

Grafico 20 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

2.2.5. Case mix

Nel paragrafo precedente è stato proposto l'indice di turnover della mobilità extraregionale il cui valore manifesta una riduzione nel periodo dal 2004 al 2009. Per comprendere le possibili cause di questo fenomeno, approfondiamo l'analisi introducendo una macro – classificazione delle attività di ricovero⁷:

- Classe A: DRG's definiti di "alta complessità" dalla TUC – Tariffa Unica Convenzionale⁸;
- Classe B: DRG's con peso >2, non di classe A⁹;
- Classe C: DRG's non rientranti nelle altre classi;
- Classe D: DRG's a rischio inappropriata.

Sulla scorta di tale classificazione, è possibile proporre il seguente grafico:

⁷ Si veda anche Quaderno di ARSS Veneto n.4 "Alte e basse specialità nella Regione Veneto" in http://www.arssveneto.it/html_pages/documents/Quaderno_4.pdf

⁸ Eccetto DRG's ad alta complessità solo per complicanze concomitanti.

⁹ Si evidenzia che i pesi DRG's hanno subito nel tempo diverse modifiche ed in particolare nel 2009, con l'introduzione della versione 24.

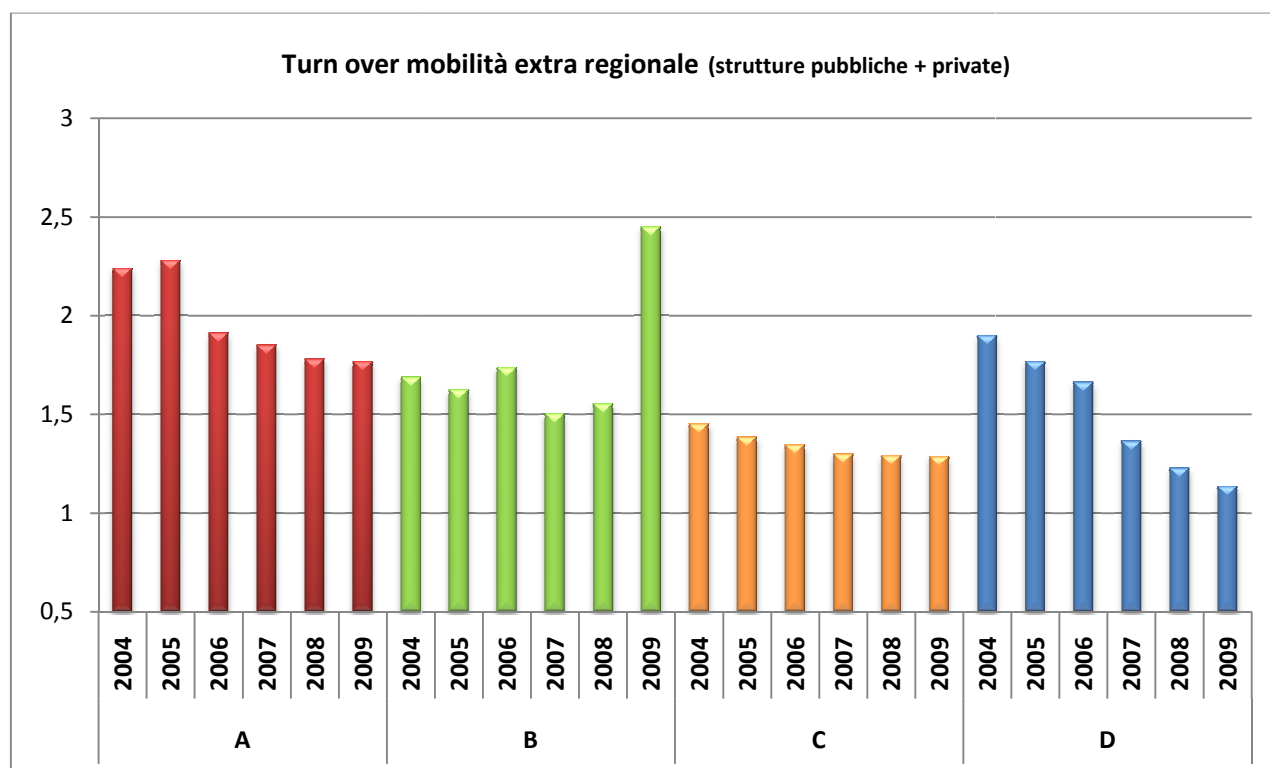


Grafico 21 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Come si evince dal grafico 21, la riduzione del tasso di turn-over per mobilità extraregionale è riconducibile alle classi A e D (la variabilità della classe B è causata dalla numerosità molto contenuta).

Mentre per la classe D la riduzione è conseguente alle politiche di appropriatezza organizzativa (per cui molteplici prestazioni sono trasferite verso regimi assistenziali più appropriati), per la classe A la riduzione deriva dal minor volume di prestazioni ad alta complessità erogate dalle Aziende Ospedaliere e dalle Aziende capoluogo di provincia. Tali Aziende perdono quota di domanda anche nei confronti delle strutture private accreditate.

Come evidenziato dal grafico 22, più in generale, le Aziende Sanitarie pubbliche cedono terreno nei confronti delle strutture private accreditate, che, viceversa, acquisiscono una quota di domanda extraregionale crescente: passano, infatti, dal 25% ad oltre il 40% della quota di domanda extraregionale di ricoveri ad alta complessità (classe A).

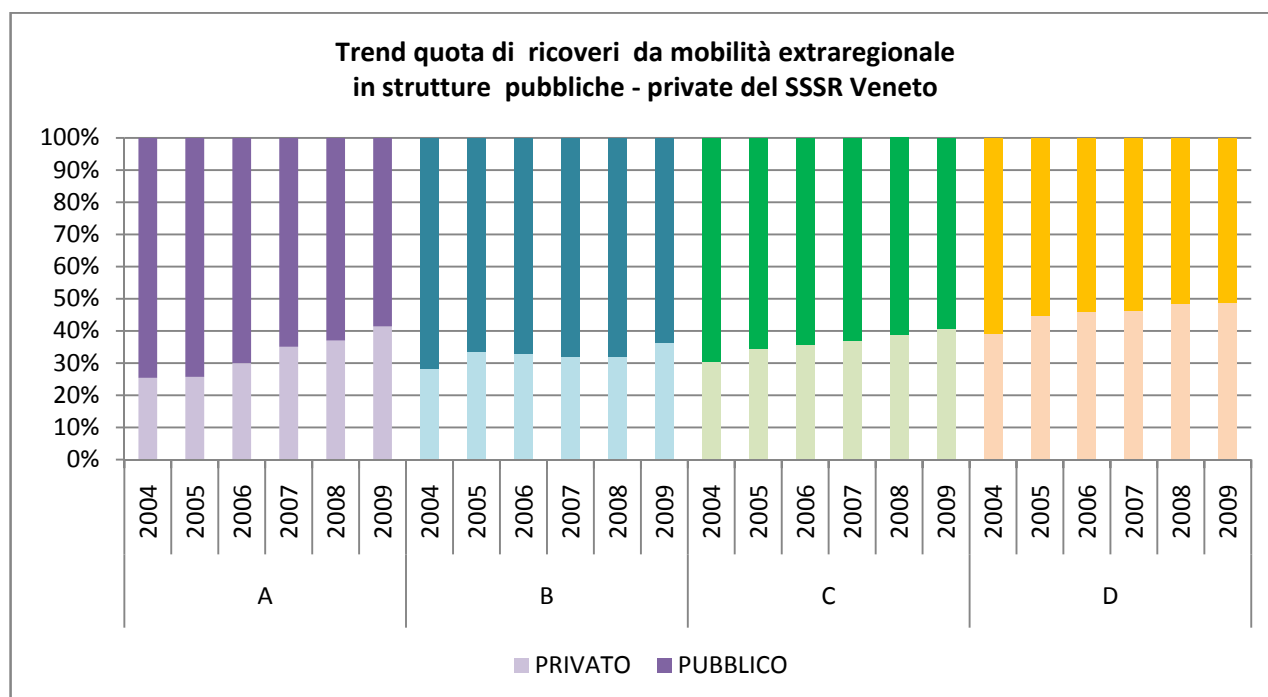


Grafico 22 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Per indagare più in profondità il fenomeno dei ricoveri ad alta complessità è opportuno ampliare l'analisi a tutta la domanda di ricovero (regionale ed extra regionale) distinguendola a seconda della tipologia di aziende che la soddisfano (Aziende Ospedaliere/IRCCS pubblico, Aziende provinciali/capoluogo di Provincia, Aziende non provinciali e strutture private accreditate).

La prima dimensione di approfondimento è relativa alle quote di ricoveri, suddivisi per grado di complessità, assolate dalle diverse tipologie di strutture ospedaliere.

Il grafico 23 evidenzia almeno tre fenomeni di rilievo nel segmento di classe A (ricoveri ad alta complessità):

- a) le Aziende Ospedaliere registrano una diminuzione della quota di ricoveri (dal 30% del 2004 al 26% del 2009);
- b) le strutture private accreditate conseguono un incremento della quota di ricoveri (dal 14% del 2004 al 21% del 2009);
- c) le ULSS non provinciali continuano a mantenere una quota elevata di ricoveri (il 32%).

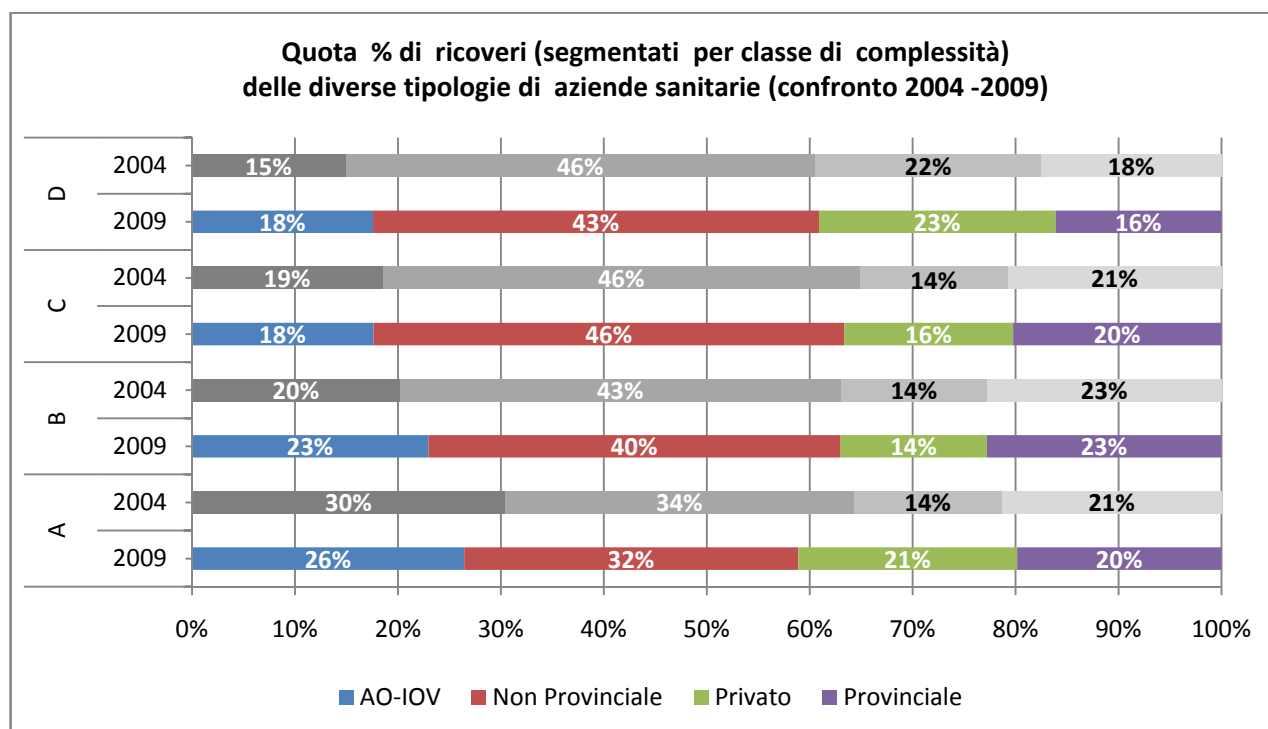


Grafico 23 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Una possibile chiave di lettura di questi fenomeni induce a dedurre che negli ultimi anni il Servizio Socio Sanitario Regionale non appare indirizzato verso un processo di concentrazione delle prestazioni ad alta complessità nei centri di eccellenza clinica e di grandi dimensioni nei quali è possibile garantire adeguati standard di specializzazione, professionalità e sicurezza.

La seconda dimensione di analisi (espressa nel grafico 24) condotta sulla composizione dei ricoveri prodotti dalle Aziende sembra confermare tale considerazione, in quanto solo il 12% dei ricoveri realizzati nelle Aziende Ospedaliere/IRCCS pubblico è riferibile a prestazioni di alta complessità (classi A +B) contro un 9% dei ricoveri realizzati nelle strutture private accreditate. Da rilevare, infine, come le strutture private accreditate continuino a presentare anche la maggiore incidenza di prestazioni di classe D, ad elevato rischio di in appropriatezza (anche se in diminuzione dal 34% al 26%).

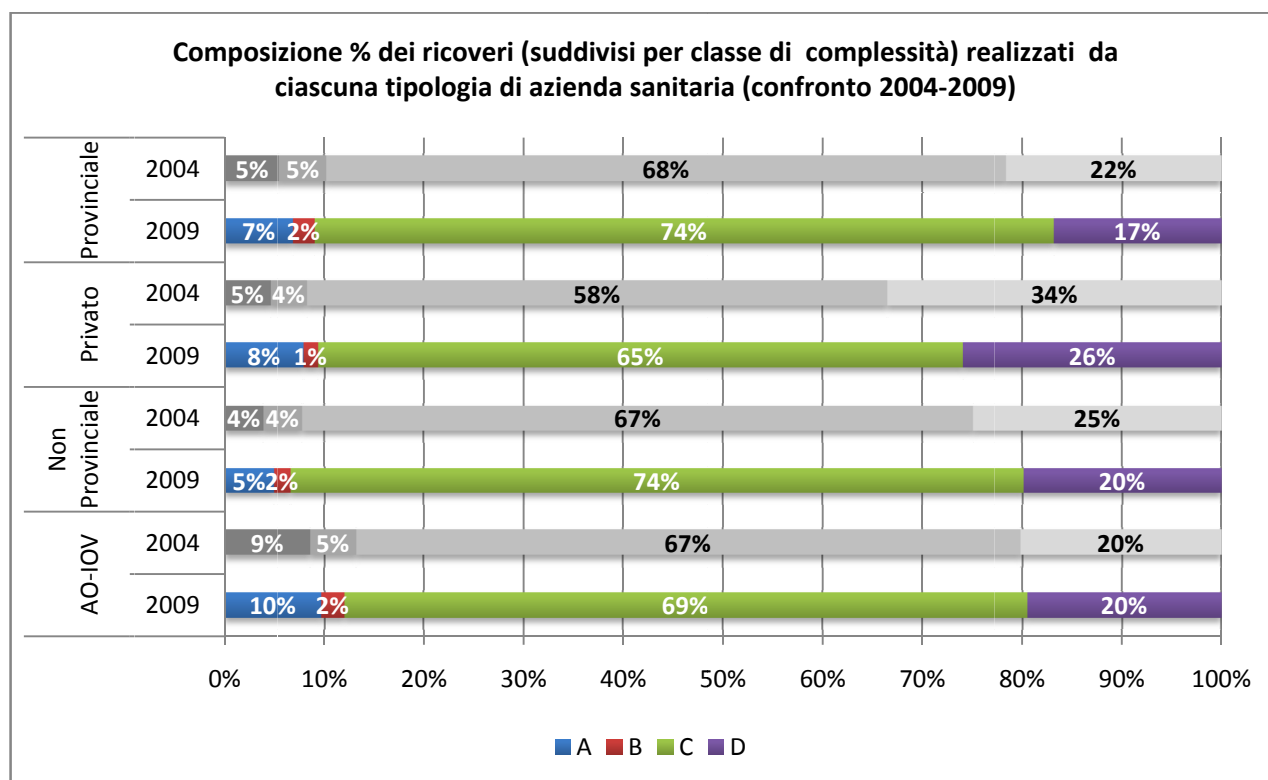


Grafico 24 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

2.2.6. Quadro generale sulla qualità percepita: il punto di vista dei pazienti

Nel 2008 è stato avviato un progetto per realizzare un Sistema regionale integrato per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino.

Sono state avviate delle indagini sulla qualità percepita con il supporto metodologico del Picker Institute¹⁰ che svolge analoghe indagini per il sistema sanitario inglese.

Dopo una sperimentazione nel 2009 è stata portata a regime a tutte le altre Aziende Sanitarie regionali l'indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali con l'invio di 19.000 questionari. Il tasso grezzo di adesione è stato del 67%, segnale di un interesse reale del paziente ad esprimere la propria opinione. Di seguito sono riportati i principali risultati emersi dall'analisi delle risposte fornite dai pazienti. Si tratta di un primo quadro descrittivo che illustra soprattutto le importanti potenzialità informative dei dati. L'esito dell'indagine fornisce infatti elementi conoscitivi utili per il miglioramento della qualità dal punto di vista del paziente a livello sia regionale sia locale.

¹⁰ <http://www.pickerinstitute.org>

Il primo importante punto di forza è rappresentato dal giudizio complessivo che i pazienti esprimono sulla loro esperienza di ricovero ospedaliero: l'89,5% dei rispondenti valuta l'assistenza ricevuta ottima, molto buona o buona, mentre solo l'1,7% esprime un giudizio chiaramente negativo.

Il giudizio complessivo appare strettamente collegato alla fiducia dei pazienti negli operatori che li hanno assistiti, in particolare nei medici, che va interpretata come riconoscimento della loro professionalità.

Nel confronto fra le singole Aziende e il dato complessivo regionale ci sono state differenze statisticamente significative in tutte le domande.

Una variabilità ridotta indica una situazione diffusa in modo omogeneo su tutto il territorio regionale che chiama in causa il ruolo di programmazione e indirizzo della Regione, indicando l'opportunità e la possibilità di porre obiettivi di miglioramento della qualità.









Nel caso di variabilità ampia, invece, sono soprattutto le Aziende ad essere chiamate a porre in essere azioni specifiche anche attraverso il benchmarking con le Aziende "migliori".

Per gli approfondimenti si rimanda alle pubblicazioni sul tema a cura dell'Area Qualità e Accreditamento dell'ARSS.

Disegno strategico complessivo			
<u>Messa a regime</u> di un programma regionale di indagine:			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su tutte le principali aree assistenziali e percorsi 2. Su tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate 3. Indagini periodiche a cadenza pluriennale 		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Dimessi Ospedale	Sperimentazione (4 ULSS)	Estensione (19.000 invii)	
Assistiti Medici di Famiglia e Guardia Medica		Sperimentazione (7 ULSS)	Estensione (14.000 invii)

Tabella 3 - Fonte: Arss- Area Qualità e Accreditamento

PUNTI DI FORZA E AREE DI MIGLIORAMENTO NELLE TAPPE DELL' ESPERIENZA DI RICOVERO

 <p>Accesso</p>	 <p>L'ordine di visita dei pazienti in Pronto Soccorso - l'87,9% dei rispondenti ritiene che sia stato corretto</p>
	 <p>I tempi di attesa – Per i ricoveri d'urgenza, rispettivamente il 25,0% e il 31,1% dei pazienti giudica decisamente o abbastanza lungo il tempo trascorso in Pronto Soccorso prima di avere assegnato un letto, mentre per i ricoveri programmati il 21,9% dei pazienti ritiene che avrebbe dovuto essere ricoverato molto o un po' prima.</p> <p>L'informazione – Solo il 66,2% dei pazienti ricoverati d'urgenza dichiara di aver ricevuto in Pronto Soccorso abbastanza informazioni sulle sue condizioni o sulle cure.</p>
 <p>Il reparto</p>	 <p>Aiuto per mangiare - Il 34,0% dei pazienti non ha ricevuto l'aiuto di cui avrebbe avuto bisogno.</p> <p>Il rumore durante le ore notturne - Il 33,7% dei pazienti dichiara di essere stato disturbato dal rumore di altri pazienti, il rumore del personale ospedaliero invece è segnalato dal 13,0% dei pazienti.</p> <p>Sentirsi minacciato - 2% dei pazienti dichiara di essersi sentito in qualche modo minacciato da altri pazienti o da visitatori durante la permanenza in ospedale</p>
	<p>Per gli altri aspetti relativi alla vita in reparto (pulizia, pasti) le risposte dei pazienti si concentrano su valutazioni intermedie (abbastanza, discreto) non segnalando quindi particolari criticità o eccellenze.</p>
 <p>L'assistenza e le cure</p>	 <p>L'informazione su salute e trattamento - L'83,9% dei pazienti ritiene di essere stato informato in modo adeguato.</p> <p>Il rispetto della privacy sia quando si parla dello stato di salute dei pazienti sia durante le visite o i trattamenti - Oltre il 70% dei pazienti fornisce una risposta chiaramente positiva e meno dell'8% risponde in modo negativo.</p>
	 <p>Il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni relative al trattamento – Solo il 40,7% si è sentito pienamente coinvolto e il 22,4% ritiene di non esserlo stato affatto.</p> <p>La possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni – Solo il 31,2% riferisce di aver avuto questa possibilità, mentre il 36,0% non l'ha avuta per niente.</p> <p>La gestione del dolore - La percentuale di pazienti che riferisce che il personale abbia fatto "assolutamente" tutto il possibile per alleviare il dolore è relativamente alta (75,5%). L'igiene delle mani è un aspetto dell'assistenza per cui si riscontrano giudizi nettamente contrastanti in funzione delle diverse figure professionali: quasi un quarto (23,9%) dei pazienti riferisce che i medici non si lavano le mani o si cambiano i guanti nel passare da un paziente all'altro, segnalando quindi una importante criticità, mentre per gli infermieri la corrispondente percentuale scende al 8,6%.</p>



 <p>L'intervento chirurgico</p>	<p>Cosa sarebbe successo durante l'intervento – Solo il 54,8% dei pazienti riferisce di aver ricevuto informazioni complete, mentre il 16,1% afferma di non averne ricevute affatto.</p> <p>Come il paziente si sarebbe sentito dopo l'intervento – Solo il 42,8% dei pazienti ha ricevuto informazioni complete e il 26,9% non ha avuto nessuna informazione.</p> <p>Come avrebbero fatto addormentare il paziente o come avrebbero controllato il dolore – Il 60,1% dei pazienti afferma di aver ricevuto informazioni a fronte del 16,7% che non ne ha ricevute.</p> <p>Altri tipi di informazioni sembrano più diffuse anche se in molti casi giudicate non sufficienti, come ad esempio quelle relative a rischi e benefici dell'intervento e al suo esito.</p>
 <p>La dimissione</p>	<p>La durata del ricovero – l'83,7% ritiene di essere stato dimesso nei tempi opportuni, mentre il 13,6% pensa di essere stato dimesso troppo presto.</p> <p>La consegna di documentazione sul ricovero per il medico curante – il 99% dei pazienti dichiara di averla ricevuta.</p> <p>La consegna di indicazioni scritte per il paziente con le indicazioni per il post dimissione – l'80,9% dei pazienti riferisce di averle ricevute.</p> <p>Informazioni comprensibili su come prendere i farmaci prescritti – il 76,7% dei pazienti afferma che sono state fornite in modo completo, mentre il 7,9% non le ha ricevute affatto.</p> <p>Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardanti la dimissione – Solo il 46,5% dei pazienti si è sentito pienamente coinvolto, mentre il 27% non lo è stato affatto.</p> <p>Informazioni al paziente su effetti indesiderati dei farmaci, sintomi pericolosi cui prestare attenzione, chi contattare in caso di dubbi o preoccupazioni – Riferiscono di non averne ricevute rispettivamente il 50,2%, il 43,6% e il 33,2% dei pazienti.</p> <p>Informazioni necessarie ai familiari per l'assistenza al paziente dopo la dimissione – Solo il 56,7% dei pazienti riferisce che sono state date in modo completo, mentre il 22,1% afferma che non sono state affatto fornite.</p>

Tabella 4 - Fonte: Arss- Area Qualità e Accreditamento.

2.3. Assistenza distrettuale

2.3.1. Finanziamento e costi dell'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale viene finanziata con il 50,3% delle risorse di riparto: per l'esercizio 2009 il finanziamento ammontava a 3,9 miliardi di euro.

La progressiva crescita di risorse assegnate al livello assistenziale territoriale si è realizzata riducendo in corrispondenza il finanziamento del livello ospedaliero di assistenza, con trasferimento di prestazioni di bassa complessità dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Le principali aree di assistenza territoriale, delle quali si dà anche una rappresentazione temporale in questo lavoro, attengono alla specialistica ambulatoriale, alla farmaceutica convenzionata, alle cure primarie.

2.3.2. Assistenza specialistica ambulatoriale

Il costo dell'assistenza specialistica è passato da 1,2 miliardi di euro nel 2006 a oltre 1,4 miliardi di euro nel 2009 (+20,8%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 17,3% (si veda il grafico 25)¹¹.

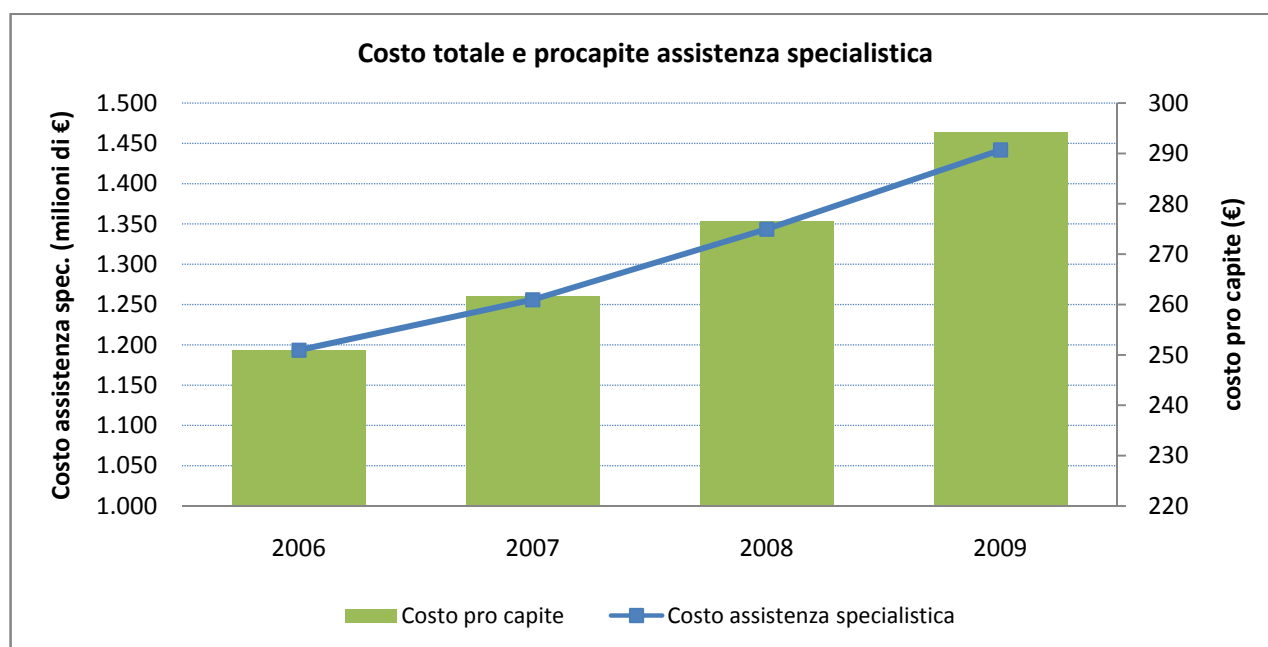


Grafico 25 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale. Il costo include quota parte dei costi delle Aziende Ospedaliere e IOV.

¹¹ Il costo di acquisto di prestazioni di specialistica da strutture private è evidenziato in seguito (cfr. par 2.6.2).

L'incremento del costo nel periodo si spiega con il progressivo trasferimento di prestazioni dal regime di assistenza ospedaliera.

La maggior parte di prestazioni erogate è riconducibile alla branca specialistica di diagnostica di laboratorio, la quale tuttavia incide solo per il 27% del valore economico complessivo delle prestazioni.

Le prestazioni di "classe B"¹² sommano poco meno di 4 milioni, pari a un 5% delle prestazioni complessive, quota che sale a circa il 16% escludendo le prestazioni di diagnostica di laboratorio.

Anno 2009	N prestazioni	%	Valore (€)	%
Prestazioni di diagnostica di laboratorio	49.641.327	67,30%	296.796.723	26,85%
<i>di cui classe B</i>	21.554	0,03%	284.027	0,03%
Altre prestazioni specialistiche	24.123.053	32,70%	808.479.886	73,15%
<i>di cui classe B</i>	3.837.120	5,20%	91.107.731	8,24%
Tot prestazioni specialistiche	73.764.380	100,00%	1.105.276.610	100,00%

Tabella 5 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

2.3.3. Assistenza farmaceutica territoriale

Il costo dell'assistenza farmaceutica è passato da 970 milioni di euro nel 2006 a 1,1 miliardi di euro nel 2009 (+13,5%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 10,2% (si veda il grafico 26).

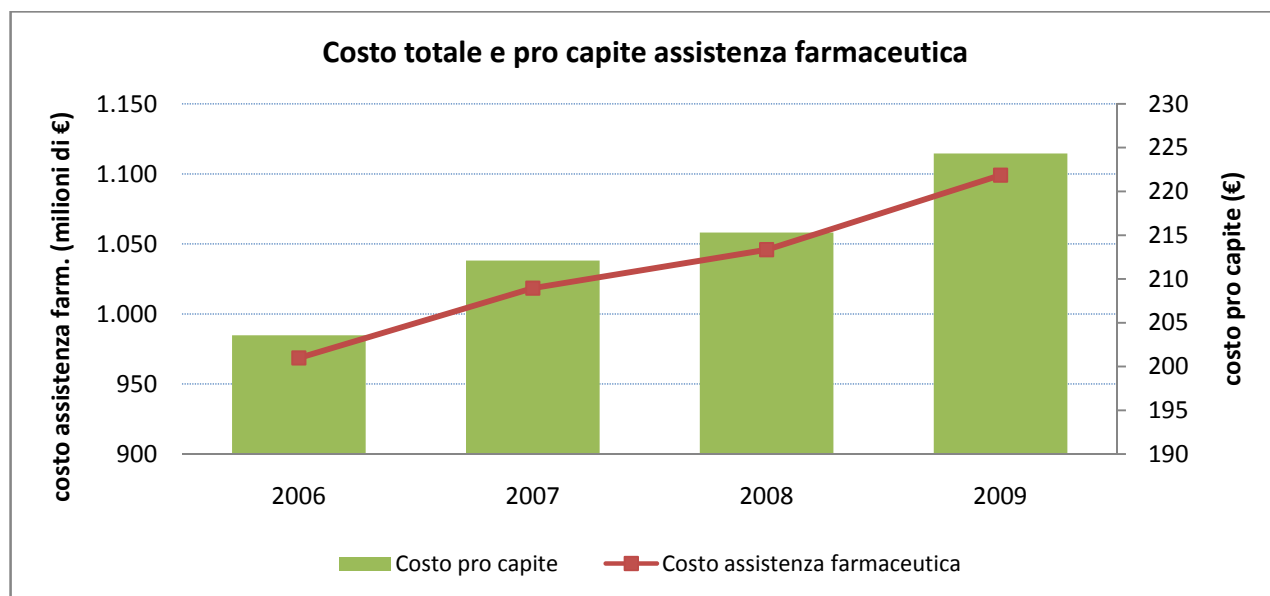


Grafico 26 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale. Popolazione pesata con criteri Unità di Informazione sul Farmaco.

¹² Le prestazioni a cui è stata attribuita la classe di priorità "B" sono da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali. (DGRV 3535/2004)

La variabilità che si osserva nel costo medio per assistito consegue alle continue innovazioni normative che si sono succedute nel tempo, per governare questa voce di costo di estrema rilevanza per i bilanci delle Aziende Sanitarie.

2.3.4. Cure primarie

L'assistenza primaria viene assicurata, da parte del Servizio Socio Sanitario Regionale, prevalentemente attraverso la medicina di base (medici di medicina generale) ed i pediatri di libera scelta.

Il costo delle cure primarie è passato da ca. 430 milioni di euro nel 2006 a 490ca. milioni di euro nel 2009 (+14,4%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 11,1% (si veda il grafico 27).

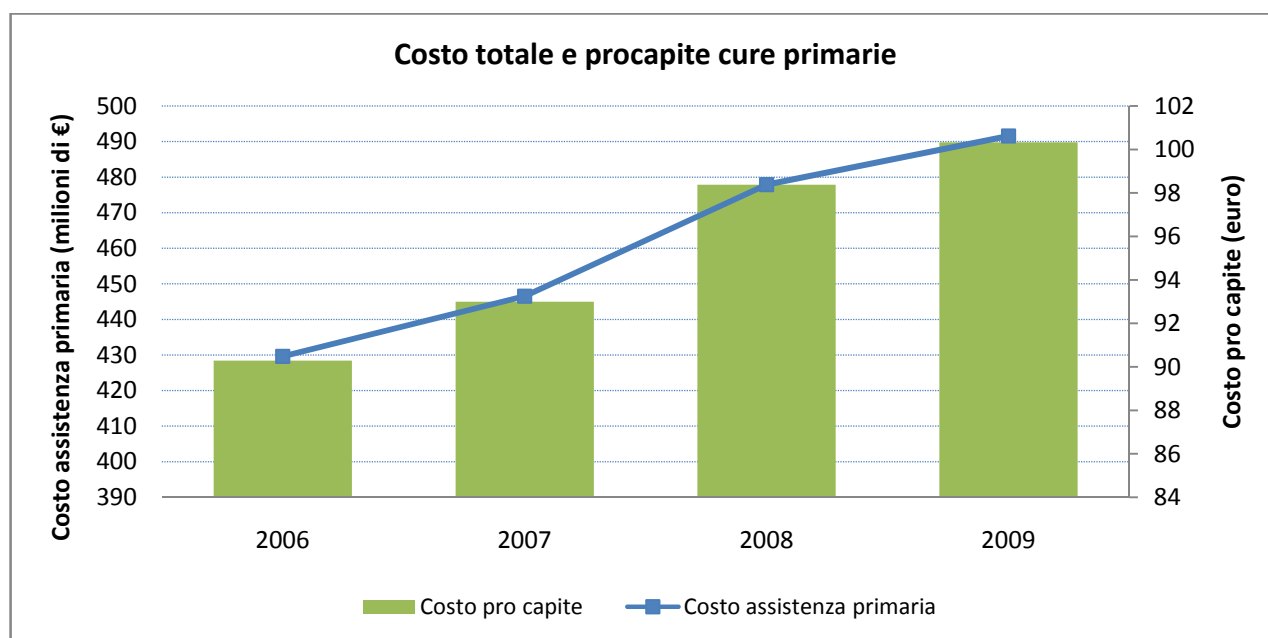


Grafico 27 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale.

Il trend in incremento è spiegato anche dalle politiche di progressivo coinvolgimento della medicina di base nel contenimento della domanda inappropriata di ricoveri, prestazioni specialistiche e prescrizioni farmaceutiche.

Il grafico 27 evidenzia il costo complessivo e medio per residente.

Di seguito si propongono i dati riguardanti il numero dei Medici di Medicina Generale (grafico 28) e dei Pediatri di libera scelta (grafico 29)¹³.

¹³ I dati di dettaglio sono illustrati nel Volume II.

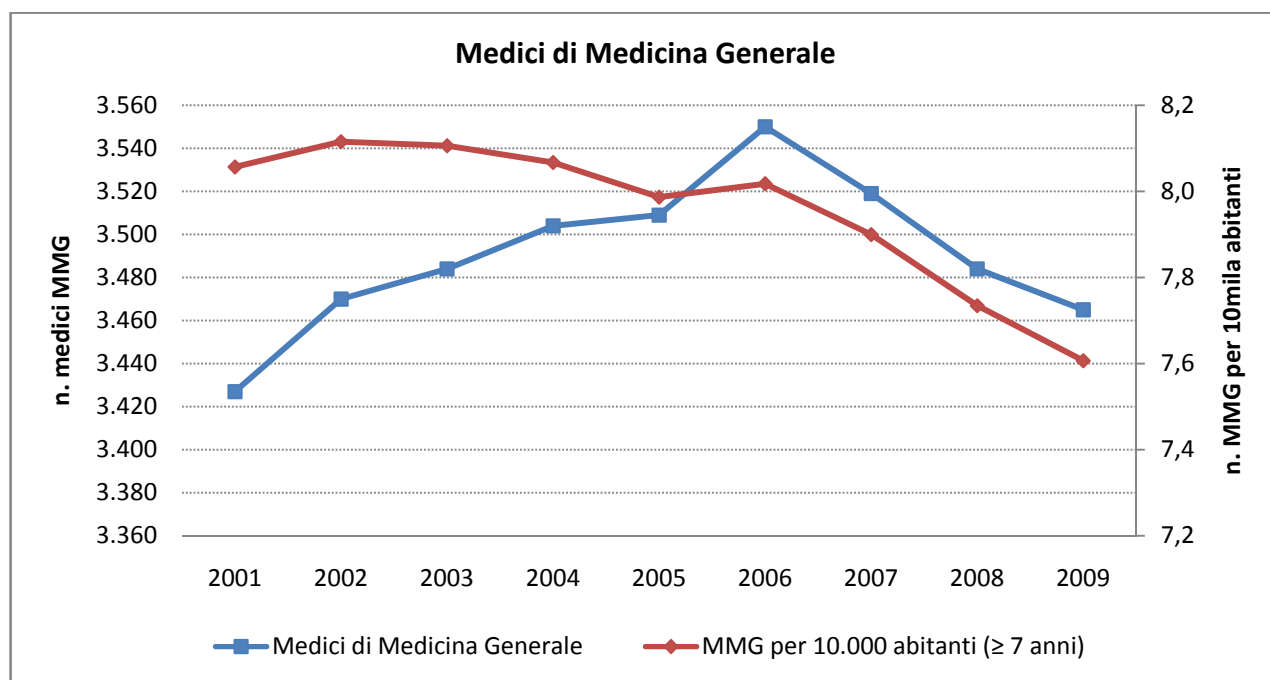


Grafico 28 - Fonte:Segreteria regionale alla Sanità - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

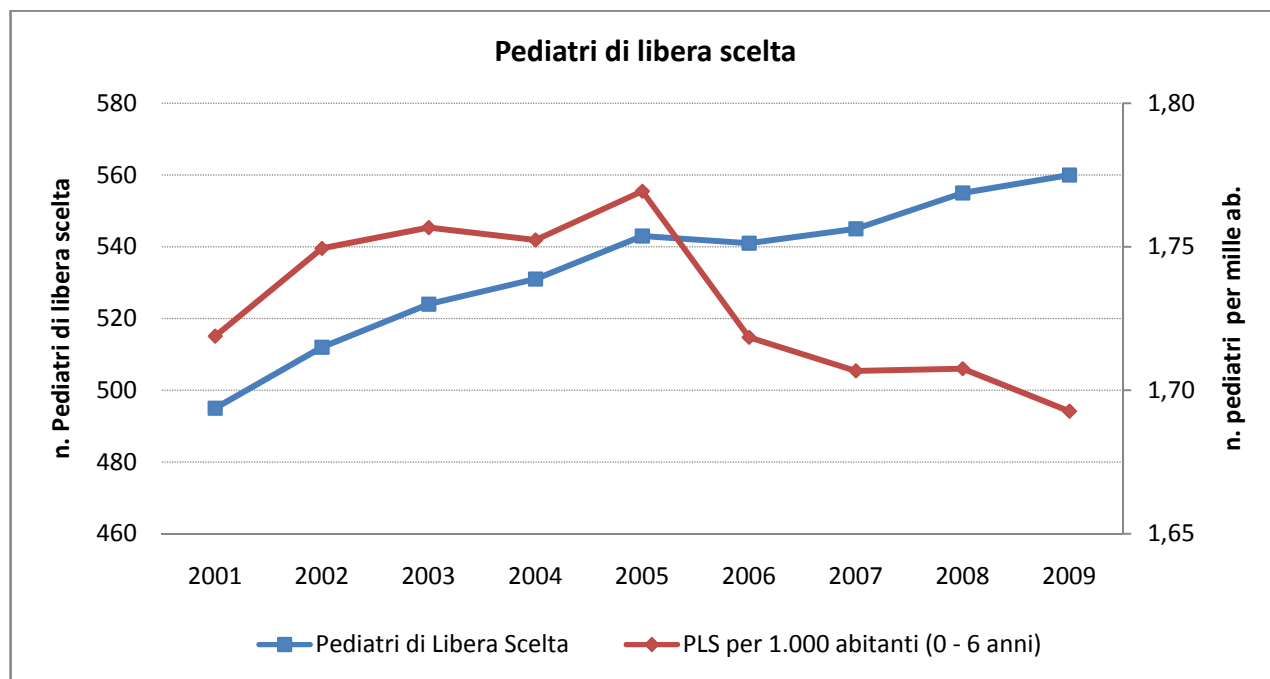


Grafico 29 - Fonte:Segreteria regionale alla Sanità - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

2.3.5. Altra assistenza distrettuale

I posti letto extraospedalieri si riferiscono all'assistenza agli anziani (Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti), alla disabilità fisica e psichica (Strutture residenziali per persone disabili), ai malati terminali (Hospice), all'assistenza psichiatrica e alle tossicodipendenze.

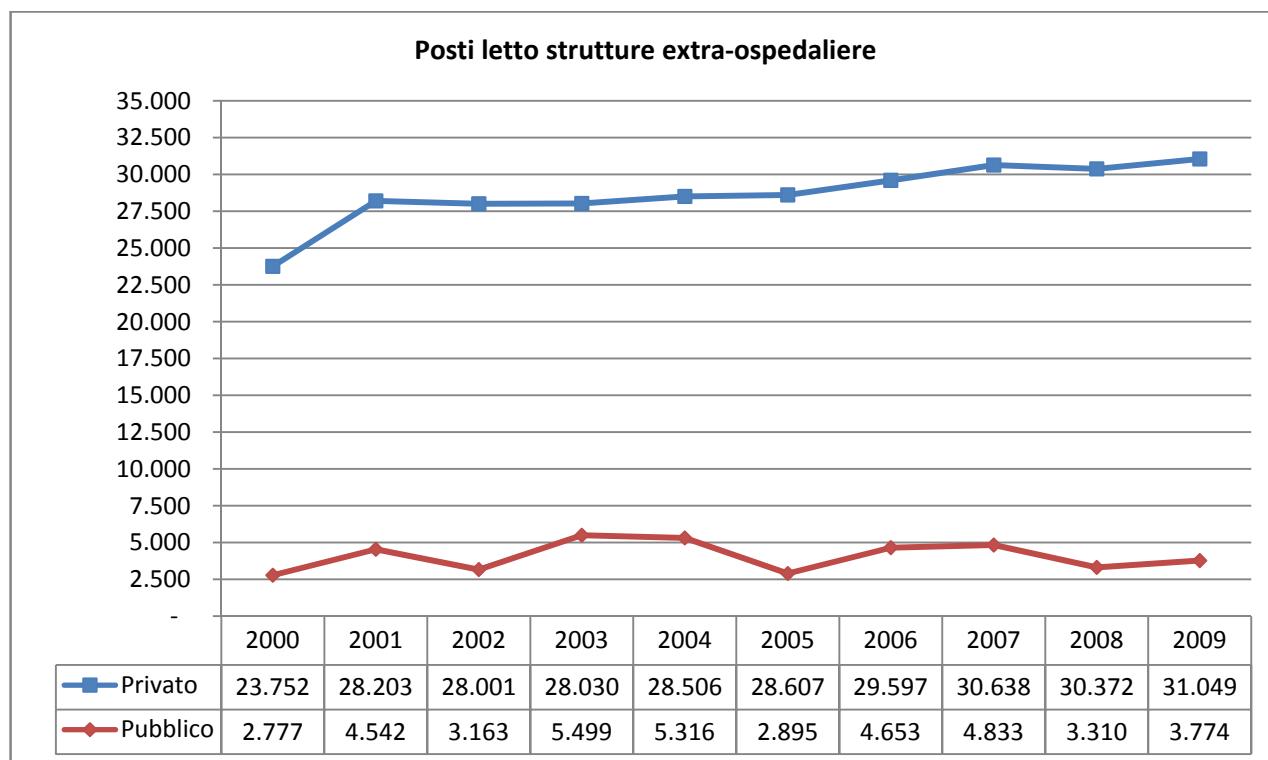


Grafico 30 - Tabella 6 - Fonte: NSIS (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Per tossicodipendenze cfr. DGR 3703/2006, DGR 3618/2007, DGR 1355/2008

Posti letto/ Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anziani	20.043	23.479	23.802	23.662	24.717	24.375	25.573	26.533	25.940	27.117
Disabilità	4.742	7.144	5.275	6.927	6.321	4.933	6.058	5.385	4.456	4.310
Assist. Psichiatrica	1.744	2.122	2.087	2.940	2.784	2.194	2.619	2.384	1.941	2.162
Tossicodipendenze	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	1.010	1.086	1.134	1.134
Malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	83	211	100
Totale	26.529	32.745	31.164	33.529	33.822	31.502	34.250	35.471	33.682	34.823

Tabella 7 - Fonte: NSIS (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Per tossicodipendenze cfr. DGR 3703/2006, DGR 3618/2007, DGR 1355/2008

Gli schemi riportati evidenziano come la maggior parte dei posti letto extraospedalieri sia gestito da strutture private. Nel periodo 2000-2009 i posti letto extraospedalieri sono incrementati del 26%, soprattutto nell'area dell'assistenza agli anziani.

2.4. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro viene finanziata con il 5% delle risorse di riparto: per l'esercizio 2009 il finanziamento ammontava a circa 383 milioni di euro.

Il costo dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (o prevenzione) è passato da 234 milioni di euro nel 2006 a 290 milioni di euro nel 2009 (+24,1%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 20,5% (si veda il grafico 31).

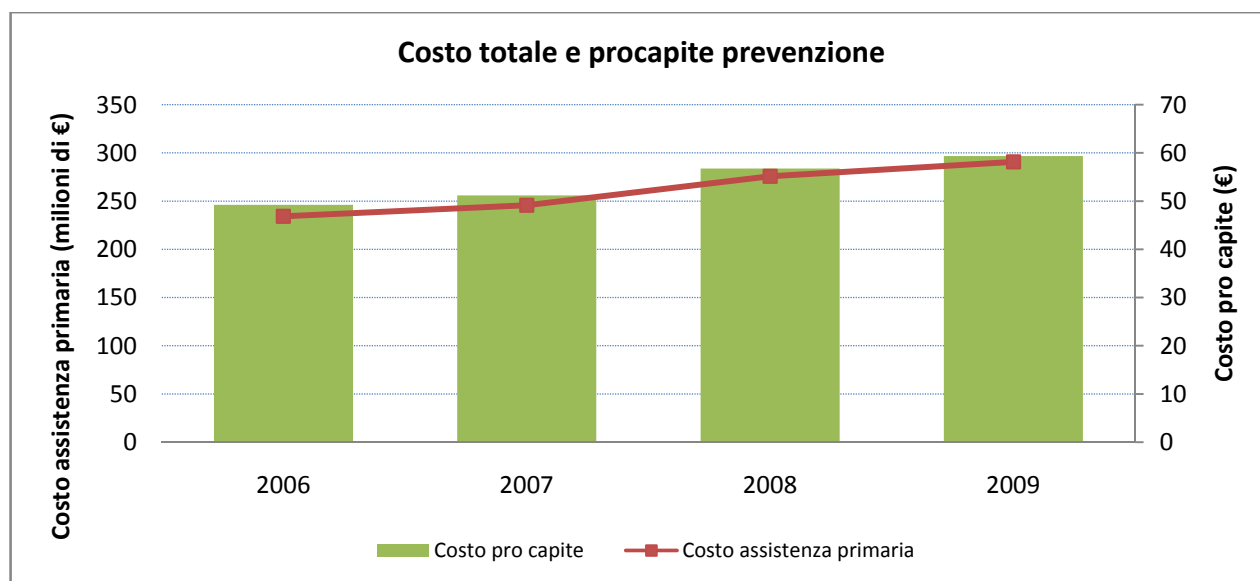


Grafico 31 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale.

Di seguito si riporta la dotazione di personale del Dipartimento di Prevenzione, espressa in *full time equivalent (FTE)*¹⁴ distinta per singola Azienda ULSS relativamente all'anno 2009, in valori assoluti e per 10 mila residenti.

¹⁴ Indicatore che misura i dipendenti in ragione del loro impegno orario contrattuale. Ad esempio un part time al 50% vale 0,5 FTE

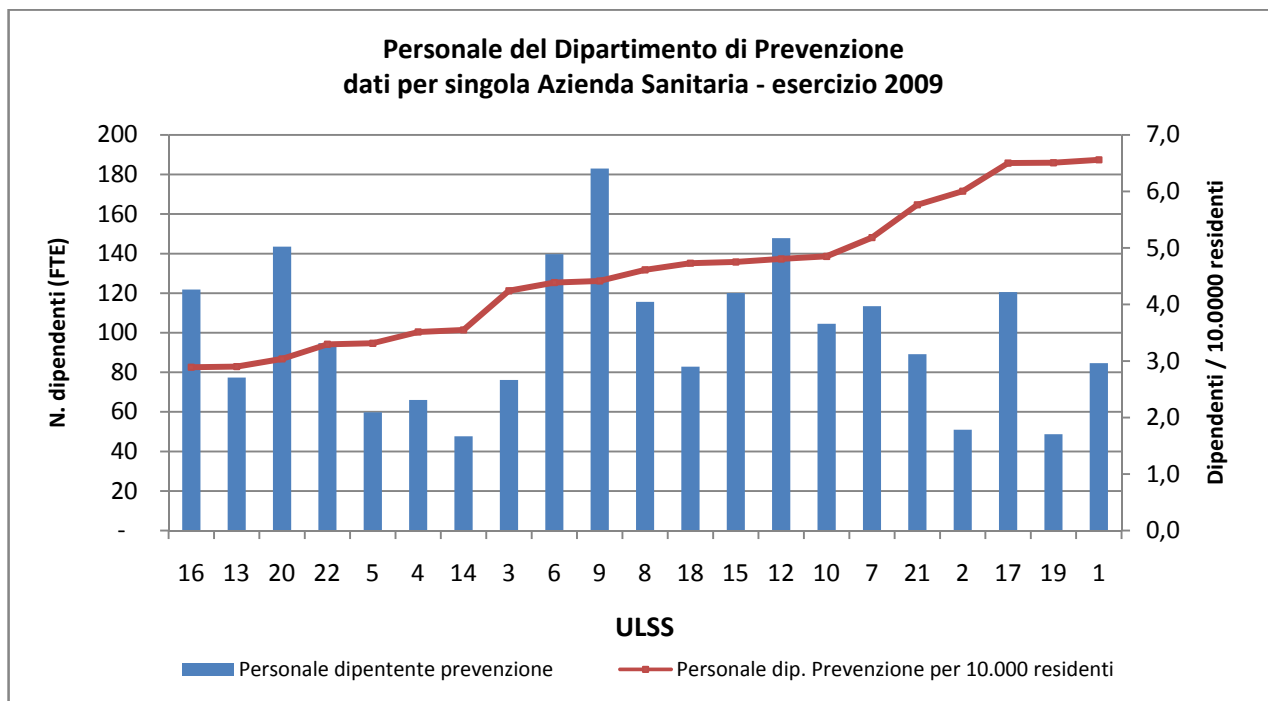


Grafico 32 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

2.5. Dotazione di personale dipendente del SSSR veneto

2.5.1. Analisi regionale e per profilo professionale

La dotazione di personale dipendente, espressa in FTE, è incrementata del 2,4% nel periodo 2006-2009. Rapportata alla popolazione residente, la dotazione di personale risulta sostanzialmente invariata.

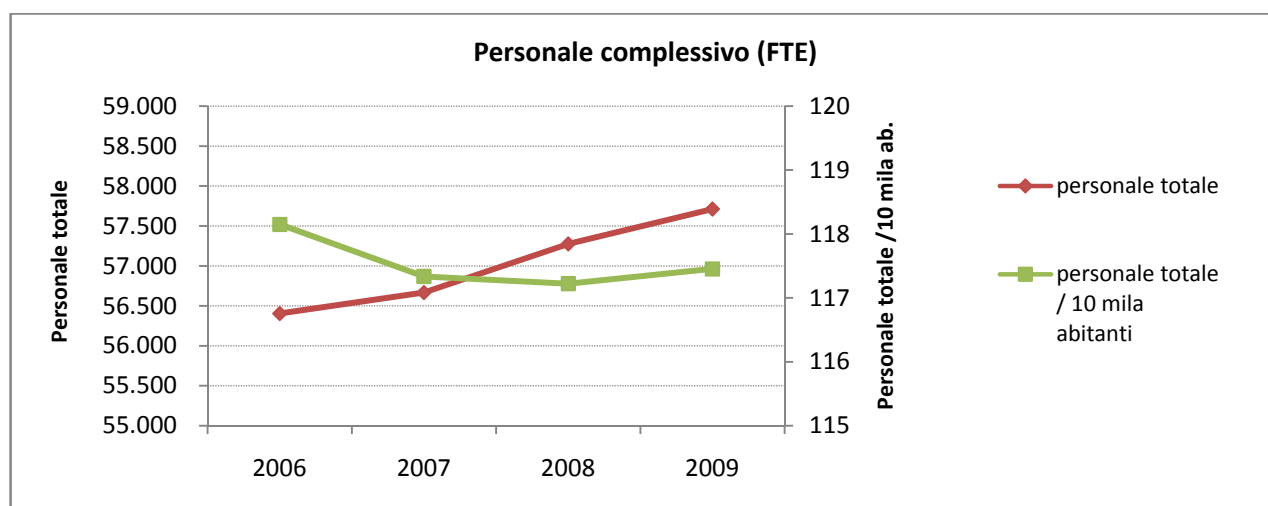


Grafico 33 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Si può osservare, dallo schema seguente, come tale crescita sia riscontrata nelle funzioni di erogazione di servizi sanitari, mentre il personale delle attività di supporto decresce sensibilmente a seguito delle progressive esternalizzazioni di servizi *no core*¹⁵.

Funzione	2006	2007	2008	2009	Variaz. 2009 - 2006
Ospedaliera	41.368	41.684	42.361	43.060	4,1%
Distrettuale	6.909	6.772	6.817	7.194	4,1%
Prevenzione	1.942	2.033	2.050	2.088	7,5%
Servizi Generali	6.205	6.127	6.044	5.443	-12,3%
Totale	56.425	56.616	57.273	57.785	2,4%

Tabella 8 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il personale medico si incrementa, nel periodo in esame, del 3,6%, mantenendo sostanzialmente invariata l'incidenza sulla popolazione residente.

¹⁵ Servizi non sanitari.

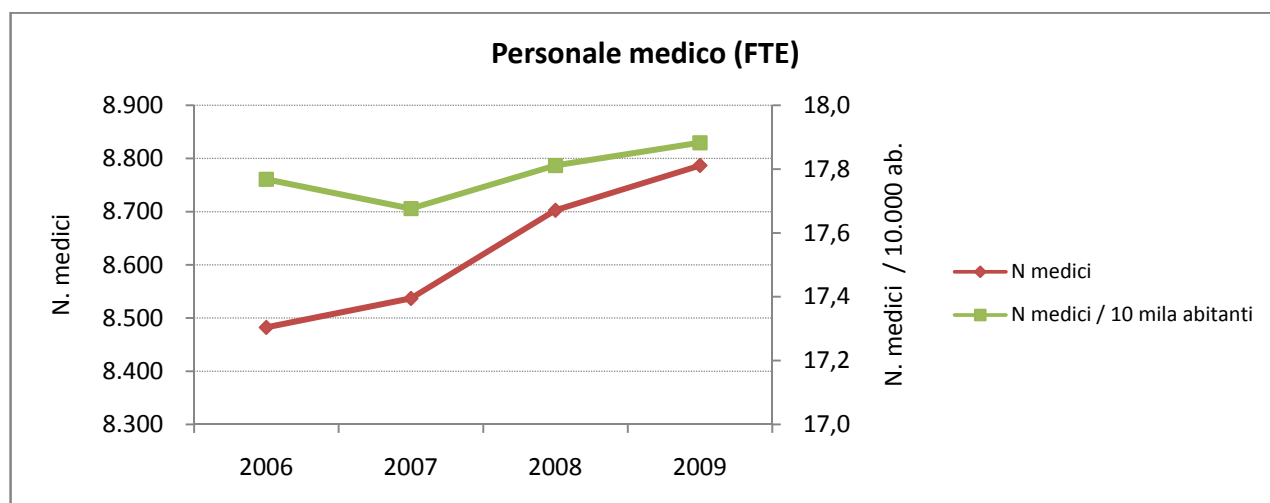


Grafico 34 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

L'aumento della popolazione anziana, l'evoluzione scientifica e tecnologica, la domanda di prestazioni sempre più qualificate e la carenza del numero degli infermieri, hanno richiesto l'individuazione di figure professionali di supporto alle attività assistenziali per permettere agli infermieri stessi di svolgere prestazioni più complesse ed appropriate al loro nuovo ruolo professionale.

Il personale addetto all'assistenza, nel presente lavoro, include pertanto il personale infermieristico, gli Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza (OTA), gli Operatori Socio Sanitari (OSS).

Il personale infermieristico si è mantenuto pressoché costante nel periodo (+1%) mentre il numero di OTA e OSS si è incrementato del 14,5%.

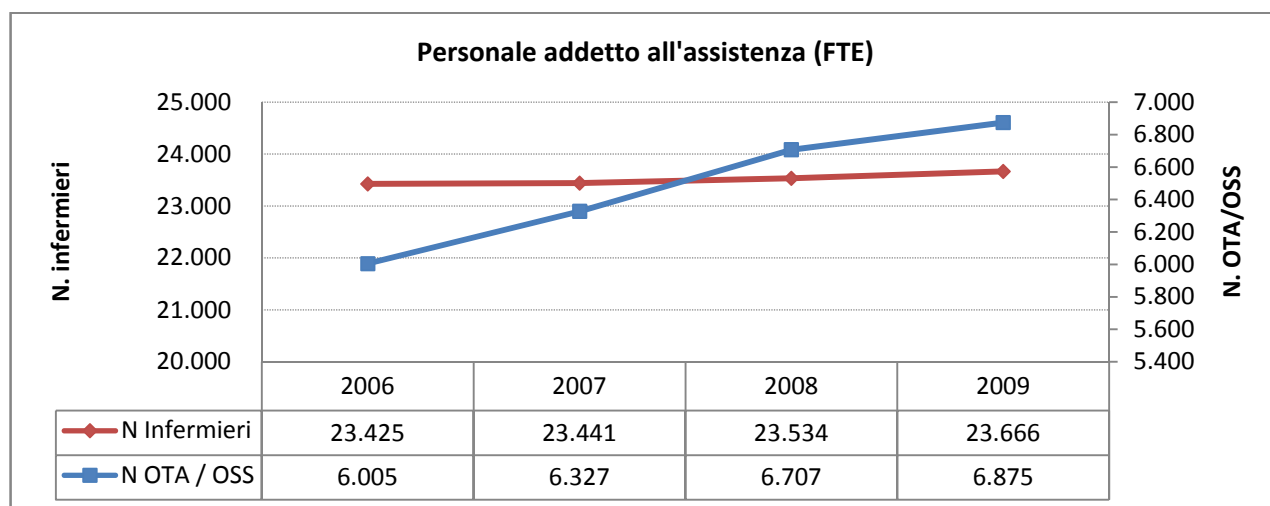


Grafico 35 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

La crescita del personale OTA/OSS ha comportato un lieve incremento dell'incidenza di personale addetto all'assistenza, in rapporto alla popolazione residente.

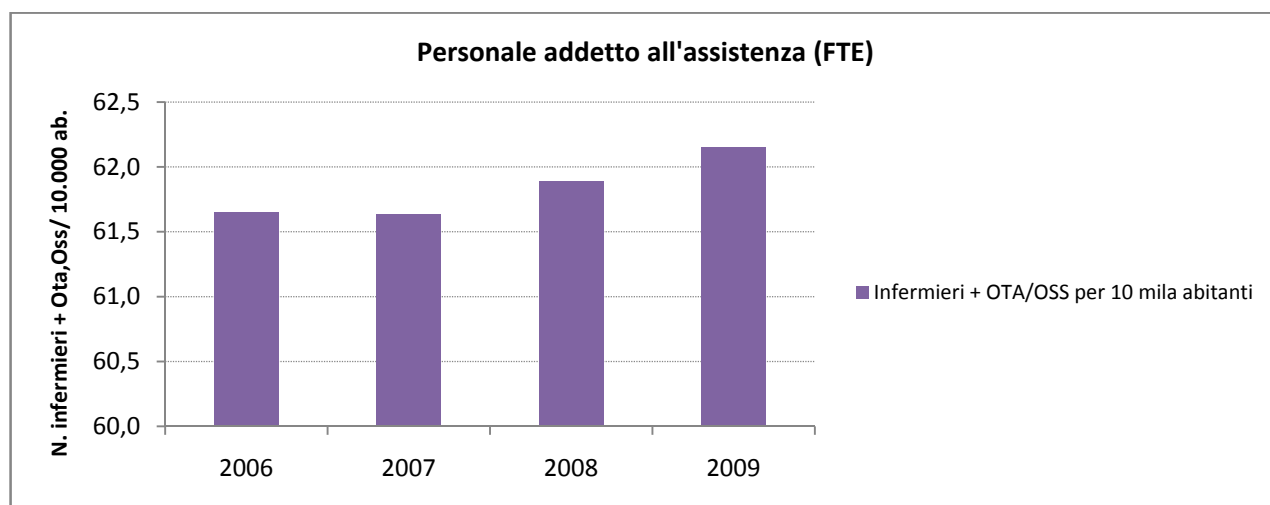


Grafico 36 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il rapporto tra infermieri e OTA/OSS costituisce un indicatore per misurare il progressivo adeguamento agli standard assistenziali sopra citati, per un uso appropriato ed efficiente della figura professionale dell'infermiere, che presenta altresì crescenti problemi di reperimento sul mercato del lavoro. Il grafico di seguito rappresentato illustra il progressivo avvicinamento dell'indicatore verso standard di maggiore appropriatezza assistenziale¹⁶.

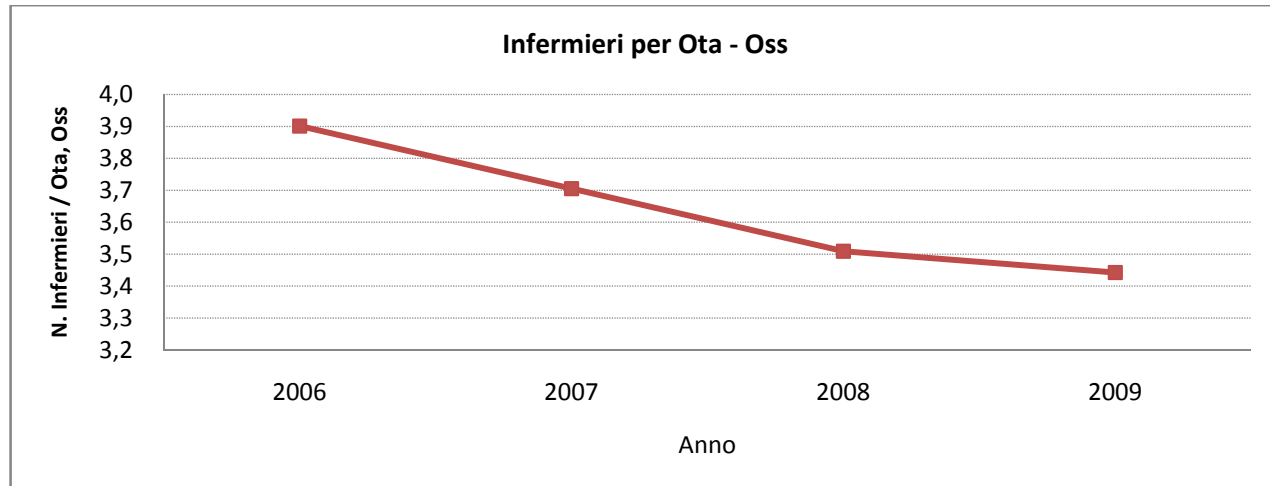


Grafico 37 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

I grafici di seguito proposti evidenziano l'andamento delle altre figure professionali di ruolo sanitario e ruolo non sanitario.

¹⁶ Lo standard è definito dall'Allegato "A" alla DGR n. 3093 del 03.10.2006: 3 infermieri per OTA/OSS.

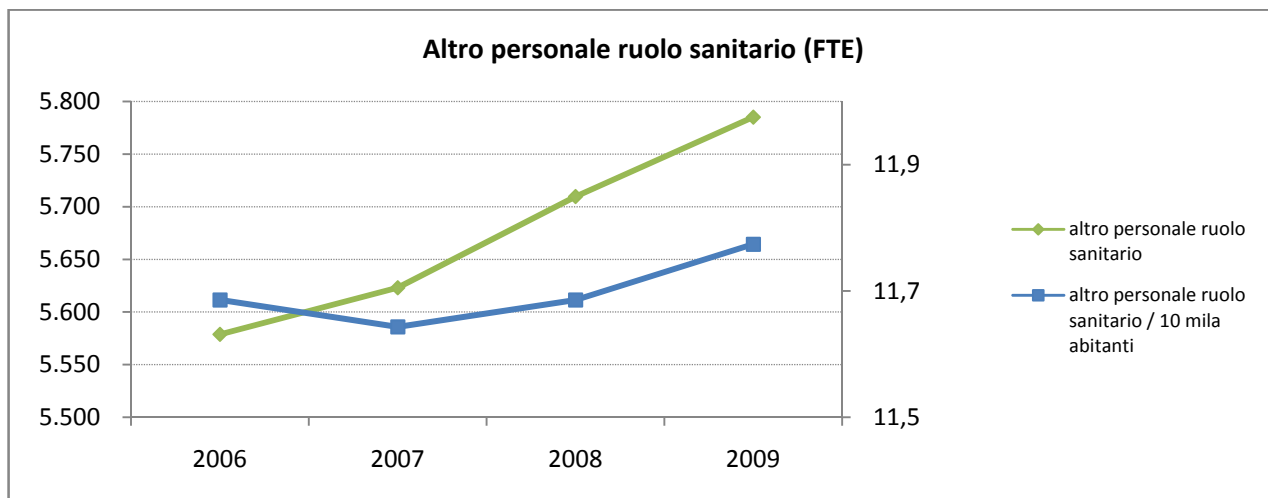


Grafico 38 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

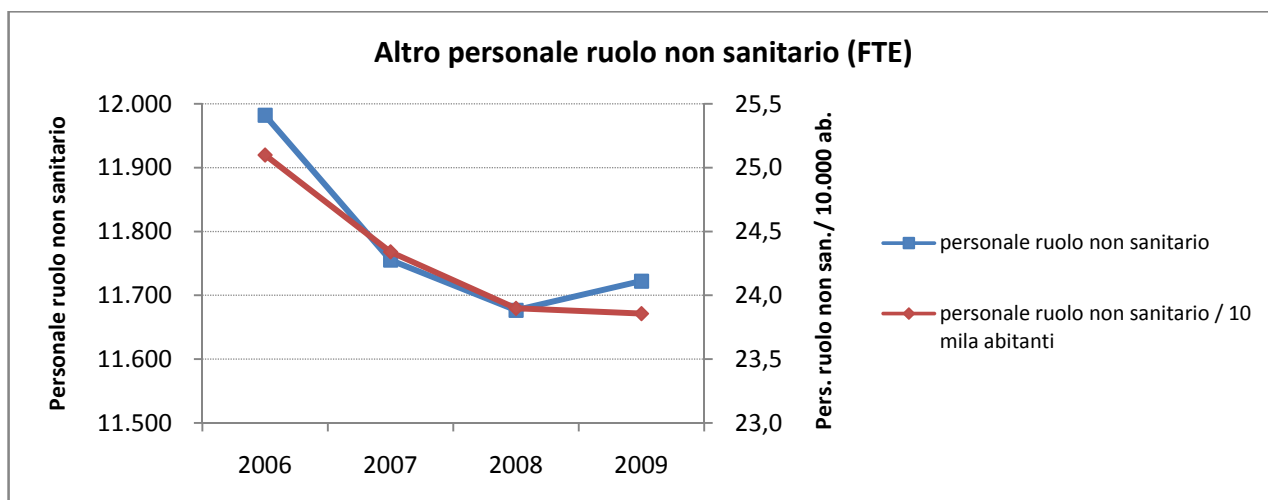


Grafico 39 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

In quest'ultimo caso assistiamo ad una riduzione (-2,2%) del personale, pari a circa 260 unità FTE.

Tale decremento, tuttavia, è da imputare in parte rilevante alla riduzione dei profili tecnici ausiliari. Il personale amministrativo risulta, nel periodo, in incremento del 5,4% (+172 FTE). Il personale dirigenziale registra una flessione (-2,4%).

2.5.2. Analisi aziendale e per area gestionale

Approfondendo l'analisi per singola Azienda ULSS, si propone un'analisi della dotazione di personale, espressa sempre in FTE, rapportata alla popolazione residente.

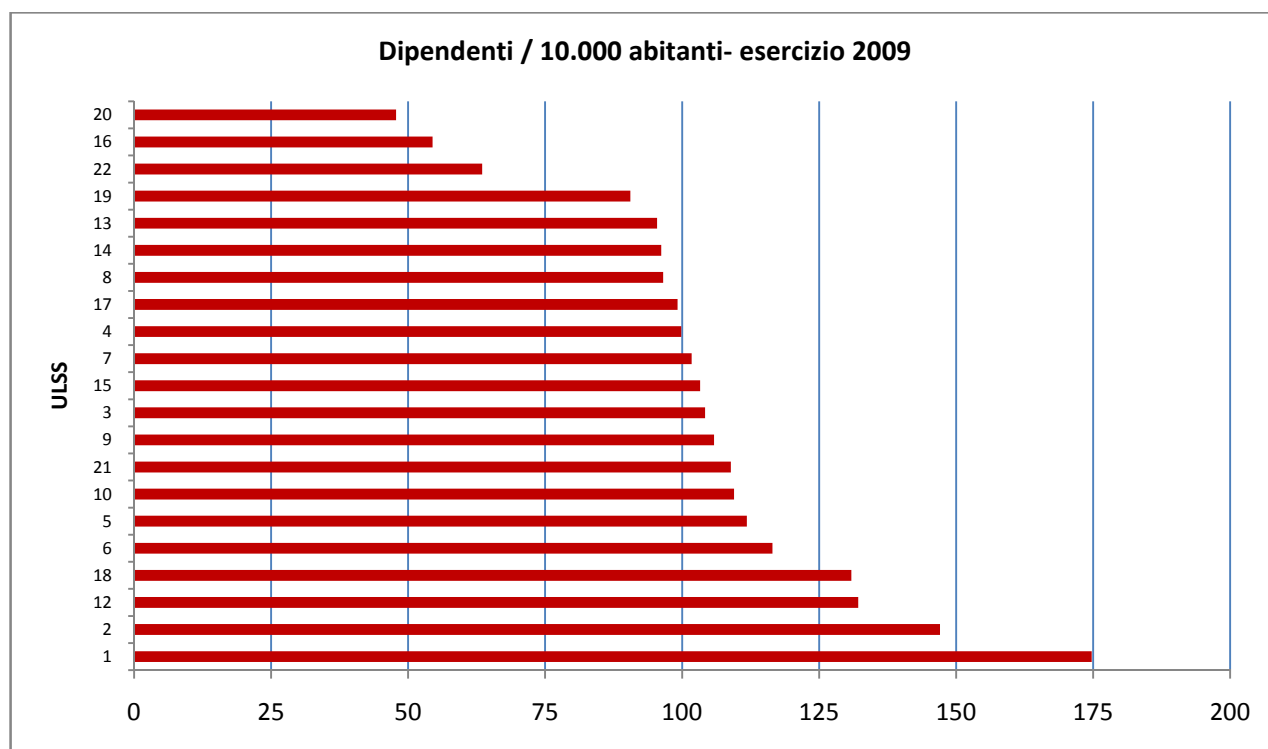


Grafico 40 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il grafico 40 richiede alcuni brevi commenti.

La dotazione delle Aziende ULSS 16 (Padova), ULSS 20 (Verona) e ULSS 22 (Bussolengo) appare particolarmente ridotta, in rapporto alla popolazione residente, rispetto alle altre Aziende Sanitarie.

Tale risultato è spiegato dalla presenza, nel territorio di tali Aziende ULSS, di altri soggetti che erogano un'quota rilevante di prestazioni sanitarie. Le Aziende ULSS 16 e ULSS 20, infatti, vedono insistere sul proprio territorio le rispettive Aziende Ospedaliere: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto (a Padova).

L'ULSS 22, invece, si caratterizza per una importante presenza sul territorio di strutture private accreditate.

Approfondendo l'analisi, è possibile distinguere tra funzione ospedaliera e funzione distrettuale di ciascuna Azienda ULSS.

Il grafico 41 affianca il numero di dipendenti pubblici ospedalieri ogni 10.000 residenti alla percentuale del Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato (TOS*) di ciascuna Azienda ULSS, con riferimento ai soli pazienti ricoverati presso presidi ospedalieri pubblici propri dell'ULSS.

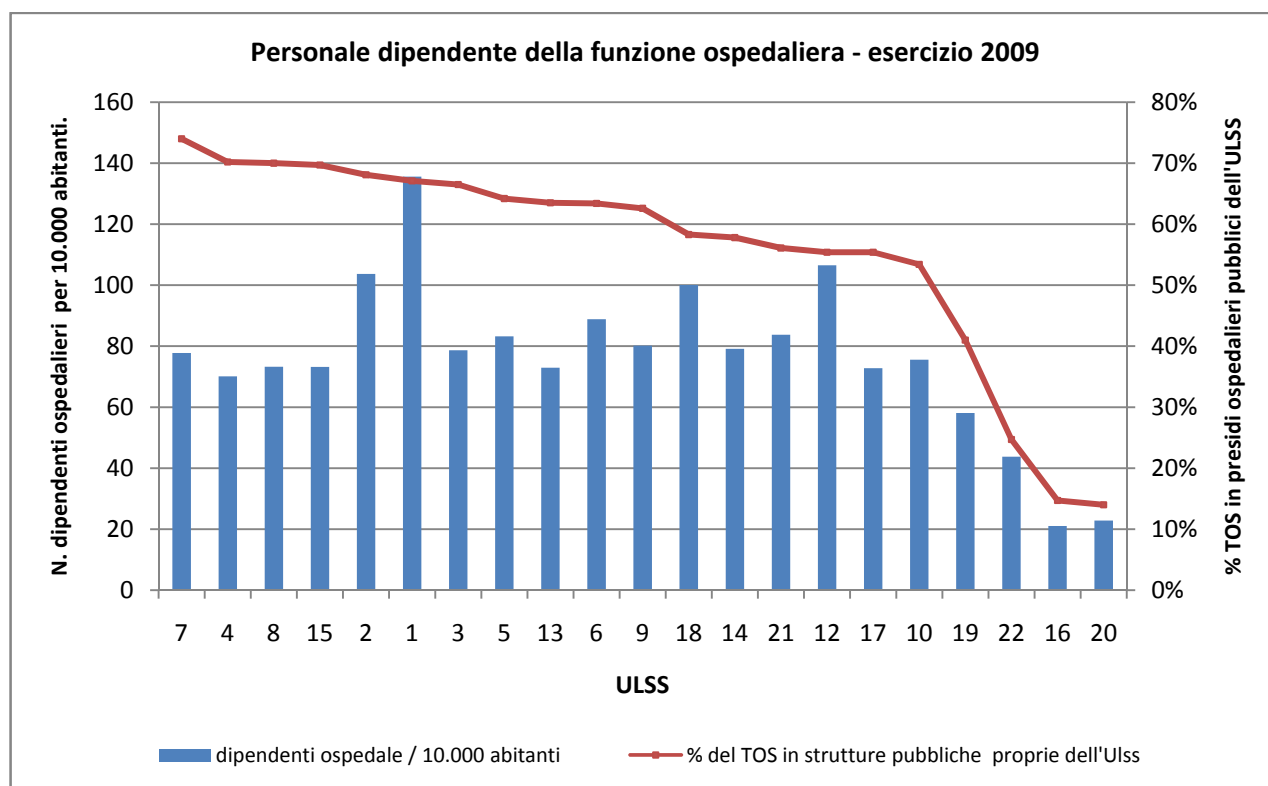


Grafico 41 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie. Per il TOS, si veda par. 2.2.2.

Un elevato TOS* indica che i residenti dell'ULSS sono prevalentemente ricoverati nei presidi pubblici dell'ULSS stessa. Viceversa una bassa percentuale indica che i residenti dell'ULSS sono prevalentemente ricoverati in strutture private della stessa ULSS e/o in strutture pubbliche o private di altre ULSS o Regioni, ovvero nelle Aziende Ospedaliere e nello IOV.

Ne consegue che ad un basso TOS* tendenzialmente dovrebbe essere associato un più basso valore del personale della funzione ospedaliera.

Anche se una quota del personale dipendente della funzione ospedaliera non è impiegato in attività di ricovero (ma ad esempio per attività di specialistica ambulatoriale) ci si attenderebbe un andamento dell'istogramma decrescente, da sinistra a destra, in corrispondenza della decrescita del TOS*. In realtà si evidenzia come ciò non accada in generale e, in particolare, per le Aziende ULSS 1 di Belluno, 2 di Feltre, 18 di Rovigo, 12 di Venezia.

Il fenomeno evidenziato risulta di più immediata comprensione nel grafico 42 in cui viene rappresentato il personale dipendente della funzione ospedaliera proiettato matematicamente con un TOS* ipotizzato al 100%. Si rende così comparabile il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici delle Aziende ULSS.

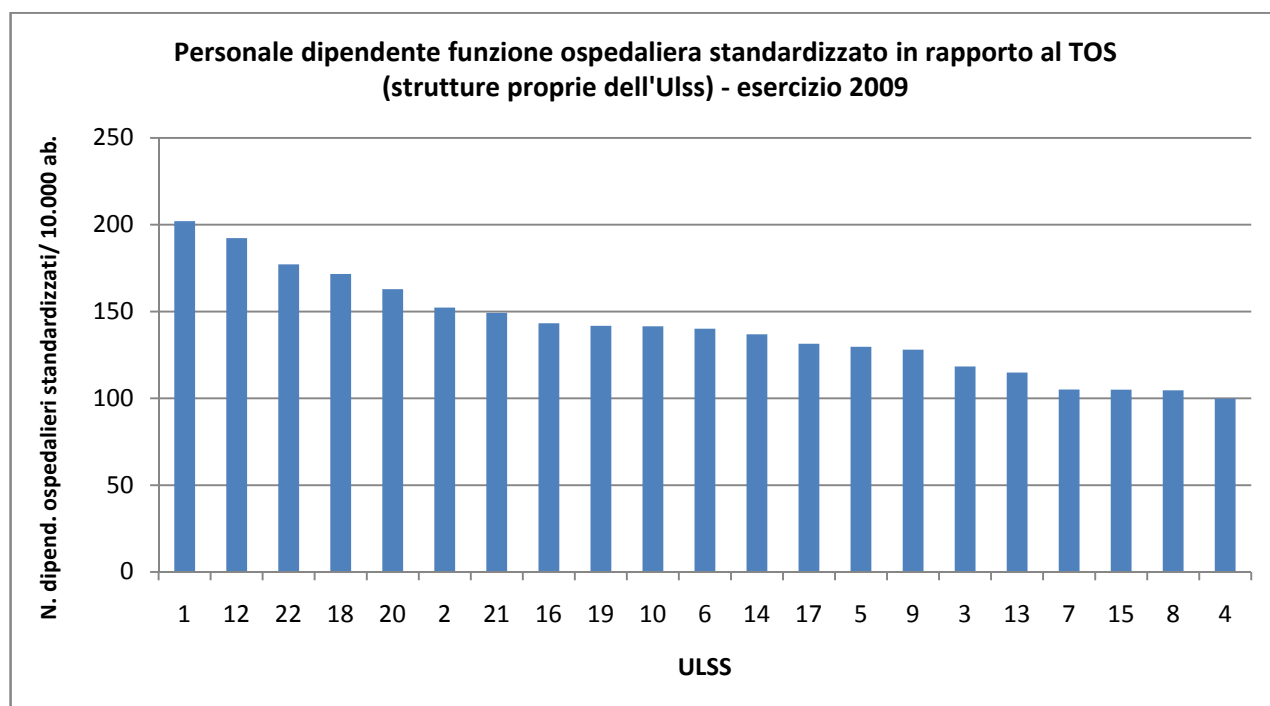


Grafico 42 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie. Per il TOS, si veda par. 2.3.

Completiamo l'analisi sulle risorse umane illustrando nel grafico 43 l'incidenza del personale dipendente impiegato in attività distrettuali in rapporto alla popolazione residente.

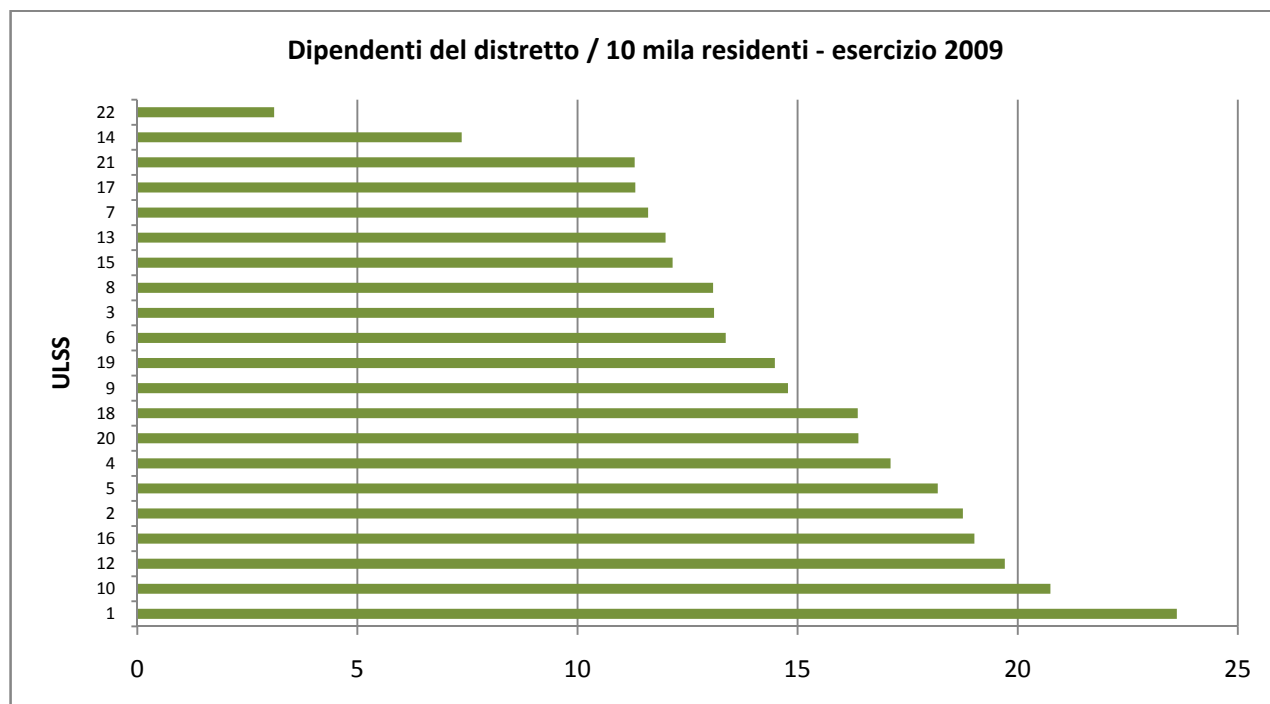


Grafico 43 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica.

2.6. Indicatori di bilancio

2.6.1. Sintesi economica

Una prima analisi proposta mette in evidenza il trend delle voci di ricavo e di costo aggregate per le Aziende Sanitarie. Si tenga presente che sia i ricavi che i costi includono la mobilità sanitaria intraregionale, la cui somma algebrica si elide a livello di consolidato regionale. Inoltre, i ricavi includono componenti positive di reddito extra riparto (es. compartecipazione alla spesa, libera professione, redditi patrimoniali ecc.) così come le corrispondenti voci di costo.

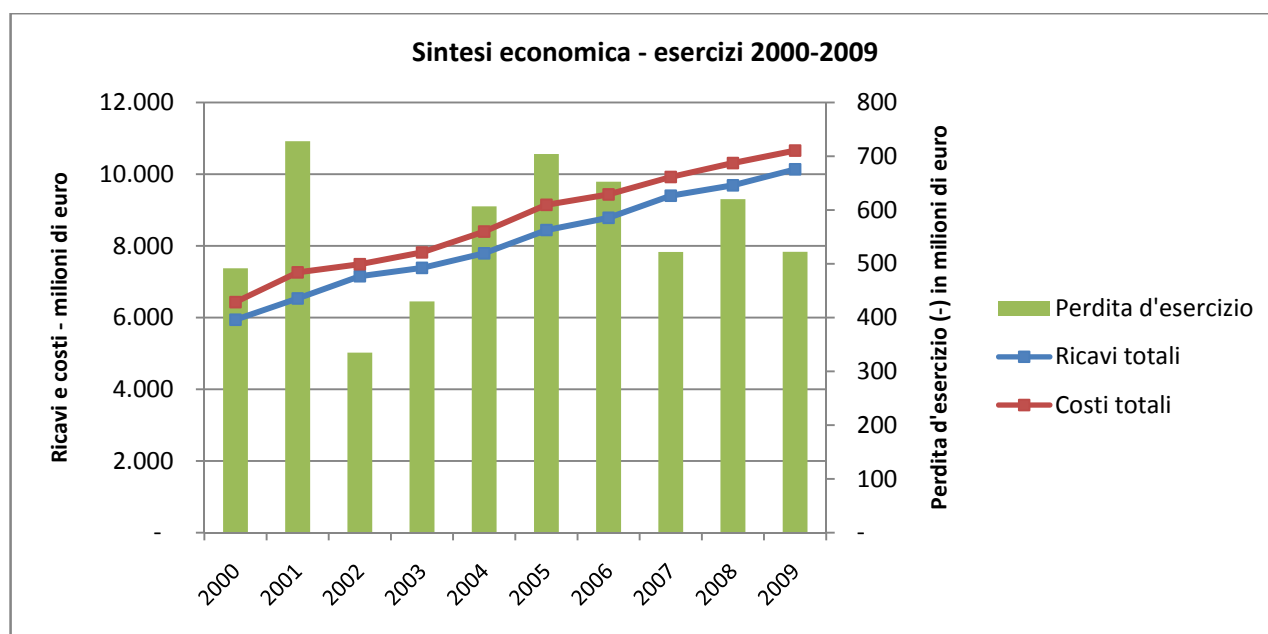


Grafico 44 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Il risultato d'esercizio, come si evince dal grafico 44, si mantiene in perdita intorno ai 5/600 milioni di euro. Per una migliore comprensione dell'incidenza del risultato economico, tuttavia, è necessario rapportarlo alla dimensione dei costi complessivi.

Il grafico 45, infatti, mette in evidenza che l'incidenza della perdita d'esercizio rispetto al totale dei costi tende a mantenersi o anche lievemente a ridursi negli ultimi esercizi.

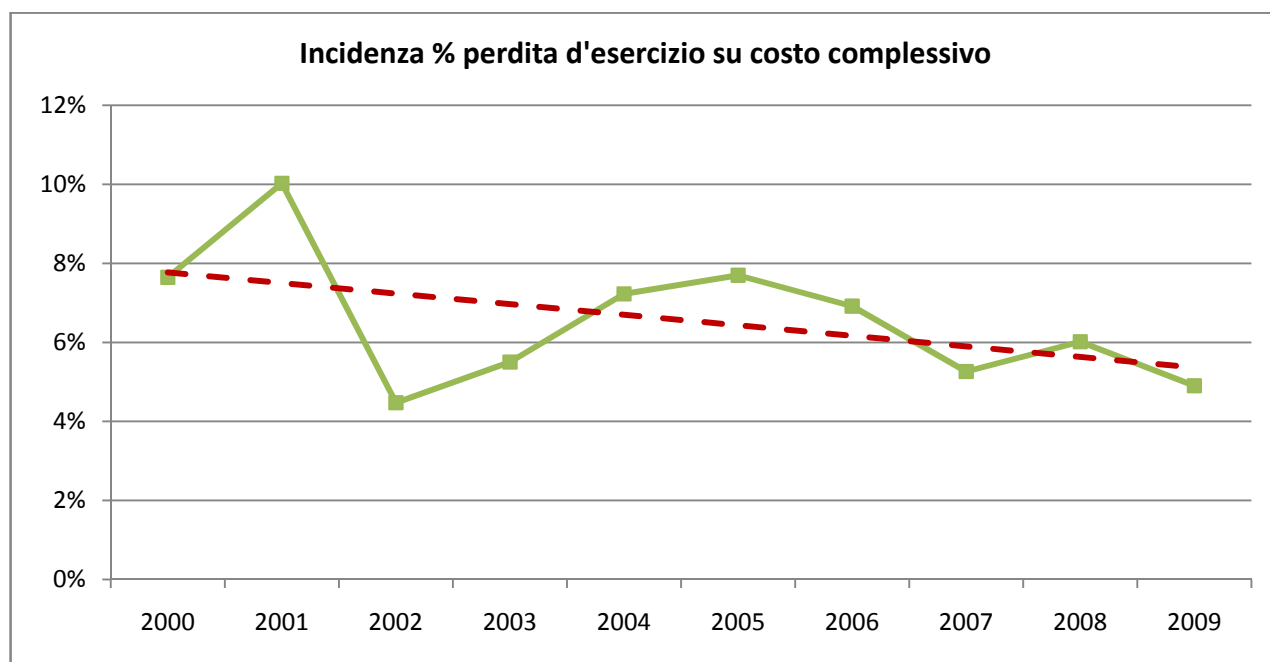


Grafico 45 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Una rappresentazione alternativa consente di riportare ricavi e costi alla popolazione residente di ciascuna Azienda ULSS.

Lo schema che segue rapporta alla popolazione residente i ricavi sommati ai ripiani perdite.

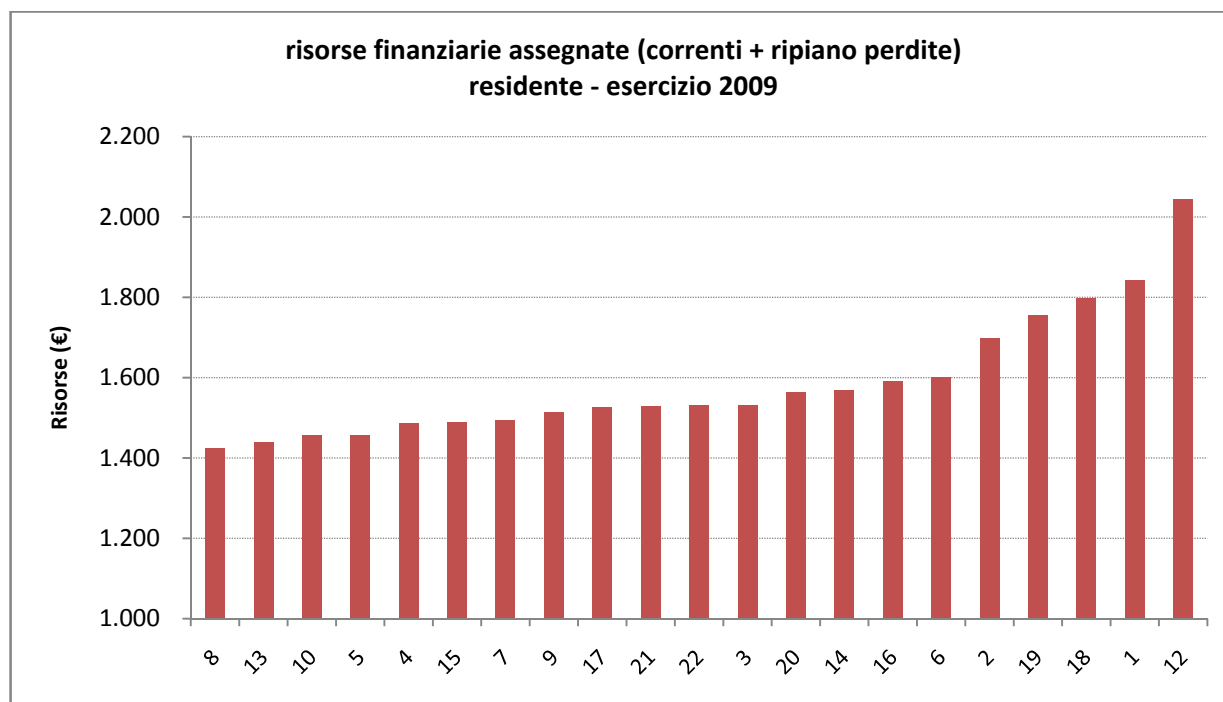


Grafico 46 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Il grafico 47, invece, confronta i costi medi per residente di ciascuna Azienda ULSS. Si precisa che i costi includono anche la mobilità passiva e altre voci non coperte da finanziamento regionale, ma da ricavi propri (es. libera professione).

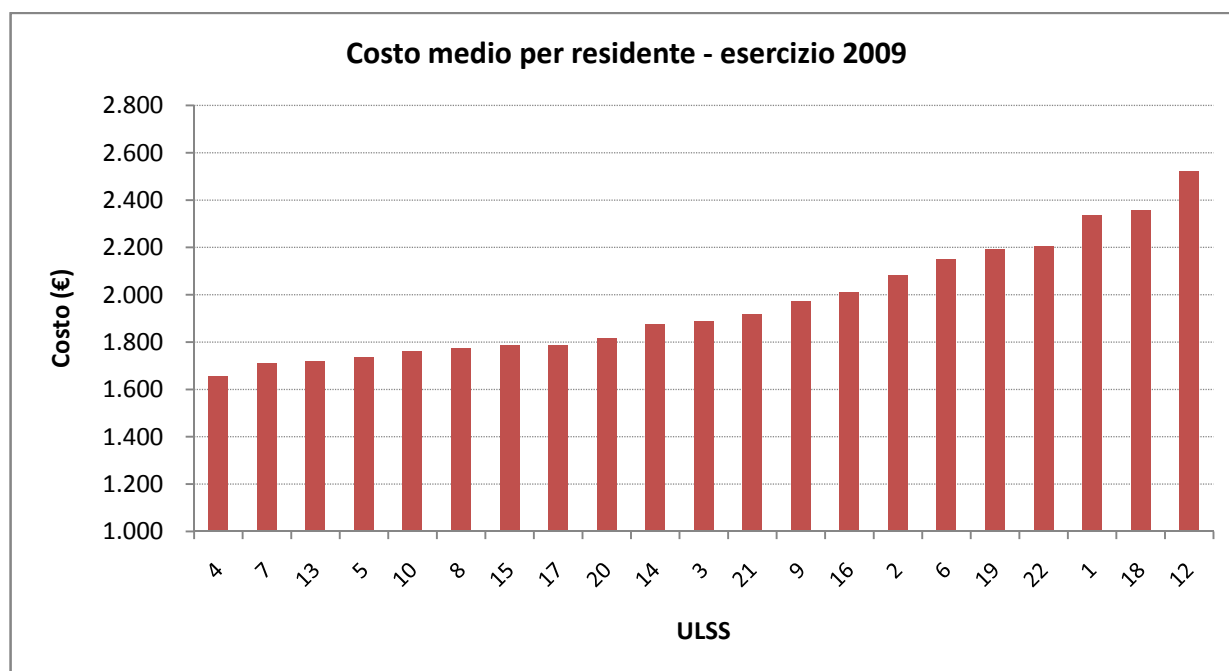


Grafico 47 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Un'altra prospettiva di analisi di particolare interesse è rappresentata dall'incidenza delle varie voci di costo, in rapporto ai contributi in c/esercizio i quali approssimano la capacità di finanziamento della spesa corrente del Sistema Socio Sanitario Regionale. Il grafico che segue illustra l'andamento delle principali voci. È importante evidenziare i costi (quali l'acquisto di servizi sanitari) che presentano tassi di incremento superiori alla crescita delle disponibilità finanziarie del sistema.

Un fenomeno da sottolineare è rappresentato dalla progressiva minore incidenza dei costi del personale sul finanziamento totale, a fronte di una corrispondente crescita dell'acquisto di servizi da soggetti privati.

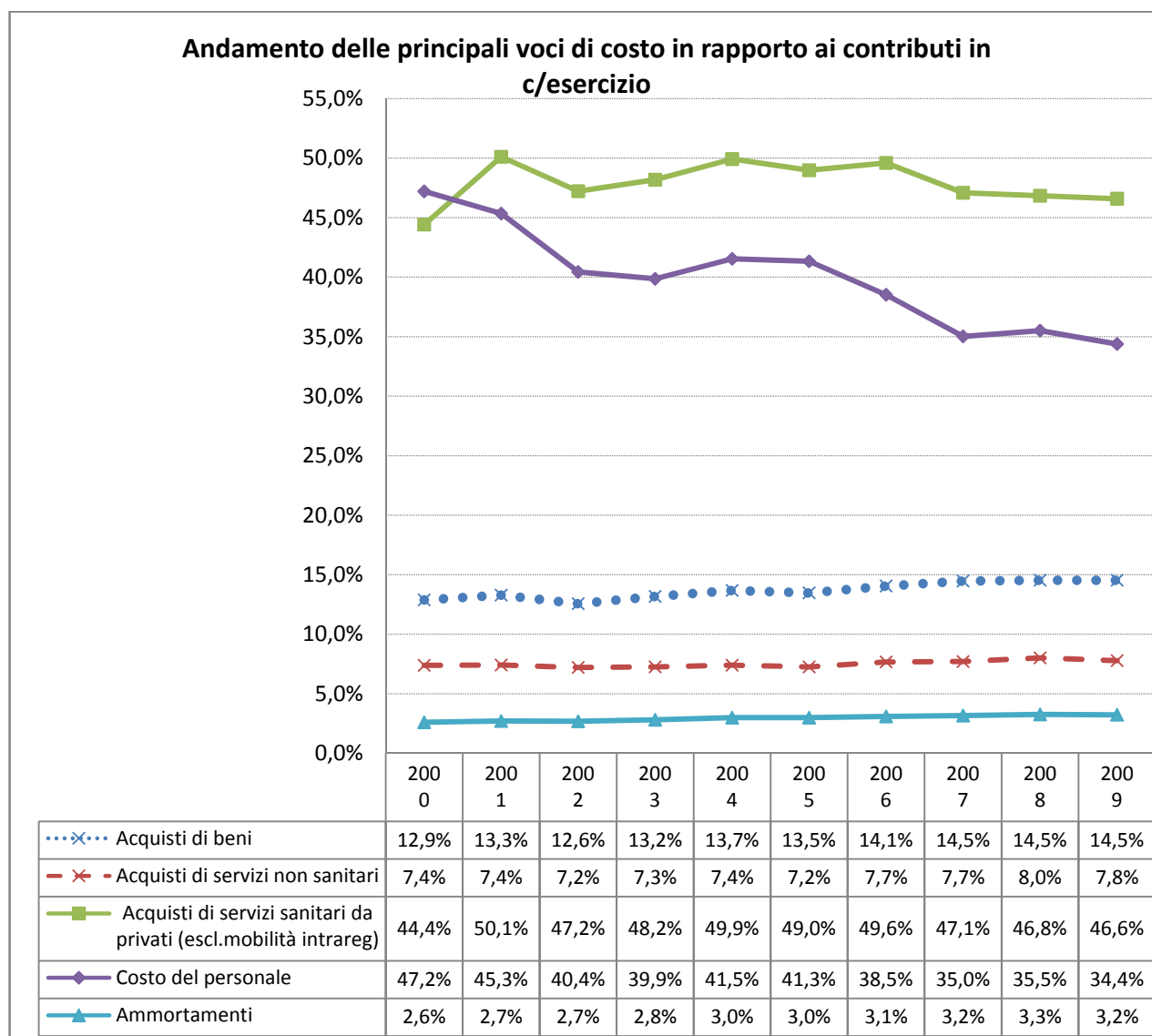


Grafico 48 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Di seguito sarà data evidenza dell'andamento nel periodo delle principali voci economiche positive (ricavi) e negative (costi).

2.6.2. Dettaglio ricavi e costi d'esercizio

I contributi in conto esercizio, come di seguito rappresentati, sono sostanzialmente costituiti dalle risorse di riparto, addizionate ad altre voci di natura pubblica e privata. I contributi in c/esercizio si incrementano, nel periodo 2000-2009, di circa il 73%.

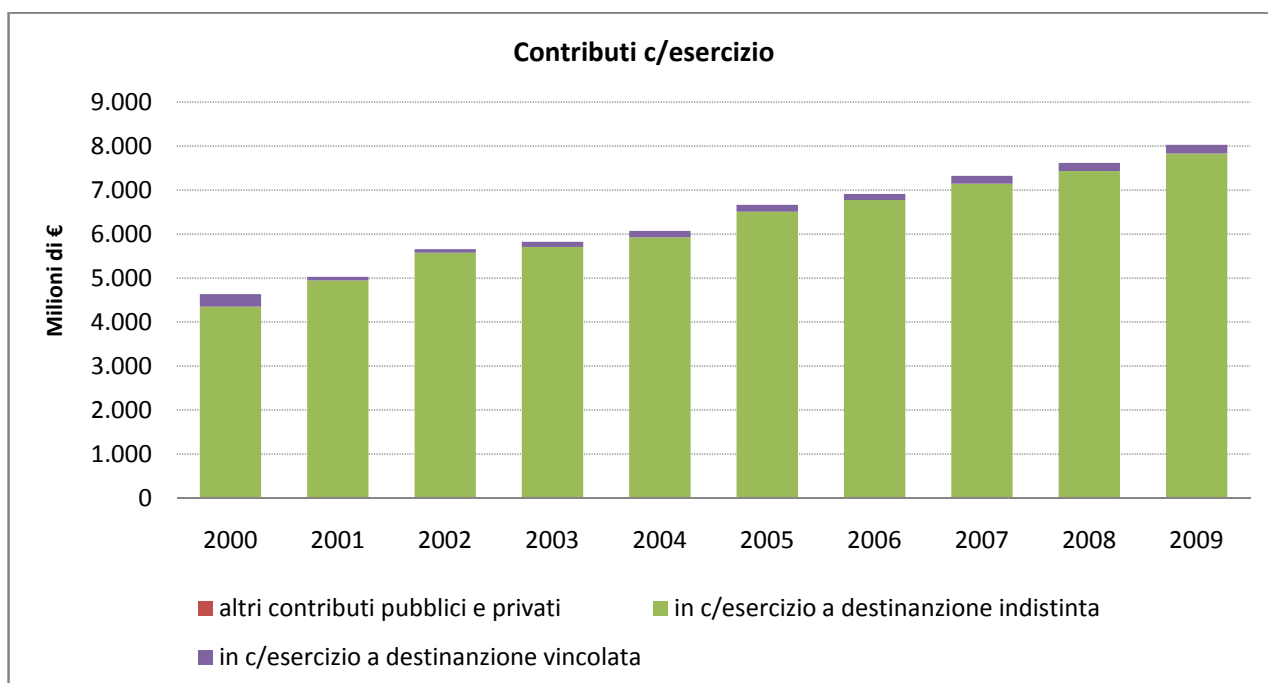


Grafico 49 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Gli acquisti di beni di consumo recepiscono invece, nel periodo, un incremento pari al 95,5%. L'incidenza degli acquisti di beni di consumo sui contributi in c/esercizio risulta in incremento negli ultimi esercizi.

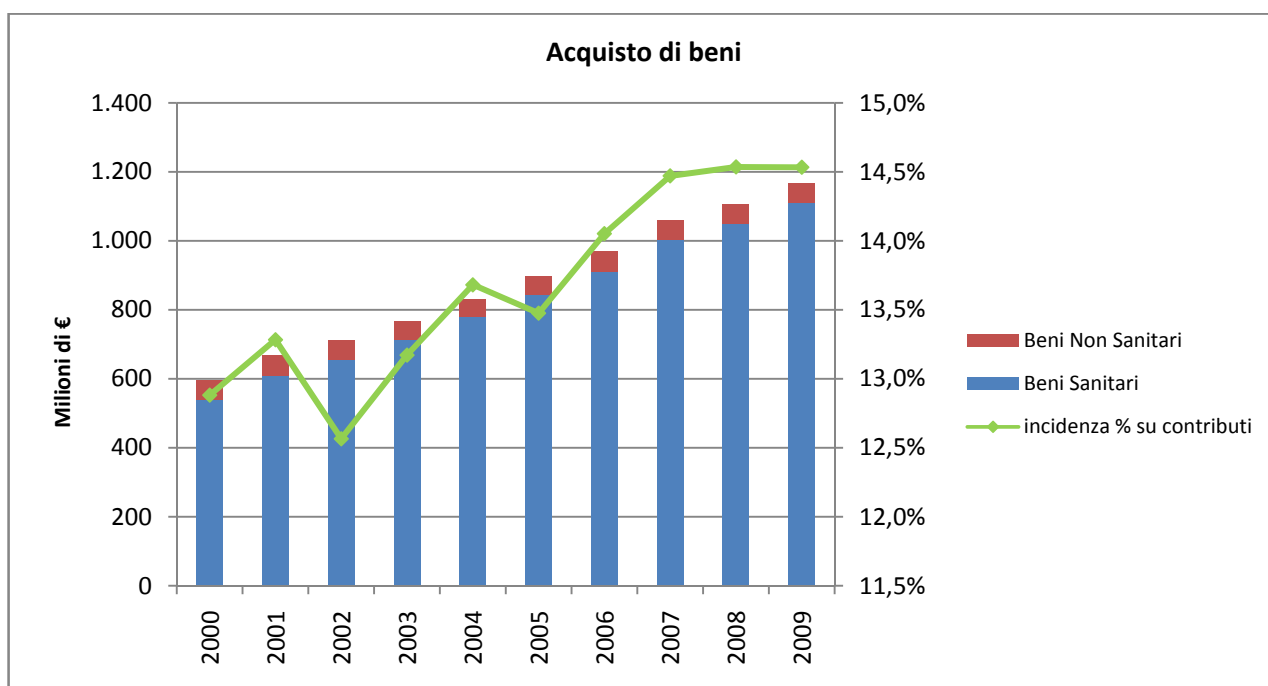


Grafico 50 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Di seguito si propone un dettaglio delle voci di acquisto di beni sanitari e di composizione percentuale delle stesse, da cui si evince il peso crescente assunto dal costo dei prodotti farmaceutici.

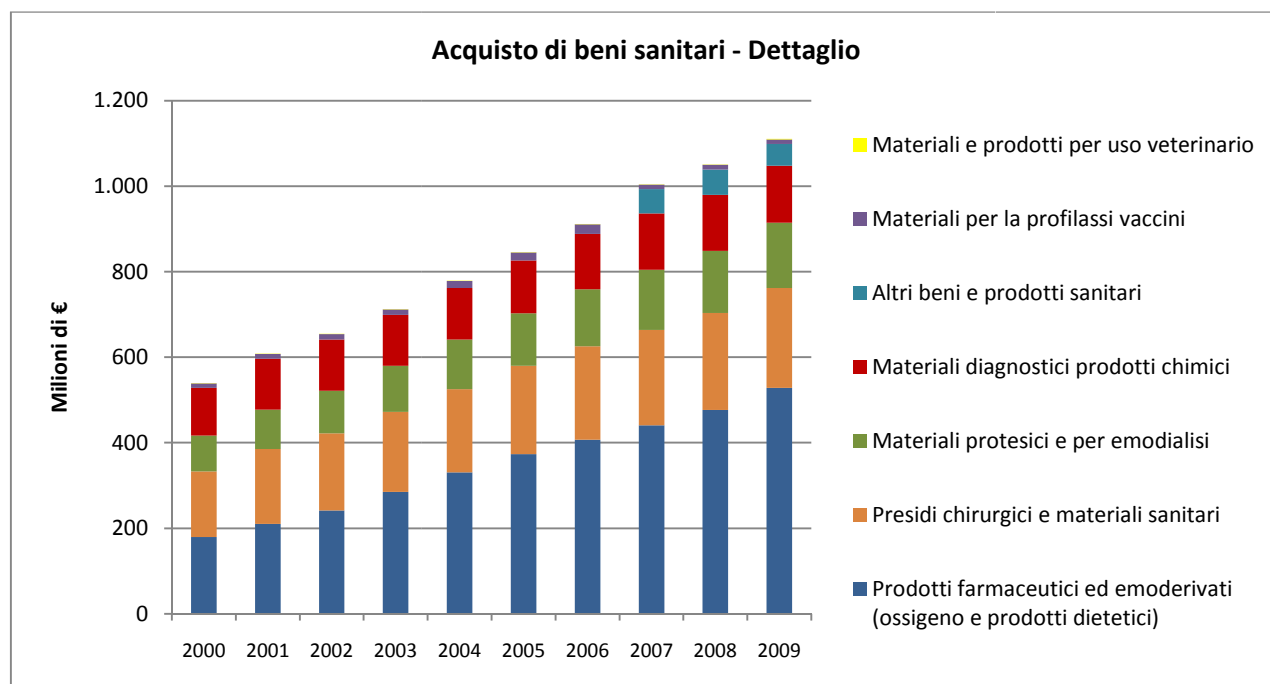


Grafico 51 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

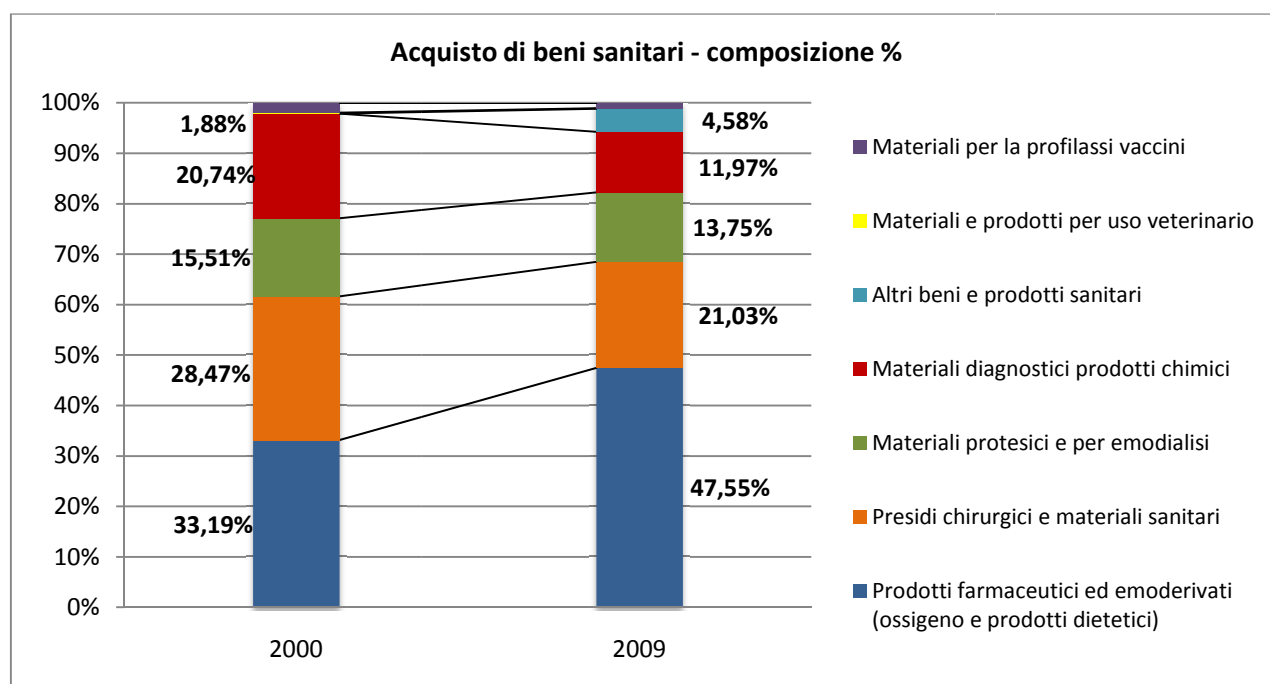


Grafico 52 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Gli acquisti di servizi incidono per il 74% sul totale dei contributi. Tale incidenza si riduce al 58% detratta la mobilità passiva intraregionale che, sul bilancio consolidato regionale, presenta un saldo algebrico nullo.

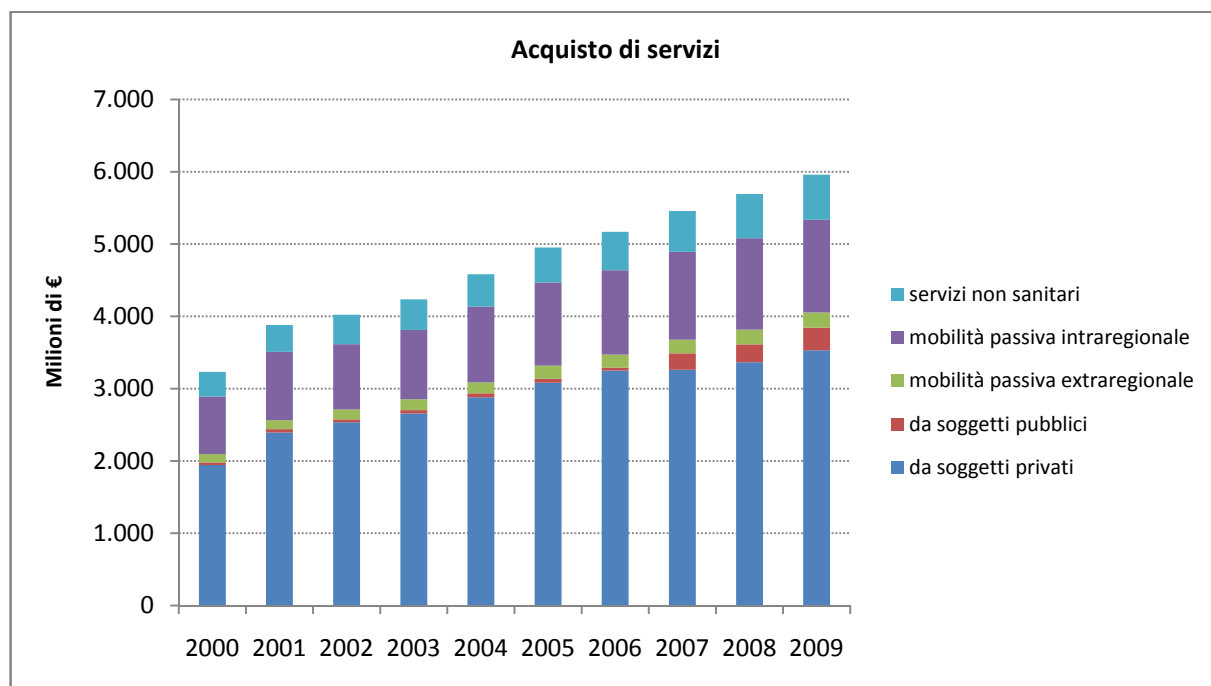


Grafico 53 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Come si evidenzia, la componente più significativa di costo è rappresentata dall'acquisto di servizi sanitari da soggetti privati, la cui incidenza sul totale dei contributi in c/esercizio passa dal 44,4% del 2000 al 46,6% del 2009.

Il grafico 54 dettaglia tale voce di costo nelle componenti fondamentali.

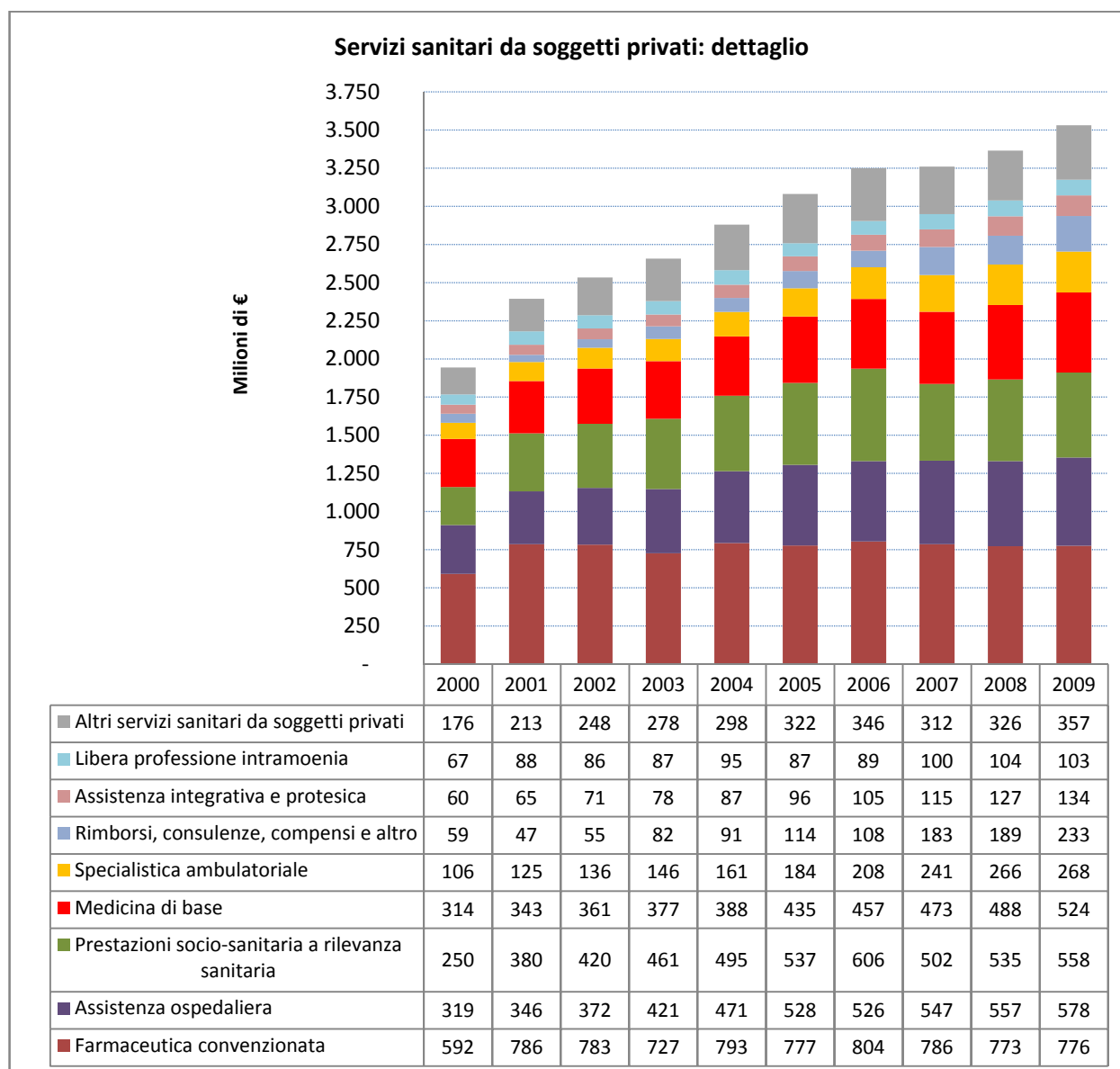


Grafico 54 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Il tasso di crescita di tali voci è riportato nel successivo grafico 55, dal quale si evince che, negli ultimi esercizi, l'incremento più significativo è stato riscontrato nell'acquisto di prestazioni per specialistica ambulatoriale e prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria, mentre l'assistenza ospedaliera presenta tassi di incremento più contenuti.