi sanitari.

Il Progetto si caratterizza per le seguenti finalità:

- Definire comuni strategie d'acquisto;
- Individuare ed adottare modelli organizzativi innovativi;
- Mettere a punto adeguati ed efficaci strumenti di gara;
- Attivare adeguati strumenti per il sistematico monitoraggio dei risultati conseguiti e degli scostamenti, rispetto ai target programmati;
- Semplificare i processi di acquisto;
- Unificare le codifiche aziendali dei prodotti;
- Definire delle aggregazioni organizzative funzionali, maggiormente rispondenti agli obiettivi di miglioramento nella economicità della gestione degli acquisti di beni e di servizi;
- Promuovere il coordinamento delle molteplici iniziative intraprese a livello locale, provinciale e di area vasta, per gli approvvigionamenti, la logistica, il global service, ecc..

Nel corso del 2004 è stata potenziata la fase istruttoria costituita dal lavoro dei gruppi tecnici. Il suo svolgimento può essere sintetizzato per obiettivi:

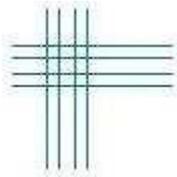
- la ricognizione e la standardizzazione dei prodotti;
- la relativa classificazione e codifica;
- la predisposizione e condivisione a livello regionale di modelli di capitolati tecnici per le singole categorie/tipologie di beni o servizi da acquistare.

Inoltre è stata rivista la successiva fase dell'espletamento della procedura di acquisto, individuando modelli organizzativi alternativi che risultino da un lato più snelli e dall'altro caratterizzati da una maggiore dinamicità di gestione.

I risultati ottenuti e l'esperienza maturata

I risultati conseguiti possono essere sintetizzati come segue:

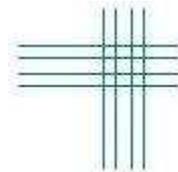
- 42,5 milioni di Euro di benefici economici complessivi conseguiti per le gare sino ad oggi concluse, benefici che continueranno sino al 2009. I risultati sono misurati come confronto fra i prezzi di acquisto "storici" e quanto realizzato a gara conclusa, rapportati ai volumi di ciascun evento.
- 26 gare bandite per un importo a base d'asta di 480,5 milioni di Euro.



■ 20,8 milioni di Euro il valore medio di ciascuna gara bandita.

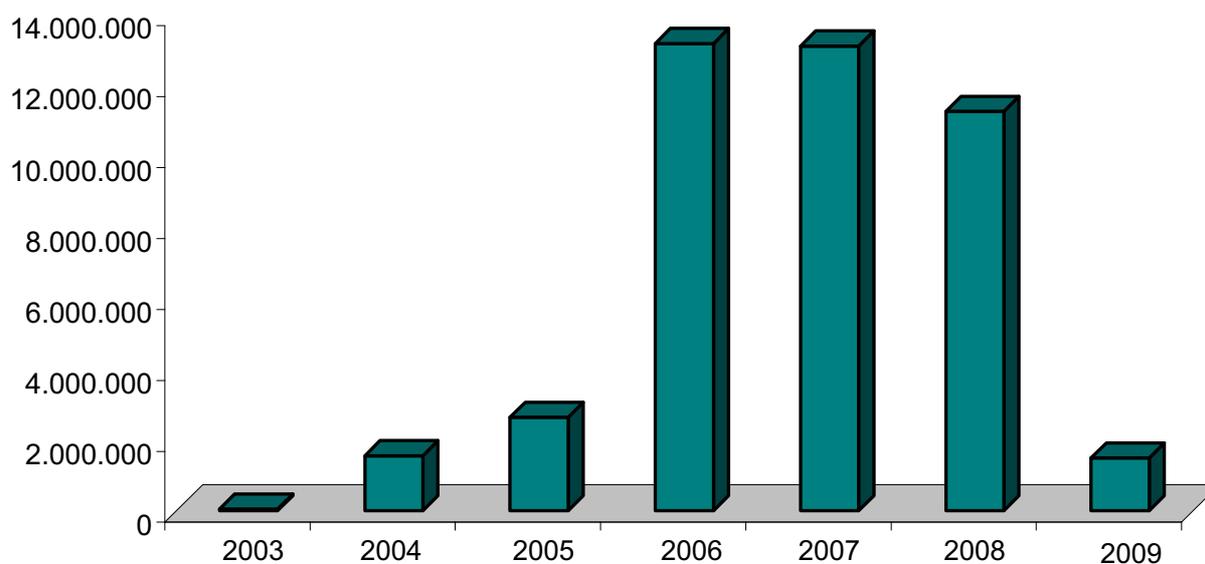
PROCEDURE CONCLUSE					
Categoria merceologica	Azienda Capofila	Tipologia di aggregazione	Valore di aggiudicazione	Durata in anni	Stima del risparmio
Aghi e siringhe semplici	Azienda ULSS 18 Rovigo	Unica regionale	2.416.822	2	73.597
Guanti	Azienda ULSS 12 Veneziana	Unica regionale	5.870.164	2	2.427.606
Ausili per incontinenza ad uso ospedaliero	Azienda ULSS 22 Bussolengo	Unica regionale	5.945.872	3	129.423
Medicinali non di libero mercato	Azienda ULSS 9 Treviso	Unica regionale	121.572.273	1	Non stimato
Medicinali di libero mercato	Azienda ULSS 8 Asolo	Unica regionale a lotti territoriali	60.687.571	3	8.500.000
Vaccini antinfluenzali	Azienda ULSS 14 Chioggia	Unica regionale	3.513.111	1	244.472
Vaccini in concorrenza	Azienda ULSS 14 Chioggia	Unica regionale	7.440.371	2	-288.293
Vaccini esclusivi	Azienda ULSS 14 Chioggia	Unica regionale	17.314.653	2	-233.286
Dispositivi per anestesia, rianimazione e apparato respiratorio	Azienda ULSS 15 Cittadella	Unica regionale	4.010.974	2	1.443.616
Protesi cardiache	Azienda ULSS 12 Veneziana	Area Vasta	2.227.020	2	-8.304
Pacemakers	Azienda ULSS 21 Legnago	Area Vasta	4.126.716	2	221.511
Pacemakers	Azienda ULSS 6 Vicenza	Area Vasta	6.864.169	2	817.916
Protesi cardiache	Azienda ULSS 6 Vicenza	Area Vasta	1.694.988	2	44.356
Garze	Azienda Ospedaliera PD	Unica regionale	5.152.281	2	1.224.541
Ausili per incontinenza ad uso territoriale	Azienda ULSS 19 Adria	Area Vasta	9.146.188	3	568.401
Ausili per incontinenza ad uso territoriale	Azienda ULSS 1 Belluno	Area Vasta	14.707.602	3	12.466

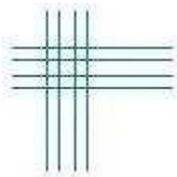
PROCEDURE AVVIATE		
Categoria merceologica	Azienda Capofila	Tipologia di aggregazione
Aghi speciali	Azienda ULSS 18 Rovigo	Unica regionale
Protesi cardiache	Azienda Ospedaliera di Padova	Area Vasta
Pacemakers	Azienda Ospedaliera di Padova	Area Vasta
Materiale per sterilizzazione	Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	Unica regionale
Trattamento economico e giuridico del personale	Azienda Ospedaliera di Verona	Unica regionale
Pacemakers	Azienda ULSS 12 Veneziana	Area Vasta
Medicazioni speciali	Azienda ULSS 13 Mirano	Unica regionale



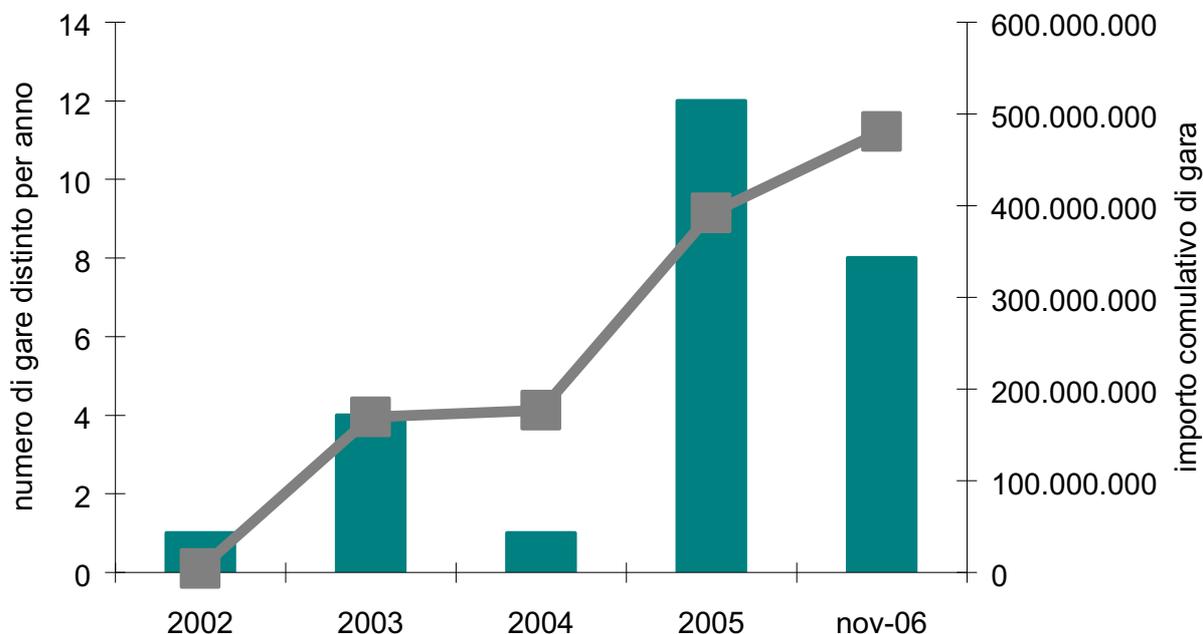
Pacemakers	Azienda ULSS 8 Asolo	Area Vasta
Ausili per incontinenza ad uso territoriale	Azienda ULSS 22 Bussolengo	Area Vasta
Suturatrici	Azienda ULSS 2 Feltre	Area Vasta
Suturatrici	Azienda ULSS 4 Thiene	Area Vasta
Suturatrici	Azienda ULSS 13 Mirano	Area Vasta
Suturatrici	Azienda ULSS 17 Este	Area Vasta
Suturatrici	Azienda ULSS 20 Verona	Area Vasta
Lettura informatizzata prescrizioni farmaceutiche	Azienda ULSS 18 Rovigo	Unica regionale
Guanti 2	Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	Unica regionale
Aghi e siringhe 2	Azienda ULSS 19 Adria	Unica regionale
Vitamina D	Azienda Ospedaliera di Verona	Unica regionale
Soluzioni infusionali e parenterali	Azienda ULSS 5 Arzignano	Unica regionale
Soluzioni aminoacidi ed emulsioni lipidiche	Azienda ULSS 5 Arzignano	Unica regionale
Stent (medicali e non)	Azienda ULSS 10 San Donà di Piave	Unica regionale
Sistemi di prelievo sottovuoto	Azienda ULSS 21 Legnago	Unica regionale
Protesi vascolari ed endovascolari	Azienda ULSS 9 Treviso	Unica regionale
Dispositivi per endoscopia digestiva	Azienda ULSS 20 Verona	Unica regionale
Mezzi di contrasto	Azienda ULSS 15 Cittadella	Unica regionale
Set in TNT	Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	Unica regionale
Medicinali non di libero mercato 2	Azienda ULSS 8 Asolo	Unica regionale

Risparmio previsto su dati storici





Importo (a base d'asta) cumulativo messo a gara e numero di gare



L'Osservatorio Prezzi Regionale

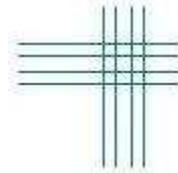
Parallelamente al Progetto Regionale Acquisti Centralizzati è stato avviato l'Osservatorio Prezzi Regionale, in ottemperanza a quanto previsto dalla legge n. 405/2001. Esso è concepito come uno strumento di supporto all'attività di governo regionale, specificatamente orientato all'obiettivo della verifica sistematica dei risultati conseguiti con l'attivazione delle procedure di acquisto centralizzate.

L'Osservatorio Prezzi ha il compito di acquisire le informazioni fondamentali, relative alle procedure di acquisto effettuate dalle singole Aziende Sanitarie, al fine di compararle con i risultati conseguiti dalle Gare Centralizzate. A tale scopo è necessario prevedere una classificazione merceologica condivisa che renda possibile il confronto tra beni omogenei.

Esso si avvale di uno strumento informatico, sviluppato dal Servizio Sistema Informativo Sociosanitario e Tecnologie Informatiche, che ha lo specifico scopo di supportare le attività di monitoraggio ed il confronto tra gare. Si tratta di un'applicazione, allestita in ambiente Web e disponibile nella Intranet Regionale, che permette alle singole Aziende Sanitarie di interfacciarsi attraverso dei Form specifici che consentono la trasmissione, per via telematica, di tutti i dati ed informazioni inerenti a gare storiche e centralizzate.

Tra i pre-requisiti ai fini dell'implementazione dell'Osservatorio Prezzi vi sono:

- Una codifica ed una descrizione comune dei beni e/o servizi sanitari;
- Una definizione della procedura finalizzata alla raccolta dei dati, presso le Aziende Sanitarie;



- Una determinazione del metodo di confronto dei dati raccolti.

La codifica: l'estrema diversificazione delle tipologie e delle caratteristiche merceologiche, anche all'interno di gruppi di prodotto apparentemente omogenei, rende necessaria una codifica che permetta, alle singole Aziende Sanitarie, di utilizzare un'interfaccia comune per l'identificazione univoca del bene e/o servizio oggetto del confronto. Ciò rende possibile una comparazione nello spazio, in relazione al mercato di riferimento, e nel tempo, tra gare storiche/gare regionali e tra gare regionali, delle categorie merceologiche prese a riferimento.

L'obiettivo perseguito con la codifica è di evidenziare, all'interno di ogni categoria merceologica, le specifiche tecniche, che permettono di distinguere un prodotto rispetto ad un altro, fornendo così la base sulla quale sviluppare il successivo confronto.

La definizione della procedura finalizzata alla raccolta dei dati: le singole Aziende Sanitarie, utilizzando l'applicazione software allestita in ambiente Web, provvedono all'invio telematico dei dati, relativi alle loro Gare aziendali al centro regionale dell'Osservatorio Prezzi.

L'Azienda sanitaria Capofila acquisisce i dati relativi alla Gara Centralizzata, monitorandone l'andamento, effettuando i controlli in termini di espletamento della fornitura, di modalità di esecuzione della stessa e avendo cura di evidenziarne eventuali contestazioni. Gli stessi dati vanno inoltre a confluire al centro regionale dell'Osservatorio Prezzi.

La determinazione del metodo di confronto dei dati raccolti: la determinazione di un metodo di confronto dei dati raccolti è prerequisito per l'individuazione del livello di dettaglio richiesto per le informazioni di base alle Aziende Sanitarie.

A tale scopo è necessario creare una classificazione merceologica che preveda diversi livelli di analisi, tali da consentire confronti su specifiche categorie merceologiche o a livello di singoli prodotti. Il metodo di confronto, nel primo caso, è la media ponderale degli acquisti effettuati dalle singole Aziende Sanitarie, nel secondo si prende invece a riferimento il prezzo del singolo prodotto.

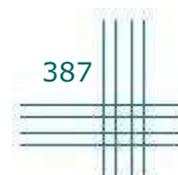
La collaborazione con Consip S.p.a. nell'ambito del Progetto Regionale Acquisti Centralizzati

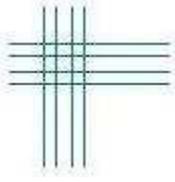
Consip S.p.a. è una società per azioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), che opera ad esclusivo interesse dello Stato, nel quadro degli indirizzi strategici e dei compiti ad essa assegnati dal suo azionista unico.

Nel perseguire obiettivi di miglioramento nella economicità della gestione delle Aziende Sanitarie attraverso la leva degli acquisti di beni e di servizi, la Regione ha inteso avvalersi della collaborazione di Consip S.p.a.

In particolare, la società del Ministero delle Finanze ha stabilito forme di collaborazione con la Regione del Veneto con riferimento a:

- partecipazione nel Progetto Acquisti Centralizzati, con apporto di specifiche professionalità, per le procedure d'acquisto;
- reciproco scambio delle informazioni inerenti le iniziative di acquisto con particolare riferimento alla analisi della domanda (esigenze specifiche, caratteristiche richieste dei beni e servizi, fabbisogni, scadenze contrattuali, ecc...);
- promozione e sviluppo dell'adozione e della diffusione di strumenti di e-procurement, con particolare riferimento al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione.

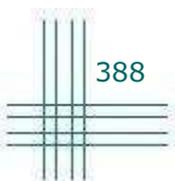


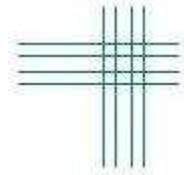


- possibilità di avviare attività di interscambio e condivisione di esperienze attraverso specifici accordi tematici.

La collaborazione avviata con Consip è finalizzata anche a garantire ad entrambe le amministrazioni il possibile affinamento delle esperienze già in corso, ed il conseguimento di una sempre maggiore diffusione delle migliori pratiche in ambito sanitario.

Inoltre, le Aziende Sanitarie del Veneto hanno aderito alle Convenzioni attive di Consip S.p.a per un numero di 325, pari a euro 9.978.362.08 nell'anno 2004. La Regione del Veneto pertanto, come si evince da relazioni di sintesi di Consip S.p.a., risulta essere tra le più attive in Italia, dato il numero di adesioni alle Convenzioni stesse.

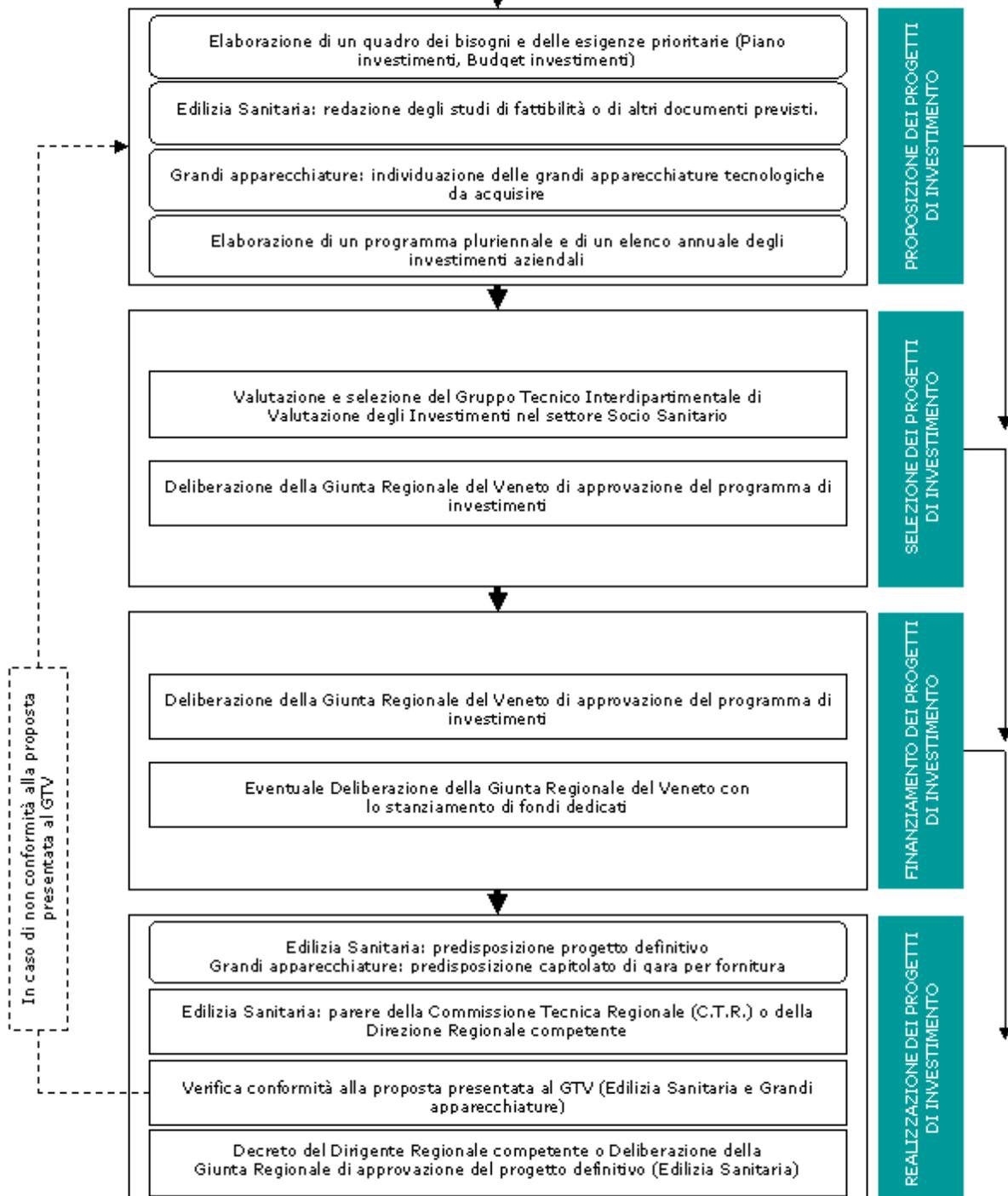




Chiarimenti: il processo di valutazione degli investimenti nella Regione del Veneto

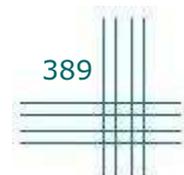
PROGETTI DI INVESTIMENTO IN EDILIZIA SANITARIA
DI INTERESSE REGIONALE

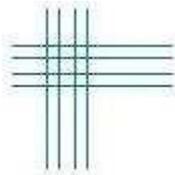
PROGETTI DI INVESTIMENTO
IN GRANDI APPARECCHIATURE



* Le azioni nei riquadri arrotondati sono di competenza aziendale

** Le azioni nei riquadri a forma rettangolare sono di competenza della Regione





Normativa

Deliberazione della Giunta Regionale n. 12/CR del 5 marzo 2004: "Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2004 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 3791 del 6 dicembre 2005: "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2005 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l. r. 5/2001. DGR 84/CR del 9/8/2005".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4036 del 20 dicembre 2005: "Definizione di ulteriori azioni orientate al riequilibrio finanziario delle Aziende Sanitarie del Veneto per l'anno 2005".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4413 del 30 dicembre 2005: "Ripiano perdite delle aziende sanitarie del Veneto per l'esercizio 2004".

Per quanto attiene gli investimenti, le Deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto sono numerose e riguardano aspetti specifici. Si elencano di seguito i codici relativi: DGR n. 3131 del 08/10/2004; DGR n. 3131 del 08/10/2004; DGR n. 484 del 18/02/2005; DGR n. 485 del 18/02/2005; DGR n. 547 del 25/02/2005; DGR n. 552 del 25/02/2005; DGR n. 955 del 18/03/2005; DGR n. 966 del 18/03/2005; DGR n. 1898 del 19/07/2005; DGR n. 1899 del 19/07/2005; DGR n. 1900 del 19/07/2005; DGR n. 2020 del 26/07/2005; DGR n. 2125 del 02/08/2005; DGR n. 2126 del 02/08/2005; DGR n. 2126 del 02/08/2005; DGR n. 2704 del 20/09/2005; DGR n. 2705 del 20/09/2005; DGR n. 2946 del 11/10/2005; DGR n. 3145 del 18/10/2005; DGR n. 3384 del 08/11/2005; DGR n. 3768 del 06/12/2005; DGR n. 3853 del 13/12/2005; DGR n. 4394 del 30/12/2005; DGR n. 1614 del 23/05/2006; DGR n. 2138 del 04/07/2006; DGR n. 2203 del 11/07/2006; DGR n. 2350 del 27/07/2006; DGR n. 128 del 14/11/2006; DGR 3575 DEL 15/11/2006; DGR n. 3695 del 28/11/2006; DGR n. 3863 del 05/12/2006; DGR n. 4123 del 19/12/2006; DGR n. 4438 del 28/12/2006; DGR n. 4439 del 28/12/2006; DGR n. 4440 del 28/12/2006.

Fonti

Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie
Sito Internet:

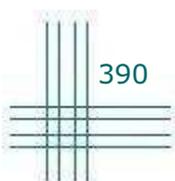
<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.+Risorse+Socio+Sanitarie.htm>

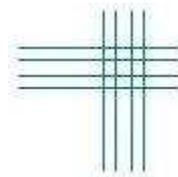
Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie
Servizio Affari Generali e Innovazione
Sito Internet:

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

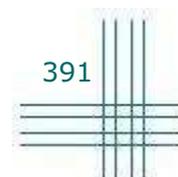
Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie
Servizio Sistema Informativo Sociosanitario e Tecnologie Informatiche
Sito Internet:

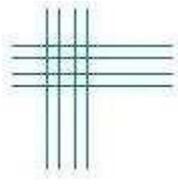
<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.+Risorse+Socio+Sanitarie.htm>



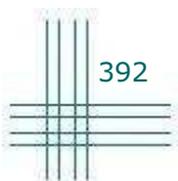


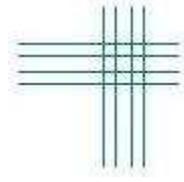
Parte Sesta
Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo





Questa sezione della Relazione Socio Sanitaria ha lo scopo di rappresentare gli interventi relativi al miglioramento e lo sviluppo posti in essere nel biennio 2004-2005.





6.1 Formazione e aggiornamento: Educazione Continua in Medicina nel Veneto

Descrizione dei fenomeni

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, risponde prioritariamente all'esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in sé i concetti di responsabilità individuale e collettiva, insiti nell'esercizio di ogni attività volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione.

Il modello di riferimento è quello del Continuing Personal Development (CPD), ciclo di sviluppo continuo dove l'evento formativo è il risultato di un bilanciamento tra bisogni formativi del singolo o del gruppo e le linee strategiche in materia di Sanità Pubblica della Regione/Azienda. La formazione continua è a garanzia:

- dei Professionisti della Salute cui si assicura la libertà di scelta nell'offerta formativa e la parità di accesso alla formazione, le reciprocità del riconoscimento dei crediti tra Regioni e, in un prossimo futuro, in Europa;
- dei cittadini utenti, ai quali si garantisce il diritto alla tutela della salute, l'uniformità sul territorio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'accreditamento delle strutture e dei professionisti;
- delle Aziende ULSS ed Ospedaliere delle quali vengono valorizzate le potenzialità formative già esistenti e in corso di sviluppo.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle Aziende e dei Professionisti della Salute, chiamati ad una azione qualitativamente più capillare, anche se legata a situazioni epidemiologiche, sociosanitarie e culturali differenti.

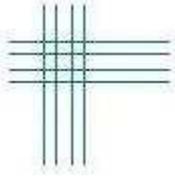
Il ruolo della Regione, nel campo della Formazione Sanitaria Continua, diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite all'Ente dalla Costituzione della Repubblica Italiana, nonché elemento propulsivo di crescita degli operatori sanitari, della loro sensibilizzazione alle specifiche richieste dei cittadini e del territorio.

Da questo punto di vista, gli obiettivi formativi di libera scelta del Professionista della Salute rappresentano l'aspetto di etica professionale probabilmente più rilevante della formazione permanente. Infatti, questo si ricollega direttamente alla capacità dell'operatore di riconoscere le proprie esigenze formative, ammettere i propri limiti e decidere di colmarli.

Il coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali completa il quadro.

In considerazione di tutto ciò, il sistema ECM della Regione del Veneto si articola nelle seguenti aree di intervento, che sviluppano un processo organizzativo virtuoso, in linea con gli approcci più moderni e avanzati in materia:

- Definizione degli obiettivi di formazione regionali;
- Sistema di accreditamento eventi;



- Sistema di accreditamento provider;
- Programmazione e pianificazione della formazione.

Il 2005 è stato un anno particolarmente importante, perché è stato il primo anno di sperimentazione del programma ECM per la Regione Veneto: una sperimentazione del tutto originale rispetto alle altre Regioni in quanto prevede un sistema di accreditamento degli eventi completamente informatizzato, che pone alla sua base l'analisi dei fabbisogni formativi della Regione.

Il raggiungimento di questo obiettivo arriva dopo un percorso articolato e denso di provvedimenti. La Giunta Regionale del Veneto ha deliberato la costituzione degli organismi e l'avvio delle relative attività per la creazione di un sistema ECM già nel dicembre 2002, affidando all'Ordine dei Medici di Venezia la realizzazione delle fasi iniziali.

Una nuova delibera del dicembre 2003 ha dato avvio al "**Centro Regionale di Riferimento per la formazione continua ECM**". Obiettivo del Centro è la realizzazione del sistema ECM Veneto con la messa in atto delle specifiche organizzative, informatiche e procedurali a sostegno degli organismi operativi preposti, che sono stati così precedentemente individuati:

Consulta delle Professioni Sanitarie, costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni Professionali interessate, quale interlocutore sui temi della formazione continua ed in particolare su:

- analisi dei bisogni formativi;
- individuazione degli obiettivi formativi regionali e dei singoli professionisti, atteso che quelli di specifico interesse regionale soddisfano le esigenze della programmazione ma non esauriscono i bisogni formativi dei professionisti stessi;

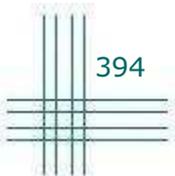
Commissione Regionale E.C.M che, composta da quattordici componenti (di cui sette di designazione regionale e sette di designazione professionale), opera per l'accREDITAMENTO dei progetti/eventi formativi.

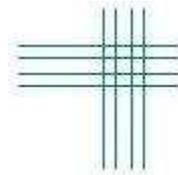
Comitato Tecnico Scientifico, composto da 5 componenti che, in coordinamento con il Direttore del Centro Regionale di Riferimento per L'Educazione Continua in Medicina, collabora per lo sviluppo del Sistema ECM Veneto, individuando le tipologie formative idonee, in conformità a quanto stabilito in materia dalle leggi e dai provvedimenti amministrativi, sia nazionali sia regionali.

Il Centro opera in diretta attuazione delle direttive della struttura regionale, è sottoposto al controllo ed alla valutazione di quest'ultima ed ha sede presso l'Azienda ULSS n. 13 di Mirano Dolo. Nel corso di ottobre 2004 è stato approvato il Piano di lavoro annuale presentato dal Responsabile del Centro dando così concreto avvio alle attività dello stesso.

Nel febbraio 2005, la Giunta Regionale del Veneto ha quindi approvato, in via sperimentale, il concreto avvio delle attività d'accREDITAMENTO degli eventi formativi residenziali, che si svolgono nella Regione Veneto, nonché i criteri e la metodologia della stessa procedura di accREDITAMENTO.

Inoltre, con l'Intesa sancita il 23 Marzo 2005 in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stato prevista la stipula di un Accordo che definirà le nuove modalità di attuazione dell'ECM in campo nazionale, attraverso la formulazione del Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, l'adozione e l'avvio da parte delle Regioni dei provvedimenti e dei programmi attuativi dell'Intesa stessa, ponendo così le basi per un maggiore coordinamento ed una maggiore collaborazione fra i livelli nazionale e regionale con riferimento alla Educazione Continua in Medicina.





ATTIVITÀ FORMATIVA ACCREDITATA NEL VENETO NEL CORSO DELL'ANNO 2005

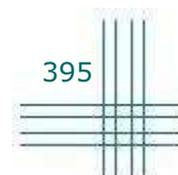
EVENTI ACCREDITATI	4.104
PARTECIPANTI	168.331
NUMERO MEDIO PARTECIPANTI PER EVENTO	41
CREDITI ASSEGNATI	55.513
NUMERO MEDIO CREDITI PER EVENTO	13

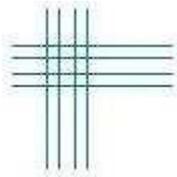
La Regione del Veneto mira a governare il sistema formativo degli operatori sanitari grazie allo sviluppo di un'adeguata programmazione, per cui si ritiene necessario un rilevamento permanente dei fabbisogni formativi, incrociando le esigenze del territorio con quelle delle Aziende e degli altri Enti regionali (ad esempio ARPAV, Emergenza-urgenza 118, Osservatorio epidemiologico, ecc.) e misurando le ricadute della formazione sul sistema sanitario regionale.

Ordini, Collegi e Associazioni Professionali (delle 32 professioni interessate all'ECM) sono stati coinvolti attraverso la Consulta Regionale. Questo organismo, presieduto dall'Assessore, contribuisce a definire gli obiettivi regionali di formazione e rappresenta un osservatorio regionale sulle professionalità. Il Comitato Scientifico del centro regionale collabora anche con l'Università per lo studio e la progettazione dell'accREDITamento di diverse tipologie di attività formative e il loro "impatto" sulla salute dei cittadini.

ORGANIZZATORI DI FORMAZIONE - VENETO 2005

TIPOLOGIA DI ORGANIZZATORE	TOTALE
Azienda ULSS – Azienda Ospedaliera	23
Organizzatori in attesa di variazione informatica	7
Policlinico o Istituto di Cura Pubblico o equiparato o privato accreditato – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	16
Università o Facoltà o Dipartimento Universitario - Scuola di formazione a carattere regionale	17
Ordine o Collegio o Associazione Professionale rappresentativa della professione sanitaria	18
Società Scientifica o Associazione Professionale Tecnico – Scientifica	41
Altro Ente Pubblico operante nell'ambito della formazione continua	9
Istituto Zooprofilattico Sperimentale	1
Fondazione a carattere scientifico o sanitario – Società o Casa Editrice – altro soggetto privato operante in ECM	65
Totale	197
Organizzatori che devono inviare ulteriore documentazione	10
Organizzatori in tutoraggio	22
Totale	229





Attraverso il metodo informatizzato di accreditamento degli eventi la Regione Veneto vuole mettere in relazione di coerenza le tipologie degli eventi con gli obiettivi formativi e con i metodi di insegnamento in un'ottica di qualità effettiva.

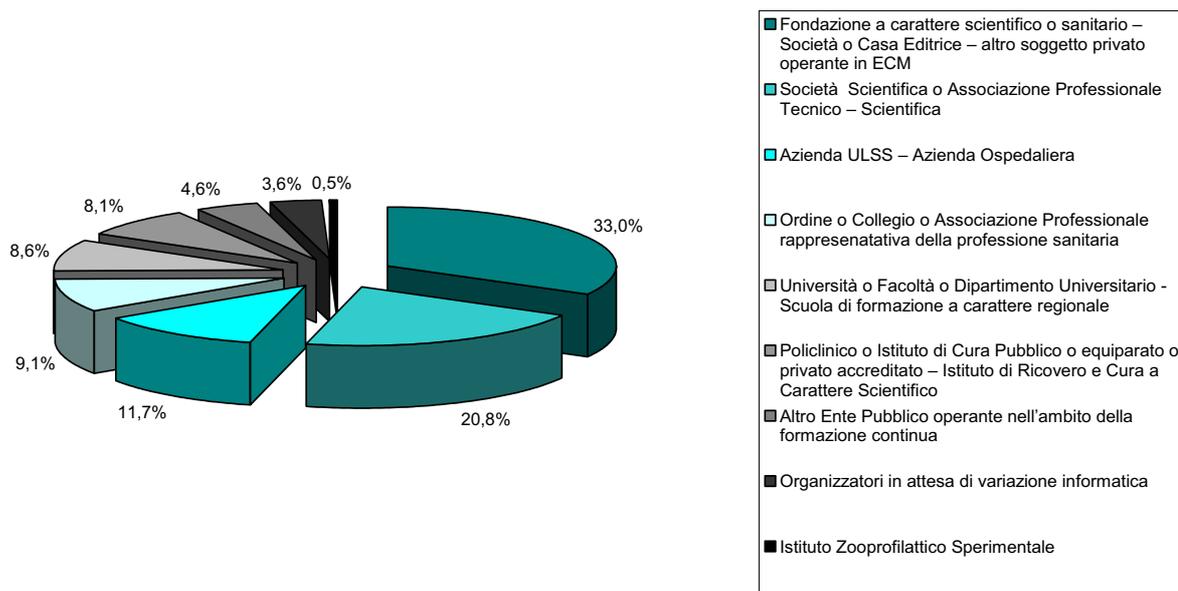
La segreteria del Centro Regionale ECM provvede a raccogliere i report forniti dal sistema informatico, che calcola automaticamente il punteggio complessivo in base alle griglie di valutazione, al numero dei partecipanti ed al numero di ore di formazione effettiva.

La commissione regionale ECM è l'organismo deputato ad analizzare e "validare" le proposte formative accettate e "pesate" dal sistema informatico. Gli eventi formativi accreditati sono quindi pubblicati nella bacheca del sito regionale ECM, disponibili per i professionisti interessati

Gli operatori sanitari coinvolti nel sistema ECM del Veneto sono più di 76.000. Le Aziende Sanitarie del Veneto investono ogni anno per la formazione del personale circa l'1 per cento del monte salari. A questa cifra si devono sommare gli investimenti per i professionisti convenzionati e per la formazione manageriale.

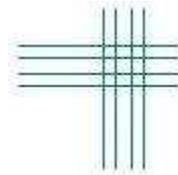
La Regione del Veneto ha inoltre conferito le risorse necessarie per creare ed avviare il sistema ECM negli aspetti organizzativi e gestionali (segreteria, sito Web, informatizzazione, ecc.).

Organizzatori di formazione - Percentuali per tipologia Veneto 2005



L'obiettivo prossimo, dopo l'importante fase sperimentale del 2005, è quello di mettere a regime il Sistema Regionale. Gli interventi sino ad ora attuati sono serviti peraltro anche per testare il sistema informatizzato di accreditamento. La Regione è pronta dunque ad una fase di sviluppo maturo.

Tutto questo deve tuttavia tener presente ulteriori obiettivi, quali: l'informatizzazione dell'accREDITAMENTO della formazione sul campo, l'anagrafe dei professionisti, la formazione a



distanza, un sistema di monitoraggio veramente efficace, che sia d'ausilio alla Struttura regionale e al Centro Regionale di Riferimento.

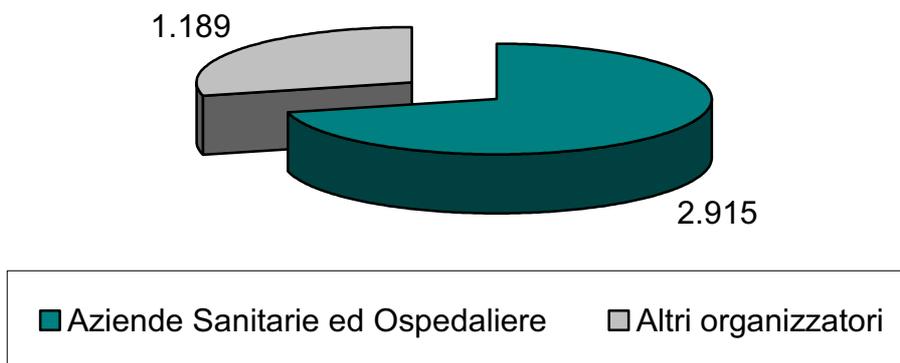
L'intento è quello di realizzare queste aspirazioni tenendo però presente che il Sistema Regionale deve collocarsi all'interno di un insieme di regole condivise con il Ministero, le altre Regioni e naturalmente gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali.

In ogni caso, possiamo affermare che i dati attuali sono confortanti.

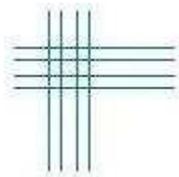
ANALISI EFFICACIA FORMATIVA SU 4.104 EVENTI ACCREDITATI - VENETO 2005			
VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	NUMERO EVENTI	PERCENTUALE
BASSA EFFICACIA FORMATIVA	$\leq 0,50$	252	6%
MEDIA EFFICACIA FORMATIVA	$0,51 \leq 0,75$	559	14%
MEDIA EFFICACIA FORMATIVA	$0,76 \leq 1$	1.233	30%
ALTA EFFICACIA FORMATIVA	$1 \leq 1,25$	1.039	25%
ALTA EFFICACIA FORMATIVA	$1,26 \leq 1,50$	1.021	25%

Il 50% degli eventi è di alta efficacia formativa, a fronte di una percentuale pari al 6% di bassa efficacia formativa.

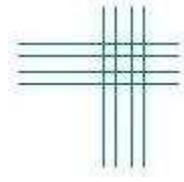
4.104 eventi accreditati



Su 4104 eventi accreditati nel 2005, vi sono stati 2.915 eventi accreditati da Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Le aziende ULSS ed Ospedaliere rappresentano il 11,7% degli organizzatori ma realizzano il 71% delle attività formative.



Azienda Sanitaria	Eventi	Partecipanti	Crediti	Numero medio partecipanti	Numero medio crediti
Azienda ULSS n. 12 Veneziana	364	10.439	4.659	29	13
Azienda ULSS n. 16 e A. O. di Padova	326	12.897	7.586	40	23
Azienda ULSS n. 9 - Treviso	312	8.762	4.120	28	13
Azienda ULSS n. 18 Rovigo	210	6.594	2.248	31	11
Azienda ULSS n. 6 Vicenza	202	6.958	3.493	34	17
Azienda ULSS n. 15 Alta Padovana	153	5.135	1.975	34	13
Azienda ULSS n. 17 Este Monselice	123	5.764	1.152	47	9
Azienda ULSS n. 13 Dolo/Mirano	122	3.990	1.605	33	13
Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale"	119	3.907	1.850	33	16
Azienda ULSS n. 22 Bussolengo	117	3.749	1.650	32	14
Azienda ULSS n. 7 Pieve di Soligo	108	4.459	1.658	41	15
Azienda ULSS n. 21 Legnago	101	4.330	1.105	43	11
Azienda ULSS n. 19 Adria	97	2.348	1.286	24	13
Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino	93	3.715	1.364	40	15
Azienda ULSS n. 3 Bassano del Grappa	88	3.973	1.082	45	12
Azienda ULSS n. 8 Asolo	80	3.828	936	48	12
Azienda ULSS n. 5 Ovest Vicentino	71	3.152	967	44	14
Azienda ULSS n. 14 Chioggia	64	3.376	598	53	9
Azienda ULSS n. 1 - Belluno	63	2.554	770	41	12
Azienda ULSS n. 20 Verona	50	2.374	815	47	16
Azienda ULSS n. 2 - Feltre	48	1.156	590	24	12
Azienda Ospedaliera di Verona	4	162	67	41	17
Totale	2.915	103.622	41.576		



6.2 Qualità e accreditamento: progressi e stato di attuazione

Descrizione dei fenomeni

Diverse sono le iniziative che la nostra Regione ha intrapreso nell'ambito della qualità del Sistema e per il miglioramento dei servizi offerti alla popolazione. Accanto agli interventi per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, per la riduzione dei tempi di attesa, agli investimenti strutturali, il Veneto ha promosso con la Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, una disciplina organica dei processi di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali.

Sulla base dei principi esplicitati nella Legge Regionale n. 22/2002, si dispone di un valido strumento normativo per attivare un processo di miglioramento continuo della qualità complessiva del Sistema Socio Sanitario Regionale.

I presupposti per l'ottenimento di strutture e di servizi centrati, oltre che sull'efficienza e sulla efficacia dei processi gestionali e delle prestazioni, anche sulla possibilità di implementare, monitorare e misurare costanti e sistematici miglioramenti, partono infatti dai requisiti richiesti per l'ingresso nel Sistema.

Nella sostanza, la struttura che vuole essere autorizzata all'esercizio e poi accreditata, sia essa pubblica o privata, deve essere in possesso di determinati standard e requisiti e deve operare nel rispetto di procedure idonee a garantire sicurezza e qualità per l'utente.

È facile comprendere come ciò possa attivare un ciclo organizzativo virtuoso che è in grado di elevare il livello qualitativo complessivo dell'intero Sistema Socio Sanitario Regionale.

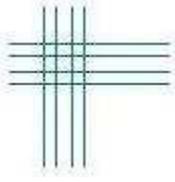
Il 2004 è stato un anno importante per l'avvio e la realizzazione di questi importanti obiettivi. Infatti, nel corso di quest'anno la Regione del Veneto ha dato attuazione alla Legge Regionale più volte citata, con l'approvazione del Manuale delle procedure per l'autorizzazione e l'accredimento delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e Sociali (DGRV n. 2501 del 6 agosto 2004) e degli standard relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accredimento dei Servizi Sociali, di alcuni Servizi Socio - Sanitari e delle Unità di Offerta non soggette all'autorizzazione all'esercizio (DGRV n. 2473 del 6 agosto 2004).

L'**autorizzazione all'esercizio** è un provvedimento con il quale l'autorità competente autorizza una struttura all'esercizio dell'attività, mentre l'**accredimento istituzionale** è un processo attraverso il quale le strutture autorizzate, pubbliche e private, ed i singoli professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il sistema adottato dalla Regione del Veneto contempla anche l'**accredimento di eccellenza**. Con tale locuzione si intende descrivere un processo che conduce ad un riconoscimento internazionale dell'applicazione, da parte delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili.

L'iter normativo da percorrere per poter essere autorizzati e poi accreditati in Veneto, si può descrivere tramite alcuni elementi base:

- natura dei requisiti e scale di valutazione;
- fasi procedurali;



- attori e istituzioni coinvolte.

In quanto alla natura, i requisiti rispecchiano la diversa finalità dell'autorizzazione all'esercizio rispetto all'accreditamento istituzionale. Nel primo caso si tratta di elementi, strutturali, tecnologici-impiantistici, organizzativi, funzionali, richiesti quali elementi minimi atti a garantire standard omogenei e imprescindibili per poter operare sul territorio regionale, in totale osservanza della qualità e della sicurezza delle cure dei cittadini.

I requisiti di accreditamento, di natura prevalentemente organizzativa, hanno, invece, la funzione di riconoscere e valorizzare il diverso livello qualitativo di ciascuna struttura in base al suo "modus operandi".

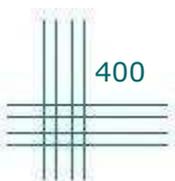
IL MODELLO VENETO DELLA QUALITÀ

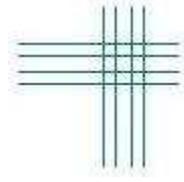


Così mentre per quanto concerne l'autorizzazione all'esercizio la valutazione è dicotomica e si risponde sì o no rispetto alla presenza o meno di un determinato requisito, l'accreditamento istituzionale comporta l'utilizzo di una scala di valutazione articolata su tre diversi punteggi:

- 0% = requisito assente;
- 60% = requisito presente ma migliorabile;
- 100% = requisito presente e non ulteriormente migliorabile.

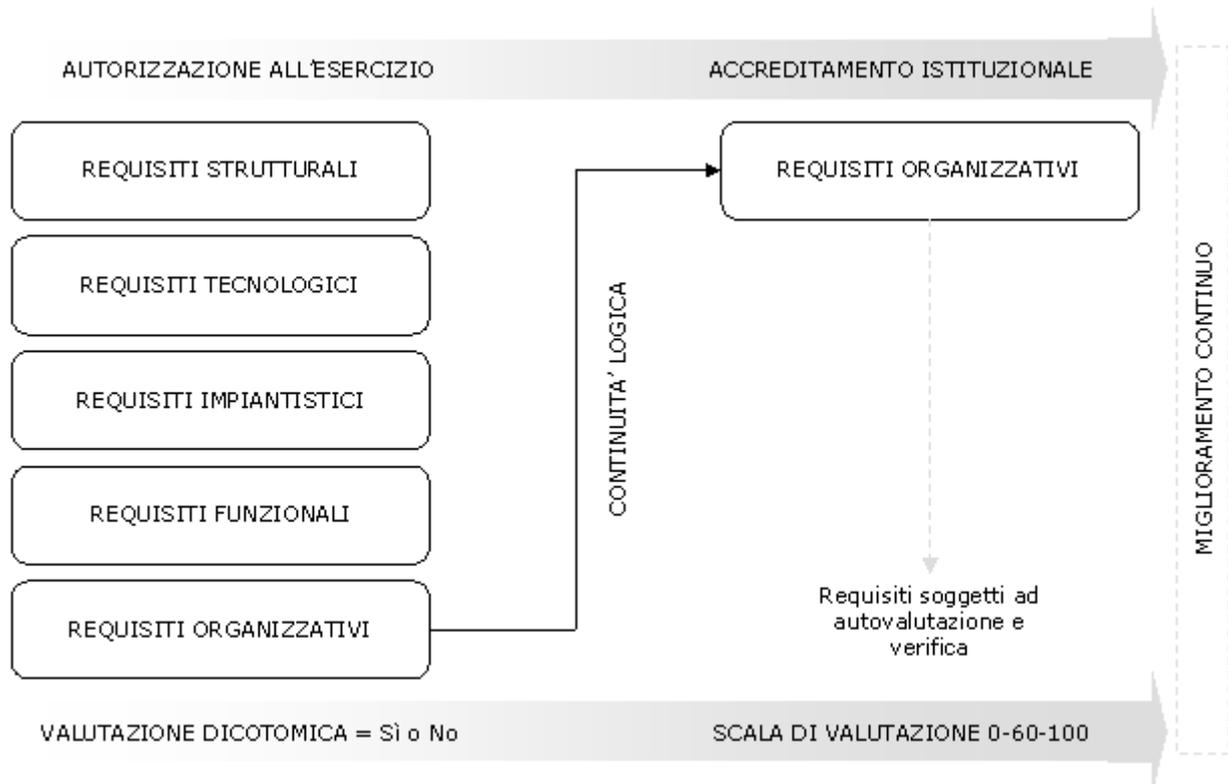
Un punteggio medio complessivo pari o superiore ad almeno 60% consentirà di accreditare la struttura richiedente, riconoscendole la qualità di potenziale erogatore per conto del soggetto pubblico Regione.





Solo questo riconoscimento consentirà alla struttura di poter accedere ad un accordo/contratto con la Regione per erogare prestazioni coperte dal fondo pubblico.

I requisiti e la logica che sottende alla loro valutazione



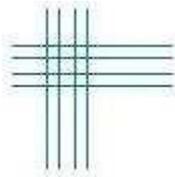
Le fasi procedurali, sia per l'autorizzazione che per l'accREDITAMENTO, tranne che per piccole differenze, sono le medesime, ed eliminando quelle strettamente legate agli aspetti amministrativi, rimangono da descrivere come fondamentali nell'affermarsi della logica del Miglioramento Continuo della Qualità:

- La classificazione e l'autovalutazione;
- La visita di verifica e relazione di verifica.

La prima cosa che una struttura richiedente dovrebbe fare è quella di classificarsi fra le tipologie individuate, per individuare l'autorità competente con la quale dovrà interfacciarsi, ma soprattutto i requisiti rispetto ai quali dovrà autovalutarsi.

Le strutture sono suddivise nel modo che segue:

- strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera;
- strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale;
- strutture che erogano prestazioni in regime residenziale extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, di carattere estensivo od intensivo;
- strutture sociali.



Alla suddivisione corrisponde poi una puntuale classificazione che consente una precisa identificazione della struttura/servizio che chiede l'autorizzazione o l'accreditamento. La classificazione rappresenta il riferimento per la scelta dei percorsi procedurali.

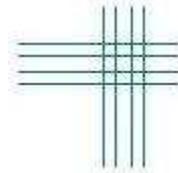
Ogni struttura sanitaria, socio-sanitaria e sociale deve riportare nella domanda di autorizzazione o di accreditamento la sua specifica denominazione, riferita alla classificazione sopra richiamata.

AUTORITÀ COMPETENTI		
TIPOLOGIA DI STRUTTURE	AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
Strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera	Dirigente Regionale competente	Giunta Regionale del Veneto
Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale	Comune	Giunta Regionale del Veneto
Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, di carattere estensivo od intensivo	Dirigente Regionale competente	Giunta Regionale del Veneto
Strutture sociali	Comune	Comune

La struttura richiedente dovrà quindi autovalutarsi rispetto ai requisiti richiesti. L'autovalutazione, da un punto di vista strettamente tecnico, è una lettura critica del livello di risposta della propria struttura alle richieste dei requisiti contenuti nelle liste di verifica, che si sostanziano in tabelle contenenti i relativi requisiti.

Come si presentano le liste di verifica per l'autorizzazione all'esercizio

AREA 1. Requisiti organizzativi: politiche, obiettivi ed attività					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC (N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area) Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 La Direzione aziendale, le politiche, l'organizzazione e il piano di lavoro					
GENER01AU.1.1	La Direzione aziendale provvede alla definizione della mission e delle politiche complessive dell'azienda, esplicitando gli obiettivi da raggiungere sia per la tipologia ed i volumi sia per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare	Le politiche aziendali delle aziende pubbliche sono definite in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale attraverso il PSSR. Nel caso delle aziende non pubbliche le politiche sono espresse dall'organo delegato alla gestione dell'azienda.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Evidenza della definizione delle politiche aziendali					
GENER01AU.1.1.1	La Direzione identifica le prestazioni/servizi erogati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Esiste specifico documento					
GENER01AU.1.2.1	Gli obiettivi sono articolati nel tempo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Evidenza all'interno del documento					



Come si presentano le liste di verifica per l'accreditamento istituzionale

AREA 1. Requisiti organizzativi: politiche, obiettivi ed attività					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 La Direzione aziendale, le politiche, l'organizzazione e il piano di lavoro					
GENER01.AC.1.5	La Direzione aziendale ha definito e documentato le politiche complessive dell'azienda per la qualità dell'assistenza		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	
Termine di adeguamento: Tmax11		Esiste documentazione contenente le politiche complessive dell'azienda per la qualità dell'assistenza			
GENER01.AC.1.5.1	Per lo sviluppo delle politiche per la qualità dell'assistenza sono stati consultati i responsabili di struttura organizzativa		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	
Termine di adeguamento: Tmax11		Evidenza (indicare)			

Autovalutarsi, in funzione di un miglioramento continuo della propria qualità, dà la possibilità di individuare aree deboli da superare e aree forti da valorizzare, in modo da programmare e gestire linee di intervento che permettano di mirare a standard più elevati di qualità.

Dall'altro lato la visita di verifica non fa che perfezionare questo circolo virtuoso, andando ad aggiungere l'elemento confronto. Soggetti terzi, estranei alla struttura, con un loro bagaglio di esperienze e competenze, si confrontano con chi ha fatto l'autovalutazione, fornendo un giusto supporto nella definizione del proprio percorso di miglioramento della qualità.

La filosofia principale della normativa è quella di generare, attraverso la valutazione di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali un processo di miglioramento continuo della qualità, che consente, prima in fase d'autorizzazione e poi d'accreditamento, di stimolare un processo d'apprendimento organizzativo continuo delle strutture. L'intero percorso procedurale e tutti i processi di autorizzazione ed accreditamento sono orientati al cambiamento per il miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Le delibere d'attuazione della Legge Regionale n. 22/2002, non si limitano ad introdurre solo nuove procedure amministrative, ma, di fatto, implicano un importante mutamento:

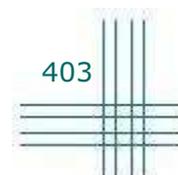
- da un lato, con la definizione di una classificazione delle strutture e con il disegno della rete di offerta di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- dall'altro, con l'individuazione dei requisiti che devono garantire almeno l'esistenza di condizioni minime di qualità, garantendo equità, efficienza, efficacia e accessibilità.

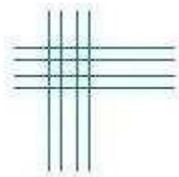
Le scadenze previste per la presentazione della domanda di autorizzazione sono:

- entro il 31 dicembre 2005 per tutte le strutture già in esercizio ma prive di autorizzazione prima dell'entrata in vigore della Legge Regionale n. 22/2002;
- entro il 14 settembre 2007 per le strutture già in esercizio ma che devono richiedere una conferma di autorizzazione.

Le domande di accreditamento possono essere presentate, invece, solo dopo aver ottenuto il provvedimento di nuova autorizzazione o di conferma di autorizzazione all'esercizio secondo quanto previsto dalla Legge Regionale n. 22/2002.

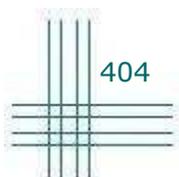
Nel corso dell'anno 2005 e nei primi mesi del 2006, sono stati rilasciati ben 413 provvedimenti di autorizzazione per le strutture sanitarie che erogano, per lo più, prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

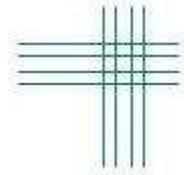




Autorizzazioni all'esercizio: Numero di provvedimenti autorizzativi rilasciati

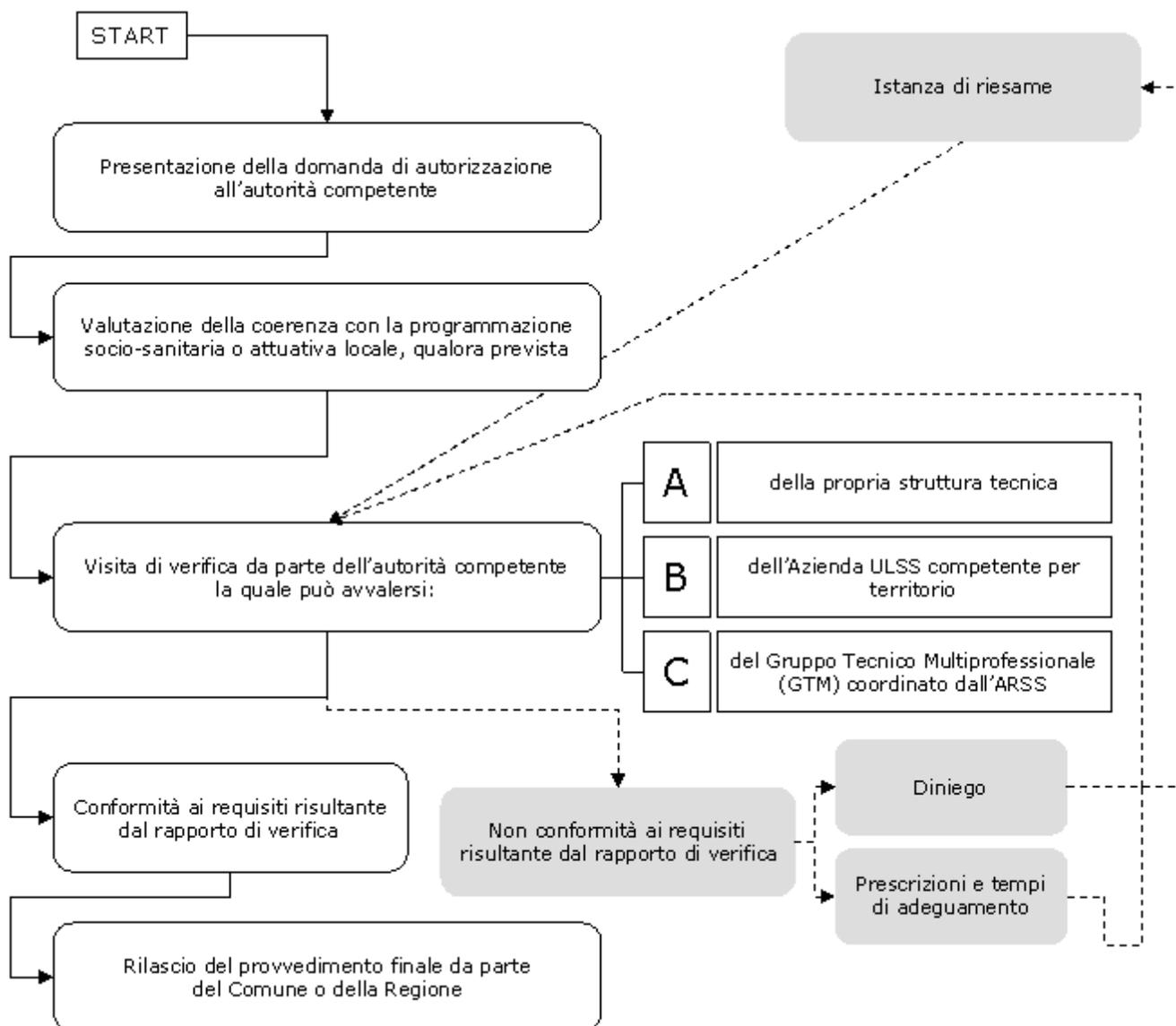
Comune	N.	Comune	N.	Comune	N.
Abano Terme	1	Grezzana	2	Sandrigo	1
Adria	3	Lamon	1	Santa Giustina	2
Agordo	3	Legnago	1	Santa Lucia di Piave	1
Alano Di Piave	1	Longarone	1	Sant'Ambrogio di Valpolicella	5
Albignasego	3	Martellago	1	Santo Stino di Livenza	4
Altavilla Vicentina	1	Meolo	1	Santorso	2
Arqua' Polesine	1	Miane	1	Schio	14
Auronzo Di Cadore	1	Mira	14	Sospirolo	1
Battaglia Terme	1	Molvena	1	Spinea	2
Belfiore	1	Monselice	1	Susegana	1
Belluno	1	Montebelluna	2	Thiene	18
Bovolone	2	Montecchio Maggiore	1	Torrebelvicino	2
Breganze	2	Montegrotto Terme	1	Trebaseleghe	1
Caldiero	2	Monticello Conte Otto	1	Treviso	1
Camposampiero	1	Noventa Vicentina	1	Trissino	1
Cappella Maggiore	1	Occhiobello	1	Urbana	1
Carceri	1	Oderzo	2	Valdastico	1
Carmignano di Brenta	1	Ospedaletto Euganeo	1	Vazzola	1
Casale sul Sile	1	Padova	26	Venezia	6
Casalserugo	1	Pianiga	3	Verona	122
Casier	1	Pieve d'Alpago	3	Vestenanova	1
Castel d'Azzano	1	Pieve di Soligo	2	Vicenza	10
Castelcucco	1	Piovene Rocchette	1	Vittorio Veneto	6
Castelfranco Veneto	4	Polesella	1	Zanè	2
Castello di Godego	1	Ponte Nelle Alpi	1		
Castelmassa	1	Ponte San Nicolò	3		
Cervarese Santa Croce	1	Porto Viro	4		
Cesiomaggiore	1	Preganziol	4		
Chiuppano	1	Riese Pio X	1		
Cittadella	3	Rocca Pietore	1		
Codogne'	1	Roncà	1		
Conegliano	3	Rossano Veneto	1		
Conselve	7	Rovigo	1		
Dolo	6	Saletto	1		
Este	11	Salzano	4		
Fara Vicentino	1	San Donà di Piave	5		
Feltre	10	San Giovanni Lupatoto	1		
Fiesso D'artico	4	San Martino Buon Albergo	5		
Fonzaso	4	San Nazario	1		
Fossalta di Piave	4	San Pietro di Feletto	1		
Fossalta di Portogruaro	4	San Vito di Leguzzano	1	Totale	411





Ai provvedimenti autorizzativi sopra elencati ne vanno aggiunti due rilasciati in ambito regionale per un totale di 413.

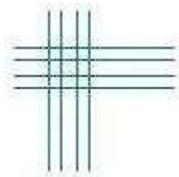
Iter previsto per il rilascio del provvedimento autorizzativo



* ARSS = Agenzia Regionale Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Le attribuzioni inerenti la Qualità e le procedure di autorizzazione ed accreditamento sono assegnate all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS), che è Ente Strumentale della Regione del Veneto, di supporto tecnico in materia di Sanità e Servizi Sociali, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile.

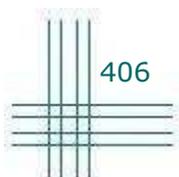
Per effettuare le visite di verifica indicate nello schema sopra rappresentato, l'ARSS costituisce appositi Gruppi Tecnici Multiprofessionali (GTM). L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria,

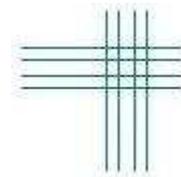


attraverso tali Gruppo Tecnici Multiprofessionali ad oggi ha già effettuato e concluso 105 visite di verifica sul campo (e altre 100 sono state richieste).

Comune	Numero di visite effettuate dai GTM ARSS	Comune	Numero di visite effettuate dai GTM ARSS
Agna	2	Mira	14
Albignasego	7	Mirano	2
Cadoneghe	2	Pederobba	1
Casale sul Sile	6	Pianiga	6
Casier	5	Piove di Sacco	6
Castelcucco	1	Preganziol	5
Castelfranco Veneto	1	Regione	1
Cavasola	2	Rocca Pietore	1
Comune di Albignasego	1	Salzano	5
Cona	2	Santa Maria di Sala	7
Dolo	7	Sant'Ambrogio di Valpolicella	4
Fiesso d'Artico	3	Unione dei Comuni	1
Fonte	4	Vedelago	1
Gaiarine	1	Venezia	2
Legnaro	2	Vigodarzere	2
Meolo	1	Totale	105

GTM ARSS: Visite di verifica per Azienda ULSS	
Azienda Ulss	N. visite di verifica effettuate
Azienda Ulss n. 1 Belluno	1
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	1
Azienda Ulss n. 8 Asolo	10
Azienda Ulss n. 9 Treviso	16
Azienda Ulss n. 10 San Donà	1
Azienda Ulss n. 12 Veneziana	2
Azienda Ulss n. 13 Mirano	45
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	11
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	2
Azienda Ulss n. 16 Padova	10
Azienda Ulss n. 17 Este	2
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	4
Totale	105





Dopo la visita di verifica, a seconda della conformità o non conformità ai requisiti, il provvedimento finale contempla le seguenti possibilità:

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	
STRUTTURE	PROVVEDIMENTO
Nuove strutture	Rilascia (in caso di conformità ai requisiti)
	Non rilascia (in caso di non conformità ai requisiti)
Strutture già in esercizio e non ancora autorizzate	Sospende il rilascio (in caso di prescrizioni e tempi di adeguamento)
Strutture già autorizzate ed in esercizio	Conferma (in caso di conformità ai requisiti)
	Conferma con prescrizioni (in caso di prescrizioni e tempi di adeguamento)
	Non conferma (in caso di non conformità ai requisiti)

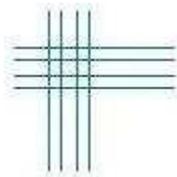
Il provvedimento ha una durata di 5 anni, ma al venir meno di alcuni requisiti può essere revocato.

Per dovere di completezza si rappresenta anche il processo che conduce all'accreditamento istituzionale, anche se i tempi vanno al di là del biennio considerato nella presente Relazione Socio Sanitaria. Le strutture richiedenti ed i tempi di presentazione della domanda sono schematizzati nella tabella che segue:

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	
STRUTTURE CHE POSSONO RICHIEDERLO	TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
Strutture già esistenti e provvisoriamente accreditate	A richiesta ed entro 90 giorni dall'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio a partire dal 14/09/2007
Strutture nuove e/o già esistenti	A richiesta entro i 5 anni di durata dell'autorizzazione all'esercizio

Le fasi del processo di accreditamento sono riassumibili così sommariamente:

1. Presentazione della domanda con gli allegati previsti ed in particolare con:
 - Liste di verifica con l'autovalutazione su ulteriori requisiti di qualificazione;



- Liste di indicatori per verifica attività svolta e risultati conseguiti (per le strutture non ancora in esercizio tale adempimento è previsto dopo un anno dall'inizio dell'attività);
2. Verifica della coerenza della struttura/soggetto con le scelte della programmazione regionale e/o attuativa locale.
 3. Visita di verifica del possesso degli ulteriori requisiti di qualificazione previsti per l'accreditamento istituzionale da parte dell'ARSS;
 4. Verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti dalla struttura/soggetto;

Il rilascio (o il diniego in caso di non conformità ai requisiti) avviene con provvedimento di:

- Giunta Regionale per le strutture sanitarie e socio sanitarie;
- Comune/Comuni associati/Unione di Comuni per le strutture dei servizi sociali.

È prevista la pubblicazione dell'elenco delle strutture accreditate sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto con periodicità annuale.

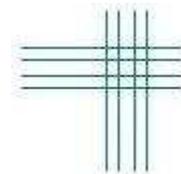
L'accreditamento ha una durata di 3 anni e può essere rinnovato previa verifica del mantenimento dei requisiti e dell'adempimento delle eventuali prescrizioni assegnate. Nel corso dei 3 anni, può essere sospeso o revocato al venir meno delle condizioni del rilascio.

La sperimentazione nel sociale

A partire dal 2004, per il Settore Sociale e Socio Sanitario e in alcune significative tipologie di offerta, la Regione del Veneto ha ritenuto opportuno, data la complessità che caratterizza le strutture del settore e le pochissime esperienze presenti, intraprendere un periodo di sperimentazione, con l'obiettivo di verificare l'impatto in termini economici, organizzativi e gestionali delle procedure di autorizzazione e accreditamento.

La Regione ha quindi organizzato, con la collaborazione dell'ARSS, la sperimentazione che ha coinvolto tutto il territorio regionale, per tutte le tipologie d'unità d'offerta interessate corrispondenti ad un totale di più di 200 servizi.

ANZIANI	N. nel campione	N. in regione (dato 2005)
Case per Anziani non autosufficienti	21	269
Case per Anziani autosufficienti	5	
RSA Anziani (nuclei a maggiore intensità sanitaria)	5	
Totale residenzialità	31	
Centri Diurni per Anziani	3	52
Totale Anziani	34	321
DISABILI	N. nel campione	N. in regione
Comunità alloggio per persone con disabilità	18	99
Comunità residenziale per disabili in situazioni di Gravità	6	
RSA per persone con disabilità	7	
Totale residenzialità	31	
Centro Diurno per persone con disabilità	21	250
Totale Disabili	52	349



MINORI	N. nel campione	N. in regione
Comunità Educativa diurna Minori/Adolescenti	3	16
Comunità Educativa con Pronta Accoglienza per Minori	5	12
Comunità Educativa Minori	16	64
Comunità Educativa Riabilitativa per Minori/Adolescenti	2	-
Comunità Educativa Mamma Bambino	8	48
Totale Minori	34	140
INFANZIA	N. nel campione	N. in regione
Nido Integrato	29	220
Asilo Nido	16	180
Centro Infanzia	2	59
Micro Nidi	2	15
Totale Infanzia	49	474
DIPENDENZE	N. nel campione	N. in regione
Servizio Residenziale Tipo A	1	52
Servizio Residenziale Tipo B	4	
Servizio Residenziale Tipo C	4	
Totale residenzialità	9	
Servizi di Pronta Accoglienza per Tossicodipendenti	3	7
Servizi Ambulatori per Tossicodipendenti	8	38
Servizio Semiresidenziali per Tossicodipendenti	5	22
Totale Dipendenze	25	119
STRUTTURE A PREVALENTE CARATTERE SANITARIO	N. nel campione	N. in regione
Strutture residenziali di riconversione ospedaliera (HRSA)	4	13
Hospice	2	10
Sezione di Alta Protezione Alzheimer (SAPA)	1	15
Stato Vegetativo Permanente (SVP)	1	18
Totale Strutture a prevalente carattere sanitario	8	56
TOTALE COMPLESSIVO	202	1.459

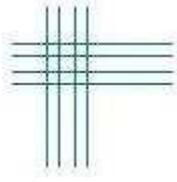
Il campione su cui è stata effettuata la sperimentazione è stato selezionato nelle seguenti aree:

Strutture socio sanitarie a forte valenza sociale

- Anziani
- Disabili
- Dipendenze

Strutture sociali

- Minori
- Tutela della prima Infanzia



Strutture Socio Sanitarie a forte valenza sanitaria

- Strutture residenziali di riconversione ospedaliera (HRSA)
- Hospice
- Sezione di Alta Protezione Alzheimer (SAPA)
- Stato Vegetativo Permanente (SVP)

Il progetto di sperimentazione, sviluppato in tutte le fasi, ha visto:

- una prima attività di analisi e approfondimenti dei requisiti, delle procedure con i tavoli anziani, disabili, dipendenze, minori e prima infanzia;
- un'attività di formazione degli operatori delle strutture interessate direttamente dalla sperimentazione e un'azione di informazione ai Comuni. Sono stati effettuati 11 corsi di formazione per un totale di 300 persone coinvolte provenienti da Aziende ULSS, Comuni, Strutture interessate;
- un'attività di supporto all'autovalutazione con formazione sul campo da parte del Gruppo di Lavoro nelle strutture oggetto della sperimentazione;
- 200 visite per la verifica di autorizzazione all'esercizio, in cui referenti delle Aziende ULSS territorialmente competenti discutevano e valutavano l'autovalutazione dei requisiti da parte delle strutture, relazionando sull'esito della verifica e sulle osservazioni emerse;
- 178 visite per la verifica di accreditamento istituzionale, in cui oltre ai referenti delle Aziende ULSS territorialmente competenti è stato coinvolto un Valutatore esterno proveniente da altro territorio;
- la predisposizione di un database strutturato per la gestione e l'analisi dei dati pervenuti dalle visite di verifica di autorizzazione e di accreditamento avvenute nelle 202 Strutture coinvolte nella sperimentazione;
- un'attività di analisi per tipologia di struttura e per area di offerta, mettendo in evidenza le criticità evidenziate in termini di applicabilità del requisito e di scostamento rispetto al relativo standard.

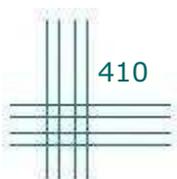
Tutte queste attività sono state concluse entro il 31 dicembre del 2005.

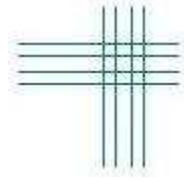
La Regione del Veneto ha quindi stabilito di prorogare il termine di scadenza della sperimentazione di altri sei mesi (fino al 30 giugno 2006), al fine di analizzare i risultati della sperimentazione, condividerli con gli attori interessati ed apportare le eventuali modifiche ai requisiti, standard e classificazione.

La formazione ai sensi della Legge Regionale n. 22/2002

Ai sensi dell'articolo 19, comma terzo, della Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22: "La Giunta regionale provvede a definire ed a disciplinare i compiti e le attività delle strutture regionali cui affidare il procedimento di accreditamento, l'elaborazione e l'aggiornamento dei requisiti di accreditamento, nonché la **formazione** e la gestione del personale addetto alle verifiche di accreditamento".

Tali compiti sono stati attribuiti all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS), che ha attivato la formazione di Facilitatori e Valutatori, ovvero del personale direttamente impiegato nell'applicazione della Legge Regionale. I primi in particolare nei percorsi di autorizzazione





all'esercizio, i secondi in quelli di accreditamento istituzionale, con le modalità di seguito meglio specificate.

Inoltre, obiettivo primario di questi primi due anni di interventi è stato la diffusione, nella più vasta scala possibile, della conoscenza della Legge Regionale n. 22/2002, attraverso offerte formative rivolte a tutti gli attori coinvolti.

Da questo punto di vista, si è deciso a monte, di offrire percorsi diversificati di approfondimento, sulla base delle necessità specifiche dei destinatari, in una sorta di progressione successiva per tappe, ciascuna delle quali rappresenta una diversa acquisizione, via via più specifica, di competenze legate al ruolo agito nell'applicazione della Legge.

Lo schema di diversificazione dei percorsi formativi

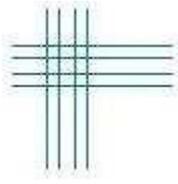


La Formazione a Distanza (FAD) per i Comuni

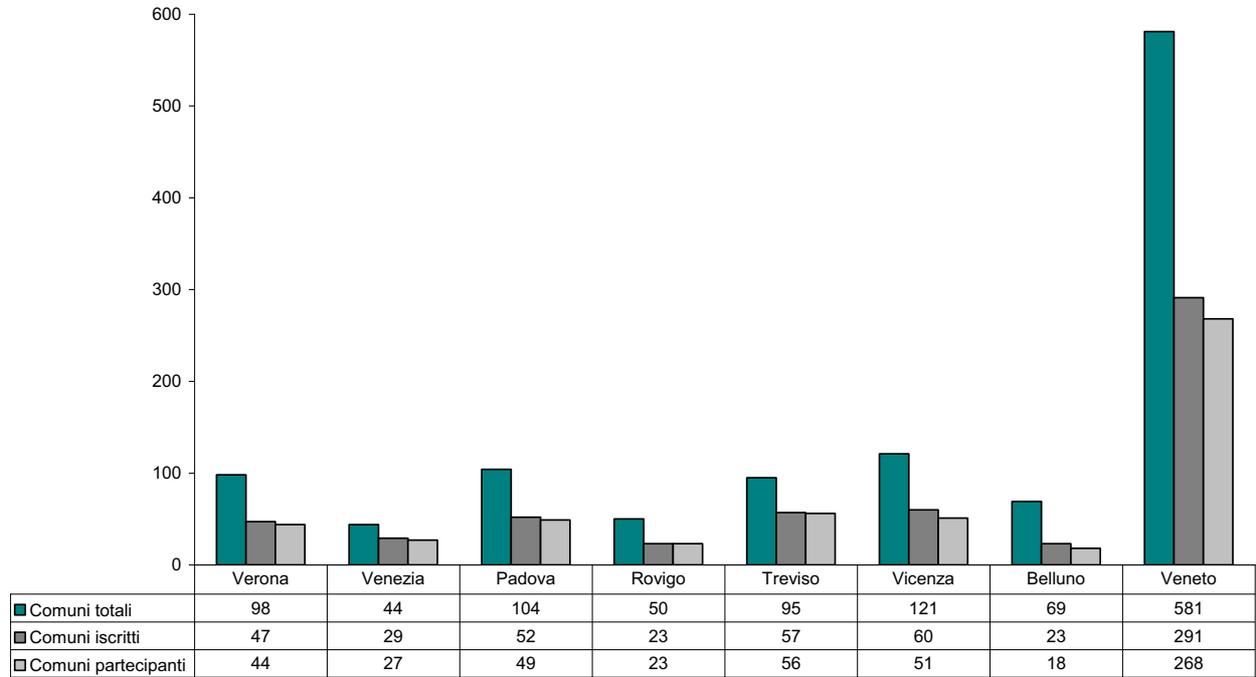
Posto che i Comuni sono tra i primi attori dell'applicazione della Legge Regionale n. 22/2002, dal momento che sono l'Autorità Competente a rilasciare l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento di tutte le strutture non soggette alla verifica di congruità con il Piano Socio Sanitario Regionale, oltre ad essere in molti casi titolari di strutture da autorizzare/accreditare, è emersa con forza la necessità di dare a tutti i Comuni del Veneto gli strumenti per interpretare nel modo più omogeneo e corretto possibile questo ruolo, individuando in questo passaggio un momento fondamentale di coerenza per tutto il sistema.

Scopo principale di questa attività formativa è stato illustrare in modo particolare le procedure di autorizzazione all'esercizio, con particolare riferimento a tutte le competenze e le attività in capo al singolo Ufficio Comunale.

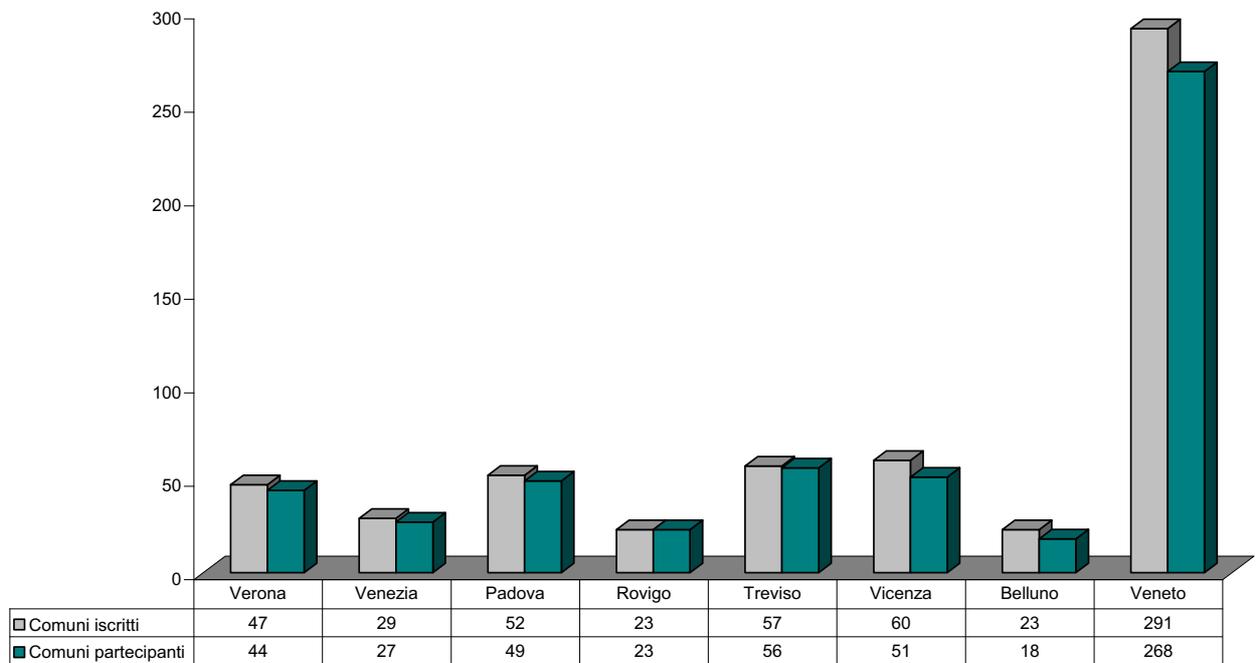
La scelta formativa si è orientata sull'utilizzo della Formazione a Distanza (FAD), mediante TV interattiva. L'intervento, in 4 diverse sessioni di 2 mezza giornate ciascuna, ha interessato un totale di 468 persone, scelte dai singoli Comuni tra il personale dedicato.

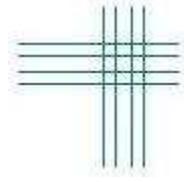


Comuni partecipanti alla Formazione a Distanza



Comuni iscritti e Comuni effettivamente partecipanti alla FAD





Tale attività ha peraltro permesso di costruire una anagrafica complessiva di tutti i referenti per la Legge Regionale n. 22/2002 nella rete dei Comuni del Veneto, con la conseguente possibilità di intrattenere con essi un rapporto di informazione privilegiato.

La formazione residenziale

Il secondo livello sul quale si è focalizzata l'attività formativa è indirizzato a comprendere come il procedimento di autorizzazione viene vissuto all'interno le strutture, ed in particolare la cosiddetta fase dell'*autovalutazione*.

Tale attività consente ad ogni struttura di effettuare una sorta di fotografia della propria organizzazione e di delineare i primi percorsi di miglioramento da intraprendere. Questa esperienza assume una complessità direttamente proporzionale a quella della struttura in oggetto, raggiungendo la sua massima difficoltà applicativa nel caso delle Aziende ULSS ed Ospedaliere.

Per questo motivo la Regione del Veneto ha offerto a tali aziende la possibilità di realizzare al proprio interno dei percorsi di due giornate per Facilitatori, con lo scopo precipuo di organizzare un primo gruppo di operatori cui affidare gli strumenti per intraprendere il percorso dell'autovalutazione, e sui quali far leva per veicolare le competenze nelle singole Unità Operative.

Nello specifico, tra il 2005 ed i primi mesi del 2006 sono state realizzate 23 edizioni di tale intervento formativo presso 11 Aziende ULSS, un'Azienda Ospedaliera e un Ospedale Classificato, per un totale di 653 operatori formati. A tali operatori, inoltre, viene offerta la possibilità di iscriversi all'elenco dei Facilitatori del Veneto, ovvero di divenire protagonisti dell'applicazione della Legge Regionale n. 22/2002 anche all'esterno della propria azienda.

La formazione di Facilitatori e Valutatori

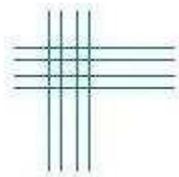
Facilitatori e Valutatori sono gli operatori principalmente coinvolti nell'applicazione della Legge Regionale. Tutti sono formati per l'attivazione dei percorsi di miglioramento in azienda e per l'espletamento delle fasi di autovalutazione. Se iscritti nell'Elenco regionale dei Facilitatori e nel Registro Regionale dei Valutatori, possono inoltre essere coinvolti nelle visite di verifica, rispettivamente per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale.

La formazione loro destinata, quindi, non può prescindere da un significativo approfondimento dell'applicazione della legge a partire dalle procedure per arrivare ad una piena acquisizione degli strumenti, in particolare del Manuale di Attuazione, che contiene tutti i requisiti previsti.

Sostanzialmente la formazione si è realizzata con due modalità:

- a. formazione integrativa, sia per Valutatori che per Facilitatori, di personale segnalato dalle Aziende e dalle Associazioni di riferimento tra chi avesse già acquisito nella propria esperienza professionale delle competenze specifiche in materia di Qualità.
- b. Corso/percorso per Facilitatori e Valutatori di 10 giornate formative con accesso regolato da bando pubblico.

Il personale formato è così suddiviso:



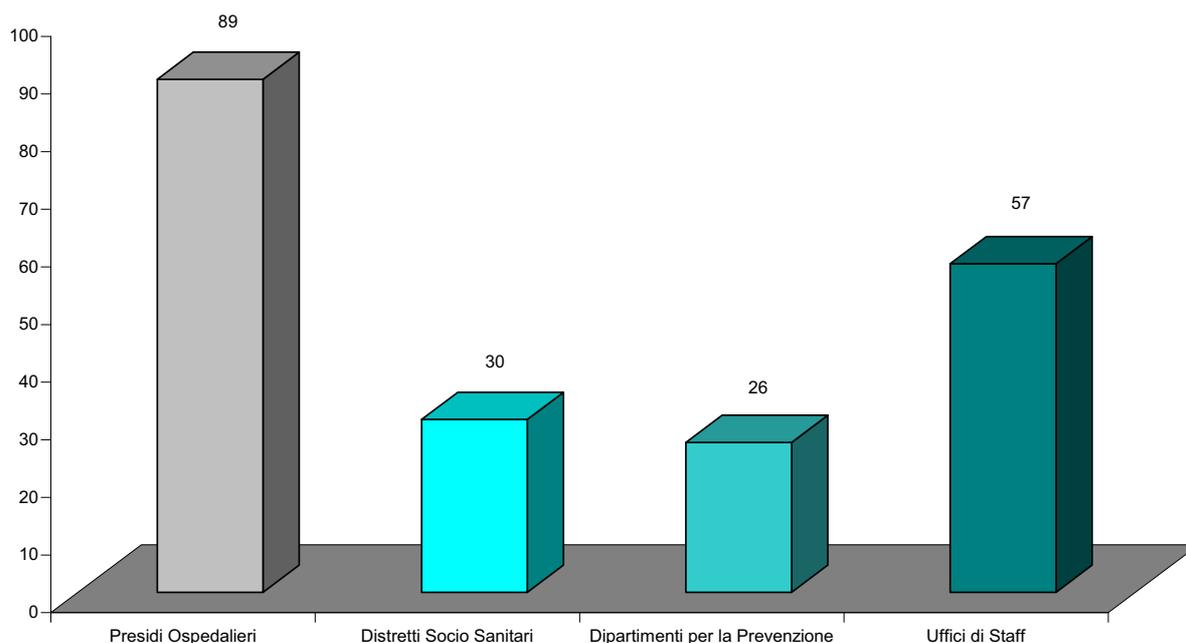
	ANNO 2005	ANNO 2006*	Totale
Corsi integrativi per Facilitatori	113 operatori	57 operatori	170 operatori
Corsi integrativi per Valutatori	75 operatori	39 operatori	114 operatori
Corso completo	68 operatori		68 operatori
Totale	256 operatori	96 operatori	352 operatori

* Primi sei mesi

La formazione sul campo

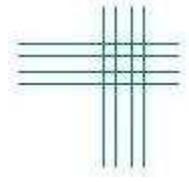
Una volta conseguito il titolo di Facilitatore e Valutatore, per essere inserito nell'apposito Registro Regionale l'operatore deve effettuare almeno due visite di verifica organizzate dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, in modo da integrare la propria formazione con un'esperienza diretta sul campo.

Valutatori formati per settore aziendale di appartenenza - Veneto 2005



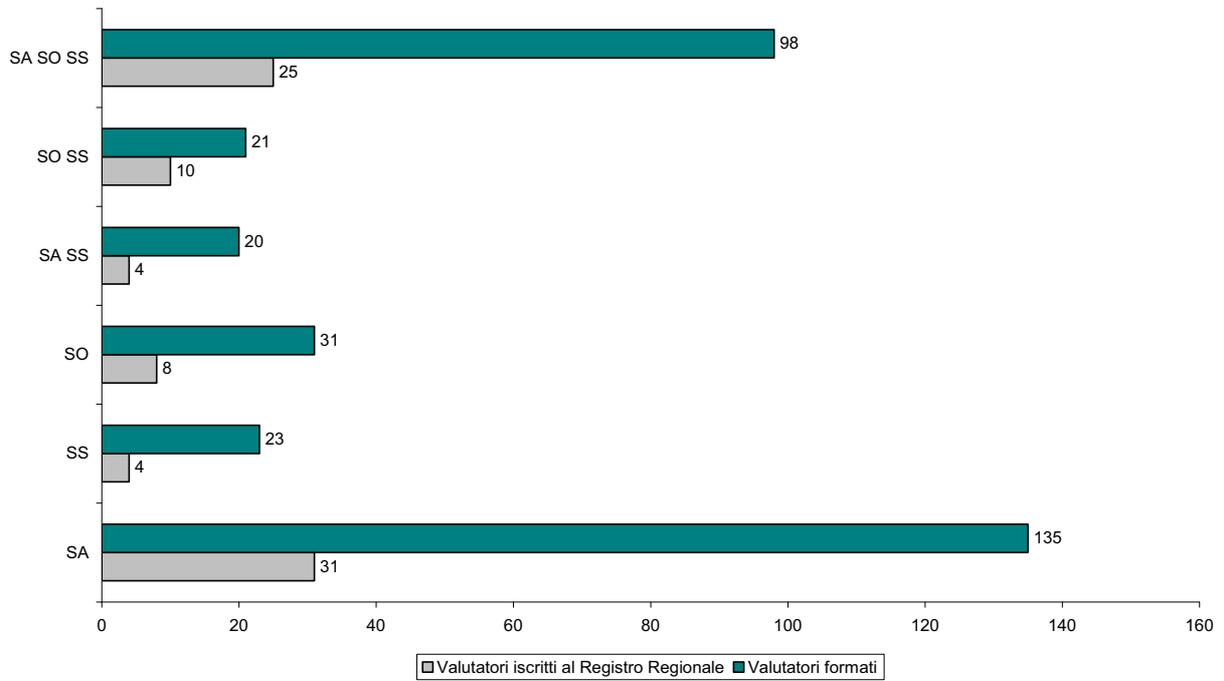
Nell'insieme dei Valutatori iscritti al Registro Regionale, sono evidenziati quelli che hanno maturato un'esperienza tale da svolgere il ruolo di Team Leader nelle visite di verifica. Infatti, per ogni visita di verifica effettuata, il Gruppo Tecnico Multiprofessionale (GTM) coordinato dall'ARSS è costituito:

- da un "Team leader" con attività di coordinatore e di guida autorevole e affidabile, con compiti anche di formatore sul campo circa le modalità di conduzione della visita.
- da "Facilitatori" in composizione variabile da 1 ad un massimo di 5 a seconda della tipologia e della complessità della struttura oggetto di verifica;

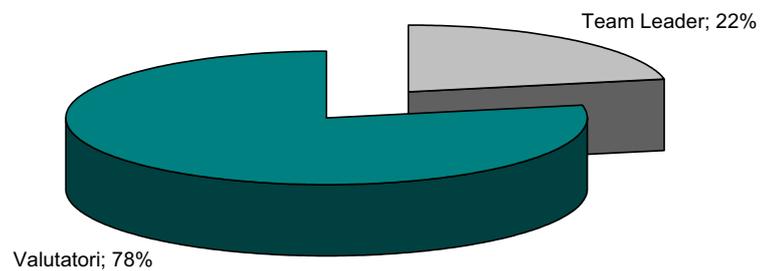


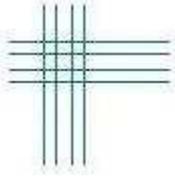
Da ciò ne consegue che il GTM ha una composizione variabile da 2 ad un massimo di 6 persone a seconda della complessità della struttura.

Ambito di attività dei Valutatori (dati aggiornati al 01.03.2006)



Percentuale Team Leader sul totale valutatori





Il Rischio Clinico

L'errore umano è una delle cause più frequenti di incidenti ed è presente in tutti i sistemi complessi, dove si svolgono attività ad alto contenuto professionale e tecnologico.

Le organizzazioni sanitarie devono individuare e analizzare i rischi presenti al loro interno, come premessa per strategie di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. I sistemi di segnalazione volontaria degli eventi avversi sono considerati fondamentali per la conoscenza dei rischi presenti in un'organizzazione.

In ragione di questo la Regione del Veneto ha stabilito, tra i requisiti richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie del Veneto, che:

- l'organizzazione adotta un'apposita scheda/reporting per la segnalazione degli eventi avversi
- esiste un Clinical Incident Reporting System operativo nell'organizzazione.

In particolare, l'applicabilità e la validità della scheda di segnalazione degli eventi avversi è stata sperimentata, in alcune Aziende ULSS del Veneto.

Il sistema di "Incident Reporting" si basa sulla segnalazione spontanea di evento avverso, inteso come accadimento connesso ad un insuccesso rilevato dagli operatori attraverso una scheda di segnalazione. La scheda utilizzata è una rielaborazione della scheda utilizzata nell'Australian Incident Monitoring System (AIMS). Per la registrazione ed elaborazione dei dati è stata realizzata un'apposita procedura informatica.

Hanno partecipato alla rilevazione otto Aziende Sanitarie del Veneto, per un totale di 25 unità operative ospedaliere. La distribuzione dei posti letto per area è la seguente: Terapie Intensive 61, Chirurgia 214, Medicine 157 e Materno infantili 171.

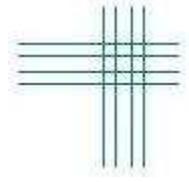
In totale sono state compilate 360 schede, di cui 156 (43%) relative a near-miss e 204 (57%) relative ad eventi avversi. I near-miss sono "quasi errori", ovvero errori che non hanno portato danno.

Si ricorda che la numerosità delle schede per area riflette la maggiore o minore propensione del personale a segnalare gli eventi considerati significativi per la sicurezza dei pazienti e non rispecchia la reale incidenza di eventi avversi, in quanto il sistema di incident reporting, per la sua stessa natura di volontarietà, non ha un valore epidemiologico.

I risultati della sperimentazione sono coerenti con i dati riportati dai principali studi internazionali che evidenziano come la gestione del farmaco sia un problema rilevante per la sicurezza dei pazienti. Anche se i dati sono ancora limitati ad un campione ristretto, rispetto alla numerosità e alla complessità delle strutture sanitarie del Veneto, sembra opportuno che la Regione promuova da subito l'identificazione e l'adozione di procedure/tecnologie idonee a prevenire gli errori nel campo della farmacoterapia.

"L'inadeguata prestazione assistenziale" comprende segnalazioni relative a prestazioni e situazioni molto diversificate, che spesso però hanno un fattore di rischio comune: l'inadeguata comunicazione tra i membri dello staff.

Si segnala inoltre il problema degli errori di identificazione dei pazienti, che nella nostra esperienza hanno comportato solo disagi organizzativi e limitati disagi per i pazienti (es. ripetizione di un prelievo di sangue), ma che sono la spia di un serio problema che potrebbe comportare gravi conseguenze per i pazienti.



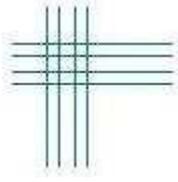
La formazione a distanza in "gestione del rischio clinico"

La formazione a distanza è oggi una realtà nel panorama degli strumenti didattici utilizzati per l'apprendimento e l'aggiornamento del personale sanitario e costituisce ormai un'opportunità irrinunciabile per le Aziende Sanitarie, che devono saper conciliare esigenze formative, tempi di erogazione e adempimenti contrattuali.

L'e-learning, in particolare, è in grado di abbattere le distanze fisiche e raggiungere grandi numeri di discenti, potendo essere utilizzato nei tempi e nei luoghi voluti, permettendo inoltre in ogni momento all'Azienda di controllare e valutare passo a passo sia l'utilizzo che l'apprendimento.

Tra le strategie della Regione del Veneto e delle Aziende sanitarie del Veneto per la gestione del rischio clinico, vi è la formazione del personale sanitario sulle tematiche del rischio clinico. Data la numerosità degli operatori potenzialmente interessati (medici ospedalieri, MMG, PLS, infermieri, ecc.) è particolarmente opportuna la possibilità di effettuare la formazione a distanza, con le caratteristiche esposte.

In tal senso, dalla collaborazione tra l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria e l'Azienda ULSS 8 di Asolo è nato un progetto di FAD sui temi della gestione del rischio clinico. La soluzione applicativa/tecnologica utilizzata è costituita dalla piattaforma per la gestione di centri di servizio multimediali per la teledidattica denominata *LearNet*, che integra diverse tecnologie abilitanti per la diffusione dei contenuti multimediali su Web.



6.3 Sistemi informativi: Integrazione per l'erogazione dei Servizi in Sanità

Descrizione dei fenomeni

Il Piano di azione di e-government (Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica - 22 giugno 2000) ha costituito per la Pubblica Amministrazione qualcosa di analogo ad una rivoluzione copernicana: esso ha sovvertito la rappresentazione fino ad allora diffusa del mondo delle amministrazioni pubbliche, ponendovi finalmente al centro il cittadino.

La catalogazione dei servizi secondo la metafora degli eventi di vita⁵ ha ricondotto l'attività degli uffici pubblici al suo referente immediato, le necessità degli utenti, ponendo a decisori ed amministratori nuovi obiettivi che mirano tutti ad un diverso rapporto tra P.A. e cittadino.

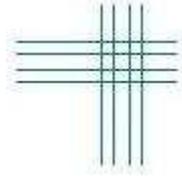
Nel nuovo paradigma, la facilità di accesso ai servizi diviene l'elemento essenziale, secondo una direzione di sviluppo che porta a compimento sul versante dell'organizzazione la riforma del procedimento amministrativo avviata dalla Legge n. 241/1990. È inutile sottolineare come agli esiti di questo processo di revisione istituzionale sia legato il contenuto di democraticità dell'agire degli uffici.

Principi quali quello secondo cui "il cittadino non dovrà conoscere come lo Stato è organizzato per l'erogazione dei servizi o a quali amministrazioni si deve rivolgere, ma potrà richiedere servizi esclusivamente in base alle proprie esigenze, non in base alla conoscenza di quale amministrazione fa che cosa", unitamente a quello, parimenti impegnativo, per cui "il cittadino potrà ottenere ogni servizio pubblico cui ha titolo rivolgendosi ad una qualsiasi amministrazione di front-office abilitata al servizio, indipendentemente da ogni vincolo di competenza territoriale o di residenza", o infine quello secondo cui "il cittadino dovrà poter comunicare solo una volta all'Amministrazione, nel momento in cui si verificano, le variazioni che corrispondono ad eventi della vita propria o quando ne ha titolo della vita di terzi [con l'effetto che questa] comunicazione produrrà automaticamente tutti gli eventi conseguenti", impongono una rivisitazione complessiva di tutti i settori della pubblica amministrazione.

Secondo il gergo tecnico, si tratta di avviare un percorso di reingegnerizzazione (in base alle metodologie BPR, Business Process Reengineering) capace di ristrutturare l'intera organizzazione, anche nel rapporto tra uffici istituzionalmente distinti, secondo una logica orientata al processo, inteso come l'insieme delle attività finalizzate alla realizzazione di un servizio finale direttamente destinato all'utente.

Condizioni necessarie sotto il profilo tecnico affinché si determini il risultato descritto, anch'esse definite dal Piano, sono che tutte le amministrazioni siano dotate di un sistema informativo progettato anche per l'erogazione di servizi ai sistemi informativi delle altre

⁵ Dall'allegato n. 1 al bando di E-government "front office e servizi di E-government per cittadini ed imprese": "per facilitare il processo di fruizione dei servizi, la loro erogazione non sarà strutturata in base all'organizzazione della PA, ma alle necessità dell'utente. Per questo motivo il modello di riferimento prevede l'utilizzo di una metafora di comunicazione [...]. Il Dipartimento, con riferimento ad analoghe esperienze europee, ha sviluppato una metafora di comunicazione comune per cittadini ed imprese, basata sul concetto di "Eventi della vita". [...]. Per i cittadini sono proposte 15 categorie di eventi della vita: 1. Essere cittadino; 2. Avere un figlio; 3. Avere una famiglia; 4. Vivere in salute; 5. Abitare; 6. Studiare; 7. Lavorare; 8. Percepire la pensione; 9. Pagare le tasse; 10. Fare e subire una denuncia; 11. Usare un mezzo di trasporto; 12. Vivere il tempo libero e la cultura; 13. Fare sport; 14. Andare all'estero; 15. Vivere l'ambiente.



amministrazioni (interoperabilità); che i sistemi informativi di tutte le amministrazioni siano connessi tramite una rete tra pari (telecomunicazione); che l'identificazione (autenticazione) del richiedente il servizio (cittadino o impresa) sia effettuata in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Applicati nello specifico al settore della sanità, questi obiettivi si legano ad altri due principi fondamentali: il diritto del cittadino alla continuità di cura, che significa sostanzialmente la necessità dell'interazione costante tra gli attori coinvolti nel processo di assistenza, indipendentemente dal livello cui le diverse prestazioni erogate distintamente afferiscono (tema che a sua volta assume spesso la declinazione specifica della cd. "integrazione ospedale-territorio"), ed il diritto alla libertà di scelta, che pone la necessità della massima trasparenza nell'informazione relativa all'offerta complessiva del sistema.

È a quest'ultimo concetto che fa riferimento il progetto della Regione del Veneto per l'integrazione dei sistemi informatizzati di prenotazione (CUP).

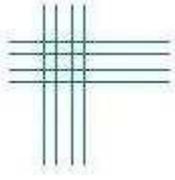
L'analisi che ha orientato la definizione delle scelte architettoniche della soluzione ha mosso dalla constatazione del grado di maturità raggiunto dai sistemi informativi delle ventitré Aziende sanitarie del Veneto, ciò che ha impedito, almeno in prima battuta, l'adozione di una strategia volta alla realizzazione del CUP regionale mediante l'adozione generalizzata di un'unica soluzione software.

La complessità del problema risulta ancora più evidente quando si consideri l'integrazione dell'applicazione di prenotazione con le altre componenti di un sistema informativo aziendale. In un disegno di architettura coerente, il CUP non costituisce una realtà a sé stante, ma rappresenta uno degli snodi di un complessivo flusso di lavoro che vede interagire gli strumenti di anagrafe, i sistemi di laboratorio e di radiologia, il sistema di cassa, ecc., sicché la sostituzione generalizzata del software di prenotazione determinerebbe, a cascata, la reingegnerizzazione di "n" interfacce verso altri sistemi dipartimentali.

Di qui la decisione di agire adottando gli strumenti della cooperazione applicativa (specifiche del SPCC Sistema Pubblico di Connettività e Cooperazione del CNIPA – Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione), che consente di giungere all'effetto desiderato limitando al minimo l'impatto del progetto sulle singole realtà aziendali. Cardine del concetto di cooperazione è infatti l'idea di realizzare l'integrazione dei servizi mettendo a sistema le funzionalità delle soluzioni software già in esercizio, obiettivo che è perseguibile mediante la definizione di uno standard di colloquio inter-amministrativo per la condivisione dei servizi.

L'analisi si è dunque focalizzata sulla descrizione delle funzionalità del sistema CUP, al fine di individuarne le componenti di livello esclusivamente aziendale, distinguendole da quelle che vanno condivise in cooperazione, e dunque standardizzate, per realizzare l'obiettivo dell'integrazione.

Tra le prime, strettamente legate ad ogni singola Azienda, sono compresi i servizi di definizione e gestione dell'offerta. Si tratta delle funzionalità dirette alla composizione delle agende su cui sono effettuate le prenotazioni, che vengono implementate mediante un percorso che, in sintesi, vede la definizione delle prestazioni erogabili (associate ciascuna ad un prezzo – tariffario – e ad un insieme di altri parametri quali la branca, la durata, le eventuali restrizioni all'accesso, ecc.), il censimento delle unità erogatrici, la definizione di un calendario generale, ed infine la composizione di uno o più piani di lavoro per ciascuna unità erogatrice, in genere settimanali, che rappresentano l'agenda specifica su cui saranno effettuate le prenotazioni, con indicazione delle prestazioni erogabili, della tipologia di pazienti e/o di prenotazioni accettabili, dei punti di prenotazione abilitati, ecc.



Tra le funzionalità che al contrario possono proficuamente essere utilizzate in modalità inter-aziendale va ovviamente ricompreso il servizio di prenotazione, che a sua volta può essere articolato in più funzioni elementari.

Si giunge così al nucleo essenziale del progetto, che ha riguardato la definizione dello standard inter-amministrativo per la produzione dei documenti digitali che vengono generati e scambiati dalle diverse applicazioni aziendali per la gestione in cooperazione delle fasi del processo di prenotazione.

L'analisi dunque si è concentrata sull'individuazione di tali servizi elementari, che sono descrivibili nel modo seguente (per ogni servizio, la transazione prevede un flusso di richiesta inoltrato da un CUP locale ad un CUP remoto ed un flusso di risposta generato dal CUP remoto verso il CUP locale):

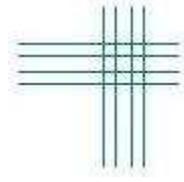
- a) servizio di erogabilità: restituisce al CUP locale l'elenco delle prestazioni erogabili dal CUP remoto. Si tratta dunque della funzionalità che consente di risalire all'informazione relativa alla disponibilità di una data prestazione nell'ambito di un insieme di agende gestite da un distinto sistema di prenotazione;
- b) servizio di disponibilità: attivato da una richiesta inoltrata da un CUP locale in relazione ad un certa prestazione, restituisce, per la prestazione richiesta, l'elenco delle prime disponibilità offerte dagli erogatori del CUP remoto;
- c) servizio di prenotazione: date le disponibilità, effettua la prenotazione sull'agenda del CUP remoto, restituendo al CUP locale e all'assistito tutte le informazioni necessarie;
- d) servizio di consultazione della lista degli appuntamenti: restituisce la lista delle prenotazioni effettuate da un dato utente sulle agende del CUP remoto;
- e) servizio di annullamento della prenotazione: procede alla cancellazione di un dato appuntamento effettuato su un'agenda del CUP remoto;
- f) servizio di identificazione dell'assistito: restituisce la posizione anagrafica di un assistibile presente nell'anagrafe CUP o nell'anagrafe degli assistiti del dominio remoto.

Per ciascuno dei flussi descritti è stato dunque definito uno standard di documento digitale contenente tutte le informazioni necessarie alla completa integrazione del servizio di prenotazione.

Dal punto di vista strettamente tecnologico, la soluzione si basa su un'infrastruttura di cooperazione applicativa realizzata secondo le direttive del CNIPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione), dotata di porte di dominio attestata presso le singole Aziende sanitarie. La messaggistica è veicolata da buste di E-government anch'esse conformi agli standard nazionali.

Tutte le componenti descritte sono state sviluppate nell'ambito del progetto di E-government della Regione del Veneto per l'area della Sanità e dunque, come previsto dalla convenzione stipulata con il Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, sono liberamente accessibili (secondo la logica open source) agli enti che siano interessati al loro utilizzo, e sono state conferite come "offerte di riuso" ai fini della predisposizione del "catalogo delle soluzioni di e-government"⁶.

⁶ Si fa riferimento all'"Avviso per la presentazione delle offerte di riuso e la realizzazione del catalogo delle soluzioni di e-government", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 253 del 27 ottobre 2004, relativo alla seconda fase di realizzazione dell'E-government, che prevede la costituzione di un catalogo delle offerte di riuso proposte dai progetti



Ovviamente, altamente critica ai fini della fattibilità di questo percorso è, prima ancora dell'aspetto tecnico-informatico, la questione della completa standardizzazione a livello inter-aziendale delle modalità di gestione delle agende e delle prestazioni. Ci si riferisce qui ad un complesso di questioni sia di natura organizzativa, quali la scelta del criterio di gestione dell'agenda, sia di tipo clinico, quali la definizione dei nomenclatori e dei sistemi di classificazione (che una volta allineati devono essere costantemente aggiornati in modalità uniforme), o la presenza di eventuali vincoli gerarchici o funzionali tra tipologie di prestazioni (accade ad esempio che una certa prestazione direttamente prenotabile e singolarmente erogabile in alcuni contesti, non lo sia in altri, dove al contrario è stabilito che la sua erogazione avvenga a discrezione del clinico a seguito del compimento di un'altra prestazione), ecc.

Non ultimo rileva l'aspetto della completa condivisione del progetto con le Direzioni Strategiche delle Aziende coinvolte. In effetti, se l'obiettivo finale dell'iniziativa è l'abbassamento medio dei tempi di attesa per effetto della più efficiente utilizzazione delle risorse, è altrettanto vero che la completa trasparenza delle informazioni relative alle disponibilità può rendere più complessa a livello aziendale la gestione dei tempi di erogazione, soprattutto nei contesti dove sia più forte il potenziale di attrazione delle strutture. Viceversa, nelle realtà produttivamente più deboli, l'effetto può essere quello di una più forte mobilità passiva, ovvero dell'intensificarsi dei flussi di uscita della popolazione residente verso altre Aziende di erogazione.

In effetti, questi aspetti risultano essere quelli più critici ai fini del completo successo del progetto. In tal senso, l'esperienza consiglia di agire per gradi, con il costante coinvolgimento delle Direzioni sanitarie, ampliando progressivamente la gamma delle prestazioni disponibili in cooperazione e lavorando parallelamente alla standardizzazione delle modalità operative di gestione. Ciò condurrà all'entrata a regime dal 1 gennaio 2006.

Infatti, le azioni inerenti l'integrazione delle applicazioni di prenotazione informatizzata delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto rientrano in un disegno molto più ampio, che si articola e si sviluppa con la collaborazione delle Aziende Sanitarie del Veneto.

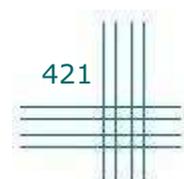
L'impostazione strategica di fondo si fonda su due indicazioni:

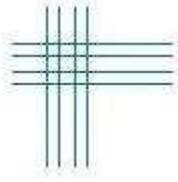
- da un lato si tratta di riconoscere, valorizzare ed estendere le migliori realizzazioni (best practices) poste in campo dalle Aziende Sanitarie, continuando a far leva sulle capacità organizzative, gestionali e progettuali delle Aziende;
- dall'altro occorre definire un contesto di standard semantici e tecnologici che permetta di realizzare concretamente l'integrazione delle basi-dati e dei servizi dei singoli sistemi informativi.

La strategia adottata si raccorda con l'impostazione seguita a livello nazionale nell'Accordo Quadro tra Governo e Regioni sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale - NSIS - approvato dalla Conferenza per i Rapporti Stato-Regioni. L'NSIS è infatti definito come sistema informativo unitario, derivante dalla cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali.

Definiti questi obiettivi ed indirizzi, l'azione dell'Amministrazione regionale sta procedendo, seguendo una logica di priorità definita in rapporto al valore aggiunto acquisibile per effetto della cooperazione, alla definizione degli standard di integrazione dei sistemi informativi, e alla loro adozione nell'ambito dei diversi progetti regionali in corso.

cofinanziati dal primo avviso di E-government, ai fini della successiva presentazione e realizzazione di "progetti di riuso" da parte delle Amministrazioni interessate.





Un fondamentale contributo al conseguimento di questi risultati è derivato dall'attuazione dei **progetti IESS e TELEMED ESCAPE**, co-finanziati dal Dipartimento Innovazione e Tecnologie in attuazione del primo bando di e-government, che hanno condotto alla realizzazione di soluzioni di integrazione, sviluppate in piena conformità alle indicazioni del livello nazionale, nonché alla definizione di standard organizzativi e semantici finalizzati all'armonizzazione dei flussi di lavoro delle Aziende Sanitarie.

Un altro importante risultato conseguito mediante i progetti di e-government è costituito dalla realizzazione del sistema di **Fascicolo Sanitario Personale** (FASP), che, già presente in via prototipale presso le Aziende direttamente partecipanti all'iniziativa, è in via di estensione a tutto il territorio regionale.

In un'azienda sanitaria risalire in modo tempestivo a tutte le informazioni sanitarie ed amministrative di un utente è un problema complesso, poiché i documenti clinici da consultare sono in genere distribuiti su più sistemi non integrati.

Ancora più complesso è ovviamente il problema della condivisione della documentazione in ambito inter-aziendale, necessaria visto il fenomeno della mobilità dei pazienti. D'altra parte l'accesso, opportunamente protetto, alle informazioni che costituiscono la storia clinica del paziente è presupposto fondamentale per assicurare la continuità dei processi di cura ed assistenza, ed altresì per evitare se possibile il ripetersi di prestazioni o indagini cliniche non necessarie.

La soluzione sviluppata permette di giungere all'allestimento del Fascicolo Sanitario Personale con modalità non intrusive e dunque compatibili con gli assetti organizzativi e tecnologici in essere, integrando i sistemi esistenti. L'architettura implementata richiede al sistema gestionale (ad esempio il sistema di archiviazione dei referti o di accettazione ospedaliera) di notificare al sistema di Fascicolo Sanitario Personale ogni modifica del suo stato derivante da attività di aggiornamento (per la disponibilità, ad esempio, di un nuovo documento clinico).

L'infrastruttura realizzata è dunque estendibile ad ogni contenuto informativo o tipologia di evento con l'unico prerequisito di una classificazione omogenea del dato e della disponibilità di un'infrastruttura di interoperabilità in grado di garantire il dialogo tra i sistemi a livello fisico e semantico.

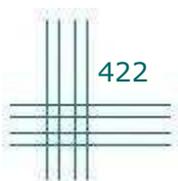
Un'ulteriore importante realizzazione riguarda la **gestione del processo di distribuzione informatizzata dei referti**.

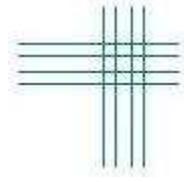
La soluzione, sviluppata nell'ambito del progetto TELEMED ESCAPE, è stata implementata per rispondere alle esigenze delle Aziende Sanitarie dove si produce un gran numero di documenti, i quali generalmente vengono dapprima elaborati e prodotti con strumenti informatici, poi stampati su carta per la validazione, ed infine firmati dai responsabili e trasmessi ai riceventi, senza sfruttare appieno il valore aggiunto della tecnologia informatica e telematica. La soluzione implementata realizza un flusso di gestione dei documenti clinici interamente di tipo digitale, ed è basata su componenti finalizzate alla firma, trasmissione, conservazione ed estrazione dei referti.

Il progetto ha una ricaduta evidente sul livello di servizio offerto al cittadino, sia dal punto di vista della tempestività della comunicazione, sia rispetto alla possibilità di evitare trasferimenti finalizzati esclusivamente al ritiro della documentazione.

In particolare, i canali di distribuzione dei referti offerti al cittadino sono:

Estrazione tramite Internet: al momento della prenotazione degli esami viene assegnato un codice che permette al cittadino di accedere ai risultati dei propri esami tramite un web-service pubblicato in internet. Il server che ospita la pagina internet al momento dell'inserzione del





codice si collega al repository temporaneo dei referti che fa una ricerca dei referti legati a quel codice e della loro firma ed invia i risultati al server che ospita la pagina Internet, rendendo così possibile la visualizzazione degli stessi.

Invio a domicilio attraverso PEIE (Posta Elettronica Ibrida Epistolare): i referti vengono inviati in formato elettronico, tramite connessione sicura, alle centrali PEIE che si occupano di stampare, imbustare i documenti e di inviarli tramite posta al domicilio degli assistiti.

Ritiro presso gli sportelli territoriali: un software appositamente realizzato permette agli operatori degli sportelli di accedere ai referti degli assistiti che ne fanno richiesta. Gli assistiti hanno la possibilità di recarsi presso qualsiasi sportello territoriale indipendentemente dal punto in cui è stata effettuata l'accettazione.

Estrazione presso il Medico di Medicina Generale (MMG): i MMG possono accedere ai referti dei propri assistiti (mediante autenticazione con smart card). Il software che si occupa dell'invio dei referti (sender), che conosce tutti i MMG abilitati, interroga il server dedicato per controllare se ci sono nuovi referti da inviare. Nel caso ciò succeda, il sender crea (per ogni referto presente) un documento XML contenente: il referto cifrato, il portachiavi e una copia della CRL (Certificate Revocated List).

Ulteriore finalità della soluzione è quella di introdurre una nuova struttura del referto per soddisfare le crescenti necessità di trasmissione ed elaborazione dei dati clinici, in un contesto più ampio che permetta, tramite l'adozione di uno schema standardizzato del documento e di regole condivise per la nomenclatura ed identificazione delle prestazioni, di far interagire i sistemi in modo completo, con l'acquisizione dei contenuti, oltreché dell'immagine, dei documenti. Si è lavorato dunque per uniformare il "linguaggio" utilizzato dai diversi laboratori al fine di permettere lo scambio di informazioni tra gli stessi e con altri sistemi.

Il lavoro dunque ha permesso di conseguire due obiettivi ben precisi:

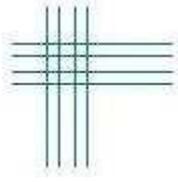
- a) **l'adozione di un nomenclatore unico** e standardizzato per le prestazioni di laboratorio, secondo lo standard internazionale LOINC;
- b) **l'integrazione con lo schema di referto comune** sviluppato secondo l'ultima versione rilasciata dello standard CDA, attualmente CDA release 2.0.

Tutte le componenti descritte sono state sviluppate nell'ambito dei progetti di e-government della Regione del Veneto per l'area della sanità e dunque, come previsto dalla convenzione stipulata con il Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, sono liberamente accessibili agli enti interessati al loro utilizzo, potendo formare oggetto di nuove iniziative finalizzate al "riuso" delle soluzioni presso altre organizzazioni.

Di particolare interesse sono anche le iniziative che riguardano l'area ospedaliera. Ci riferiamo al progetto denominato "**informatizzazione della terapia farmacologica in ospedale**", co-finanziato dal Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 12 del Decreto Legislativo 502/1992.

Partendo dalla constatazione che l'innovazione tecnologica consente di realizzare soluzioni di completa informatizzazione del processo prescrittivo, il progetto mira a definire soluzioni standard destinate a valere per l'intero Sistema Socio Sanitario Regionale. Da questo punto di vista gli obiettivi specifici sono:

- migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, anche tramite la riduzione degli errori farmacologici;
- fornire al prescrittore e all'infermiere un supporto di aggiornamento sui farmaci validato e di accesso immediato;



- controllare e ridurre le scorte di reparto;
- istituire un osservatorio regionale sulle terapie prescritte negli ospedali.

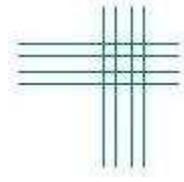


Nella sostanza il processo si articola in questo modo:

- Il medico prescrive il farmaco (o i farmaci) al letto del paziente mediante supporto informativo (palmare);
- L'infermiere prepara il carrello e registra la somministrazione accedendo alla cartella del singolo paziente o ad una lista dei pazienti in reparto;
- Il Coordinatore Infermieristico verifica le richieste di farmaci alla farmacia in base al prescritto (monitoraggio e riduzione delle scorte in tempo reale);
- La farmacia ospedaliera effettua un'ulteriore verifica ed invia al Reparto ospedaliero la quantità di farmaci richiesta.

Da questa prima esperienza di informatizzazione della terapia a livello regionale gli elementi che vengono in rilievo sono:

- il flusso dati dalle prescrizioni informatizzate fornisce un dato qualitativo sul singolo paziente e la relativa terapia;
- il flusso dati delle prescrizioni informatizzate è complementare al flusso consumi e ai dati dalle schede Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regione del Veneto;
- l'interfaccia con i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera e amministrativi permette di formulare ipotesi di analisi sulle prescrizioni e sul consumo di farmaci;
- l'istituzione di un osservatorio permanente ed esteso a tutti i reparti/Aziende sanitarie del Veneto consentirebbe di fruire delle grandi opportunità di realizzazione e sviluppo di studi epidemiologici.



Oltre alle iniziative e alle azioni descritte, possiamo infine segnalare il **progetto STEP**, attivato nelle quattro Aziende ULSS della Provincia di Vicenza (Vicenza, Arzignano, Bassano e Thiene), con l'obiettivo di creare un sistema di comunicazione per la telerefertazione e i teleconsulti tra gli ospedali, efficiente e sicuro al fine di potenziare la condivisione dei saperi e dei protocolli diagnostico-terapeutici. Lo scambio di informazioni, di immagini radiologiche, di tracciati elettrocardiografici, di dati anamnestici prevede anche l'utilizzo di applicazioni di videocomunicazione e di videoconferenza in alta definizione, via satellite o rete, per telemedicina, teleconsulto e didattica.

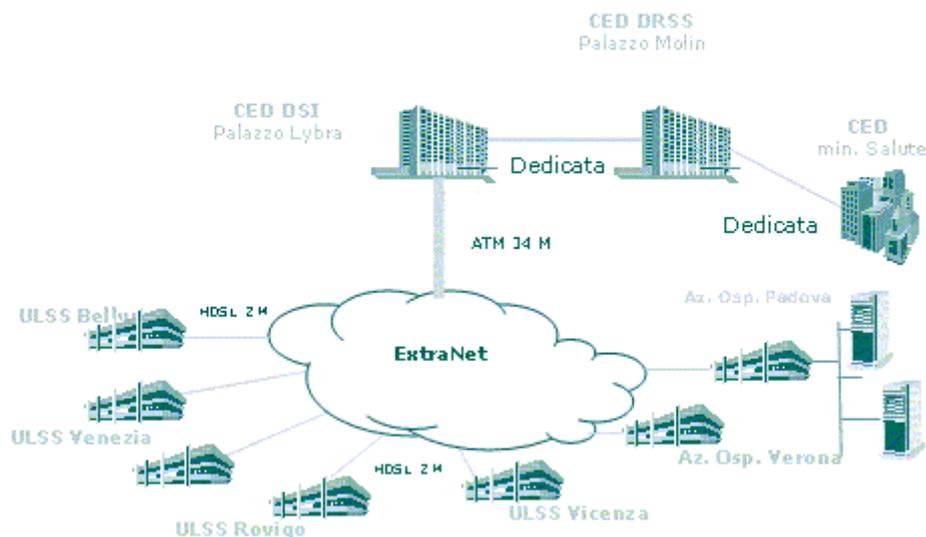
Data Warehouse regionale per il settore Sanità e Sociale

La Regione del Veneto ha sempre dimostrato particolare sensibilità per il Sistema Informativo Socio Sanitario, potendo vantare il primato di aver definito per prima, con molti anni di anticipo rispetto all'attivazione del flusso nazionale, le regole per la raccolta dei dati di attività ospedaliera.

A questa iniziativa hanno fatto seguito le disposizioni che, sempre in anticipo rispetto allo scenario nazionale, hanno normato i sistemi informativi della psichiatria territoriale (1998), della residenzialità extra-ospedaliera (2001), dell'assistenza domiciliare integrata (2004).

Rete Regionale delle Aziende Sanitarie

La soluzione proposta consente la connettività diretta tra le Aziende sanitarie su un piano paritetico, nonché l'elezione di una qualsiasi Azienda Sanitaria al ruolo di server regionale per particolari ambiti applicativi.

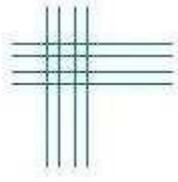


Popolamento del Sistema Informativo di Governo

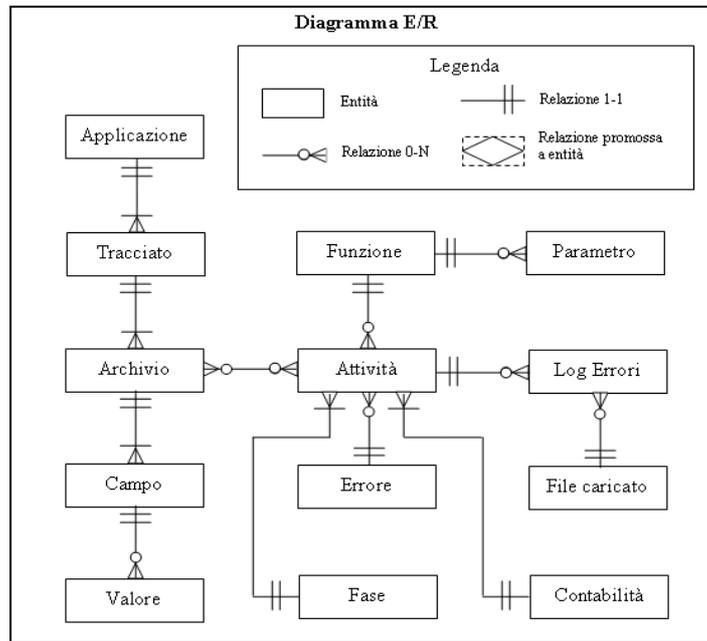
I flussi informativi generati dalle Aziende Sanitarie giungono alla Regione mediante la rete telematica del settore socio sanitario regionale e sono oggetto di attività di controllo, secondo regole definite.

La validazione dei flussi informativi

Le applicazioni di validazione adottano un approccio innovativo che rende completamente parametrizzate le funzioni di archiviazione e controllo. Il codice è stato "spogliato" della logica



di definizione dei flussi che è stata implementata mediante un sistema di tabelle contenenti le informazioni necessarie alla gestione dei flussi (metadati).



Le applicazioni consistono di funzioni generalizzate che acquisiscono gli attributi necessari dal sistema di metadati. L' introduzione di nuovi flussi o la revisione dei flussi correnti non richiede ora alcun intervento di manutenzione del software.

L'esito delle attività di controllo viene comunicato on line alle Aziende Sanitarie, che procedono alla correzione degli errori.

Gestione flussi sanitari - Microsoft Internet Explorer

REGIONE DEL VENETO Gestione flussi sanitari - ADI Chiudi Info

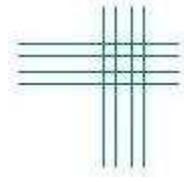
[Torna alla selezione funzionalità flusso ADI](#)
[Torna alla selezione flusso](#)
[Indietro](#)

Errori sui dati, per tipologia di controllo

Parametri impostati Trimestre d'invio: 3 Codice Ente inviante: 100 Prg. File: 768 Anno di riferimento: 2005

Pagina 1

Prg. Controllo	Azienda inviante	Tracciato	Descrizione Errore	Num. di errori	Percentuale righe errate	Campo Errato	Gravità	Data validazione
33	100 -	Valutazioni	Data valutazione non appartiene al trimestre in esame.	38	2%	Data valutazione	E - Errore bloccante per il singolo record	19 settembre 2006
36	100 -	Valutazioni	Data ultima UVMID errata.	1	0%	Data ultima UVMID	W - Errore bloccante per il singolo campo	19 settembre 2006
37	100 -	Valutazioni	Data ultima UVMID > data valutazione.	47	2%	Data ultima UVMID	E - Errore bloccante per il singolo record	19 settembre 2006
43	100 -	Valutazioni	Codice svama mobilita' errato.	144	6%	SVAMA mobilita' (VMOB, se valutata)	W - Errore bloccante per il singolo campo	19 settembre 2006
47	100 -	Valutazioni	Codice svama sanitario errato.	432	18%	SVAMA sanitario (VSAN, se valutata)	W - Errore bloccante per il singolo campo	19 settembre 2006
48	100 -	Valutazioni	Codice svama sociale assente.	1	0%	SVAMA sociale (VSOC, se valutata)	W - Errore bloccante per il singolo campo	19 settembre 2006
49	100 -	Valutazioni	Codice svama sociale errato.	341	14%	SVAMA sociale (VSOC, se valutata)	W - Errore bloccante per il singolo campo	19 settembre 2006



Il Data Warehouse

A partire dalle basi-dati di gestione, si procede alla generazione degli "star schema" (basi-dati aggregate secondo le dimensioni di analisi rese disponibili per la navigazione multidimensionale dall'ambiente di reportistica), che sono forniti al sistema OLAP (On Line Analytical Processing) di Data Warehouse.



Moduli disponibili:

SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera)

Specialistica Ambulatoriale

Tempi di Attesa

Spesa farmaceutica

RSA

Assistenza Domiciliare

Mortalità

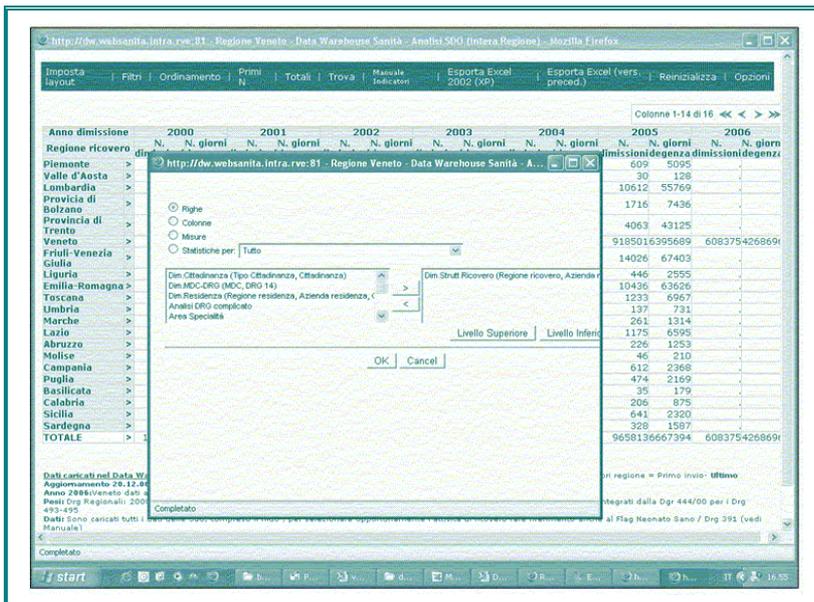
CEDAP (Nati)

IVG

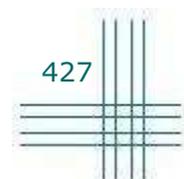
Aborti Spontanei

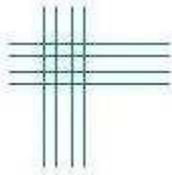
Esenzioni

Il sistema consente all'utente la completa personalizzazione dei report prodotti sotto il profilo delle dimensioni di analisi e dell'universo di indagine, permettendo la navigazione multidimensionale delle basi-dati.



La funzionalità "Imposta Layout" permette la scelta delle variabili; quella di "Filtro" consente di utilizzare le dimensioni per definire l'universo della ricerca.





Esempio di navigazione mediante *drill down* di variabile gerarchizzata.

Regioni ricovero: Veneto	
Regioni residenza: Veneto	
Anno dimissione: 2005	
Regioni residenza: Veneto	
Regioni ricovero	N. dimissioni
Regioni residenza	N. giorni degenza
Veneto	836597
TOTALE	836597

Regioni ricovero: Veneto				
Regioni residenza: Veneto				
Anno dimissione: 2005				
Regioni residenza: Veneto				
Regioni ricovero	Azienda ricovero	N. dimissioni	N. giorni degenza	TOTALE
	101. BELLUNO	21131	171321	21131
	102. FELTRE	13449	107558	13449
	103. BASSANO D. GRAPPA	22031	166462	22031
	104. THIENE	23986	151764	23986
	105. ARZIGNANO	24379	159136	24379
	106. VICENZA	57708	408571	57708
	107. PIEVE DI SOLIGO	33996	223462	33996
	108. ASOLO	36553	219097	36553
	109. TREVISO	70269	530420	70269
	110. S. DONA' DEL PIAVE	27853	181423	27853
	112. VENEZIA-MESTRE	58218	517743	58218
	113. MIRANO	38175	237036	38175
	114. CHIOGGIA	22626	138585	22626
	115. CITTADELLA	37016	264921	37016
	116. PADOVA	33372	257224	33372
	117. ESTE	21498	149806	21498
	118. ROVIGO	28563	221343	28563
	119. ADRIA	15509	103542	15509
	120. VERONA	21651	177580	21651
	121. LEGNAGO	24684	172143	24684
	122. BUSSOLENGO	64590	357934	64590
	901. A.O. PADOVA	71174	444706	71174
	902. A.O. VERONA	68166	496780	68166
	TOTALE	836597	5858557	836597
TOTALE		836597	5858557	836597

Il report può essere esportato in formato excel.

Apertura di KIFDLVJ3.xls

Si è scelto di aprire

KIFDLVJ3.xls

che è un: Foglio di lavoro di Microsoft Excel

da: http://dw.websanita.intra.rve:81

Cosa deve fare Firefox con questo file?

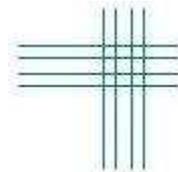
Apriilo con: Microsoft Office Excel (predefinita)

Salva su disco

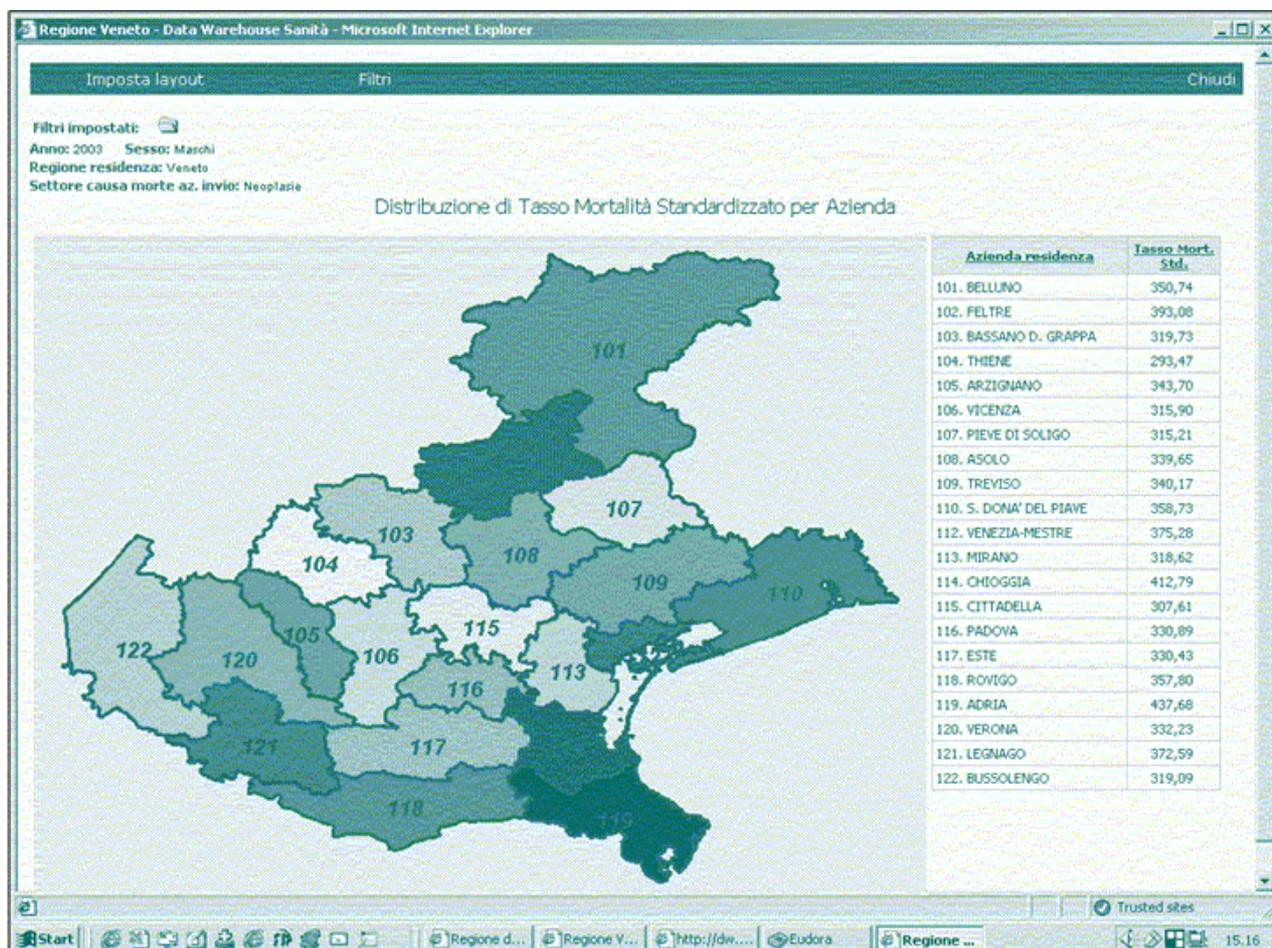
Da ora in avanti esegui questa azione per tutti i file di questo tipo.

OK Annulla

Regioni ricovero: Veneto			
Regioni residenza: Veneto			
Anno dimissione: 2005			
Regioni residenza: Veneto			
Regioni ricovero	N. dimissioni	N. giorni degenza	TOTALE
	1321	21131	21131
	7558	13449	13449
	6462	22031	22031
	1764	23986	23986
	9136	24379	24379
	8571	57708	57708
	3462	33996	33996
	9097	36553	36553
	70420	70269	70269
	1423	27853	27853
	7743	58218	58218
	7036	38175	38175
	8585	22626	22626
	4921	37016	37016
	7224	33372	33372
	21498	149806	21498
	28563	221343	28563
	15509	103542	15509
	21651	177580	21651
	24684	172143	24684
	64590	357934	64590
	71174	444706	71174
	68166	496780	68166

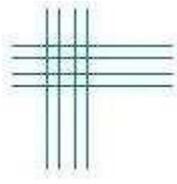


Il sistema consente la generazione dinamica di mappe e grafici.



All'applicazione accedono le Direzioni Regionali, i Centri di Riferimento Regionale e (dal 2005) tutte le Aziende Sanitarie del Veneto. Il servizio è erogato in modalità web sulle rete extranet regionale.

Il Data Warehouse ha consentito di definire in modo univoco le variabili e gli indicatori per l'analisi dei dati e specificatamente per la produzione dei report di appropriatezza, dando contenuto operativo ai concetti introdotti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento. Esso è il principale strumento utilizzato per l'elaborazione dei dati contenuti nella Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto.



6.4 Umanizzazione: un Sistema di Gestione per la centralità della persona

Descrizione dei fenomeni

Di umanizzazione si parla da molto tempo in Sanità. Basti pensare a quanto previsto dall'articolo 14, comma primo, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che introduce il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti e preordina allo scopo uno specifico sistema di indicatori (poi approvati con Decreto Ministeriale 15 ottobre 1996) 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.

Da allora ci sono stati, in diverse Regioni d'Italia, molteplici tentativi di tradurre in azioni concrete un termine che, altrimenti, sarebbe apparso come evanescente.

Le esperienze realizzate sino ad oggi, con grande impegno, costituiscono oggetto di studio ed un fondamentale contributo a cui attingere per far crescere ulteriormente un'attenzione ed una sensibilità già presenti tra gli operatori di ogni ordine e grado.

In tale contesto si colloca anche l'obiettivo di cui si fa portatore il progetto della Regione del Veneto: *il riorientamento del Sistema Socio Sanitario Regionale nella direzione della centralità della persona*.

Questa determinazione è stata confermata, peraltro, dal "Programma di Governo per l'VIII Legislatura", al paragrafo 1.4.3.9 dedicato alla centralità del cittadino utente, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 1548 del 21 giugno 2005.

Essa è delineata altresì nella proposta di Legge Regionale n. 13/2005 nella quale si parla di un bisogno sociale diffuso e fortemente sentito anche in Veneto, di umanizzazione.

Operativamente, la Regione del Veneto ha avviato, dal luglio 2004 il progetto inerente l'analisi e la valutazione del livello di umanizzazione dei servizi socio sanitari erogati dalle Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto.

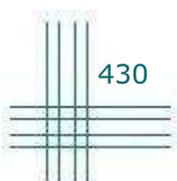
Il progetto ha inteso fornire le linee essenziali su cui costruire un vero e proprio *Sistema di Gestione per l'Umanizzazione*, individuando quattro macro-aree di analisi, convenzionalmente denominate accoglienza, orientamento, trasparenza, comunicazione.

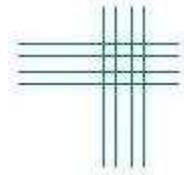
Successivamente, a partire dal marzo 2005, la Regione del Veneto ha posto in essere una serie di azioni per l'implementazione di un vero e proprio Sistema di Gestione.

Le azioni sono state incentrate inizialmente sullo studio delle quattro macro-aree di analisi citate, che sono state definite convenzionalmente nel modo che segue:

Con "accoglienza" si intende la capacità di prendersi cura delle persone che si rivolgono alle strutture aziendali;

Con "orientamento" si intende la capacità di indirizzare le persone al servizio socio sanitario più adatto alla richiesta;





Con "trasparenza" si intende la capacità di comprendere i bisogni delle persone che si rivolgono alle strutture aziendali e contestualmente di metterle a conoscenza dei processi di cura attivati;

Con "comunicazione" si intende la capacità di stabilire una relazione con le persone che si rivolgono alle strutture aziendali, tenendo conto del fatto che questa è caratterizzata da una duplice componente, ovvero l'aspetto verbale e l'aspetto comportamentale.

Il logo del progetto ed il suo significato



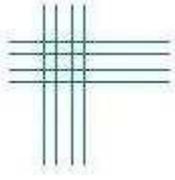
Il cerchio con la freccia: simboleggia il cosiddetto "Ciclo di Deming", ovvero un ciclo organizzativo, senza soluzione di continuità che parte dalla pianificazione per giungere al monitoraggio ed al controllo, in direzione del miglioramento continuo. Il ciclo è noto anche come PDCA (Plan = Pianificare; Do = Attuare quanto pianificato; Check = Verificare, monitorare, controllare; Act = Agire per il miglioramento continuo). Esso richiama una delle fonti di ispirazione del progetto: i Sistemi di Gestione per la Qualità.

La figura umana: vuole simboleggiare il concetto di anomia, elaborato dal grande sociologo Émile Durkheim nel 1893, ma che rappresenta bene il nostro presente. Con anomia si intende uno stato psico-sociale in cui i cambiamenti culturali, economici, scientifici e tecnologici sono troppo rapidi o comunque non in linea con le capacità di "assimilazione" delle persone. Quindi, le regole etiche, normative e sociali "saltano" o risultano inadatte al loro scopo. Ciò produce un'intrinseca fragilità negli individui e nella società nel suo complesso. Per questo motivo la figura è in uno stato di instabilità, che rappresenta anche quel "surplus di fragilità" che caratterizza le persone che si rivolgono ai servizi sanitari e socio sanitari.

La Regione del Veneto: la rappresentazione grafica del territorio veneto simboleggia l'ottica sistemica assunta dal progetto. Infatti, esso è riferito, fin dalla sua approvazione a tutto il Sistema Socio Sanitario Regionale e quindi alle 23 Aziende Sanitarie presenti nella nostra Regione (21 Aziende ULSS e 2 Aziende Ospedaliere).

Su tali basi sono stati poi elaborati degli indicatori (sono complessivamente 259). Questi ultimi sono andati a comporre i rispettivi set su cui fondare l'analisi e la valutazione del livello di umanizzazione dei servizi socio sanitari erogati dalle Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto.

Quindi, si è provveduto a realizzare un vero e proprio **Manuale del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione**, che, prendendo spunto da una delle fonti di ispirazione scelte, ovvero i Sistemi di Gestione per la Qualità (ed in particolare il Sistema di Gestione per la Qualità Ambientale), si articola nelle seguenti sezioni:



Prima parte: Principi, fondamenti, terminologia e limiti - Questa Sezione contiene i principi fondanti del Sistema ed i riferimenti teorico-scientifici, una prima definizione della terminologia utilizzata e la delimitazione del campo di applicazione del Manuale ed i suoi limiti.

Seconda parte: Contenuti del Manuale del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione - La seconda Sezione rappresenta il "cuore" del Manuale e definisce:

- la Politica per l'Umanizzazione;
- la Pianificazione del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione;
- l'implementazione del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione con l'articolazione degli indicatori e la guida alla compilazione;
- il controllo e le azioni correttive;
- il riesame del Sistema;
- la metodologia per promuovere il miglioramento continuo.

La Politica per l'Umanizzazione è una "dichiarazione di intenti" con la quale l'organizzazione aziendale assume un preciso impegno nei confronti dei cittadini utenti e nei riguardi dei componenti della propria struttura organizzativa.

La Pianificazione è la definizione di "chi fa che cosa" per realizzare le aspirazioni enunciate. Il Manuale dà, da questo punto di vista, un primo quadro che necessariamente va rapportato alle singole realtà aziendali.

L'implementazione del Sistema ha luogo attraverso l'applicazione degli indicatori realizzati e dunque mediante un processo di individuazione delle aree di miglioramento esistenti all'interno di ogni singola azienda.

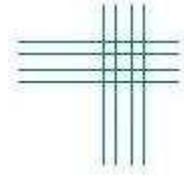
Il controllo e le azioni correttive, il riesame del Sistema e la metodologia per promuovere il miglioramento continuo sono di competenza dei vertici aziendali, i quali dovrebbero definire e dare impulso alle iniziative necessarie sulla base di quanto rilevato.

Terza parte: Linee Guida per la realizzazione del Manuale del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione in Azienda - La terza sezione sarà realizzata a seguito della fase di autovalutazione che interesserà tutte le Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto ed è finalizzata a fornire un insieme di raccomandazioni, elaborate attraverso un formale percorso metodologico, che consentano alle aziende stesse di utilizzare il Manuale come uno strumento di autovalutazione efficace ed efficiente. L'obiettivo è quello di sviluppare, con l'esperienza sul campo, un Manuale adattato ad ogni singola realtà aziendale che rientri a pieno titolo nelle pratiche gestionali usuali.

I principi inseriti nel Manuale sono frutto della composizione e della integrazione tra concetti desunti da una varie discipline. Ne richiameremo qui solo alcuni:

Una visione olistica: porre al centro di ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale la persona umana significa innanzitutto considerare la totalità inscindibile delle sue componenti fisica, mentale, emotiva e spirituale.

L'empowerment: con questo termine, il cui significato letterale è "trasferimento di potere" si definisce la capacità di "trasferire/far acquisire" delle informazioni che consentano un maggior controllo della propria condizione, secondo una duplice accezione: 1) la capacità, del medico, o più in generale dei professionisti della salute, di porre il cittadino utente nelle condizioni di poter comprendere i processi di cura che vengono attivati sulla sua persona; 2) la capacità delle organizzazioni, nel nostro caso l'Azienda Ulss o l'Azienda Ospedaliera, di trasferire le



informazioni ai propri componenti che consentano di comprendere e di sostenere le scelte strategiche finalizzate a perseguire la tutela della salute.

Il Sistema aperto: con tale locuzione si intende richiamare una nozione che proviene dalla biologia. Il principio è fondato sulle caratteristiche dell'interazione tra organismi, persone, organizzazioni e ambiente: una relazione continua di scambio. Lo schema input-output, ormai utilizzato nelle rappresentazioni più disparate, la descrive graficamente. Si pensi al proposito, per quanto riguarda il contesto socio-sanitario, alla domanda in entrata costituita dalle richieste di prestazioni che pervengono all'organizzazione aziendale (e in un ambito più ampio all'intero Sistema Socio Sanitario) e alla risposta rappresentata dall'erogazione di queste prestazioni. Naturalmente, oltre a ciò va considerata anche la retroazione, ovvero l'outcome, da cui possono essere rilevati i risultati in termini di miglioramento dello stato di salute.

Le dimore di esperienza: i luoghi in cui vengono erogate prestazioni socio sanitarie sono dimore di esperienza nel senso che, siano essi piccoli ambulatori o strutture di grandi dimensioni, le persone vivranno esperienze che coinvolgono stati emozionali non superficiali. Queste esperienze saranno ricordate e molto spesso daranno l'immagine dell'intera azienda se non dell'intero Sistema Socio Sanitario.

Se i principi rappresentano la "luce ispiratrice" del Sistema, i riferimenti teorici e scientifici ne costituiscono "l'infrastruttura portante". Anche in questo caso essi sono caratterizzati da una stretta connessione con le macro aree di analisi precedentemente descritte.

Così le aree dell'accoglienza e dell'orientamento hanno un importante riferimento nei cosiddetti "Gruppi Balint", ovvero dei gruppi creati, alla fine degli anni Quaranta, da Michael Balint, un medico e psicanalista di origine ungherese. Nel gruppo i medici affrontano un problema clinico cercando di indagare gli aspetti relazionali ed interpersonali che entrano nel processo diagnostico e terapeutico. Lo psicologo clinico, che guida il gruppo, ha la funzione di far emergere le dinamiche relazionali, favorendo la presa di coscienza del problema e le azioni indirizzate alla sua soluzione.

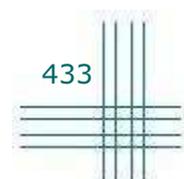
La persona che "vive" il percorso diagnostico-terapeutico è il centro, il punto di riferimento per l'analisi del modo in cui il *medico utilizza la sua personalità*, la sua formazione, *le sue convinzioni scientifiche*, *i suoi modi di reazione automatici*. Si tratta quindi di una grande opportunità per ripensare il proprio lavoro, per migliorarlo, per scoprirne aspetti emozionali nascosti e profondi.

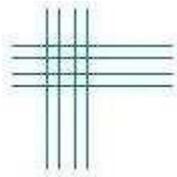
L'area tematica della trasparenza è caratterizzata invece da riferimenti essenzialmente di tipo giuridico, quali:

- il principio di ragionevolezza
- i principi di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione di cui all'articolo 97 della Costituzione;
- il principio di trasparenza di cui alla Legge 241/1990.

L'area di analisi della comunicazione si caratterizza per riferimenti che comprendono:

- la Cibernetica, la scienza della comunicazione e del controllo;
- Gregory Bateson e il Gruppo di Palo Alto;
- Paul Watzlawick, e la cosiddetta *pragmatica della comunicazione*;
- I biologi Humberto Maturana e Francisco Varela



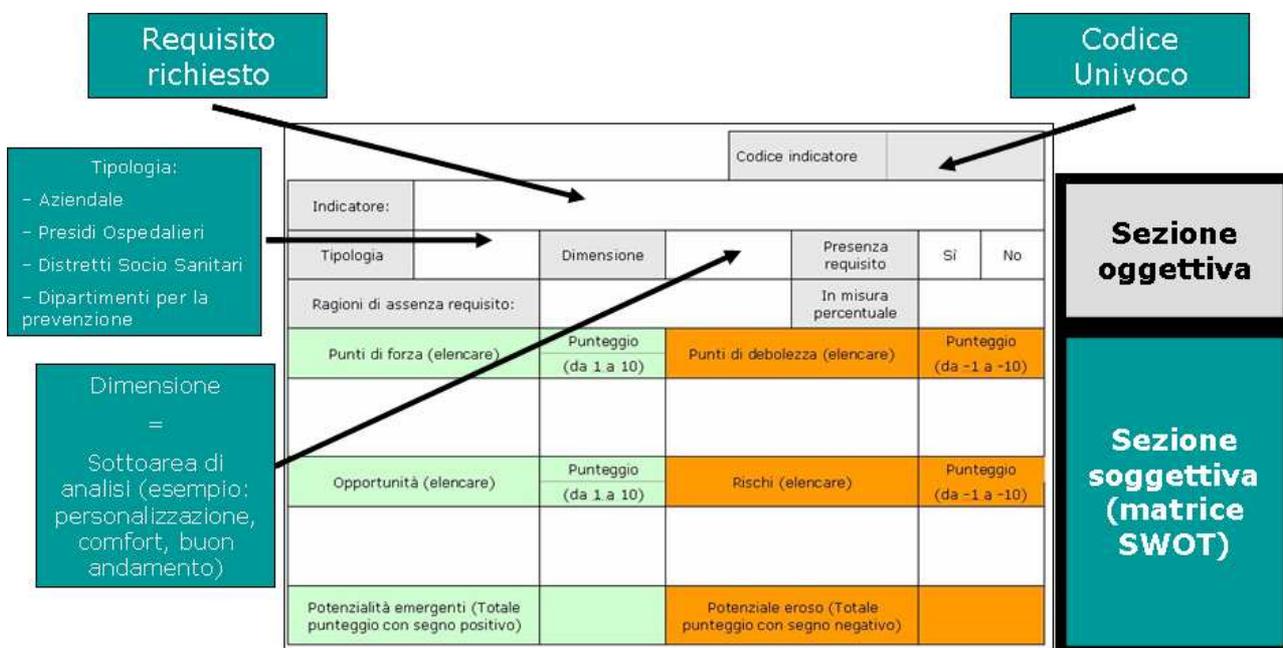


Gli indicatori elaborati su queste basi cercano di rispondere alla domanda: com'è possibile misurare il livello di umanizzazione esistente nelle strutture socio-sanitarie del Sistema regionale veneto?

Essi sono strutturati in una matrice suddivisa in due sezioni. La prima, definita con finalità esplicative "sezione oggettiva", contiene:

- il codice identificativo;
- la descrizione del requisito richiesto;
- la tipologia (aziendale, ospedaliera, distrettuale, dipartimento di prevenzione);
- la dimensione (sottocategorie delle aree accoglienza, orientamento, trasparenza e comunicazione).

La matrice che caratterizza gli indicatori

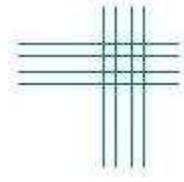


Alla presenza del requisito si risponde positivamente o negativamente, barrando la casella con il sì o con il no. Lo strumento con cui materialmente verrà svolta la rilevazione è il database per l'Umanizzazione.

Inoltre è possibile indicare se il requisito è presente in misura parziale o esplicitare le ragioni di assenza dello stesso.

La seconda, definita con finalità esplicative "sezione soggettiva", comprende la cosiddetta matrice SWOT, il cui acronimo corrisponde alle iniziali dei termini inglesi che significano punti di forza, punti di debolezza, opportunità e rischi.

La matrice è suddivisa in quattro quadranti relativi alle quattro voci descritte. Letta in orizzontale, essa descrive:



- gli elementi endogeni (punti di forza e punti di debolezza che caratterizzano quel requisito per l'azienda, per l'ospedale, ecc.);
- gli elementi esogeni (opportunità e rischi, rispetto a quel requisito, che possono essere colti nell'ambiente in cui si svolge l'attività dell'azienda, dell'ospedale, ecc.).

Se, invece leggiamo la stessa matrice in verticale osserveremo:

- elementi di segno positivo (punti di forza e opportunità);
- elementi di segno negativo (punti di debolezza e rischi).

Agli elementi di segno positivo viene assegnato appunto un punteggio positivo (da 1 a 10), mentre agli elementi di segno negativo viene assegnato un punteggio negativo (da -1 a -10).

La somma dei punteggi assegnati determina:

- un punto di massimo per quanto concerne i punteggi positivi;
- un punto di minimo per quanto concerne i punteggi negativi.

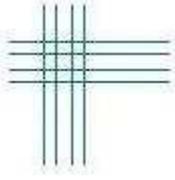
Quindi, all'interno dell'intervallo così determinato attraverso una formula matematica di interpolazione lineare è possibile assegnare una posizione alle diverse strutture aziendali. In ambito regionale con la stessa procedura è possibile assegnare una posizione alle singole aziende (23 in tutto il Veneto: 21 Aziende Ulss e 2 Aziende Ospedaliere).

Il procedimento non è pensato per dare i voti, ma è finalizzato all'individuazione delle aree di possibile miglioramento. **A tale proposito la rilevazione viene resa anonima nella comparazione.**

Inoltre, per facilitare il lavoro dei Gruppi aziendali sono state realizzate delle voci preordinate inserite nei punti di forza, punti di debolezza, opportunità e rischi (circa duemila voci).

Dopo l'approvazione del Manuale da parte della Giunta Regionale del Veneto, con deliberazione n. 954 del 18 marzo 2005, sono stati realizzati ulteriori passi in avanti, che possono essere così sintetizzati:

- Un ciclo di 23 incontri in tutte le Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto, che ha interessato circa 1.000 operatori tra medici, infermieri, dirigenti e amministrativi, finalizzato a costituire un primo nucleo di "soggetti sensibili" su cui contare per la costruzione del Sistema;
- La designazione da parte delle Direzioni Generali di tutte le aziende di gruppi per l'autovalutazione, composti da cinque persone per azienda con provenienza dalle aree Ospedaliera, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimenti per la Prevenzione, Uffici per la Qualità e URP;
- La realizzazione di un database dedicato per ogni singola Azienda Ulss ed Azienda Ospedaliera del Veneto;
- L'implementazione all'interno dei database aziendali delle sezioni dedicate ai singoli Presidi Ospedalieri ed ai singoli Distretti Socio Sanitari, al fine di rendere possibile una rilevazione più accurata e specifica;
- L'inserimento all'interno dei database aziendali di una sezione riguardante la proposta di nuovi indicatori;
- La verifica del lavoro inerente la base dati da parte di una Commissione di valutazione che ha visto il fondamentale contributo del Coordinamento dei Direttori Generali e del Direttore dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria.



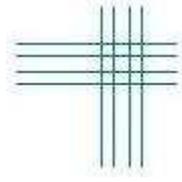
Oggi il progetto si sta sviluppando su tre direttrici:

- **l'autovalutazione** all'interno delle Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto. Si tratta di un'esperienza di analisi e valutazione, sulla base degli indicatori inseriti nel Manuale, che coinvolgerà 21 Aziende Ulss e 2 Aziende Ospedaliere. Le persone che avranno questo compito sono complessivamente 158. In termini tecnici, l'autovalutazione è una "ricerca azione", ovvero una ricerca effettuata da soggetti coinvolti nel fenomeno osservato.
- **la rete per l'umanizzazione**, ovvero la costruzione di rapporti di interazione con diversi soggetti che possono collaborare per il raggiungimento dell'ambizioso obiettivo del progetto, ovvero i Gruppi aziendali, le Pastorali della salute, le Associazioni di volontariato, gli Ordini dei Medici, degli Psicologi e degli Infermieri.
- **la formazione**. È in corso di svolgimento una prima analisi dei bisogni formativi che porterà all'elaborazione di un percorso formativo, destinato ad operatori e volontari, che sostenga e accompagni il cambiamento culturale che ormai ha avuto inizio.

L'obiettivo del progetto e delle azioni intraprese è, come abbiamo detto, quello di riorientare l'intero Sistema Socio Sanitario nella direzione della centralità della persona umana. Quindi, tutti i nostri sforzi sono indirizzati ad un fine estremamente ambizioso.

Del resto, la necessità dello sviluppo di un processo culturale che, partendo dalle aziende si rifletta sui cittadini utenti dando vita ad un circolo virtuoso potenzialmente senza soluzione di continuità, è estremamente avvertita nella nostra Regione e non solo.

Infatti, non bisogna mai dimenticare che quando si parla di salute si fa riferimento ad un bene comune che va tutelato e salvaguardato con tutte le nostre forze e che l'attenzione alla centralità della persona umana è elemento inscindibile di questa tutela e salvaguardia. Non sono parole vuote, ma l'espressione di qualcosa di molto concreto e tangibile nella vita di ogni cittadino.



6.5 Ricerca finalizzata, programmi e rapporti internazionali

Descrizione dei fenomeni

Come previsto dall'art. 15 della Legge Regionale n. 5 del 9 febbraio 2001, anche per il biennio 2004- 2005 la Regione del Veneto ha promosso la Ricerca Sanitaria Finalizzata regionale presso gli operatori del sistema socio sanitario veneto, pubblici e privati, tramite le Aziende ULSS ed Ospedaliere.

Secondo un processo caratterizzato da continuità con il triennio precedente, si è inteso allineare le aree di ricerca finanziate dalla Regione Veneto con quelle finanziate dal Ministero della Salute attraverso la Ricerca Sanitaria prevista dall'art. 12 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, coordinandole anche con gli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale e con i temi di ricerca previsti dalla Commissione Europea nell'ambito del VI Programma Quadro Pluriennale di Azioni comunitarie di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione per la realizzazione dello spazio europeo della ricerca (2002-2006). Questo ai fini di riuscire ad integrare la ricerca biomedica e sanitaria regionale con quella europea e di fornire ai ricercatori uno spunto per approfondire tematiche di grande attualità ed interesse internazionale.

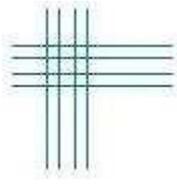
La Ricerca Finalizzata, quale opportunità di sviluppo, dovrebbe garantire un "ritorno" alla Regione in termini di risultati conseguiti direttamente "spendibili" nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e quindi le aree e le tematiche di ricerca individuate sono strettamente attinenti alle esigenze della pianificazione e della programmazione regionale.

Nell'Area Biomedica, si riconfermano le tematiche già individuate precedentemente, che riguardano settori di rilevanza sempre fondamentale e per le quali sono sempre necessarie investimenti a sostegno della ricerca, in particolare il sostegno alla lotta contro le principali patologie e l'investimento in tema di biotecnologie. Le tematiche sono collegate, come nell'anno 2003, a quelle del VI Programma Quadro di Ricerca Europea, espressamente richiamato nel Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, il quale sottolinea l'importanza della partecipazione dell'Italia ai progetti di ricerca europea. Altra tematica riconfermata quest'anno nel campo della ricerca biomedica è quella della ricerca sulle cellule staminali.

Per l'Area di Ricerca Finalizzata di Sanità Pubblica, nel biennio 2004-2005 è stata riconfermata la tematica di ricerca relativa all'attuazione di quanto prevede la Legge Regionale n. 22/2002 in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e assistenziali. L'intero sistema regionale si sta adeguando alla nuova normativa, con la conseguenza di dover necessariamente investire risorse finanziarie e umane nell'implementazione di un nuovo sistema. Da questo punto di vista è in corso di implementazione un software per la gestione delle procedure di autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale.

Inoltre, è stata riconfermata anche la tematica delle attività di cooperazione sanitaria internazionale, nel quadro più ampio delle azioni intraprese dalla Regione del Veneto in questo settore di cui sarà dato conto nel paragrafo immediatamente successivo.

Le Aree individuate, nel biennio 2004-2005 con i relativi Settori di interesse regionale sono le seguenti:



Area di Ricerca Finalizzata Biomedica

Settori:

Lotta contro le principali malattie e biotecnologie per la salute, con riguardo ai seguenti aspetti:

- impostazione prevalentemente orientata all'applicazione delle conoscenze e delle tecnologie in genomica e medicina, ivi compreso l'uso della genomica animale e vegetale, nonché applicazione delle conoscenze e delle tecnologie della genomica e biotecnologia per la salute, ove opportuno, soprattutto nei campi:
 - della lotta contro il diabete, le malattie del sistema nervoso, comprese le malattie mentali, le malattie cardiovascolari e le malattie rare;
 - della lotta contro il cancro, ponendo l'accento sull'elaborazione di strategie orientate al paziente, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla cura;
 - nello sviluppo di programmi di applicazione clinica per l'utilizzo delle cellule staminali.

Area di Ricerca Finalizzata di Sanità Pubblica

Settori:

1) Attività specifiche di cooperazione sanitaria internazionale, con riguardo ai seguenti aspetti:

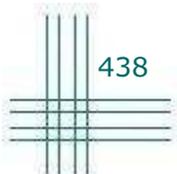
- progetti volti a favorire la cooperazione internazionale sanitaria, in base alle esigenze economiche e sociali specifiche dei Paesi interessati.

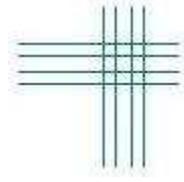
2) Miglioramento della qualità dei Servizi Socio Sanitari, con riguardo ai seguenti aspetti:

- Accreditamento di eccellenza;
- Accreditamento istituzionale;
- Miglioramento della qualità dei servizi socio sanitari, con riferimento al confronto tra qualità percepita e qualità erogata;
- Sviluppo della telemedicina e dell'informatica sanitaria finalizzata all'integrazione ospedale-territorio;
- Metodologie di valutazione e di miglioramento dell'appropriatezza degli interventi sanitari;
- Metodologie di valutazione e ampliamento dell'assistenza primaria;
- Tecniche e metodologie operative per la realizzazione di funzioni di Area Vasta, ossia quelle nelle quali la Regione promuove la realizzazione di compiti di programmazione e gestione di servizi in rete, che interessino più ambiti aziendali, anche interprovinciali. Il riferimento prioritario è quello dell'attività svolta nei servizi territoriali e ospedalieri in rete, all'urgenza emergenza, alle attività ospedaliere ad altissima specializzazione il cui bacino di afferenza è individuato in aree sovrazionali, nonché alle attività amministrative di supporto.

Per l'insieme dei progetti presentati ed approvati per ciascuna delle aree sopra indicate si è stabilito un finanziamento complessivo pari ad € 2.200.000,00 annuali.

Analogamente a quanto già effettuato negli anni precedenti, nei bandi per l'anno 2004 e per l'anno 2005, sono state confermate le modalità di selezione dei progetti tramite il





coinvolgimento diretto delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere. Nella scelta della presentazione dei progetti, in considerazione della loro funzione di attuazione delle scelte di programmazione regionale in campo sanitario, le Aziende Sanitarie del Veneto hanno agito quale canale prioritario per la presentazione dei progetti. In tal senso è stato fissato un numero massimo di presentazione di progetti per ogni Azienda.

In via generale, la procedura segue il seguente schema: vengono individuate le Aree e le tematiche settoriali nelle quali devono essere inquadrati i progetti, lasciando libertà di scelta per la definizione dell'argomento specifico del progetto da presentare al ricercatore e all'Azienda che lo appoggia. Ciò stimola processi di condivisione e favorisce l'impegno.

Altra novità, prevista nel Bando dell'anno 2004 e riproposta anche nel 2005 riguarda i progetti presentati da partners privati: in presenza di eventuali cofinanziamenti al progetto garantiti da fondi privati, lo stesso dovrà avere maggiori probabilità di essere approvato rispetto a progetti finanziati solo da parte pubblica. Questo in linea con le attuali tendenze a garantire partnership e collaborazioni tra pubblico e privato, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità del Servizio Sanitario Regionale.

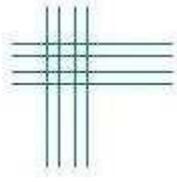
I bandi di Ricerca finalizzata si confermano quindi come un'occasione irrinunciabile di promozione e sviluppo per i ricercatori veneti.

I rapporti socio sanitari internazionali

Alla fine del novembre 2004, sono stati resi pubblici i primi dati emersi dal processo di riflessione sulla salute in Europa, lanciato dalla Commissione europea. Da essi emergono tre dati molto significativi:

- in primo luogo, la conferma dell'elevato e sempre crescente livello di attenzione che i cittadini e le istituzioni dell'UE attribuiscono alla salute pubblica, mostrando sempre maggiore attenzione ai determinanti sanitari, alla promozione di stili di vita salutari ed alla qualità dei servizi offerti;
- in secondo luogo, il riconoscimento del ruolo che, all'interno dei sistemi sanitari europei, svolgono le istituzioni locali ed, in particolare, il livello regionale. Il Commissario europeo alla Salute in carica, ha messo, tra i punti prioritari del proprio programma di lavoro, il dialogo con le istituzioni regionali riconosciute, ed è la prima volta che viene fatto in maniera così formale, come le reali responsabili della gestione dei sistemi sanitari. Si tratta di un fatto significativo che testimonia lo sforzo che molte regioni, tra cui il Veneto, hanno sostenuto per ottenere il riconoscimento del loro ruolo, sia in termini di capacità amministrativa, sia in termini di strategia.
- il terzo punto, infine, riguarda la dimensione internazionale o quanto meno europea che la salute e le politiche sanitarie stanno assumendo. Questa nuova prospettiva deve far riflettere gli amministratori locali. Essa, infatti, richiede di applicare nella gestione sanitaria un approccio transnazionale e di dialogare sempre più con le istituzioni sanitarie internazionali.

Ecco in quale contesto si inserisce l'attività di cooperazione internazionale effettuata dalla Regione del Veneto: e cioè tra il grande cambiamento della Pubblica Amministrazione italiana, caratterizzato dal passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni, in particolare nel campo della Sanità, ed il momento di grande trasformazione della cooperazione allo sviluppo del Ministero Affari Esteri e delle relazioni tra il governo italiano e le nazioni unite.



L'articolo 117 della Costituzione, recentemente novellato, pone come materia di legislazione concorrente con lo Stato, quella dei "rapporti internazionali e con l'Unione Europea" da parte delle Regioni, lasciando, invece, alla legislazione esclusiva dello Stato, le competenze in materia di "politica estera". Il comma 5 dell'art. 117, stabilendo che le Regioni nelle materie di loro competenza possono provvedere all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali, pur nel rispetto delle norme di procedura stabilite dalla legge dello Stato, offre il riconoscimento costituzionale del c.d. potere estero delle Regioni, già affermato nel nostro ordinamento solamente a livello legislativo e giurisprudenziale.

Le Regioni Italiane ed il Veneto per primo, quindi, si trovano ad avere un'occasione in più per poter essere coinvolte da protagoniste nelle attività di cooperazione decentrata e di emergenze umanitarie, potendo ora siglare accordi internazionali nelle materie di loro competenza.

La Regione del Veneto è attivamente coinvolta nel processo di riflessione lanciato dall'Unione Europea sull'ammodernamento delle politiche sanitarie in Europa ed è tra i promotori, nell'ambito del cosiddetto "metodo aperto di coordinamento", di una maggiore considerazione e consultazione, da parte delle istituzioni comunitarie, del livello regionale europeo.

Tale livello si ricollega anche al più ampio contesto internazionale, in cui la Regione del Veneto opera in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre Agenzie della Nazioni Unite. Inoltre la Regione lavora a stretto contatto con Organizzazioni Non Governative e con le Istituzioni sanitarie pubbliche e private delle Regioni Europee e di Paesi extra-europei.

In questa ottica "globale" di programmazione sanitaria la Regione del Veneto si pone all'avanguardia, essendo l'unica Regione italiana ad aver istituito un servizio dedicato ai programmi internazionali in ambito socio sanitario.

Rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le Agenzie Internazionali

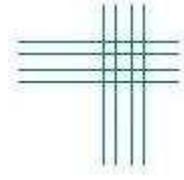
Questo primo settore di attività ha per oggetto due distinti settori operativi:

- da un lato l'attuazione dell'accordo internazionale tra il Governo Italiano e l'OMS - Ufficio regionale per l'Europa di Copenaghen, concernente l'istituzione dell'Ufficio europeo OMS per gli investimenti in salute e per lo sviluppo;
- dall'altro la creazione e partecipazione a Network interregionali di carattere europeo (esempio Alpe Adria e la rete OMS delle regioni che promuovono la salute) e la conclusione di Accordi di collaborazione internazionale (esempio con la Corinzia, con la regione di Timis e con le province argentine di Cordoba, Buenos Aires e Santafè).

Con l'OMS, inoltre, si sono sviluppati alcuni programmi, in particolare nell'area materno infantile che, con l'UNICEF, hanno permesso di istituire in Veneto i primi due "Ospedali Amici dei Bambini" accreditati in Italia, presso l'Ospedale di Bassano del Grappa e di Soave-San Bonifacio.

Sempre nell'area dell'adolescenza, è stata confermata una positiva collaborazione con la riedizione dello studio internazionale denominato HBSC (Health behaviour in school-aged children), realizzato in Veneto nel 2001 e nel 2004 con la collaborazione del Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, con l'Azienda Ulss 20 di Verona, con l'Università di Padova, e l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto.

Inoltre, con l'Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari, dell'OMS, sono stati sviluppati programmi congiunti nell'area dell'Organizzazione e della gestione dei Sistemi Sanitari Europei.



L'Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari

L'Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari e sulle Politiche Sanitarie nasce dalla collaborazione di alcuni Paesi Europei, le Agenzie Internazionali (OMS, Banca Mondiale, Banca Europea d'Investimenti) ed il mondo accademico (London School of Economics, London School of Hygiene and Tropical Medicine), con lo scopo di confrontare i modelli attraverso un'analisi accurata del sistema sanitario in Europa.

La decentralizzazione del Sistema Sanitario in Europa alle Regioni ha spostato su di esse il potere decisionale, sia da un punto di vista tecnico che amministrativo, lasciando loro l'opportunità di approfondire la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei criteri di finanziamento dei sistemi sanitari locali. Questo è stato il tema centrale del **workshop svoltosi a Venezia nel marzo 2004**, nel quale sono affiorati tutti i vantaggi che le riforme hanno comportato sul piano organizzativo, e tutti gli ostacoli che ne hanno rallentato lo sviluppo e che saranno oggetto del primo studio europeo sulla decentralizzazione dei sistemi sanitari, promosso dalla Regione del Veneto in collaborazione con l'Osservatorio.

Determinanti sanitari

I determinanti sanitari sono tutti quei fattori sociali, economici ed ambientali che influiscono notevolmente sullo stato di salute fisica e psicologica di un individuo. Ad essi è stata dedicata **Venice Initiative**, che ha come scopo il confronto tra politiche di salute, focalizzandosi sul tema dei determinanti sociali ed economici della salute, e sulle disuguaglianze all'accesso ai servizi sanitari negli Stati Europei. Svoltasi presso l'ufficio di Venezia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 25 al 27 Novembre, 2004, Venice Initiative è frutto di una collaborazione promossa dall'OMS a cui hanno partecipato la Regione del Veneto, il Ministero della Salute italiano e quello tedesco, e varie istituzioni europee.

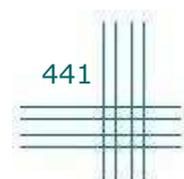
Lotta alla povertà, alle epidemie virali e alla mortalità infantile

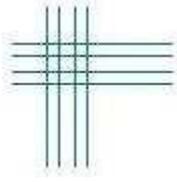
Child survival si rivolge ai bambini del mondo e vuole affrontare le più gravi epidemie e malattie virali, causa dell'alta mortalità infantile nei Paesi sottosviluppati, in particolar modo in Africa. La Regione del Veneto, in tal senso, è sempre più impegnata in diversi progetti di cooperazione decentrata, a sostegno della solidarietà e della lotta alla povertà. In tal senso è stato organizzato a Venezia dal 26 al 28 gennaio 2004 un apposito Meeting internazionale, per confrontare le migliori strategie per la riduzione della mortalità, al quale hanno partecipato le più importanti Agenzie internazionali.

Infezioni ospedaliere

Nell'aprile del 2004, la Regione del Veneto assieme al Dipartimento di Malattie Infettive dell'Università di Verona, e l'OMS di Ginevra ha organizzato una riunione di esperti internazionali per fare il punto sulle "infezioni ospedaliere e la loro prevenzione e controllo", al quale hanno partecipato alcuni medici esperti e rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Commissione Europea, del Ministero della Sanità di 15 Paesi Europei.

I provvedimenti emersi per ridurre il rischio di infezioni ospedaliere riguardano due punti fondamentali: la revisione e la universalizzazione delle pratiche in uso e la prevenzione. L'uso di strumentazioni sterili e l'attenzione all'igiene fanno parte delle linee guida, rivolte al personale medico e infermieristico, che ogni struttura sanitaria deve possedere.





L'obiettivo è quello di istituire network europei per la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni ospedaliere, al fine di affrontare tale problematica in un'ottica globale e continuativa.

Strategie vaccinali

Nel marzo 2004 la Regione del Veneto ha organizzato il primo meeting sulle strategie vaccinali. Oltre ad essere l'intervento sanitario più economico per contenere le malattie infettive, la vaccinazione è anche il mezzo più efficace. Ma prima di procedere alla promozione di una nuova, è necessario fare un'analisi epidemiologica approfondita ed una conseguente valutazione del rapporto costo/beneficio.

Alla luce delle recenti epidemie, quali Sars e influenza aviaria e del fenomeno dell'immigrazione, ci si è resi conto che, solo sulla base di un'azione sinergica tra le strutture sanitarie dei Paesi dell'Unione Europea, si possono definire i criteri più opportuni per la prevenzione delle infezioni. Questo tipo di flusso d'informazioni deve attivarsi anche nelle realtà locali partendo dai Servizi Regionali e dalle Asl, per arrivare ai medici (pediatri, soprattutto) che hanno uno stretto rapporto con le famiglie.

La corretta informazione, le strategie per una buona copertura vaccinale e la valutazione approfondita del rischio-beneficio dei nuovi vaccini sono gli obiettivi per la lotta contro le malattie trasmissibili del nuovo programma di Salute Pubblica 2003-2008.

Il nuovo Regolamento Sanitario Internazionale

La Regione del Veneto partecipa, a nome del Coordinamento Interregionale, alla delegazione italiana che sta discutendo le modifiche da apportare al Regolamento Sanitario Internazionale, in fase di elaborazione presso la Sede dell'OMS di Ginevra.

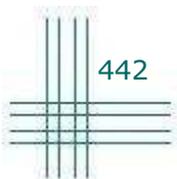
Il fenomeno della globalizzazione ha profondamente cambiato la distinzione tradizionale tra Sanità Pubblica nazionale ed internazionale. Il Regolamento, attualmente in vigore, ha mostrato i suoi limiti, in termini di "copertura", di mancanza di meccanismi di collaborazione internazionale e di assenza di misure specifiche: all'OMS non è data alcuna possibilità di raccomandare misure ed interventi specifici per un evento che si verifichi in una qualsiasi parte del globo e che costituisca un rischio per la sanità pubblica internazionale. Non va poi dimenticato un altro aspetto non considerato dal "vecchio" Regolamento: il fenomeno del bioterrorismo.

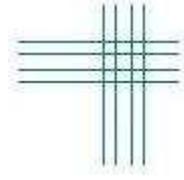
Politiche e programmi comunitari

La Regione del Veneto, attraverso la Sede Regionale di Rappresentanza di Bruxelles, è coinvolta nell'elaborazione delle politiche dell'UE in materia socio-sanitaria e di ricerca biomedica, nonché nella realizzazione dei programmi europei.

L'attività di progettazione, assistenza e gestione di progetti comunitari si articola in varie fasi:

- monitoraggio e raccolta di informazioni sui programmi di finanziamento comunitari nei settori di competenza (Salute Pubblica, Sicurezza alimentare, Ricerca Biomedica, Cooperazione allo sviluppo);
- networking ed attività di ricerca partner e collaborazioni;
- assistenza alle strutture territoriali (Uffici regionali, provinciali e comunali, Aziende Ulss, Università, ecc.) in materia di progetti comunitari;





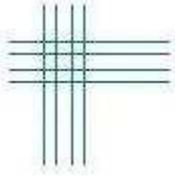
- ideazione, preparazione e presentazione diretta e/o nell'interesse degli Uffici regionali di progetti europei (es. "Health Information Systems in Europe"; "Immigrants and HIV"; "Net-Cards"; "Vaccine European New Integrated Collaboration Effort -VENICE Project", ecc.);
- lobbying presso le Istituzioni e gli Uffici comunitari;
- gestione (amministrativa e finanziaria) dei progetti aggiudicati.

Attualmente la Regione del Veneto, attraverso l'Ufficio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali e la Sede di Bruxelles, partecipa e/o si occupa direttamente della gestione dei seguenti progetti:

- NETC@RDS (Trans-European Access to Health Services for Mobile Citizens): implementazione e studio di mercato per l'introduzione di un modello europeo di Carta sanitaria elettronica
- HEALTH OPTIMUM (Health Care Delivery Optimisation through TeleMedecine): analisi delle attuali strutture organizzative del Sistema Sanitario nei Paesi individuati per identificare e validare le migliori applicazioni nel settore della telemedicina
- ISARE II (Health Indicators in European Regions Phase II): finalizzato alla rilevazione degli indicatori di salute adottati nei Sistemi Sanitari europei;
- BEN (Benchmarking Health Monitoring Programmes): che ha lo scopo di sviluppare la raccolta dei dati e il confronto delle buone pratiche per il miglioramento dei sistemi sanitari di sorveglianza;
- E.4.P. (Europe for Patients): studio dei flussi dei pazienti in Europa ed analisi delle ragioni degli spostamenti per richiesta di cure in un Paese diverso da quello di origine: - Analisi della normativa vigente - Analisi regolamentazione etica - Proposta di modelli applicative.
- HIS (Health Information Systems in Europe - Structures and processes): che ha il fine di contribuire a migliorare la conoscenza dei sistemi di monitoraggio sanitario dei diversi paesi in Europa, descrivendo le strutture, le risorse e i processi degli stessi, attraverso un'analisi comparativa delle informazioni raccolte allo scopo di verificare le differenze e i punti comuni;
- HIV (Immigrants from European Southern and Eastern Borders: HIV Health Risks, Social Condition and Service Provision Re-Orientation): che ha l'obiettivo di analizzare il comportamento delle popolazioni immigrate dal sud-est Europa con riferimento alle malattie trasmissibili sessualmente, HIV e abuso di droghe per promuovere politiche di prevenzione mirate e programmi di educazione nelle lingue di origine e per comparare i sistemi di legislazione dei diversi Paesi coinvolti.
- Epidemiological surveillance and incidence of domestic and free time risk: finalizzato a monitorare l'andamento e l'incidenza degli incidenti domestici nei paesi dell'Unione Europea ed a mettere in atto un progetto pilota per l'informazione e la prevenzione in tal senso.

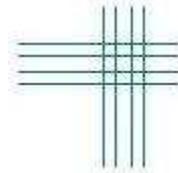
La cooperazione decentrata e la cooperazione allo sviluppo

La cooperazione decentrata è ormai riconosciuta a livello internazionale, come una delle strategie più idonee di lotta alla povertà e al sottosviluppo, che sono tra le principali cause di deterioramento dello stato di salute nei paesi in via di sviluppo. La rilevanza dell'azione di cooperazione decentrata, riguarda la possibilità di attivare forme stabili di partenariato tra soggetti delle Amministrazioni regionali e locali e organizzazioni appartenenti alla società civile, con pari livelli nei paesi in cui si opera.



In tal senso la Regione del Veneto è impegnata nei seguenti progetti (realizzazione o coordinamento):

- **Uzbekistan** (coordinamento col progetto "Carak" di assistenza materno-infantile dell'Oms) in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 20 di Verona;
- **Argentina** (attuazione di protocolli d'intesa con le province di Cordoba, Buenos Aires e Santa Fè per la formazione di personale infermieristico pubblico e amministrativo degli ospedali municipali e per l'informatizzazione della rete ospedaliera) in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 15 di Cittadella;
- **Mozambico** (a Beira, formazione triennale dei quadri sanitari dell'area materno-infantile) in collaborazione con l'Azienda Ulss 16 e con l'Azienda Ospedaliera di Padova;
- **Slovacchia** (adeguamento delle normative per la marchiatura dei bovini agli standard in uso nell'Unione Europea) in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie;
- **Etiopia** (supporto alla regione di Awassa, SNNPR, per i progetti di prevenzione dell'Aids e delle malattie tropicali, formazione degli operatori di strada, sviluppo di programmi a favore di bambini di strada e orfani a causa dell'HIV) in collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute;
- **Georgia** (invio di farmaci per l'Ospedale oncoematologico pediatrico di Tblisi in collaborazione con Farindustria);
- **Albania** (collaborazione con il centro nazionale per l'emofilia di Tirana) in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 6 di Vicenza;
- **Romania** (assistenza alla regione di Timis nella fase di decentramento del sistema sanitario e di adeguamento delle normative sanitarie agli standards in uso nell'Unione Europea), in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 9 di Treviso e con il Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute;
- **Perù** (donazione di una idroambulanza dismessa dalla Ulss 12 veneziana alla città di Yurimaguas, regione Alto Amazonas), in collaborazione con l'Azienda Ulss 12 veneziana;
- **Uruguay** (appoggio all'organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari di Montevideo: donazione di una vasca per la riabilitazione dei bambini con disfunzioni intellettuali, motorie, sensoriali e di personalità);
- **Kosovo** (gestione sanitaria e amministrativa dell'ospedale di Pec/Peja);
- **Camerun** (ristrutturazione di un centro sanitario nella capitale in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 21 di Legnago);
- **Palestina** (ristrutturazione del pronto soccorso e della rianimazione dell'ospedale italiano di Nazareth) in collaborazione con la Ulss n. 19;
- **Guinea Bissau** (appoggio ai programmi materno infantili dell'ospedale di Bissau) in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 5 di Arzignano;
- **Uganda** (diagnostica anatomo-patologica con l'utilizzo della telemedicina con l'Ospedale di Kampala) in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova;
- **Tanzania** (programma di prevenzione dell'HIV/AIDS nella regione di Iringa) in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 6 di Vicenza.



Tutti gli interventi enunciati ed il protagonismo della Regione del Veneto in ambito europeo ed internazionale è il risultato di un processo di crescita e maturazione del Sistema Socio Sanitario Regionale, per come questo si è determinato in particolare negli ultimi decenni.

Oggi, l'aumentata sensibilità ci porta ad avere una particolare attenzione verso le esigenze dell'integrazione europea ed alle politiche dell'UE, indirizzate a favorire lo sviluppo qualitativo dei Sistemi Sanitari.

Chiarimenti

La Regione del Veneto ha da tempo intrapreso un cammino indirizzato al miglioramento continuo del proprio Sistema Socio Sanitario. Nell'ambito dei macro processi che contribuiscono allo sviluppo ed al miglioramento del Sistema si possono considerare diversi profili, quali quelli che abbiamo descritto in questa sezione della Relazione Socio Sanitaria.

Essi vanno osservati in un quadro unitario.

Normativa

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4091 del 30 dicembre 2003: "Istituzione del Centro Regionale di Riferimento per la Formazione Continua (ECM)".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 881 del 26 marzo 2004: "Formazione Continua in Medicina (E.C.M.) nella Regione del Veneto - Modifiche ed . integrazioni alle DD.G.R. nn. 3600/02, 2418/03 e 4097/03".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2473 del 6 agosto 2004: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali". Approvazione degli standard relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio sanitari e unità di offerta non soggette all'autorizzazione all'esercizio (Legge Regionale n. 22/2002)".

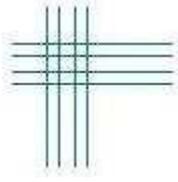
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2501 del 6 agosto 2004: "Attuazione della Legge Regionale n. 22/2002 in materia di: Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali e adozione del manuale delle procedure".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4309 del 29 dicembre 2004: "L.R. n. 5 del 9 febbraio 2001, art. 15. Ricerca Sanitaria Finalizzata. Attuazione programma annuale. Finanziamento a progetti di ricerca per l'anno 2004".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 357 del 11 febbraio 2005: "Avvio del sistema regionale di accreditamento E.C.M .per le attività formative residenziali".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 954 del 18 marzo 2005: "Progetto inerente l'analisi e la valutazione del livello di umanizzazione dei servizi socio sanitari erogati dalle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere del Veneto. Approvazione del Manuale del Sistema di Gestione per l'Umanizzazione, definizione Gruppo Operativo ed individuazione percorso di sviluppo del Progetto".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 4418 del 30 dicembre 2005: "L.R. n. 5 del 9 febbraio 2001, art. 15. Ricerca Sanitaria Finalizzata. Attuazione programma annuale. Finanziamento a progetti di ricerca per l'anno 2005".



Fonti

Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie

Sito Internet:

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

Regione del Veneto: Direzione Risorse Socio Sanitarie

Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche

Sito Internet:

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

Regione del Veneto: Direzione Risorse Umane e Formazione servizio sociosanitario regionale

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.Risorse+Umane+e+Formazione+Sociosanitarie.htm>

Regione del Veneto: Segreteria Sanità e Sociale

Servizio per i Rapporti socio-sanitari internazionali

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Serv.+Rapporti+socio-sanitari+internazionali.htm>

Regione del Veneto: Segreteria Sanità e Sociale

Ufficio Ricerca sanitaria Finalizzata

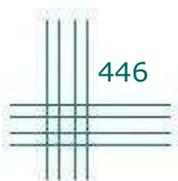
Sito Internet:

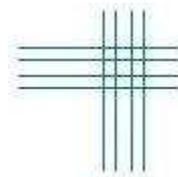
<http://www.regione.veneto.it/Organizzazione+Regionale/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/>

Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

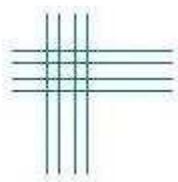
Sito Internet:

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





Allegato
Indice delle tavole allegare al volume su supporto CD Rom



7.1 Indice delle tavole allegato al volume su supporto CD Rom

Indice delle tavole



Tavole della Parte prima: Demografia ed epidemiologia;



Tavole della Parte seconda: Attività di prevenzione;



Tavole della Parte terza: Assistenza distrettuale e servizi sociali;



Tavole della Parte quarta: Assistenza ospedaliera;



Tavole della Parte quinta: Risorse ed investimenti;



Tavole della Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo.

