

Relazione  
Socio Sanitaria  
della Regione del  
Veneto



Parte Terza:

Assistenza  
Distrettuale

Anno 2011  
(dati 2008-2010)

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività relative all'Assistenza Distrettuale nel periodo considerato

### 3.1 Un disegno strategico di fondamentale importanza:

#### Cure Primarie e Assistenza Distrettuale

---

Oggi, l'assistenza territoriale si trova davanti a sfide importanti e difficili da realizzare: l'attuazione della rete assistenziale e l'informatizzazione dell'intero sistema. Vi sono, in proposito, due nuove condizioni, entrambe codificate nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Convenzionata del 29 luglio 2009:

- a) le aggregazioni funzionali territoriali;
- b) l'obbligo della completa informatizzazione degli studi medici.

La prima, ha lo scopo di costituire la rete assistenziale verticale/orizzontale della medicina convenzionata (continuità delle cure), superando il concetto del medico che opera individualmente nel proprio studio, per modelli organizzativi che premiano le diverse tipologie di medici in associazione con riferimento ad un determinato bacino territoriale di assistiti.

La seconda, ha l'obiettivo di attivare flussi informativi indispensabili alla gestione integrata del paziente e all'interazione professionale con Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici ospedalieri e del Distretto Socio Sanitario.

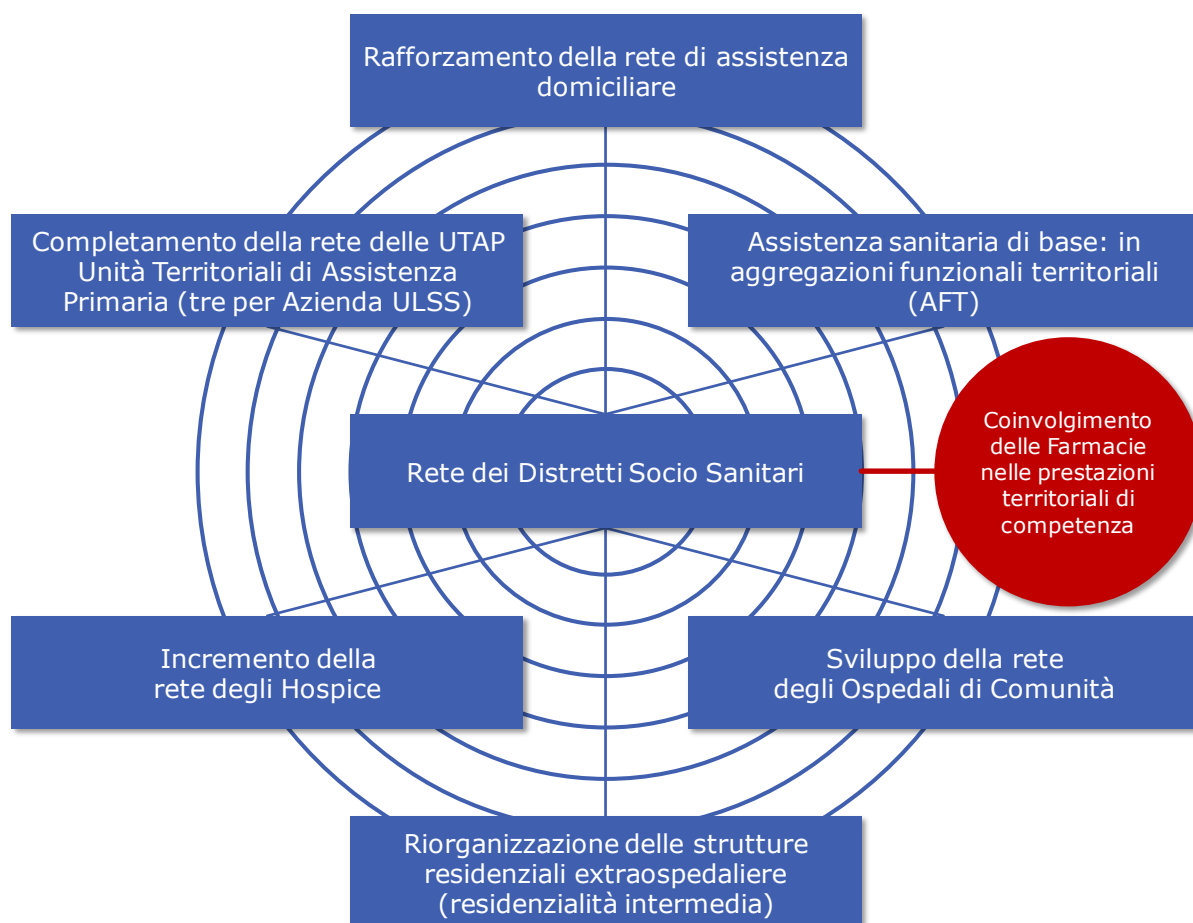
Il modello Veneto è fondato sui principi della gestione integrata del paziente e della continuità delle cure. Le azioni di sistema sono la programmazione, il governo e il monitoraggio e verifica, per dare risposte concrete a bisogni di salute quali:

- la gestione del paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione, ripetuta nel tempo;
- la gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di gestione propri del primo livello di assistenza;
- la gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico conformi alle indicazioni regionali, in forte connessione con le unità di cure palliative;
- la gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare;
- la riqualificazione della residenzialità intermedia compresi i letti di sollievo, il potenziamento della prevenzione realizzata tramite gli screening collettivi e la promozione di stili di vita virtuosi.

La presa in carico mediante l'applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi con la medicina specialistica e ospedaliera, l'individuazione di modelli organizzativi sempre più evoluti, l'appropriatezza, l'informatizzazione, la formazione e, soprattutto, la valorizzazione del patrimonio professionale del medico convenzionato costituiscono da questo punto di vista gli elementi di qualità del sistema Veneto per le cure primarie. La logica è orientata alla gestione del paziente attraverso un percorso

nell'ambito della rete di assistenza, orizzontale e verticale, i Punti di primo intervento e l'Assistenza primaria, in base alla valutazione del bisogno assistenziale e del sistema d'offerta più appropriato alle esigenze di cura dell'assistito. Il Distretto Socio Sanitario è la struttura organizzativa che garantisce l'operatività di tale modello assistenziale.

La rete del territorio nel disegno strategico della Regione del Veneto ispirato alle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Convenzionata del 29 luglio 2009



252

Un modello che si trova oggi al centro delle strategie della Regione del Veneto per il miglioramento del proprio Sistema Socio Sanitario. Da questo punto di vista la rete territoriale sul *piano orizzontale* potrà garantire:

- la continuità assistenziale giornaliera di dodici ore, dal lunedì al venerdì, e dalle 8:00 alle 12:00 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'attività degli studi dei Medici di Medicina Generale;
- il collegamento degli studi dei Medici di Medicina Generale con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della

aggregazione funzionale territoriale di rete (la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili).

Potrà inoltre garantire la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna alle aggregazione funzionale territoriale in rete (Audit), per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla aggregazione funzionale territoriale in sede di Patti aziendali.

Sul *piano verticale* la rete territoriale potrà garantire:

- una effettiva integrazione tra l'aggregazione funzionale territoriale e la struttura informatica aziendale, con la finalità di assicurare una efficace sinergia nella adozione di modalità organizzative idonee a garantire l'assistenza nel corso delle 24 ore, al fine di consentire:
  - l'integrazione informativa con la Continuità Assistenziale;
  - l'integrazione informativa a garanzia dell'interazione e della collaborazione con le altre figure professionali della Medicina convenzionata (Specialistica Ambulatoriale Interna, Pediatri di Libera Scelta, in un'ottica di miglioramento della presa in carico);
  - l'integrazione informativa con l'Ospedale e Pronto Soccorso;
  - l'integrazione informativa con i Centri servizio;
  - l'integrazione informativa con i servizi sociali del Comune.

#### *Punti di primo intervento nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)*

In questo disegno strategico i Medici delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) e della Medicina di gruppo integrata, coadiuvati dal Distretto Socio Sanitario, per i pazienti della Aggregazione Funzionale Territoriale di riferimento, negli orari di apertura prestabiliti, supportati da infermieri professionali, effettuano alcune prestazioni diagnostiche, terapie iniettive, vaccinazioni e prestazioni di primo soccorso che spesso impropriamente accedono al Pronto Soccorso ospedaliero.

Sono, inoltre, disponibili servizi, quali:

- a) la prenotazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche direttamente nella sede tramite Centro Unico Prenotazioni (collegato al CUP aziendale);
- b) la gestione di percorsi assistenziali per patologie croniche in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali.

Gli ambulatori della sede sono tutti informatizzati e collegati in rete tra loro e con alcuni presidi dell'Azienda. È attiva la trasmissione diretta dei referti delle analisi di laboratorio (senza che l'assistito debba ritirare le risposte).

*Obiettivi, azioni e risultati attesi*

Obiettivi	Risultati attesi	Azioni
Gestione dei bisogni prioritari di salute	Gestione patologie cronico invalidanti	Individuazione delle priorità assistenziali, Patti Aziendali, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, indicatori clinici, flusso informativo, incentivi per risultati conseguiti
Continuità delle cure Ospedale/Territorio	Gestione Integrata del paziente	Integrazione Ospedale-Territorio-Comuni, protocolli operativi condivisi, rete verticale, indice di integrazione, flusso informativo
Continuità assistenziale tra Medici di Medicina Convenzionata	Realizzazione prestazioni assistenziali nelle 12 ore e nelle 24 ore giornaliere	Interazione operatori, rete orizzontale sul territorio, interoperabilità studi medici, indice di interazione, flusso informativo

Il conseguimento dei risultati derivanti dalla attuazione delle sopra citate strategie, comporta:

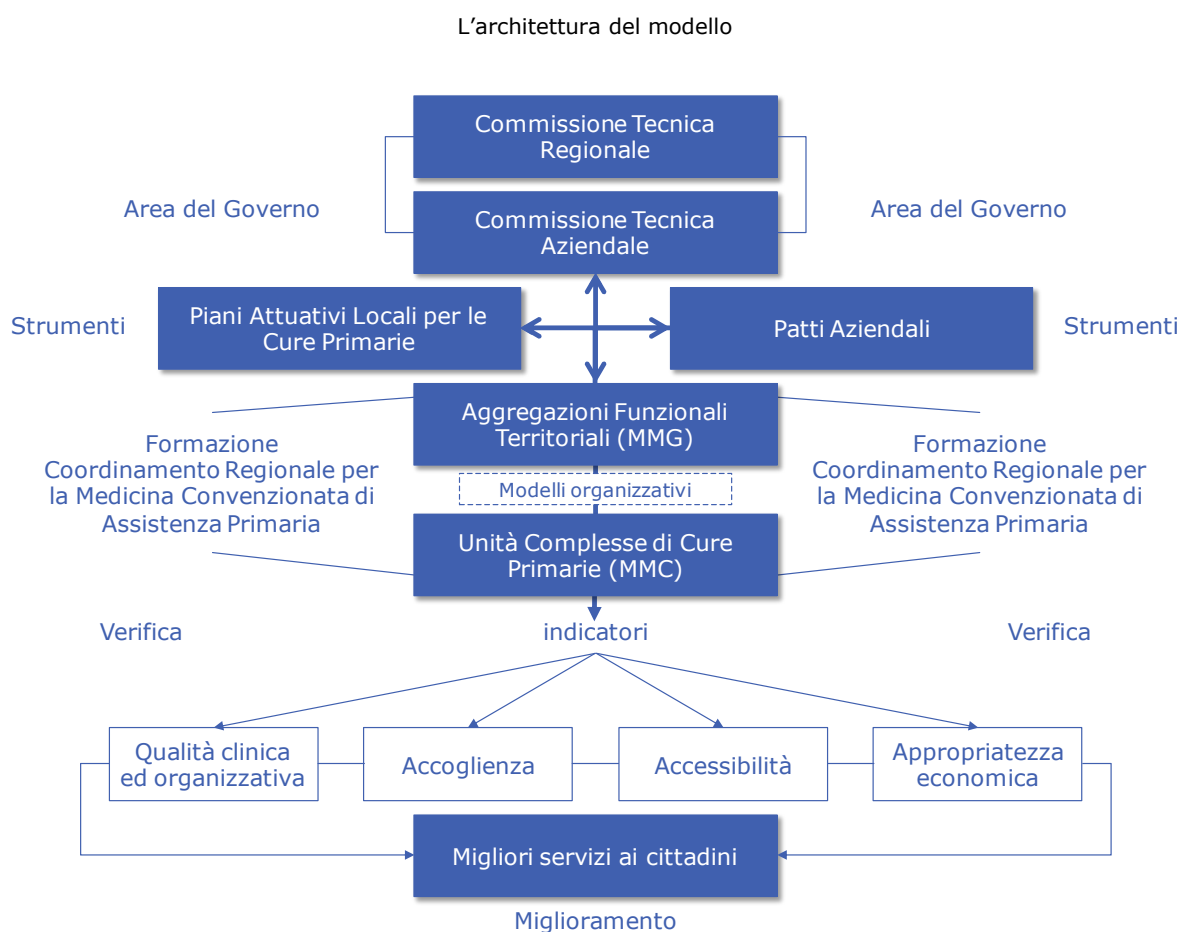
- la definizione della rete assistenziale e delle modalità di accesso al Servizio Socio Sanitario Regionale;
- la razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere con la gestione delle patologie cronico invalidanti da parte dei servizi territoriali;
- la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per una maggiore appropriatezza clinica ed economica;
- la copertura assistenziale nelle 12 ore, con conseguente riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso;
- la presa in carico complessiva del paziente fra Ospedale e Territorio.

*Modello di riferimento*

Per sviluppare la gestione integrata del paziente e la continuità delle cure gli strumenti individuati sono i Piani Attuativi Locali per le Cure primarie con funzioni di programmazione e attuazione del livello assistenziale proposto ed i Patti aziendali per negoziare gli obiettivi prioritari di salute e le relative modalità operative.

I modelli organizzativi sono fondati sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali e sulle Unità Complesse di Cure Primarie e sono finalizzati a definire la rete assistenziale/informativa territoriale.

Il modello si caratterizza per la ricerca e la definizione di indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità, di accoglienza e di appropriatezza economica. Per ciò che attiene ai tempi si prevede un triennio per l'attuazione complessiva del Progetto. Il rapporto con i Medici convenzionati viene invece definito di anno in anno. La formazione riveste un ruolo fondamentale e sarà promossa e attuata attraverso il Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Il Governo della rete territoriale farà capo ad una Commissione tecnica regionale comprensiva di una rappresentanza di Medici Convenzionati ed una analoga a livello aziendale.



\* MMG = Medici di Medicina Generale

\* MMC = Medici di Medicina Convenzionata

Sul *piano operativo* ci si propone:

- la costruzione della rete assistenziale sia verticale che orizzontale;
- il passaggio dalle attuali forme associative ai nuovi profili assistenziali dei Medici di Medicina Convenzionata (MMC);
- l'individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- la definizione degli indirizzi per la presa in carico dei pazienti nelle AFT;

- l'assegnazione alle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) di compiti di coordinamento della Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- l'informatizzazione dell'intero sistema della Medicina Convenzionata;
- la definizione di un Patto con obiettivi ed indicatori di sistema per consentire di misurare le performance aziendali e migliorarne l'efficacia.

### *Appropriatezza*

Attraverso i sistemi premianti dei Patti aziendali si devono conseguire i seguenti obiettivi:

- raggiungimento e/o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale;
- sviluppo delle migliori pratiche;
- avvio di processi di riallocazione delle risorse.

Da ciò deriva la formulazione di un sistema premiante articolato su quattro livelli: A, B, C e D. Le quote A, B, C, sono tuttora disciplinate dagli Accordi regionali vigenti, la quota D viene invece istituita, nell'ambito dei Patti aziendali. Tale quota è collegata all'appropriatezza sulla scorta del procedimento definito in Comitato aziendale (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e nei tavoli negoziali per la Specialistica Ambulatoriale Interna. In tali sedi vengono infatti determinati gli obiettivi dei processi di appropriatezza per ciascuna area della Medicina Convenzionata, gli indicatori correlati, le azioni necessarie e le modalità di riutilizzo di dette risorse attraverso beni, servizi e progetti di salute finalizzati al miglioramento dei livelli qualitativi della stessa Assistenza Primaria.

### *Un lavoro di analisi dei Distretti Socio Sanitari*

Il lavoro di analisi che qui si descrive è frutto di un'attività di monitoraggio svolta tra settembre-novembre 2008 (con elaborazione dei dati nell'anno successivo), che ha richiesto una importante fase preliminare di condivisione con un gruppo rappresentativo di Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori dei Servizi Sociali. Va inoltre considerato che il campo di indagine presenta un'elevata complessità indotta, da un lato, dalla multidimensionalità che caratterizza il Distretto Socio Sanitario nel suo insieme, dall'altro, dalle specificità aziendali e, di conseguenza, dalla variabilità interaziendale. L'insieme di questi fattori ha spinto gli Uffici regionali ad elaborare uno strumento di indagine piuttosto articolato (griglia), che rileva sia elementi di carattere organizzativo, gestionale, strutturale ma anche elementi qualitativi, nella fattispecie impressioni, giudizi ed interpretazioni soggettive. Più in dettaglio, la griglia è stata strutturata per approfondire sei dimensioni, quali: a) dati dimensionali di contesto; b) dati di struttura organizzativa; c) rapporti con la Medicina Convenzionata; d) strumenti di programmazione territoriale;



e) sistema informativo; f) integrazione con il sociale. Si precisa che è stata privilegiata la raccolta di alcuni aspetti informativi che appaiono, anche alla luce degli indirizzi regionali e degli atti di convenzione, più rilevanti nell'attuale congiuntura. La rilevazione dei dati e delle informazioni è stata realizzata attraverso la compilazione della griglia, da parte di ciascun Direttore di Distretto.

Si richiama come quasi un decennio fa sia stata condotta dalla Regione del Veneto una indagine simile allo scopo di comprendere quale fosse allora lo stato dei Distretti. Ci si riferisce alla Ricerca Sanitaria Finalizzata *"Il Distretto in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale"*. Giunta Regionale del Veneto. Marzo 1999.

#### *L'universo censito*

Alla rilevazione hanno partecipato attivamente tutte le 21 Aziende ULSS del Veneto, censendo la totalità degli attuali Distretti socio-sanitari. Nel biennio 2008-2009 complessivamente i Distretti del Veneto sono 50. Il primo luglio 2008 viene rideterminata l'articolazione territoriale dell'Azienda ULSS di Bussolengo in un Distretto Socio Sanitario unico. Nel periodo considerato nell'analisi effettuata il bacino di utenza medio per Distretto è pari a circa 96.500 unità, sebbene il range di variazione si estenda da 20.869 unità (il Distretto Agordino dell'Azienda ULSS n.1 di Belluno) a 278.803 unità (il Distretto con più residenti è il Distretto unico dell'Azienda ULSS n.22 di Bussolengo). La variabilità dimensionale è ampia e non è solo indotta da scelte aziendali ma anche dalle diverse caratterizzazioni orografiche (prevalentemente montagna o laguna). È opportuno sottolineare come la dimensione del Distretto non rappresenti soltanto un aspetto formale di adempimento agli standard stabiliti dalla Regione del Veneto, ma assuma soprattutto una valenza sostanziale, correlata ad alcuni elementi strategici: quali funzioni svolge il Distretto? qual è la sua organizzazione? qual è la sua dotazione organica? Un corretto dimensionamento può, inoltre, incidere sul rapporto con i Comuni, favorire o meno il governo del Territorio e concorrere a sviluppare la programmazione concertata con gli Enti Locali. In un'ottica di evoluzione temporale è interessante comparare il quadro attuale con quanto rilevato circa una decina di anni fa, osservando che:

- nel corso di questo decennio il numero di Distretti si è notevolmente ridotto, passando dagli 84 agli attuali 50 e dando luogo ad un decisivo processo di riorganizzazione territoriale;

- se nel 1999 i Distretti collocati al di sotto del valore soglia dei 60.000 abitanti (standard successivamente stabilito dalla DGRV n. 3242/2001) erano ben 53, attualmente se ne contano soltanto 6 e ciò significa, in termini percentuali, che si è passati dal 63,1% del 1999 all'attuale 12%, mostrando quindi una netta tendenza verso un ampliamento dimensionale;
- il bacino medio di utenza, quale esito degli andamenti esplicitati nei punti precedenti, evidenzia un notevole incremento, passando da 53.000 unità nel 1999 alle attuali 96.500.

L'obiettivo complessivo della ricerca è stata la rilevazione dello stato di attuazione degli indirizzi contenuti nella DGRV n. 3242/2001 presso le Aziende ULSS del Veneto, individuando eventuali indirizzi migliorativi per rafforzare le modalità di integrazione socio-sanitaria (caratteristica fondamentale per rispondere ai bisogni assistenziali delle persone fragili) e per completare la riorganizzazione della rete ospedaliera.

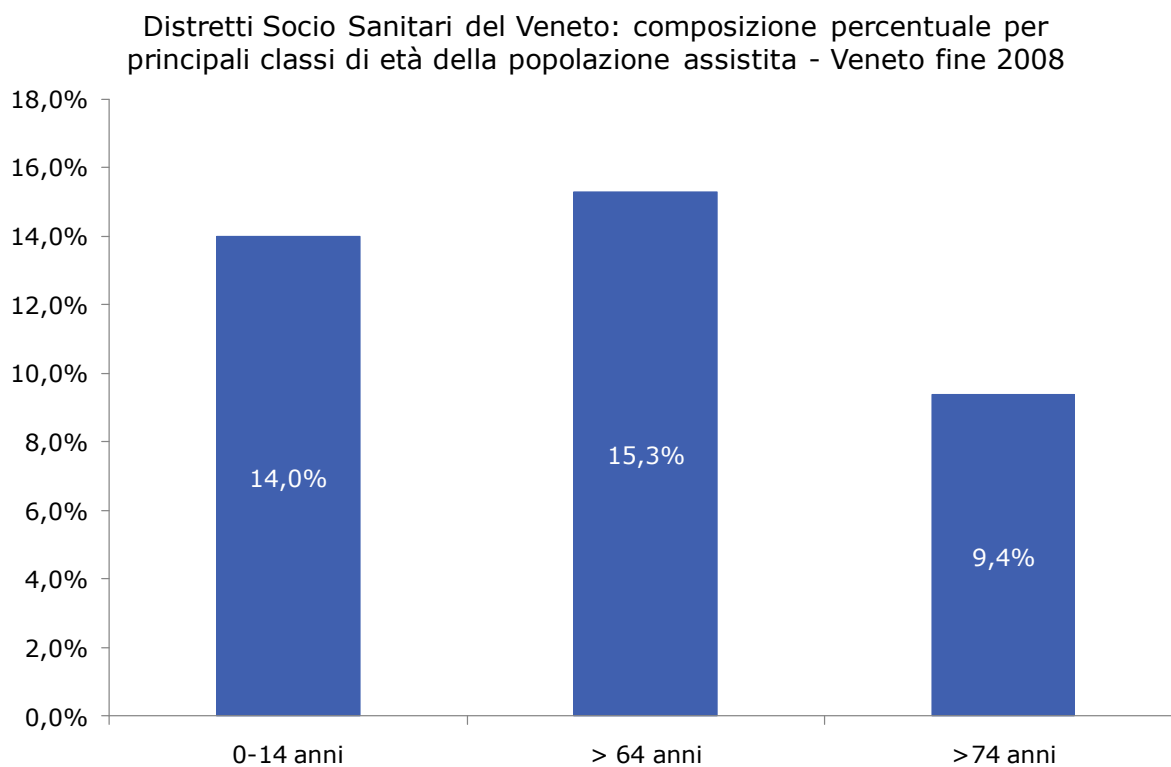
258

Dimensioni dei Distretti Socio Sanitari nel Veneto: confronto 1999-2008				
Classi dimensionali	Indagine del 1999	Incidenza %	Indagine del 2008	Incidenza %
Numero Distretti Socio Sanitari, di cui:	84	100,0%	50	100,0%
con meno di 30.000 abitanti	12	14,3%	2	4,0%
con 30.000-40.000 abitanti	15	17,9%	2	4,0%
con 40.000-50.000 abitanti	9	10,7%	1	2,0%
con 50.000-60.000 abitanti	17	20,2%	1	2,0%
con più di 60.000 abitanti	31	36,9%	44	88,0%
Bacino di utenza medio	53.000		96.500	

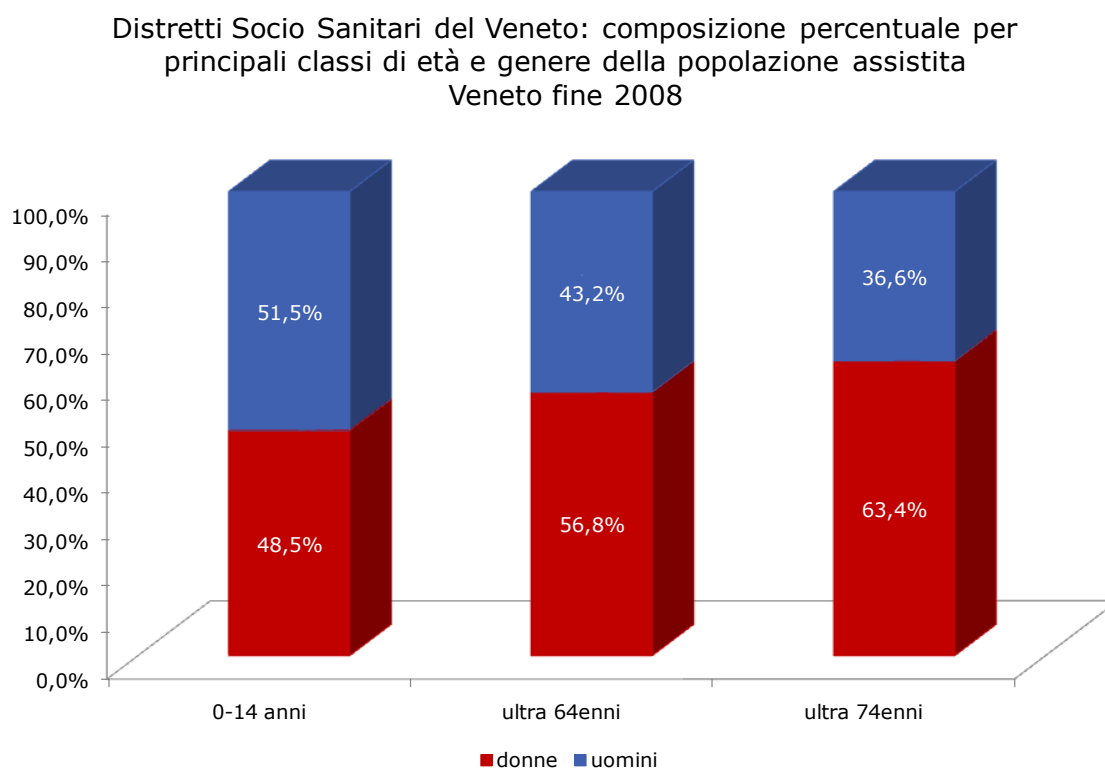
Dai dati rilevati sulla popolazione si possono, altresì, esplicitare alcune caratterizzazioni demografiche:

- nel complesso la componente con età superiore ai 64 anni di età rappresenta il 15,3% della popolazione assistita nella Regione Veneto, con gli ultra settantaquattrenni che coprono il 9,4%;

- la composizione di genere registra una netta predominanza femminile entro la classe degli ultra settantaquattrenni con un rapporto di quasi 1 a 2;



259

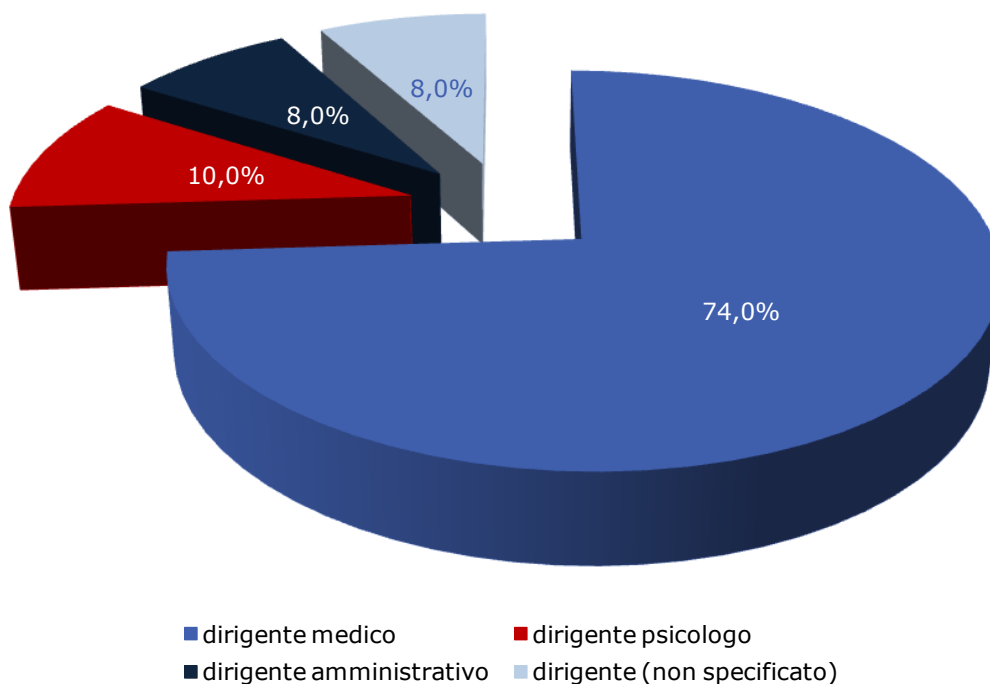


- significativa si mostra la variabilità compositiva interdistrettuale, evidenziando Distretti a forte connotazione anziana (con incidenze degli ultra settantaquattrenni che arrivano al 14,7% nel Distretto di Venezia centro storico dell'Azienda ULSS n. 12 Veneziana) e Distretti più giovani (con la componente 0-14 che raggiunge livelli del 16,5% nel Distretto di Asolo-Castelfranco dell'Azienda ULSS n.8).

#### *Il profilo del Direttore di Distretto*

I provvedimenti che si sono susseguiti nel corso degli anni hanno concorso a promuovere un notevole rafforzamento al ruolo del Distretto, parificandolo di fatto alle altre strutture aziendali e riconoscendone la complessità professionale ed organizzativa. In questa direzione va, ad esempio, l'indicazione contenuta nella DGRV 3242/2001 rispetto alla quale "il Direttore di Distretto ricopre il ruolo di dirigente di livello e funzione apicale in posizione gerarchicamente sovraordinata ai Dirigenti responsabili di struttura ...".

Composizione percentuale dei Direttori di Distretto per profilo professionale - Veneto fine 2008



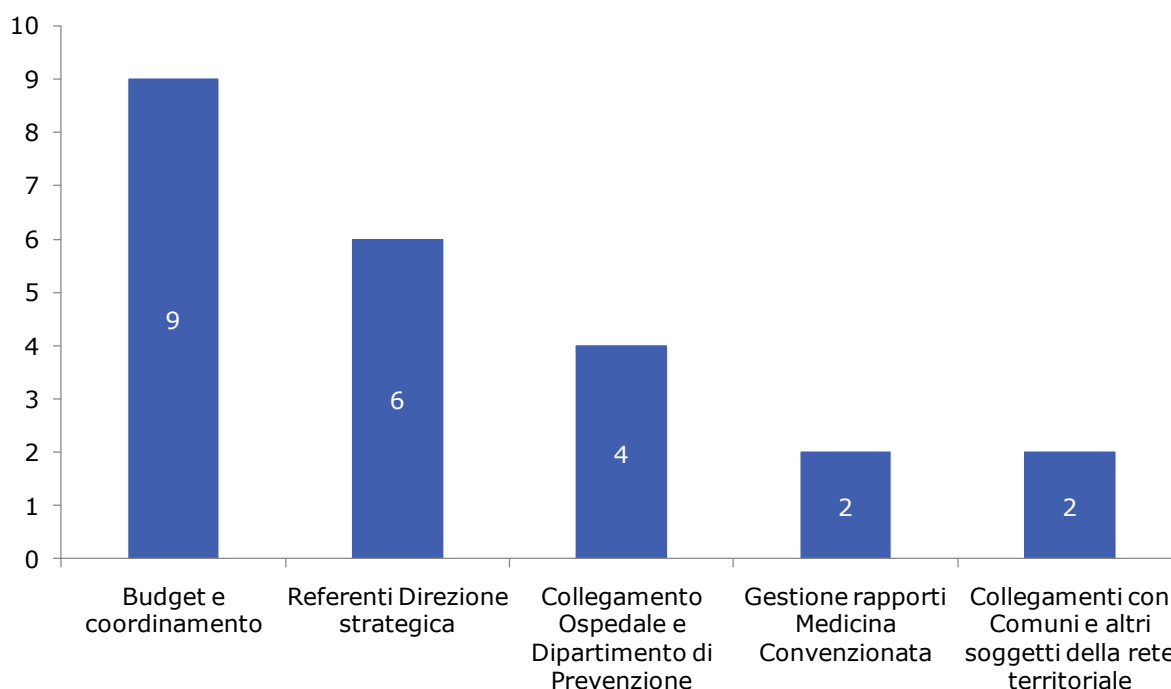
Inoltre nella stessa deliberazione si legge: "L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS a un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato da almeno dieci anni ...". Allo stato attuale i Distretti socio-sanitari del Veneto annoverano come Direttori prevalentemente

dei dirigenti di profilo medico (74%), almeno nella metà dei casi con specifica di 2° livello. Decisamente minoritaria risulta la presenza di dirigenti con profilo amministrativo. La medesima deliberazione prevede il Coordinamento dei Direttori dei Distretti istituiti nell'ambito della stessa Azienda ULSS, le cui principali funzioni sono così enucleate:

- omogeneizzare servizi ed interventi territoriali all'interno dell'Azienda ULSS;
- raccordare le attività interdistrettuali, favorendone la compatibilità e la congruità sul territorio, attraverso proposte alla Direzione Aziendale.

Inoltre viene precisato che: *"Il Coordinamento dei Direttori dei Distretti, sulla base della disciplina contenuta nell'atto Aziendale, si rapporta alla direzione aziendale dell'Azienda ULSS per l'attuazione a livello distrettuale di interventi contemplati in progetti-obiettivo e piani settoriali, e si coordina con i Direttori del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale per le attività svolte nell'ambito del distretto che afferiscono ai Dipartimenti e con i Dipartimenti Ospedalieri e le Direzioni Mediche degli stessi ..."*. Tra i Direttori di Distretto nel Veneto si contano 12 Coordinatori formalmente incaricati.

Funzioni dei Coordinatori dei Direttori di Distretto nel Veneto  
Totale Coordinatori istituiti = 12



Nella maggior parte dei casi il coordinamento è di fatto finalizzato a favorire un'uniformità di azione sia a livello operativo che nel rapporto con la Direzione Strategica. Va, invece, sottolineato come appaia meno riconosciuta la funzione di raccordo con le altre strutture aziendali e con le strutture esterne.

*La struttura distrettuale: uno sguardo d'insieme*

Da un primo sguardo d'insieme si coglie una significativa variabilità strutturale, correlabile in parte alle diverse dimensioni dei Distretti e in parte a diverse scelte aziendali organizzative e strategiche.

Struttura distrettuale: le Unità Operative formalmente costituite – Veneto fine 2008				
Unità Operative	Numero Aziende ULSS	Tipologia di Unità Operativa		
		Semplici	Complesse	Non specificato
Cure Primarie	20	6	39	0
Continuità Assistenziale	2	3	0	0
Anziani	3	3	1	0
Disabilità	19	29	3	3
Servizio Integrazione Lavorativa	9	12	1	0
Residenzialità extraospedaliera	3	2	1	0
Materno infantile, Età Evolutiva, Famiglia	15	13	26	1
Consultorio familiare	10	14	3	1
Neuropsichiatria infantile	8	8	4	0
Tutela Minori e Affidi	2	2	0	0
Salute mentale	6	6	1	0
Psichiatria territoriale	2	0	2	0
SERT Dipendenze	18	6	20	2
Alcologia	3	4	0	0
Specialistica Ambulatoriale e Domiciliare	3	3	1	0
Farmaceutica territoriale	3	3	1	0
Medicina preventiva	2	5	0	0
Amministrativa	14	11	7	9
Direzione distrettuale	2	2	2	1

Dai dati rilevati l'articolazione distrettuale che emerge sempre più sembra rispondere alla tendenza di orientare le Unità Operative al target di bisogno, strutturandole con specifica definizione delle responsabilità. Scendendo un po' più nel dettaglio, si può constatare che:

- *l'Unità Operativa delle Cure Primarie* è presente in tutte le realtà aziendali, caratterizzandosi quasi sempre come unità complessa ed assumendo quasi equamente carattere distrettuale (in 11 Aziende ULSS) o interdistrettuale (in 9

Aziende ULSS), garantendo una gestione unitaria e integrata delle diverse attività/servizi nei confronti di tutti i cittadini. La responsabilità di questa Unità Operativa è quasi sempre messa in capo ad un dirigente medico, soltanto in due casi questo ruolo coincide con il Direttore di Distretto;

Struttura distrettuale: le Unità Operative formalmente costituite – Veneto fine 2008				
Unità Operative	Numero Aziende ULSS	Ambito della Unità Operativa		
		Distrettuale	Interdistrettuale	Non specificato
Cure Primarie	20	11	9	0
Continuità Assistenziale	2	1	1	0
Anziani	3	0	3	0
Disabilità	19	6	11	2
Servizio Integrazione Lavorativa	9	0	9	0
Residenzialità extraospedaliera	3	0	3	0
Materno infantile, Età Evolutiva, Famiglia	15	8	6	1
Consultorio familiare	10	5	4	1
Neuropsichiatria infantile	8	3	4	1
Tutela Minori e Affidi	2	1	1	0
Salute mentale	6	3	3	0
Psichiatria territoriale	2	0	2	0
SERT Dipendenze	18	2	15	1
Alcologia	3	0	3	0
Specialistica Ambulatoriale e Domiciliare	3	2	1	0
Farmaceutica territoriale	3	0	3	0
Medicina preventiva	2	1	1	0
Amministrativa	14	5	7	2
Direzione distrettuale	2	1	1	0

- *l'Unità Operativa Materno Infantile* è ben rappresentata ma con ambiti di competenza spesso differenziati: laddove non espressamente formalizzata (5 Aziende ULSS) viene fatta confluire per le linee produttive generali alla U.O. di Cure Primarie, attivando al contempo Unità Operative per specifici servizi dell'età evolutiva oppure allargando l'area di competenza delle Unità Operative Consultorio familiare (Materno-Infantile) o ancora istituendo un apposito Dipartimento dell'Area Materno-Infantile;

- *l'Unità Operativa Disabilità* assume una presenza capillare (19 Aziende ULSS), per lo più a carattere interdistrettuale e configurandosi per la specificità del bisogno assistenziale come Unità Operativa per progetto obiettivo. Nella maggior parte dei casi la responsabilità di questa U.O. è messa in capo ad un Dirigente Psicologo;
- *l'Unità Operative Amministrativa* assume una "variegata" connotazione: in 14 Aziende ULSS è istituita come tale, mentre nelle restanti viene fatta confluire alla più generale Unità Operativa di Direzione Distrettuale oppure rinviata ad un livello aziendale più generale. È interessante osservare come in alcuni casi (4 Distretti) la responsabilità di questa Unità Operativa sia posta in capo allo stesso Direttore di Distretto (nella fattispecie Dirigente Medico). In pochi casi il responsabile preposto è un Dirigente Amministrativo (4 distretti), mentre prevalente risulta la figura del Collaboratore Amministrativo Professionale esperto (Categoria D).

Nel contesto regionale vi sono due realtà aziendali in cui è stato costituito il *Dipartimento delle Cure Primarie*, l'una a carattere strutturale interdistrettuale e l'altra a carattere funzionale distrettuale. In questo secondo caso si è però provveduto alla disattivazione dopo un breve periodo di sperimentazione. Nel primo caso, invece, il Dipartimento delle Cure Primarie assume il compito di favorire l'integrazione nel territorio aziendale dell'offerta delle servizi, nonché la produzione omogenea di tutte le attività cliniche distrettuali (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica, residenzialità, ecc.). Va osservato, comunque, che la dimensione dipartimentale è usualmente legata alla politica di integrazione tra sociale e sanitario su aree-obiettivo che ricomprendono servizi e progetti dedicati a specifici target di utenza.

264

DIPARTIMENTI ATTIVATI - VENETO FINE 2008						
Dipartimenti	Numero Aziende ULSS	Tipologia di Dipartimento		Afferenza		
		Funzionale	Strutturale	Distretto	Direzione Sanitaria	Direzione Servizi Sociali
Salute mentale	16	6	10	6	4	3
Dipendenze/SERT	16	14	2	9	1	3
Materno Infantile	4	2	2	4	0	0
Riabilitazione	2	1	1	2	0	0

#### *Il processo di "distrettualizzazione": alcuni elementi caratterizzanti*

L'analisi dell'organizzazione interna del Distretto Socio Sanitario in Veneto, a distanza di quasi otto anni dalla DGRV n. 3242/2001, pone in evidenza alcuni elementi organizzativi



che sembrano aver caratterizzato il processo di "distrettualizzazione" e che possono essere così enucleati:

- un'articolazione in Unità Operative sempre più formalizzata, che prevede l'individuazione del responsabile e la conseguente assegnazione (almeno come indirizzo) delle risorse umane;
- il superamento della responsabilità "unica" conseguente alla coincidenza tra responsabile delle Unità Operative e Direttore di Distretto, individuando specifici responsabili e passando così ad un sistema a responsabilità "diffusa" e multilivello;
- una maggiore caratterizzazione interdistrettuale di alcune Unità Operative, finalizzata non solo ad una più razionale gestione delle risorse ma anche ad una omogeneizzazione delle procedure gestionali e di erogazione;
- una maggiore specificità delle Unità Operative per target e la progressiva scomparsa di Unità Operative generalistiche per target indifferenziato quali ad esempio quelle riferite alla continuità assistenziale, alla specialistica ambulatoriale, alla residenzialità extraospedaliera.

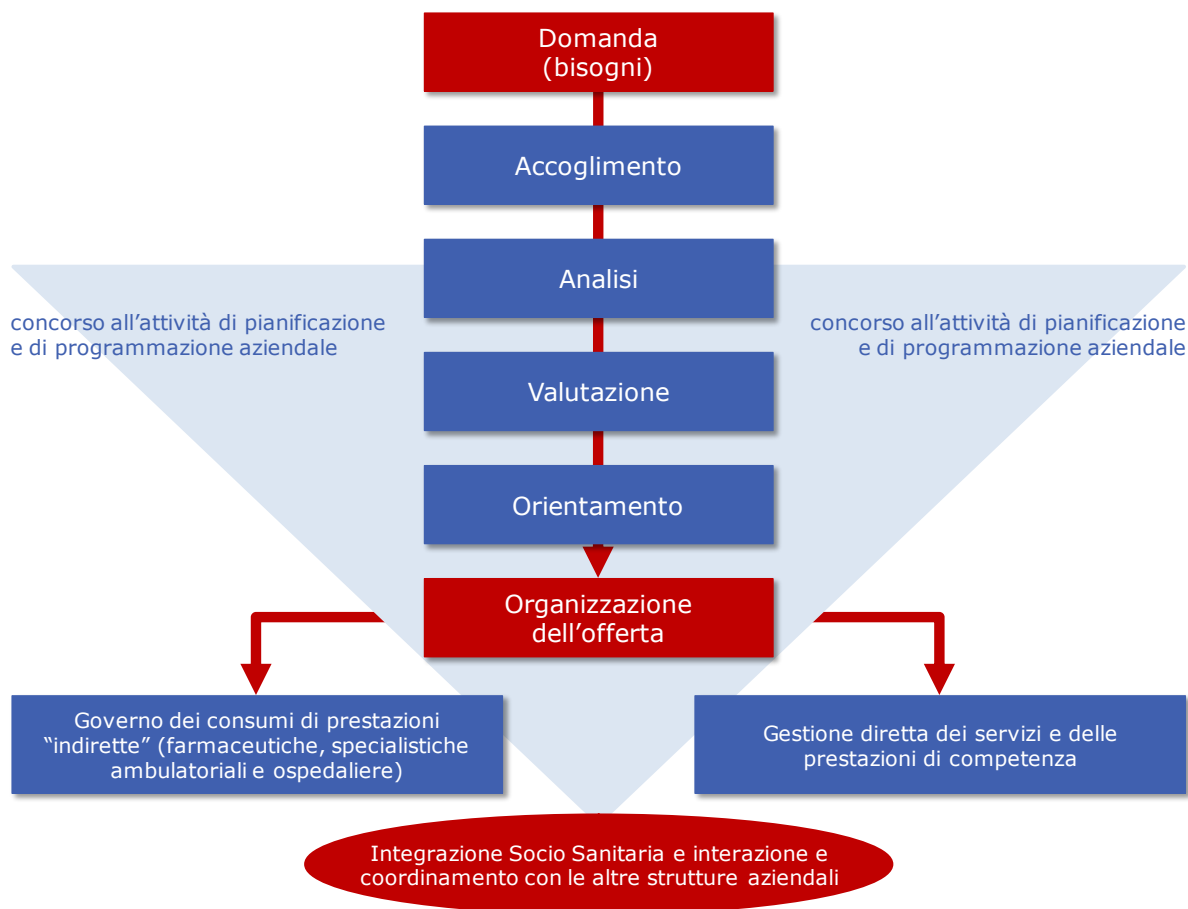
#### *Le funzioni svolte dal Distretto Socio Sanitario*

Per poter analizzare le funzioni che i Distretti del Veneto svolgono è opportuno richiamare la "mission" prevista dalla DGR n. 3242/2001: *"... Rispondere in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione attraverso la definizione e la realizzazione di percorsi integrati di promozione della salute costituisce in sintesi il mandato fondamentale del distretto, che lo stesso realizza, nell'ambito delle indicazioni della Direzione Aziendale e delle risorse assegnate ..."*. Nella configurazione data dalla deliberazione in argomento sembra sia possibile distinguere una funzione di produzione dei servizi da una funzione di committenza che non si configura soltanto come richiesta di volumi di prestazioni o di servizi, ma assume una valenza di *"governo organizzativo, gestionale ed economico"* del Sistema, realizzata attraverso una programmazione fondata sull'analisi della domanda e sul reperimento all'interno o all'esterno dell'Azienda ULSS delle prestazioni e dei servizi atti a soddisfare i bisogni socio-sanitari. Stando ai dati raccolti si può affermare che, quasi ovunque ed in maniera più o meno approfondita, il Distretto assolve ad entrambi queste funzioni, assumendo:

- il ruolo di erogatore ossia di produttore di servizi, in forma integrata assegnando talora una parte centrale ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta;
- il ruolo di committente (quali servizi per quali bisogni) e di governo della domanda ossia di programmazione e di definizione dell'offerta in relazione al bisogno ed al controllo dell'attività.

Laddove è stato istituito un Dipartimento delle Cure Primarie (una realtà aziendale) le due funzioni sono mantenute nel Distretto ma vengono affidate formalmente a due differenti responsabili: al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie e al Direttore del Distretto. Tuttavia, nel resto dei casi entrambe le funzioni fanno capo formalmente al Direttore di Distretto, sebbene materialmente si riscontri il "supporto" del responsabile dell'Unità Operativa Cure Primarie.

Le funzioni del Distretto Socio Sanitario nel disegno strategico del 2001



266

Da un primo sguardo d'insieme emerge che il Distretto gestisce usualmente tutti i servizi e gli interventi che il modello teorico gli assegna e, attraverso la Medicina Convenzionata, sembra essere in grado di "presidiare" (o per lo meno cerca di farlo) quanto è prodotto all'interno o all'esterno dell'Azienda ULSS, con particolare riferimento alla farmaceutica. Ad esempio diventano un po' più diffusi i livelli di delega, formale e sostanziale, da parte della Direzione Strategica nella gestione dei rapporti di natura strategica con i Medici/Pediatri di famiglia, sebbene la gestione degli aspetti contrattuali della Medicina Convenzionata da un lato, e i rapporti con le farmacie dall'altro, rimangano in capo rispettivamente agli Uffici Convenzioni e ai Servizi Farmaceutici, non sempre afferenti al

livello distrettuale. Nel corso degli anni il Distretto ha accentuato anche la sua dimensione sociale. Sembra inoltre essersi rafforzato il collegamento diretto con la Direzione Generale, sebbene il riferimento principale del Distretto sia comunque rappresentato dal Direttore Sanitario. Al fine di un'analisi più approfondita è opportuno individuare quali "soggetti" (intesi come Unità Operative di riferimento) gestiscano o concorrano attivamente al perseguimento delle attività tipiche distrettuali, cercando peraltro di riclassificare queste ultime all'interno di tre macro-aree:

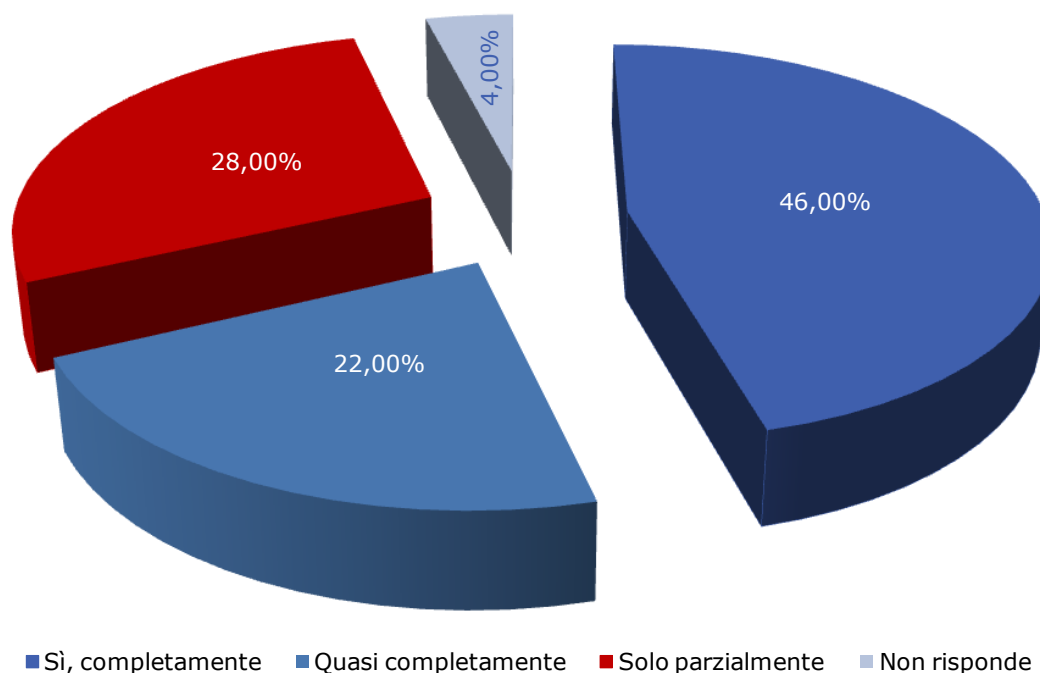
- *l'area di governo* che comprende le funzioni direzionali, di orientamento dei cittadini e di controllo dei volumi di attività e di spesa;
- *l'area sanitaria* che comprende l'assistenza domiciliare nei profili prettamente sanitari (infermieristica, programmata, ADIMED), l'assistenza farmaceutica, protesica e materno infantile;
- *l'area di integrazione socio-sanitaria* che comprende quelle attività che più tipicamente vengono ad assumere valenza sociale, ossia la disabilità, le dipendenze, la salute mentale.

Le evidenze prodotte inducono a formulare le seguenti considerazioni:

- *la figura del Direttore di Distretto* entra nel merito di quasi tutte le attività elencate, assumendo un ruolo trasversale e di supervisione su tutti gli ambiti. Va, tuttavia, osservato come più preminente si configuri il ruolo svolto nella macro-area del governo con particolare riferimento al budget ed alla tenuta dei rapporti con la Medicina Convenzionata e con gli Enti Locali, minore invece il coinvolgimento nelle aree della dipendenza, della disabilità, della psichiatria, che paiono mantenere un carattere di (parziale) autonomia;
- *l'Unità Operativa delle Cure Primarie* sembra focalizzarsi sulla gestione del rapporto con i Medici di famiglia, dell'assistenza domiciliare e più in generale di tutte le attività ad essa correlate (es. assistenza protesica, assistenza farmaceutica, ecc.), risultando molto meno coinvolta, se non estranea, alle problematiche dell'area materno-infantile, e soprattutto della disabilità, della salute mentale, della dipendenza;
- *l'Unità Operativa Materno Infantile* risulta focalizzata quasi esclusivamente sull'attività tipica (es. tutela minori, consultorio familiare, ecc.), molto meno coinvolta nella gestione dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta e più in generale nelle azioni di governo;
- *l'Unità Operativa Disabilità* assume connotati prettamente settoriali, ossia orientata quasi esclusivamente nell'attività tipica. In maniera del tutto analoga si presentano anche le Unità Operative della Salute Mentale e delle Dipendenze, che raramente assumono funzioni di governo, configurandosi come strutture che operano in relativa autonomia dai Distretti, con livelli ridotti di concertazione ed interazione;

- *l'Unità Operativa Amministrativa* presenta la più elevata variabilità all'interno del panorama dei Distretti veneti. Se in alcune realtà distrettuali questa Unità ricopre un ruolo strategico e primario a supporto della direzione del Distretto, gestendo o svolgendo parecchie attività che vanno dalla definizione di obiettivi di budget, al controllo di gestione, alla supervisione di tutti i processi amministrativi distrettuali, in altre realtà distrettuali assume prettamente il ruolo di interfaccia con l'utenza per le pratiche amministrative distrettuali collegate, ad esempio, alla richiesta di ausili, alla scelta/revoca del medico, ecc;
- il supporto di altre strutture aziendali risulta per lo più ascrivibile a funzioni proprie nel senso che il Dipartimento o Servizio Farmaceutico concorre o supporta il Distretto nell'area del controllo farmaceutico, il Controllo di Gestione supporta il Distretto nella definizione e nella negoziazione degli obiettivi di budget, l'Ufficio/Servizio Convenzioni gestisce i rapporti con la Medicina Convenzionata.

Conformità al disegno strategico della DGRV 3242/2001 Veneto fine 2008



È opportuno infine sottolineare come, in generale faticosi ad affermarsi un sistema di negoziazione del budget distrettuale vero e proprio: usualmente gli obiettivi di budget sono assegnati dalla Direzione Aziendale assieme al volume delle risorse. Di conseguenza anche i processi di verifica e di reporting sono spesso destinati a fornire un quadro generale. Ciò nonostante, nel corso di questi ultimi dieci anni è evidente una notevole

trasformazione nella quale emergono situazioni più avanzate (Distretti forti oramai consolidati), Distretti in fase di avanzato perfezionamento, Distretti in fase di formalizzazione e/o ristrutturazione parziale. Stando alle dichiarazioni fornite, il 46% dei Direttori di Distretto ritiene di aver realizzato il modello di Distretto proposto dalla DGRV n. 3242/2001 ed un ulteriore 22% ritiene di aver adempiuto quasi completamente a tali disposizioni. Soltanto per quasi un terzo degli attuali Distretti la realizzazione degli indirizzi regionali risulterebbe ancora non completa.

Matrice del contributo delle Unità Operative al perseguimento delle attività							
Macro-Area di Governo	Direttore di distretto	U.O. Cure Primarie	U.O. Materno Infantile	U.O. Disabilità	Salute Mentale	Sert	U.O. Amministrativa
A	100,0%	75,0%	75,0%	71,4%	60,0%	70,7%	57,5%
B	89,8%	38,6%	31,8%	33,3%	37,1%	43,9%	25,0%
C	93,9%	81,8%	81,8%	59,5%	51,4%	65,9%	52,5%
D	81,6%	65,9%	6,8%	0,0%	22,9%	12,2%	7,5%
E	77,6%	72,7%	11,4%	0,0%	17,1%	22,0%	7,5%
F	89,8%	75,0%	11,4%	4,8%	14,3%	17,1%	22,5%
G	93,9%	97,7%	18,2%	21,4%	5,7%	12,2%	42,5%
H	93,9%	72,7%	54,5%	7,1%	0,0%	4,9%	37,5%
I	83,7%	79,5%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	42,5%
L	93,9%	84,1%	47,7%	0,0%	8,6%	4,9%	27,5%
M	98,0%	88,6%	84,1%	88,1%	62,9%	75,6%	70,0%
N	81,6%	90,9%	90,9%	92,9%	48,6%	68,3%	82,5%
O	57,1%	38,6%	36,4%	4,8%	8,6%	4,9%	50,0%
P	100,0%	31,8%	38,6%	47,6%	37,1%	48,8%	20,0%

A	Definizione del Programma annuale del Budget
B	Negoziazione con Direzione Generale
C	Controllo di gestione, verifica e reporting
D	Controllo e valutazione della ospedalizzazione dei residenti (ricoveri e costi)
E	Controllo e valutazione delle prescrizioni farmaceutiche per residenti (prestazioni e costi)
F	Controllo e valutazione del ricorso ad attività specialistiche per residenti (prestazioni e costi)
G	Rapporti, gestione e verifica Medicina di Assistenza Primaria
H	Rapporti, gestione e verifica Pediatri di Libera Scelta
I	Rapporti, gestione e verifica Medicina di Continuità Assistenziale
L	Rapporti, gestione e verifica Specialistica Ambulatoriale Interna (territoriale)
M	Organizzazione e formazione del personale
N	Informazione ed interfaccia con l'utenza
O	Centro Unico di Prenotazione
P	Rapporti istituzionali con Amministrazioni Locali

Matrice del contributo delle Unità Operative al perseguimento delle attività							
Macro-Area Sanitaria	Direttore di distretto	U.O. Cure Primarie	U.O. Materno Infantile	U.O. Disabilità	Salute Mentale	Sert	U.O. Amministrativa
A	89,80%	86,40%	84,10%	66,70%	51,40%	65,90%	27,50%
B	73,50%	93,20%	18,20%	4,80%	25,70%	24,40%	12,50%
C	49,00%	45,50%	15,90%	4,80%	5,70%	4,90%	20,00%
D	63,30%	95,50%	4,50%	0,00%	5,70%	24,40%	27,50%
E	71,40%	95,50%	18,20%	14,30%	25,70%	12,20%	22,50%
F	71,40%	95,50%	18,20%	14,30%	17,10%	12,20%	32,50%
G	69,40%	95,50%	22,70%	19,00%	28,60%	19,50%	37,50%
H	34,70%	45,50%	6,80%	0,00%	0,00%	0,00%	10,00%
I	83,70%	77,30%	79,50%	59,50%	51,40%	63,40%	20,00%
L	65,30%	6,80%	95,50%	2,40%	0,00%	7,30%	17,50%
M	63,30%	6,80%	90,90%	7,10%	0,00%	9,80%	17,50%
N	55,10%	13,60%	77,30%	14,30%	2,90%	7,30%	15,00%
O	77,60%	90,90%	29,50%	26,20%	0,00%	0,00%	57,50%

- A Osservazione ed analisi epidemiologica  
 B Assistenza farmaceutica  
 C Assistenza Specialistica provvisoriamente accreditata  
 D Prelievi ematici  
 E Assistenza domiciliare infermieristica eventualmente integrata con intervento sociale (ADI profilo B)  
 F Assistenza programmata eventualmente integrata con intervento sociale (ADI profilo C)  
 G Assistenza domiciliare integrata – ADIMED (ADI profilo D)  
 H Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare (ADI profilo E o ADHR)  
 I Educazione sanitaria e promozione corretti stili di vita  
 L Consultorio familiare  
 M Tutela minori ed affido  
 N Assistenza NPI  
 O Assistenza protesica

Matrice del contributo delle Unità Operative al perseguimento delle attività							
Macro-Area di Integrazione Socio Sanitaria	Direttore di distretto	U.O. Cure Primarie	U.O. Materno Infantile	U.O. Disabilità	Salute Mentale	Sert	U.O. Amministrativa
A	87,80%	95,50%	79,50%	83,30%	48,60%	41,50%	47,50%
B	65,30%	81,80%	13,60%	11,90%	8,60%	12,20%	22,50%
C	73,50%	90,90%	2,30%	14,30%	0,00%	0,00%	40,00%
D	53,10%	18,20%	11,40%	85,70%	34,30%	24,40%	30,00%
E	63,30%	29,50%	25,00%	83,30%	8,60%	0,00%	30,00%
F	53,10%	18,20%	20,50%	0,00%	11,40%	97,60%	30,00%
G	59,20%	27,30%	15,90%	7,10%	94,30%	9,80%	30,00%

- A Organizzazione e gestione UVMD  
 B Assistenza domiciliare riabilitativa eventualmente integrata con intervento sociale (ADI profilo A)  
 C Assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale – area anziani  
 D Servizio inserimento lavorativo – area disabilità  
 E Assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale – area disabilità  
 F Assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale – area dipendenze  
 G Assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale. – area psichiatrica

*La dotazione organica*

Relativamente alla dotazione organica dei Distretti i dati rilevati debbono intendersi parziali, talora per l'assenza di informazioni quantitative (formalizzazione ancora in atto delle risorse umane assegnate) e talora per la non esaustività dei dati. Con questi vincoli ci si limita, pertanto, a fornire un quadro complessivo ed indicativo sulle risorse umane distrettuali, cercando di trarre alcune considerazioni di tendenza.

Dotazione organica (operatori equivalenti)				
Profili	Regione del Veneto 1999		Regione del Veneto fine 2008	
	Operatori equivalenti	Incidenza %	Operatori equivalenti	Incidenza %
Medici dipendenti	433	10,9%	397,2	6,8%
Psicologi	177	4,5%	362,2	6,2%
Personale infermieristico	1.551	39,1%	1.872,9	31,9%
OTA, OSS	567	14,3%	876,2	14,9%
Personale della riabilitazione	259	6,5%	352,0	6,0%
Assistenti sociali	171	4,3%	406,5	6,9%
Educatori professionali	151	3,8%	416,4	7,1%
Amministrativi	534	13,5%	777,0	13,2%
Altro	121	3,1%	442,5	7,5%
<b>Totale (esclusi convenzionati)</b>	<b>3.964</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.877,9</b>	<b>100,0%</b>
Medici convenzionati	dato non disponibile		5.847,0	
<b>Totale</b>			<b>11.724,9</b>	

OTA = Operatore Tecnico addetto all'Assistenza  
OSS = Operatore Socio Sanitario

Nota: I dati qui riportati non possono considerarsi esaustivi per tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto, inoltre non è stata inclusa nel computo l'Azienda ULSS n.22 di Bussolengo per mancata formalizzazione degli organici. Il dato deve essere considerato come una stima data la non esaustività delle informazioni raccolte.

Escludendo la componente della Medicina Convenzionata, e quindi anche gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti nei poliambulatori territoriali, complessivamente nei Distretti sono impegnati circa 5.900 operatori equivalenti a tempo pieno, ivi compresi i Direttori di Distretto. La composizione del personale per profilo professionale vede la prevalenza, in termini di incidenza percentuale, del personale infermieristico che copre il 31,9%, seguito dal personale di assistenza (nella fattispecie OTA/OSS) che rappresenta il 14,9%. Segue in termini di rappresentanza numerica il personale amministrativo che costituisce il 13,2% della dotazione organica. Per alcuni profili professionali e in alcune specifiche realtà aziendali significativa appare la presenza di operatori convenzionati (ad esempio tramite cooperative): si ricorre al rapporto di convenzione soprattutto negli

ambiti del personale della riabilitazione o degli educatori professionali, con minore frequenza per i profili infermieristici ed amministrativi. Va detto, comunque, che il ricorso a personale convenzionato si presenta legato a specifiche funzioni (es. assistenza a soggetti disabili, assistenza scolastica, ecc.) e ad uno stile gestionale che connota alcune direzioni distrettuali (minore o maggiore propensione alla flessibilità lavorativa, ma soprattutto maggiore o minore legame con il mondo della cooperazione locale). Pur con i vincoli di parzialità dei dati qui esposti, è interessante comparare il quadro emerso dall'indagine del 1999 con quello attuale, evidenziando le principali modificazioni:

- nel complesso la dotazione organica distrettuale presenta un notevole incremento, quantificabile almeno nel +48,3%, valore da considerare sottostimato;
- significativi incrementi numerici riguardano i profili professionali legati all'ambito socio-assistenziale, nella fattispecie gli assistenti sociali e gli educatori professionali, probabilmente sintomo di una maggiore rilevanza in termini di domanda (problematiche) e di offerta (servizi) che l'ambito sociale va assumendo nel contesto attuale. Questa tendenza potrebbe trovare conferma anche nel notevole incremento della presenza di psicologi nei servizi a valenza sociale;
- molto più contenuta si presenta la crescita del personale infermieristico (+20,8%), talora "sostituito" con le figure degli attuali OSS, ma probabilmente legata alla difficoltà di reperire questa figura nell'odierno mercato del lavoro.

Infine, esclusa la componente della Medicina Convenzionata, l'indice di dotazione medio a livello distrettuale si attesta su 1,3 operatori per 1.000 residenti, rispetto ad una media di 0,7 operatori per 1.000 residenti registrata nel 1999. La variabilità tra Distretti appare però significativa, presentando un range che si estende da 0,4 a 3,2 operatori per 1.000 residenti. In realtà nel Distretto Agordino dell'Azienda ULSS n. 1 di Belluno l'indice di dotazione risulta addirittura pari a 6 operatori ogni 1.000 residenti, valore su cui, probabilmente, incide la maggiore dotazione richiesta per servire territori disagiati dal punto di vista orografico oltre che lo svolgimento di "attività delegate", anche a valenza extradistrettuale.

#### *Il rapporto con la Medicina Convenzionata e i Patti*

La rilevazione sulla consistenza numerica consente di evidenziare nell'ultimo triennio (2006-2008) una sostanziale stabilità numerica, annoverando 3.536 Medici di Assistenza Primaria e 568 Pediatri di Libera Scelta. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta in Veneto si assiste all'introduzione nel sistema degli accordi aziendali, cosiddetti Patti, con la Medicina Generale, nell'intento di stabilire un livello contrattuale "locale", in aggiunta a quello nazionale (ACN) e a quello regionale (ACR), finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e, al contempo, ad un utilizzo appropriato delle risorse



vincolate a regole di rientro. Questa prassi, inizialmente circoscritta ad alcune Aziende ULSS e volta esplicitamente al controllo ed al governo della domanda di salute, è stata successivamente acquisita dalla Regione Veneto ed estesa formalmente a tutte le Aziende ULSS venete. Infatti, sin dal 2001 viene introdotto un passaggio strategico: da un sistema costruito sulla correlazione tra prestazioni e compensi si passa ad un sistema che identifica bisogni, strumenti, indicatori e sistemi incentivanti. Da questo punto di vista il Patto si qualifica quale accordo che esplicita gli obiettivi aziendali perseguiti e contestualizza il ruolo del Medico Convenzionato in questo ambito (assumendo valenza pluriennale), mentre il Contratto rappresenta l'accordo che traduce gli obiettivi fissati nel Patto in specifici indicatori quali-quantitativi verificabili e fissa i pesi e gli incentivi di ciascuno di essi (usualmente di durata annuale). Stando ai dati raccolti, il Patto si conferma uno strumento oramai diffuso nel panorama regionale per tutte le componenti della Medicina Convenzionata. Il tasso di adesione risulta in generale elevato, specialmente per la componente della Medicina di famiglia che raggiunge un coinvolgimento quasi totalitario. Dalla comparazione tra Aziende ULSS si evince come una maggiore variabilità di adesione sia ascrivibile alle componenti della Medicina di Continuità Assistenziale ed alla Specialistica Ambulatoriale Interna, che presentano range più ampi, mentre una maggiore uniformità di adesione sia configurabile per la Medicina e la Pediatria di famiglia.

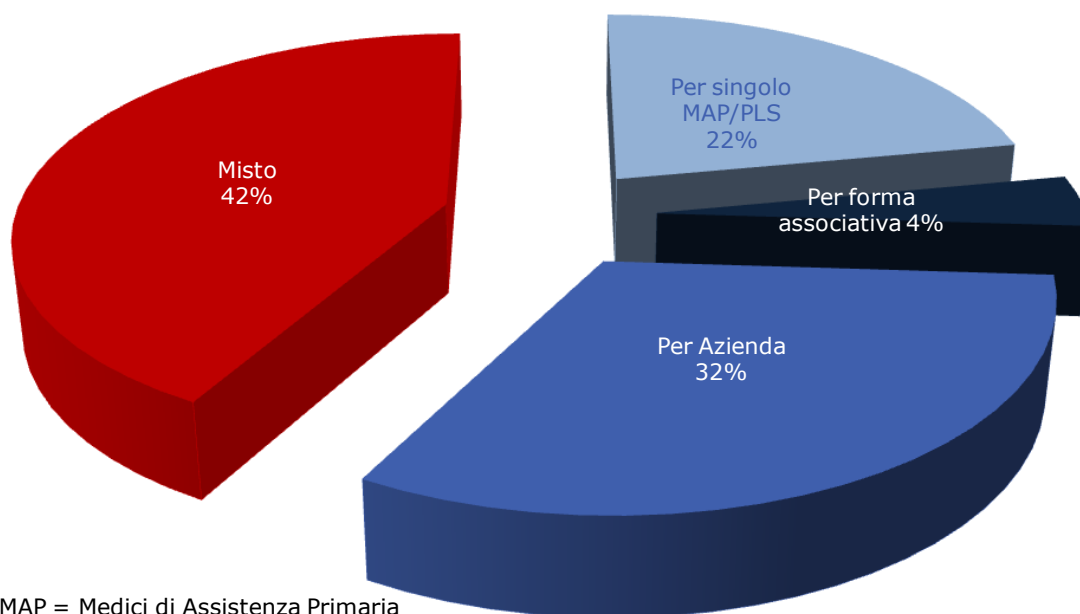
273

Contrattazione dei Patti e Contratti con la Medicina Convenzionata – Veneto fine 2008				
Componenti Medicina Convenzionata	N° Aziende ULSS che hanno stipulato il Patto	N° Aziende ULSS che hanno stipulato il Contratto	Tasso medio di adesione	Range di adesione
Medici di Assistenza Primaria	20 (su tot 21)	18 (su tot 21)	93,6%	80,7% - 100,0%
Pediatri di Libera Scelta	19 (su tot 21)	16 (su tot 21)	93,2%	77,8% - 100,0%
Medici di Continuità Assistenziale	18 (su tot 21)	16 (su tot 21)	85,7%	42,9% - 100,0%
Specialisti Ambulatoriali Interni	21 (su tot 21)	19 (su tot 21)	81,8%	30,4 % - 100,0%

Per quasi la metà dei Patti e Contratti (42%) gli obiettivi sono fissati secondo un sistema "misto" ossia per taluni come valori soglia riferiti alle performance del singolo medico,

della forma associativa o come performance aziendale. Segue, a breve distanza, il raggiungimento di standard soltanto aziendali (32%), mentre minoritaria è la scelta di utilizzare performance "personalizzate" ossia soltanto legate al singolo medico (22%). In sostanza prevalgono due linee di tendenza: la prima che tenta di promuovere una responsabilizzazione al raggiungimento di performance in parte legate al singolo, alla forma associativa o all'Azienda ULSS, la seconda che privilegia il raggiungimento di soglie esclusivamente aziendali. Va, altresì, sottolineato come non sia prassi negoziare obiettivi relativi all'ambito distrettuale.

Medicina Convenzionata: tipologia obiettivi negoziati  
Veneto fine 2008



MAP = Medici di Assistenza Primaria  
PLS = Pediatri di Libera Scelta

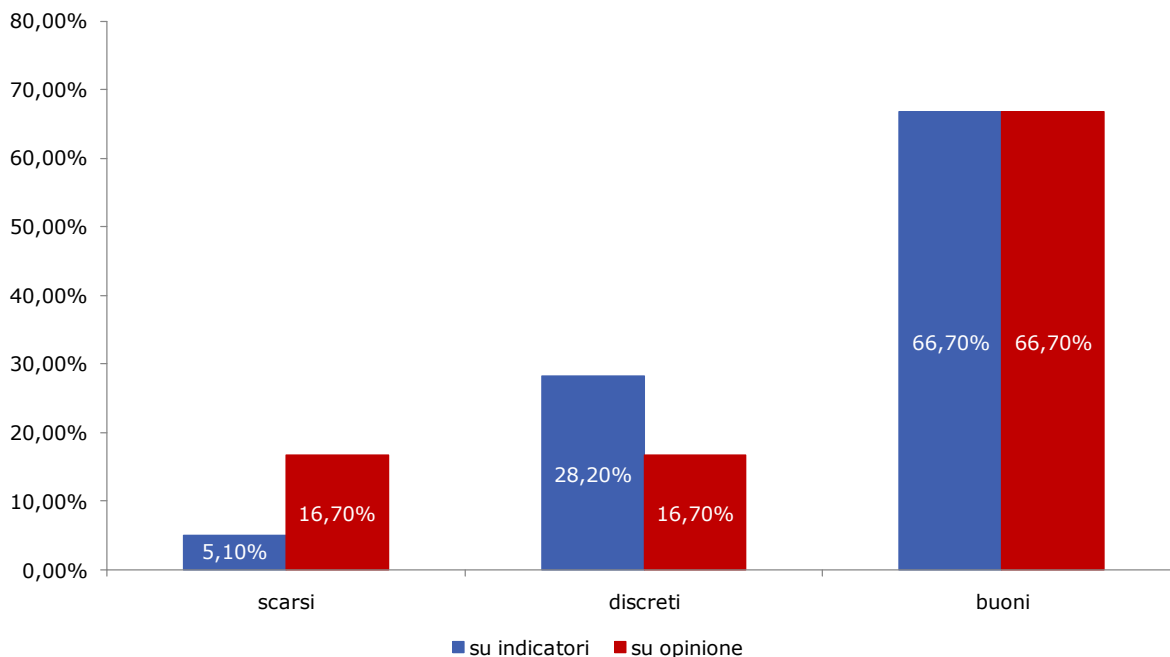
274

Passando ad analizzare l'impatto dei patti in termini di performance e risultati aziendali conseguiti attraverso questo strumento e dunque con il concorso della Medicina Convenzionata, si possono distinguere due schemi di valutazione: a) l'uno formulato a partire da indicatori misurabili; b) l'altro espresso sulla base dell'opinione del Direttore di Distretto, qualora non vi sia una disponibilità dei relativi indicatori. A tale riguardo si può constatare che:

- lo schema valutativo si configura in modo differente se formulato a partire da indicatori misurabili o sulla base dell'opinione, più precisamente appare più critica la valutazione non suffragata da misurazioni;
- gli ambiti in cui i patti con la Medicina Convenzionata sembrano aver sortito un maggiore influsso sono quelli relativi al tasso di copertura vaccinale, all'incremento

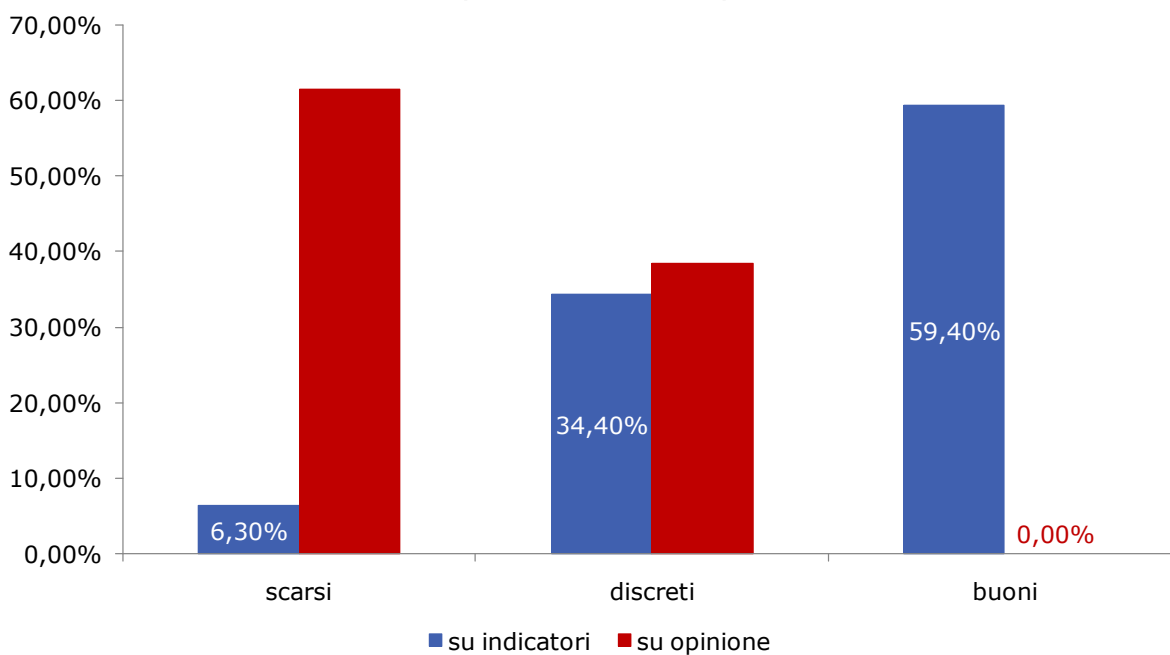
dell'assistenza domiciliare, alla spesa farmaceutica, alla riduzione del tasso di ospedalizzazione ed al tasso di copertura agli screening;

Effetto dei Patti in termini di performance: incremento del tasso di copertura vaccinale secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)



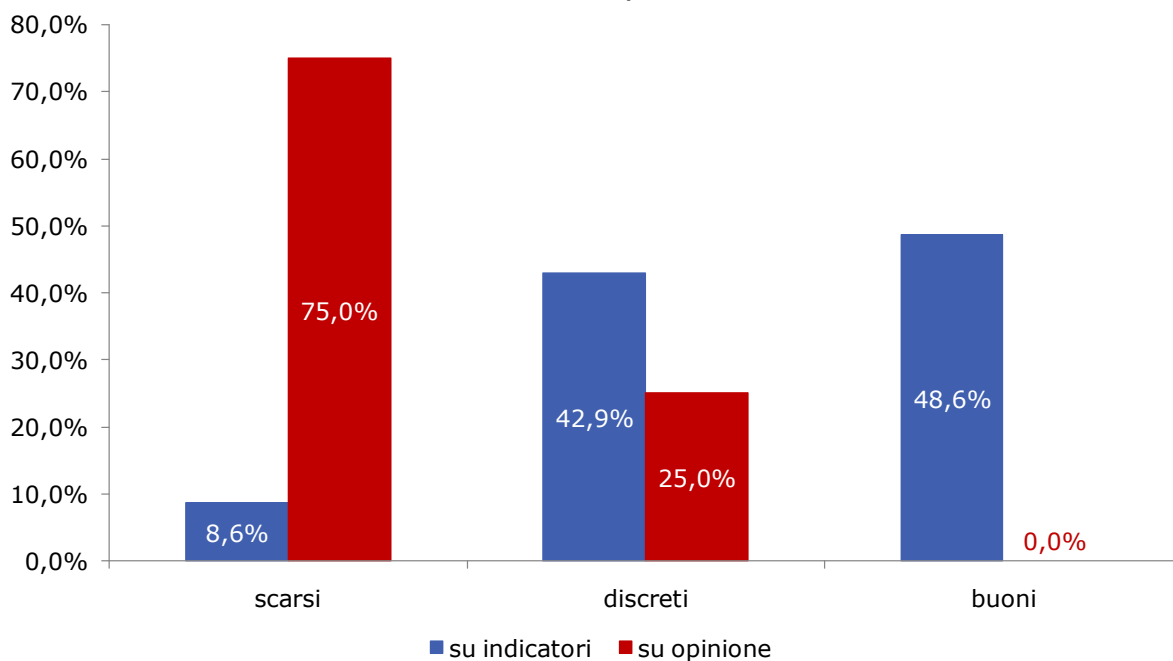
275

Effetto dei Patti in termini di performance: incremento del tasso di screening secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)



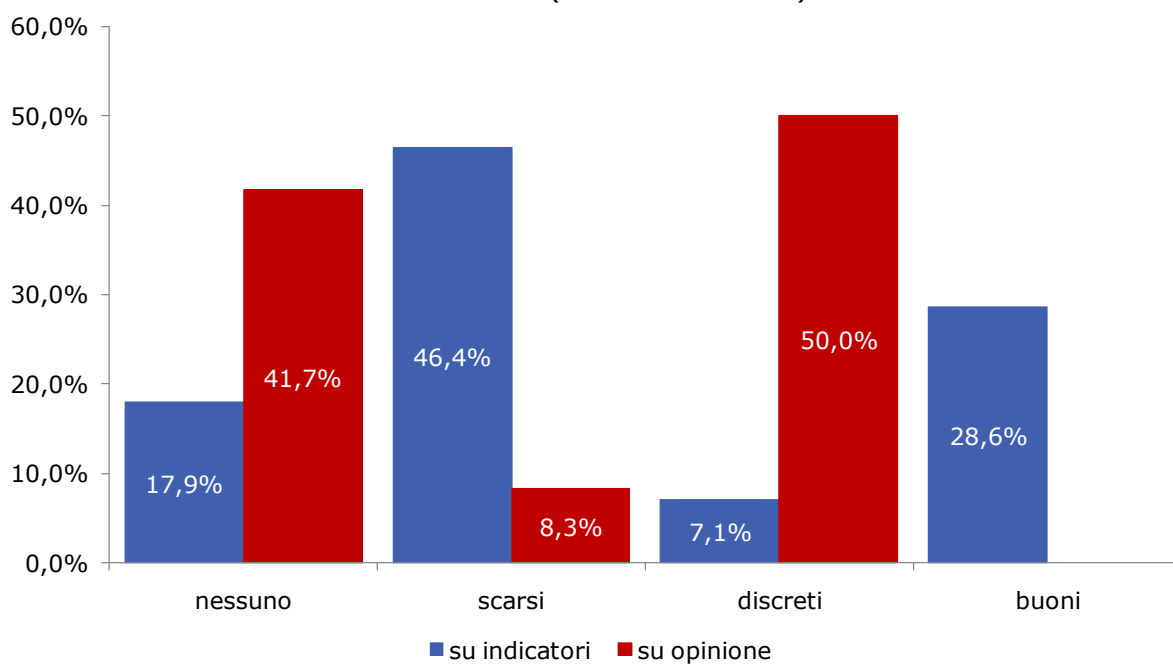
- gli ambiti che risultano meno "governabili" attraverso i Patti riguardano gli accessi al Pronto Soccorso, la spesa specialistica e la riduzione delle liste d'attesa.

Effetto dei Patti in termini di performance: diminuzione del Tasso di Ospedalizzazione secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)

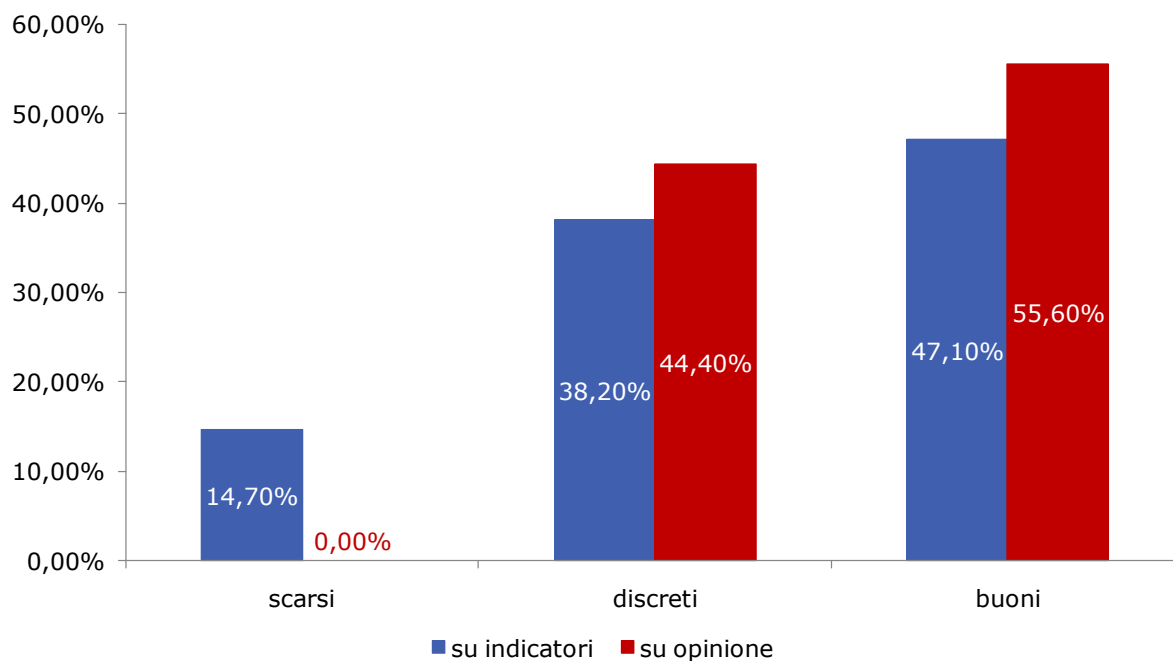


276

Effetto dei Patti in termini di performance: diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso ospedaliero secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)

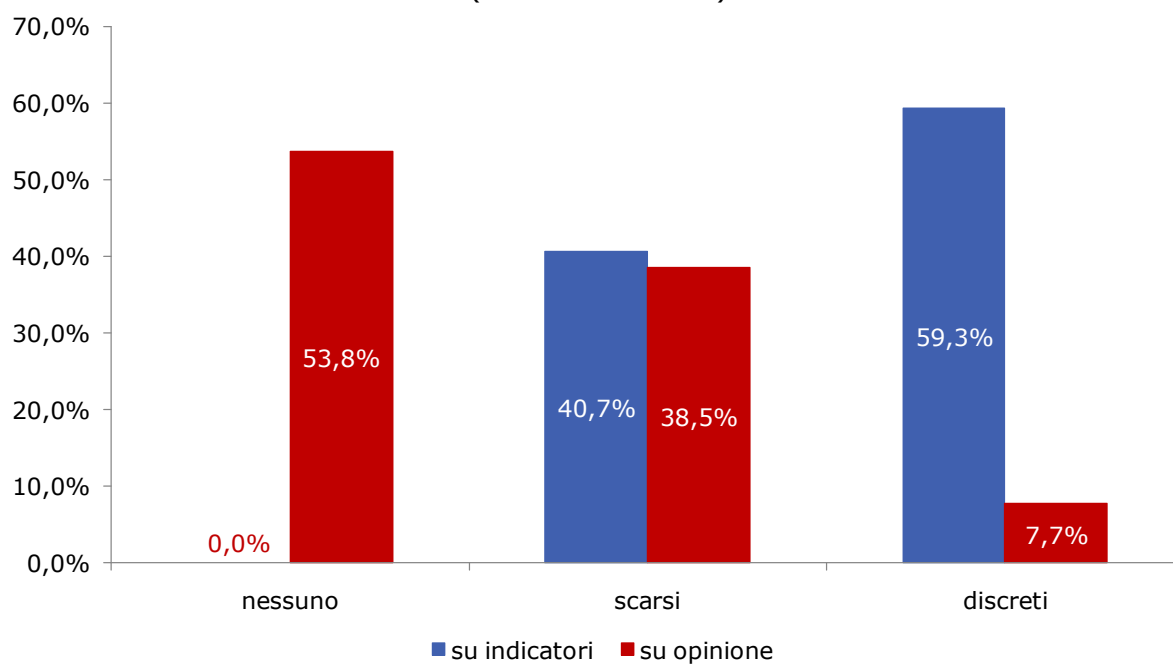


Effetto dei Patti in termini di performance: rientri su obiettivi di spesa farmaceutica secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)

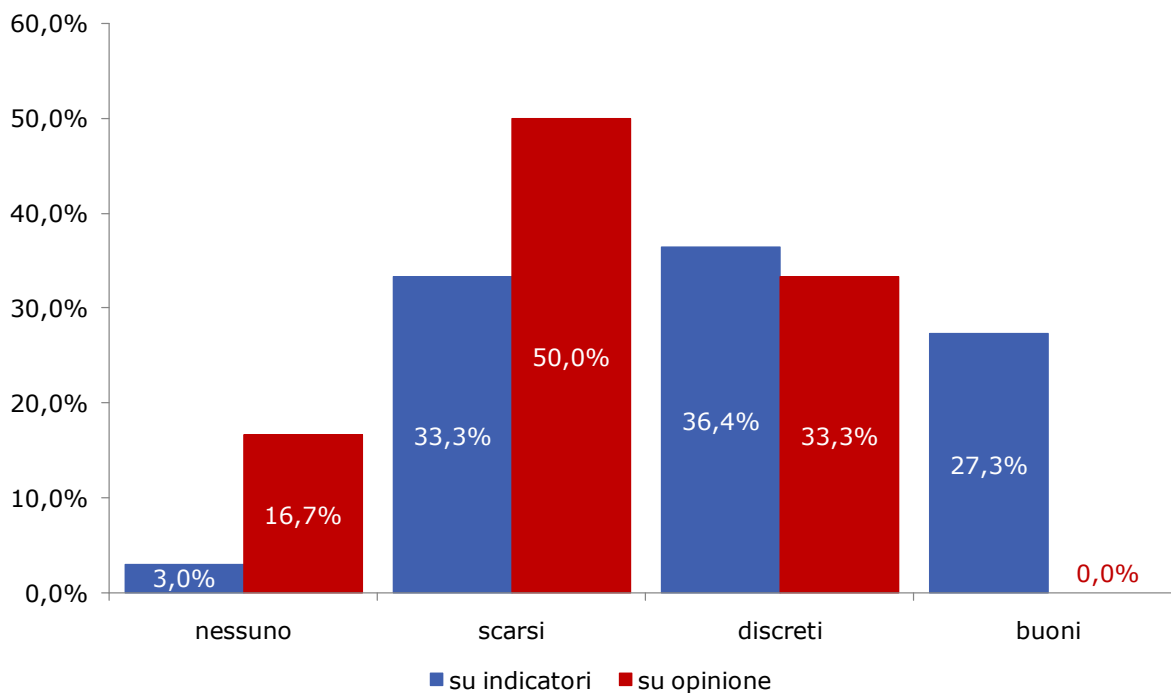


277

Effetto dei Patti in termini di performance: rientri su obiettivi di spesa per assistenza specialistica secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)

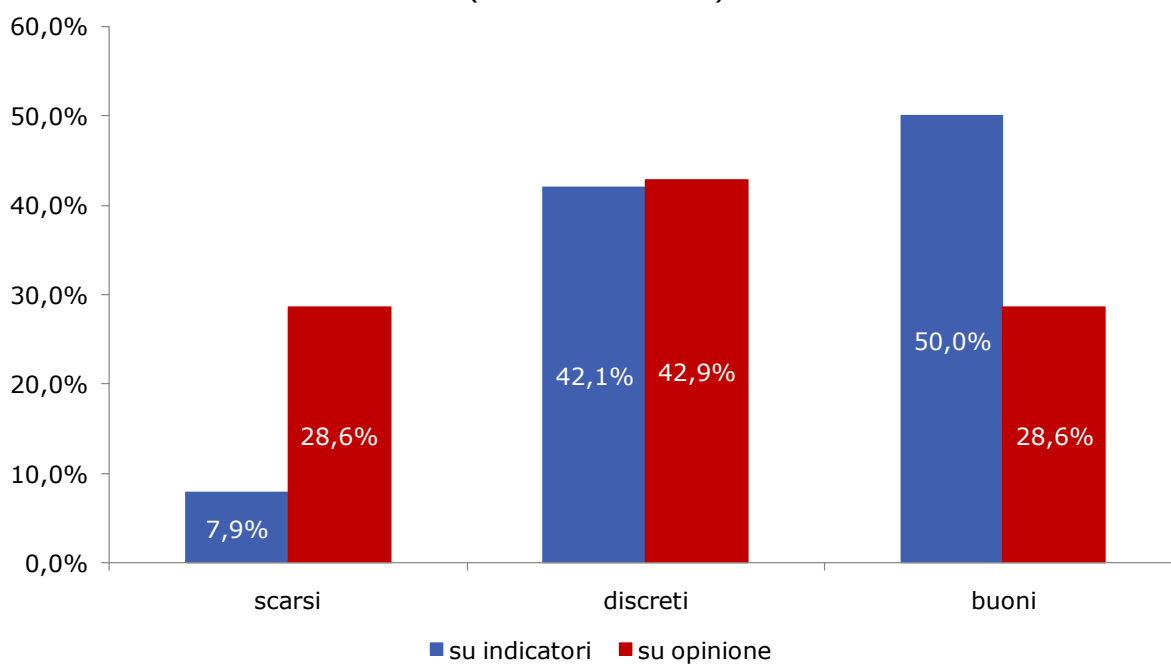


Effetto dei Patti in termini di performance: riduzione delle liste di attesa secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)



278

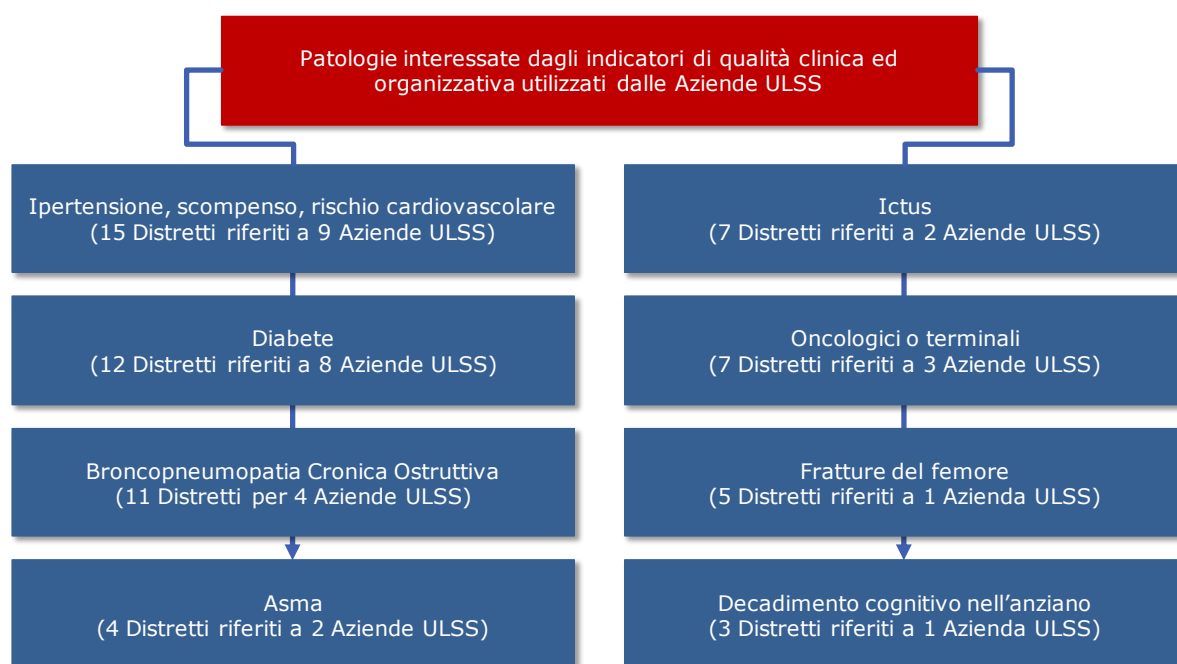
Effetto dei Patti in termini di performance: incremento dell'assistenza domiciliare secondo la tipologia di valutazione (Veneto fine 2008)



Va considerata inoltre l'attivazione di percorsi condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria per la gestione di patologie croniche, indicazione peraltro contenuta nell'Accordo Integrativo Regionale quale requisito trasversale per l'appartenenza alle forme associative, rispetto ai quali la situazione rilevata è la seguente:

- 20 Distretti, riferiti a 11 diverse Aziende ULSS, dichiarano di aver avviato una fase progettuale, con riferimento prevalentemente alla gestione del paziente diabetico (10 Distretti per 6 diverse Aziende ULSS) e all'ambito dello scompenso cardiaco e del rischio cardiovascolare (7 Distretti per 3 Aziende ULSS). Questi percorsi generalmente riguardano gruppi ristretti di Medici che sperimentano modelli organizzativo-gestionali, delineando possibili future estensioni. Dato il carattere "progettuale" non viene usualmente segnalata la stipula di protocolli di integrazione Ospedale-Territorio;
- 24 Distretti, riferiti a 13 diverse Aziende ULSS, dichiarano di aver attivato dei percorsi, ove le patologie prevalenti risultano essere diabete, ipertensione, scompenso, rischio cardiovascolare, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco).

Per ciascuna patologia cronica le Aziende ULSS hanno individuato gli indicatori di qualità clinica ed organizzativa per misurarne l'impatto. Stante la fase di prima realizzazione, vengono segnalati più degli obiettivi che degli indicatori misurabili, così come non appare chiara la distinzione tra indicatori di qualità clinica e di qualità organizzativa: tra i primi vengono annoverati usualmente criteri di individuazione della coorte interessata, tipologie di casi da trattare, tassi di copertura, volumi di attività. Tra i secondi vengono collocati ampiezze dei target, volumi di attività con particolare attenzione alla gestione delle liste d'attesa, modalità gestionali dei pazienti.



Gestione delle patologie croniche: indicatori di qualità clinica ed organizzativa utilizzati dalle Aziende ULSS	
Con quali indicatori di qualità clinica?	Con quali indicatori di qualità organizzativa?
<b>Iperensione, scompenso, rischio cardiovascolare</b>	<b>(15 Distretti riferiti a 9 Aziende ULSS)</b>
Prevalentemente non vengono esplicitati dei veri e propri indicatori quanto piuttosto dei criteri per definire la coorte interessata o le azioni da svolgere. Ne costituiscono degli esempi:	Prevalentemente vengono indicati delle ampiezze di target o dei volumi di attività. Ne costituiscono degli esempi:
Percentuale aderenti allo screening;	Numero utenti inviati per lo screening o il follow up;
Percentuale inviati al counselling;	Numero casi in cui viene programmata direttamente l'esecuzione degli accertamenti;
Rilevazione BMI e livelli pressori;	Numero casi in cui avviene in un'unica seduta l'esecuzione di ECG, visita cardiologia, fundus oculi, visita oculistica;
Riduzione percentuale pazienti con ipertensione non controllata in trattamento plurifarmacologico.	Numero screening effettuati negli 45-55enni.
Nessun indicatore viene invece esplicitato da 4 Distretti con riferimento a 2 Aziende ULSS.	Nessun indicatore viene invece esplicitato da 2 Distretti con riferimento a 1 Azienda ULSS.
<b>Diabete</b>	<b>(12 Distretti riferiti a 8 Aziende ULSS)</b>
Vengono definiti dei criteri per la definizione della tipologia di pazienti che il Medico di famiglia dovrebbe gestire ed in taluni casi alcuni indicatori di copertura. Ne costituiscono degli esempi:	Vengono individuati usualmente dei volumi di attività. Ne costituiscono degli esempi:
Gestione dei pazienti con diabete tipo 2 ed emoglobina glicata <7,5;	Percentuale pazienti diabetici seguiti dal Medico di famiglia con ambulatorio dedicato;
Produzione di una lista dei pazienti diabetici;	Numero visite di iniziativa effettuate nell'anno;
Percentuale pazienti con registrazione PAO;	Compilazione di almeno una scheda di valutazione annua per paziente;
Percentuale diabetici con effettuazione di emoglobina glicata;	Riduzione liste d'attesa nei centri specialistici (CAD);
Riduzione dei ricoveri ospedalieri.	Riduzione ricorso alle strutture di secondo livello.
Nessun indicatore viene invece esplicitato da 4 Distretti con riferimento a 2 Aziende ULSS.	Nessun indicatore viene invece esplicitato da 3 Distretti con riferimento a 1 Azienda ULSS.
<b>Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco)</b>	<b>(11 Distretti per 4 Aziende ULSS)</b>
Vengono prevalentemente individuati degli indicatori di attività. Ne costituiscono alcuni esempi:	Vengono per lo più indicate delle modalità gestionali. Ne costituiscono degli esempi:
Riduzione della mortalità;	Numero visite in follow up sul totale pazienti invitati al follow up;
Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione;	Produzione del registro per patologia consultabile anche dagli specialisti ospedalieri;
Miglioramento percentuale diagnosi con spirometria;	Presenza di una linea telefonica per consulti sia per Medici di famiglia che per pazienti;
Miglioramento percentuale counselling antitabagico;	Attivazione audit tra Medici di famiglia.
Miglioramento copertura vaccinale antinfluenzale.	Nessun indicatore viene invece esplicitato da 2 Distretti con riferimento a 1 Azienda ULSS.
Nessun indicatore viene invece esplicitato da 2 Distretti con riferimento ad 1 Azienda ULSS.	



Gestione delle patologie croniche: indicatori di qualità clinica ed organizzativa utilizzati dalle Aziende ULSS	
Con quali indicatori di qualità clinica?	Con quali indicatori di qualità organizzativa?
<b>Asma</b>	<b>(4 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS)</b>
Prevalentemente vi è il rinvio agli indicatori previsti dall'ACR per la Pediatria di Libera Scelta.	Prevalentemente vi è il rinvio agli indicatori previsti dall'ACR per la Pediatria di Libera Scelta.
Nessun indicatore viene invece esplicitato da 2 Distretti con riferimento a 1 Azienda ULSS.	Nessun indicatore viene invece esplicitato da 2 Distretti con riferimento a 1 Azienda ULSS.
<b>Ictus</b>	<b>(7 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS)</b>
Vengono definiti come indicatori:	Vengono definiti come indicatori:
Riduzione della mortalità per ictus o delle relative complicanze.	Diminuzione dei tempi di attesa per la riabilitazione;
	Percentuale casi con esecuzione e refertazione della TAC cerebrale entro 30 minuti dall'ingresso;
	Percentuale casi con attivazione procedure di invalidità civile e fornitura di ausili.
<b>Oncologici o terminali</b>	<b>(7 Distretti riferiti a 3 Aziende ULSS)</b>
Vengono definiti come indicatori:	Vengono definiti come indicatori:
Aumento dei casi trattati prima della comparsa di sintomatologia clinica;	Riduzione dei tempi d'attesa per la valutazione pre-operatoria;
Permanenza al proprio domicilio con assistenza del Medico di famiglia e cure palliative.	Riduzione ricorso alle strutture di secondo livello.
<b>Fratture del femore</b>	<b>(5 Distretti riferiti a 1 Azienda ULSS)</b>
Vengono indicati come indicatori:	Vengono indicati come indicatori:
Riduzione ricoveri ripetuti e tasso di ospedalizzazione.	Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali post dimissione;
	Accesso domiciliare entro 2 settimane post dimissione.
<b>Decadimento cognitivo nell'anziano</b>	<b>(3 Distretti riferiti a 1 Azienda ULSS)</b>
Non vengono indicati dei veri e propri indicatori quanto piuttosto delle modalità gestionali, quali:	Non vengono indicati dei veri e propri indicatori quanto piuttosto delle modalità gestionali, quali:
Miglioramento qualità della vita e permanenza al proprio domicilio.	Presenza in carico integrata tra sociale e sanitario;
	Riduzione del ricorso al secondo livello.

### *Ambiti di partecipazione della Medicina Convenzionata*

Tutte le Aziende ULSS hanno attivato il Comitato aziendale per la Medicina Convenzionata, che opera con parere vincolante su molteplici aspetti ed al quale spetta il mantenimento dei confronti, di interscambio ed istituzionalizzazione dei processi. Meno diffusa si configura invece l'attivazione di organismi per il coordinamento delle attività distrettuali, quali ad esempio l'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuale) e le Commissioni di Coordinamento e Ricerca in Medicina Territoriale (6 Aziende ULSS).

Quasi ovunque sono poi state istituite delle commissioni ad hoc, di valenza "contenutistico-operativa", quali ad esempio:

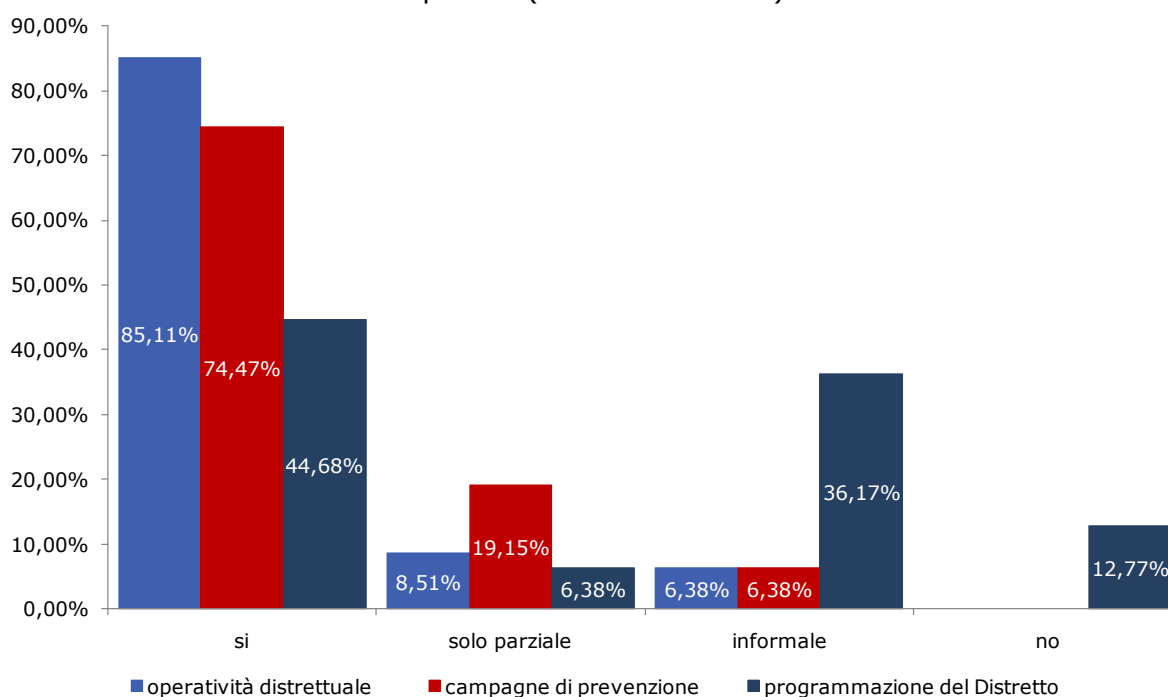
- i Comitati tecnico-scientifici o le commissioni permanenti per la formazione (attivi in 14 Aziende ULSS);
- le Commissioni per la stesura e il monitoraggio degli obiettivi dei Patti/Contratti (9 Aziende ULSS);
- i Gruppi per il governo del sistema, ovvero gruppi per la specialistica, gruppi per l'appropriatezza, percorsi di prioritizzazione, osservatorio permanente per l'appropriatezza (5 Aziende ULSS);
- le Commissioni per l'integrazione tra Ospedale e Territorio, ossia tavoli paritetici per dimissioni protette, gruppi integrati Ospedale-Territorio, per la presa in carico Ospedale-Territorio (5 Aziende ULSS);
- i Gruppi per la gestione di patologie o per specifici ambiti assistenziali, ovvero gruppi per patologie o percorsi di presa in carico (2 Aziende ULSS).

L'analisi della partecipazione e del coinvolgimento della Medicina Convenzionata nell'ambito aziendale viene sviluppata lungo due ulteriori dimensioni:

- l'operatività esplicita su alcune aree;
- la programmazione dei percorsi formativi e la relativa partecipazione.

282

Partecipazione/coinvolgimento dei Medici Convenzionati su ambiti specifici (Veneto fine 2008)

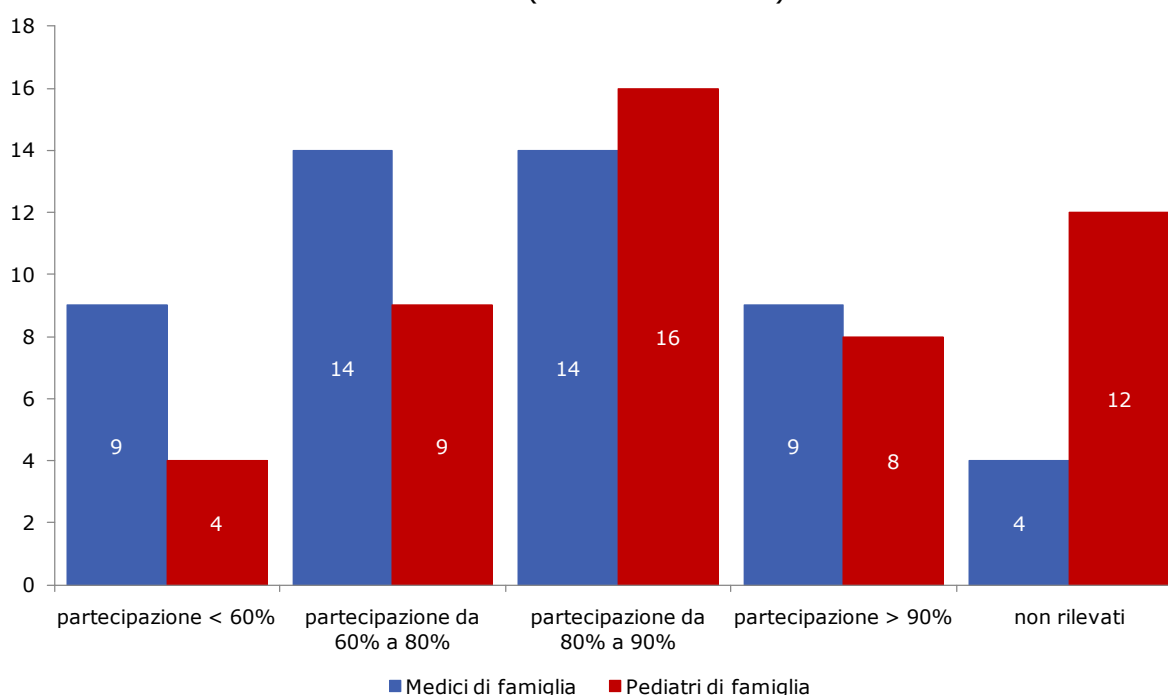


Rispetto alla prima dimensione il livello di partecipazione della Medicina Convenzionata si configura nel complesso buono: maggiore appare il coinvolgimento nell'operatività distrettuale declinata nella partecipazione dei Convenzionati alle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) o alle campagne di prevenzione; un minore coinvolgimento è invece ascrivibile all'ambito della programmazione delle attività distrettuali, a conferma di quanto più sopra evidenziato. Con riferimento all'ambito della formazione, si riscontra un elevato livello di partecipazione ai corsi di formazione/aggiornamento organizzati dalle Aziende ULSS sia relativamente alla componente della Medicina di famiglia che alla Pediatria di Libera Scelta, con una presenza in media pari rispettivamente al 76,7% e all'79,3%. Sussiste però una grossa differenziazione tra le Aziende ULSS: infatti 9 Distretti segnalano una partecipazione inferiore al 60% relativamente alla componente della Medicina di famiglia e 4 Distretti relativamente alla Pediatria di Libera Scelta.

Livelli percentuali di partecipazione alla formazione			
Tipologia Medici	Numero Aziende ULSS considerate	Partecipazione media	Range partecipazione
Medici di Assistenza Primaria	21	76,7%	15% - 97%
Pediatri di Libera Scelta	21	79,3%	30% - 100%

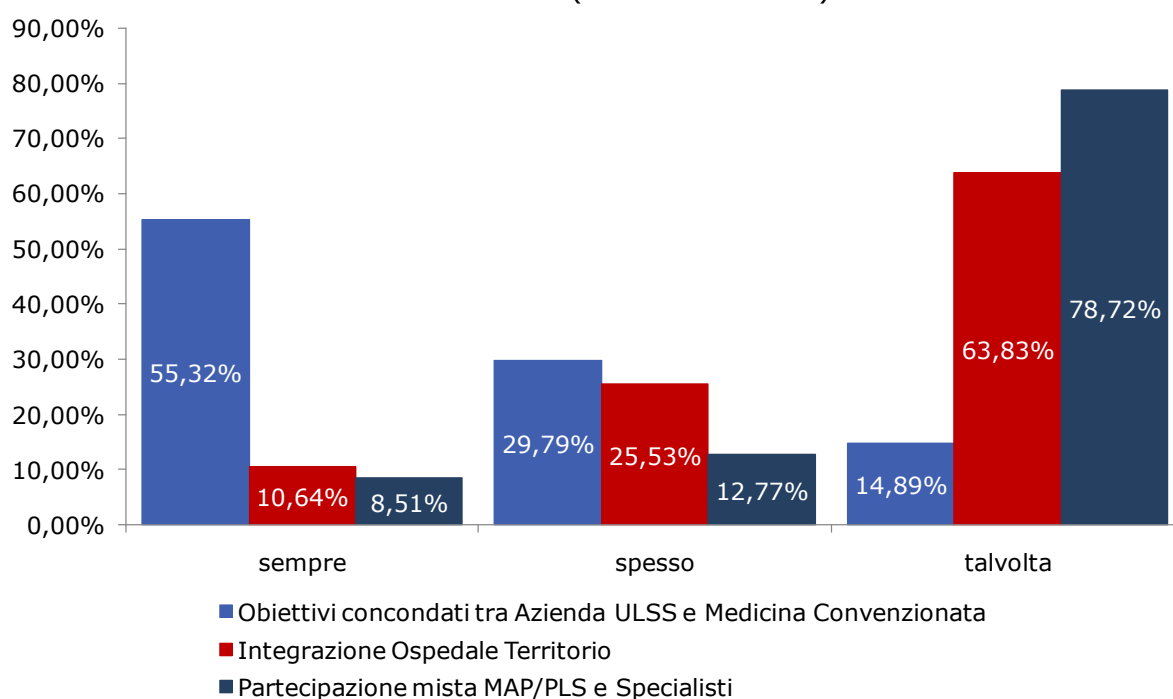
283

Livelli di partecipazione alla formazione: ripartizione nel numero dei Distretti (Veneto fine 2008)



Nella rilevazione effettuata si mostra abbastanza diffusa la prassi di concordare gli obiettivi formativi tra Azienda ULSS e Medicina convenzionata. Minore appare invece la prassi di formulare programmi formativi in maniera integrata tra Ospedale e Territorio e sporadica si rileva la partecipazione mista tra Medici/Pediatrati di famiglia e Specialisti agli eventi formativi. Se, quindi, sussiste una sorta di concertazione nella formulazione dei piani formativi tra Medicina Convenzionata e Azienda ULSS, la partecipazione viene ad assumere un connotato settoriale e non trasversale alle varie componenti convenzionate né alle altre componenti aziendali.

Programmazione e realizzazione della formazione per i Medici  
Convenzionati (Veneto fine 2008)



#### *Il Sistema Informativo aziendale e la programmazione territoriale*

Appaiono sempre più diffusi i Distretti in grado di avvalersi di un sistema di reporting, che fornisce dati e informazioni essenziali per svolgere alcune funzioni proprie, ossia il controllo dei consumi, la programmazione e la valutazione delle politiche distrettuali. Tuttavia, nel complesso la disponibilità "organizzata" in un sistema routinario di dati e di informazioni si presenta ancora piuttosto debole. Infatti, i dati di quest'area si configurano potenzialmente disponibili ma gli indicatori possono essere elaborati su richiesta, ma non sono raccolti in maniera continua e sistematica. Particolarmente critica si rivela l'area della morbilità, più spesso recuperabile attraverso l'esame dei dati di esenzione, di consumo di farmaci, di Scheda di Dimissione Ospedaliera, piuttosto che come sistemi ad hoc di codifica e registrazione delle patologie. Le esperienze di

registrazioni di patologie paiono scarsamente diffuse e sostanzialmente consentono di fare rilevazioni su alcune categorie oncologiche principalmente legate agli screening (2 Distretti riferiti a 1 Azienda ULSS), sul diabete (3 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS), sulle cardiopatie e sull'ictus (10 Distretti riferiti a 3 Aziende ULSS), sulla frattura del femore (9 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS).

Disponibilità "organizzata" di dati e di informazioni per area di Distretto Socio Sanitario						
Tipologie di indicatori	A livello distrettuale			A livello di forma associativa		
	No	Su richiesta	Di routine	No	Su richiesta	Di routine
<b>Epidemiologia</b>						
Mortalità residenti per cause, sesso, età	6	39	5	14	33	3
Registro esenti per patologia	0	41	9	2	39	9
Registro per monitoraggio farmaci soggetti a Note AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)	4	25	21	8	28	14
<b>Volumi Sanitari</b>						
Accessi al Pronto Soccorso per giorno e fascia oraria	6	37	7	8	35	7
Ricoveri ospedalieri per DRG, sesso, età, luogo di ricovero, prescrittore	2	31	17	2	39	9
Accessi alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica)	35	11	4	38	10	2
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per tipo, sesso, età, luogo di fruizione, prescrittore	1	37	13	3	38	9
Farmaci per principio attivo, sesso, età, prescrittore	0	27	24	2	33	15
Ricoveri in strutture residenziali per motivo, sesso, età, luogo di ricovero, inviante	1	31	18	5	36	9
<b>Valorizzazione - Costi</b>						
Costi dei ricoveri ospedalieri dei residenti	0	32	18	2	39	9
Costi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali relative ai residenti	0	33	17	2	37	11
Costi dei consumi di farmaci residenti	0	16	34	0	30	20
Costi dei ricoveri in strutture residenziali dei residenti	6	30	14	13	28	9

In linea generale gli ambiti più deboli appaiono legati agli accessi di Continuità Assistenziale e al Pronto Soccorso. Inoltre, la disponibilità su richiesta talora è legata a tempi piuttosto lunghi per l'elaborazione dei dati, a problematiche di aggiornamento delle informazioni stesse, alla messa a disposizione dei dati stessi, rendendoli di fatto poco utili alle esigenze conoscitive aziendali. Ancora minore si mostra la capacità elaborativa a livello di forma associativa, con disponibilità che è prevalentemente su richiesta e quindi potenziale per la Medicina di famiglia. È interessante, ad esempio, sottolineare come l'indicatore sul costo dei consumi di farmaci a livello distrettuale risulti disponibile di routine nel 68% dei casi, mentre lo sia per forma associativa della Medicina/Pediatria di famiglia soltanto nel 40% dei casi.

Disponibilità di indicatori: confronto situazione 1999-2008 (percentuali Distretti Socio Sanitari)						
Indicatori	Non disponibili		Disponibili di routine		Disponibili su richiesta	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008
<b>Epidemiologia</b>						
Mortalità	22,6%	12,0%	3,6%	10,0%	73,8%	78,0%
Morbilità	44,0%	42,0%	1,2%	46,0%	54,8%	12,0%
Registro esenti patologia	16,7%	0,0%	40,5%	18,0%	42,9%	82,0%
Registro Note AIFA	22,6%	8,0%	13,1%	42,0%	64,3%	50,0%
<b>Volumi Sanitari</b>						
Ricoveri ospedalieri	11,9%	4,0%	34,5%	34,0%	53,6%	62,0%
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	25,0%	2,0%	21,4%	26,0%	53,6%	74,0%
Farmaci	4,8%	0,0%	28,6%	48,0%	66,7%	54,0%
Ricoveri strutture residenziali	25,0%	2,0%	17,9%	36,0%	57,1%	62,0%
<b>Valorizzazione-Costi</b>						
Ricoveri ospedalieri	23,8%	0,0%	17,9%	36,0%	58,3%	64,0%
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	27,4%	0,0%	15,5%	34,0%	57,1%	66,0%
Farmaci	0,0%	0,0%	34,5%	68,0%	65,5%	32,0%
Ricoveri strutture residenziali	41,7%	12,0%	2,4%	28,0%	56,0%	60,0%

Ciò nonostante, nell'arco di questo decennio emerge un sostanziale miglioramento nella disponibilità di informazioni. Ma se vi è stato un investimento e un potenziamento dei sistemi informativi aziendali, questo non ha ancora consentito la realizzazione di un sistema di indicatori a regime (di tipo routinario), orientandosi piuttosto su un sistema

spot, disponibile su richiesta e quindi non ancora formalmente sviluppato pienamente come strumento gestionale vero e proprio. Complessivamente l'area del farmaco, sia a livello di costi che di prestazioni, si conferma la meglio presidiata attraverso la produzione informativa: più della metà dei Distretti dispongono di reportistica routinaria in quest'ambito. Margini di miglioramento visibili, con una maggiore disponibilità routinaria di dati, sono anche evidenti nell'area della valorizzazione delle prestazioni, siano esse relative all'ambito dei ricoveri, della specialistica e della residenzialità, probabilmente indotti dalla necessità di monitorare gli aspetti di gestione delle risorse economiche, di governo e di sostenibilità del sistema. Tutto sommato si riducono, seppur permanendo, le criticità relative ai dati di tipo epidemiologico classico (mortalità e morbilità) e ai costi relativi all'assistenza residenziale.

### *I collegamenti informatici*

Da quanto si è potuto rilevare dalle dichiarazioni dei responsabili dei Distretti, l'attivazione di collegamenti in rete con le componenti della Medicina Convenzionata risulta mediamente sviluppata, sebbene molto spesso assuma una valenza ancora a carattere sperimentale. Senza entrare nel merito delle specifiche funzionalità, che avrebbero richiesto un approfondimento ad hoc, nel panorama veneto si può constatare che:

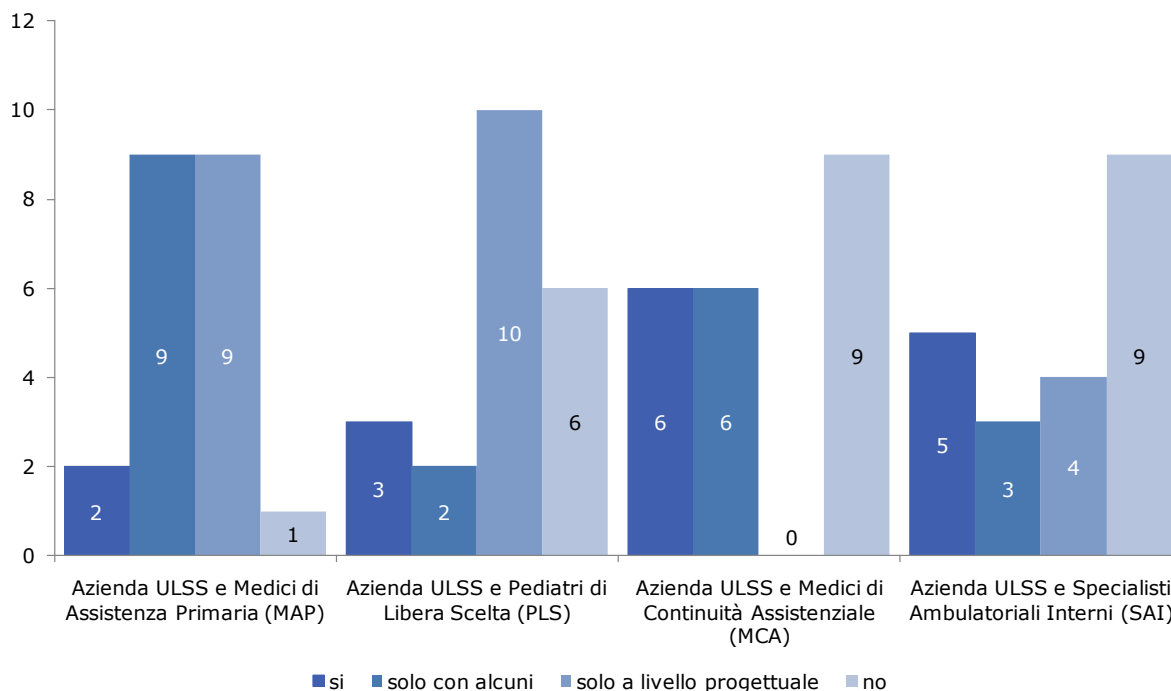
- i collegamenti attivati con la Medicina di famiglia, sebbene diffusi in quasi tutte le Aziende ULSS, assumono prevalentemente carattere sperimentale o restano ancora a livello progettuale;
- poco diffuse paiono anche le sperimentazioni in ambito della Pediatria di famiglia, ove prevalente rimane il carattere progettuale ed intenzionale dei collegamenti ma non un'effettiva operatività;
- un po' più consolidati appaiono i collegamenti con la Continuità Assistenziale e con la Specialistica Ambulatoriale Interna, sebbene limitati ad un numero ristretto di Aziende ULSS;
- stando alle dichiarazioni raccolte, si configurano più sviluppati i collegamenti con i Comuni e ed ancor più con le Case di Riposo, stimando una copertura media a livello regionale rispettivamente del 39,6% per i primi e dell'82,9% per le seconde.

Va considerato comunque che i dati possono essere sottostimati, data la parzialità delle dichiarazioni raccolte.

Per quanto concerne la normativa sul trattamento dei dati personali (privacy), possiamo rilevare che tutte le Aziende ULSS dichiarano di aver attivato percorsi formativi per i proprio dirigenti del territorio, un po' meno frequenti per gli operatori del territorio (16

Aziende ULSS), e più sporadici ancora risultano i percorsi rivolti ai Medici Convenzionati (solo in 6 Aziende ULSS).

Collegamenti in rete informativa-informatica  
(numero Aziende a fine 2008 nel Veneto)



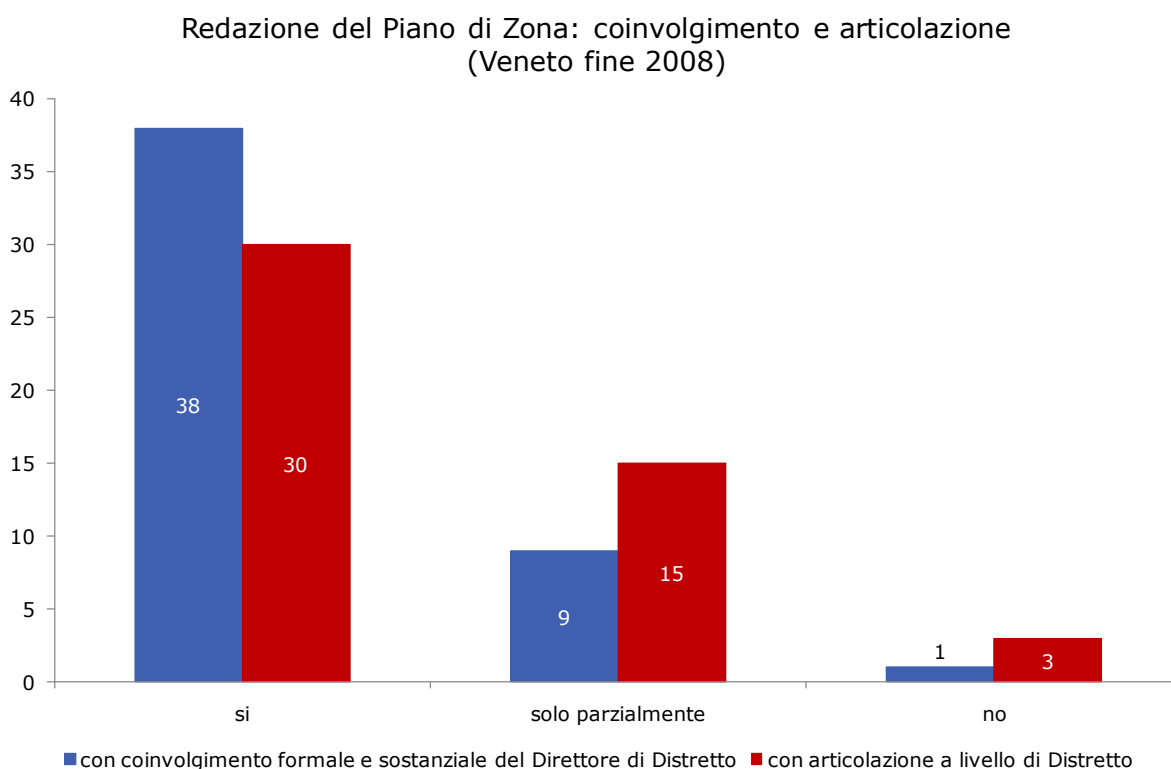
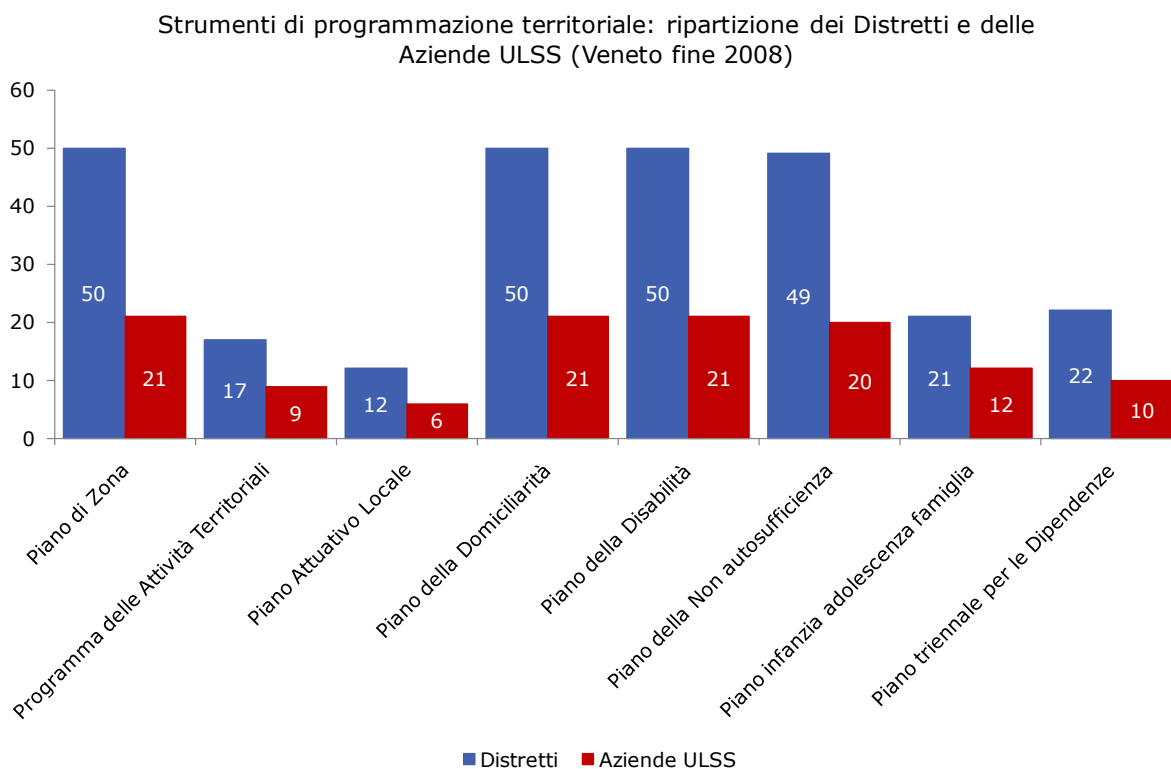
288

### Strumenti di programmazione locale

I piani redatti da tutte le Aziende ULSS sono quattro: a) Piano di zona; b) Piano della domiciliarità; c) Piano della disabilità; d) Piano della non autosufficienza. Meno diffusi risultano invece il Piano dell'infanzia, adolescenza, famiglia e delle Dipendenze. Restano, poi, legate a ridotte realtà aziendali la stesura del Programma delle Attività Territoriali e del Piano Attuativo Locale, in alcuni casi fatti coincidere e ricompresi negli attuali Piani di zona o, comunque, la cui funzione viene interpretata del tutto simile a quella del Piano di zona. I Piani di Zona, peraltro, compilati in maniera ricorrente e mantenuti aggiornati secondo consuete periodicità, sono redatti spesso coinvolgendo in maniera formale e sostanziale il Direttore di Distretto (per 38 Distretti su 50), prevedendo usualmente una sub-articolazione dei progetti e degli obiettivi anche a livello distrettuale (per 30 Distretti su 50). D'altra parte, riconosciuta come strategica la capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete socio-sanitaria, dovrebbe sempre più essere sviluppata una programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. Si tratta cioè di promuovere una programmazione che

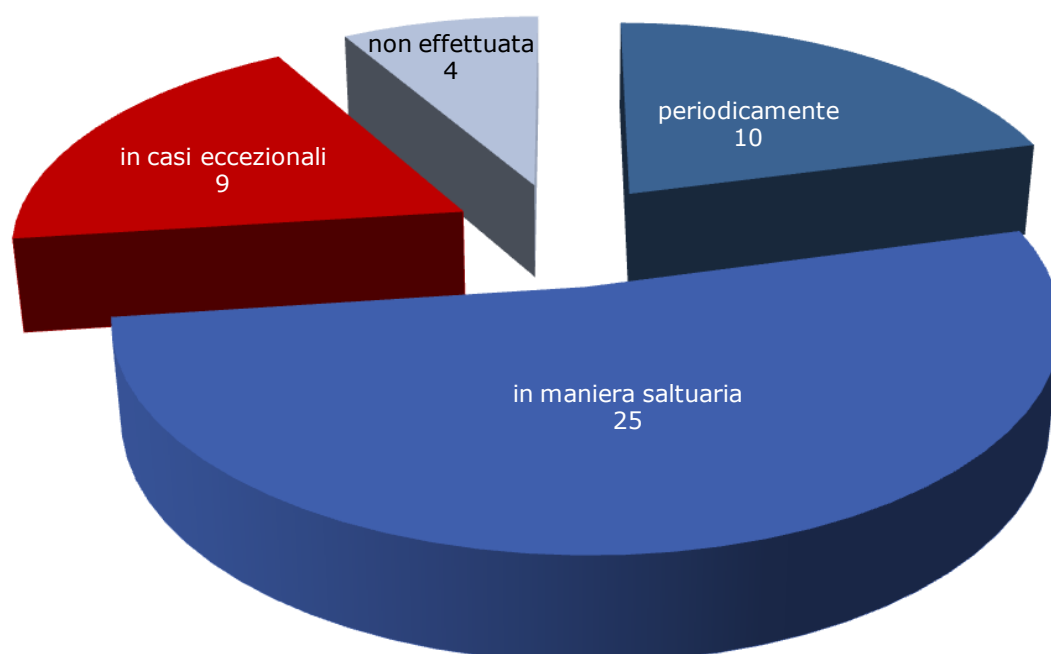


trovi definizione nel Territorio e che non si limiti alla mera razionalizzazione della spesa secondo parametri centralistici privi di una corrispondenza locale.



In quest'ottica diventa fondamentale non solo sviluppare un sistema informativo aziendale in grado di produrre informazioni utili nei tempi utili, ma anche prevedere la partecipazione dei cittadini, quale punto cardine per la realizzazione di un welfare di Comunità. Non di meno, la realizzazione di forme di consultazione e/o di coinvolgimento diretta dei cittadini, sotto forma di indagini mirate o di incontri pubblici, rappresenta una prassi sistematica soltanto per 10 Distretti: per lo più, qualora realizzata, viene svolta con carattere di eccezionalità.

Consultazione/coinvolgimento dei cittadini nella programmazione territoriale (Veneto fine 2008)



290

### *Il Budget di Distretto*

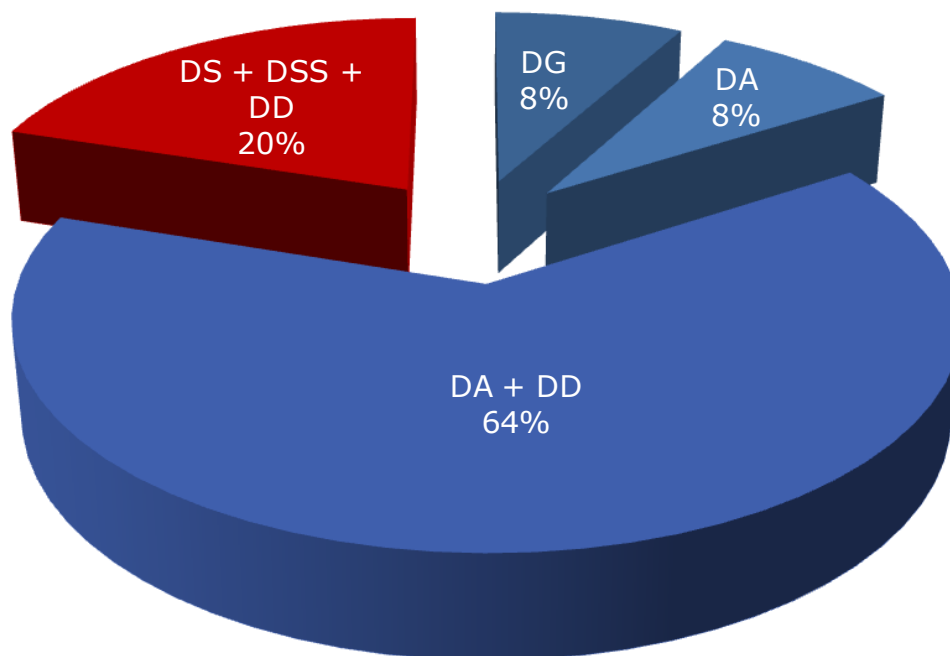
La metodica del budgeting è una metodologia esplicita, adeguatamente documentata, attraverso cui l'Azienda, sulla base delle proprie risorse fisico-tecniche e finanziarie (input), fissa per l'esercizio le attività, le prestazioni, i servizi che ne costituiranno l'output atteso. Il budget consente altresì di Individuare gli indicatori e i tempi di verifica dei risultati. I presupposti di un modello operativo di *Budget di Distretto*, con caratteristiche implicite di continuità temporale e raggiungimento degli obiettivi prefissati, possono essere così riassunti:

- strutturazione in ambito aziendale di un adeguato sistema di Centri di responsabilità territoriali, con conseguente definizione all'interno del Distretto di responsabilità congiunte e correlate sui costi e sulle attività/volumi;

- promozione di un clima organizzativo in grado di motivare tutte le componenti al perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione aziendale ed all'utilizzo costante dello strumento del budget quale supporto per un efficace governo della domanda e dell'offerta;
- sviluppo della partnership, con pianificazione di momenti di confronto volti alla definizione di obiettivi condivisi e di strumenti concertati, in una prassi globale di tipo partecipativo;
- implementazione di un idoneo sistema informativo che consenta di mantenere efficaci e costanti flussi informativi a supporto delle valutazioni sulle performance aziendali e delle decisioni strategiche dell'Azienda.

Stando alle dichiarazioni raccolte, l'applicazione del budget di Distretto si estende a tutte le realtà distrettuali e alla definizione degli obiettivi concorre solitamente la Direzione Aziendale (in tutte le sue diverse componenti) assieme al Direttore di Distretto (32 Distretti su 50) oppure la Direzione Sanitaria e Sociale assieme al Direttore di Distretto (10 Distretti su 50). Un modello top down, che assegna la definizione degli obiettivi soltanto alla Direzione Generale o aziendale al completo, viene riferito in 8 casi.

Definizione degli obiettivi del Budget di Distretto  
Veneto fine 2008

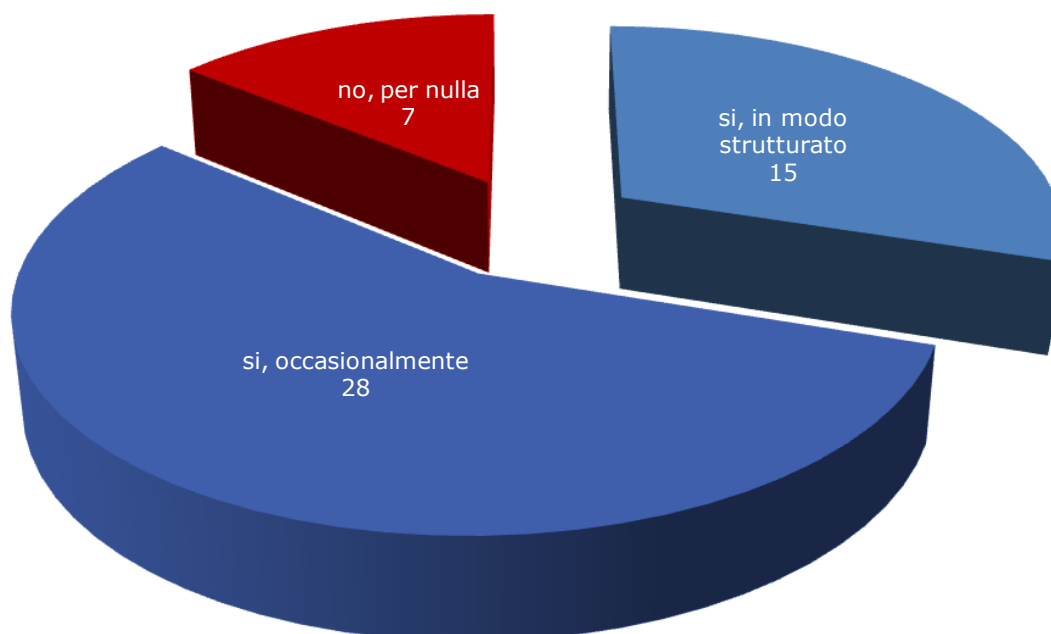


DG  
DA  
DA + DD  
DS + DSS + DD

= Obiettivi definiti dalla Direzione Generale  
= Obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale nel suo complesso  
= Obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale al completo e dal Direttore di Distretto  
= Obiettivi definiti dalla Direzione Sanitaria e dei Servizi Sociali con il Direttore di Distretto

Molti obiettivi strategici perseguiti dalle Aziende ULSS (ad esempio: miglioramento dei percorsi di presa in carico, riduzione delle liste d'attesa, diminuzione del consumo di prestazioni per patologia, ecc.) necessitano di processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra le diverse strutture/unità organizzative che trattano un medesimo paziente. Il coordinamento in direzione della centralità della persona non è dunque necessario solo tra le diverse Unità Operative distrettuali, ma sarebbe auspicabile la massima integrazione tra l'Ospedale ed i servizi territoriali, declinando puntualmente i risultati attesi per poter scegliere e calibrare gli strumenti per raggiungerli. Si comprende allora l'importanza di analizzare se di fatto sussista una certa corrispondenza tra gli obiettivi di budget territoriale ed obiettivi di budget ospedaliero.

Correlazione tra budget di Distretto e budget ospedaliero  
Veneto fine 2008



Da quanto rilevato questa correlazione non sussiste in almeno sette realtà distrettuali, si configura per lo più "occasionale" in 28 realtà distrettuali, privilegiando piuttosto un approccio settoriale. Più in dettaglio le correlazioni, laddove applicate sia in modo occasionale che strutturato, riguardano prevalentemente gli ambiti:

- dell'appropriatezza prescrittiva (in 20 Distretti relativamente a 11 Aziende ULSS);
- della prioritizzazione e delle liste d'attesa (in 12 Distretti relativamente a 7 Aziende ULSS);
- delle dimissioni protette (in 14 Distretti relativamente a 8 Aziende ULSS);

- della continuità assistenziale, anche in ambito pediatrico, e dell'assistenza domiciliare (in 17 Distretti relativamente a 8 Aziende ULSS);
- delle patologie croniche, in particolare nella gestione del diabete (in 12 Distretti relativamente a 5 Aziende ULSS);
- del paziente fragile o terminale (in 5 Distretti relativamente a 4 Aziende ULSS).

### *Integrazione Ospedale e Territorio*

Precedentemente è stato evidenziato come un primo ambito di integrazione tra Ospedale e Territorio riguardi la definizione di protocolli condivisi per la gestione di alcune patologie croniche: si tratta, come si è visto, di una prassi che va diffondendosi presso le Aziende ULSS, sebbene questa molto spesso assuma una connotazione sperimentale. Un'altra area è quella degli elementi trasversali al budget di Distretto ed al budget ospedaliero. Si può dunque affermare che una qualche forma di integrazione tra Ospedale e Territorio, sia essa declinata attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi o stabilita attraverso obiettivi condivisi di budget, sia riscontrabile in quasi tutte le Aziende ULSS. A ciò si aggiungono:

- gli accordi tra Medici ospedalieri e territoriali, diffusi in maniera capillare e formalizzati attraverso protocolli, che sono finalizzati a favorire la continuità dell'assistenza e le dimissioni protette. Come già detto si prefigura inoltre la tendenza a stringere accordi circoscritti su alcune discipline e/o patologie;
- la collaborazione con i Medici/Pediatri di famiglia (segnalata da ben 42 Distretti);
- la condivisione di operatori fra Ospedale e Territorio si realizza prevalentemente con la presenza di specialisti ospedalieri nei poliambulatori territoriali (segnalata da 37 Distretti, 22 Distretti indicano anche la presenza di operatori distrettuali nei presidi ospedalieri).

293

Principali ambiti di azione ed esiti dell'integrazione tra Ospedale e Territorio	
Ambiti	Valutazione degli esiti
Continuità delle cure e dimissioni protette	Risultati positivi con incremento delle dimissioni protette gestite e diminuzione dei tempi di degenza
Gestione integrata del paziente diabetico o del paziente con scompenso cardiaco	Presenza in carico coordinata del paziente, follow up, promozione di stili di vita sani
Gestione del paziente oncologico	Attivazione di un'assistenza palliativa adeguata, riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero
Gestione delle liste d'attesa	Rispetto delle prioritizzazioni con particolare attenzione alle urgenze, orientando puntualmente il prescrittore, l'utenza e gli specialisti ospedalieri
Appropriatezza prescrittiva e teleconsulto specialistico	Riduzione della spesa farmaceutica e della spesa specialistica, riduzione delle liste d'attesa

*Integrazione Dipartimento di Prevenzione e Territorio*

Analogamente a quanto sviluppato sul versante ospedaliero, si è inteso descrivere, a grandi linee, il livello di integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e Territorio, mettendo in luce nello specifico i seguenti elementi:

- la presenza di operatori del Dipartimento di Prevenzione nei servizi distrettuali per lo svolgimento di specifiche funzioni viene segnalata da 36 Distretti;
- la disponibilità di operatori distrettuali per l'erogazione di prestazioni del Dipartimento di Prevenzione è indicata da 43 Distretti;
- le forme di collaborazioni con Medici e Pediatri di famiglia viene segnalata da 47 Distretti.

Principali ambiti di azione ed esiti dell'integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e Territorio	
Ambiti	Valutazione degli esiti
campagne di screening oncologici con coinvolgimento dei Medici di famiglia e counselling in caso di positività	aumento delle adesioni
campagne di vaccinazioni antinfluenzali e vaccinali	aumento della copertura
prevenzione cardiovascolare ed educazione a stili di vita corretti	aumento della popolazione coinvolta e maggiore informazione
prevenzione dell'osteoporosi	maggiore informazione alla popolazione target

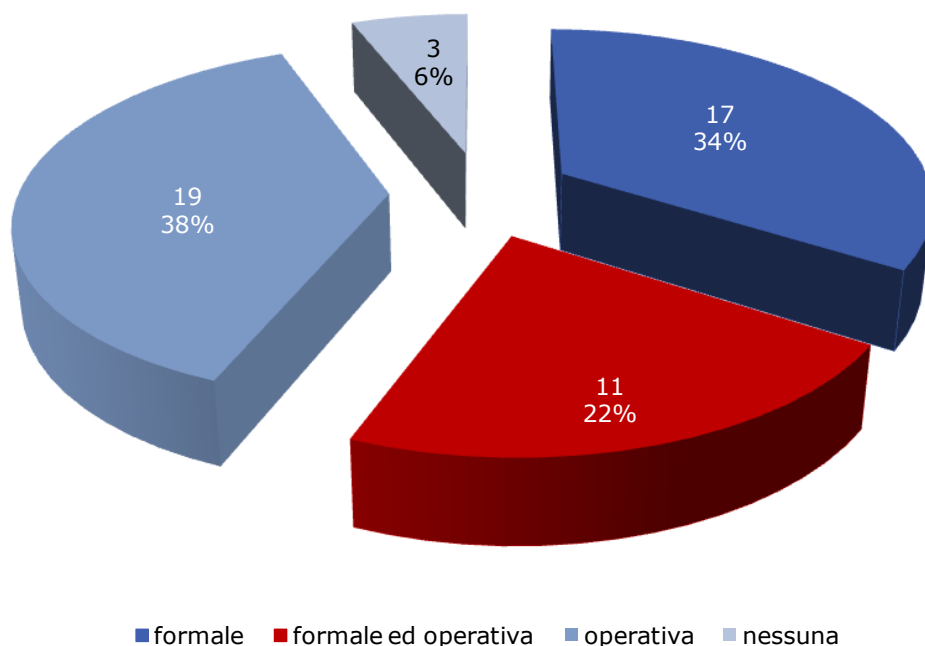
L'integrazione viene, dunque, a svilupparsi sottoforma di collaborazione diffusa prevalentemente nelle attività preventive classiche ossia le vaccinazioni e gli screening, anche a fronte di un coinvolgimento sempre più diffuso dei Medici/Pediatri di famiglia.

*Rapporti con la Direzione dei Servizi Sociali*

Meritano un approfondimento specifico i rapporti fra Distretto e Direzione dei Servizi Sociali, in quanto componente della Direzione Strategica e soprattutto a fronte del fatto che il Distretto in Veneto rappresenta, per definizione, il luogo di realizzazione dell'integrazione tra sociale e sanitario. Come già evidenziato precedentemente, il Direttore dei Servizi Sociali viene inserito nella definizione degli obiettivi del budget nella quasi totalità delle realtà distrettuali (46 Distretti su 50), sebbene non rappresenti il referente privilegiato per il Distretto all'interno della Direzione strategica: usualmente questo ruolo è attribuito al Direttore Sanitario e in taluni casi allo stesso Direttore

Generale. È poi interessante osservare come il Distretto afferisca alla Direzione dei Servizi Sociali per lo più in maniera operativa (19 Distretti) o operativa/formale (11 Distretti). Questo risultato potrebbe sottendere ad una tendenza di superare ulteriormente una logica "settoriale", migliorando l'integrazione sostanziale tra sociale e sanitario.

Afferenza del Direttore di Distretto alla Direzione Servizi Sociali  
(numero e percentuale dei Distretti Socio Sanitari - Veneto fine 2008)



295

Tuttavia, anche in questo contesto si rileva una notevole differenziazione tra le Aziende ULSS. In ogni caso, in più della metà dei Distretti (28 distretti) vengono segnalati servizi o interventi svolti a livello distrettuale ed afferenti direttamente alla Direzione dei servizi sociali. Dette funzioni riguardano prevalentemente:

- l'area della disabilità, ivi compresi i Centri Educativi Occupazionali Diurni - CEOD (12 Distretti relativi a 4 Aziende ULSS);
- l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, con particolare riferimento alla gestione del Servizio Integrazione Lavorativa - SIL (10 Distretti relativi a 3 Aziende ULSS);
- la residenzialità, compresa la gestione del Registro Unico della Residenzialità (7 Distretti relativi a 3 Aziende ULSS);
- l'area delle dipendenze e della salute mentale (4 Distretti relativi ad una Azienda ULSS);

- l'area delle adozioni (5 Distretti relativi a 1 Azienda ULSS);
- il telesoccorso (2 Distretti relativi a 1 Azienda ULSS).

Va, altresì, evidenziato come, in generale, le Unità Operative tipicamente a connotato socio-sanitario (quali la disabilità, i consultori familiari, ecc.) anche quando "inserite" nel Distretto, tendano a fare riferimento alle Direzioni per i Servizi Sociali.

### *Rapporti con i Comuni*

Nelle informazioni sui rapporti con i Comuni ed in particolare nella rilevazione del dato sulle deleghe date dai Comuni alle Aziende ULSS va considerata la non completa informazione da parte dei Direttori di Distretto, dal momento che generalmente i rapporti con i Comuni vengono gestiti direttamente dal vertice aziendale, in prevalenza dal Direttore dei Servizi Sociali. Posto che il Comitato dei Sindaci di Distretto è stato istituito ovunque, si evidenzia come l'istituzione di ulteriori organismi collaborativi tra Distretto e Comuni venga segnalata da 24 Distretti (interessando complessivamente 13 Aziende ULSS). Si tratta di esperienze che riguardano:

- Gruppi misti per la programmazione territoriale (6 Distretti riferiti a 5 Aziende ULSS);
- Consulta per la disabilità (6 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS);
- Tavoli di accordo per l'assistenza domiciliare (4 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS);
- Tavoli o gruppi di lavoro su aree specifiche, ad esempio anziani e minori (5 Distretti riferiti a 2 Aziende ULSS).

I rapporti attivi tra Comuni e Distretto vengono indicati da 34 Distretti (riferiti a 13 Aziende ULSS diverse) e le aree di intervento collaborativo paiono di diversa natura:

- *l'area della programmazione*, ivi compresi i Piani di Zona, la conferenza dei Sindaci, il Bilancio Sociale, segnalata da 14 Distretti (riferiti a 5 diverse Aziende ULSS);
- *l'area operativa* comprensiva della gestione dell'assistenza domiciliare integrata, delle UVMD Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali, degli interventi rivolti ad anziani, disabili, minori, tossicodipendenti, malati psichiatrici, segnalata da 18 Distretti (riferiti a 8 diverse Aziende ULSS);
- *l'area informativa ed educativa* nei confronti dei cittadini, comprese le politiche di educazione alla salute e gli sportelli unici, indicata da 8 Distretti (riferiti a 2 Aziende ULSS).

Per quanto concerne più espressamente l'aspetto operativo-gestionale, in taluni casi nei servizi distrettuali interviene del personale con onere totale o parziale a carico dei Comuni, ovvero le Amministrazioni Locali concorrono alla fornitura di personale proprio per lo svolgimento di alcuni servizi o attività. Sono 29 i Distretti che segnalano situazioni di questo tipo con diversi profili professionali coinvolti.



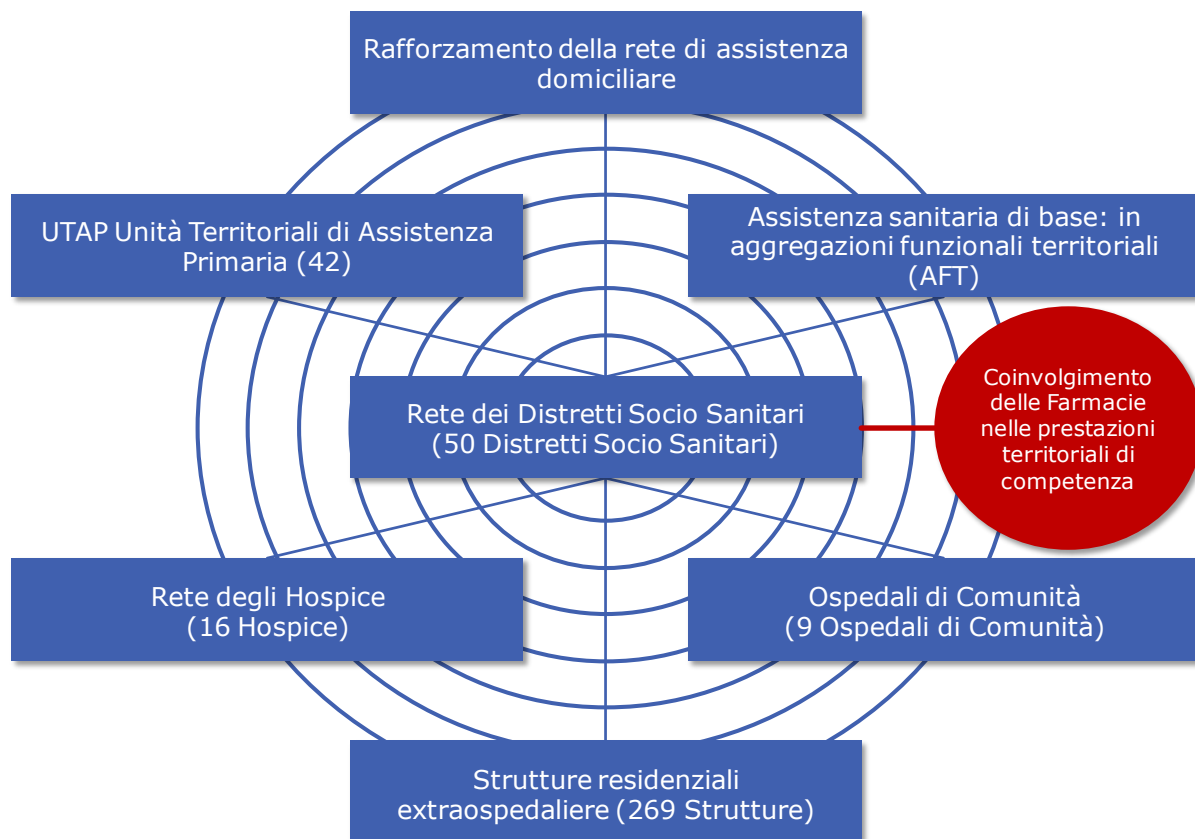
Servizi distrettuali ove opera personale a carico parziale o totale dei Comuni			
Area/Servizi	Profili Professionali	Numero Distretti	Numero Aziende ULSS
Disabilità	Assistenti Sociali, Educatori, Amministrativi, OSS	16	7
Integrazione Lavorativa	Amministrativi, Educatori, Amministrativi	8	5
Consultorio Familiare e Tutela Minori	Assistenti Sociali, Educatori, Psicologi, Consulenti Legali, Psicoterapeuti, OSS	15	9
Punto Prelievi	Personale Infermieristico	2	1

#### *La situazione nel biennio 2009-2010*

La Giunta regionale ha approvato, nella riunione del 26 maggio 2009, il Progetto Cure Primarie; tale documento, frutto della collaborazione congiunta delle Aziende sanitarie e dei Medici convenzionati, consentirà di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale. L'attuale processo di crescita delle Cure primarie è iniziato con l'Accordo regionale del 2001, che ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti (Patti aziendali). Con l'Accordo regionale del 2005 sono stati definiti nuovi standard erogativi ed organizzativi (UTAP). Ed oggi, con il Progetto Cure Primarie 2009, che introduce la fase della programmazione dell'Assistenza Primaria, raggiungerà la fase di maggior espansione. Sostanzialmente sono due gli elementi essenziali del nuovo corso: la Programmazione/Governo con il Piano attuativo locale per le Cure primarie e la individuazione ed organizzazione della Rete Assistenziale Territoriale. Due sono anche gli attori privilegiati di questa strategia regionale: il Distretto Socio Sanitario e i Medici convenzionati. Il Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie viene a configurarsi come un documento programmatico, a valenza triennale, finalizzato all'individuazione delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza, introdotti con gli Accordi Regionali per la Medicina Convenzionata. Più in generale si tratta di un *atto per la programmazione territoriale, volto a sviluppare un sistema organizzativo-gestionale delle Cure Primarie*: il sistema delle responsabilità e le specifiche attribuzioni di competenza, ripartite tra i

diversi livelli istituzionali, comportano la necessità di coniugare il livello di programmazione regionale con quello della gestione aziendale per garantire l'effettiva attuazione delle Cure Primarie su tutto il territorio veneto e nei confronti di tutta la popolazione assistita.

Alcuni dati relativi al 2010



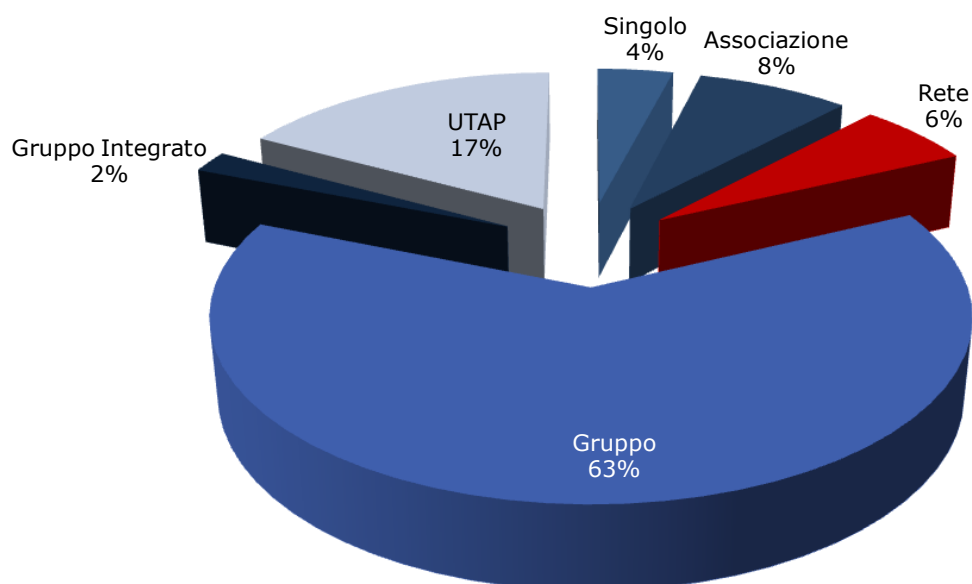
298

Regione del Veneto 2010: Totale MAP e totale assistiti in carico suddivisi per forma associativa		
Forma associativa e non	Medici di Assistenza Primaria (MAP)	Assistiti relativi
Singolo	632	569.433
Associazione	1.086	1.377.876
Rete	376	490.049
Gruppo	968	1.289.404
Gruppo Integrato	34	38.724
UTAP	260	339.676
	<b>3.356</b>	<b>4.105.162</b>

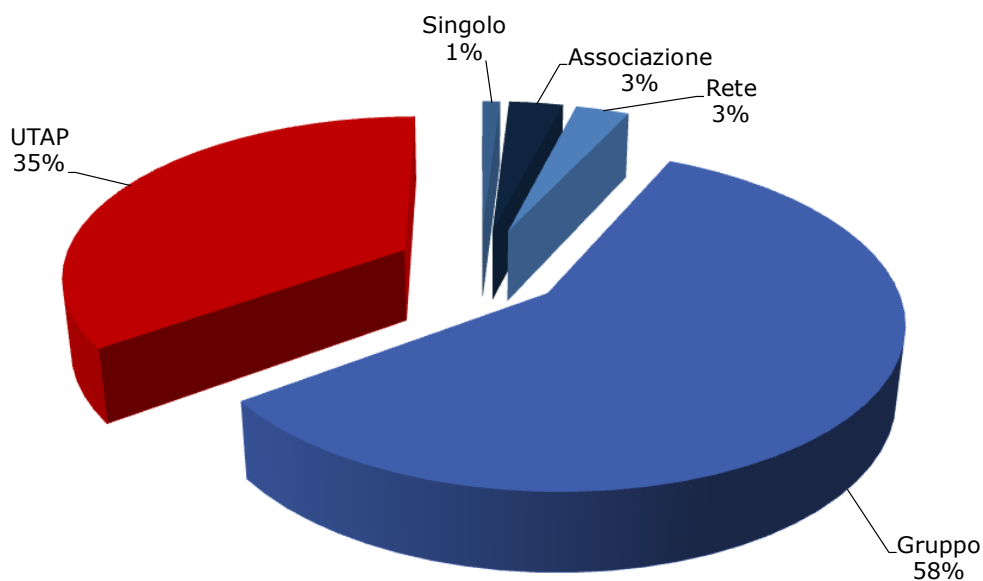
In termini di frequenza le forme associative maggiormente presenti nella Regione del Veneto sono quelle evolute (Gruppi e UTAP). In tale contesto la figura del Medico di Assistenza Primaria (MAP) risulta profondamente trasformata. Il MAP è sempre più

integrato nel sistema sanitario nazionale/regionale ed opera, sempre più, attraverso forme associative, usa strumenti informatici, si avvale di collaboratori di studio ed infermieri, condivide gli obiettivi di salute aziendali attraverso i Patti Aziendali.

Regione del Veneto 2010: Medici di Assistenza Primaria (MAP) con Collaboratore di Studio. Percentuali per forma associativa

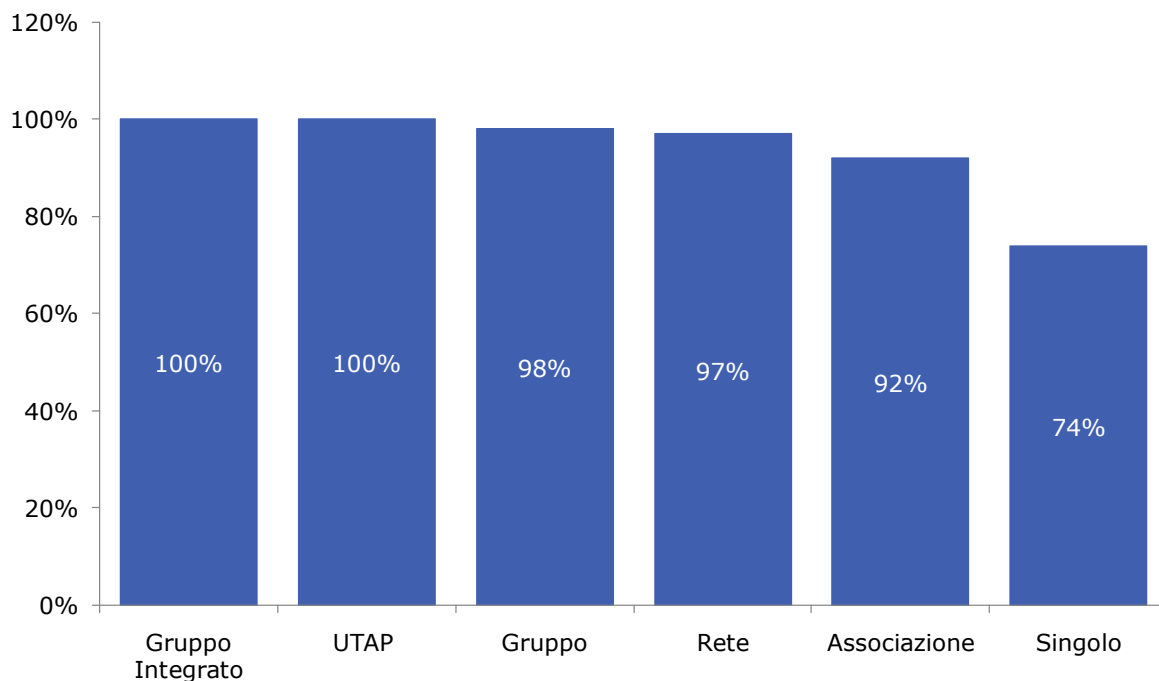


Regione del Veneto 2010: Medici di Assistenza Primaria (MAP) con Infermiere Professionale\*. Percentuali per forma associativa



\* Oggi la denominazione è solo Infermiere

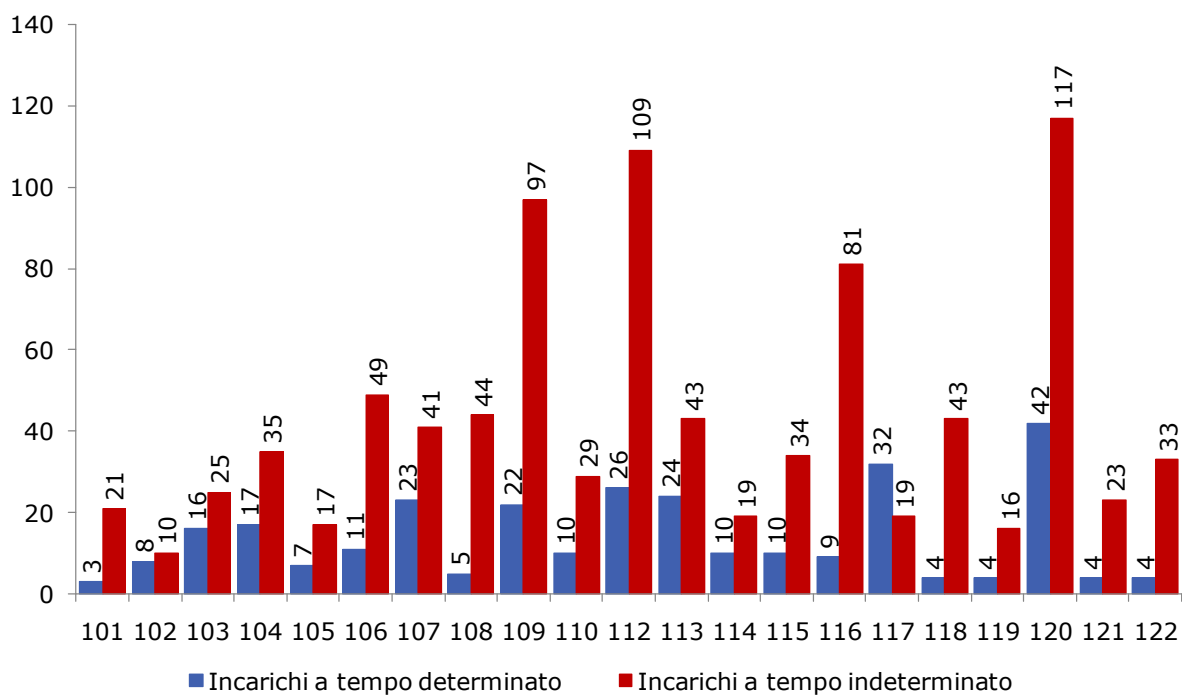
Regione del Veneto 2010: Medici di Assistenza Primaria (MAP)  
Indennità informatica. Percentuali per forma associativa



Inoltre l'applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) presuppone processi di condivisione con la Medicina Specialistica e Ospedaliera, percorsi di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi.

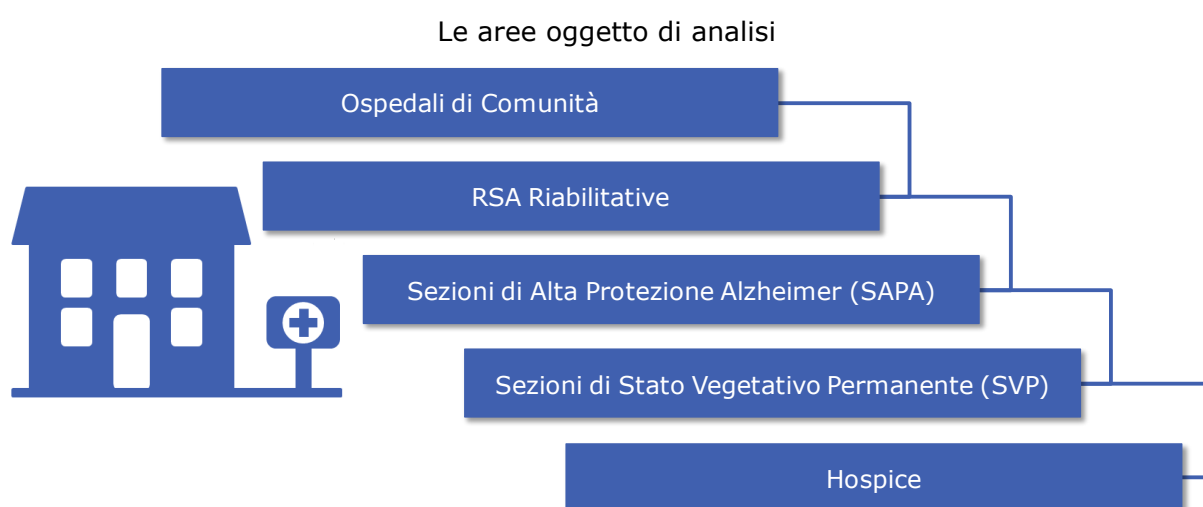
300

Regione del Veneto 2010: Specialisti Ambulatoriali Interni e Professionisti. Numero di incarichi per Azienda ULSS



### Le strutture intermedie

Le strutture residenziali extra ospedaliere nel Veneto rappresentano un nodo fondamentale della rete socio sanitaria territoriale, che si pone in interazione con il sistema ospedaliero da un lato e con l'area della domiciliarità dall'altro. La conoscenza di questa realtà è molto importante. Per questo motivo sono stati raccolti ed elaborati dati per un intero anno di attività (2010) attraverso una ricognizione delle attività svolte e delle modalità di funzionamento degli Ospedali di Comunità (OdC), degli Hospice, delle Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer (SAPA), delle strutture per pazienti in Stato Vegetativo Permanente (SVP), delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

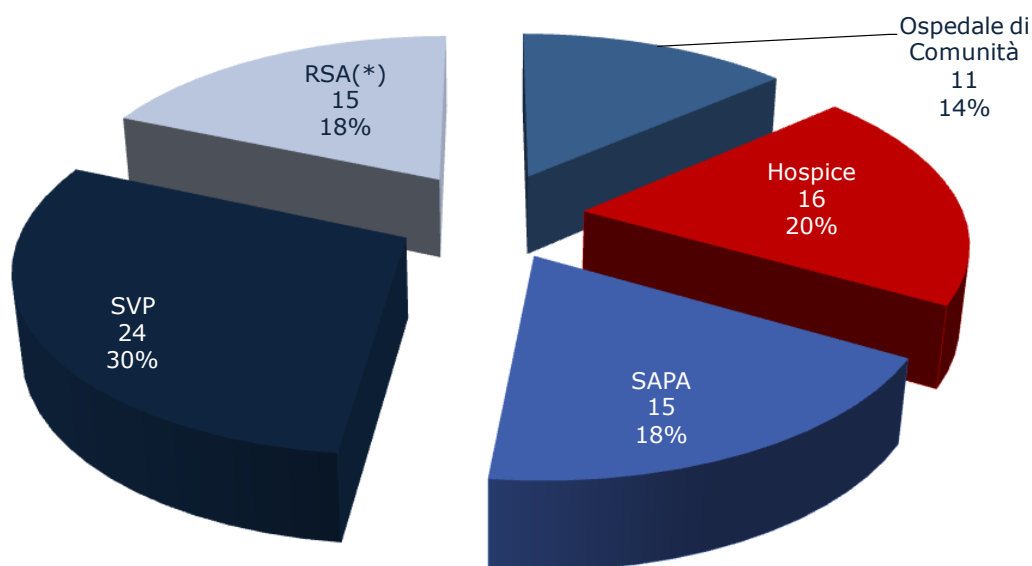


301

Sono state monitorate un totale di 81 strutture dotate complessivamente di 1.069 posti letto che hanno accolto 6.706 pazienti e totalizzato 340.265 giornate di degenza nel 2010. Tra queste gli Ospedali di Comunità hanno accolto 1.785 pazienti (26,6%) mentre gli Hospice ne hanno accolti 1.768 (26,3%), con tassi di occupazione rispettivamente dell'83% e 84% e durate di degenza media rispettivamente di 28 e 23 giorni. Circa il 70% di questi pazienti proveniva da ospedali per acuti. Le strutture per pazienti in Stato Vegetativo Permanente hanno confermato la loro caratteristica di strutture non temporanee, accogliendo in un anno 189 pazienti in 162 posti letto con un indice di rotazione pari a 1,2. Mentre nelle Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer la degenza media è stata di 73 giorni in un totale di 519 pazienti. Nelle RSA sono stati accolti 2.445 pazienti (33,5%) per un totale di 155.607 (45,7%) giornate di presenza. Vi è da dire che per queste ultime nell'analisi successiva sono state considerate solo le attività di residenzialità temporanea anche a valenza riabilitativa. Il sistema delle strutture residenziali extra ospedaliere nel Veneto risulta caratterizzato da una diffusa eterogeneità, tuttavia è possibile individuare in esso tre funzioni fondamentali: una

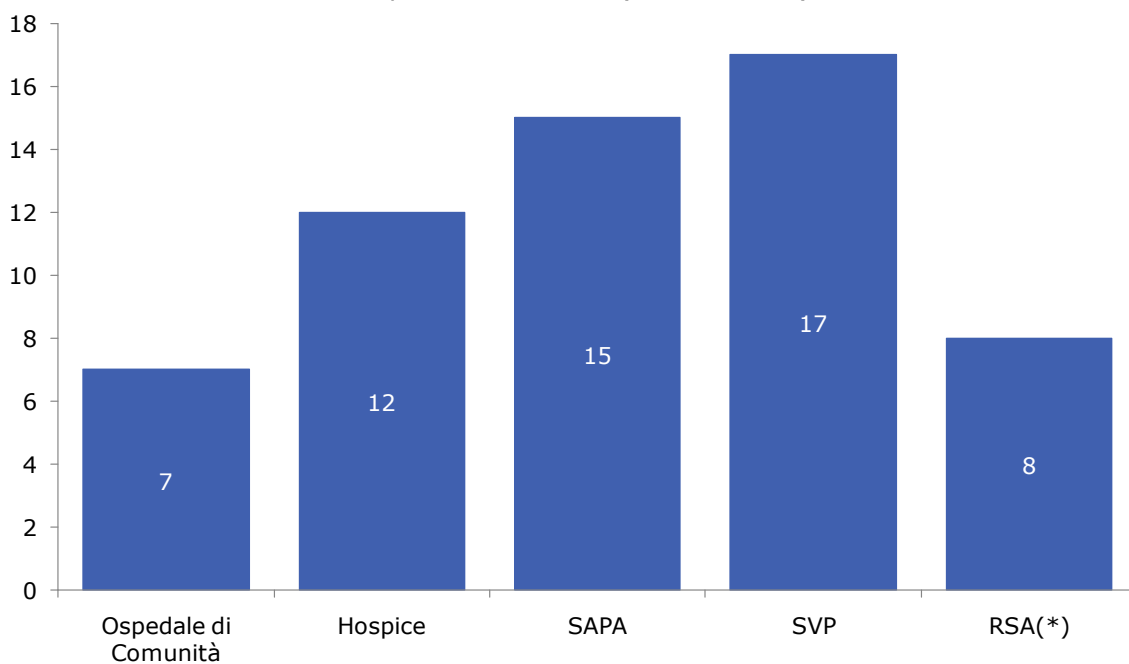
funzione di recupero funzionale, una di stabilizzazione del paziente subacuto con disabilità definitiva, ed una terza funzione di accompagnamento del paziente terminale. L'orientamento comune a tutte le funzioni elencate è il sostegno alla domiciliarità e alla deospedalizzazione.

Principali caratteristiche delle strutture esaminate  
 Numero strutture e incidenza percentuale (Veneto anno 2010)



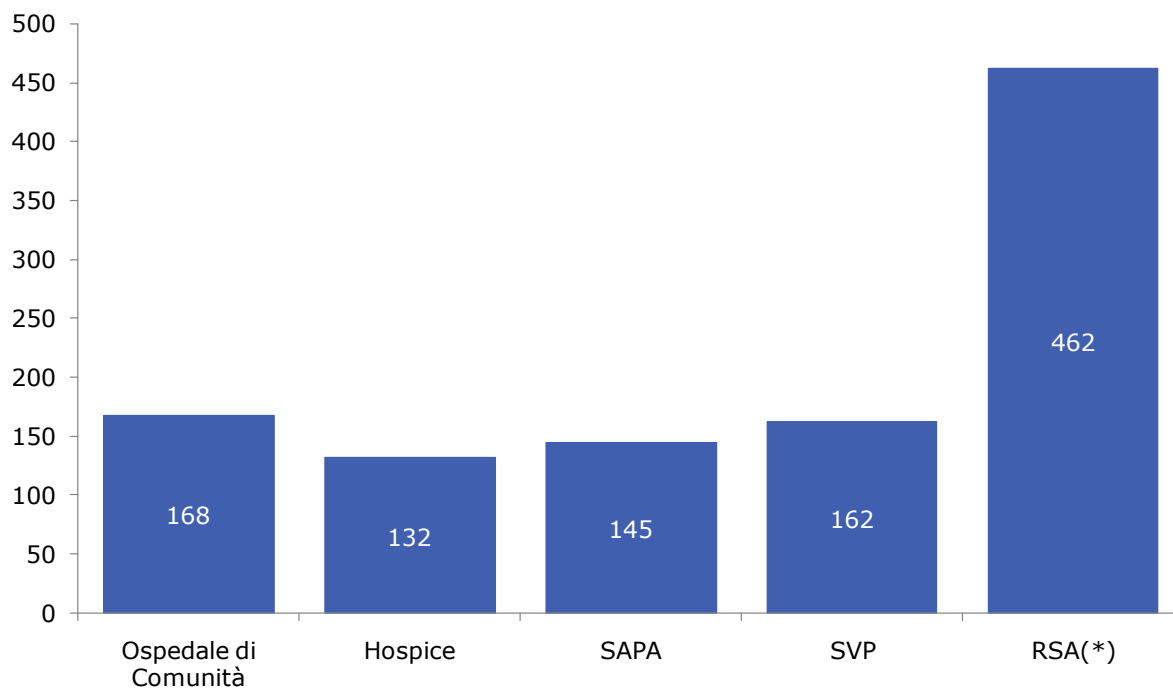
302

Numero di Aziende ULSS che hanno attivato tali strutture nel campione esaminato (Veneto 2010)



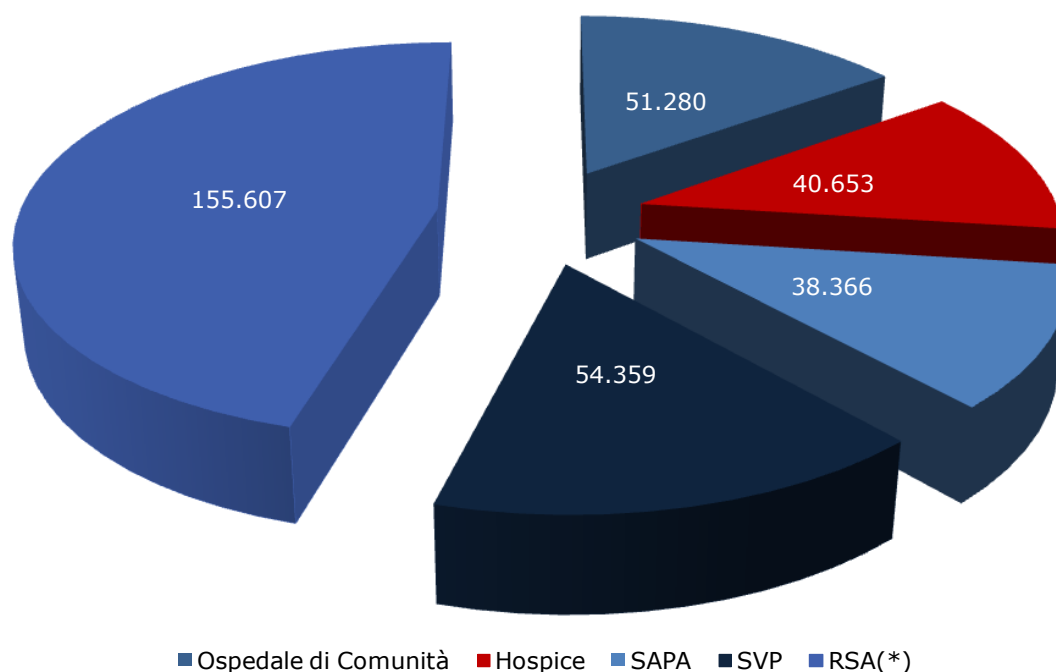
(\*) il censimento di queste RSA è avvenuto sulla base di un questionario inviato alle Aziende Sanitarie con lo scopo di individuare attività di residenzialità temporanea (inferiore a 60 gg) anche con finalità riabilitative. In questa rilevazione non dovevano rientrare i ricoveri di sollievo.

Posti letto medi attivati nelle strutture considerate  
(Veneto 2010)

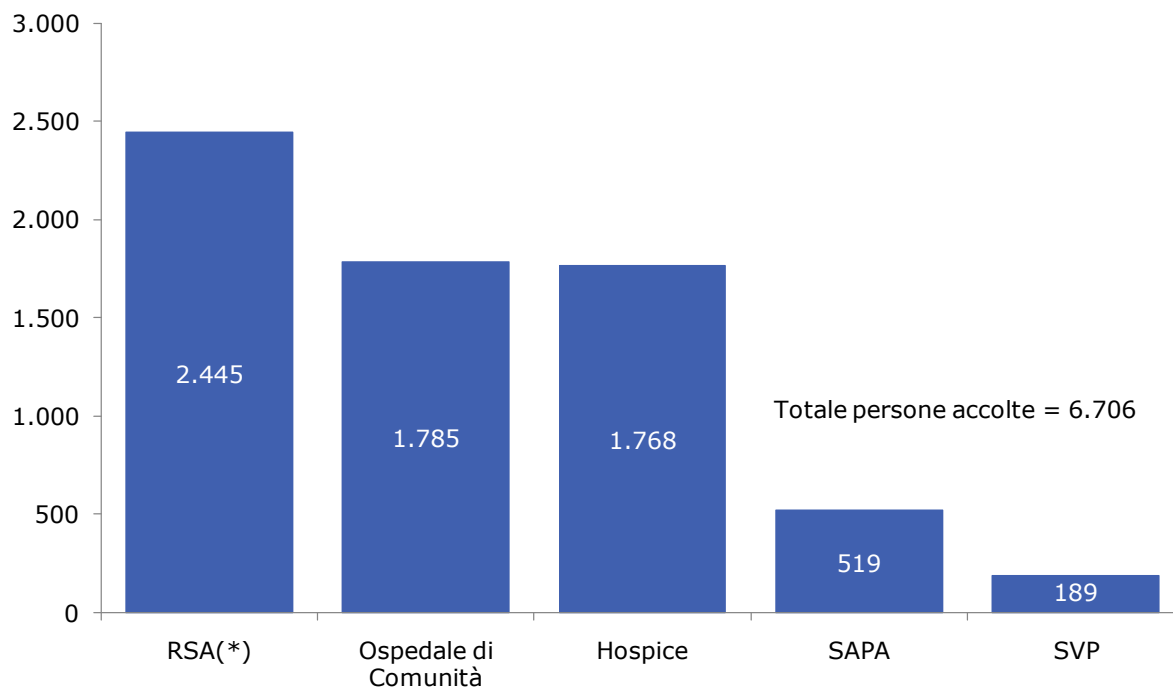


303

Giornate di degenza per struttura considerata  
(Veneto 2010)



Persone accolte nelle strutture considerate  
(Veneto 2010)



304

Principali indicatori di attività nelle strutture considerate (Veneto 2010)					
Strutture	Degenza Media	Presenza Media	Tasso di Occupazione posti letto (%)	Indice di rotazione	Turn Over (Indice)
RSA	28,7	140,5	83,5	10,6	5,6
Ospedale di Comunità	23	111,4	84,4	13,4	4,3
Hospice	73,9	105,1	72,5	3,6	28,1
SAPA	**	148,9	91,9	1,2	25,2
SVP	63,6	426,3	92,3	5,3	5,3
<b>Totale</b>	<b>43,9</b>	<b>932,2</b>	<b>87,2</b>	<b>6,3</b>	<b>7,4</b>

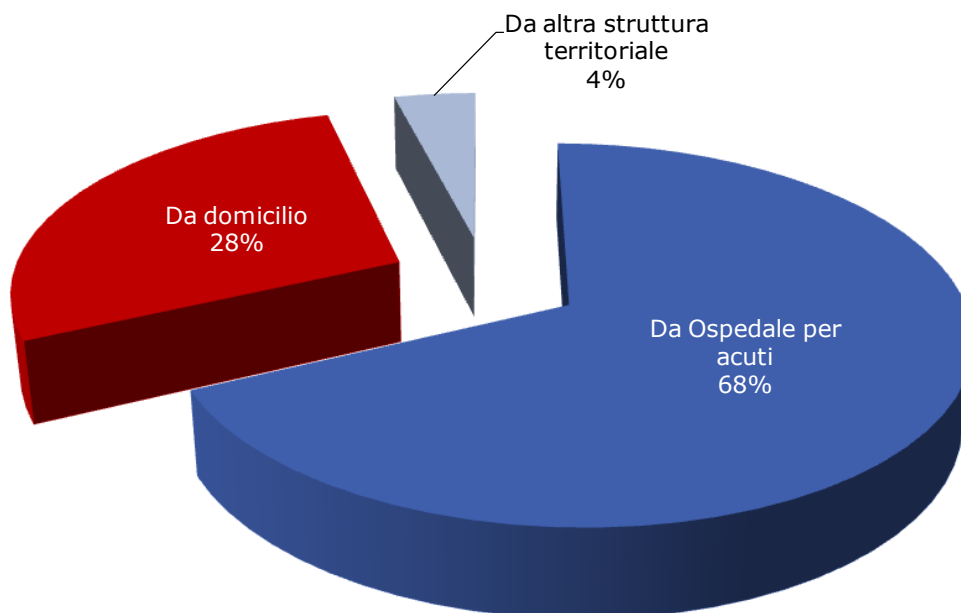
(\*\*) Sui dati del solo 2010, non è corretto calcolare la degenza media di SVP in quanto i pazienti ivi ricoverati hanno degenze superiori ad un anno.



Va ricordato peraltro che la definizione di cure intermedie ha tuttora un buon margine di variabilità in campo scientifico e non ha trovato ancora una definizione normativa. Con riferimento alla letteratura scientifica, possiamo citare la British Geriatric Society che ha definito come Cure Intermedie tutti quei servizi che rispondono ai seguenti criteri:

- Servizi orientati a persone che hanno un elevato rischio di un allungamento della degenza ospedaliera o di un ricovero inappropriato in un ospedale per acuti o in una struttura residenziale definitiva;
- Servizi che vengono erogati sulla base di una valutazione globale del paziente che innesca un piano individualizzato di cura che comprende terapie e trattamenti mirati ad un recupero funzionale;
- Servizi che hanno l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di riportare il paziente al proprio domicilio;
- Servizi a carattere temporaneo, di norma non superiori alle sei settimane;
- Servizi che implicano una modalità di lavoro multi-professionale utilizzando strumenti di valutazione, specifici per ogni professione, ma con protocolli condivisi.

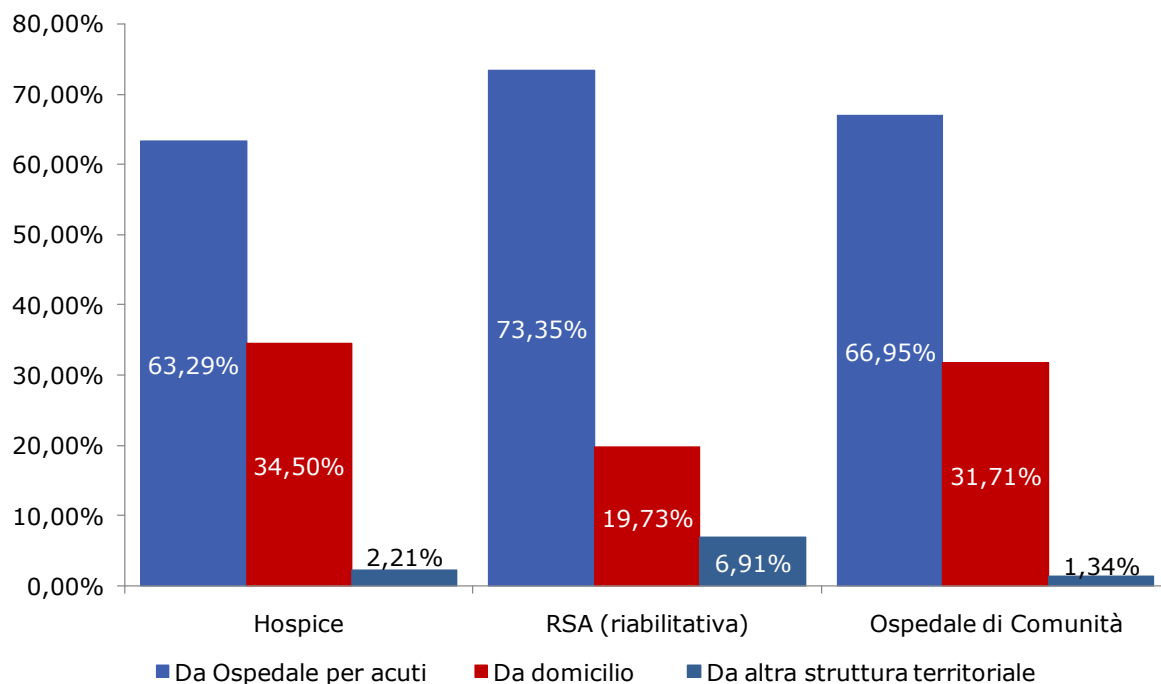
Provenienza pazienti delle RSA riabilitative, Ospedali di Comunità e Hospice (Veneto 2010)



Sulla base di questo inquadramento, possiamo comprendere come sia importante anche la provenienza dei pazienti perché questa è l'origine o un punto importante di quel processo di continuità assistenziale legato al sostegno alla domiciliarità e alla

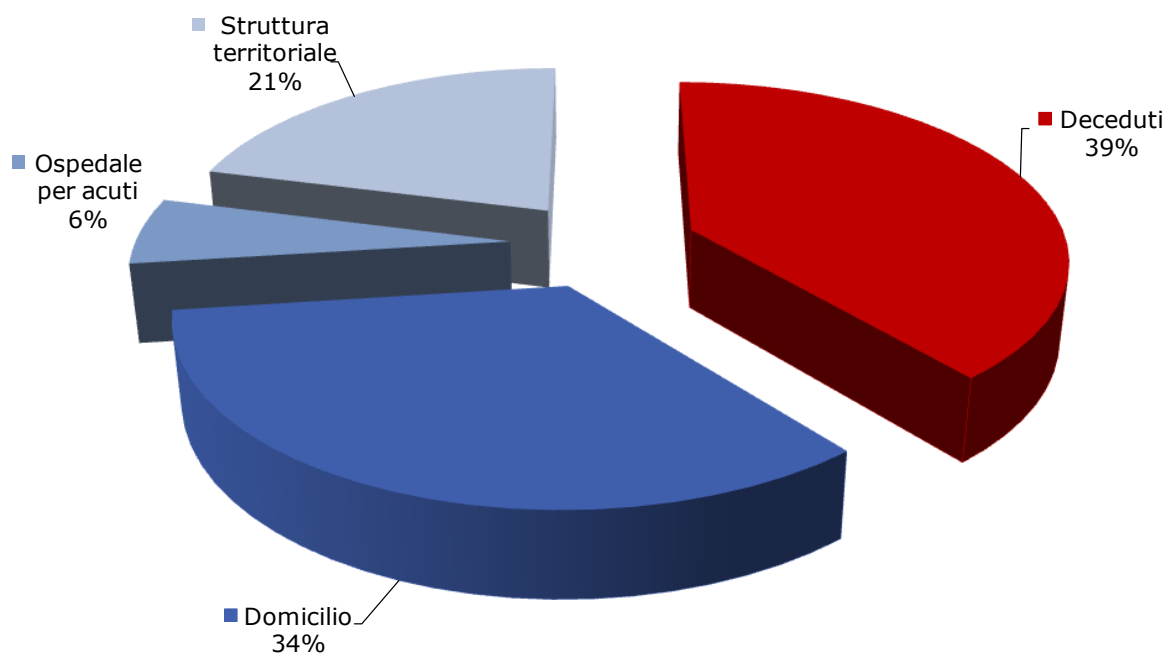
deospedalizzazione. Dall'altro lato, sono rilevanti le modalità di dimissione, tra queste possiamo rilevare le seguenti percentuali: 39% deceduti, 34% dimessi a domicilio; 21% dimessi in struttura territoriale; 6% trasferiti in ospedali per acuti.

Incidenza percentuale per provenienza dei pazienti (Veneto 2010)

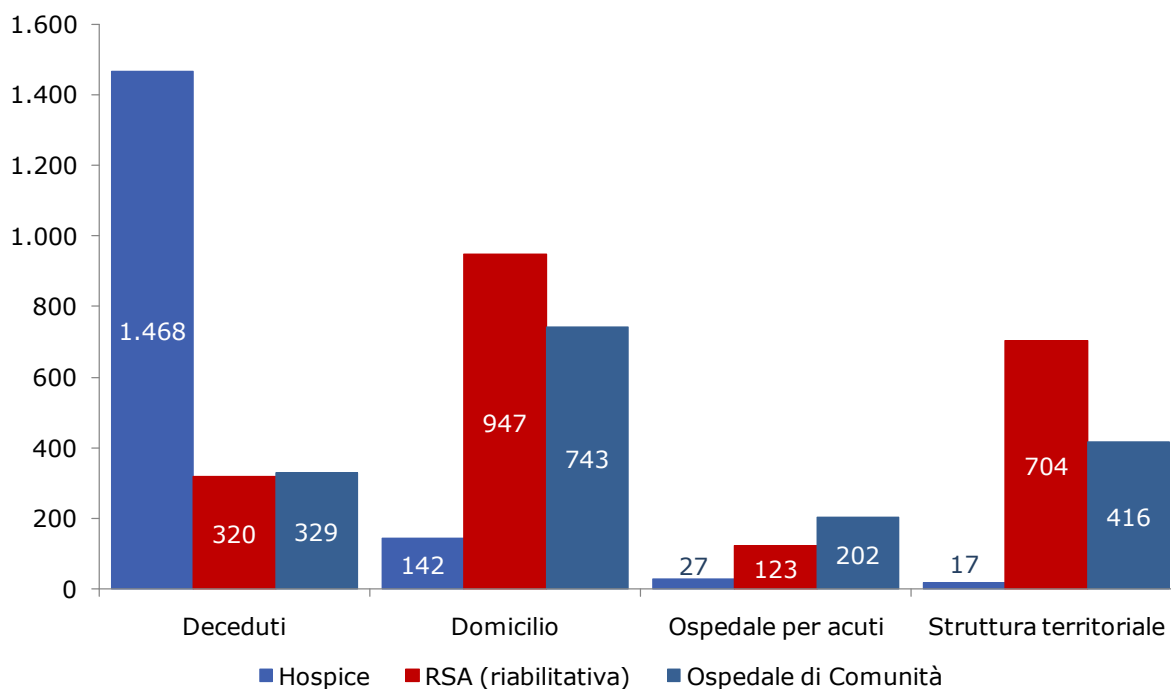


306

Modalità di dimissione dalle RSA riabilitative, Ospedali di Comunità e Hospice (Veneto 2010)

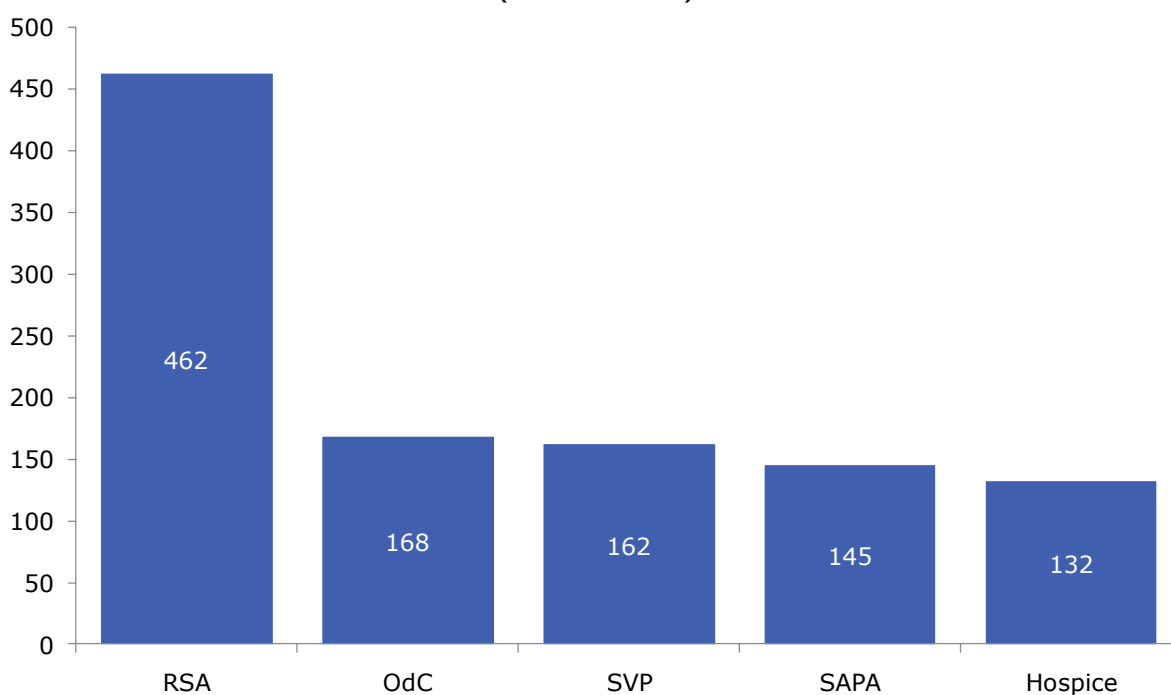


Modalità di dimissione dalle RSA riabilitative, Ospedali di Comunità e Hospice. Numeri assoluti (Veneto 2010)



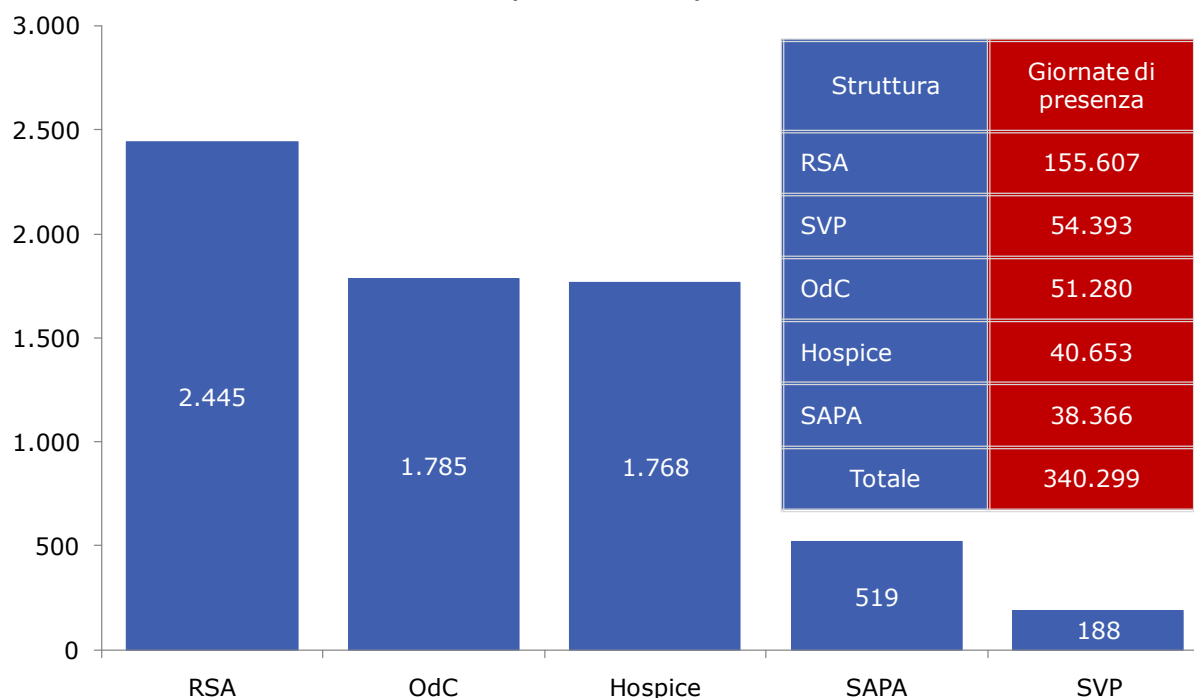
307

Posti letto nelle strutture considerate (Veneto 2010)



La struttura che riscontra il maggior numero di decessi rispetto al totale delle dimissioni è l'Hospice. La ragione è facilmente comprensibile. Riprendiamo al proposito una definizione utilizzata dal Ministero della Salute nel sito Internet istituzionale (data di consultazione 6 giugno 2011): *il termine inglese "Hospice" è diventato un neologismo riconosciuto a livello internazionale dal significato univoco: centro residenziale di cure palliative. Esso designa, quindi, una struttura sanitaria residenziale per malati terminali. In altri termini si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. Inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora, l'Hospice include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare in questo caso di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona.*

Numero ricoveri e giornate di presenza nelle strutture considerate (Veneto 2010)



#### Gli Ospedali di Comunità

Nell'anno 2010, le 11 strutture considerate dotate nel complesso di 168 posti letto hanno effettuato 1.785 ricoveri con un consumo di 51.280 giornate di degenza, una degenza

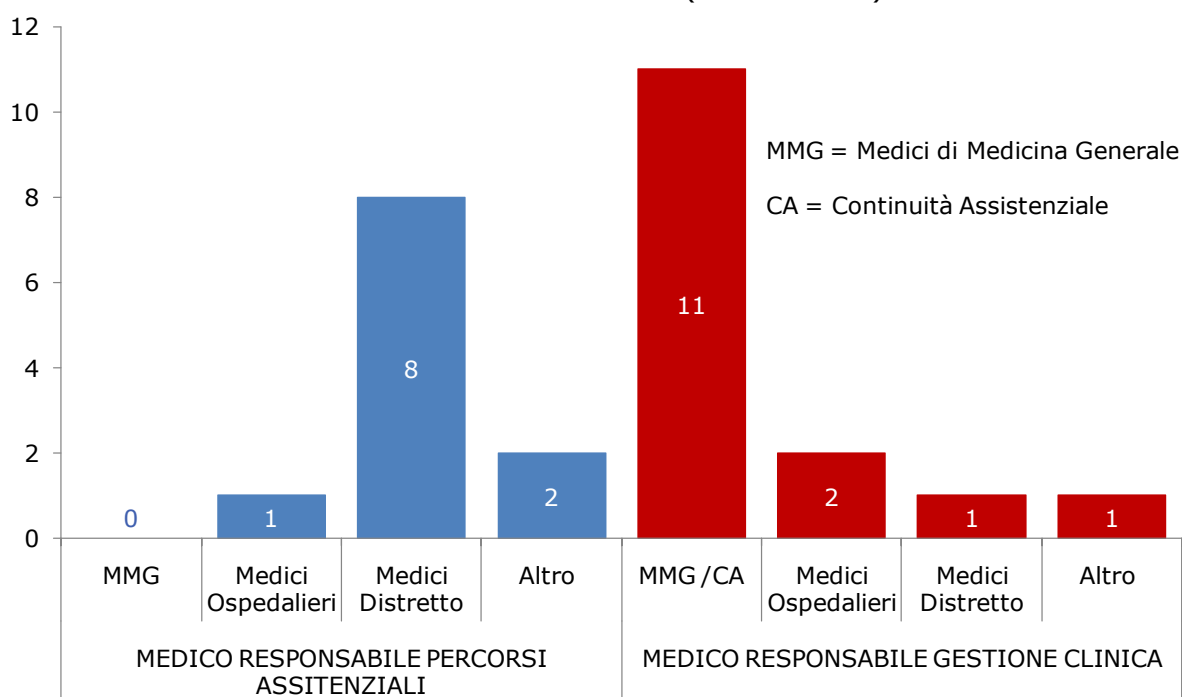
media 28,7 giorni, un tasso di occupazione posto letto del 83,5%. Questi ospedali hanno registrato nel Veneto una presenza media giornaliera di 140,5 pazienti.

OSPEDALI DI COMUNITÀ - PRINCIPALI DATI						
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Gestione	Posti letto attivi	Giornate di degenza	Numero pazienti	Degenza Media
101	Ospedale di Comunità - Country Hospital (Auronzo di Cadore)	AULSS	20	6.160	197	31,3
104	Opera Immacolata Concezione Unità Post-Acuzie (Thiene)	Non AULSS	10	2.564	137	18,7
105	Ospedale di Comunità di Valdagno	AULSS	15	4.734	187	25,3
	Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza IPAB "La Pieve" (Montebelluna)	Non AULSS	4	1.274	61	20,9
112	Residenza Sanitaria Distrettuale (RSD) Fatebenefratelli (Venezia)	Non AULSS	10	2.422	47	51,5
	Residenza Sanitaria Distrettuale (RSD) San Camillo (Lido di Venezia)	Non AULSS	11	3.497	70	50,0
	Residenza Sanitaria Distrettuale (RSD) Centro Nazaret (Venezia Mestre Zelarino)	Non AULSS	10	3.394	79	43,0
	Residenza Sanitaria Distrettuale (RSD) S. Maria del Rosario (Venezia Mestre Carpenedo)	Non AULSS	6	321	10	32,1
116	Struttura Intermedia	AULSS	60	19.084	765	24,9
120	Ospedale di Comunità di Tregnago	Non AULSS	12	4.510	106	42,5
122	Centro Sanitario Polifunzionale di Caprino Veronese	AULSS	10	3.320	126	26,3
Totale			168	51.280	1.785	28,7

In queste strutture la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA) è risultata lo strumento usato quale base del progetto assistenziale con l'unica eccezione

dell'Ospedale di Comunità di Auronzo di Cadore che utilizza la Cartella Clinica Assistenziale. Inoltre, Thiene e Padova hanno segnalato la difficoltà/impossibilità di redigere il Progetto assistenziale in talune situazioni critiche (ad esempio: rapide accettazioni da Ospedali per Acuti o dimissioni impreviste). Nel 44% dei casi i pazienti sono stati dimessi a domicilio, nel 24,6% in strutture territoriali. I rimanenti pazienti sono stati trasferiti in ospedale per acuti (12%) o sono deceduti (19,5%).

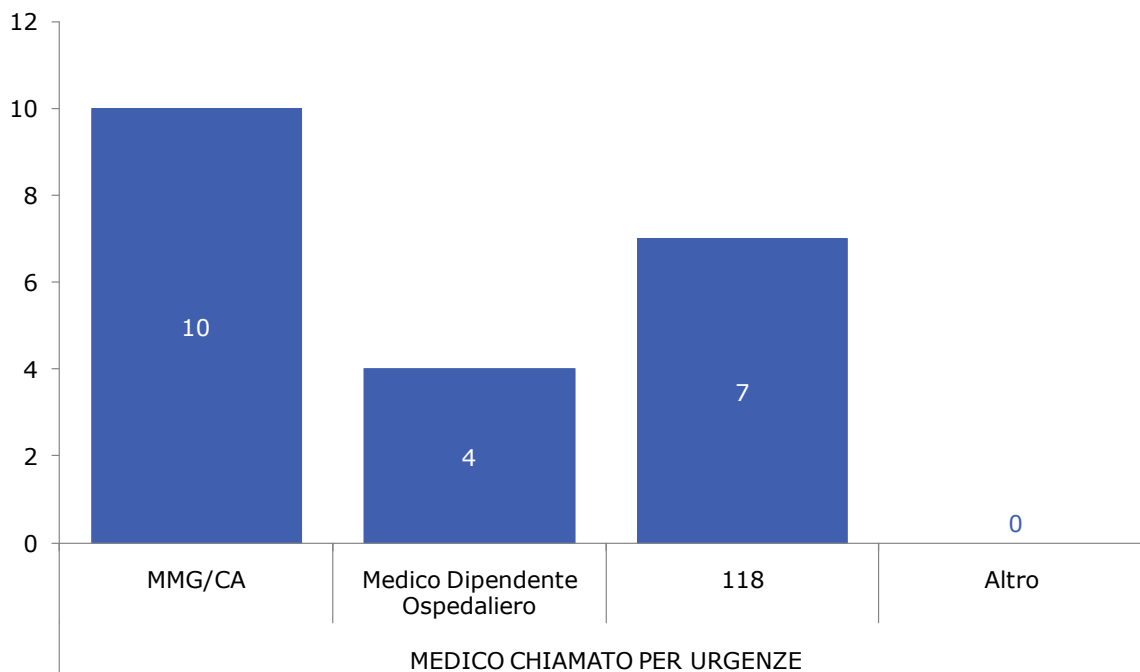
Numero Professionisti della Salute con responsabilità gestionali nelle strutture considerate (Veneto 2010)



La responsabilità della gestione del percorso assistenziale e organizzativa è prevalentemente a carico del Medico di Distretto, ad eccezione di Auronzo di Cadore dove è in carico al Medico ospedaliero, responsabile anche della gestione clinica. Nella maggior parte delle strutture la responsabilità clinica è risultata a carico del Medico di Medicina Generale (MMG). A Padova, la responsabilità della gestione clinica è condivisa tra Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale ed un Medico dipendente ospedaliero, mentre a Tregnago con uno Specialista Ambulatoriale Interno (SAI) Geriatra, e a Thiene con un Medico di Distretto. Ad Auronzo di Cadore per la carenza di Medici di Medicina Generale nell'area, la responsabilità clinica è affidata ad un solo Medico dipendente ospedaliero. La gestione delle urgenze è risultata diversa a seconda della destinazione precedente della struttura (in particolare se da riconversione di

ospedale per acuti o RSA). La maggior parte delle strutture ha dichiarato più tipologie di chiamata sulla base della presenza o meno di un medico in sede.

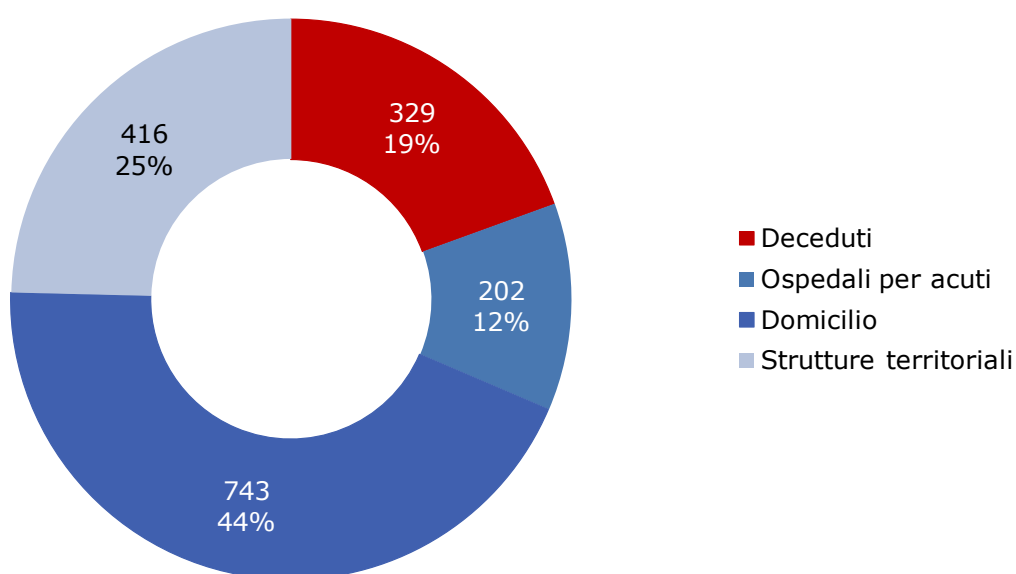
Numero Professionisti della Salute con responsabilità per urgenze nelle strutture considerate (Veneto 2010)



In assenza di Medico di Medicina Generale, nelle sedi da riconversione ospedaliera viene chiamato il medico più vicino (dal reparto per acuti, dal punto di primo intervento, dalla Continuità Assistenziale). Per le RSA, in assenza di medico, si attiva in genere la chiamata alla Continuità Assistenziale e/o al 118.

311

Modalità di dimissione nelle strutture considerate (Veneto 2010)



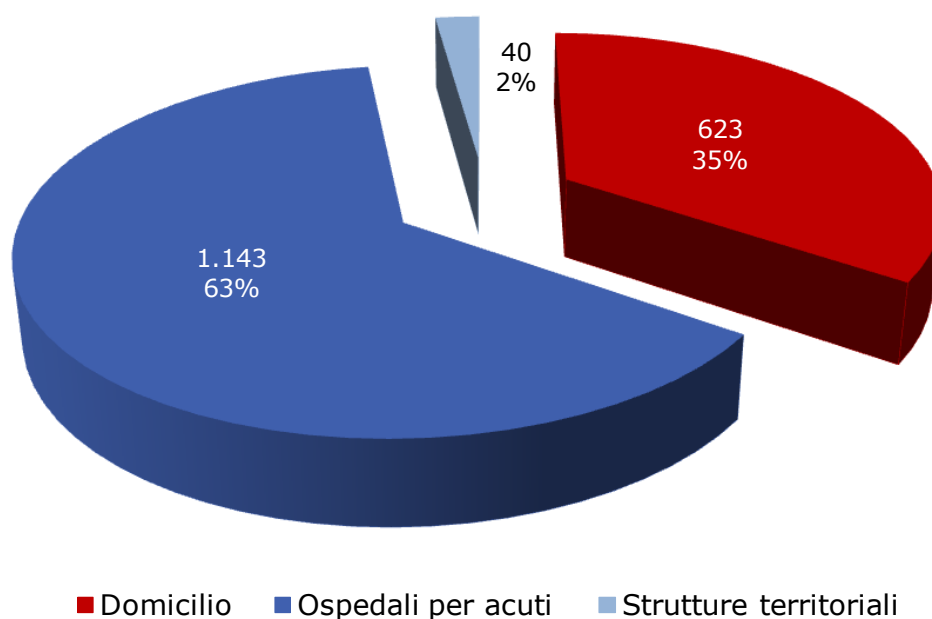
*Gli Hospice*

Nel complesso dei 16 Hospice considerati sono risultati attivi 132 posti letto che hanno garantito 1.768 ricoveri con un consumo di 40.653 giornate di degenza e un tasso di occupazione posto letto del 84,5%, la degenza media è di 23,0 giorni. Queste strutture hanno registrato nel Veneto una presenza media giornaliera di 111,4 pazienti. La media per struttura è risultata di 15,5 posti letto, con un range compreso tra i 7 posti letto dell'Hospice di Cologna Veneta (VR) ed un massimo di 14 posti letto per l'Hospice di Marzana (VR).

HOSPICE - PRINCIPALI DATI					
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Posti letto attivi	Giornate di degenza	Numero pazienti	Degenza Media
101	Hospice "Casa tua due" - Belluno	8	2.235	102	21,9
102	Hospice "Le Vette" Feltre	4	1.438	136	10,6
103	Casa Gerosa Bassano	8	2.687	83	32,4
106	Hospice extraospedaliero Azienda ULSS 6 Vicenza	5	1.769	97	18,2
109	Casa dei Gelsi ADVAR - Treviso	12	4.194	203	20,7
110	Residenza Assistenziale Opera Pia G. Francescon - Portogruaro	10	3.206	99	32,4
110	Monumento ai Caduti in Guerra - S. Donà di Piave	7	173	18	9,6
112	Hospice Centro Nazareth Zelarino - Venezia Mestre	8	2.695	63	42,8
112	HOSPICE Fatebenefratelli Venezia	8	2.656	89	29,8
115	Centro Residenziale Cure Palliative "Il Melograno" Camposampiero	6	1.971	109	18,1
116	Casa di cura e sollievo Paolo VI - Padova	12	3.413	187	18,3
116	Casa S. Chiara - Istituto Suore Elisabettine - Padova	7	2.425	60	40,4
117	Hospice Montagnana	8	2.393	92	26,0
118	Casa del Vento Rosa Lendinara	8	2.476	60	41,3
120	Hospice Marzana	14	4.597	251	18,3
120	Hospice Cologna Veneta	7	2.325	119	19,5
<b>Totale</b>		<b>132</b>	<b>40.653</b>	<b>1.768</b>	<b>23,0</b>

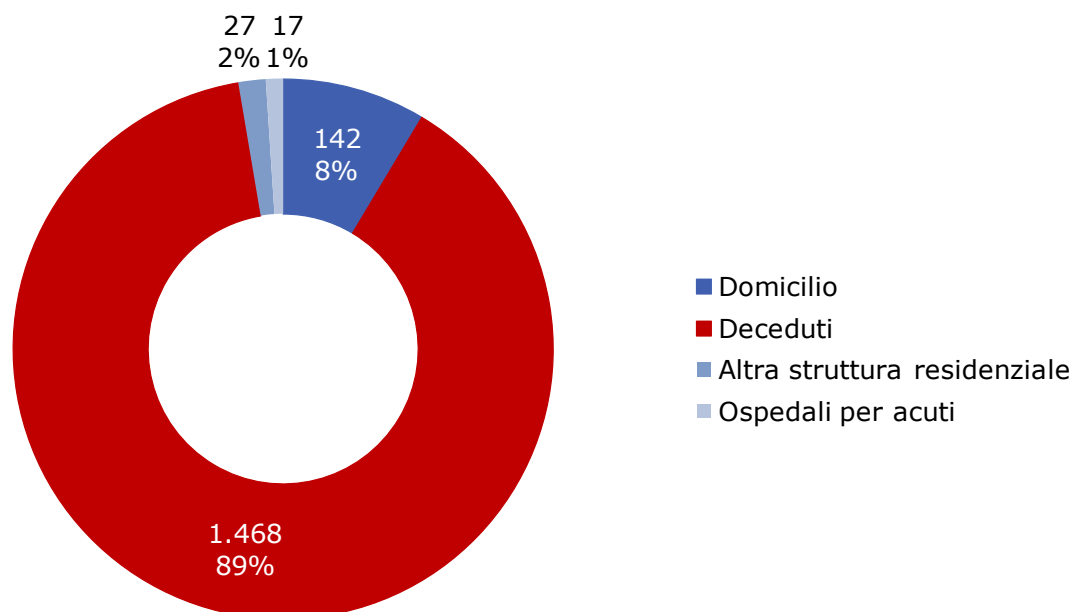


Provenienza delle persone accolte in Hospice (Veneto 2010)

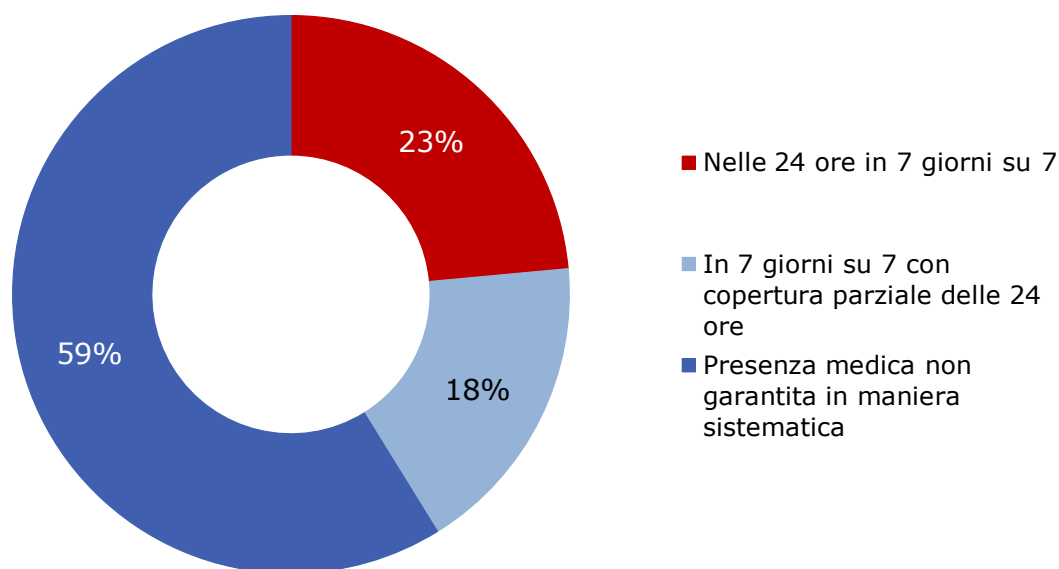


Il numero di pazienti in lista di attesa per essere accolti in Hospice è risultato compreso tra lo 0 di Belluno, Bassano, San Donà, Portogruaro, ai 40 di Marzana.

Hospice: modalità di dimissione (Veneto 2010)



Presenza medica garantita negli Hospice considerati  
(Veneto 2010)



Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer (SAPA)

Le 15 SAPA considerate sono risultate dotate complessivamente di 145 posti (posti letto attivi), che hanno garantito: 519 ricoveri con un consumo di 38.366 giornate di degenza (GGDD), un tasso di occupazione posto letto del 72,5%; una degenza media pari a 73,9 giorni. Queste strutture hanno registrato una presenza media giornaliera di 105,1 utenti.

314

SAPA - PRINCIPALI DATI					
Azienda ULSS	Denominazione Struttura	Posti letto attivi	Giornate di degenza	Numero pazienti	Degenza Media
101	SER.SA SPA - Belluno	10	3.352	15	223,5
102	Casa di Riposo "Brandalise" Feltre	10	3.626	14	259,0
103	IPAB - Villa Aldina Rossano Veneto	8	976	10	97,6
104	Casa di Riposo La Pieve Breganze	10	87	1	87,0
105	IPAB La Pieve Montebelluna Maggiore	10	2.058	44	46,8
107	Istituto "Padre Pio" Tarzo	10	3.597	25	143,9
108	Casa di Riposo "Umberto I" SAPA Montebelluna	5	1.324	26	50,9
109	ISRAA Residenza Anziani Treviso - Treviso	15	5.259	129	40,8
110	Residenza S. Margherita Portogruaro	10	2.968	26	114,2
112	SAPA Centro Nazareth Zelarino - Venezia Mestre	7	2.376	52	45,7
115	Centro Servizi "A. Moretti Bonora" Camposampiero	10	3.609	61	59,2
	Centro Residenziale per Anziani Cittadella	10	3.643	29	125,6
117	Fondazione Istituto per anziani S. Tecla - Este	10	3.121	64	48,8
118	Casa di Riposo Badia Polesine	10	1.719	9	191,0
121	Casa Battisti Cerea	10	651	14	46,5
Totale		145	38.366	519	73,9

La media di posti letto per struttura rilevata è pari a 9,6 posti letto, con un range compreso tra i 7 posti SAPA del Centro Nazareth di Zelarino e i 15 posti SAPA dell'ISRAA (Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani) di Treviso.

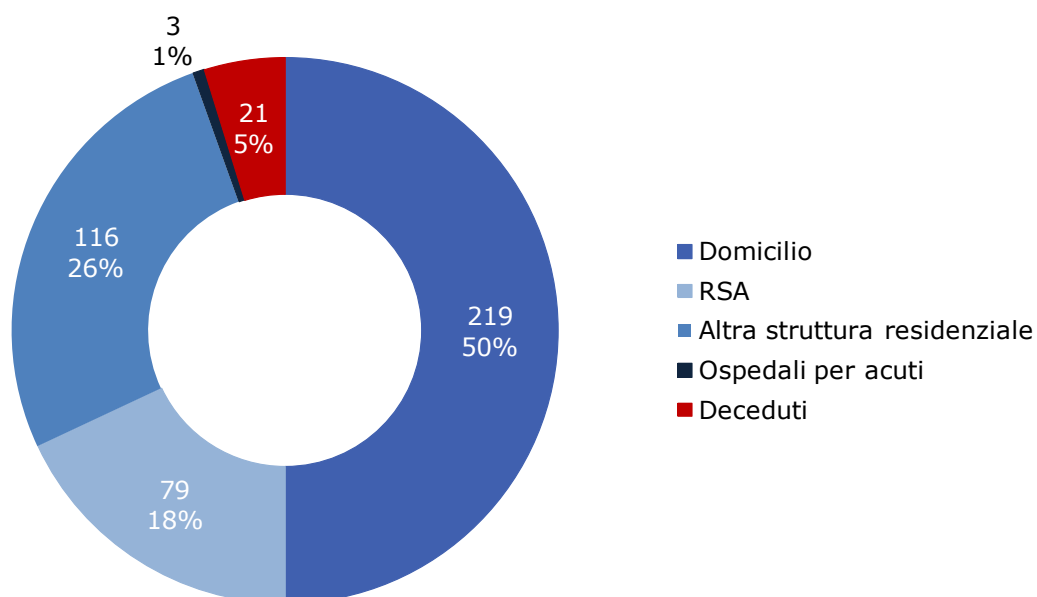
SAPA - PROVENIENZA DEI PAZIENTI					
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Domicilio	RSA*	Altra struttura residenziale**	Ospedali per acuti
101	SER.SA SPA - Belluno	1	0	4	0
102	Casa di Riposo "Brandalise" Feltre	7	0	6	1
103	IPAB - Villa Aldina Rossano Veneto	4	0	6	0
104	Casa di Riposo La Pieve Breganze	1	0	0	0
105	IPAB La Pieve Montebelluna Maggiore	39	0	2	3
107	Istituto "Padre Pio" Tarzo	21	0	4	0
108	Casa di Riposo "Umberto I" SAPA Montebelluna	25	0	0	1
109	ISRAA Residenza Anziani Treviso - Treviso	129	0	0	0
110	Residenza S. Margherita Portogruaro	13	0	1	2
112	SAPA Centro Nazareth Zelarino - Venezia Mestre	35	0	0	17
115	Centro Servizi "A. Moretti Bonora" Camposampiero	0	61	0	0
	Centro Residenziale per Anziani Cittadella	4	0	11	11
117	Fondazione Istituto per anziani S. Tecla - Este	64	0	0	0
121	Casa Battisti Cerea	12	0	0	2
Totale		355	61	34	37

\* RSA in NAPA = nuclei ad alta protezione Alzheimer

\*\* Altra struttura residenziale extraospedaliera

315

SAPA: modalità di dimissione  
(Veneto 2010)

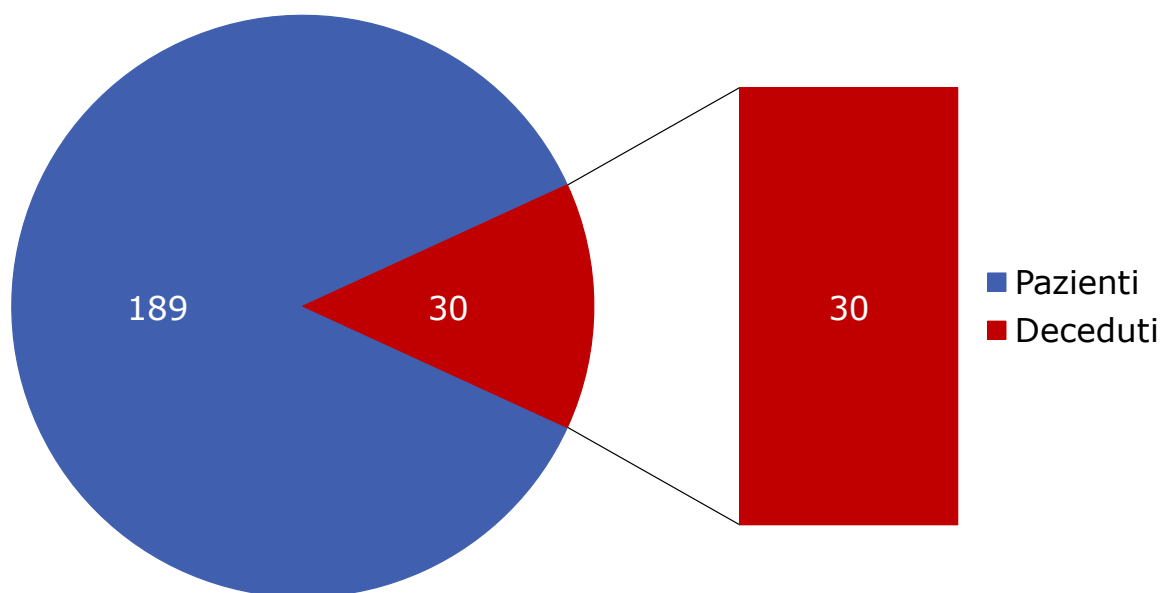


**Stati Vegetativi Persistenti (SVP)**

Le 24 strutture afferenti agli SVP considerate sono dotate di 162 posti letto (posti letto attivi). Esse hanno permesso il ricovero di 189 pazienti con un consumo di 54.359 giornate di degenza, un tasso di occupazione posto letto del 91,9% ed una presenza media giornaliera di 148,9 pazienti. Il valore medio per struttura è risultato pari a 6,7 posti letto, con un range compreso tra i 4 posti delle SVP dell'AULSS 12 e i 24 posti della Opera Immacolata Concezione (OIC) Mandria di Padova.

SVP - PRINCIPALI DATI			
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Posti letto attivi	Giornate di degenza
103	Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini - Bassano del Grappa (VI)	8	2.910
104	RSA - Casa di Ricovero "Muzan" Malo (VI)	6	859
105	Centro Residenziale Anziani "S. Scalabrin" di Arzignano (V)	6	2.190
106	Nucleo SVP - Vicenza	7	2.411
107	Casa Riposo "F. Fenzi" di Conegliano (TV)	5	1.667
107	Istituto "Cesana Malanotti" di Vittorio Veneto (TV)	5	1.389
108	IPAB Opere Pie d'Onigo di Pederobba (TV)	5	1.816
108	Centro Residenziale Anziani "Domenico Sartor" SVP Castelfranco Veneto (TV)	5	1.729
109	ISRAA "Menegazzi" di Treviso	6	2.190
109	Residenza per Anziani "Dal Monego" Oderzo (TV)	6	2.089
110	Residenza S. Margherita - Portogruaro	10	3.608
112	SVP Fatebenefratelli Venezia	4	1.460
112	SVP San Camillo Alberoni Lido di Venezia	4	1.455
112	SVP Villa Salus Venezia Mestre	4	1.443
113	RSA di Strà (VE)	4	1.460
115	Centro Servizi "Anna Moretti Bonora" - Camposampiero (PD)	8	1.827
115	Centro Residenziale Anziani - Cittadella (PD)	8	2.822
116	Nucleo RSA della Casa Soggiorno via S. Rocco - Piove di Sacco (PD)	6	1.996
116	Opera Immacolata Concezione della Mandria - Padova	24	8.377
118	RSA "S.Martino" Castelmassa (RO)	4	1.438
119	Centro Servizi Anziani Adria (RO)	4	949
120	RSA di Marzana (VR)	6	2.165
120	RSA di Cologna Veneta (VR)	5	1.818
122	SVP Casa fr. Pietro Nogarè di Negrar (VR)	12	4.291
Totale		162	54.359

### Stati Vegetativi Persistenti: Numero pazienti deceduti (Veneto 2010)



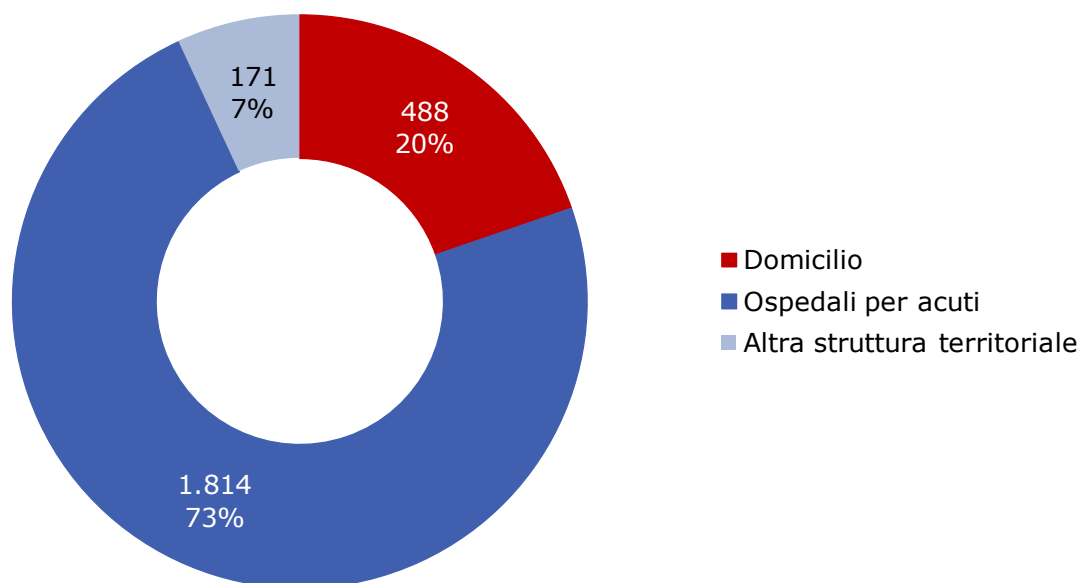
SVP - PRINCIPALI DATI			
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Numero pazienti	Degenza Media
103	Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini - Bassano del Grappa (VI)	12	242,5
104	RSA - Casa di Ricovero "Muzan" Malo (VI)	3	286,3
105	Centro Residenziale Anziani "S. Scalabrin" di Arzignano (V)	6	365,0
106	Nucleo SVP - Vicenza	8	301,4
107	Casa Riposo "F. Fenzi" di Conegliano (TV)	5	333,4
107	Istituto "Cesana Malanotti" di Vittorio Veneto (TV)	6	231,5
108	IPAB Opere Pie d'Onigo di Pederobba (TV)	5	363,2
108	Centro Residenziale Anziani "Domenico Sartor" SVP Castelfranco Veneto (TV)	8	216,1
109	ISRAA "Menegazzi" di Treviso	7	312,9
109	Residenza per Anziani "Dal Monego" Oderzo (TV)	8	261,1
110	Residenza S. Margherita - Portogruaro	13	277,5
112	SVP Fatebenefratelli Venezia	4	365,0
112	SVP San Camillo Alberoni Lido di Venezia	5	291,0
112	SVP Villa Salus Venezia Mestre	4	360,8
113	RSA di Strà (VE)	4	365,0
115	Centro Servizi "Anna Moretti Bonora" - Camposampiero (PD)	6	332,7
115	Centro Residenziale Anziani - Cittadella (PD)	8	228,4
116	Nucleo RSA della Casa Soggiorno via S. Rocco - Piove di Sacco (PD)	9	313,6
116	Opera Immacolata Concezione della Mandria - Padova	29	288,9
118	RSA "S.Martino" Castelmassa (RO)	5	287,6
119	Centro Servizi Anziani Adria (RO)	4	237,3
120	RSA di Marzana (VR)	7	309,3
120	RSA di Cologna Veneta (VR)	8	227,3
122	SVP Casa fr. Pietro Nogarè di Negrar (VR)	15	286,1
Totale		189	287,6

**Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**

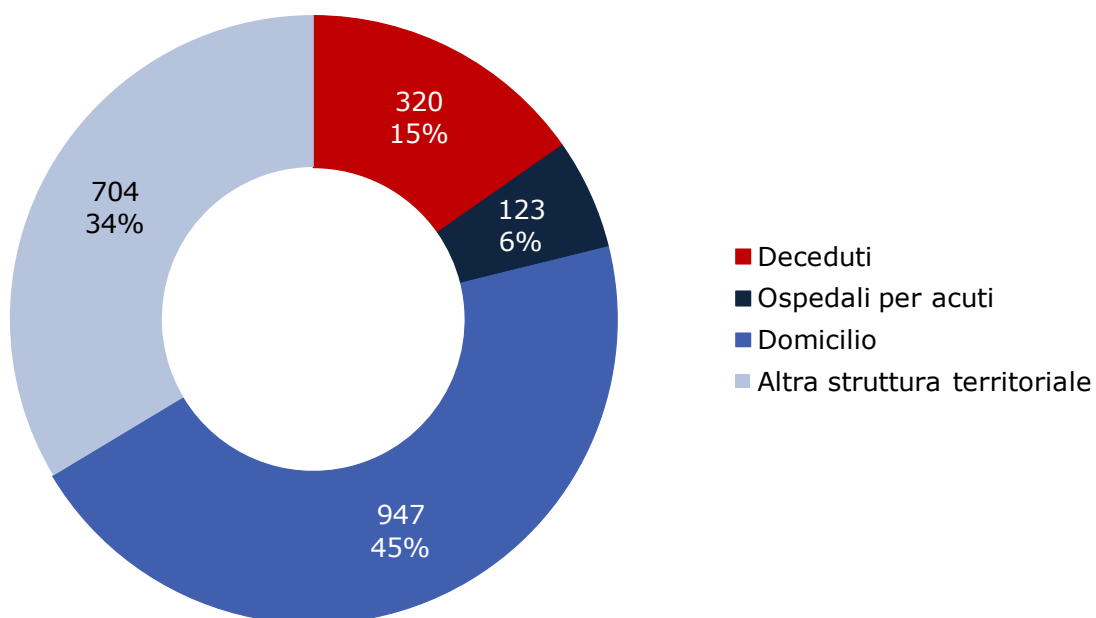
Tra gli obiettivi dell'analisi effettuata vi era quello di individuare attività di residenzialità temporanea (inferiore a 60 giorni) anche con finalità riabilitative. In questa rilevazione non dovevano rientrare i ricoveri di sollievo. Le RSA considerate sono state 15 con un numero complessivo pari a 462 posti letto. Queste hanno accolto 2.445 utenti con un consumo di 155.607 giornate, una degenza media di 63,6 giorni, un tasso di occupazione posto letto del 92,3%, registrando una presenza media giornaliera di 426,3 pazienti. La media per struttura è risultata pari a 30,8 posti letto, tuttavia si è osservata una notevole differenza tra sede e sede con un minimo di 6 posti nelle due RSA di Treviso ed in quella dell'Ospedale dei Colli (PD), ed un massimo di 62 posti nella struttura di Marostica (VI).

RSA - Principali dati					
Azienda ULSS di riferimento	Denominazione Struttura	Posti letto attivi	Giornate di degenza	Numero pazienti	Degenza Media
103	RSA "Tulipano" Marostica (VI)	62	21.246	238	89,3
103	RSA dei Ciliegi c/o Fondazione Rubbi	16	5.791	58	99,8
103	RSA Centro Myriam Bassano del Grappa	22	7.730	98	78,9
104	RSA - Casa di Ricovero "Muzan" Malo (VI)	50	16.455	396	41,6
106	Nucleo Assistenza Intermedia Sanitaria IPAB di Vicenza	32	10.986	293	37,5
106	Nucleo Assistenza Intermedia Sanitaria IPAB Suor Diodata Bert. – Sandrigo (VI)	30	10.563	276	38,3
109	I.S.R.A.A. "Menegazzi" Treviso	6	2.082	53	39,3
109	Casa di Riposo "N. D. M. Tomitano e N. Boccasin" Motta di Livenza (TV)	6	2.153	50	43,1
112	Istituzioni di Ricovero e di Educazione IRE Alta Intensità – Castello Venezia	60	21.400	93	230,1
116	Nucleo Assistenza Intermedia Sanitaria c/o RSA dei Colli	6	1.695	19	89,2
116	Nucleo Assistenza Intermedia Sanitaria Opera Immacolata Concezione - Padova	20	4.963	87	57,0
120	RSA da Riconversione Ospedaliera di Cologna Veneta (VR)	50	18.154	218	83,3
120	RSA da Riconversione Ospedaliera di Tregnago (VR)	30	10.826	173	62,6
122	RSA Riabilitativa c/o Centro Sanitario Polifunzionale di Caprino Veronese (VR)	17	3.999	118	33,9
122	Casa fr. Pietro Nogarè di Negrar (VR)	55	17.564	275	63,9
Totale		462	155.607	2.445	63,6

### Provenienza degli utenti delle RSA considerate (Veneto 2010)



### RSA: modalità di dimissione (Veneto 2010)



L'analisi dei dati delle RSA oggetto del monitoraggio ha dato importanti informazioni: in talune realtà, l'utilizzo di queste Unità di Offerta ha probabilmente supplito alla mancanza di posti letto di ospedali di comunità con particolare riferimento alle dimissioni protette,

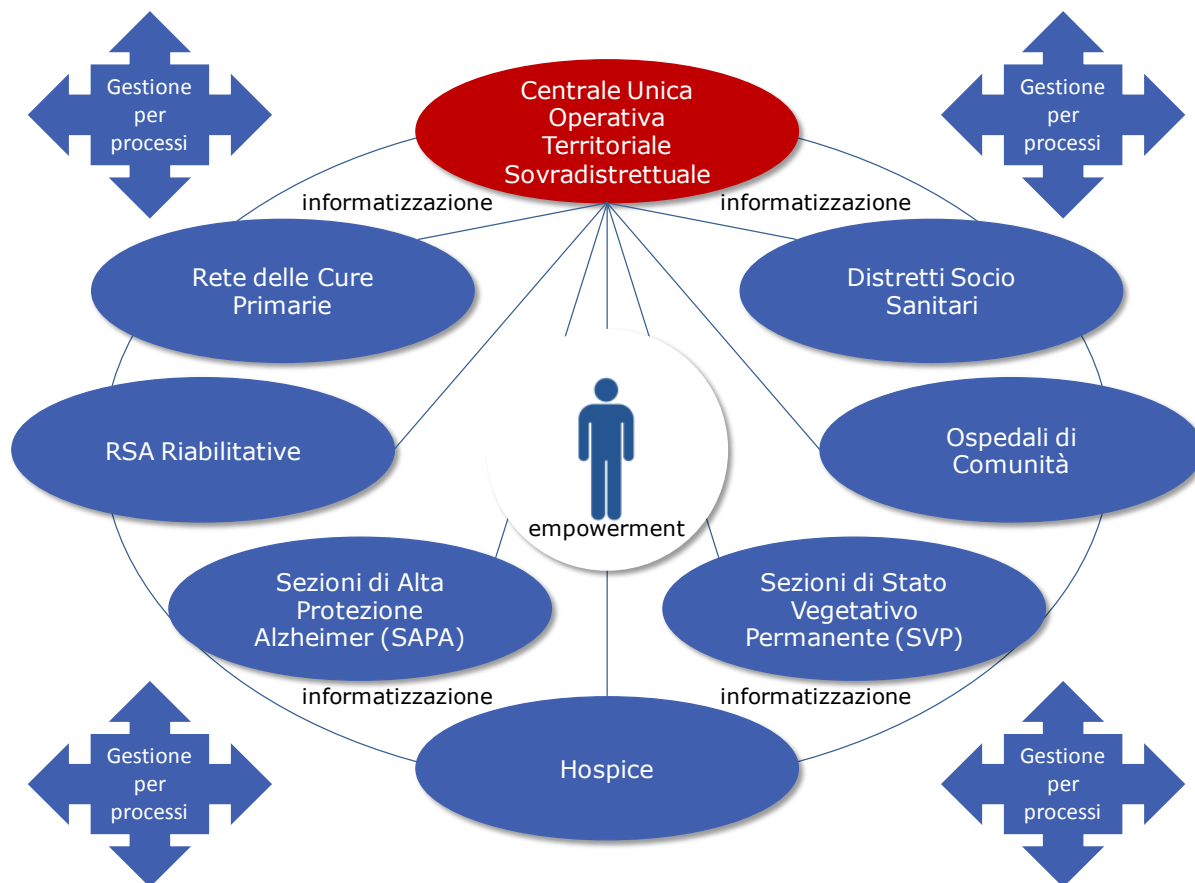
dato che il 73% dei pazienti proviene da ospedale per acuti ed in particolare dai reparti di geriatria, ortopedia, medicina. Questa ipotesi è supportata anche dall'osservazione che in vari casi le degenze medie rilevate sono state inferiori ai 50 giorni, cioè entro valori compatibili con trattamenti di tipo temporaneo svolti dagli Ospedali di Comunità.

*Da rilevare*

Nell'immediato futuro la sfida della medicina territoriale sarà quella di garantire la continuità delle cure attraverso la gestione dei processi assistenziali in maniera integrata tra le diverse unità di offerta. Inoltre, il processo assistenziale sta cambiando, in quanto è cambiato il rapporto tra i Professionisti della Salute ed il paziente che sempre di più vuole avere parte attiva nella conoscenza e nella gestione della propria malattia. Di qui l'importanza di una presa in carico globale tenendo conto dell'opportunità di implementare le competenze del paziente (empowerment) e dei familiari nella gestione della malattia/deficit funzionale. La gestione del processo va quindi rivolta al paziente, ai familiari e deve essere finalizzata a coordinare gli interventi all'interno della medesima unità di offerta oltre che a garantire continuità nel passaggio da una unità di offerta all'altra.

320

Strutture intermedie e rete socio sanitaria: gli orientamenti osservabili in letteratura





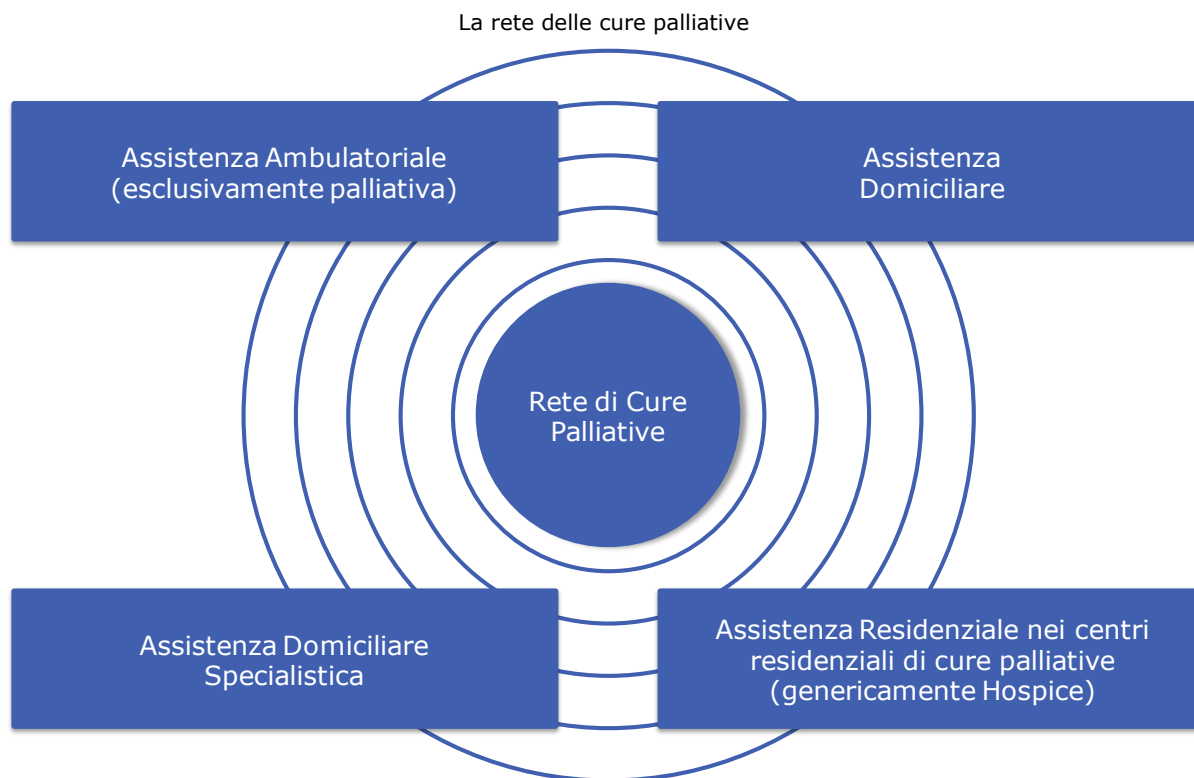
### 3.2 Cure Palliative e lotta al dolore: centralità della persona umana e interazione tra attori sociali e sanitari

La Regione del Veneto con la legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 ha inteso garantire adeguate cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, al fine di assicurare agli stessi ed ai loro familiari una migliore qualità di vita, nonché l'accessibilità a trattamenti antalgici efficaci disciplinando il sistema di tutela delle persone con dolore (articolo 1 – Finalità). Da questo punto di vista, nell'agosto 2010, 15 Aziende avevano già predisposto un piano organico di Cure Palliative. In tal senso va segnalata anche l'esistenza di procedure formalizzate per i passaggi tra i vari livelli di offerta, al fine di preservare la continuità delle cure ai pazienti, senza esporli all'onere di rintracciare il luogo e le persone in grado di aiutarli.

Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 recante: "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore" – Rilevazione agosto 2010			
Azienda ULSS	È stato deliberato dall'Azienda un piano di Cure Palliative?	Sono stati attivati gli accordi regionali con la Medicina Generale per l'attività di cure palliative domiciliari?	Esiste una procedura formalizzata di passaggio del malato dall'assistenza erogata, a un programma di cure palliative?
101	SI	NO	SI
102	NO	NO	SI
103	SI	NO	SI
104	SI	SI	SI
105	SI	SI	SI
106	NO	SI	SI
107	SI	SI	SI
108	SI	NO	SI
109	SI	SI	NO
110	NO	SI	NO
112	SI	NO	SI
113	SI	NO	NO
114	SI	SI	SI
115	SI	SI	SI
116	SI	SI	SI
117	NO	SI	SI
118	SI	SI	NO
119	NO	NO	SI
120	SI	SI	NO
121	NO	SI	NO
122	SI	SI	NO

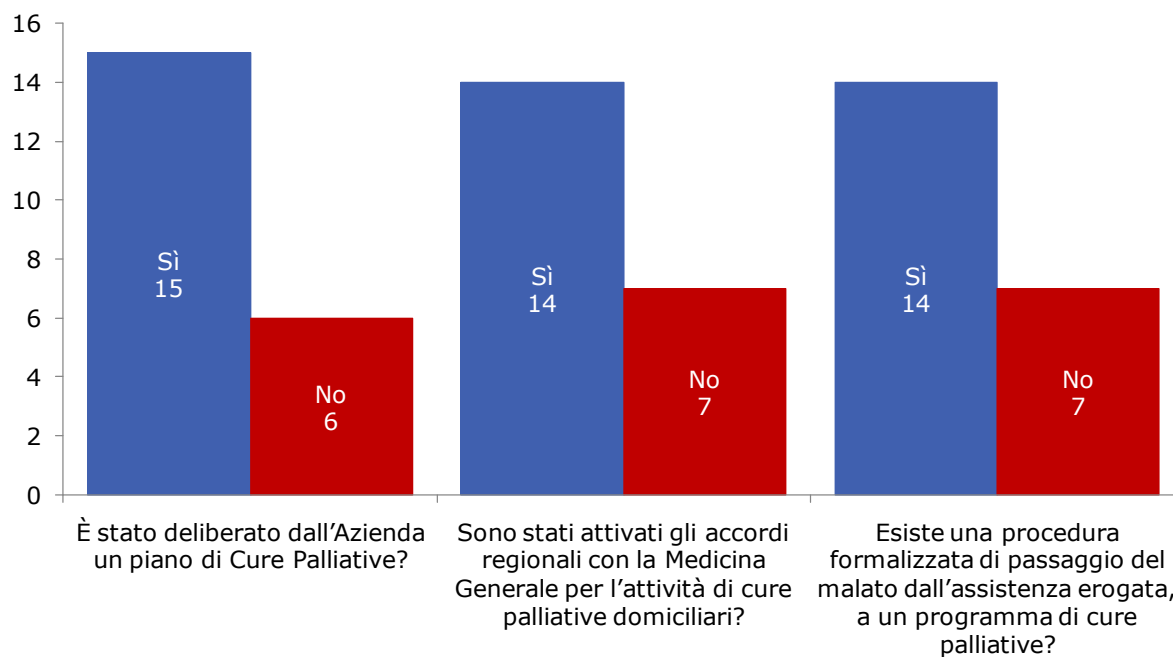
Il report realizzato nell'agosto 2010 attesta una stabilità complessiva dell'impegno dei servizi. I dati probabilmente risentono della difficoltà di caratterizzare, con più precisione,

le tipologie di malati non oncologici includibili nella popolazione assistita. Tuttavia va rilevato che, pur rappresentando le patologie oncologiche la componente principale, anche altre patologie vengono ricondotte alle cure palliative.

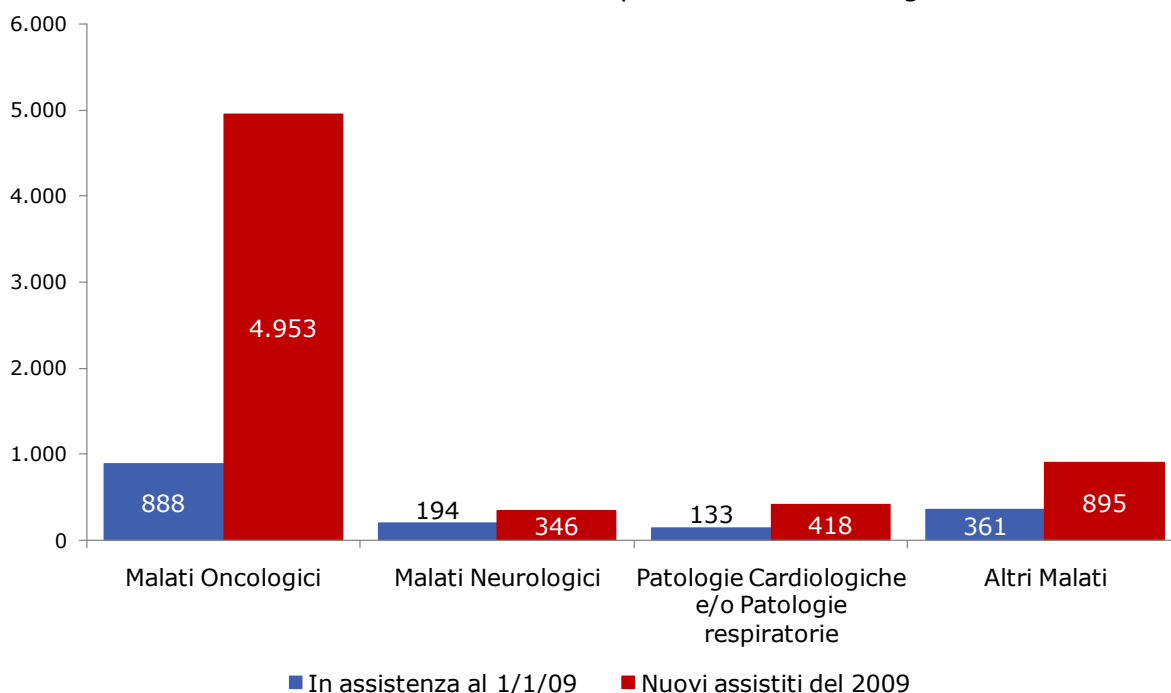


322

Cure palliative: attuazione Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7.  
 Numero Aziende ULSS con risposte positive o negative.  
 Report agosto 2010

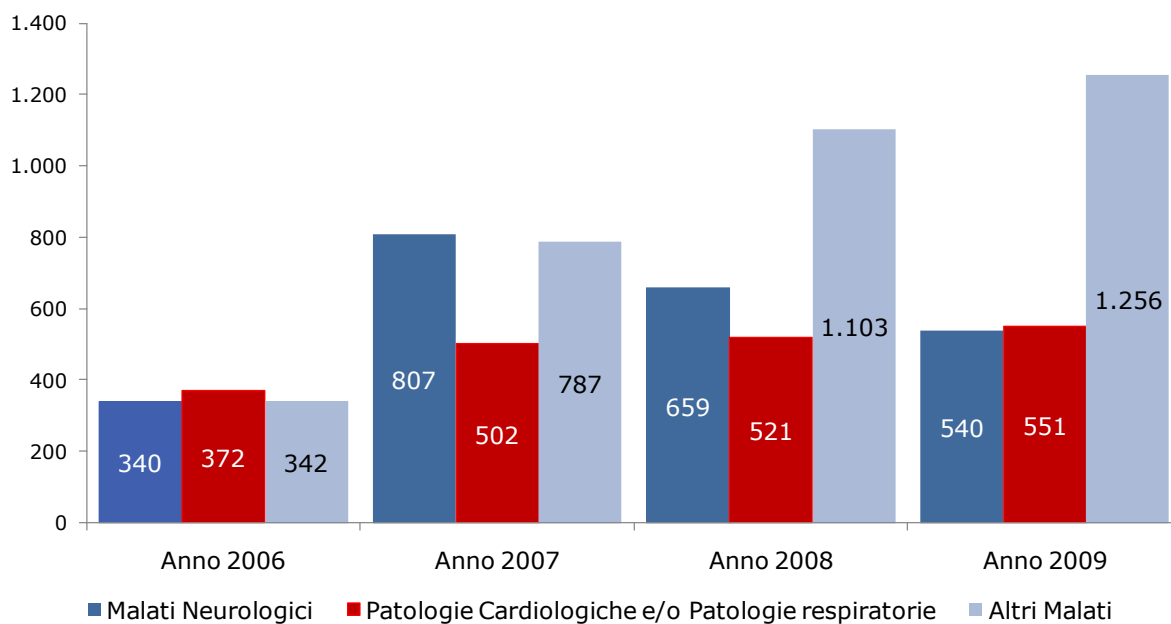


Cure palliative: numero persone assistite  
nelle Aziende ULSS del Veneto - Report realizzato nell'agosto 2010

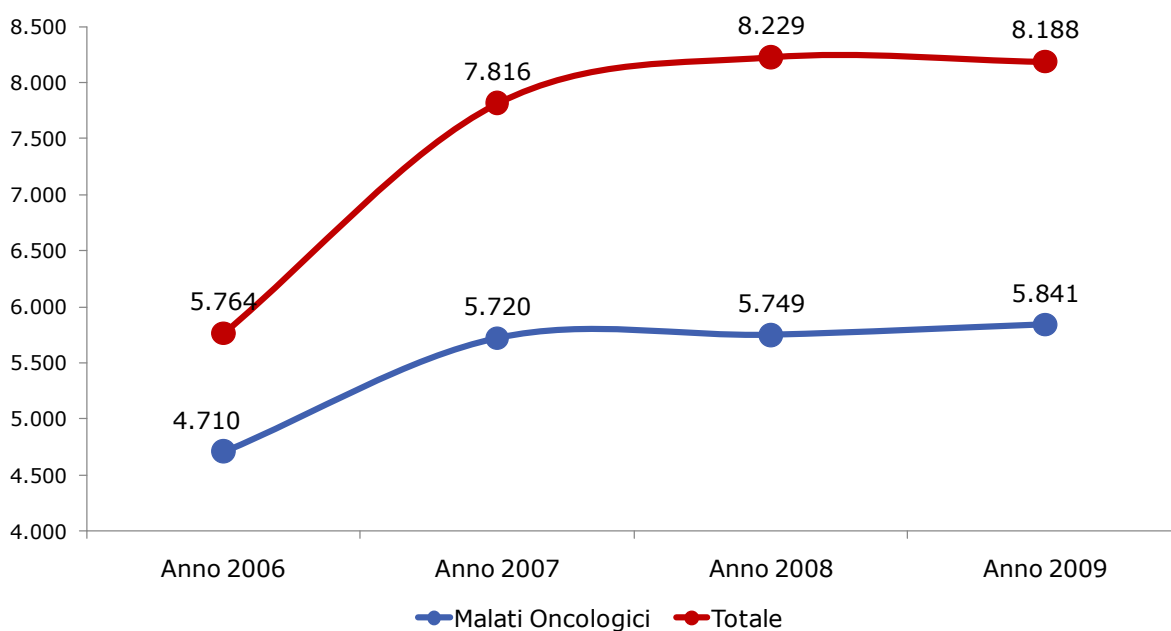


323

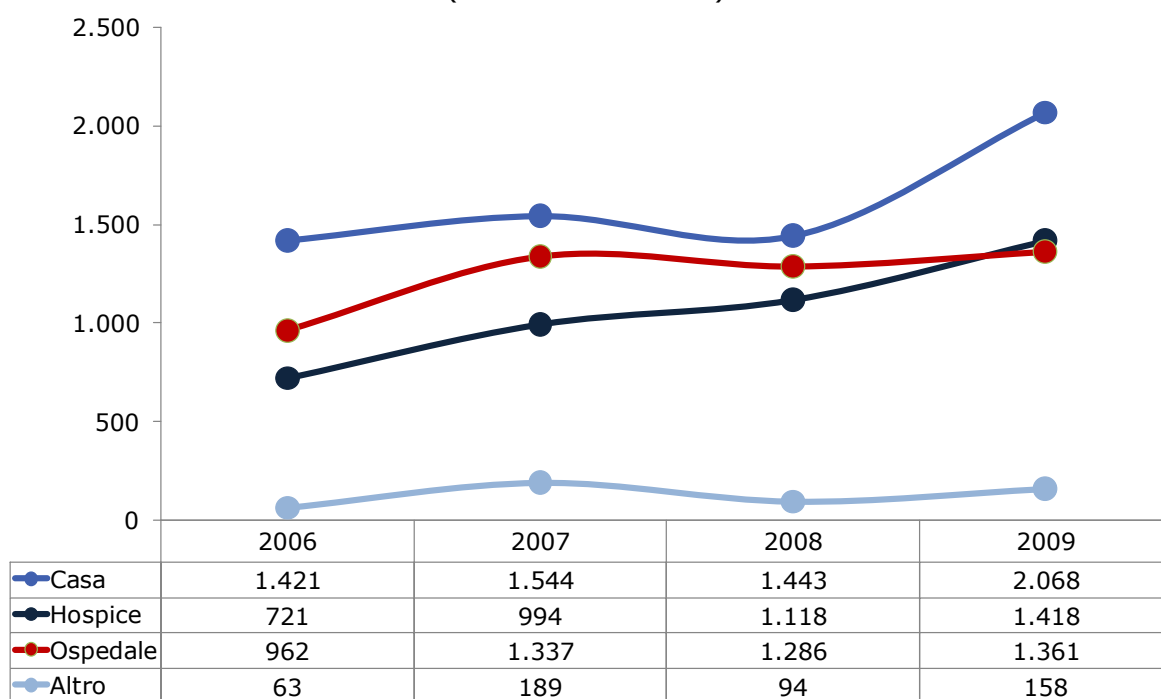
Cure palliative: Altri malati assistiti  
Report realizzato nell'agosto 2010



Cure palliative: Malati Oncologici assistiti  
Report realizzato nell'agosto 2010



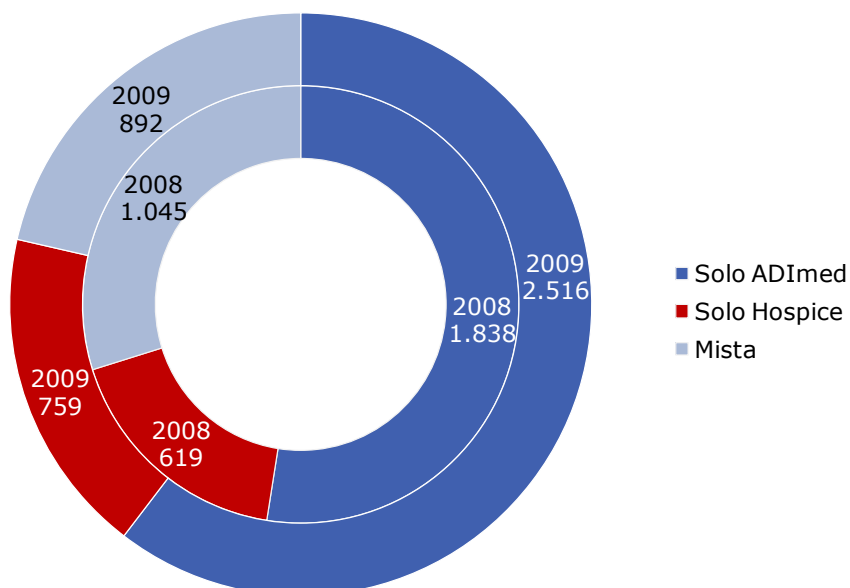
Deceduti e luogo di morte dei malati di cancro assistiti  
(Veneto 2006-2009)



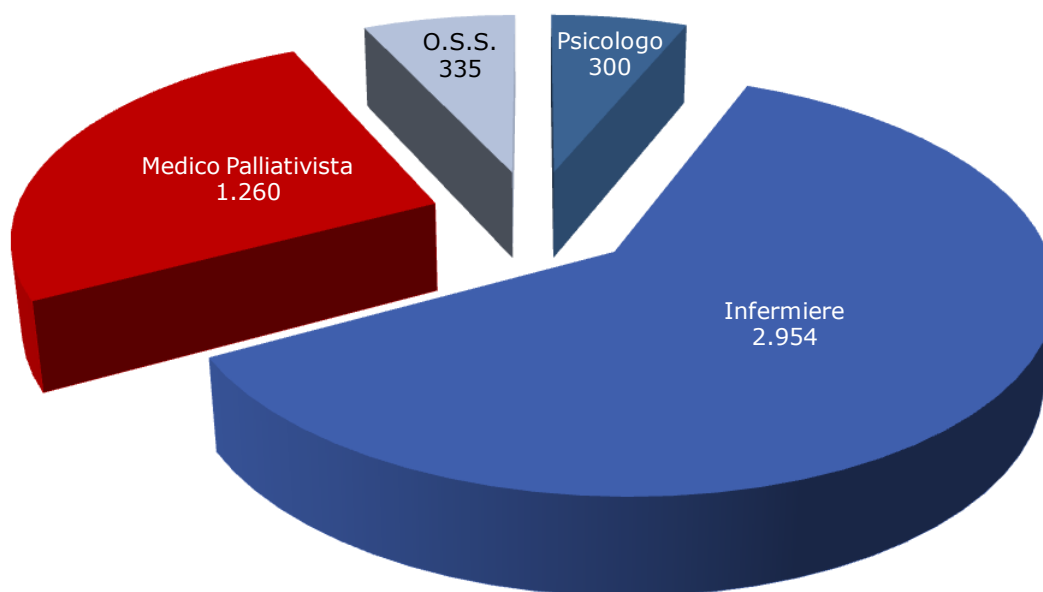
Il dato più significativo è l'incremento del numero dei malati oncologici assistiti e deceduti nell'anno, con un valore percentuale in netta ripresa rispetto ai due anni precedenti.

Altrettanto incoraggiante il recupero di una quota prevalente di malati deceduti al proprio domicilio, con una contrazione del decesso ospedaliero. Ancora elevato risulta invece il decesso in hospice.

Tipologia assistenziale per malati di cancro deceduti nel biennio 2008-2009 (Report agosto 2010)



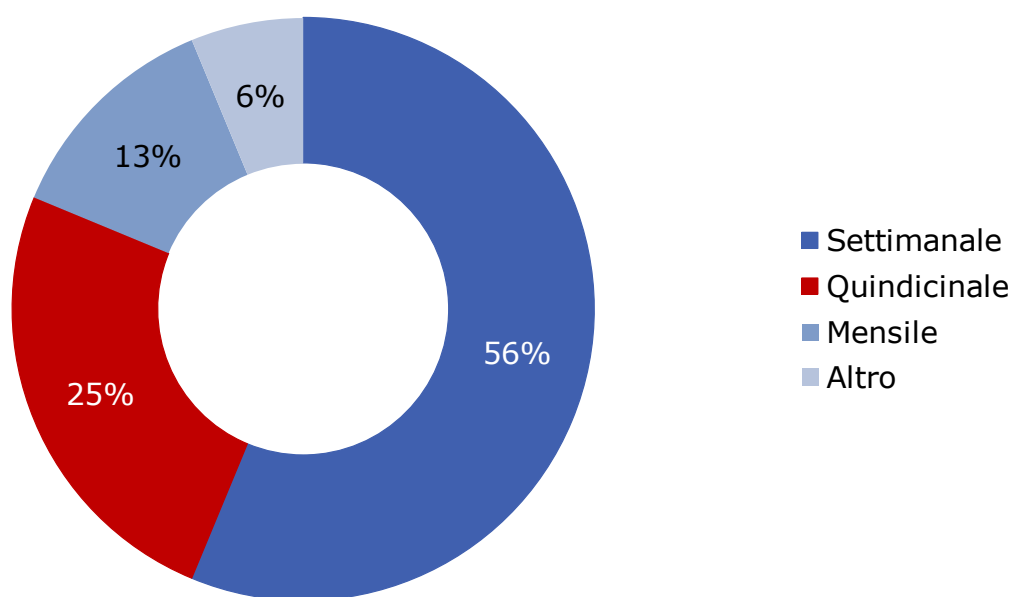
Principali categorie del personale domiciliare e ambulatoriale totale (dipendente + convenzionato) per settimana - Veneto Anno 2009



\* O.S.S. = Operatori Socio Sanitari

I dati documentano le modalità assistenziali per l'87,8% dei deceduti. Il primo dato significativo è l'incremento degli assistiti al domicilio, cui corrisponde una riduzione delle forme miste. In tale contesto, come si è detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria, un importante fattore di consolidamento dei servizi e di miglioramento è rappresentato dai Nuclei di Cure Palliative, con i quali si attivano modalità di lavoro in équipe, con la presenza di operatori con differenti professionalità e competenze per tutelare il malato e la sua famiglia in tutte le dimensioni di vita.

Nucleo di Cure Palliative: organizzazione dell'équipe.  
Cadenza riunioni (Report agosto 2010)

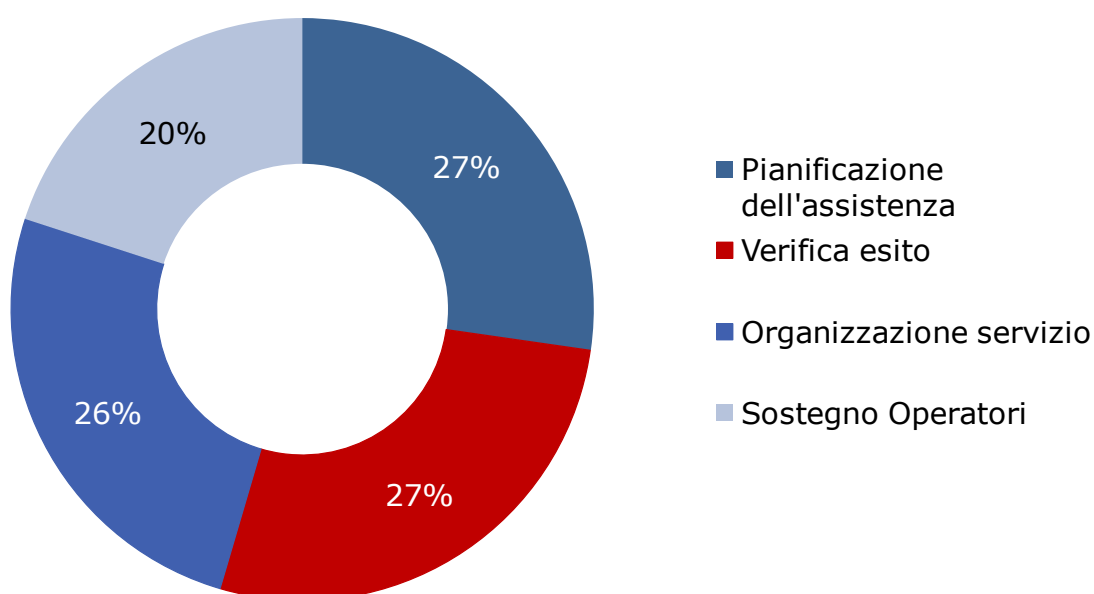


326

La riunione d'équipe rappresenta uno strumento essenziale per la personalizzazione della programmazione e della valutazione assistenziale. La sua cadenza dovrebbe essere compatibile con l'evoluzione della storia clinica del malato. Quindi è preferibile che le riunioni siano svolte in tempi ravvicinati e in maniera continua e sistematica. Infatti, l'assistenza ai malati in stato di vulnerabilità fisica, psichica e relazionale, tanto più se prossimi al termine della loro vita, impegna una quota sempre più importante di risorse, tempo e consapevolezza professionale. Si inserisce in una vicenda umana che rinvia, per il medico e gli altri operatori, a motivi di riflessione profondi, spesso condivisi e maturati con i loro pazienti più impegnativi. Lì s'incrociano, talvolta in maniera sorprendente e originale, convinzioni con dubbi sull'opportunità e sui confini delle cure, comunicazioni profonde e incertezze relazionali, pratiche individuali e d'équipe, approcci valutativi clinici e non, e molto altro ancora. Insieme, operatori, malati e famiglie, condividono una storia

di sofferenza e d'aiuto. Per questa ragione la complessità dei molti aspetti che caratterizza le storie di maggior fragilità suggerisce, come modalità operativa più adeguata, la cooperazione tra coloro che, in vario modo, sono interessati alla storia del malato. Solo così si arriva al momento di decisioni importanti, talora difficili, con adeguati elementi di conoscenza che consentono le scelte più opportune per "quel paziente", in "quel momento", in "quella situazione".

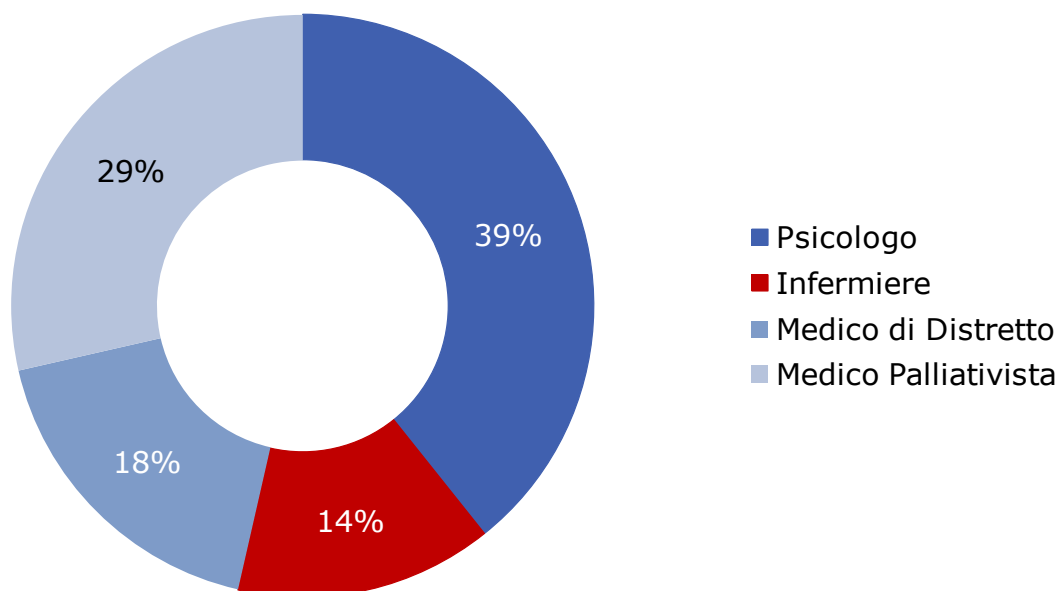
Nucleo di Cure Palliative: organizzazione dell'équipe.  
Compiti assegnati (Report agosto 2010)



Se la riunione d'équipe è uno spazio e un tempo per il malato (fa parte del processo di cura vero e proprio), la supervisione è uno spazio e un tempo per gli operatori. La supervisione è uno strumento di manutenzione delle motivazioni e delle attitudini, soprattutto relazionali, del personale di assistenza. Si serve, ma non esclusivamente, di discussioni su casi critici o esemplari, fuori dai confini della programmazione e della verifica assistenziali. La frequenza con la quale viene proposta normalmente non è sovrapponibile con quella della riunione d'équipe, ma generalmente è minore. La sua istituzione è destinata a riparare gli operatori dai rischi di esaurimento legati alla pratica assistenziale con malati gravi e morenti. Ha quindi un valore preventivo nei confronti del cosiddetto burn-out, in grado di consumare risorse umane, che richiedono lunga formazione ed esperienza, rendendo molto onerosa la loro sostituzione. Per questo

motivo, la conduzione della supervisione è solitamente affidata ad uno psicologo in grado di presidiare le dimensioni emotive e relazionali degli operatori.

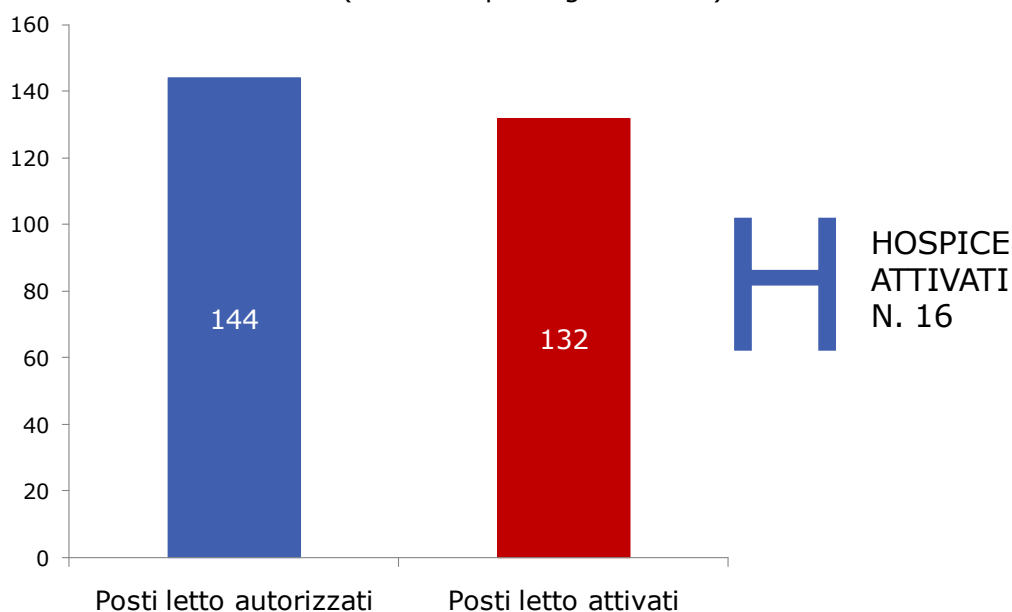
Nucleo di Cure Palliative: organizzazione dell'équipe.  
Conduzione supervisione (Report agosto 2010)



328

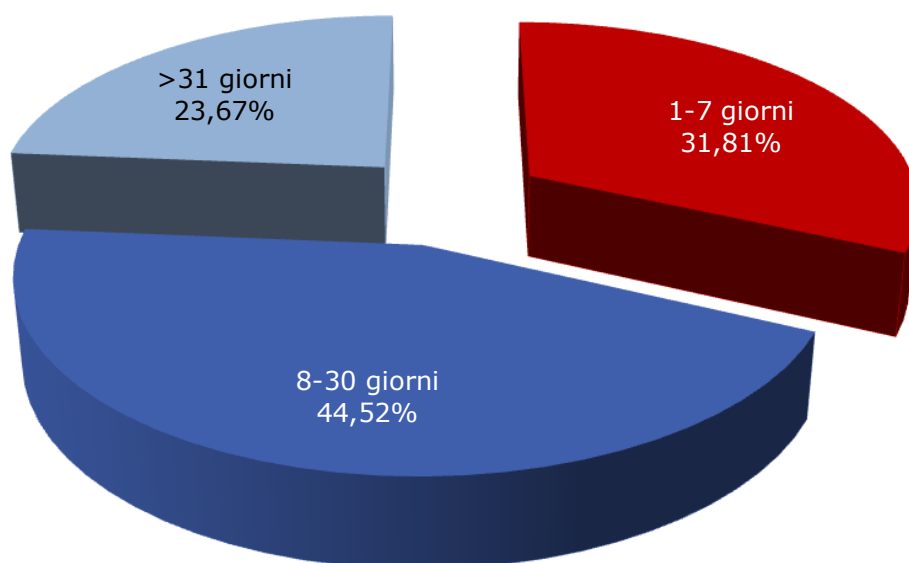
Spostando la nostra osservazione sulle strutture della rete di cure palliative possiamo rilevare il ruolo fondamentale svolto dall'Hospice. Questa struttura risulta utilizzata, per una parte consistente di malati, come luogo di ricovero negli ultimi giorni di vita.

Hospice: posti letto autorizzati e attivati  
(Veneto Report agosto 2010)





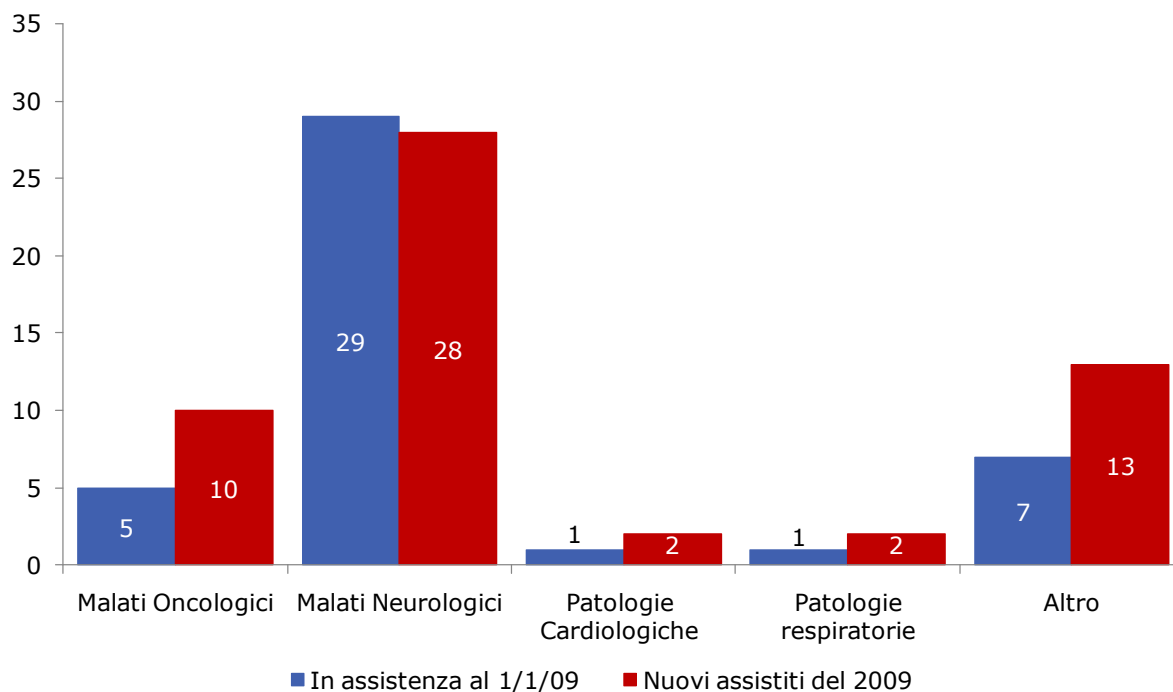
## Tempi di ricovero in Hospice (Veneto Report agosto 2010)



Non va infine dimenticata la presenza in Veneto del *Centro specialistico di terapia del dolore e cure palliative pediatriche* presso l'Azienda Ospedaliera di Padova. La realtà quotidiana conferma purtroppo che anche i minori possono avere una malattia inguaribile e che, indipendentemente dall'età, essi sperimentano tutte le problematiche cliniche, psicologiche, etiche e spirituali che malattia inguaribile e morte comportano. In questo ambito, le cure palliative pediatriche si propongono come strumento adeguato per dare risposte concrete a questi bisogni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia. L'obiettivo è la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia, e il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto ed ideale di assistenza e cura. Esse, si differenziano per molti ambiti dalle Cure palliative rivolte al paziente adulto: devono infatti modularsi alle mutevoli peculiarità biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche del paziente pediatrico, rispondere ad una tipologia e quantità dei bisogni del tutto specifici che condizionano a livello programmatico ed organizzativo, azioni da intraprendere e modelli organizzativi da implementare, specifici. Nella pratica clinica, per molto tempo, il paziente pediatrico è stato escluso dalla medicina palliativa, e tuttora gli interventi palliativi rivolti al minore, sono, nella realtà Italiana, limitati ad esperienze isolate, e messi a disposizione

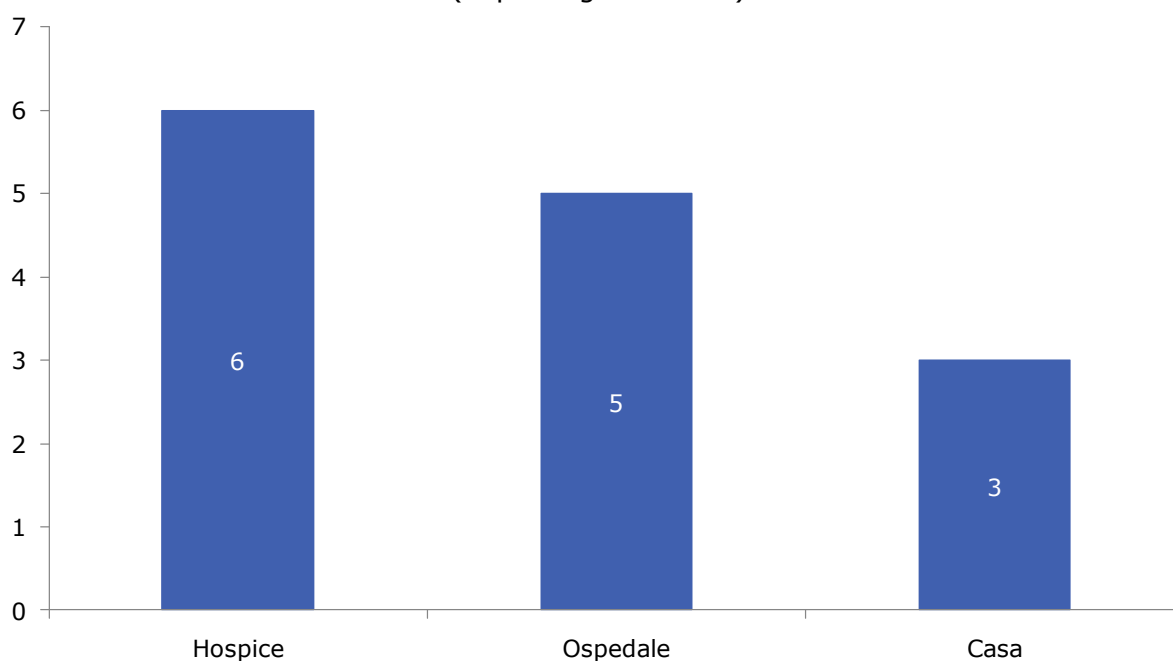
di una parte minoritaria dell'utenza reale. Il Veneto si pone quindi all'avanguardia per questa delicatissima area di servizi.

Centro specialistico di terapia del dolore e cure palliative pediatriche: Pazienti assistiti (Report agosto 2010)



330

Centro specialistico di terapia del dolore e cure palliative pediatriche: decessi di piccoli assistiti e luogo di decesso (Report agosto 2010)



L'équipe multiprofessionale del *Centro specialistico di terapia del dolore e cure palliative pediatriche*, offre infatti reperibilità continuativa, supervisione, formazione e presa in carico integrata con i servizi territoriali ed ospedalieri, dei minori con patologia oncologica e non oncologica bisognosi di cure palliative in tutta la Regione.

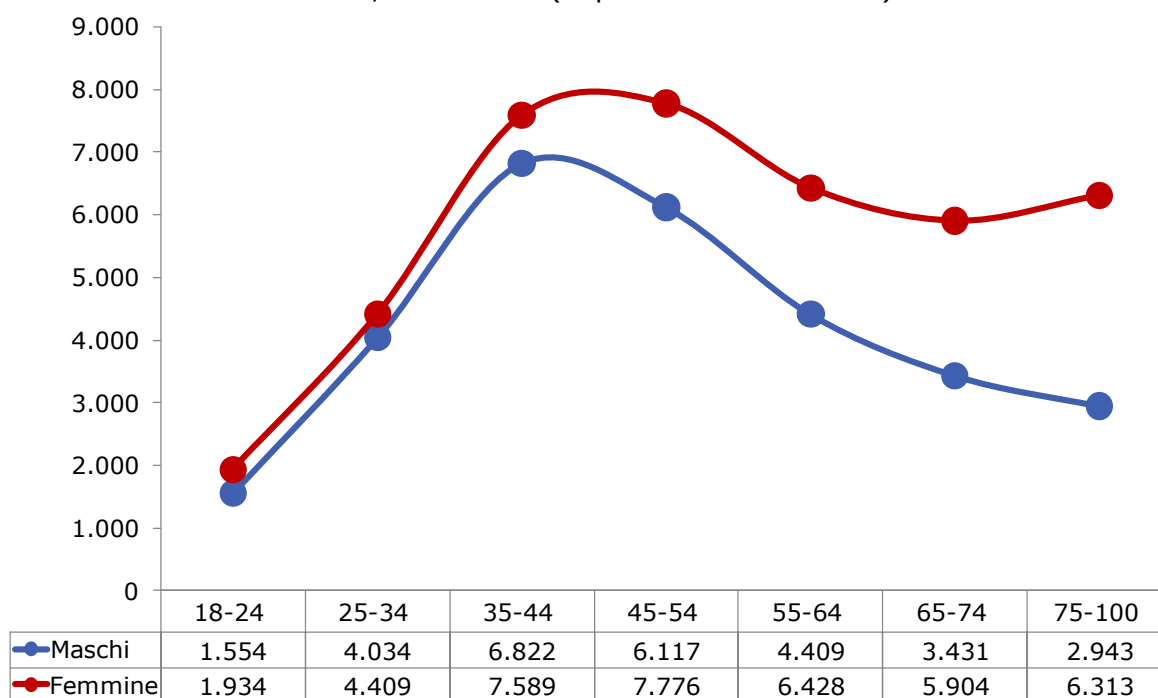
*Considerazioni sugli effetti della Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7*

Il 2009 è stato caratterizzato dall'approvazione della Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7, recante: "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o fine vita e per sostenere la lotta al dolore". La norma ha sicuramente incentivato impegno istituzionale per un maggior investimento nelle cure palliative. Va però rilevato che i maggiori effetti della legge saranno rilevabili con i report dei prossimi anni. Tuttavia, la legge regionale pone le premesse per il consolidamento della rete di cure palliative. In particolare, nella creazione dei Nuclei di Cure Palliative (NNCP) è indicato il passaggio per ricondurre a unità la gestione del sistema d'offerta per il cittadino, superando la scissione tra livello decisionale e operativo. Per quanto concerne le Aziende va apprezzato lo sforzo di caratterizzare progressivamente le cure palliative come un livello esplicito e competente di assistenza. Di rilievo è la costituzione di un Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, anticipando quanto auspicato dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 recante: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", della quale la legge regionale è anticipatrice. Il Coordinamento svolge un ruolo di promozione, sostenendo i processi locali con un'offerta formativa, nonché con un supporto informativo e metodologico alle strutture del Sistema Socio Sanitario regionale. Nel complesso va rimarcato che si assiste a un progressivo incremento della popolazione curata ed anche l'offerta di cure palliative pediatriche mostra segni di sviluppo, seppur con difficoltà. In generale, vengono in evidenza esperienze locali di particolare rilievo che possono fungere da volano e da riferimento emulabile per tutte le Aziende Sanitarie del Veneto. Va altresì rimarcato che le cure palliative suggeriscono una modalità di lavoro fondata sui processi cooperativi e sulla centralità della persona e sono in grado di rispondere ai bisogni del malato di accudimento nel proprio domicilio o in strutture (Hospice) di alto valore umano e relazionale. Va infine rimarcato che l'attuale sviluppo delle cure palliative è frutto dell'impegno, della passione, della competenza e, spesso, del sacrificio delle persone che operano in queste strutture e sul territorio.

### 3.3 Tutela della Salute Mentale: il disagio psichico e le azioni della Regione del Veneto

Nel 2009, gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali del Veneto sono quasi 70 mila, con un'età media di 51,9 anni. In rapporto alla popolazione di età superiore a 17 anni, l'utenza è costituita da 17,2 persone ogni mille residenti. Tra gli utenti prevale il sesso femminile (58%), anche all'interno di ciascuna classe di età.

Utenti psichiatrici per sesso e classi di età. Età maggiore di 17 anni.  
Veneto, anno 2009 (Report novembre 2010)

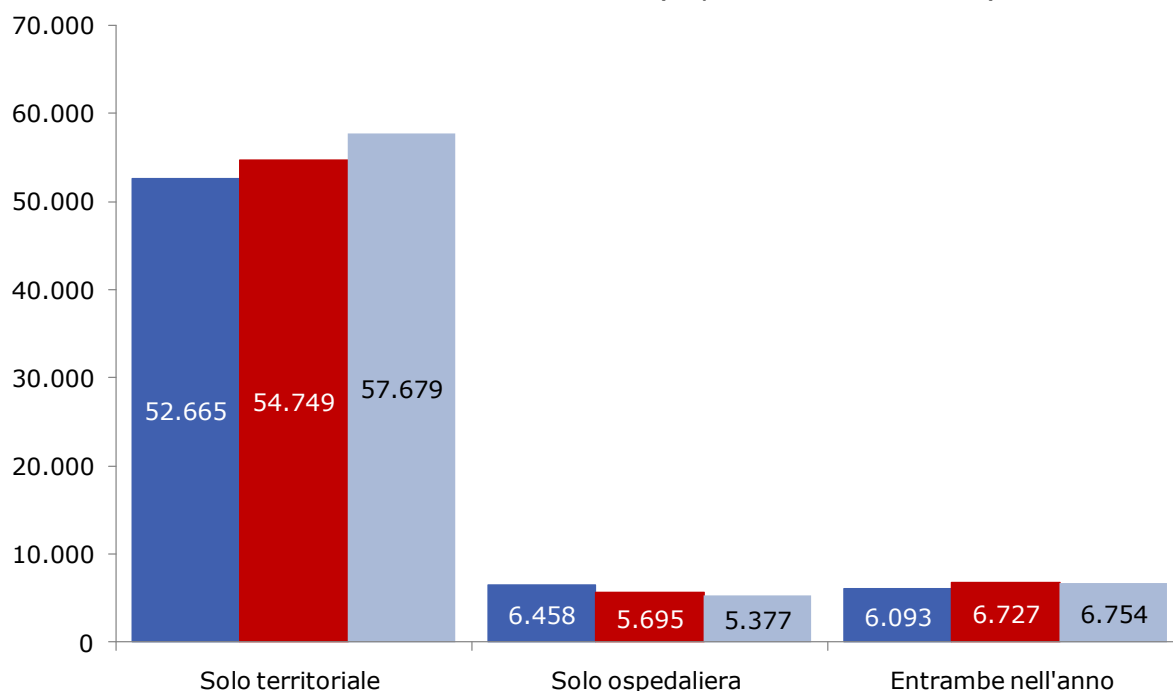


\* Nei dati che seguono sono compresi 146 casi con età non indicata e 23 casi con sesso non indicato.

Gli utenti si concentrano, sia tra i maschi che tra le femmine, nella fascia intorno ai 40-50 anni di età. Le donne di età superiore a 64 anni rappresentano una quota rilevante dell'utenza femminile (30%) a differenza dei maschi, per i quali gli anziani sono il 22%. Nel 2009 l'83% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali e il 17% nei servizi ospedalieri. Negli ultimi anni gli utenti psichiatrici degli ospedali sono in diminuzione, mentre aumentano quelli dei servizi territoriali. Oltre la metà degli utenti con assistenza ospedaliera (56%) risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nell'anno di dimissione. Il restante 44% è costituito per la maggior parte da utenti dimessi dai reparti non psichiatrici e affetti prevalentemente da disturbi non psicotici, in particolare da demenze. Limitando l'analisi agli ospedali pubblici, gli utenti che risultano nell'anno di dimissione in contatto coi servizi territoriali sono il 62%; tale

quota sale all'84% tra gli utenti dimessi dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC). I dimessi dai reparti psichiatrici delle strutture private, sempre nell'anno di dimissione, risultano in contatto coi servizi psichiatrici territoriali per il 41%.

Utenti psichiatrici per tipo di assistenza. Età maggiore di 17 anni.  
Veneto, anni 2007, 2008 e 2009 (Report novembre 2010)



333

### *Servizi territoriali*

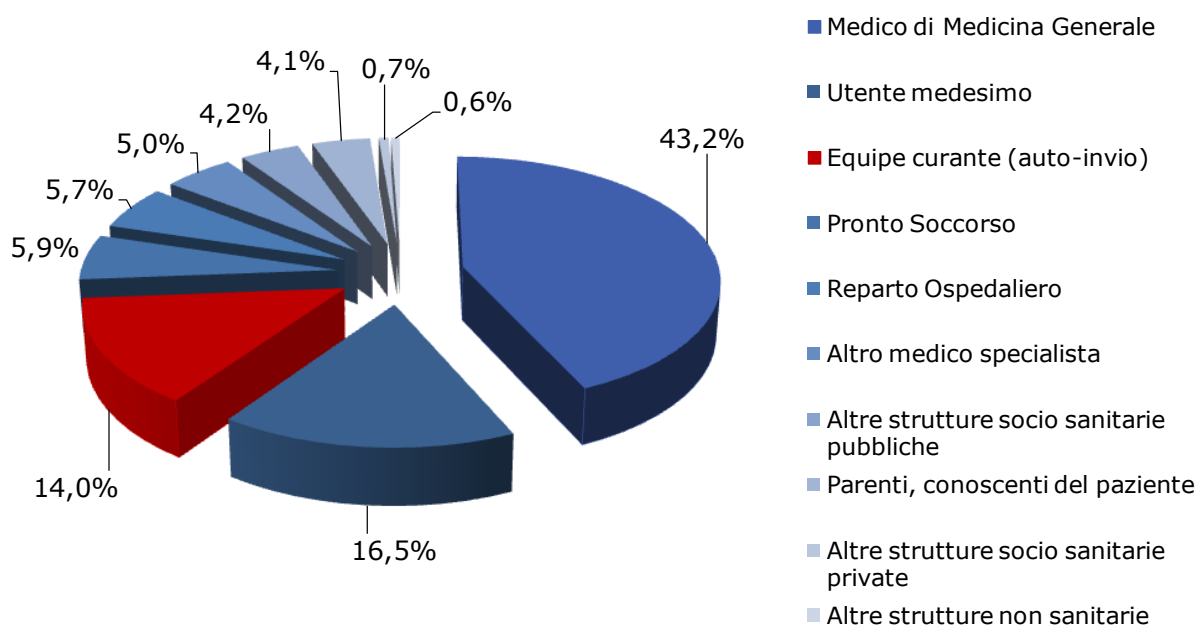
Gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali sono circa 64.400 ed il 93% di questi ha una diagnosi di disturbo psichico (codici ICD9-CM da 290 a 319), il 5,3% ricorre ai servizi territoriali per non meglio precisati problemi psichici o per sottoporsi a esami psichiatrici e il rimanente 1,4% presenta patologie comprese in altri capitoli della classificazione ICD9-CM (prevalentemente malattia di Alzheimer). In entrambi i sessi la prevalenza degli utenti psichiatrici (utenti psichiatrici ogni mille abitanti) aumenta con l'età fino a 50 anni per poi stabilizzarsi. Le patologie più frequenti sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%). Gli utenti assistiti nei servizi psichiatrici territoriali del Veneto sono il 15,9 per mille dei residenti di età superiore a 17 anni. Tra gli utenti più giovani dei servizi territoriali predominano le sindromi nevrotiche e somatoformi e i disturbi del comportamento alimentare. La prevalenza degli utenti con psicosi schizofreniche è massima intorno a 50 anni, mentre i disturbi affettivi aumentano progressivamente attraverso le classi di età. Al contrario, la prevalenza degli utenti con sindromi nevrotiche e somatoformi o con disturbi della personalità e del comportamento tende a ridursi con l'età.

Utenti dei servizi psichiatrici territoriali di età superiore a 17 anni per Azienda ULSS di residenza. Valori assoluti e per mille residenti. Veneto, anno 2009 (Report novembre 2010)			
Azienda ULSS	Utenti	Residenti al 1 gennaio	Utenti per 1.000 residenti
101. Belluno	2.378	109.900	21,6
102. Feltre	1.487	71.517	20,8
103. Bassano del Grappa	3.102	145.444	21,3
104. Thiene	2.585	153.001	16,9
105. Arzignano	2.475	145.972	17
106. Vicenza	3.503	259.942	13,5
107. Pieve di Soligo	3.227	181.007	17,8
108. Asolo	3.432	201.965	17
109. Treviso	4.474	339.436	13,2
110. S. Donà di Piave	2.447	179.592	13,6
112. Veneziana	3.535	262.794	13,5
113. Mirano	3.004	220.838	13,6
114. Chioggia	1.810	112.922	16
115. Cittadella	3.931	203.355	19,3
116. Padova	5.741	352.406	16,3
117. Este	2.944	155.648	18,9
118. Rovigo	3.458	150.827	22,9
119. Adria	1.344	65.015	20,7
120. Verona	5.670	391.371	14,5
121. Legnago	1.245	128.213	9,7
122. Bussolengo	2.641	231.876	11,4
	64.433	4.063.041	15,9

\* Nell'elaborazione dei dati va considerato il fatto che nel corso dell'anno uno stesso paziente può essere in cura presso diverse Aziende ULSS.

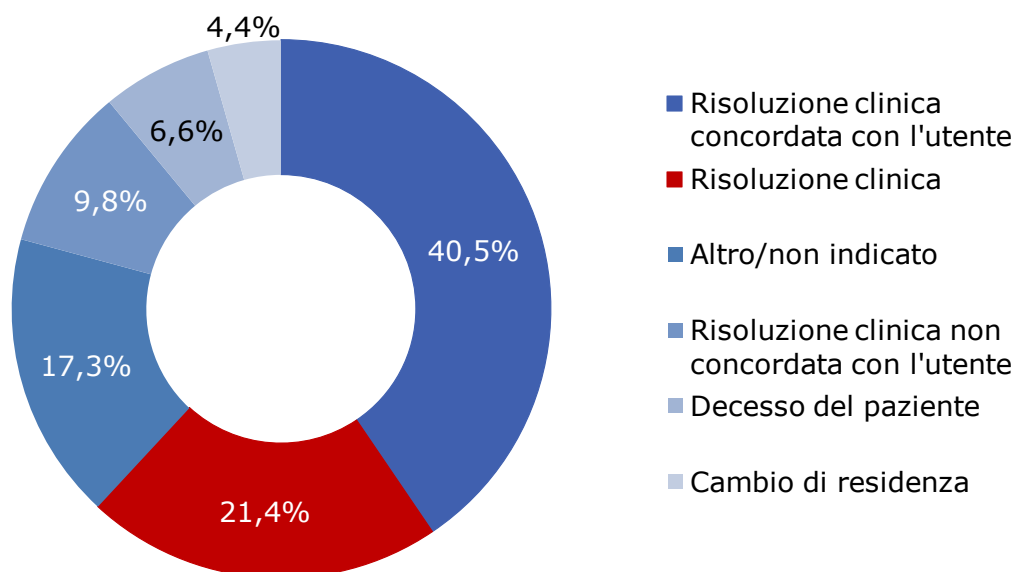
Il rapporto tra gli utenti psichiatrici dei servizi territoriali e la popolazione di età superiore a 17 anni presenta una certa variabilità tra le Aziende Sanitarie del Veneto. I valori più elevati vengono rilevati nelle Aziende ULSS n. 18, 1, 3, 2 e 19 e i più bassi nelle Aziende ULSS n. 9, 22 e 21. Se consideriamo anche le persone di età inferiore a 17 anni e quelle non residenti nel Veneto, nel corso del 2009 sono entrati in contatto coi servizi psichiatrici territoriali delle Aziende ULSS 65.689 utenti. Le persone di età inferiore a 17 anni e quelle non residenti nel Veneto risultano essere quindi pari a 1.256. Per quanto riguarda le modalità di accesso ai servizi territoriali, il 43% degli utenti viene inviato dal Medico di Medicina Generale. Negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un auto-invio da parte dell'equipe curante.

Psichiatria territoriale: cartelle aperte nell'anno per richiedente la prima prestazione (%). Veneto, anno 2009



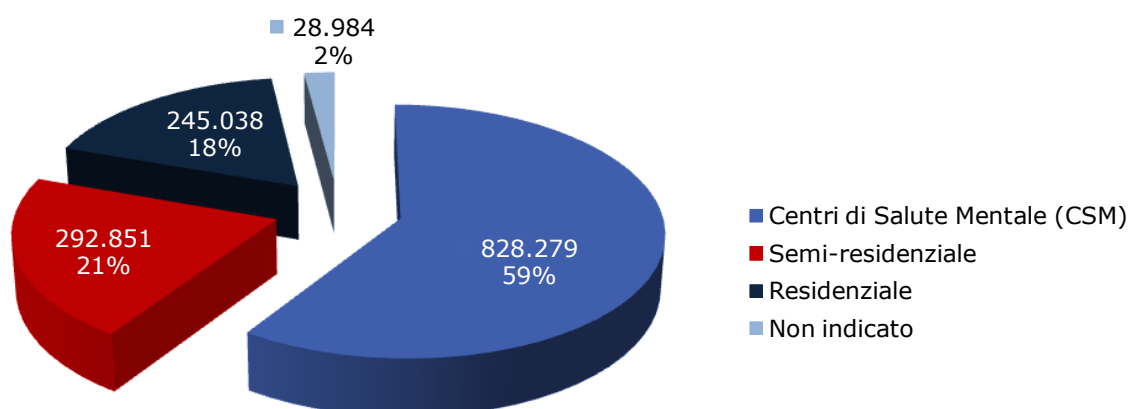
Premesso che si osservano notevoli differenze tra le Aziende ULSS nella gestione dell'apertura e della chiusura delle cartelle territoriali, con riferimento alla modalità di conclusione dei processi di cura si rileva che nel 40% dei casi la risoluzione è concordata con l'utente, negli altri casi viene indicata prevalentemente la risoluzione clinica.

Psichiatria territoriale: Cartelle chiuse nell'anno per modalità di risoluzione del rapporto di cura (%). Veneto, anno 2009



Le prestazioni erogate nel 2009, classificate secondo il nomenclatore del flusso informativo regionale dell'Archivio Regionale dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT), ammontano a circa 1.400.000. Dal computo sono escluse le giornate di presenza nelle strutture residenziali o semi-residenziali. Più della metà di queste sono erogate dalle componenti ambulatoriale e non ambulatoriale dei Centri Salute Mentale.

Prestazioni dei servizi psichiatrici territoriali per tipo di struttura.  
Veneto, anno 2009 (Report novembre 2010)



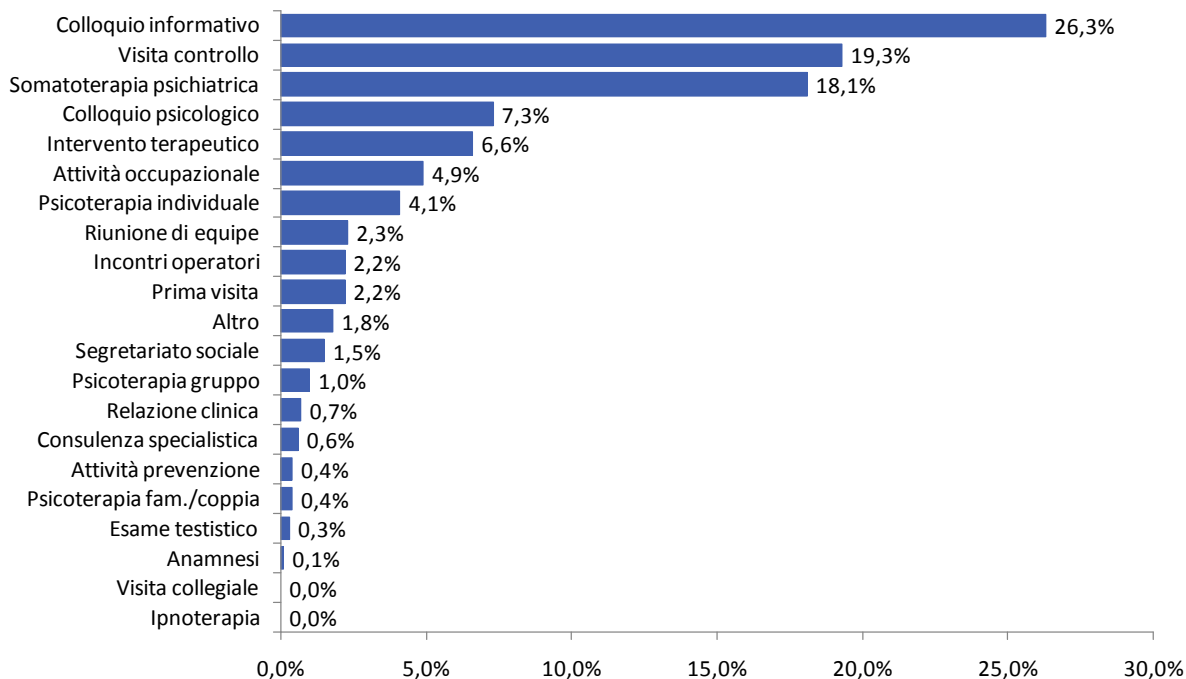
CSM: componenti ambulatoriale e non ambulatoriale dei Centri Salute Mentale;  
Semi-residenziale: centro diurno e day hospital territoriale dei Centri Salute Mentale;  
Residenziale: comunità terapeutiche residenziali protette e comunità alloggio.

\* L'Archivio Regionale dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) è stato istituito dalla Regione del Veneto sin dal 1998.

Tra le prestazioni erogate dalle componenti ambulatoriale e non ambulatoriale dei Centri Salute Mentale la più frequente è il colloquio di informazione e sostegno, seguito dalla visita di controllo e dalla somatoterapia psichiatrica. Mediamente ad ogni utente dei CSM sono erogate 2,9 visite mediche e 1,0 colloqui psichiatrici o psicologici all'anno. Con riferimento al regime di erogazione, le prestazioni a domicilio rappresentano l'8,2% e la metà di queste sono colloqui di informazione e sostegno (56%) e un altro 30% somatoterapia. Come in altri casi, anche questo indicatore disaggregato per Azienda ULSS mostra una notevole variabilità. Con riguardo alle prestazioni erogate dalle componenti Centro Diurno e Day Hospital territoriale dei Centri di Salute Mentale, nel 2009 sono state erogate 201.683 giornate di presenza per 3.518 utenti, pari al 5,3% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Le giornate di presenza erogate per utente sono mediamente 57 con valori molto diversi nelle singole Aziende ULSS.

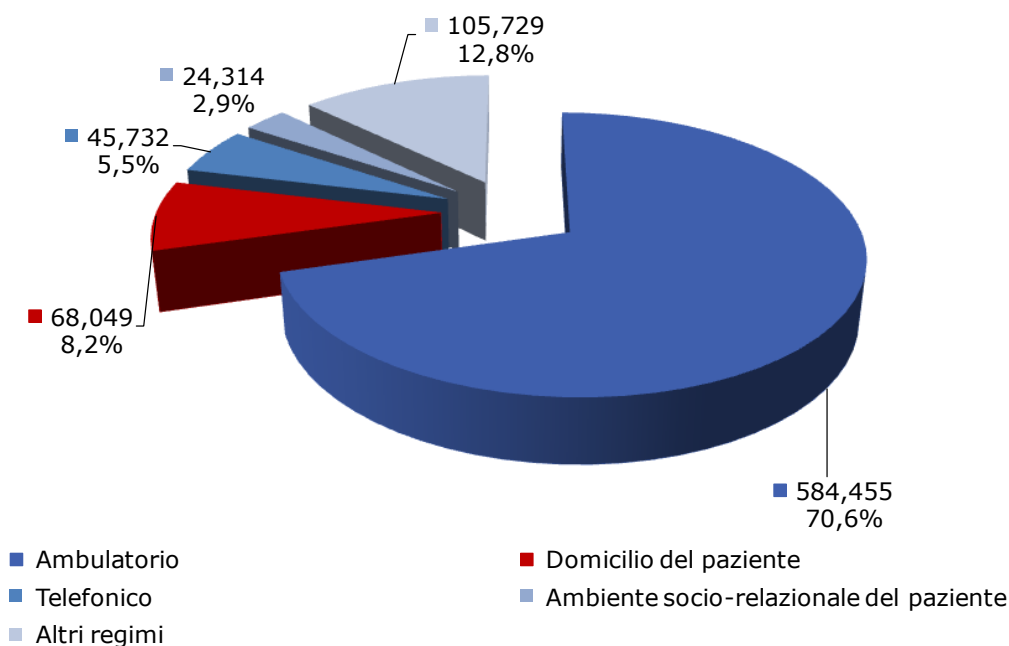


Prestazioni erogate dai Centri Salute Mentale per tipo di prestazione (%).  
Veneto, anno 2009 (Report novembre 2010)



337

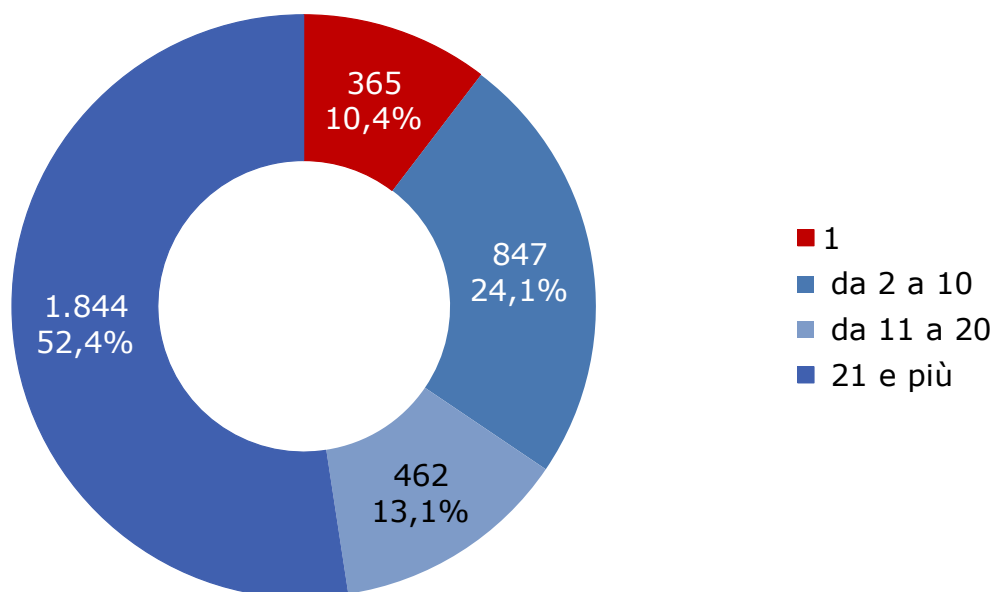
Prestazioni erogate dai Centri Salute Mentale per regime di erogazione (%). Veneto, anno 2009 (Report novembre 2010)



Centro Diurno e Day Hospital territoriale dei Centri di Salute Mentale: utenti con giornate di presenza in struttura semi-residenziale, giornate erogate e giornate medie per utente per Azienda ULSS. Veneto, anno 2009			
Azienda ULSS erogante	Utenti	Giornate di presenza	Giornate medie per utente
101. Belluno	57	3.841	67,4
102. Feltre	100	6.548	65,5
103. Bassano del Grappa	120	9.573	79,8
104. Thiene	52	4.901	94,3
105. Arzignano	291	19.684	67,6
106. Vicenza	119	8.235	69,2
108. Asolo	55	4.608	83,8
109. Treviso	212	10.360	48,9
110. S. Donà di Piave	355	16.200	45,6
112. Veneziana	466	32.558	69,9
113. Mirano	208	2.631	12,6
114. Chioggia	114	2.996	26,3
115. Cittadella	150	9.060	60,4
116. Padova	327	25.432	77,8
117. Este	86	3.814	44,3
118. Rovigo	121	6.596	54,5
119. Adria	40	2.244	56,1
120. Verona	309	15.184	49,1
121. Legnago	107	10.425	97,4
122. Bussolengo	229	6.793	29,7
	<b>3.518</b>	<b>201.683</b>	<b>57,3</b>

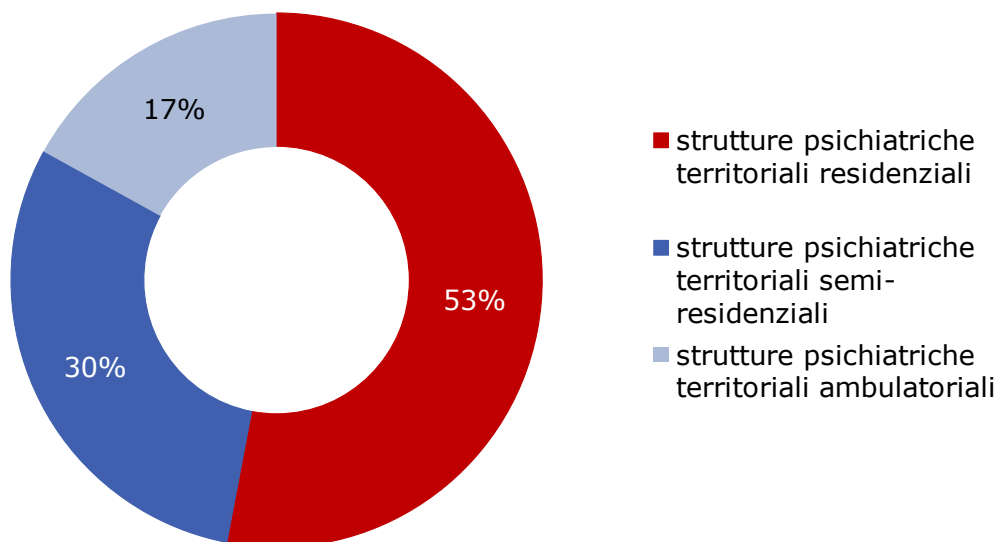
338

Utenti per fascia di giornate trascorse nelle strutture semi-residenziali. Veneto, anno 2009

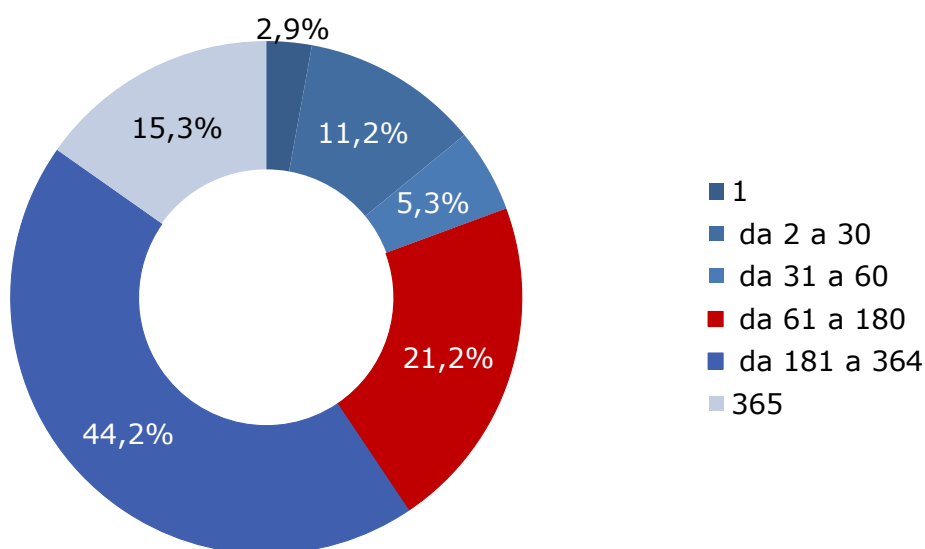


Nelle strutture semi-residenziali con riferimento alle patologie prevalenti il 57% delle giornate è erogato a utenti con schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 16% a utenti con disturbi affettivi e il 14% a utenti con disturbi della personalità e del comportamento. Considerando le prestazioni erogate, il profilo di trattamento delle strutture semi-residenziali è nettamente caratterizzato dagli interventi terapeutico-riabilitativi.

Tipologia delle 354 strutture psichiatriche territoriali attive nel Veneto (percentuali anno 2009)



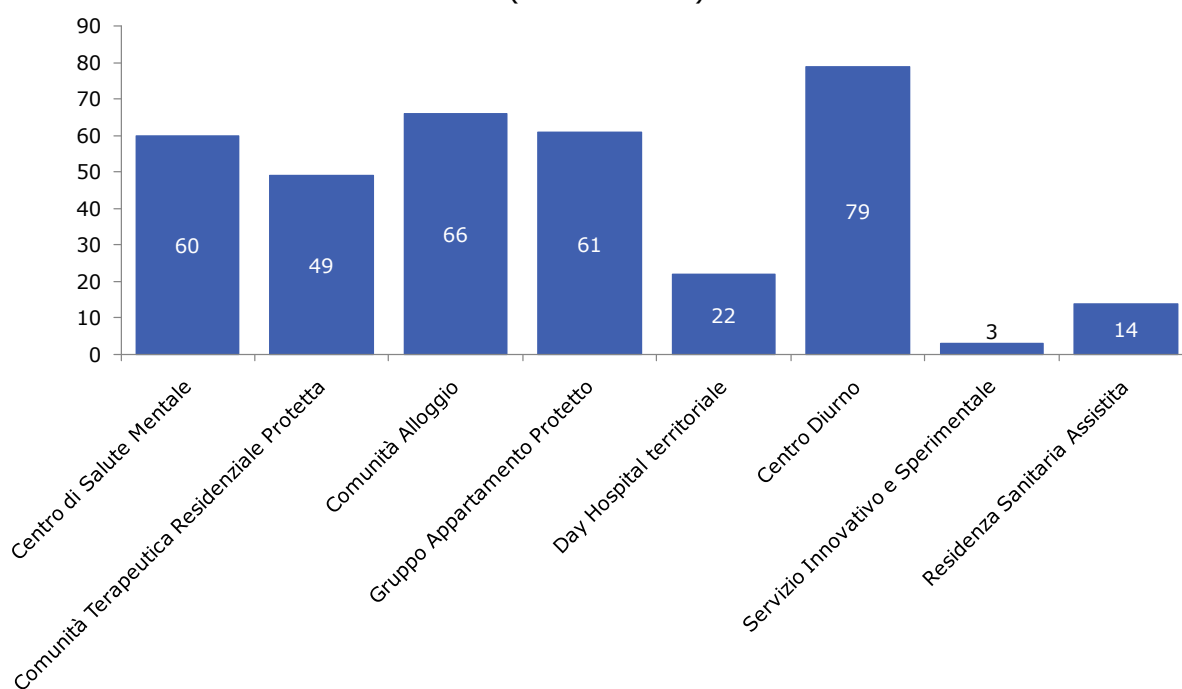
Utenti per fascia di giornate trascorse nelle strutture residenziali. Veneto, anno 2009



Dal computo sono esclusi gli utenti dell'Azienda ULSS n. 20 in quanto i dati non erano disponibili nel momento della rilevazione (le percentuali non subiscono comunque variazioni di rilievo)

Per quanto concerne le strutture residenziali, ovvero le comunità terapeutiche residenziali protette e le comunità alloggio, nel 2009 sono state assistite 931 persone, pari all'1,4% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Le giornate di presenza erogate per utente sono mediamente 215, con valori molto diversi tra le Aziende ULSS. Più della metà degli utenti ospitati nelle strutture residenziali (60%) vi ha trascorso almeno 6 mesi e il 15% l'intero anno. Il 64% delle giornate è erogato a utenti con schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 13% a utenti con disturbi della personalità e del comportamento e l'11% a utenti con disturbi affettivi. Considerando le prestazioni erogate, il profilo di trattamento nelle strutture residenziali è nettamente caratterizzato dagli interventi terapeutico-riabilitativi, seguiti dalle attività occupazionali.

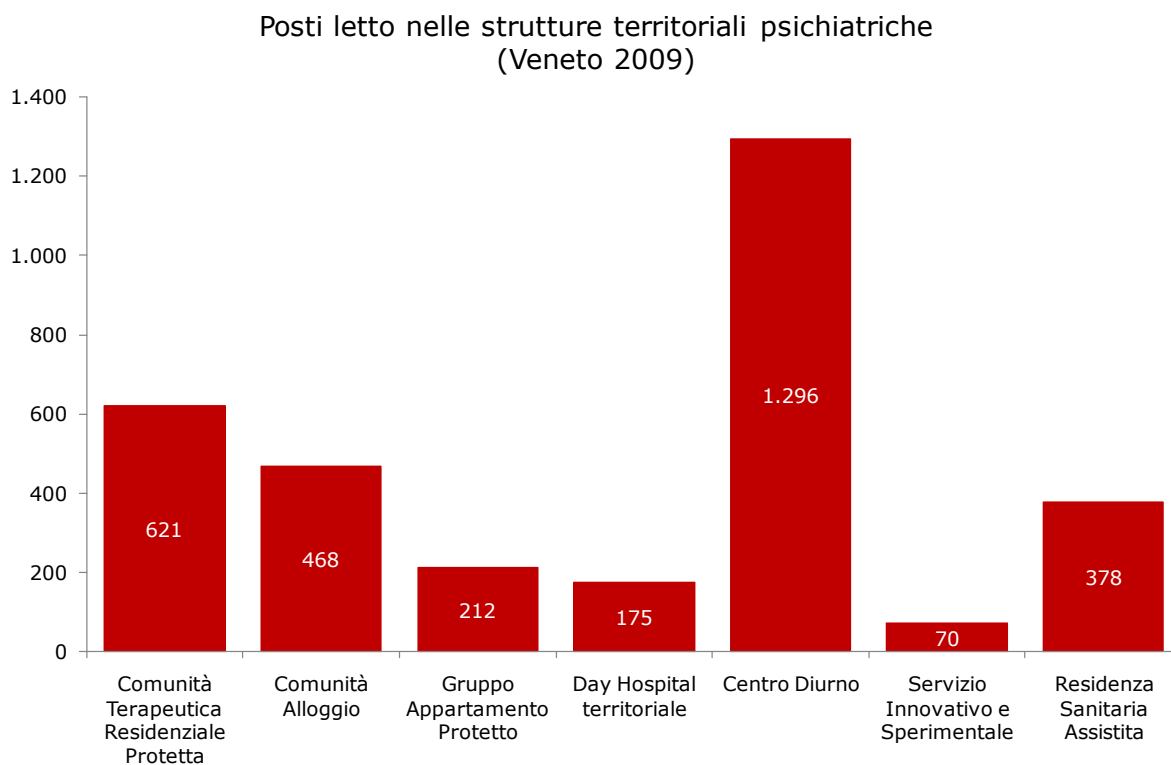
Strutture territoriali psichiatriche  
(Veneto 2009)



#### Strutture e personale: il quadro complessivo

Nella nostra Regione operano 354 strutture territoriali psichiatriche, il 71% è rappresentato da strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. Il 53% delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali, il 30% semi-residenziali e il restante 17% sono ambulatoriali. Le strutture più numerose sono i Centri Diurni (23%), seguiti dalle Comunità Alloggio (19%), dai Centri di Salute Mentale (CSM 17%), dagli appartamenti protetti (16%) e dalle Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP 14%). I posti disponibili a livello territoriale sono in totale 3.220, equamente distribuiti tra residenziali

e semi-residenziali. La maggiore disponibilità di posti è presso i centri diurni (40%), seguiti dalle CTRP (19%) e dalle Comunità Alloggio (15%).



341

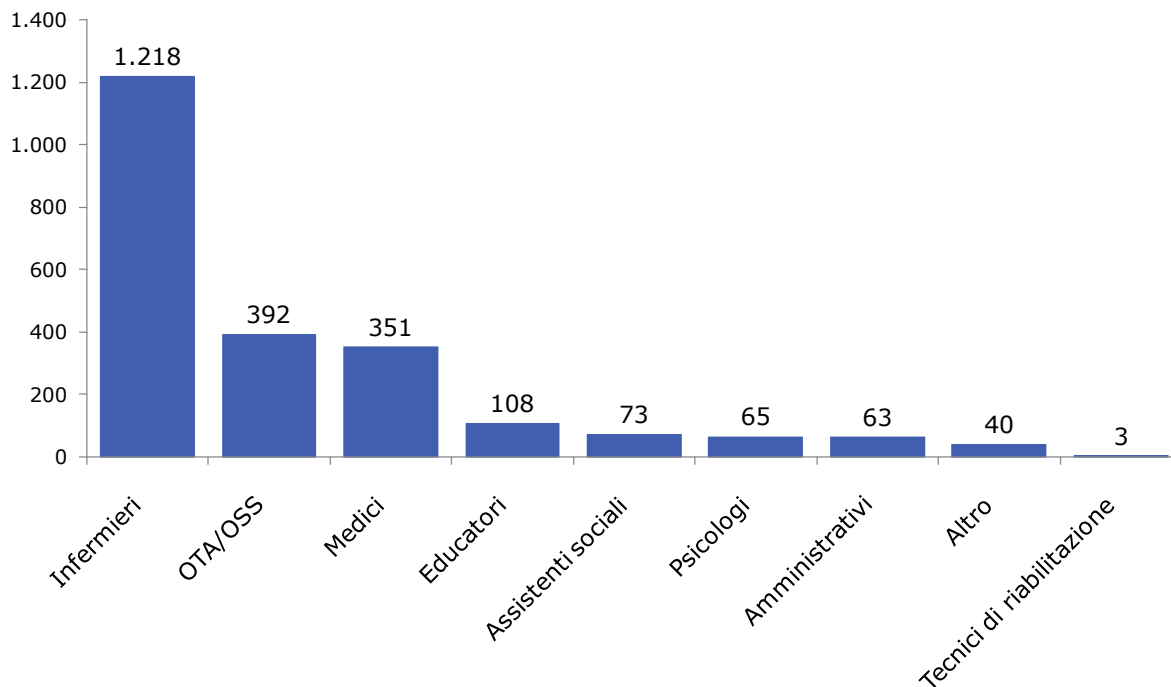
Per ciò che attiene al personale, alla data del 31 dicembre 2009 i 21 Dipartimenti Salute Mentale del Veneto contavano 3.275 operatori complessivi (ovvero 2.941,7 operatori equivalenti), dei quali circa 3/4 (2.313 operatori complessivi, ovvero 2.194 operatori equivalenti) sono dipendenti delle Aziende ULSS. A questi vanno aggiunti 451 operatori complessivi (ovvero 395 operatori equivalenti) delle 5 cliniche psichiatriche private accreditate nella nostra Regione. La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (42%), seguita dagli OTA/OSS (28%), dai medici (12%), dagli educatori (7%), dagli psicologi (4%) e dagli assistenti sociali (3%). Il rapporto tra operatori e popolazione residente distinto per Azienda ULSS, che in base ai Progetti obiettivo nazionale e regionale dovrebbe essere di 1 operatore ogni 1.500 abitanti, si assesta sul valore di 1,01 per gli operatori complessivi e di 0,90 per gli operatori equivalenti.

La rilevazione ha distinto il personale in tre gruppi: i *Dipendenti ULSS*, i *Convenzionati e assimilati ULSS* e i *Convenzionati e assimilati Privato sociale*:

- per *Dipendenti ULSS* si intende tutto il personale dipendente dell'Azienda ULSS, in servizio al 31 dicembre 2009 all'interno del DSM, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, incluso anche quello assente per congedo ordinario, malattia o in aspettativa;
- per *Convenzionati e assimilati ULSS* si intende tutto il personale, in servizio al 31 dicembre 2009 all'interno del DSM, con qualsiasi forma di convenzione stipulata direttamente con l'Azienda ULSS, esclusi supervisori e formatori;

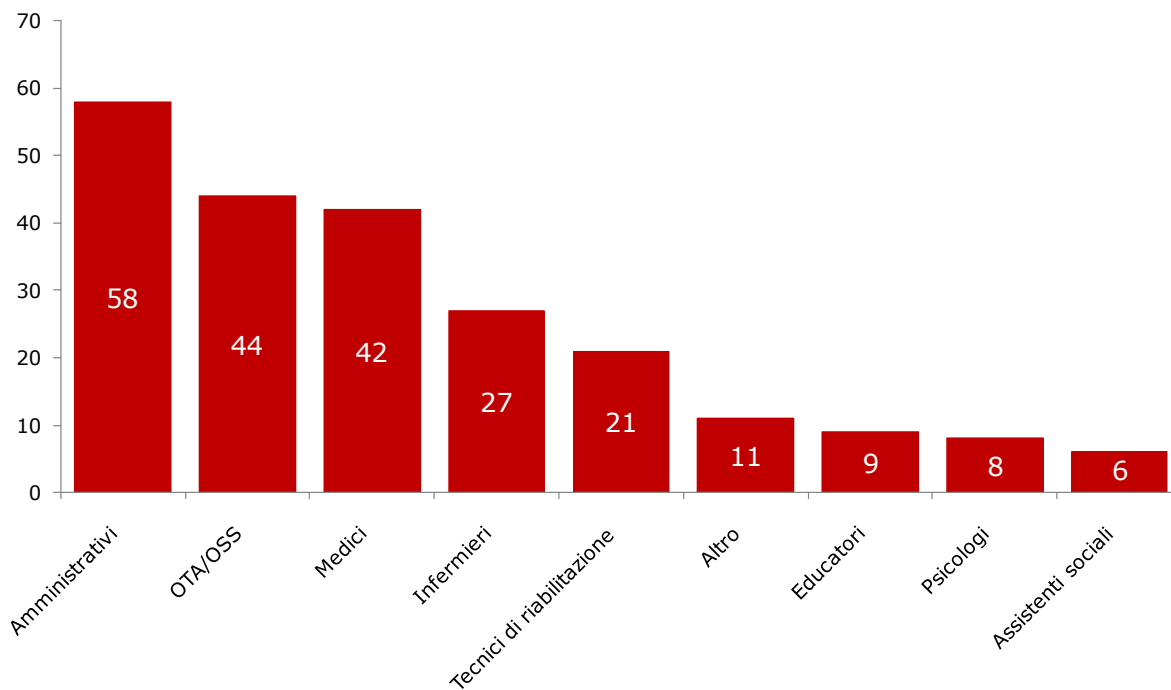
- per *Convenzionati e assimilati privato sociale* si intende tutto il personale dipendente da strutture private accreditate, in servizio al 31 dicembre 2009; si intende sia il personale di strutture/servizi a gestione mista che a gestione diretta del privato sociale.

Operatori complessivi per Dipartimento di Salute Mentale e qualifica. Dipendenti delle Aziende ULSS. Veneto, situazione al 31 dicembre 2009



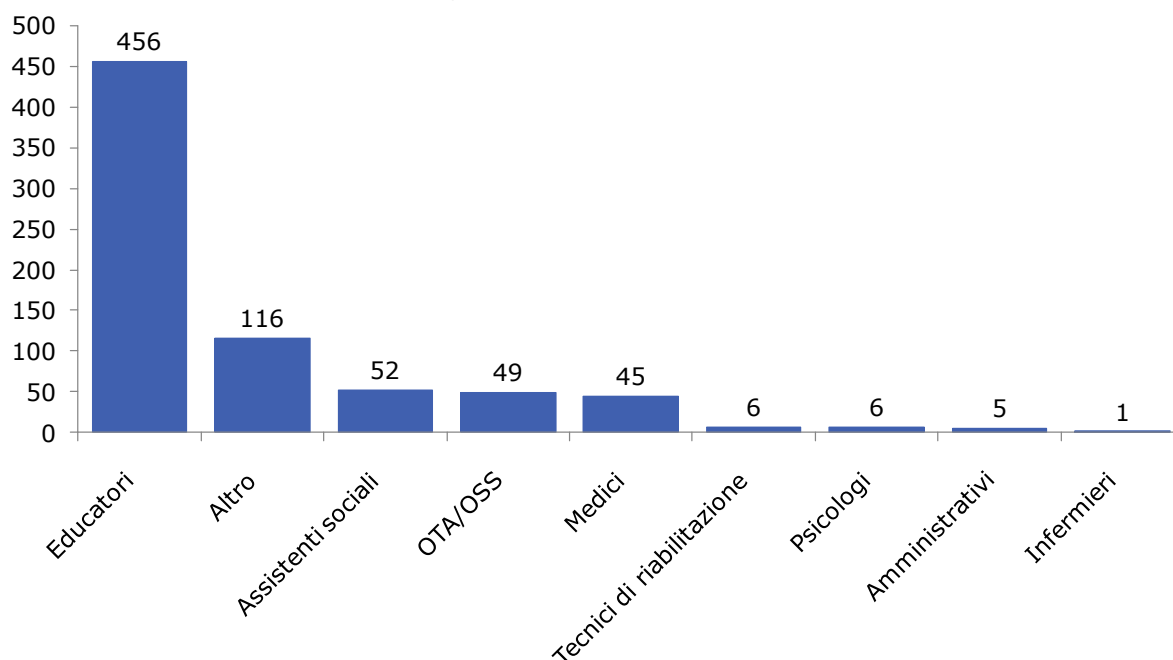
342

Operatori complessivi per Dipartimento di Salute Mentale e qualifica. Convenzionati o assimilati ULSS. Veneto, situazione al 31 dicembre 2009

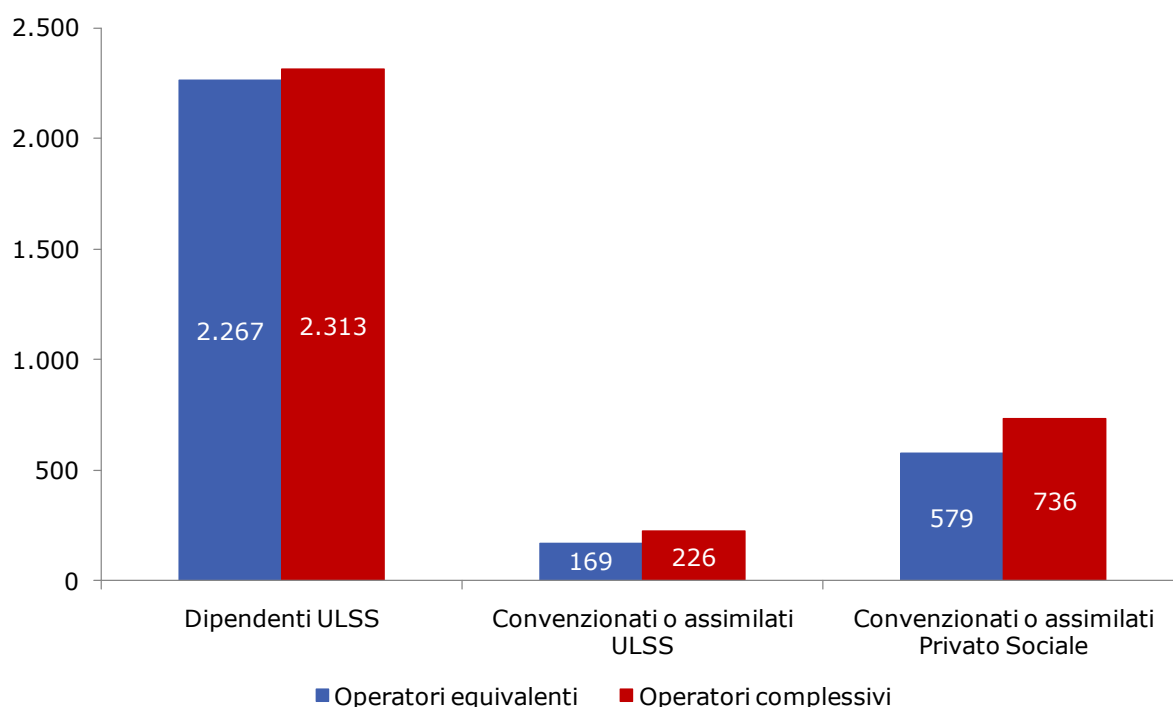


OTA/OSS = Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza/Operatore Socio Sanitario

Operatori complessivi per Dipartimento di Salute Mentale e qualifica.  
 Convenzionati o assimilati Privato Sociale.  
 Veneto, situazione al 31 dicembre 2009



Operatori complessivi ed equivalenti per Dipartimento di Salute Mentale. Veneto,  
 situazione al 31 dicembre 2009



- gli *operatori complessivi* includono tutti gli operatori che operano presso il DSM, indipendentemente dal numero di ore prestate;
- gli *operatori equivalenti* si calcolano dividendo il monte-ore complessivo settimanale degli operatori del DSM per 38 nel caso di medici e psicologi e per 36 nel caso degli altri operatori, arrotondando la cifra a un decimale.

### *Orientamenti a partire dal 2010*

Negli ultimi dieci anni sono emersi nuovi bisogni che hanno assunto una dimensione rilevante nella domanda di servizi, relativamente ad un insieme di problematiche, tra le quali la psicogeriatrica, i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare. Di conseguenza si è manifestata l'esigenza di un modello più definito ed unitario nella costituzione e definizione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), nella realizzazione delle strutture e nel riparto delle risorse. L'indirizzo fondamentale è quello del miglioramento continuo nei processi di presa in carico, nell'approccio diagnostico, nell'uso delle conoscenze validate e condivise nella costruzione dei percorsi terapeutici, nella descrizione che i servizi stessi forniscono del loro operare. Le varie esperienze in ambito di salute mentale maturate in questi anni nella Regione Veneto hanno sancito che il modello operativo attuato finora, cioè un'organizzazione dipartimentale articolata in una rete integrata di servizi secondo la logica di psichiatria di comunità, è quello che risponde meglio ai bisogni di salute mentale della popolazione di riferimento. Per queste ragioni, a partire dal marzo 2010 è stato promosso e sviluppato il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale per il triennio 2010-2012. Con esso è stata riaffermata la specifica identità del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), dipartimento strutturale transmurale, dotato di autonomia tecnico-organizzativa, collocato a livello territoriale con attività ospedaliera, che si interfaccia con il Coordinamento dei Distretti Socio Sanitari e con tutti i numerosi soggetti coinvolti nell'ambito della salute mentale. Tra gli obiettivi vi è anche quello di sviluppare nuovi scenari che siano in grado di intercettare e dare risposta alle nuove problematiche emergenti, integrando le risposte preventive, terapeutiche, riabilitative, di reinserimento sociale e i diversi ambiti di intervento in una prospettiva di promozione della salute e di prevenzione dello stigma. Infatti, il DSM è formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica di uno specifico bacino d'utenza. Il Dipartimento di Salute Mentale comprende una o più Unità Operative Complesse (UOC), relative ad una popolazione di 100.000-120.000 abitanti, possibilmente coincidenti con uno o più Distretti Socio Sanitari e che prevedono il completo sviluppo e l'integrazione degli interventi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali ed ospedalieri. Ogni UOC ha una direzione unica, di cui sono definiti i poteri gestionali, le responsabilità e i rapporti con la Direzione strategica dell'Azienda ULSS. A capo di ogni Unità Operativa Complessa è posto, su nomina del Direttore generale dell'Azienda ULSS, un Dirigente Medico Psichiatra, che ha il compito di organizzare, sovrintendere e coordinare dall'interno, l'attività dell'equipe a lui affidata. Il Dirigente Medico Psichiatra posto a capo dell'Unità Operativa Complessa è anche un "facilitatore". L'obiettivo è favorire una modalità di



lavoro partecipata, con adeguata condivisione delle informazioni e degli apporti all'interno delle équipes, garantendo l'effettivo apporto di tutti gli operatori in fase di progettazione, esecuzione e valutazione, operando il superamento della frammentazione. La tipologia standard di lavoro è il team di lavoro multi professionale in cui viene divisa l'équipe: tale modalità garantisce una modalità partecipata e facilita la necessaria referenza per utenti, familiari ed istituzioni.

#### *DSM, Distretto Socio Sanitario e Sistema delle Cure Primarie*

L'organizzazione Dipartimentale dei servizi per la salute mentale si basa sul principio della vocazione territoriale dei servizi integrati nella comunità. Pur nella reciproca autonomia organizzativa il Dipartimento di Salute Mentale e i Distretti Socio Sanitari condividono infatti aspetti importanti quali la presenza nel territorio, la necessità di una relazione stretta con la comunità e in generale con gli attori sociali. In tal senso con la formulazione e l'adozione dei Piani di Zona, vengono a coordinarsi con gli interventi sanitari, non solo i servizi ad alta integrazione sociosanitaria ma anche le più generali politiche sociali dei Comuni. Il Piano di Zona costituisce il principale momento locale con cui viene data, nel rispetto delle specificità locali e delle dimensioni di bisogno originali del territorio, realizzazione alle politiche formulate a livello regionale ed è lo strumento che costruisce, sviluppa e garantisce l'integrazione organizzativa e professionale tra servizi e tra istituzioni pubbliche e private. Il Piano di Zona rappresenta un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati. È necessario, pertanto, far confluire all'interno del Piano di Zona la rete dei servizi che costituisce il sistema esistente, nel quale rientra anche la programmazione dell'area salute mentale, alla cui costruzione contribuiscono i soggetti terzi interlocutori del DSM (Comuni, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato, Associazioni dei Familiari, MMG, ecc.). Tale lavoro di rete permette una reale collocazione territoriale degli interventi di cura nella loro valenza sanitaria e sociale. I Piani di Zona, in particolare, devono recepire specifici accordi tra le Aziende ULSS e i Comuni sui percorsi facilitanti del reinserimento sociale e lavorativo. Il Distretto costituisce in questo contesto la struttura che agisce da interfaccia, sia per l'introduzione dei percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in ambito psichiatrico nei Patti aziendali con la Medicina Convenzionata, sia per il monitoraggio dei protocolli condivisi e la programmazione delle attività sul territorio. Il Distretto ha inoltre il compito di coordinare l'intervento nei casi complessi, ossia tutte quelle condizioni in cui pur essendo presente una importante psicopatologia vi sono altri elementi determinati sul piano socio sanitario che ritengono necessaria una valutazione e una programmazione degli interventi multiprofessionale e quindi da parte di diversi servizi. Riferimento per la

valutazione e la programmazione degli interventi multiprofessionali e distrettuali nei casi complessi è, coerentemente alla normativa regionale, l'unità Valutativa Multiprofessionale Distrettuale (UVMD) operante in ogni Azienda ULSS. In questo ambito rientrano i trattamenti protratti come individuazione di pazienti "cronici fragili", con caratteristiche, esigenze e reti di supporto specifiche.

### *La strategia*

Quindi il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità: il compito del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, nei tempi necessari per concludere il trattamento, privilegiando la prevenzione e la cura personalizzata ed operando altresì primariamente sul territorio. Accanto alla rimozione degli elementi psicopatologici che ostacolano una vita soddisfacente del paziente, spesso, specie nelle patologie croniche, che costituiscono una realtà importante per i servizi, è necessario costruire un nuovo equilibrio, nuove possibilità di adattamento soddisfacente alla vita, nonostante il perdurare di aspetti psicopatologici. Dunque, l'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari. Per questo il ruolo del DSM si allarga in una presa in carico della salute mentale, ove la clinica psichiatrica viene integrata in una tutela della qualità della vita e in tutti gli aspetti relativi alla inclusione sociale e ai diritti della persona. La dimensione della salute mentale appare così come un valore sociale da promuovere e sostenere in tutti gli ambiti connessi, come la prevenzione, il superamento dei pregiudizi, l'inserimento nel mondo del lavoro, la piena costruzione di una salute che non può essere tale senza salute mentale. Questo valore, esplicitazione operativa della missione del Dipartimento di Salute Mentale, è il termine di riferimento costante che condiziona la valutazione di tutte le attività durante il percorso. La centralità strategica della salute mentale risiede infatti nella presa in carico della persona nel contesto del suo territorio e nella capacità di modulare sulla persona le opportunità riabilitative e terapeutiche. Pertanto un ulteriore obiettivo è quello di favorire e consolidare sul territorio, a fianco dei Servizi formali, la presenza di una *rete informale* caratterizzata dall'insieme delle relazioni (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto) che gravitano e che si intrecciano attorno agli utenti. L'impegno terapeutico-riabilitativo richiede, in questo senso, ad integrazione di risposte formali già collaudate, l'introduzione di strumenti molto flessibili, immersi nella vita quotidiana delle persone, caratterizzati dalla definizione partecipata dei bisogni, dall'autopromozione e dall'autocontrollo.

## 3.4 Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica ambulatoriale è inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza all'interno della macro area dell'Assistenza Distrettuale. Com'è noto i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) individuano le prestazioni garantite a tutti i cittadini residenti e regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'elenco è stabilito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (attualmente è in vigore il DPCM 29 novembre 2001 di cui è stata annunciata più volte la revisione). Le prestazioni espressamente escluse dai LEA, possono essere erogate ai residenti nella Regione del Veneto secondo determinati criteri clinici o socio-sanitari prestabiliti con appositi provvedimenti (sono diversi a partire dalla DGRV n. 2227 del 9 agosto 2002).

Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Veneto 2009-2010		
Azienda Sanitaria di erogazione	2009	2010
101.Belluno	1.957.189	1.924.102
102.Feltre	1.146.203	1.144.808
103.Bassano Del Grappa	1.906.971	2.075.944
104.Thiene	1.847.086	1.820.920
105.Arzignano	2.147.126	2.097.925
106.Vicenza	4.758.266	4.508.983
107.Pieve Di Soligo	2.587.926	2.575.796
108.Asolo	3.068.172	3.208.902
109.Treviso	5.416.501	5.675.706
110.S. Dona Di Piave	2.937.482	2.953.688
112.Veneziana	5.231.093	5.133.409
113.Mirano Dolo	3.761.301	3.922.555
114.Chioggia	2.120.762	1.085.726
115.Cittadella	3.425.833	3.128.642
116.Padova	7.516.508	8.223.958
117.Este	2.485.070	2.415.295
118.Rovigo	3.611.746	3.580.853
119.Adria	1.262.856	1.323.449
120.Verona	4.047.334	4.201.262
121.Legnago	2.304.086	2.116.767
122.Bussolengo	3.850.180	4.011.322
901.Azienda Ospedaliera Di Padova	5.348.294	5.540.988
902.Azienda Ospedaliera Di Verona	3.113.402	
912.Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona		2.949.723
952.I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto	271.930	341.565
	<b>76.123.317</b>	<b>75.962.288</b>

Nota: L'Azienda Ospedaliera di Verona è stata trasformata in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni previste dal Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni Specialistiche, erogabili ad assistiti non ricoverati, da parte di strutture del SSN o da strutture e professionisti accreditati, presso gli ambulatori specialistici, intra ed extra ospedalieri, il domicilio del paziente, le strutture residenziali o semiresidenziali. Le prestazioni di assistenza specialistica sono suddivise nelle branche previste da un allegato al Nomenclatore Tariffario Regionale. Ad ogni prestazione è attribuita una tariffa. Alcune prestazioni sono ricomprese in più branche. Prestazioni di branche diverse vanno prescritte su ricette distinte.

Importo totale prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale (in Euro) - Veneto 2009-2010		
Azienda Sanitaria di erogazione	2009	2010
101.Belluno	28.197.224	29.092.092
102.Feltre	16.396.422	17.035.730
103.Bassano Del Grappa	25.514.270	27.278.789
104.Thiene	22.096.948	24.844.471
105.Arzignano	27.680.961	26.910.103
106.Vicenza	87.189.552	86.596.363
107.Pieve Di Soligo	34.426.379	34.425.584
108.Asolo	47.742.362	48.840.862
109.Treviso	82.335.761	89.979.833
110.S. Dona Di Piave	40.974.118	40.971.223
112.Veneziana	84.139.991	84.976.767
113.Mirano Dolo	48.123.022	51.063.557
114.Chioggia	32.915.706	16.624.667
115.Cittadella	48.796.914	46.796.940
116.Padova	105.289.081	116.412.535
117.Este	39.639.190	39.296.840
118.Rovigo	62.556.165	61.657.405
119.Adria	18.669.739	20.342.714
120.Verona	48.833.431	50.875.244
121.Legnago	29.610.449	28.035.815
122.Bussolengo	70.662.590	73.458.051
901.Azienda Ospedaliera Di Padova	79.442.595	75.623.465
902.Azienda Ospedaliera Di Verona	60.952.872	
912.Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona		54.096.487
952.I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto	21.124.656	23.645.618
	<b>1.163.310.396</b>	<b>1.168.881.153</b>

Nota: L'Azienda Ospedaliera di Verona è stata trasformata in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene tramite: a) prenotazione con richiesta su ricettario del SSN da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialisti ambulatoriali o altri medici autorizzati dal Servizio

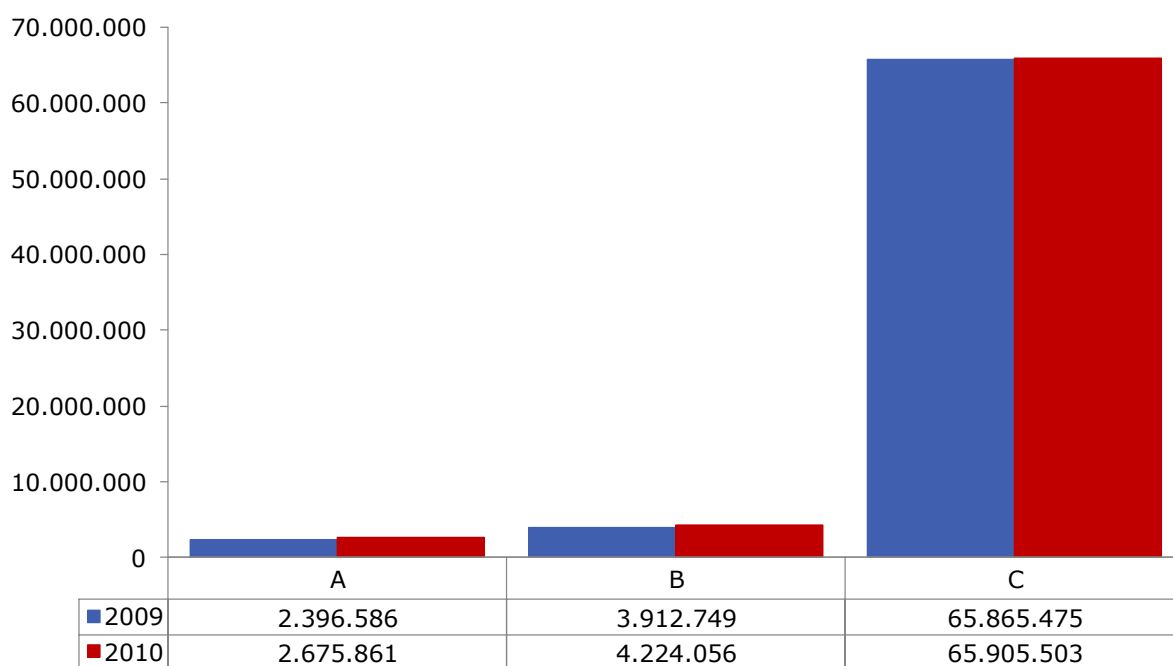
Sanitario Nazionale; b) prenotazione senza necessità di richiesta su ricettario del SSN, per le seguenti branche specialistiche: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria (anche per le prestazioni erogate dagli psicologi), oculistica ma solo per la misurazione del visus. Tra le prestazioni erogate ad accesso diretto dalle strutture pubbliche sono comprese anche quelle dei servizi di prevenzione e consultoriali. L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato alle richieste di prestazioni comprese nel Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Specialistiche e per le condizioni previste dai LEA. Per le richieste di prestazioni escluse dai LEA è necessario utilizzare il ricettario personale intestato e l'onere sarà interamente a carico dell'assistito. Tutte le prestazioni specialistiche previste dai LEA devono essere prescritte attribuendo sempre la classe di priorità di accesso, secondo criteri di appropriatezza indicati dalle specifiche cliniche individuate per le singole branche specialistiche. Per ogni prestazione ambulatoriale i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità sono:

Classi della ricetta	Prestazioni	Classi di priorità	Descrizione	Standard regionale in giorni (prime visite o primi accertamenti)
<b>U</b> Urgente	Visite		Da garantire entro poche ore e quindi da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale rischio per il paziente	0
	Prestazioni strumentali			
<b>B</b> Breve attesa	Visite	A	Può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni	10
	Prestazioni strumentali	A		10
<b>D</b> Differibile	Visite	B	Possono attendere fino a 30 giorni (se si tratta di visite specialistiche) o fino a 60 giorni (per gli esami e le prestazioni strumentali)	30
	Prestazioni strumentali	B		60
<b>P</b> Programmabile	Visite	C	Riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi rapidi	180
	Prestazioni strumentali	C		180

Con riguardo alle liste d'attesa, la Regione del Veneto ha infatti operato sin dal 2007 con il fine di articolare le azioni sui tre distinti fronti dell'informazione e comunicazione, della

domanda e dell'offerta di prestazioni, puntualizzando gli indirizzi per la predisposizione dei Piani Attuativi Aziendali, con l'obiettivo di realizzare quelle sinergie di intervento tra i diversi livelli istituzionali deputati a governare il fenomeno. Da questo punto di vista, la Regione ha adottato le "classi di priorità" sopra indicate per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva e fissato i corrispondenti tempi massimi di attesa.

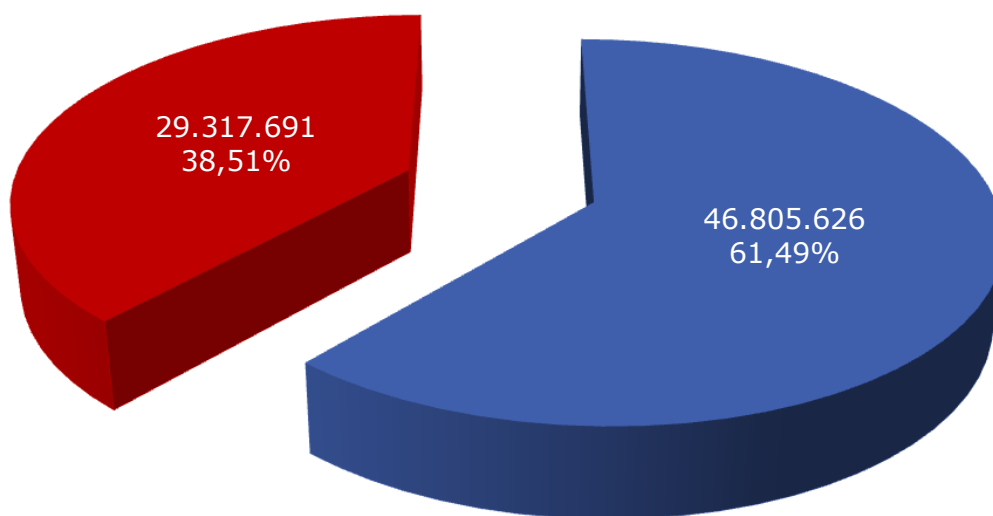
Assistenza specialistica ambulatoriale nella Regione del Veneto:  
prestazioni per classe di priorità (sono esclusi i codici errati)



350

Importo prestazioni di assistenza ambulatoriale specialistica per classe di priorità (sono esclusi i codici errati)		
Classe Priorità	2009	2010
A	67.758.649,60	79.435.146,85
B	94.110.286,56	109.547.527,04
C	940.423.174,61	933.939.546,10

Prestazioni Assistenza Specialistica: incidenza attività di Laboratorio e Analisi nell'anno 2009

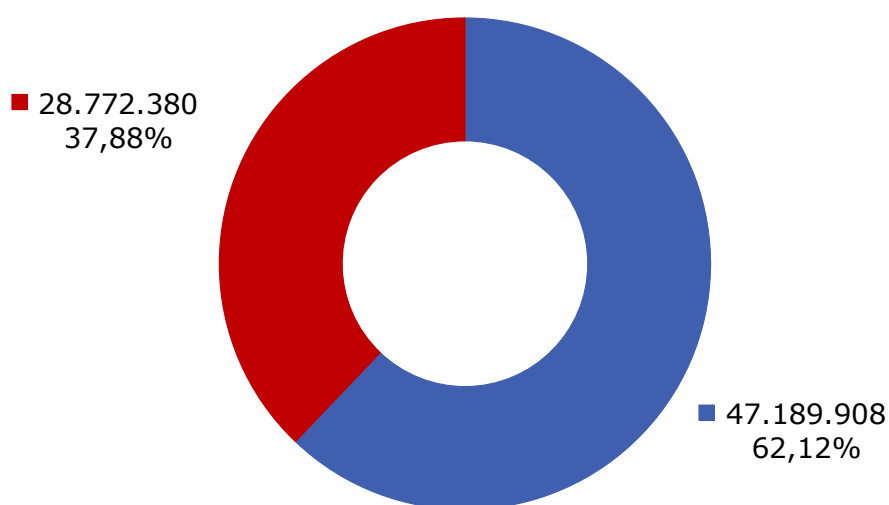


■ Laboratorio analisi chimico cliniche ■ Altre prestazioni

Assistenza Specialistica: solo ambulatori, laboratori ed altre strutture territoriali				
Struttura	Prestazioni		Importi	
	2009	2010	2009	2010
Ambulatorio e laboratorio	72.977.213	72.711.307	1.101.558.797	1.101.840.165
Altro tipo di struttura territoriale	2.941.695	3.106.737	55.850.504	60.489.225

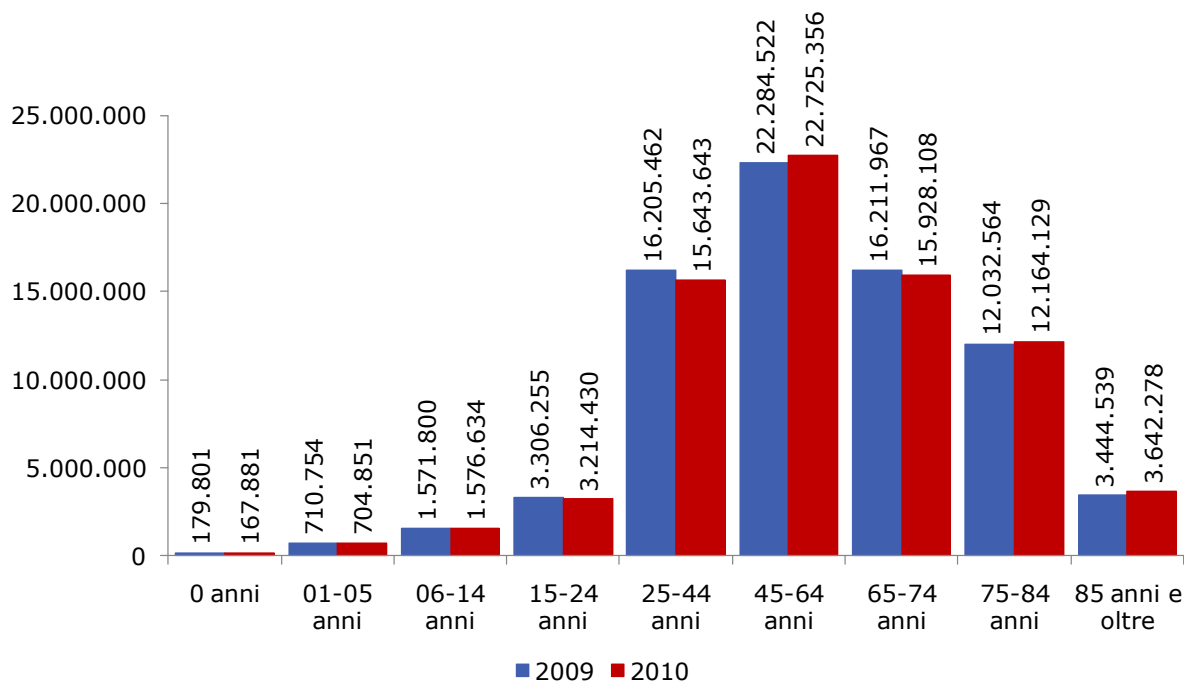
351

Prestazioni Assistenza Specialistica: incidenza attività di Laboratorio e Analisi nell'anno 2010



■ Laboratorio analisi chimico cliniche ■ Altre prestazioni

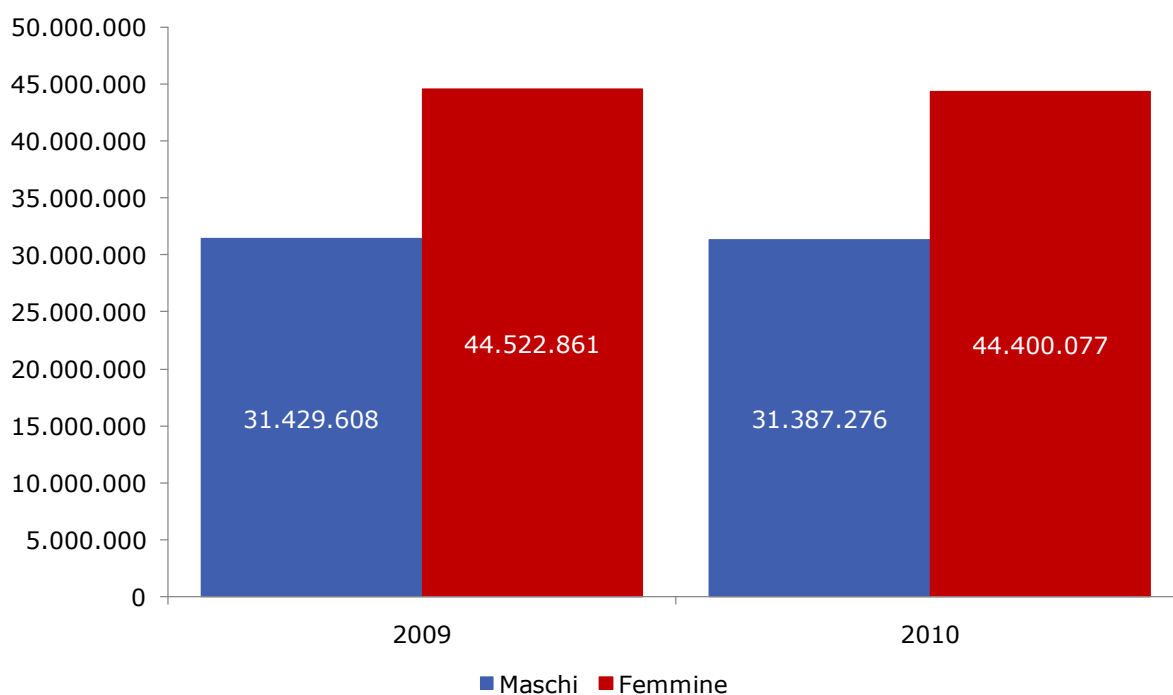
### Prestazioni di Assistenza Specialistica per età dell'utente Veneto 2009-2010



\* Sono esclusi in entrambi i grafici: a) età non indicata; b) codice errato.

352

### Prestazioni di Assistenza Specialistica per sesso. Veneto 2009-2010





### 3.5 Assistenza farmaceutica

---

Sulla base della rimborsabilità del farmaco da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i medicinali in commercio sono classificati in farmaci di classe A e farmaci di classe C. Esiste inoltre una classe denominata C-bis. Per regime di rimborsabilità si intende la classificazione dei farmaci ai fini della loro erogabilità a carico o meno del SSN. Il regime di fornitura identifica la modalità di prescrizione e di distribuzione dei medicinali. Ad ogni farmaco che riceve l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) devono essere attribuiti un regime di fornitura e una classe di rimborsabilità.

#### *I farmaci in classe A*

Sono farmaci erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) secondo le indicazioni approvate dall'Agenzia Italiana del Farmaco e riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP o scheda tecnica). Sono ritenuti medicinali essenziali ed hanno l'obbligo di prescrizione medica. La normativa prevede che le singole Regioni possano introdurre una quota di compartecipazione del cittadino (in genere una quota fissa per confezione o per ricetta) individuando eventualmente le categorie esenti. Alla classe A appartengono anche i farmaci di fascia H, che sono farmaci erogabili a totale carico del SSN a condizione che siano distribuiti direttamente dalla struttura pubblica. Tra questi i farmaci HOSP sono utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero o in una struttura ad esso assimilabile. I farmaci HRR, HRNR, HRRL o HRNRL sono utilizzabili anche in ambito territoriale. La loro distribuzione avviene direttamente dalla struttura pubblica dietro prescrizione basata su piano terapeutico rilasciato dal centro autorizzato. Laddove non sia previsto il piano terapeutico, tali medicinali sono distribuiti direttamente dalla struttura pubblica dietro prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale su specifico programma terapeutico elaborato dallo specialista. Nel caso di distribuzione attraverso le farmacie aperte al pubblico, questi medicinali sono a totale carico del cittadino.

#### *I farmaci in classe C*

Sono medicinali non essenziali, per patologie considerate minori o di lieve entità, i quali sono interamente a carico del cittadino.

#### *I farmaci in classe C-bis*

Sono farmaci da banco non soggetti a ricetta medica che possono essere oggetto di pubblicità al pubblico (OTC Over the counter – sopra il banco), o di pubblicità limitata alle farmacie e agli altri punti vendita (OTC F). Sono a totale carico del cittadino.

Tra i medicinali che possono essere acquistati senza obbligo di prescrizione vi sono anche *i farmaci SOP* (appunto *Senza Obbligo di Prescrizione*) che possono essere acquistati su consiglio del farmacista o del medico, ma non sono da banco. Questi possono essere sia in classe A che in classe C.

Farmaci: regime di fornitura e classe di rimborsabilità		
Regime fornitura	Tipologia dei farmaci	Classe di rimborsabilità
OTC Over the counter	Medicinali non soggetti a prescrizione medica, da banco, che possono essere oggetto di pubblicità al pubblico	C-bis
OTC F Over the counter	Medicinali non soggetti a prescrizione medica, da banco, che possono essere oggetto di pubblicità limitata alle farmacie e agli altri punti vendita	C-bis
SOP Senza obbligo di prescrizione	Medicinali non soggetti a prescrizione medica, ma non da banco	A o C
RR Ricetta Ripetibile	Medicinali soggetti a prescrizione medica	A o C o H
RNR Ricetta Non Ripetibile	Medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta	A o C o H
RMR Ricetta Ministeriale a Ricalco	Medicinali soggetti a prescrizione medica speciale	A o C o H
RRL Ricetta Ripetibile Limitativa	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti	A o C o H
RNRL Ricetta Non Ripetibile Limitativa	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti	A o C o H
OSP	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile	H o C
OSPL	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero da specialisti identificati, secondo disposizioni delle Regioni o delle Province autonome	H o C
USPL	Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente da uno specialista. Riportano sulla confezione esterna le frasi: "Uso riservato a..." e "Vietata la vendita al pubblico"	H o C

Nel corso dell'anno 2009, la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, attraverso le farmacie convenzionate della Regione del Veneto è stata di circa 1.406 milioni di Euro (dati al prezzo al pubblico), il 70,0% dei quali per farmaci di fascia A, il 17,2% per farmaci di fascia C con obbligo di prescrizione, il 9,3% per OTC e il 3,5% per SOP. La spesa per farmaci di fascia A è stata di 985 milioni di Euro, di cui il 92,9% SSN e il rimanente 7,1% come acquisto privato. Nella spesa lorda per farmaci di fascia A SSN (915 milioni di Euro), la spesa netta rappresenta l'84,5%, il contributo del cittadino il 9,3% (6,2% come quota fissa e 3,1% come differenza rispetto al prezzo di riferimento per i farmaci equivalenti) e lo sconto a carico delle farmacie il 6,2%.

Riprendendo quanto detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria ricordiamo che *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 Servizio Sanitario Nazionale.

355

Complessivamente, della spesa farmaceutica totale attraverso le farmacie convenzionate della Regione Veneto (1.406 milioni di Euro), il Servizio Sanitario Regionale si è fatto carico di 773 milioni di Euro (55%) e i cittadini di 577 milioni di Euro (41%). I rimanenti 56 milioni di Euro rappresentano lo sconto praticato dalle farmacie (4%). Rispetto all'anno 2008 la spesa farmaceutica totale è aumentata dell'1,9%: tra le sue componenti, aumenta la spesa lorda per farmaci di fascia A (+2,9%), per farmaci di fascia C con ricetta (+3,0%) e per SOP/OTC (+2,2%), mentre diminuisce in maniera importante l'acquisto privato di farmaci di fascia A (-12,0%).

#### *Alcune nozioni utili<sup>1</sup>*

Il modo apparentemente più semplice per misurare i volumi di prescrizione dei farmaci è di contare il numero di confezioni prescritte e, eventualmente, di raggrupparle per principio attivo o per gruppo terapeutico. Tuttavia, questo metodo ha grossi limiti che ne sconsigliano l'uso. Per uno stesso principio attivo, le varie preparazioni in commercio

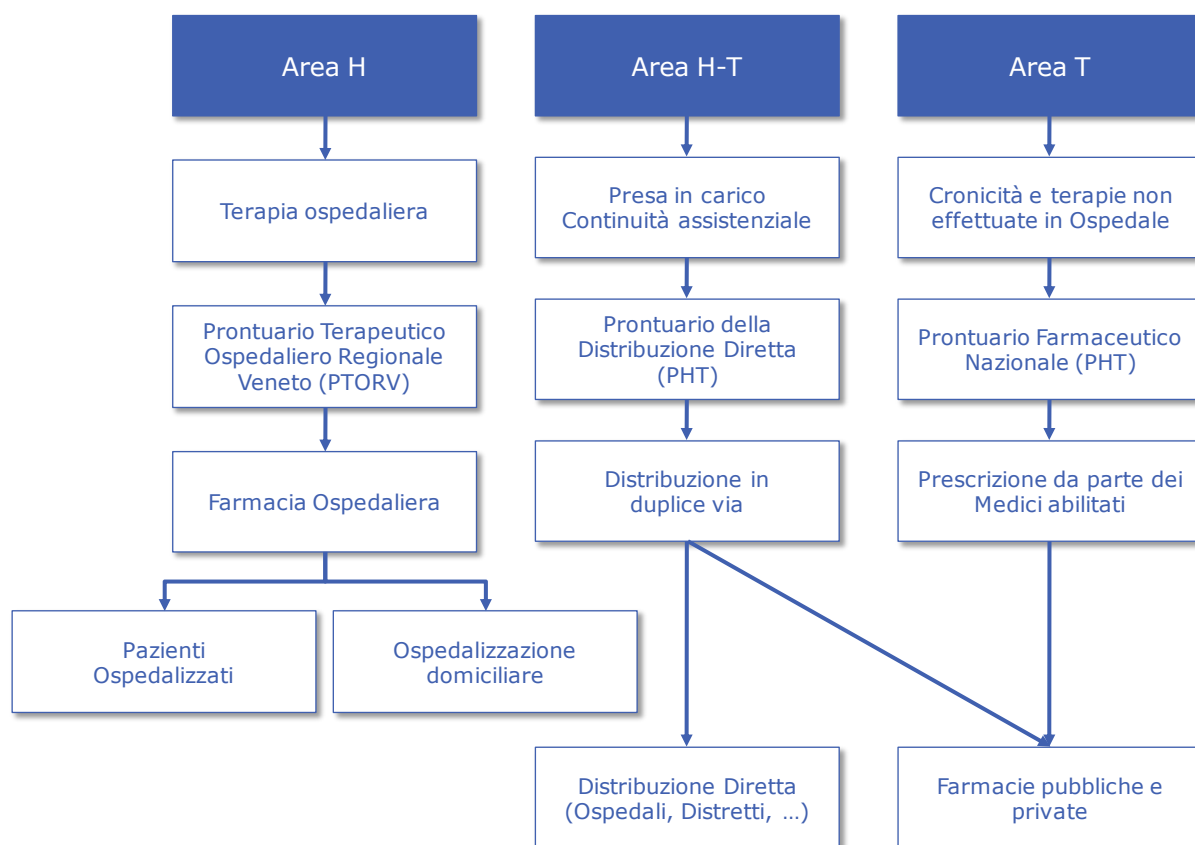
<sup>1</sup> Gli strumenti: il metodo di classificazione secondo il sistema ATC/DDD, Bollettino d'Informazione sui Farmaci, Anno IX, numero 6, pagg. 59-62.

356 possono differire per il numero di unità posologiche contenute: confezioni dello stesso farmaco con numero diverso di compresse saranno conteggiate sempre come un pezzo, sebbene il numero di dosi unitarie fornite al paziente sia diverso. Anche nel confronto di molecole diverse all'interno di un gruppo terapeutico, il conteggio dei pezzi può offrire una misura distorta dell'esposizione ai farmaci. Per questo motivo, il principale problema degli studi di farmacoutilizzazione è l'adozione di una metodologia che consenta di produrre stime affidabili dell'esposizione della popolazione ai farmaci, di porre a confronto i consumi di farmaci o classi di farmaci diversi e, infine, di confrontare l'uso di farmaci in aree diverse (Province, Regioni, confronti internazionali). La metodologia adottata a livello internazionale è denominata ATC/DDD, dalle sigle che individuano i due strumenti di cui essa si serve: l'*Anatomical Therapeutic Chemical classification system* (classificazione Anatomica Terapeutica Chimica, ATC) e la *Defined Daily Dose* (Dose Definita Giornaliera, DDD). Nel sistema di classificazione ATC, i farmaci sono suddivisi in gruppi sulla base degli organi o apparati su cui agiscono e delle loro proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche. La classificazione è articolata in cinque livelli gerarchici. La DDD (Dose Definita Giornaliera) è diventata invece l'unità di misura standard internazionale della prescrizione farmaceutica. Tramite la DDD, i dati si esprimono come numero di giornate "convenzionali" di terapia prescritte e, quindi, sono direttamente confrontabili farmaci che vengono utilizzati a dosi diverse (diversa potenza farmacologica) o anche farmaci con differenti indicazioni. La DDD è definita come la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso. La DDD quindi rappresenta la dose di mantenimento della terapia e non la dose iniziale. È importante non attribuire alla DDD un significato improprio, né di dose raccomandata, né prescritta: essa va considerata unicamente come strumento tecnico per misurare le prescrizioni dei farmaci. Va infatti evidenziato che la dose giornaliera effettivamente usata nel trattamento di pazienti, sia ospedalieri che extraospedalieri, può essere diversa dalla DDD.

#### *La prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata*

Nel 2009 la spesa lorda per farmaci di fascia A è aumentata del 2,9%, le quantità prescritte (esprese come numero di DDD) del 4,5%, con conseguente riduzione del costo per DDD dell'1,6%. Aumentano in maniera differenziata tutte le componenti della spesa lorda: la spesa netta dello 0,7%, il contributo da parte del cittadino come quota fissa del 2,9% e lo sconto a carico delle farmacie del 18,0% (quest'ultimo come effetto della manovra per il ripiano dello sfioramento del tetto di spesa farmaceutica come previsto dalla Finanziaria 2007).

## Distribuzione dei farmaci: le diverse aree



357

Al fine di evitare ulteriori aggravii di spesa per il Servizio Sanitario Regionale, nel 2009 la Regione del Veneto ha inoltre emesso un provvedimento, affinché:

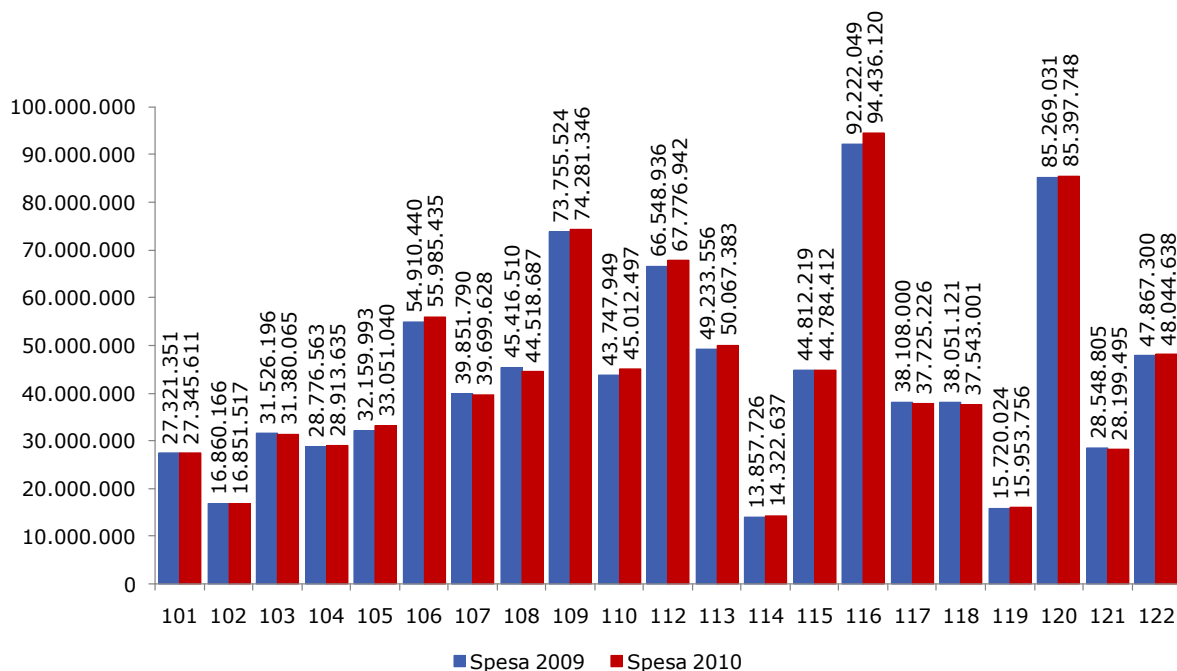
- la terapia distribuita direttamente, laddove possibile, dia garanzie di continuità per tutto il ciclo di terapia e fino ad un massimo di 3 mesi;
- la gestione della distribuzione diretta sia uniforme ed estesa a tutti i residenti nella Regione del Veneto;
- la prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto sia favorita in maniera condivisa tra Ospedale e Territorio.

*Anno 2010*

Durante l'anno 2010 la spesa farmaceutica totale attraverso le farmacie convenzionate della Regione del Veneto è stata di circa 1.399 milioni di Euro (dati al prezzo al pubblico), il 70,5% dei quali per farmaci di fascia A, il 16,9% per farmaci di fascia C con obbligo di prescrizione, il 9,3% per OTC e il 3,3% per SOP. La spesa per farmaci di fascia A è stata di 985,4 milioni di Euro, di cui il 93,5% SSN e il rimanente 6,5% come acquisto privato. Nella spesa lorda per farmaci di fascia A SSN (921,3 milioni di Euro), la spesa netta rappresenta l'82,4 %, il contributo del cittadino il 10,5% (6,5% come quota fissa e 4,0%

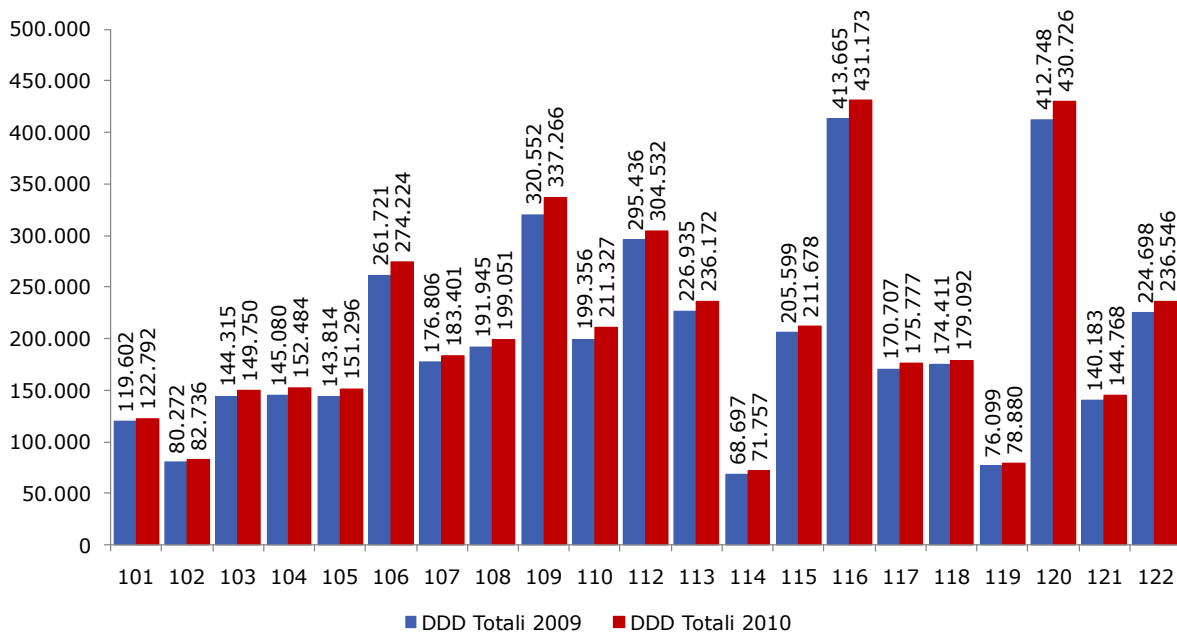
come differenza rispetto al prezzo di riferimento per i farmaci equivalenti) e lo sconto a carico delle farmacie il 7,1%.

### Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata Spesa delle Aziende ULSS del Veneto

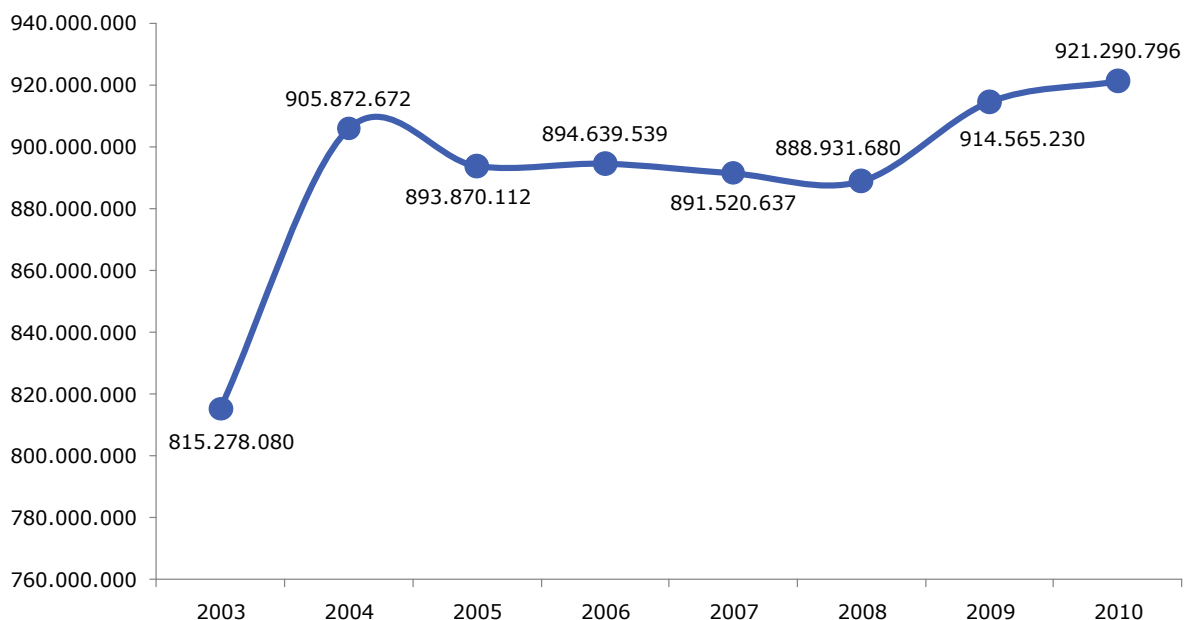


358

### Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata Defined Daily Dose (Dose Definita Giornaliera, DDD) Aziende ULSS del Veneto

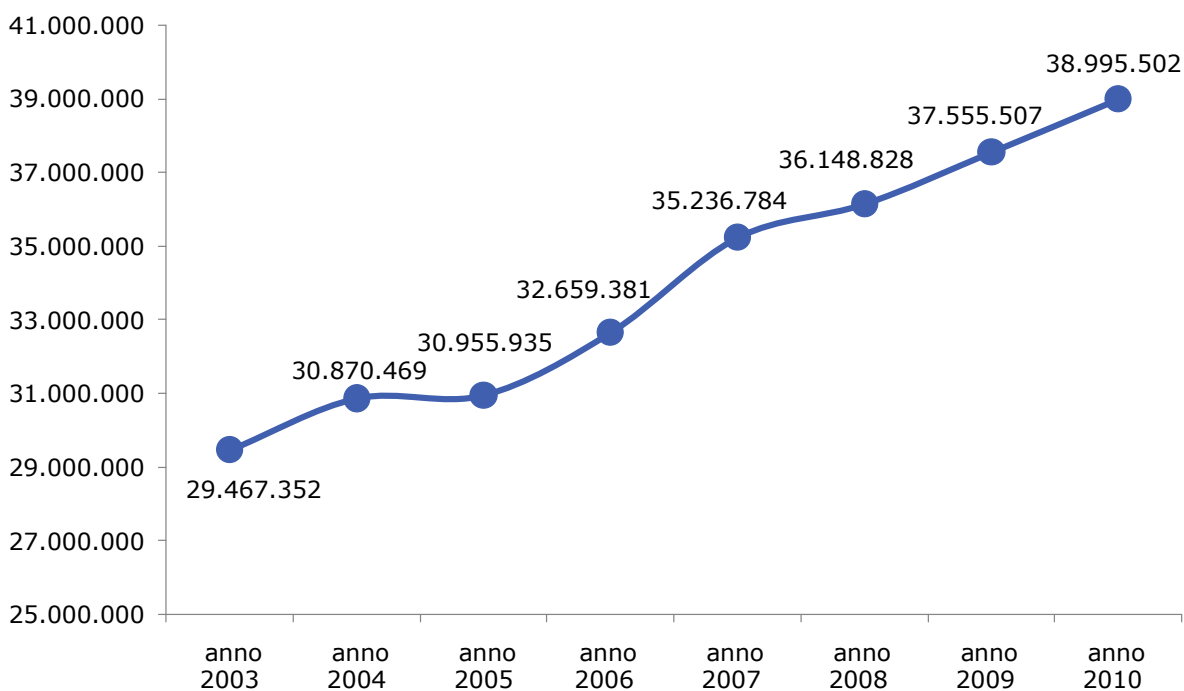


### Prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata Spesa nella Regione del Veneto (anni 2003-2010)



359

### Numero ricette nel Veneto Anni 2003-2010



Complessivamente, della spesa farmaceutica totale attraverso le farmacie convenzionate della Regione Veneto (1.399 milioni di Euro), il Servizio Sanitario Regionale si è fatto carico di 758,9 milioni di Euro e i cittadini di 574,1 milioni di Euro. I rimanenti 65,7 milioni di Euro rappresentano lo sconto a carico delle farmacie. Rispetto all'anno 2009, la spesa farmaceutica totale rimane pressoché invariata (-0,5%): tra le sue componenti, aumenta la spesa lorda per farmaci di fascia A SSN (+0,7%) mentre diminuiscono l'acquisto privato di farmaci di fascia A (-6,3%), la spesa per farmaci di fascia C con ricetta (-1,8%), la spesa per OTC (-2,1%) e per SOP (-4,8%).

Aziende ULSS	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto - anno 2009					
	Farmaci in Classe A					
	Quota SSN	Quota Fissa	Differenza prezzo di riferimento	Sconto	Acquisto privato	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	23.392.212	1.500.940	795.174	1.633.037	2.012.010	29.333.375
Azienda Ulss n. 2 Feltre	14.182.125	1.082.012	502.895	1.093.176	1.308.958	18.169.166
Azienda Ulss n. 3 Bassano	26.699.210	1.900.343	1.062.956	1.863.734	2.134.613	33.660.855
Azienda Ulss n. 4 Thiene	24.169.276	1.918.031	1.019.217	1.670.054	2.726.831	31.503.410
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	27.130.134	2.105.084	1.018.192	1.906.611	2.358.947	34.518.966
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	46.129.013	3.796.575	1.740.150	3.244.736	4.833.613	59.744.086
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	34.040.403	2.262.831	1.111.811	2.436.754	2.884.359	42.736.158
Azienda Ulss n. 8 Asolo	38.675.243	2.502.425	1.242.356	2.996.503	2.490.053	47.906.580
Azienda Ulss n. 9 Treviso	62.876.417	4.172.948	1.958.072	4.748.093	4.702.663	78.458.192
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	36.964.720	2.689.693	1.337.200	2.756.394	3.493.818	47.241.825
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	56.127.549	4.088.687	1.994.875	4.337.833	4.888.749	71.437.694
Azienda Ulss n. 13 Mirano	41.790.873	2.905.958	1.537.085	2.999.648	3.446.567	52.680.131
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	21.248.758	1.496.120	812.756	1.513.228	2.087.520	27.158.381
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	37.729.760	2.802.108	1.392.301	2.888.079	3.914.303	48.726.551
Azienda Ulss n. 16 Padova	67.962.920	5.195.480	2.516.302	5.334.221	6.674.891	87.683.813
Azienda Ulss n. 17 Este	32.216.201	2.399.302	1.140.089	2.352.417	3.068.405	41.176.414
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	32.114.227	2.549.899	1.182.814	2.204.187	2.507.692	40.558.818
Azienda Ulss n. 19 Adria	13.252.631	1.053.987	497.144	916.264	585.475	16.305.501
Azienda Ulss n. 20 Verona	71.934.055	5.493.614	2.737.918	5.103.460	7.818.397	93.087.444
Azienda Ulss n. 21 Legnago	24.137.326	1.799.350	947.174	1.664.967	2.208.841	30.757.658
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	39.800.436	3.617.343	1.548.342	2.901.300	4.128.191	51.995.613
<b>Veneto</b>	<b>772.572.984</b>	<b>57.332.731</b>	<b>28.094.821</b>	<b>56.564.695</b>	<b>70.274.884</b>	<b>984.840.115</b>



Aziende ULSS	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto - anno 2009			
	Farmaci in Classe C			
	Con ricetta	OTC	SOP	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	6.848.406	4.509.338	1.461.866	12.819.610
Azienda Ulss n. 2 Feltre	3.963.987	2.450.991	817.033	7.232.011
Azienda Ulss n. 3 Bassano	8.421.586	4.697.497	1.759.280	14.878.363
Azienda Ulss n. 4 Thiene	8.895.409	4.688.069	1.796.493	15.379.971
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	8.512.742	4.771.579	1.793.948	15.078.269
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	16.031.927	8.528.503	3.247.142	27.807.572
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	9.683.667	5.304.713	2.008.559	16.996.939
Azienda Ulss n. 8 Asolo	10.021.816	5.267.634	2.132.032	17.421.482
Azienda Ulss n. 9 Treviso	17.745.315	9.808.604	4.015.046	31.568.965
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	10.984.565	6.310.473	2.392.063	19.687.101
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	17.704.731	10.110.798	3.501.726	31.317.255
Azienda Ulss n. 13 Mirano	12.938.195	6.624.966	2.671.026	22.234.187
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	6.799.134	3.118.201	1.312.986	11.230.321
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	10.586.779	5.925.335	2.402.804	18.914.918
Azienda Ulss n. 16 Padova	22.651.733	11.533.704	4.267.941	38.453.378
Azienda Ulss n. 17 Este	9.555.724	4.621.529	1.835.476	16.012.729
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	9.465.148	4.707.875	1.820.838	15.993.861
Azienda Ulss n. 19 Adria	4.197.002	2.022.200	724.112	6.943.314
Azienda Ulss n. 20 Verona	25.207.765	13.800.151	5.178.851	44.186.767
Azienda Ulss n. 21 Legnago	7.460.057	3.804.460	1.585.726	12.850.243
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	13.514.750	7.848.668	2.935.736	24.299.154
<b>Veneto</b>	<b>241.190.440</b>	<b>130.455.288</b>	<b>49.660.685</b>	<b>421.306.410</b>

Anno 2009	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto		
Veneto	Farmaci in Classe A	Farmaci in Classe C	Totale spesa
	984.840.115	421.306.410	1.406.146.525

### Aspetti particolari:

#### Assistenza Farmaceutica agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

La normativa attualmente in vigore prevede una copertura molto ampia, riconoscendo al medico la possibilità di prescrivere su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, oltre ai farmaci compresi nel vecchio elenco, "ulteriori farmaci, limitatamente a quelli compresi nella fascia A del Prontuario SSN". I farmaci vanno addebitati alla Azienda ULSS nel cui territorio e ubicata la farmacia, e vengono da questa presentate in mazzette separate

contraddistinte nella distinta riepilogativa dalla sigla STP. In riferimento alla profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive e consentita anche l'erogazione dei farmaci di fascia H attraverso le farmacie ospedaliere, a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Aziende ULSS	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto - anno 2010					
	Farmaci in Classe A					
	Quota SSN	Quota Fissa	Differenza prezzo di riferimento	Sconto	Acquisto privato	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	22.869.375	1.573.371	999.626	1.903.239	2.164.950	29.510.561
Azienda Ulss n. 2 Feltre	13.838.662	1.129.370	648.666	1.234.818	953.899	17.805.415
Azienda Ulss n. 3 Bassano	25.747.535	1.984.959	1.497.222	2.150.349	1.992.673	33.372.738
Azienda Ulss n. 4 Thiene	23.648.020	2.015.701	1.332.597	1.917.317	2.249.537	31.163.172
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	27.204.419	2.205.101	1.339.199	2.302.320	2.096.851	35.147.890
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	45.779.212	4.024.697	2.318.661	3.862.866	4.133.115	60.118.551
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	33.065.759	2.366.046	1.470.087	2.797.737	2.779.686	42.479.315
Azienda Ulss n. 8 Asolo	36.872.240	2.635.118	1.707.957	3.303.372	2.187.107	46.705.794
Azienda Ulss n. 9 Treviso	61.774.466	4.349.937	2.712.230	5.444.712	4.728.612	79.009.957
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	37.169.304	2.784.655	1.785.571	3.272.967	2.865.794	47.878.291
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	55.848.374	4.184.211	2.593.741	5.150.616	4.524.060	72.301.002
Azienda Ulss n. 13 Mirano	41.495.380	3.042.004	2.001.183	3.528.815	2.687.568	52.754.950
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	11.881.439	851.677	578.867	1.010.661	1.018.663	15.341.307
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	36.727.104	2.891.213	1.814.269	3.351.826	3.376.637	48.161.049
Azienda Ulss n. 16 Padova	77.395.204	6.220.117	3.689.856	7.130.950	7.148.018	101.584.145
Azienda Ulss n. 17 Este	31.085.435	2.515.530	1.455.183	2.669.079	2.264.431	39.989.658
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	30.974.874	2.626.570	1.524.969	2.416.588	2.525.363	40.068.364
Azienda Ulss n. 19 Adria	13.110.388	1.117.771	658.625	1.066.972	587.217	16.540.973
Azienda Ulss n. 20 Verona	70.249.046	5.688.041	3.534.803	5.925.857	7.681.197	93.078.944
Azienda Ulss n. 21 Legnago	23.277.595	1.853.870	1.172.816	1.895.214	2.284.663	30.484.158
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	38.872.565	3.797.755	2.041.724	3.332.594	3.899.509	51.944.147
<b>Veneto</b>	<b>758.886.396</b>	<b>59.857.706</b>	<b>36.877.849</b>	<b>65.668.868</b>	<b>64.149.550</b>	<b>985.440.369</b>

*Assistenza Farmaceutica a soggetti affetti da dipendenza da Sostanze Stupefacenti, Psicotrope e da Alcool:* è prevista l'esenzione pagamento della quota fissa per i farmaci usati nelle dipendenze da alcool, naltrexone, metadone, disulfiram.

Aziende ULSS	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto - anno 2010			
	Farmaci in Classe C			
	Con ricetta	OTC	SOP	Totale
Azienda Ulss n. 1 Belluno	6.920.439	4.504.975	1.314.046	12.739.460
Azienda Ulss n. 2 Feltre	3.768.588	2.347.355	747.650	6.863.593
Azienda Ulss n. 3 Bassano	8.194.426	4.474.657	1.557.303	14.226.386
Azienda Ulss n. 4 Thiene	8.609.624	4.718.625	1.599.059	14.927.308
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	8.487.164	4.781.439	1.645.787	14.914.390
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	15.729.721	8.418.226	2.909.725	27.057.672
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	9.392.191	5.382.704	1.967.488	16.742.383
Azienda Ulss n. 8 Asolo	9.878.567	5.373.813	2.042.032	17.294.412
Azienda Ulss n. 9 Treviso	17.635.742	9.786.801	3.834.455	31.256.998
Azienda Ulss n. 10 S. Donà	10.674.423	6.382.675	2.278.925	19.336.023
Azienda Ulss n. 12 - Veneziana	17.315.134	10.275.559	3.248.576	30.839.269
Azienda Ulss n. 13 Mirano	12.569.904	6.622.876	2.514.073	21.706.853
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	3.695.443	1.833.751	686.883	6.216.077
Azienda Ulss n. 15 Cittadella	10.275.006	5.943.997	2.212.007	18.431.010
Azienda Ulss n. 16 Padova	25.396.457	12.979.999	4.481.084	42.857.540
Azienda Ulss n. 17 Este	9.131.169	4.767.177	1.662.008	15.560.354
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	9.270.259	4.694.018	1.773.423	15.737.700
Azienda Ulss n. 19 Adria	4.158.589	2.076.633	691.048	6.926.270
Azienda Ulss n. 20 Verona	24.783.606	13.300.814	4.775.384	42.859.804
Azienda Ulss n. 21 Legnago	7.517.215	3.752.762	1.465.143	12.735.120
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	13.434.685	7.854.821	2.674.275	23.963.781
<b>Veneto</b>	<b>236.838.342</b>	<b>130.273.671</b>	<b>46.080.371</b>	<b>413.192.403</b>

363

Anno 2010	Spesa farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate del Veneto		
Veneto	Farmaci in Classe A	Farmaci in Classe C	Totale spesa
		985.440.369	413.192.403

### *Sistema Informativo Regionale Farmaci Oncologici ad Alto Costo (SIRFAC)*

La Regione del Veneto ha istituito un fondo destinato al rimborso dei farmaci oncologici ad alto costo (FAC) da somministrare per via endovenosa. Tale fondo è ottenuto sottraendo alle Aziende ULSS una parte della loro quota capitaria di finanziamento. Per accedere al fondo, e limitatamente ai pazienti della Regione del Veneto, le Aziende ULSS e Ospedaliere devono erogare i FAC in regime ambulatoriale e secondo criteri di appropriatezza, sulla base di un algoritmo definito da un applicativo informatico (SIRFAC

Sistema Informativo Farmaci ad Alto Costo). L'applicativo permette di associare ad ogni FAC specifici schemi terapeutici identificati per patologia, secondo criteri di utilizzo approvati dalla Commissione Terapeutica Regionale.

#### *Malattie rare*

Per i soggetti residenti nella Regione del Veneto con diagnosi di malattia rara formulata da un Centro Regionale autorizzato, è prevista l'erogazione di farmaci di fascia C, di eventuali dispositivi e prodotti sanitari, compresi i prodotti dietetici, previsti dal Piano Terapeutico del Centro stesso, avente validità da trimestrale ad annuale. L'erogazione dei prodotti avviene direttamente da parte delle strutture Aziendali e/o Distrettuali attraverso i comuni canali di assistenza sul territorio.

## Fonti

---

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
afferre alla Segreteria Regionale per la Sanità  
Palazzetto Sceriman – Cannaregio, 168 - 30121 Venezia  
Telefono: 041-2793441 - Fax: 041 2793599  
E-mail: [progsanitaria@regione.veneto.it](mailto:progsanitaria@regione.veneto.it)  
Sito internet: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/>

Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
afferre alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzetto Sceriman – Cannaregio, 168 - 30121 Venezia  
Telefono: 041-2793404 - Fax: 041 2793430  
E-mail: [cureprimarie@regione.veneto.it](mailto:cureprimarie@regione.veneto.it)  
Sito internet:  
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/AttivitaDistrettuali/>  
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Medicina+Convenzionata/>

Servizio Tutela Salute Mentale  
afferre alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Ex Ospedale Giustinian - Dorsoduro, 1454 - 30120 Venezia  
Telefono: 041-2793414 - Fax: 041 2793425  
E-mail: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)  
Sito internet:  
[http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sani  
taria/Salute+Mentale/](http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sani+taria/Salute+Mentale/)

Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore  
afferre alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzetto Sceriman – Cannaregio 168, 30121 - Venezia  
Telefono: 041-2793441 - Fax: 041 2793599  
E-mail del Responsabile: [marco.bonetti@regione.veneto.it](mailto:marco.bonetti@regione.veneto.it)  
Sito internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sani+taria/Cure+palliative+e+lotta+al+dolore/>

Servizio Farmaceutico

affidente alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria

Rio Novo, 3493 - Dorsoduro - 30123 Venezia

Telefono: 041-2793412 - Fax: 041 2793468

tel. 041-279.3412 Fax: 3468

E-mail: [servizio.farmaceutico@regione.veneto.it](mailto:servizio.farmaceutico@regione.veneto.it)

Sito internet: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Farmaceutica/>