

PARTE SECONDA
I livelli di assistenza assicurati

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI LAVORO

3.1 Profilassi delle malattie infettive e diffuse

VACCINAZIONI

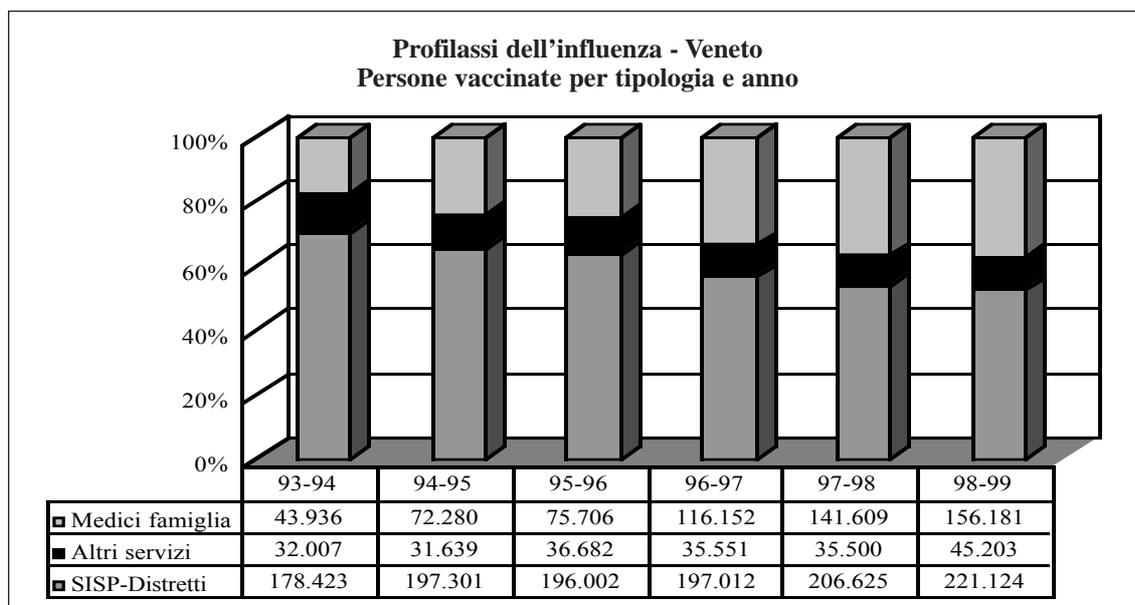
Influenza

Per quanto riguarda l'attività di profilassi delle malattie infettive dell'infanzia e di quelle prevenibili tramite vaccinazione, si rimanda al capitolo relativo sullo stato di salute della popolazione.

Di seguito si presenta il risultato della campagna di vaccinazione contro l'influenza condotta dalle ULSS del Veneto nella stagione 1998 - 1999.

L'influenza è la malattia infettiva cui è associata la più elevata mortalità nei Paesi sviluppati. Per conoscere l'andamento delle epidemie influenzali è attivo da molti anni in Veneto il primo Sistema di Sorveglianza che si basa sulle segnalazioni di sindrome influenzale effettuate volontariamente da circa 100 "medici sentinella".

L'epidemia influenzale della stagione 1998-1999 è risultata la più importante verificatasi nel Veneto negli ultimi 5 anni di attività del Sistema di Sorveglianza: è durata ben 10 settimane ed ha avuto una intensità superiore del 50 % alle epidemie registrate negli anni precedenti.

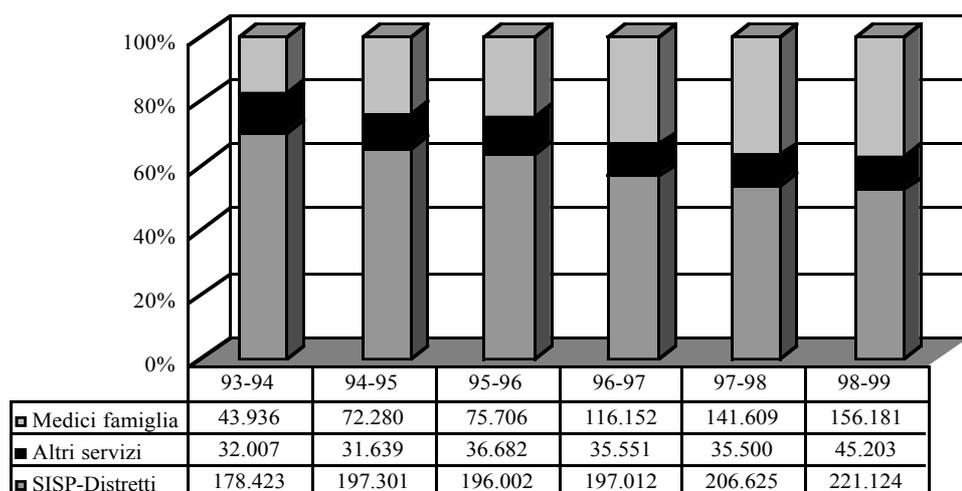


Nella stagione 1998-1999 sono stati vaccinate oltre 422.000 persone, con un incremento rispetto all'anno precedente di circa il 10 %.

La maggior parte dei soggetti vaccinati è costituita, come negli anni precedenti, da persone di età superiore ai 65 anni, raggiungendo un livello di copertura della popolazione anziana residente del 42,8%. Nonostante questa percentuale sia cresciuta negli anni (+3,2% rispetto all'anno precedente), non ha ancora raggiunto il valore previsto dal PSN. Anche considerando la quota di anziani che si sono vaccinati acquistando direttamente il vaccino presso le farmacie, stimata in un ulteriore 9,7%, la copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione ultrasessantacinquenne della regione Veneto, risulterebbe pari al 52,5%.

Le persone di età inferiore ai 65 anni vaccinate perché presentavano una malattia per la quale è indicata la vaccinazione contro l'influenza sono anch'esse aumentate negli ultimi anni raggiungendo quasi 62.000 persone, cui si aggiungono circa 22 mila soggetti vaccinati perché presentavano altre indicazioni alla vaccinazione o l'avevano richiesta ed eseguita a pagamento.

Profilassi dell'influenza - Veneto
Persone vaccinate per tipologia di esecutori



Oltre la metà delle dosi sono state eseguite direttamente dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ULSS, ma sempre più importante è il contributo alla vaccinazione dai parte dei Medici di Medicina Generale.

Nel corso dell'ultima campagna, l'incremento rispetto all'anno precedente è stato per entrambi di 15.000 persone (+10,3% dai Medici di Medicina Generale, +7% dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica).

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Prevenzione - Servizio Epidemiologia e Sanità Pubblica - Rilevazione specifica presso le Aziende ULSS.

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

3.2 Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro

PREMESSA METODOLOGICA

Per quanto riguarda i dati di seguito presentati si precisa quanto segue:

- Per addetti e unità produttive sono stati utilizzati i dati ricavati dal “Censimento generale dell’industria e dei servizi – Anno 1991” e dal “Censimento generale dell’agricoltura – Anno 1990”. Gli stessi, seppure non recenti, comprendono l’universo del mondo del lavoro e sono definiti per singolo Comune ed è quindi possibile risalire alle diverse ULSS. Il confronto dei dati ISTAT ‘90-’91 con i dati INFOCAMERE (CCIAA) ha evidenziato una sostanziale sovrapposizione delle due fonti per quanto riguarda l’industria, ma una decisa sottostima INFOCAMERE degli addetti nel terziario, fatto attribuibile soprattutto alla non iscrizione alle Camere di Commercio degli enti pubblici. La variazione dell’occupazione nei diversi periodi cui si riferiscono le due fonti, inoltre, risulta “appiattita” dal fatto che alle Camere di Commercio la dichiarazione del numero degli addetti non è obbligatoria e vi è una discrepanza, variabile da provincia a provincia tra la data di registrazione del numero degli addetti e l’anno cui si riferiscono gli archivi stessi. Per motivi analoghi è stata scartata l’ipotesi di utilizzare i dati sugli occupati forniti dall’INAIL (gravissima sottostima rispetto ai dati ISTAT e INFOCAMERE) e dall’ISPESL (ottima ponderazione degli occupati, purtroppo tali dati sono disponibili solo per l’“industria”).
- Il numero degli occupati nel terziario “con rischio significativo” è stato stimato estrapolando dal terziario quei comparti che storicamente hanno evidenziato rischi per gli occupati, cioè i settori ISTAT (ATECO 91) G 50.2 - “manutenzione e riparazione di autoveicoli”, G 50.4 - “commercio, manutenzione e riparazione di motocicli, accessori e pezzi di ricambio”, H 55.5 - “mense e fornitura di pasti preparati”, I 63.1 - “movimentazione merci e magazzinaggio”, N - “sanità e altri servizi sociali”, O 90 - “smaltimento dei rifiuti solidi, delle acque di scarico e simili”.
- I dati relativi all’attività e all’organico degli SPISAL del Veneto per gli anni 1998 e 1999 sono rilevati sulla base di un questionario compilato dai Responsabili dei Servizi SPISAL delle ULSS, raccolti a livello regionale dal Servizio per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro della Direzione per la Prevenzione della Regione del Veneto e valutati nell’ambito del coordinamento regionale.
- Il numero degli operatori equivalenti è stato ottenuto rapportando l’orario settimanale reso presso lo SPISAL dagli operatori al tempo pieno previsto per gli stessi (36 ore, ad esclusione dei medici, per i quali il tempo pieno è riferito alle 38 ore): ciò per correggere eventuali distorsioni legate alla diversa distribuzione di operatori a part-time oppure a scavalco con altri Servizi.
- Per quanto riguarda infine gli infortuni, i dati utilizzati si riferiscono all’anno 1997 e sono ricavati dai dati trasmessi dall’INAIL alle Regioni ai sensi del DPCM 9.1.1986. Essendo tali dati costituiti dagli eventi occorsi nel 1997 e “definiti” dall’INAIL entro il 1998 (ultimo archivio pervenuto), costituiscono circa il 98% degli infortuni dell’anno considerato (di cui circa il 27% è stato definito nel 1998). Inoltre, i dati INAIL, raccolti a scopo assicurativo, riguardano esclusivamente gli infortuni con più di tre giornate di inabilità e non rappresentano, pertanto, l’universo degli infortuni sul lavoro.
- Per la definizione dei casi “gravi” si è scelto di seguire i criteri previsti dalla normativa penale nelle fattispecie degli eventi “gravi”, “gravissimi” o “mortalità”: si sono perciò considerati il numero degli eventi che comportano inabilità superiore alle 40 giornate, quelli che comportano postumi permanenti e, tra questi, quelli che, nel regime assicurativo in vigore nel 1997, comportavano diritto ad indennizzo, cioè gli eventi con postumi superiori al 10%, oltre ovviamente agli eventi che hanno comportato la morte dell’infortunato.
- Si precisa infine che, per ora, non sono disponibili dati attendibili relativi alle malattie professionali, essendo incomplete le informazioni raccolte dall’INAIL; la Regione Veneto, peraltro, con il Piano Triennale per la Promozione della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 1999-2001 ha previsto l’istituzione di un Osservatorio di Epidemiologia Occupazio-

NORMATIVA

nale che ha come obiettivo primo l'attivazione di un sistema informativo sui casi di malattie professionali seguiti dagli SPISAL.

A fine 1998, con DGR n. 5083/98, sono stati approvati gli indirizzi generali del "Piano Regionale per la Promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro". Tale Piano persegue gli obiettivi indicati nella pianificazione nazionale e regionale, mirando ad avviare azioni finalizzate alla promozione degli stili di vita e di lavoro sicuri e responsabili, attraverso il potenziamento delle capacità di difesa e di auto-tutela dei soggetti coinvolti nei processi produttivi.

La strategia per il perseguimento degli obiettivi prevede la definizione di azioni di intervento diretto e di sviluppo di strumenti di formazione ed aggiornamento delle forze interessate al cambiamento culturale: datori di lavoro, lavoratori, tecnici professionisti, personale tecnico delle associazioni di categoria, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, organizzazioni dei lavoratori, diverse Istituzioni e Organismi pubblici operanti nel settore, quali INAIL, Ispettorato del Lavoro, ISPESL, VVFF, Comitato di coordinamento ex art.27 DLvo n. 626/94, ecc. Tale strategia ha trovato traduzione operativa nella successiva DGR n. 2811/99 che ha formalizzato in dettaglio le azioni previste, gli outputs attesi, il supporto finanziario dedicato, la struttura organizzativa e di coordinamento incaricata di seguire e controllare le diverse fasi di implementazione del Piano unitamente alle indicazioni procedurali generali atte ad assicurare una omogenea gestione.

È stato così istituito un "Comitato guida" con compiti di orientamento o riorientamento del Piano e un "gruppo di coordinamento operativo" con compiti di impulso operativo, attivazione e verifica periodica dell'andamento generale dei progetti attuativi del Piano ed infine è stato nominato un coordinatore tecnico-organizzativo del Piano.

L'avvio effettivo del Piano è dunque stato anticipato da una fase preparatoria, che ha interessato il primo semestre 1999, caratterizzata da un'intensa attività di incontri e confronti tra i Servizi SPISAL delle Aziende ULSS, la Direzione Regionale per la Prevenzione, i Responsabili di progetto e varie altre Parti Sociali coinvolte e sopra citate. Tale fase, oltre a definire i programmi operativi e le azioni da condurre nei tre anni del Piano, ha consentito di definire una corretta metodologia, la condivisione di obiettivi ed azioni, nonché di garantire fin da subito approcci coerenti e funzionali con uno degli obiettivi di fondo del Piano, ovvero l'operare come sistema e rete organizzata di strutture, in collaborazione con i vari soggetti coinvolti nel processo di miglioramento delle condizioni di sicurezza e di tutela della salute nel lavoro.

TARGET DEGLI INTERVENTI

Caratteristiche principali del contesto produttivo

Si richiamano di seguito le caratteristiche peculiari del contesto produttivo veneto:

- netta prevalenza di aziende di piccola dimensione che, a differenza della maggior parte delle aree geografiche del Nord Italia, assorbe il maggior numero di occupati;
- le aziende di piccole dimensioni sono diffuse in misura omogenea sull'intero territorio regionale con pesi relativi compresi all'interno di un range ristretto (80,9%-89,4%);
- le aziende di grandi dimensioni sono concentrate in tre ULSS (n. 16, 20 e 12) per cui si rileva il maggior numero di occupati;

Per quanto riguarda le diverse vocazioni produttive del territorio regionale si possono distinguere:

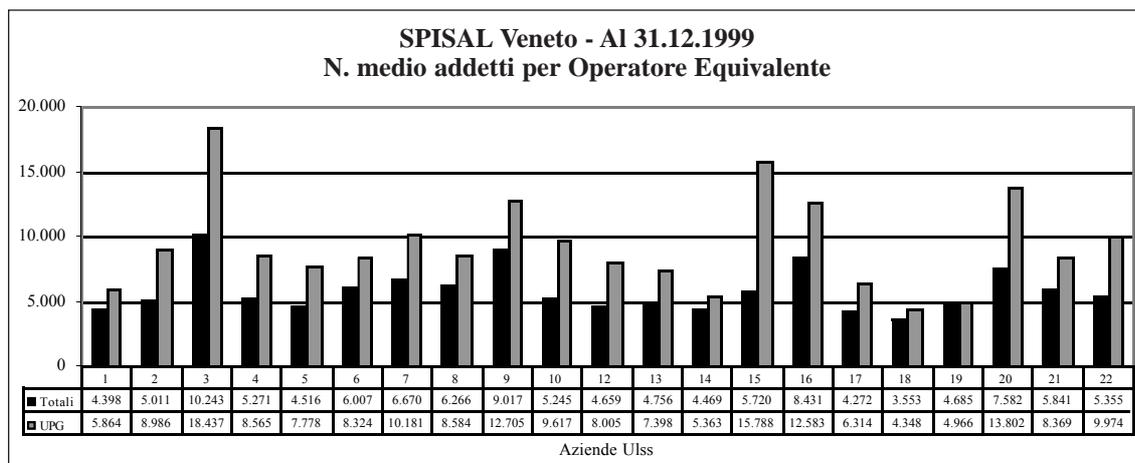
- nelle ULSS 19 e 20 agricoltura, caccia, silvicoltura, pesca, piscicoltura, ecc., con la presenza rispettivamente del 12,7% ed del 12,9% delle aziende regionali del comparto;
- industria alimentare nell'ULSS 20 con la concentrazione del 16% delle aziende di comparto;
- l'industria tessile invece risulta discretamente diffusa sul territorio, ma con presenza più diffusa nei territori delle ULSS 4, 8, 9 e 15;
- industria conciaria e per la lavorazione delle pelli e del cuoio nelle ULSS 5, 8 e 13;
- industria del legno e della produzione del mobile nel territorio delle ULSS 7, 9 e 21;
- carta-stampa ed editoria nell'ULSS 20 dove si concentra il 23,5% delle industrie del comparto;
- come ben noto, nell'ULSS 12 sono concentrate il 30,4% delle raffinerie e delle aziende per la produzione di energia e, nella stesso territorio, si concentrano le aziende di produzione di materie plastiche e di prodotti chimici e fibre sintetiche;
- nelle ULSS 6 e 12 sono concentrate le aziende del settore siderurgico.

Le aziende metalmeccaniche, tra le più rappresentate, sono omogeneamente diffusi in quasi tutta la regione, così come quelle delle costruzioni.

Il terziario ed i servizi rappresentano il comparto più diffuso in tutte le ULSS.

In tale contesto produttivo, il Piano regionale si articola in:

- Obiettivi minimi che consentano, nell'arco del triennio di validità del Piano, di omogeneizzare i livelli di vigilanza e orientare i Servizi delle ULSS verso attività programmate a livello regionale;
- Progetti obiettivo operativi e di supporto, che a loro volta possono articolarsi per specifici comparti (edilizia, metalmeccanica, area sanitaria) o per specifici rischi (cancerogeni, amianto, cloruro di vinile monomero, rumore), possono essere indirizzati alla promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo scolastico od in occasione dell'inserimento lavorativo di minori, possono essere riferiti ad aree distrettuali o sperimentali particolari (concia, porto, agricoltura, trasporti e prevenzione degli infortuni stradali, inserimento e mantenimento lavorativo di categorie deboli, ergonomia), o mirare alla vigilanza sullo stato di attuazione del DLvo n. 626/94, possono infine costituire momenti di riferimento per l'azione di prevenzione negli ambienti di lavoro, quali la costituzione di un "Centro regionale per la tutela e la promozione della salute negli ambienti di lavoro", o dell'"Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale" o del "Sistema Informativo ed Informatico regionale SPISALNET".



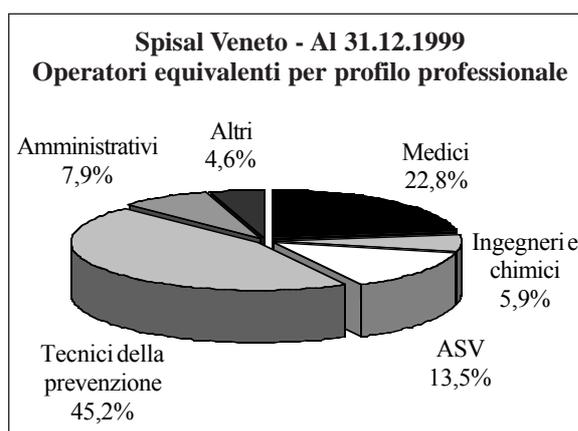
DOTAZIONE DI PERSONALE

Gli operatori in servizio negli SPISAL del Veneto alla fine del 1999 sono 317, 1 ogni 1.113 aziende e quasi 19 ogni 100.000 addetti, equivalente ad un carico di più di 5.000 addetti per operatore SPISAL. Pur essendo leggermente aumentato (+4,3%), il numero di operatori in servizio rispetto all'anno precedente e in particolare il numero degli Ufficiali di Polizia Giudiziaria (+4,9%) che rappresentano ormai oltre il 60% degli operatori SPISAL, rimane elevato il carico di lavoro medio regionale e in particolare si rileva una notevole difformità di situazioni, per quanto riguarda il rapporto lavoratori/operatori SPISAL e aziende/operatori SPISAL tra le varie ULSS.

Sulla base di tale rilievo appare opportuno sottolineare come sia ancora necessario giungere ad una definizione degli standard degli organici e delle attività degli SPISAL, soprattutto riferiti alle diverse figure professionali e in rapporto al target cui i Servizi si rivolgono.

Inoltre, ancora maggiori diversità si osservano nella percentuale di operatori con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria (UPG), a testimonianza di diverse impostazioni dell'azione di vigilanza nelle diverse Aziende. Infatti, rispetto ad un valore medio percentuale di oltre il 60% di operatori equivalenti con qualifica di UPG, si passa da ULSS dove quasi la totalità degli operatori ha qualifica UPG (ULSS 19), a ULSS come la 15 dove gli UPG rappresentano appena il 36% degli operatori equivalenti, con una variazione di oltre il 320%.

Con riferimento ai diversi profili professionali degli operatori SPISAL, si osserva in genere una prevalenza di tecnici non laureati, seguita da medici e personale infermieristico. Marginali risultano le percentuali di personale amministrativo e di altre figure professionali laureate. Anche sotto il punto di vista



Obiettivi minimi di attività

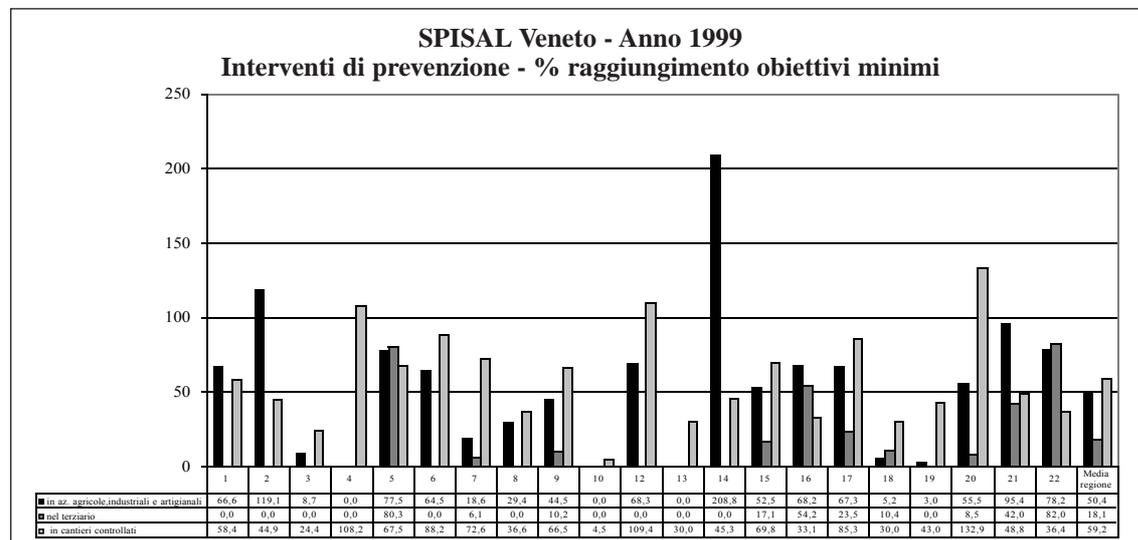
della distribuzione percentuale per profilo professionale si osservano grosse difformità tra le Aziende ULSS del Veneto, soprattutto per quanto riguarda il personale laureato (medico e non) che, in presenza della tumultuosa evoluzione tecnologica e normativa degli ultimi anni, avrebbe dovuto essere adeguato ed omogeneamente ripartito sul territorio, in funzione delle diverse realtà produttive presenti.

Obiettivi minimi regionali di attività previsti nel Piano	Numero	% Raggiungimento obiettivo al 31.12.1999
Indagini su tutti gli infortuni	4.014	5,1%
- di cui complesse su infort. mortali e gravi	2.204	40% ⁽¹⁾
Indagini su tutte le malattie professionali segnalate	2.038	100% ⁽²⁾
- di cui complesse	964	47,3%
Interventi di prevenzione in aziende agricole, industriali ed artigianali con addetti	5.328	2,5%
- di cui completi	2.976	50,4% ⁽³⁾
Interventi di prevenzione in aziende del terziario	527	0,3%
- di cui completi	204	18,1% ⁽³⁾
Interventi di prevenzione in aziende edili	2.128	59,2% ⁽³⁾
Interventi di assistenza su aziende visitate	21.593	310%
Visite mediche	41.152	121,7% ⁽⁴⁾
Gestione del coordinamento degli accertamenti sanitari periodici: lavoratori controllati	153.626	97% ⁽⁵⁾
Valutazione di tutte le domande relative ai nuovi insediamenti produttivi e piani di bonifica dall'amianto	13.594	100%
Realizzazione di progetti di informazione ed educazione sanitaria all'anno.	66	314%

Note:

- (1) Si sono considerate solo le indagini complesse
- (2) Le indagini vengono effettuate d'ufficio per ogni denuncia
- (3) In media nel 1999 sono stati riferiti più di 3 interventi di prevenzione per ogni azienda visitata nell'anno:
L'obiettivo per gli interventi nelle aziende agricole, industriali e artigianali è rappresentato del 5% delle aziende con addetti
L'obiettivo per gli interventi nelle aziende del terziario è rappresentato dal 5% delle aziende con addetti con rischio significativo
L'obiettivo per gli interventi nei cantieri è rappresentato del 20% dei cantieri notificati a rischio ex art. 11 D.Lgs 494/96
- (4) Al denominatore sono stati considerati tutti gli addetti
- (5) L'obiettivo è rappresentato da almeno il 20% dei lavoratori esposti.
Il numero dei lavoratori esposti è stato stimato dall'Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale del Veneto.

Una prima verifica, nell'anno in cui il Piano Triennale per la Promozione della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro è stato attivato, evidenzia una situazione in cui la presenza nel territorio dei Servizi costituisce un momento essenziale di riferimento per i lavoratori e per le aziende (21.593 interventi di assistenza): l'attività svolta, misurabile anche in termini di aziende visitate (7.076) e sopralluoghi effettuati (13.675) appare rilevante, anche se forse non ancora adeguata alla realtà produttiva veneta.



Attività di vigilanza

Si può rilevare come il livello complessivo di raggiungimento degli obiettivi minimi previsti nel Piano appaia ancora disomogeneo sul territorio regionale, fatto dovuto, oltre che alle diverse risorse destinate dalle Aziende ULSS alla prevenzione negli ambienti di lavoro ed all'ancora assente effetto dei progetti messi in atto su scala regionale, in parte anche alla difficoltà incontrata di giungere ad una definizione univoca delle specifiche attività svolte. Proprio sotto questa ottica da alcuni anni è stata messa in atto un'azione di collaborazione/confronto tra i Servizi SPISAL per la condivisione delle procedure, il superamento di disomogeneità gestionali e la verifica del raggiungimento degli obiettivi che sono stati prefissati a livello regionale.

L'intervento diretto nelle aziende degli SPISAL è funzione essenziale per il processo della prevenzione, in quanto induce miglioramenti delle condizioni di lavoro sia direttamente, con la modifica delle situazioni di rischio rilevate, sia indirettamente, diffondendo la percezione dell'esistenza di un sistema di controllo delle condizioni di sicurezza sul lavoro, con il conseguente aumento dell'impegno delle aziende nella prevenzione e nella crescita culturale dei referenti aziendali alla sicurezza, individuati dal DLvo n. 626/94 (crescita culturale che peraltro interessa gli stessi operatori SPISAL, che si confrontano con operatori altamente specializzati).

Gli interventi di vigilanza, che sono, come detto, indicatori di copertura del territorio, vanno ovviamente rapportati sia agli operatori presenti nei Servizi che aziende/occupati presenti nel territorio di competenza. In Veneto nel 1999 è stato visitato il 2% delle aziende esistenti (teoricamente necessitano, con le risorse attuali, 50 anni per la verifica di tutte le realtà aziendali).

Emerge una notevole diversità tra le ULSS nei livelli di copertura del territorio, con valori che variano dallo 0,9% al 6,5% di aziende visitate.

Appare estremamente disomogeneo anche il numero medio di ditte visitate per operatore SPISAL che varia da un minimo di 9,4 aziende visitate ad un massimo di 50,3 con un valore regionale di quasi 25 aziende visitate per operatore equivalente.

Ogni azienda vista richiede mediamente circa due sopralluoghi (dato abbastanza omogeneo a livello regionale), essendo stato rilevato un valore medio annuo di 47 sopralluoghi per operatore equivalente.

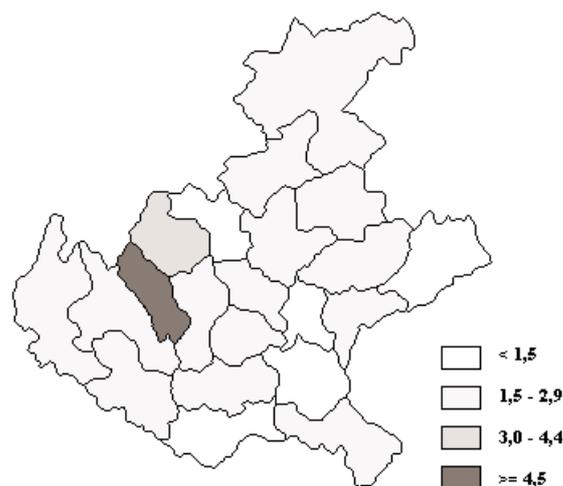
La disomogeneità dell'azione di vigilanza e controllo nell'ambito del territorio regionale rimane pertanto ancora uno degli elementi su cui intervenire, con azioni di formazione permanente del personale, di innovazione tecnologica, di coordinamento ed indirizzo, di verifica dei risultati, in una logica di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, fatta salva l'indispensabile definizione di precise risorse e standard di personale in funzione della realtà produttiva dello specifico territorio.

Inchiesta infortuni e malattie professionali

Gli SPISAL del Veneto riescono a svolgere inchieste nel 5,1% degli infortuni occorsi, con un range dal 2,1% al 11,4% e un carico di lavoro medio annuo di quasi 14 inchieste per operatore equivalente. Delle oltre 4.000 inchieste effettuate dagli operatori SPISAL nel 1999, poco più della metà (54,9%) sono di tipo complesso. Rapportando quest'ultimo dato agli infortuni definiti gravi (con inabilità superiore ai 40 giorni, con postumi permanenti superiori al 10% o mortali) occorsi nel 1997 (anno di riferimento per il denominatore), si evidenziano interventi per quasi il 73% di questi (si precisa che il denominatore è costituito dall'universo degli infortuni sul lavoro definiti dall'INAIL, di questi non tutti vengono segnalati agli SPISAL o ricadono sotto la loro competenza).

Per quanto riguarda le indagini per malattie professionali, pur non potendo rapportare il dato al numero totale delle segnalazioni di malattie professionali (in fase di censimento), si osserva un numero medio di inchieste per operatore equivalente pari a 7,5 all'anno. Anche in questo caso si

SPISAL - anno 1999
% Unità Produttive visitate su esistenti



Media regionale: 2,0

**Progetti
obiettivo
operativi
e di supporto**

osserva all'interno del territorio regionale una notevole diversità nel numero di indagini espletate, diversità molto spesso dovuta a differenze procedurali, di registrazione e, in alcuni casi, anche a carenze di organico, con riferimento al personale medico. Delle oltre 2.000 indagini effettuate nel 1999, il 47,3% sono di tipo complesso.

Dei progetti obiettivo operativi e di supporto approvati dal Piano e avviati nel corso del 1999, si evidenziano di seguito i risultati parziali relativi al "Progetto di prevenzione nel settore edile" e al "Piano Regionale Amianto". Dai dati raccolti tramite scheda-questionario di attività predisposto nell'ambito del progetto regionale "SPISALNET" e presentato con apposite iniziative a tutti i servizi SPISAL del Veneto, è emerso quanto segue:

- il numero di cantieri notificati ex art.11 del DLvo n. 494/96 corrisponde a circa il 90% dei cantieri aperti nel corso del 1999, evidenziando come sia stata posta una certa attenzione nell'attività ispettiva all'applicazione della normativa;
- considerando tale dato come denominatore, l'attività di prevenzione e vigilanza ha coinvolto circa il 12% dei cantieri (l'obiettivo minimo previsto dal Piano è 20%); si evidenzia peraltro, che il progetto regionale prevede di intervenire nei cantieri considerati a maggior rischio, scaricando quelli che già dalle notifiche appaiono a bassissimo rischio (opere di sistemazione interna - sistemazione giardini, recinzioni e simili - manutenzioni stradali routinarie) per cui il denominatore considerato risulta ampiamente sovrastimato, facendo supporre una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo minimo più alta;
- tra i cantieri edili ispezionati il 43% è risultato non oggetto di alcuna segnalazione di reato, a dimostrazione di un graduale aumento della sensibilità preventiva nel settore.

Da segnalare, a margine, l'esperienza condotta dallo SPISAL di Belluno che ha attuato un intervento di educazione alla salute indirizzato ai lavoratori e condiviso dalle associazioni di categoria, con il duplice obiettivo di intervenire in forma preventiva sull'alta incidenza e gravità degli infortuni in questo settore e di svolgere un'azione preventiva relativamente all'uso di sostanze alcoliche durante il lavoro, il cui abuso è causa frequente di incidenti.

Per quanto riguarda il Piano Regionale Amianto (PRAV), in seguito all'approvazione con DGR n. 5455/96 delle "Linee di Piano Regionale di smaltimento e di bonifica dell'ambiente, ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto", in attuazione alla L n. 257/92, sono state individuate le azioni prioritarie per la realizzazione del PRAV e ripartite tra Direzione Regionale per la Prevenzione e SPISAL e ARPAV in relazione ai principali filoni di attività ed è stato definito il progetto per l'attività SPISAL (DGR n. 5108/98).

Nel corso del 1999 è stato istituito un apposito gruppo di lavoro che ha provveduto ad effettuare, sulla base dei dati ISPESL, una prima stima dei lavoratori esposti e delle aziende interessate: il 9,2% delle Unità Locali della regione risultano con possibile presenza di amianto. Tale percentuale risulta essere la terza più alta a livello nazionale, preceduta solo dalla regione Lombardia e dalla regione Piemonte. Sono stati inoltre avviati corsi di formazione sia per i referenti SPISAL che per i lavoratori e i dirigenti delle ditte di scioibentazione ed è stato adottato con nota circolare regionale il "Modello unico per i Piani di Lavoro" in modo che tutte le ditte che operano nel Veneto uniformino le procedure e gli stessi SPISAL operino sul territorio regionale con maggior omogeneità.

FONTI

- ISTAT:
 - Censimento generale dell'industria e dei servizi - Anno 1991;
 - Censimento generale dell'agricoltura - Anno 1990. Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale.
- INAIL:
 - Dati trasmessi alla Regione ai sensi del DPCM 9.1.1986, riferiti ai casi definiti entro due anni dall'accadimento.
 - Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale.
- Regione Veneto:
 - Direzione Prevenzione - Servizio Salute e Sicurezza Luoghi di Lavoro.

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 3.2.1/A, TAVOLA 3.2.2/A, TAVOLA 3.2.3/A, TAVOLA 3.2.4/A, TAVOLA 3.2.5/A, TAVOLA 3.2.6/A.

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 3.2.1/R, TAVOLA 3.2.2/R, TAVOLA 3.2.3/R, TAVOLA 3.2.5/R, TAVOLA 3.2.6/R.

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

3.3 Sanità pubblica veterinaria

PATRIMONIO ZOOTECNICO PER SPECIE

Il recepimento della Direttiva 92/102/CE (identificazione e registrazione degli animali) attraverso l'emanazione del DPR n. 317/96 che prevede, tra l'altro, la creazione della Anagrafe delle aziende che detengono bovini, è stata l'occasione per la realizzazione dell'anagrafe regionale di tutti gli insediamenti zootecnici, indipendentemente dalla specie allevata. A tale scopo è stato ideato, da parte del Centro Epidemiologico Regionale, un apposito software che ha permesso di censire tutti gli allevamenti zootecnici della regione e raccogliere tutte le informazioni in un'unica banca dati regionale. Per fronteggiare le emergenze sanitarie, si è provveduto ad attivare un ampio programma di georeferenziazione degli allevamenti censiti che, seppur non completato, ha dato buoni risultati nel corso dell'epizootia di influenza aviaria insorta alla fine del 1999.

Nell'ambito dell'attività di censimento delle aziende zootecniche la Regione Veneto ha previsto la costituzione della banca dati degli allevamenti e dei capi bovini, in adempimento al Regolamento Comunitario n. 820/97 emanato ai fini di arginare la sfiducia dei consumatori conseguente al verificarsi del caso "mucca pazza".

Il progetto di banca dati informatizzata della Regione del Veneto prevede la registrazione di dati individuali sui singoli capi bovini relativi a tutte le nascite, nonché a tutte le loro movimentazioni.

La base dati costituita è articolata su due livelli: locale (Servizi veterinari delle Aziende ULSS) e regionale (Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria e Direzione Regionale per la Prevenzione). Tale banca dati sarà trasparente anche all'Assessorato all'Agricoltura e alle Associazioni di Categoria.

Nonostante il completamento dell'archiviazione dei dati anagrafici degli allevamenti, l'inserimento dei dati individuali dei singoli capi e la gestione del passaporto individuale di identificazione rappresentino un ulteriore carico di lavoro, estremamente gravoso per i Servizi Veterinari delle ULSS; pur tuttavia, data la rilevanza del settore zootecnico del Veneto, tali informazioni di carattere sanitario, produttivo e statistico risultano particolarmente utili all'attività di programmazione e controllo svolta dalla Regione.

Sanità pubblica veterinaria - Patrimonio zootecnico al 31.12.1999

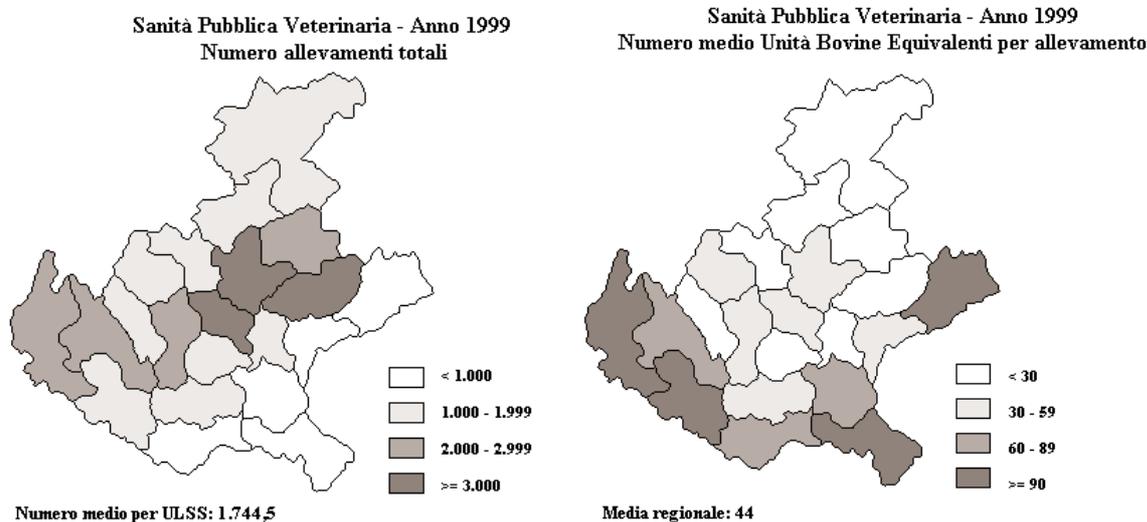
SPECIE	Allevamenti n.	Capi (1) n.	UBE (1)(2) n.	Allevamenti %	UBE %	N. medio UBE per allevamento	N. medio capi per allevamento
Bovini e bufalini	29.785	1.153.383	1.153.383	81,3	72,0	39	39
Suini	1.543	526.368	105.274	4,2	6,6	68	341
Equini	1.263	3.139	3.139	3,4	0,2	2	2
Ovi-caprini	1.982	43.099	4.310	5,4	0,3	2	22
Avicoli	1.291	32.054.832	320.548	3,5	20,0	248	24.829
Conigli	775	1.446.187	14.462	2,1	0,9	19	1.866
Tutte le specie	36.639	35.227.008	1.601.116	100,0	100,0	44	961

(1) Il "n. capi" e il corrispondente "n. UBE" è riferito al singolo ciclo di produzione

(2) UBE = Unità Bovino Equivalenti

I dati sugli insediamenti zootecnici del periodo 1998-99, confermano ancora una volta la vocazione del Veneto all'allevamento bovino e avicunicolo. Il comparto avicolo regionale rappresenta circa un terzo dell'intero patrimonio nazionale ed è concentrato per l'88% nell'allevamento da carne. Anche l'altro settore rilevante della zootecnia veneta, quello relativo agli allevamenti bovini, è rappresentato da due terzi di bovini da carne e da un terzo da bovini da riproduzione. Si conferma perciò una costante diminuzione delle aziende da riproduzione, anche in considerazione dei nuovi adempimenti previsti a carico degli allevatori dal recepimento, attraverso il DPR n. 54/97, della Direttiva 92/46/CE che detta norme in materia di produzione e immissione sul mercato di latte e di prodotti a base di latte.

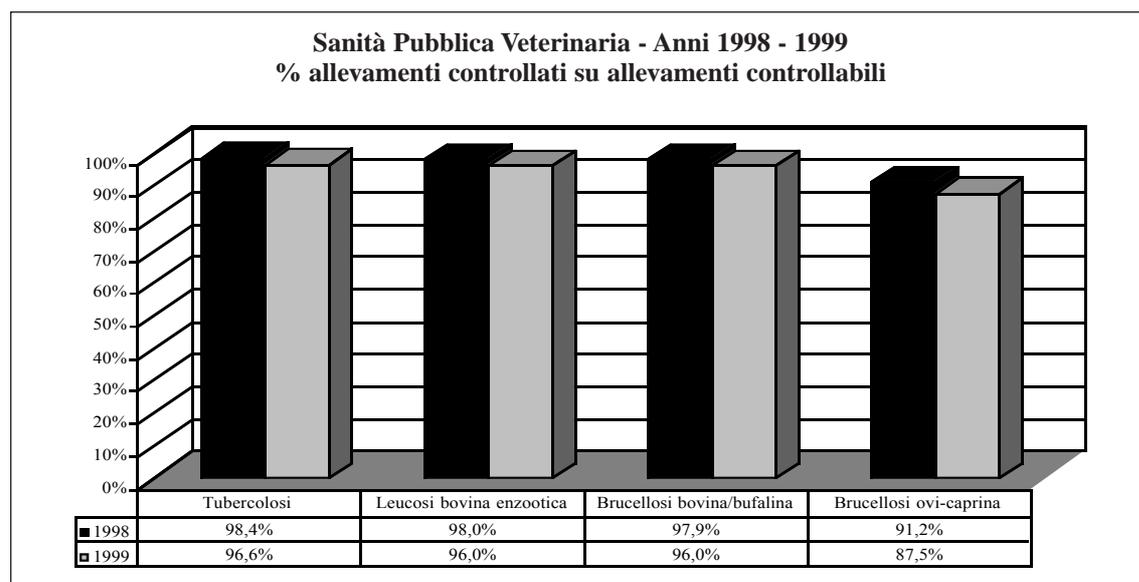
Inoltre, dato che da una ricognizione preventiva si era evidenziata una percentuale elevata di aziende da latte non in regola con i requisiti igienico sanitari previsti, la Direzione Regionale per la Prevenzione, in accordo con la Direzione per le politiche agricole, ha predisposto un apposito piano di assistenza per gli allevamenti le cui produzioni non rispettavano i suddetti requisiti. Tale programma si è realizzato attraverso una sinergia di figure professionali per ridurre celermente la non conformità del latte prodotto. Nel contempo il programma prevede la continuità del piano di ipofertilità bovina e suina con le modalità finora attuate.



Nell'area pedemontana (ULSS 8, 9 e 15) si concentra oltre un terzo di tutti gli allevamenti presenti sul territorio regionale (4.961 allevamenti pari al 13,5% nelle sola ULSS 8); all'opposto l'area costiera si distingue per il minor numero di allevamenti, oltre all'ULSS 12 (173), le ULSS 14 e 19 (590 e 359).

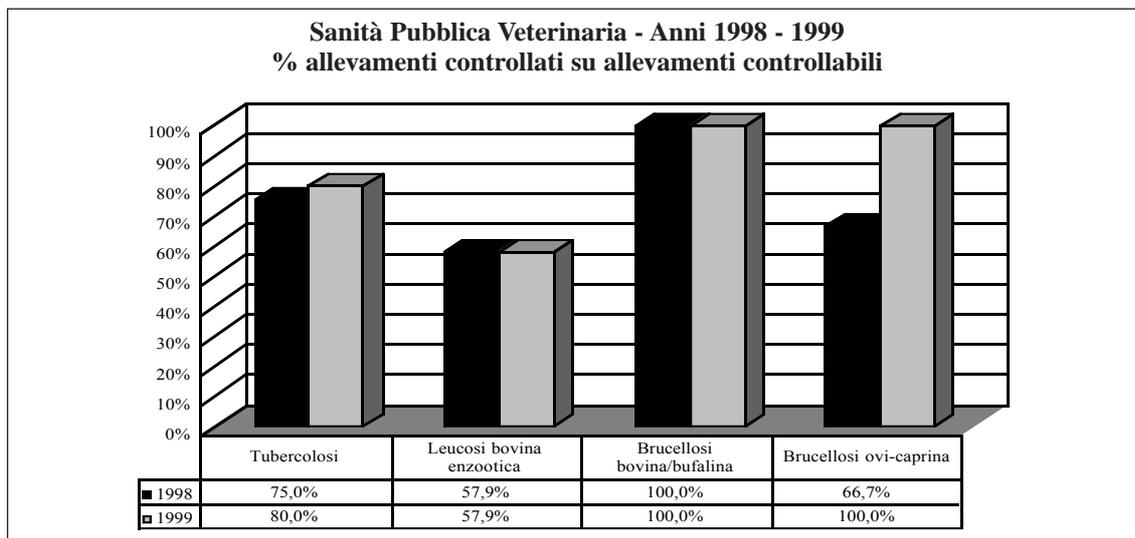
La distribuzione territoriale delle Unità Bovine equivalenti, dimostra come gli allevamenti più intensivi siano concentrati nell'area costiera e meridionale della regione e in particolare nelle ULSS 10, 19, 21 e 22, all'opposto l'area montana è caratterizzata da allevamenti perlopiù bovini con un numero medio di capi molto limitato.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO E RISANAMENTO DEGLI ALLEVAMENTI



Continua l'attività, da parte dei Servizi Veterinari, di controllo annuale di tutti gli allevamenti bovini, bufalini e ovicaprini da riproduzione al fine di eradicare alcune importanti malattie che possono essere trasmesse all'uomo (tubercolosi, brucellosi bovina, bufalina e ovicaprina) e un'importante malattia di interesse zootecnico (leucosi bovina enzoitica).

**DENUNCE
DI MALATTIE
INFETTIVE**

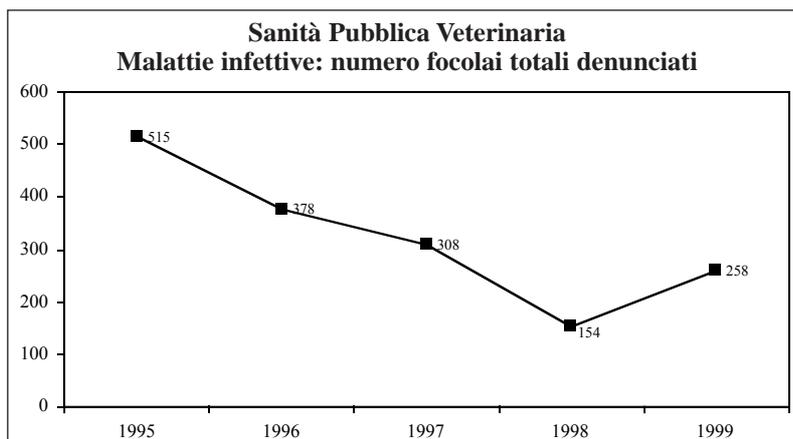


I risultati di tali attività evidenziano: una lieve riduzione del patrimonio zootecnico controllabile e quindi anche dell'attività di controllo.

A livello territoriale si evidenzia:

- l'elevata copertura degli allevamenti suscettibili di controllo, anche se permangono margini di miglioramento in alcune situazioni (ULSS 1, 5, 7 e 22 in particolare, ma anche ULSS 16 per tubercolosi, leucosi bovina enzootica e brucellosi bovina/bufalina, ULSS 2 per leucosi bovina enzootica e brucellosi bovina/bufalina e ULSS 18 per brucellosi ovi-caprina)
- la continua riduzione del numero di allevamenti infetti per le malattie interessate.

Dopo la comparsa alla fine del 1997 di alcuni focolai di influenza aviaria in alcuni allevamenti rurali, che erano stati prontamente eradicati dai Servizi Veterinari, in collaborazione con le diverse Sezioni dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, questa pericolosa patologia è ricomparsa alla fine del 1999. Purtroppo in



quest'ultima occasione sono stati interessati principalmente allevamenti intensivi, causando rilevanti perdite economiche, dovute sia all'abbattimento e distruzione degli animali infetti, sia al conseguente blocco delle attività. La malattia ha interessato principalmente la provincia di Verona, dove era comparsa, in forma non patogena già nella primavera del 1999. La mutazione del genoma virale da bassa ad alta patogenicità è avvenuta nel tardo autunno dopo che il virus si era

Sanità pubblica veterinaria - Principali malattie infettive

MALATTIE INFETTIVE	N. FOCOLAI DENUNCIATI			DIFFERENZA %	
	1997	1998	1999	1998 vs 1997	1999 vs 1998
Brucellosi	30	5	4	-83,3	-20,0
Influenza aviaria			28	0,0	
Leptosirosi	6	2	18	-66,7	800,0
Leucosi bovina enzootica	22	20	17	-9,1	-15,0
Malattia emorragica virale	50	20	16	-60,0	-20,0
Mixomatosi	119	73	111	-38,7	52,1
Peste americana	42		24	-100,0	
Salmonellosi aviare	2	9	10	350,0	11,1
Tubercolosi bovina	10	6	4	-40,0	-33,3

PIANO NAZIONALE RESIDUI

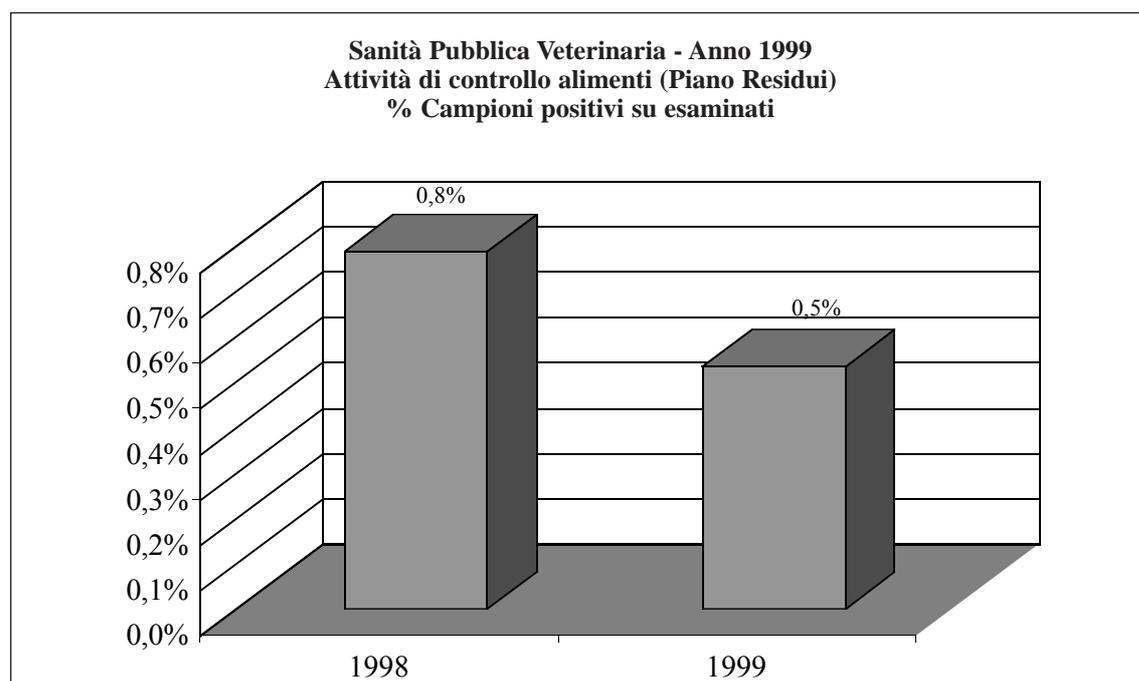
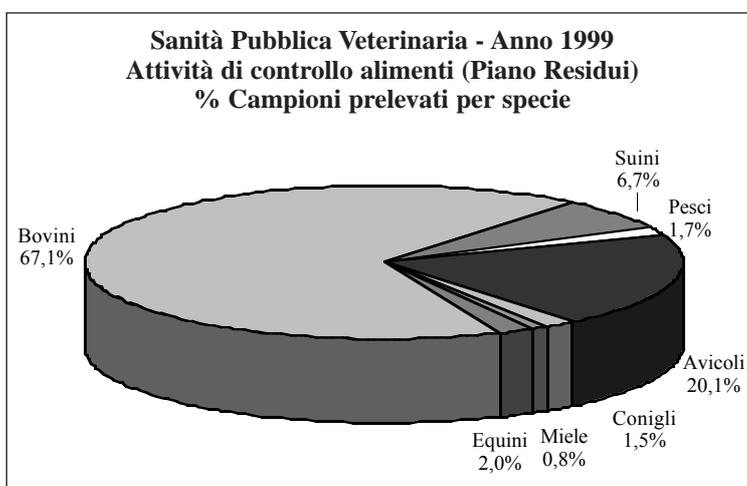
ampiamente diffuso nel territorio, senza che si potessero attivare delle efficaci misure di controllo, non previste dalla normativa vigente per le forme a bassa patogenicità.

Nel complesso si assiste ad un aumento delle denunce; in particolare, riprendono importanza la mixomatosi, dopo un calo osservato nel 1998, e l'influenza aviaria che colpiscono pesantemente il comparto cunicolo e aviario. Va comunque segnalata la continua lenta diminuzione della TBC bovina e della leucosi bovina enzootica.

Nell'ambito dell'attività di controllo degli alimenti, allo scopo di garantire la sicurezza alimentare "dalla stalla alla tavola", il Piano Nazionale Residui rappresenta un'altra importante attività dei Servizi Veterinari.

Negli anni 1998 e 1999 sono stati esaminati oltre 16.000 campioni appartenenti a sette diverse specie alimentari.

Il riscontro di positività alle sostanze esaminate (37 nel 1998 e 39 nel 1999) è risultato molto ridotto. Preoccupante è comunque il numero di positività alle sostanze "B-estradiolo" e "B-agonisti" riscontrato nel 1998, peraltro notevolmente ridotto e perciò non più rilevante nel 1999.



FONTI

- Regione Veneto:
- Direzione Prevenzione - Servizio Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 3.3.1/A, TAVOLA 3.3.2/A, TAVOLA 3.3.4/A, TAVOLA 3.3.5/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 3.3.2/R, TAVOLA 3.3.3/R, TAVOLA 3.3.4/R, TAVOLA 3.3.5/R

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

3.4 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti

IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E NON ANIMALE Premessa

L'attività di vigilanza e controllo sugli alimenti viene effettuata, per quanto concerne la parte ispettiva, dai Servizi Veterinari (alimenti di origine animale) e dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (alimenti di origine non animale) delle Aziende ULSS e, per la parte di controllo analitico, dai Laboratori dei Dipartimenti Provinciali dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV) e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venetie (IZS).

Pertanto l'attività ispettiva sulle attività di trasformazione, distribuzione all'ingrosso, distribuzione al dettaglio, ristorazione, trasporto degli alimenti, consiste essenzialmente nel verificare il mantenimento delle condizioni strutturali previste e delle modalità operative adottate ed approvate in fase di autorizzazione o di attribuzione del numero di riconoscimento CEE (quest'ultimo previsto per le attività di macellazione, trasformazione e per la maggior parte delle attività di distribuzione all'ingrosso di alimenti di origine animale) e del rispetto delle normative vigenti in materia.

Per quanto attiene ai prodotti di origine animale, si rimanda al capitolo precedente relativo alla sanità pubblica veterinaria. Infatti, per le attività di macellazione, la vigilanza si esplica mediante sopralluoghi in fase di rilascio del numero di riconoscimento CEE e mediante un'attività ispettiva costante da parte dei veterinari pubblici e, per le altre attività di produzione e trasformazione di prodotti animali, oltre ai sopralluoghi per il rilascio delle autorizzazioni e dei numeri di riconoscimento CEE, l'attività di vigilanza successiva viene effettuata mediante sopralluoghi periodici e controlli sui residui di produzione e trasformazione (Piano Residui).

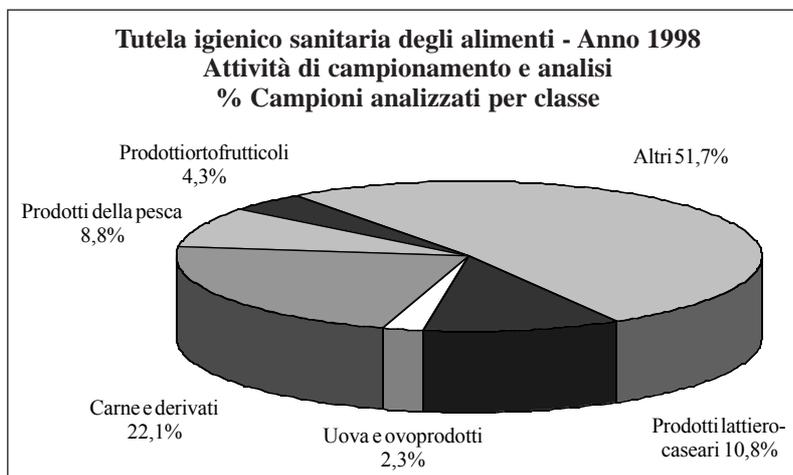
Per quanto riguarda invece l'attività di vigilanza sui prodotti di origine non animale, oltre ai sopralluoghi effettuati in fase di rilascio delle autorizzazioni o dei pareri igienico-sanitari, l'attività di vigilanza successiva si esplica mediante l'effettuazione di sopralluoghi periodici.

Per la rilevazione dei dati su tali attività, a partire dal 1998, sono state impiegate delle nuove schede ministeriali, diverse da quelle utilizzate negli anni precedenti: risulta pertanto impraticabile un confronto temporale, se non a grandi linee.

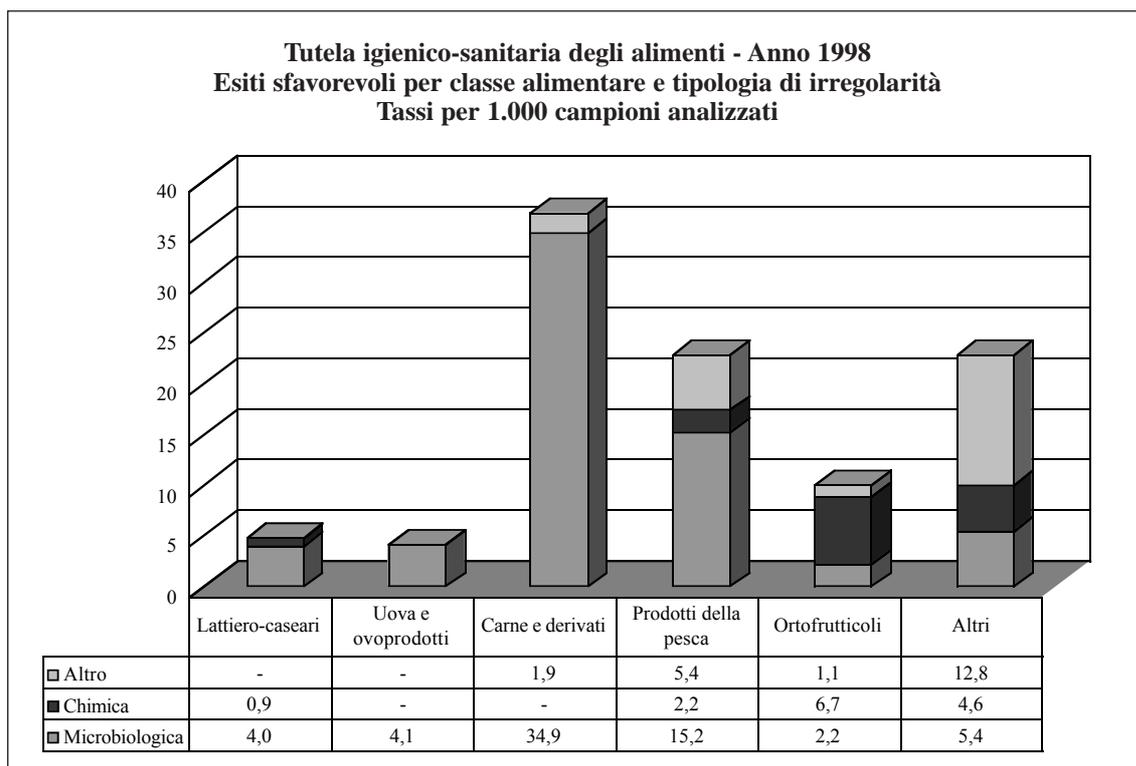
Inoltre, il computo di atti, effettuati in fase ispettiva, non strettamente collegati alla classificazione tipologica nella quale sono stati inseriti (es.: formulazione di prescrizioni inserite come infrazioni o come provvedimenti) o anche la constatazione di situazioni di fatto, a seguito di provvedimenti adottati da altre amministrazioni (es.: revoca autorizzazione da parte del Comune per cessata attività) o ancora, l'utilizzazione di classificazioni tipologiche ancora onnicomprensive, rendono notevolmente eterogenee le modalità di acquisizione, memorizzazione ed elaborazione dei dati e delle informazioni.

Queste peculiarità, assieme alla connotazione territoriale delle attività economiche di trasformazione, distribuzione, trasporto e somministrazione degli alimenti presenti nel territorio delle varie Aziende ULSS contribuiscono a rendere poco omogenea anche l'attività di vigilanza delle strutture preposte, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo.

Conseguentemente i dati e gli indicatori calcolati risentono di queste differenze tra le varie Aziende



ULSS, nonché tra i Servizi Veterinari ed i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione delle stesse, considerando inoltre il già citato impiego di nuove schede di rilevazione si può comprendere come risultato complessa la gestione dei risultati e quindi la valutazione sulle attività effettuate.



Tuttavia la raccolta dei dati relativi al 1998, evidenzia un calo sia nel numero complessivo di campioni effettuati che nel numero di ispezioni. Una possibile interpretazione di questi trend lievemente decrescenti, oltre ai motivi organizzativi sopra accennati, può essere attribuita ad una nuova definizione delle variabili da rilevare: si è cercato infatti di razionalizzare e mirare il campionamento e di non conteggiare più volte le ripetute ispezioni presso la stessa ditta, cosa che invece avveniva con le schede utilizzate negli anni precedenti.

IGIENE DELLE ACQUE

Quadro normativo

La tutela igienico-sanitaria delle acque destinate al consumo umano è normata dal DPR n. 236/88, di recepimento della Direttiva CEE n. 778/80.

Per acque destinate al consumo umano si intendono tutte le acque, qualunque ne sia l'origine, allo stato in cui si trovano o dopo trattamento, fornite al consumo ovvero utilizzate da imprese alimentari, escludendo le acque minerali e termali che hanno proprie distinte discipline.

Ai fini della loro potabilità, si richiede l'osservanza di tutti i requisiti di qualità previsti all'allegato I del citato decreto, ovvero il rispetto dei Valori Guida (VG), o comunque il non superamento dei valori di Concentrazione Massima Ammissibile (CMA) con le relative indicazioni riportate per ciascuno dei circa 70 elementi elencati, a loro volta suddivisi tra parametri microbiologici, fisici e chimici. Qualora venga superato il valore previsto di CMA vengono poste in essere tutte le misure cautelative indispensabili, tra cui l'informazione alla popolazione, le limitazioni negli usi, il divieto temporaneo nonché, in caso di grave pericolo, la chiusura dell'erogazione.

Il campionamento condotto a cura del personale sanitario, in punti diversi proprio per poter controllare tutte le fasi della potabilizzazione (dall'attingimento alla distribuzione), costituisce la prima fase dell'accertamento. La fase successiva di analisi è invece affidata ai laboratori ufficiali afferenti alle Aziende ULSS, come gli ex PMP (Presidi Multizonali di Prevenzione) attuali ARPAV. La normativa nazionale non affronta il problema di prelievi autonomi da pozzi privati, realtà invece molto diffusa in Veneto. Infatti, già dall'emanazione del DPR n. 236/88, la Regione del Veneto ha esteso i requisiti di qualità a tutte le acque destinate al consumo umano, siano esse fornite da terzi o ad uso di privati, quali nuclei abitativi lontani dal centro urbano, zone disperse, ecc., cercando di fissare punti di campionamento il più possibile rappresentativi della peculiarità della rete idrica presente nella nostra regione.

La situazione “patrimonio acque”, dovrebbe inoltre cambiare a medio termine, in attuazione della LR n. 5/98 di recepimento della L n. 36/94 “Legge Galli”, a favore di una gestione unitaria e più razionale delle risorse idriche, conseguendo principi di salvaguardia e di solidarietà.

Per quanto riguarda un altro degli aspetti di tutela delle acque, cioè quello relativo alla produzione e commercializzazione di molluschi bivalvi vivi destinati al consumo umano, la Regione Veneto ha provveduto con propria DGR n. 2728/98, alla prima classificazione delle zone di produzione di cui all’art.4 del DLvo n. 530/92, consentendo così la messa a regime della nuova normativa sanitaria. Tali zone insistono per lo più nella Laguna Centrale di Venezia e sono caratterizzate da un elevato degrado ambientale per la vicinanza al polo industriale di porto Marghera ed ad altri punti di pericolo, quali foci di fiumi, scarichi civili, agricoli, ecc. e per la presenza nei sedimenti di sostanze tossico nocive persistenti e a rischio di trasferimento nel biota. Allo stesso tempo tali zone sono interessate da uno sviluppo naturale di vongole (*Tapes philippinarum*) che richiamano l’attenzione di una grossa parte di pescatori abusivi e pertanto necessitano di un estremo rigore da parte delle strutture sanitarie e delle forze dell’ordine.

Tre sono i provvedimenti adottati negli ultimi due anni:

- DGR n. 5084/98
- DGR n. 4780/99
- DGR n. 4778/99

I primi due volti alla realizzazione di piani e di protocolli di studio con Istituti di ricerca, per una migliore valutazione sulla sicurezza dei molluschi destinati al consumo umano diretto, l’ultimo volto all’attivazione di un programma mirato alla tutela e salvaguardia delle norme di polizia veterinaria.

Nel 1998 sono state stimate circa 600 strutture acquedottistiche, di queste solo 106 a servizio di una popolazione superiore ai 5.000 abitanti.

La popolazione complessiva servita dai 106 Enti Acquedottistici (Comuni, Consorzi, ecc.) nel 1998 ammonta a 4.163.248 unità, per una fornitura di acqua di 519.317 migliaia di metri cubi, ripartita tra acqua superficiale (62.537 migliaia di metri cubi) e acqua sotterranea, pari a 456.780 migliaia di metri cubi (88% del totale).

Acque destinate al consumo umano

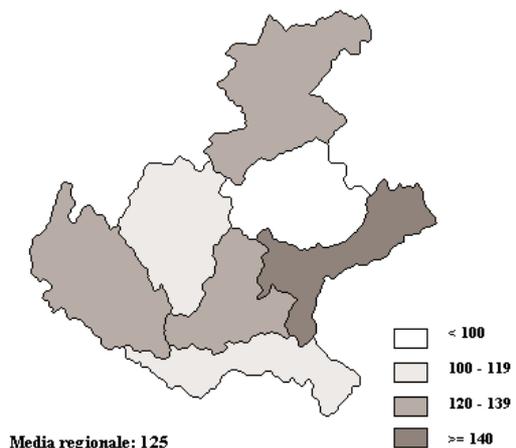
Anno	Enti distributori		Acqua distribuita (M ³)				Popolazione servita			M ³ per ab.
	Consorzi	Comuni	Totale	Var %	di cui sotterranea	% su tot.	Totale	Var %	% residenti	
1996	36	70	497.459.140		436.295.293	87,7	4.025.609		90,6	124
1997	36	70	506.949.786	1,9	446.590.013	88,1	4.076.741	1,3	91,4	124
1998	36	70	519.317.412	2,4	456.780.290	88,0	4.163.248	2,1	93,0	125

La frammentarietà della rete idrica interessa per lo più le zone montane e pedemontane e le zone di ricarica delle risorgive. La qualità dell’acqua distribuita può considerarsi complessivamente buona. I prelievi e le determinazioni effettuate sono stati complessivamente 301.858, delle quali il 96% con valori rientranti nei parametri CMA.

I principali problemi riscontrati nel corso dell’anno, sono stati:

- di natura idrogeologica e geologica: con valori superiori al limite previsto di CMA, comunque entro i Valori Limite (VL), per i parametri indesiderati quali ferro, ammoniaca, manganese, solfati, ecc., per l’acqua di falda per lo più della fascia pedemontana e di parte della pianura occidentale veronese. I gestori hanno comunque ricorso all’esercizio della deroga previsto agli articoli 16 e 17 del DPR n. 236/88 e gli Enti Acquedottistici dispongono ormai di impianti di deferrizzazione, manganizzazione, ecc., mentre il problema persiste nei piccoli attingimenti di carattere autonomo;

Igiene delle acque - Anno 1998
Acque destinate al consumo umano - Mc distribuiti per residente



**Tutela
igienico-sanitaria
dei molluschi
bivalvi vivi
destinati al
consumo umano**

- a valenza sanitaria-tossicologica: in particolare per le acque della fascia collinare e della pedemontana (veronese, alto trevigiano) si è osservato il superamento della CMA per i nitrati, la cui origine è di natura antropica e più precisamente di tipo agricolo. Per tale parametro, dal 1997 non sono previste deroghe e tutte le acque, previo trattamento, devono rientrare nella CMA stabilita dal DPR n. 236/88.
- di natura microbiologica: con la presenza di coliformi totali e fecali nelle zone montane (Bellunese), dove, si verificano alterazioni della carica batterica, per la rapidità con cui le acque piovane a seguito di una abbondante precipitazione raggiungono le falde. Tali episodi potrebbero essere maggiormente tenuti sotto controllo con accorgimenti idraulici a livello di opere di presa nonché con la delimitazione delle aree di salvaguardia previste all'art.6 del DPR n. 236/88 e la prescrizione dei relativi vincoli.

Per quanto riguarda un altro degli aspetti di tutela delle acque, cioè quello relativo alla produzione e commercializzazione di molluschi bivalvi vivi destinati al consumo umano, gli anni 1998 e 1999 sono stati caratterizzati, come già detto, da approfondimenti sanitari sui problemi relativi alla classificazione e a garantire il piano di controllo minimo sulle zone di maggior interesse produttivo, con una proiezione verso azioni di vigilanza in generale, e l'attività ispettiva e di controllo nei Centri di Spedizione e di Depurazione molluschi, controlli delle produzione in fase di commercializzazione e di somministrazione.

Rispetto agli anni precedenti, la consistenza delle zone di pesca e di allevamento (concessioni/vivai) non hanno subito cambiamenti rilevanti, come pure anche la consistenza dei Centri Depurazione Molluschi (CDM) e dei Centri di Spedizione Molluschi (CSM).

Da una breve analisi dei dati desunti dall'attività di sorveglianza igienico-sanitaria sulle zone di produzione espletata nel corso degli anni 1998 e 1999 non sono emerse difformità rispetto alla tipologia sanitaria di appartenenza. La non idoneità del prodotto ha riguardato perlopiù gli aspetti biologici, per presenza di alghe potenzialmente tossiche nell'acqua e risposta positiva alla tossina DSP (Diarrhetic Shellfish Poisson) dei molluschi bivalvi (mitili) prelevati in ambito marino costiero. Il periodo interessato è stato fine estate nel 1999 e da ottobre a dicembre nel 1998. A fronte di ciò, la Regione ha provveduto ad emanare, a tutela della salute pubblica, provvedimenti cautelativi (n. 3 Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale nel 1999) che disponevano il divieto di raccolta e commercializzazione dei mitili provenienti dalle zone marine oggetto di precarietà, fino al ripristino delle condizioni di idoneità sanitaria.

Il periodo complessivo interessato da detti provvedimenti è stato, per il 1999, di circa 128 giornate.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Prevenzione - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
 - Rilevazione presso le ULSS - Modello A - Ministero Sanità
 - Rilevazione presso le Aziende ULSS per la cartografia della molluschicoltura

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 3.4.1/R, TAVOLA 3.4.2/R, TAVOLA 3.4.3/R, TAVOLA 3.4.4/R, TAVOLA 3.4.5/R, TAVOLA 3.4.6/R, TAVOLA 3.4.7/R, TAVOLA 3.4.8/R, TAVOLA 3.4.9/R, TAVOLA 3.4.10/R, TAVOLA 3.4.11/R, TAVOLA 3.4.12/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.0 Organizzazione aziendale

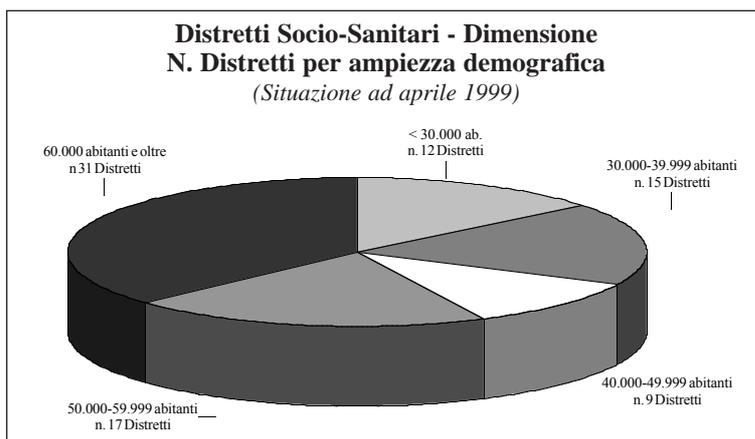
NORMATIVA

Il DLvo n. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419” rappresenta l’evento normativo di maggior rilievo in materia di Distretti nel biennio 1998-1999.

Con tale atto viene confermata e rafforzata la scelta strategica di Distretto Socio-Sanitario (DSS) “forte”, già operata a livello nazionale (DDLvi n. 502/92 e n. 517/93 e successive modifiche ed integrazioni) e recepita a livello regionale nei diversi atti normativi successivi alla riforma bis del SSN (LR n. 56/93 e LR n. 5/94).

In sintesi, gli elementi più importanti contenuti nel DLvo n. 229/99 sono i seguenti:

- Ampiezza demografica minima di 60.000 abitanti.
- Il DSS è titolare di tutte le funzioni relative al livello di “assistenza distrettuale” ed è responsabile di funzioni specifiche quali:
 - coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta delle Aziende sanitarie, e con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
 - integrazione socio-sanitaria attraverso l’erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni, ma anche determinando, in collaborazione con i Comuni, organizzati nel Comitato dei Sindaci, le risorse per l’integrazione socio-sanitaria, la ripartizione delle quote fra unità sanitaria locale e comuni e localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.
- Il DSS è dotato di strumenti aziendali per il governo (Direttore di distretto e Programma delle attività territoriali) e per la gestione (autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno della unità sanitaria locale, ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi del distretto).



QUADRO GENERALE

Di seguito viene riportata la sintesi dei risultati della ricerca “Il Distretto Socio-Sanitario in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale” che fotografa lo stato di avanzamento del processo di distrettualizzazione in Veneto ad aprile 1999.

La ricerca, realizzata dal settembre 1998 all’agosto 1999, è stata finanziata con fondi della ricerca sanitaria finalizzata regionale.

Il confronto fra “essere” e “dover essere” del DSS evidenzia alcune importanti aree di criticità in relazione ai principali elementi costitutivi dello stesso delineando un profilo-tipo del DSS in Veneto con le caratteristiche illustrate di seguito.

Dimensione

Il DSS-tipo in Veneto risulta di dimensione ridotta.

Il bacino di utenza medio per distretto è di poco più di 53.000 abitanti; prendendo come riferimento lo standard minimo indicato dal DLvo n. 229/99 (60.000 abitanti), il 62% dei distretti veneti risulterebbe “fuori norma”.

Funzioni

L'elemento dimensione non riveste importanza solo formale, di allineamento alla norma, ma sostanziale, in quanto collegato inscindibilmente agli altri elementi strategici del distretto "forte", quali:

- le funzioni esercitate
- l'organizzazione interna
- l'assegnazione di risorse umane e finanziarie.

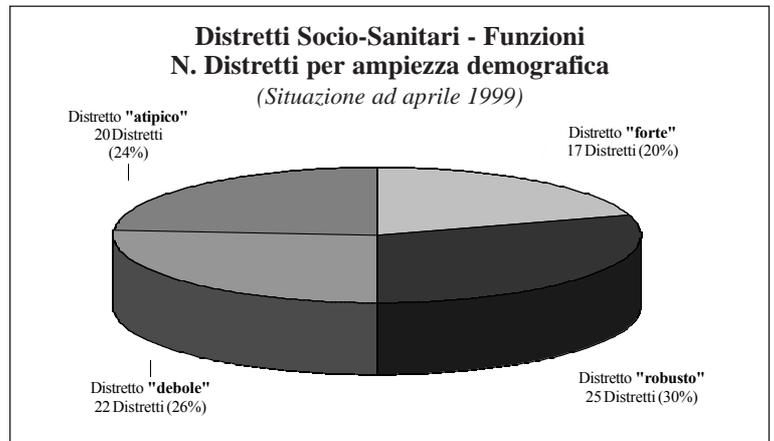
Le funzioni del DSS appaiono nel complesso fortemente ridimensionate rispetto a quelle prefigurate.

I quattro profili funzionali in cui nella ricerca vengono classificati i DSS del Veneto sono definiti nel modo seguente:

- distretti "forti", con funzioni complessive prossime al mandato legislativo
- distretti "robusti", con funzioni sanitarie complete o quasi e, nella maggior parte dei casi, con parte delle funzioni ad integrazione socio-sanitaria
- distretti "deboli", con funzioni prevalentemente sanitarie, quasi complete, e assenza di funzioni socio-sanitarie
- distretti "atipici", con funzioni solo sanitarie ed anche queste fortemente carenti, privi spesso di funzioni primarie (es.: Unità Operativa Distrettuale e ADIMED).

La debolezza funzionale del distretto si manifesta:

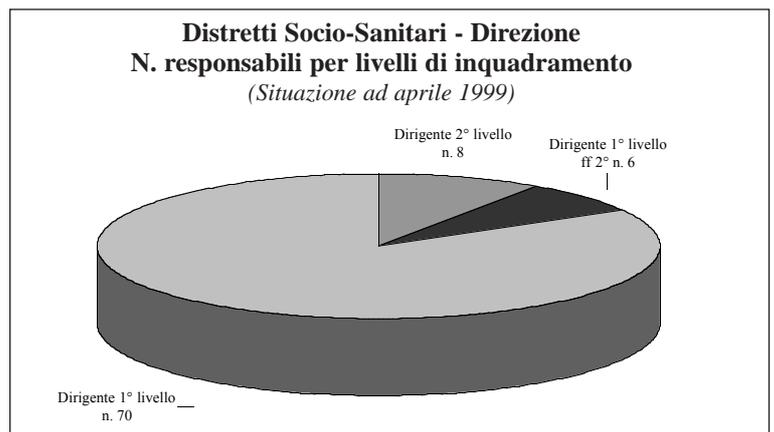
- nelle *aree a gestione diretta*, in cui le principali e più diffuse criticità emergono nell'area dell'integrazione socio-sanitaria; il distretto-tipo veneto risulta privo di una delle sue componenti essenziali (la seconda S), configurandosi prevalentemente come Distretto Sanitario e non come Distretto Socio-Sanitario nella sua pienezza;
- nelle *aree a gestione indiretta*, dove il distretto, di fatto, per interferenze di diversa natura, non controlla, attraverso i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) gli "acquisti" delle prestazioni più onerose (assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica), siano queste "prodotte" all'interno o all'esterno dell'Azienda.



Organizzazione

L'organizzazione distrettuale si rivela fragile con criticità in relazione a:

- Direzione del distretto che vede i responsabili:
 - solo in rari casi preposti al *livello dirigenziale* indicato dalla DGR n. 19/CR/97 (dirigente di II livello): il 17% dei responsabili;
 - ancora frequentemente impegnati nell'*erogazione diretta di prestazioni*: il 70% dei responsabili, di cui la metà con un impegno orario uguale o superiore al 50% del tempo lavorativo complessivo;
 - non supportati da adeguati *servizi di staff*: il 48% dei responsabili dichiara di aver sottratto parzialmente alcuni operatori dall'operatività diretta per svolgere funzioni di staff (86 operatori nel complesso pari ad una media di poco più di 2 per distretto), ma con un impegno orario decisamente modesto (poco meno di 14 ore per operatore);
 - con un *curriculum formativo e professionale* di tipo prevalentemente ed esclusivamente igienistico: il 77% dei responsabili.



- **Strumenti manageriali** su cui si è investito in misura insufficiente sono in particolare:

- *formazione dei dirigenti e degli operatori*, per i primi sui temi relativi ai diversi aspetti del management e per i secondi su temi più legati alla organizzazione, gestione e valutazione di servizi e interventi specifici;

- *sistema informativo*: sono rari i casi in cui i distretti possono avvalersi di un sistema di reporting routinario che fornisca dati ed informazioni essenziali per svolgere le funzioni più innovative ad essi affidate (analisi dei bisogni, orientamento della domanda, controllo dei consumi dei propri cittadini e valutazione delle politiche e delle azioni del distretto);

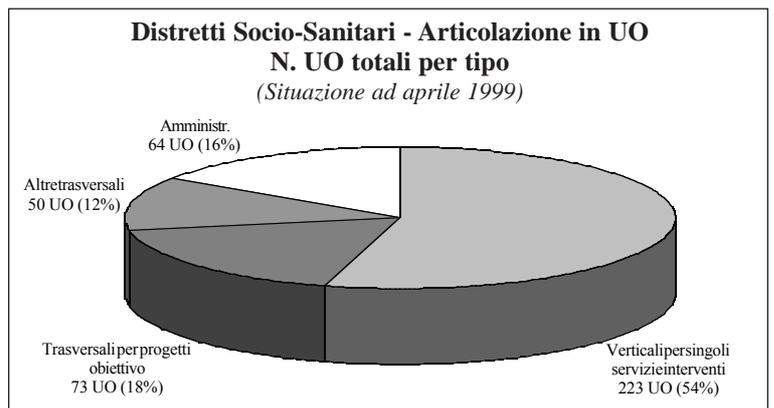
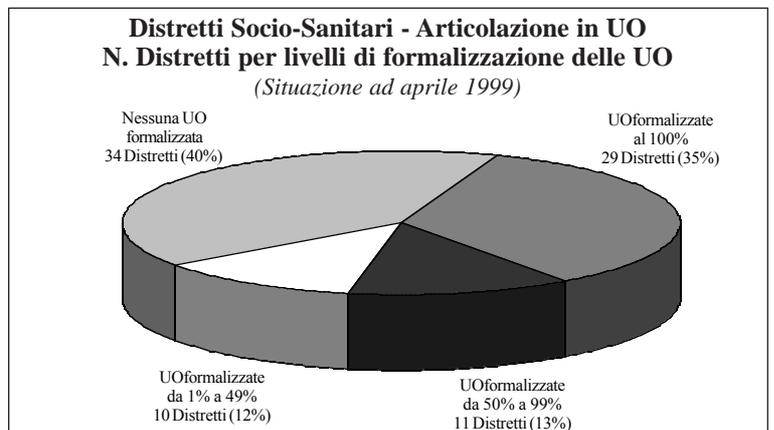
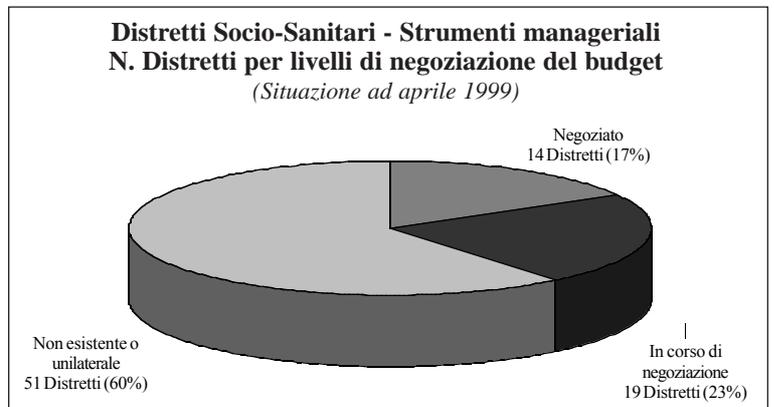
- *sistema di negoziazione di obiettivi e risorse*: la metodologia del budget ha coinvolto solo marginalmente i distretti e spesso unicamente a livello di adempimento formale; peraltro, a prescindere dalla negoziazione o meno del budget, la disponibilità di risorse viene quasi esclusivamente "assegnata" da parte della Direzione e non "negoziata" con i responsabili di distretto.

- **Articolazione in Unità Operative (UO)**, che risulta:

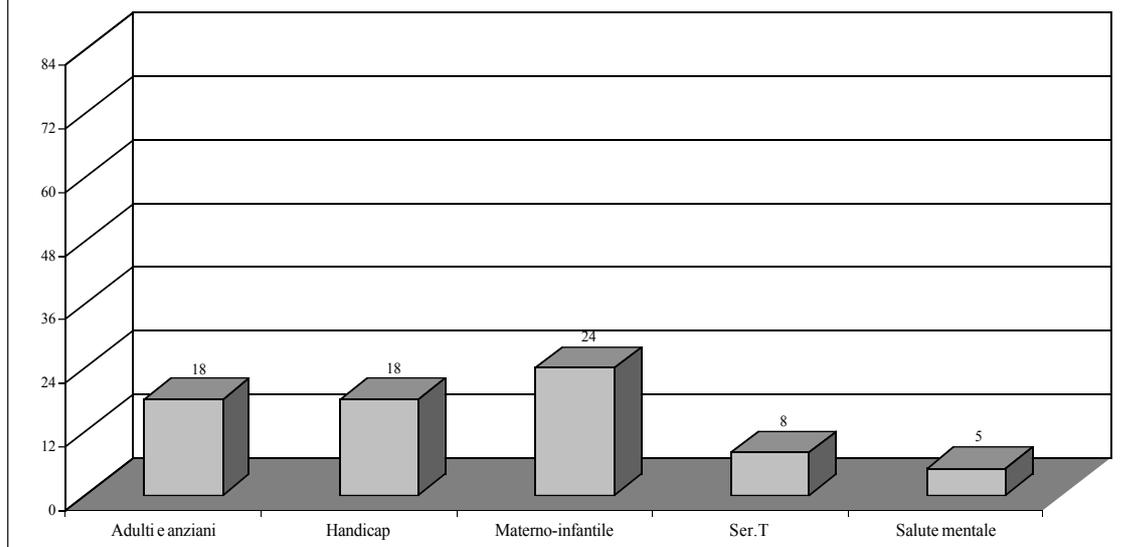
- *non ancora strutturata* secondo una logica aziendale di suddivisione chiara di compiti e responsabilità cui corrisponde un sistema gerarchico di referenti;
- *prevalentemente infor-*

Distretti Socio-Sanitari - Strumenti manageriali - Sistema informativo per il governo
Situazione ad aprile 1999

AREE TEMATICHE	DISPONIBILITA' INFORMAZIONI					
	Non disponibili		Disponibili di routine		Disponibili su richiesta	
	N. distretti	%	N. distretti	%	N. distretti	%
EPIDEMIOLOGIA						
Mortalità	19	22,6	3	3,6	62	73,8
Morbilità	37	44,0	1	1,2	46	54,8
Registro esenti patologia	14	16,7	34	40,5	36	42,9
Registro "Note CUF"	19	22,6	11	13,1	54	64,3
CONSUMI SANITARI						
Ricoveri ospedalieri	10	11,9	29	34,5	45	53,6
Prest. spec. ambulatoriali	21	25,0	18	21,4	45	53,6
Farmaci	4	4,8	24	28,6	56	66,7
Ricoveri strutture residenziali	21	25,0	15	17,9	48	57,1
VALORIZZAZIONE PRESTAZIONI						
Ricoveri ospedalieri	20	23,8	15	17,9	49	58,3
Prest. spec. ambulatoriali	23	27,4	13	15,5	48	57,1
Farmaci	0	0,0	29	34,5	55	65,5
Ricoveri strutture residenziali	35	41,7	2	2,4	47	56,0



Distretti Socio-Sanitari - Articolazione in UO
N. Distretti con presenza di UO per progetti obiettivo
(Situazione ad aprile 1999)



male, con UO non istituite con atto formale con conseguente nomina di un responsabile, ma individuate a partire dalle "linee produttive" esistenti e storicamente consolidate, spesso senza un responsabile e senza una assegnazione di operatori dedicati;

- di tipo prevalentemente "atomistico", legata alla organizzazione preesistente dei Settori articolati in UO di tipo verticale per singolo servizio o intervento; tale organizzazione rafforza i livelli di autonomia delle équipes storicamente consolidate che tendono ad autogovernarsi, sottraendosi di fatto dalla dipendenza gerarchica dal Responsabile di Distretto;
- ne deriva una *bassa aderenza alle indicazioni della DGR n. 19/CR/97*, che prefigura una articolazione dei distretti in UO trasversali per progetto obiettivo.
- Dotazione di risorse umane: a livello regionale gli operatori dipendenti assegnati ai distretti rappresentano circa il 7% dell'organico complessivo delle Aziende ULSS e poco più di un quarto del personale extraospedaliero.

Distretti Socio-Sanitari - Dotazione di personale - Situazione ad aprile 1999

PROFILO PROFESSIONALE	DIPENDENTI (1)			CONVENZIONATI (2)			TOTALI	
	Operatori equivalenti			Operatori equivalenti			Operatori equivalenti	
	n.	% su op. dipendenti	% su op. totali	n.	% su op. dipendenti	% su op. totali	n.	%
Medici	423	12,0	97,7	10	2,3	2,3	433	10,9
di cui Resp. Distretto	77	2,2	100,0	-	-	-	77	1,9
Psicologi	171	4,8	96,9	6	1,3	3,1	177	4,5
di cui Resp. Distretto	3	0,1	100,0	-	-	-	3	0,1
Pers. infermieristico	1.450	41,1	93,5	101	23,2	6,5	1.551	39,1
Pers. riabilitazione	225	6,4	86,9	34	7,8	13,1	259	6,5
Assistenti sociali	158	4,5	92,4	13	3,0	7,6	171	4,3
Educatori professionali	125	3,5	82,8	26	6,0	17,2	151	3,8
OTA/OSA	331	9,4	58,4	236	54,3	41,6	567	14,3
Pers. amministrativo	525	14,9	98,3	9	2,1	1,7	534	13,5
di cui Resp. Distretto	3	0,1	100,0	-	-	-	3	0,1
Altri	121	3,4	100,0	-	-	-	121	3,1
di cui Resp. Distretto	1	0,0	100,0	-	-	-	1	0,0
Totale	3.529	100,0	89,0	435	100,0	11,0	3.964	100,0
di cui Resp. Distretto	84	2,4	100,0	-	-	-	84	2,1

(1) Il profilo "Medici" comprende dipendenti ed equiparabili

(2) Il profilo "Medici" non comprende gli specialisti SUMAI operanti nei poliambulatori territoriali

Collocazione nella struttura organizzativa aziendale

Strettamente collegate alla debolezza funzionale e organizzativa, in un circolo vizioso di causa ed effetto, sono:

- una debole investitura da parte della Direzione Generale, evidenziata da:
 - *scarsa incidenza sulle scelte strategiche aziendali*, vuoi perché ancora pesantemente condizionate dalla centralità dell'ospedale, vuoi per il peso mantenuto ancora da strutture cen-

trali nell'agire da referenti per la Direzione Generale, soprattutto per le questioni a respiro strategico;

- *debole collegamento diretto con la Direzione Generale*: per la quasi totalità dei distretti il referente principale, nella maggior parte dei casi unico, all'interno della Direzione Strategica è il Direttore Sanitario;
- *livelli contenuti di delega*, formale e sostanziale, da parte della Direzione Strategica nella gestione dei rapporti di natura strategica con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, con i Comuni e in generale con il settore privato;
- uno scarso potere interno, rispetto sia alle strutture centrali sia alle altre Strutture operative aziendali:
 - la *Direzione per i Servizi Sociali* continua ad agire secondo una logica di "settore" gestendo centralmente interventi e servizi ad integrazione socio-sanitaria e rappresentando di fatto il punto di riferimento privilegiato nei confronti del vertice aziendale, dei Comuni, della Regione e dei cittadini;
 - salvo rarissimi casi, la gestione degli aspetti contrattuali con MMG e PLS, specialisti convenzionati e per la continuità assistenziale, da una parte, e con le farmacie, dall'altra, rimane in capo rispettivamente agli *Uffici Convenzioni* e al *Servizio Farmaceutico*;
 - i *Servizi per la Salute Mentale*, soprattutto, e in parte anche il *SerT*, costituiscono di fatto delle "Strutture Operative" aggiuntive alle tre indicate dalla normativa regionale, e operano in piena autonomia dai distretti, con livelli molto bassi o inesistenti di collaborazione e concertazione;
 - le funzioni igienistiche rivolte alle persone sono frequentemente mantenute a livello di distretto, con un forte impegno operativo degli operatori distrettuali e spesso del responsabile in prima persona, con rapporti contraddittori con il *Dipartimento di Prevenzione*, che vanno da una gestione completamente autonoma da parte del distretto delle attività di igiene pubblica alla quasi completa dipendenza;
 - con la *Struttura Ospedale* permane il complesso di inferiorità, legato al forte sbilanciamento a suo favore in termini di risorse, attenzioni e preoccupazioni vuoti della Direzione Strategica vuoti della comunità, e che condiziona pesantemente i rapporti di collaborazione fra le due strutture operative;
 - i rapporti con gli *altri Distretti dell'Azienda* sono frequentemente limitati a un "coordinamento dei distretti" fra di loro, che solo raramente incide sui rapporti di forza con la Direzione Strategica o con le altre strutture centrali o operative.

ELEMENTI DI RIFLESSIONE PER IL GOVERNO REGIONALE

Dal complesso della ricerca effettuata e dall'evidenziazione degli scostamenti tra "essere" e "dover essere" del Distretto, dall'individuazione delle cause delle notevoli problematiche del processo di distrettualizzazione nonché dalle indicazioni desumibili dal DLvo n. 229/99, si possono delineare i primi elementi di riflessione per la politica regionale in materia.

Questa, verosimilmente, dovrà operare in campo *legislativo*, rivedendo e integrando la LR n. 56/94, che comunque conserva una sostanziale validità con i principi di cui al DLvo n. 229/99; potrà inoltre agire sul versante *amministrativo*, ridefinendo la DGR n. 19/CR/97, e soprattutto e fin dall'immediato sul piano *gestionale*, nel rapporto Regione/Direttori Generali.

Alla luce dell'esperienza acquisita, infatti, appare utile privilegiare i processi reali ed agire in modo pragmatico e dinamico nella gestione, prima di intervenire sul piano amministrativo e normativo; l'esigenza di sperimentazione, di simulazione e di verifica e monitoraggio costante delle iniziative intraprese sembra essere indispensabile premessa per poter ridefinire con buona probabilità di successo la normativa in materia.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Unità di Progetto Nucleo Tecnico Socio-Sanitario – Ricerca Sanitaria Finalizzata Regionale - Ricerca n. 734/05/97 di cui alla DGR n. 4787/97 "Il Distretto in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale" realizzata a cura della società SOGESS Srl sotto la responsabilità scientifica di M. Axerio.

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.0.1/R, TAVOLA 4.0.2/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.1 Assistenza sanitaria di base

NORMATIVA

La Riforma Sanitaria avviata con i DDLLvi n. 502/92 e n. 517/93 e completata con il DLvo n. 229/99, gli Accordi Collettivi Nazionali, entrati in vigore rispettivamente con DPR n. 484/96 e DPR n. 613/96 e il Piano Sanitario Nazionale (DPR 23 luglio 1998) hanno attuato una riorganizzazione complessiva anche dell'area della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta.

Il ruolo delle Regioni è stato accentuato non solo nella contrattazione decentrata che ha portato, per la prima volta, alla formalizzazione con DGR n. 2996/97 degli Accordi regionali della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta per la Regione Veneto, ma anche sul piano organizzativo prevedendo forme di coordinamento, di continuità assistenziale e di multidisciplinarietà ribadendo la centralità del Medico di Medicina Generale nell'ambito operativo distrettuale.

La trattativa che ha preceduto la stipula degli Accordi regionali si era già posta l'obiettivo di corresponsabilizzare i medici e i pediatri di base nell'uso delle risorse disponibili; successivi progetti approvati dalla Giunta Regionale nel corso del 1998 e del 1999 hanno avviato e favorito una migliore integrazione degli stessi nel nuovo assetto aziendale e precisamente nel Distretto.

Si citano ad esempio:

- il progetto "Osservare per conoscere - La valutazione multidimensionale dell'anziano ultra-settantacinquenne" approvato con DGR n. 4619/98;
- "I libretti sanitari pediatrici" per i nati dall'1.1.1998 e i "Bilanci si salute" svolti dai pediatri di libera scelta;
- le linee guida per la riorganizzazione in generale dell'assistenza domiciliare integrata (DGR n. 5273/98) e in particolare degli accessi domiciliari a carico del Medico di Medicina Generale;
- la scheda SVAMA di valutazione multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari (DGR n. 3979/99).

Oltre alle scelte assunte a livello regionale da attuarsi obbligatoriamente presso tutte le Aziende ULSS, gli Accordi regionali hanno gettato le basi per la realizzazione di progetti demandati alla valutazione delle singole Aziende, finalizzati soprattutto alla deospedalizzazione, all'integrazione con i servizi ospedalieri e territoriali ed, in generale, alla valorizzazione della medicina di base sul territorio.

MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA Quadro generale

La dotazione di medici al 1.1.2000, confrontata con la situazione degli anni precedenti, mostra una continua lieve diminuzione nel numero dei medici di medicina generale. Il conte-

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta

	ANNI			variaz. % 98/97	variaz. % 98/98
	1997	1998	1999		
- n. medici generici	3.585	3.526	3.446	-1,6	-2,3
- n. pediatri	496	501	515	1,0	2,8
- n. totale medici	4.081	4.027	3.961	-1,3	-1,6
- n. residenti per medico	1.095	1.114	1.139	1,7	2,2

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta - Assistiti

ASSISTITI	ANNI			variaz. % 98/97	variaz. % 98/98
	1997	1998	1999		
- in carico a medici generici	4.018.561	4.022.732	4.024.298	0,1	0,0
di cui < 14 anni	135.049	144.469	127.214	7,0	-11,9
- in carico a pediatri	381.506	405.292	420.639	6,2	3,8
- totale	4.400.067	4.428.024	4.572.151	0,6	3,3
- % assistiti su abitanti	98,5	98,7	98,5	0,2	-0,2
- n. assistiti per medico generico	1.121	1.141	1.168	1,8	2,4
- n. assistiti per pediatra	769	809	815	5,2	0,7

Analisi territoriale

nimento della dotazione organica del personale medico è dovuto anche al ricorso giurisdizionale presentato da alcuni interessati avverso il decreto del dirigente regionale relativo alla graduatoria unica regionale dell'anno 1997, per cui nel corso del 1998 e del 1999 non sono stati assegnati gli incarichi di medicina generale. I pediatri di libera scelta, invece, aumentano leggermente rispetto al 1997. In generale diminuisce il numero totale di medici e aumenta il numero medio di residenti per medico.

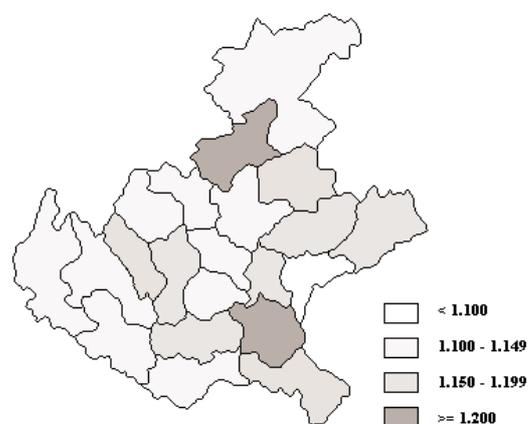
Nello stesso periodo, si osserva un lievissimo aumento del numero totale di assistiti in carico sia ai medici di medicina generale che ai pediatri di libera scelta. In generale la popolazione assistita rappresenta quasi il 99% della popolazione residente. In particolare, continua ad aumentare il numero medio di assistiti per pediatra, mentre gli assistiti al di sotto dei 14 anni in carico ai medici di medicina generale dopo un lieve aumento osservato nel 1998, sono diminuiti nel 1999, riversandosi sui pediatri. In generale è aumentata la popolazione in età pediatrica in carico ai pediatri.

Dall'analisi territoriale si rileva ancora una situazione di maggior carenza per l'ULSS 2 con più di 1200 residenti per medico, cui nel 1999 si è aggiunta anche l'ULSS 14. L'ULSS con il minor numero medio di residenti per medico risulta essere invece l'ULSS 12 Veneziana.

Nel complesso la copertura assistenziale dei residenti risulta abbastanza omogenea per quanto riguarda la medicina generale, mentre è più differenziata per quanto riguarda la pediatria di base.

Particolarmente "scoperta" risulta l'ULSS 1 con solo il 96% della popolazione residente assistita e le ULSS 5 e 15 con il 100% dei pediatri con un numero di scelte superiore al massimale previsto per contratto.

Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta - Anno 1999
Numero residenti per medico



Media regionale: 1.139

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Nel corso del 1998 è stata effettuata una ricognizione del numero di punti di guardia medica e del fabbisogno di medici per coprire tutti i turni previsti: l'indagine ha evidenziato una diminuzione dei punti e un fabbisogno di personale più che doppio rispetto al numero di medici titolari in servizio. Alla copertura di tale fabbisogno si è parzialmente provveduto nel corso del 1999 e del 2000, in seguito all'espletamento delle procedure amministrative per l'assegnazione degli incarichi a suo tempo bloccati a seguito di ricorso giurisdizionale presentato da alcuni degli interessati nel 1998.

Continuità assistenziale - Dotazione

	ANNI			variaz. % 98/97	variaz. % 98/98
	1997	1998	1999		
- n. punti	112	117	116	4,5	-0,9
- n. residenti per punto	39.830	38.277	38.790	-3,9	1,3
- n. medici fabbisogno dichiarato	810	810	810	0,0	0,0
- n. medici titolari	399	359	253	-10,0	-29,5
- n. medici in servizio	698	695	730	-0,4	5,0

A livello territoriale la situazione è ancora molto disomogenea, denotando la presenza di modelli organizzativi e di situazioni turistico-ambientali diverse tra loro.

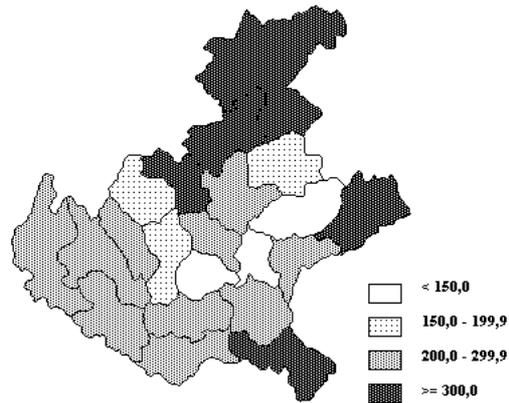
Si osserva in particolare, un numero medio di ore ogni 1.000 residenti particolarmente elevato per i medici in servizio nell'ULSS 1 (oltre 550 ore), ma anche nelle ULSS 2, 3, 10 e 19 con oltre 300 ore per 1.000 residenti e particolarmente basso per le ULSS 13 e 16 (in media circa 111 ore totali per 1.000 residenti).

QUALITÀ DELLA ASSISTENZA E INTEGRAZIONE CON L'ATTIVITÀ DISTRETTUALE

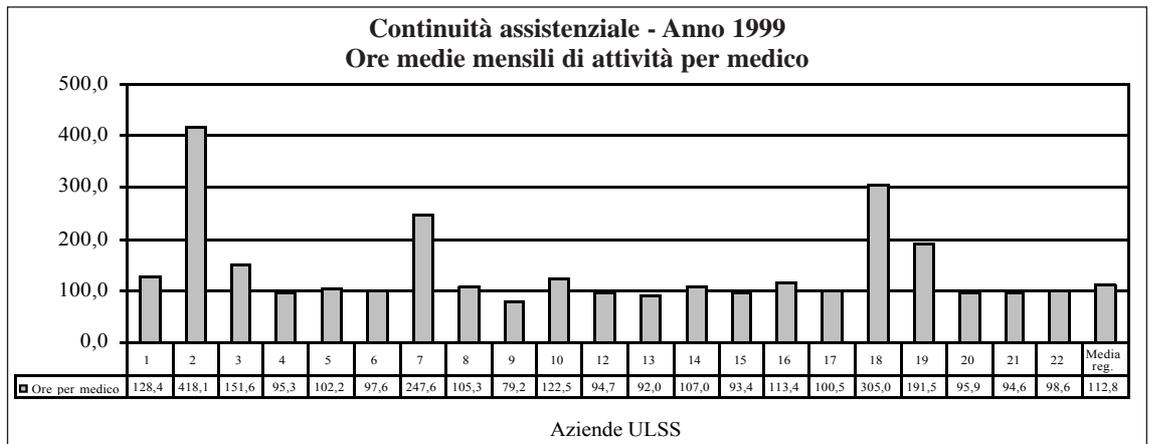
Considerando il numero medio di ore mensili per medico, si osserva un numero particolarmente alto per l'ULSS 2, viceversa particolarmente basso per l'ULSS 9 a denotare il diverso carico di lavoro e di copertura del personale in servizio.

Nel corso del 1999 è stata svolta una ricerca regionale finalizzata a verificare lo stadio di attuazione del processo di distrettualizzazione nelle ULSS del Veneto. Nell'ambito di questa ricerca sono state anche indagate le occasioni di collaborazione/integrazione con i medici di medicina generale.

Continuità assistenziale - Anno 1999
Ore totali di attività dei medici in servizio per 1.000 residenti



Media regionale: 219,5



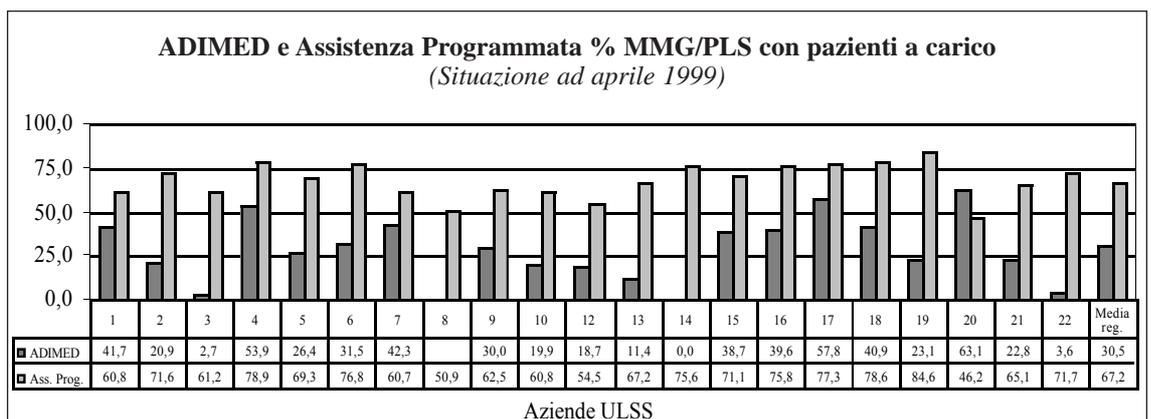
Tali occasioni pur essendo ancora soprattutto di natura operativa, stanno estendendosi esperienze locali di coinvolgimento in funzioni a respiro più strategico.

Gli ambiti di collaborazione indagati sono stati quelli previsti dalle linee di programmazione regionale e istituzionale e cioè:

- il coinvolgimento nelle Unità Operative Distrettuali (UOD);
- l'assistenza domiciliare medica (ADIMED) al domicilio del paziente e l'assistenza programmata per i pazienti non deambulabili;
- le campagne di prevenzione;
- programmi per il controllo della spesa e il miglioramento dell'assistenza.

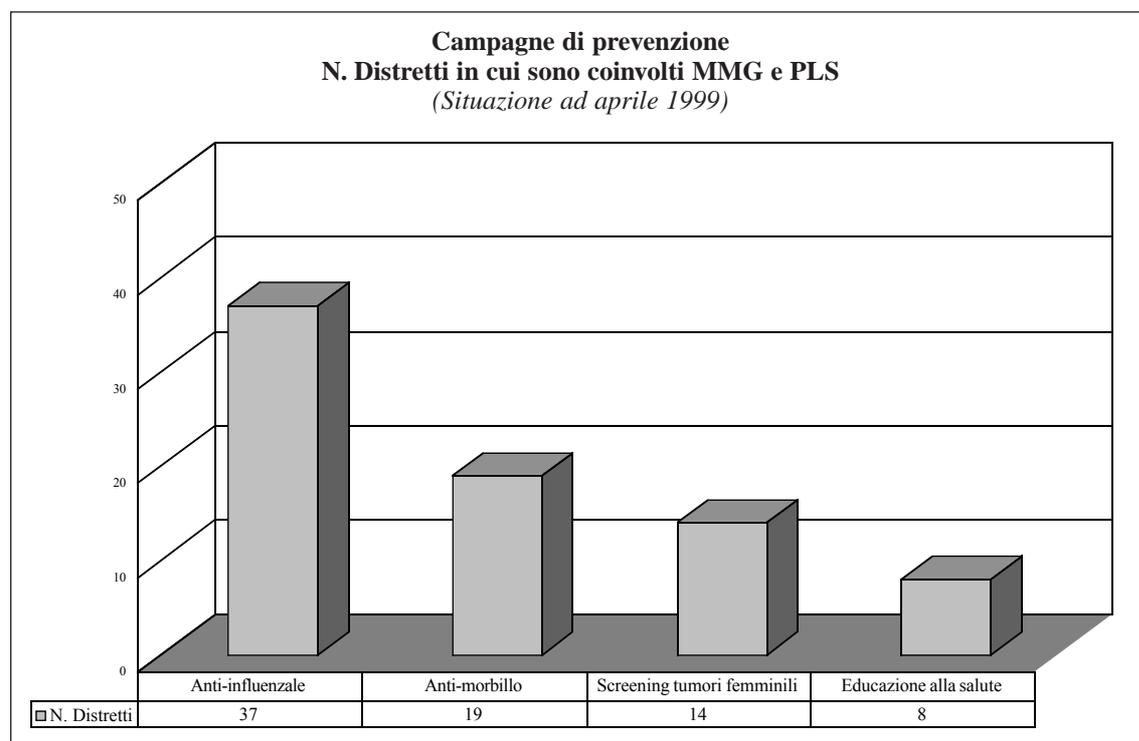
Dai risultati dell'indagine emerge un buon coinvolgimento dei MMG nelle UOD, attivate a livello distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza al domicilio del paziente, l'indagine ha evidenziato una diffusione ormai capillare dell'assistenza programmata a pazienti non deambulabili (istituto previsto



già dalla Convenzione di medicina generale di cui al DPR n. 484/96) con oltre il 67% dei medici che hanno attivato programmi di intervento a pazienti non deambulabili.

Nell'ambito di tale assistenza, l'ADIMED, assistenza a pazienti portatori di gravi patologie e in condizioni di notevole dipendenza sanitaria (ex DGR n. 2996/97) per cui la responsabilità del caso è attribuita direttamente al MMG e autorizzata dall'UOD (ex DGR n. 561/98), risulta invece ancora poco diffusa, coinvolgendo solo il 30% dei MMG e con forti disomogeneità a livello territoriale.



Fino ad Aprile 1999, sono risultati 55 (65%) i Distretti che hanno attivato forme di collaborazione con i MMG e PLS per attività di tipo preventivo. Tali attività sono ancora prevalentemente di tipo vaccinale, ma incomincia a consolidarsi il coinvolgimento anche in campagne di prevenzione dei tumori, di educazione alla salute o di promozione di stili di vita sani (abitudine al fumo, alimentazione, esercizio fisico, incidenti in età pediatrica, fratture femminili o igiene orale).

Nel complesso sono stati segnalati 2.203 (53,1%) MMG e PLS coinvolti in attività di prevenzione promosse dai distretti.

Dall'indagine è emerso, inoltre, che 16 ULSS hanno avviato programmi mirati al coinvolgimento dei MMG e PLS per il controllo della spesa e il miglioramento dell'assistenza. Tali programmi, abbastanza differenziati negli obiettivi, hanno interessato oltre i due terzi dei distretti (57 su 84), prevedendo per 50 distretti anche forme di incentivazione economica per i medici che vi aderiscono. Le modalità di coinvolgimento dei medici sono risultate anch'esse molto differenziate, tra le più significative sono state segnalate: i Gruppi Territoriali Omogenei (ULSS 7 e 8) e le Commissioni distrettuali per i livelli di spesa (ULSS 2, 16, 20).

FONTI

- Regione Veneto:
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Flussi informativi del Ministero Sanità - Modelli FLS. 11, FLS. 12 e FLS. 21;
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Convenzioni Assistenza Sanitaria - Anagrafe dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta
 - SOGESS - MI - "Il Distretto in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale" - Rapporto Finale Ricerca Sanitaria Finalizzata

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.1.1/A, TAVOLA 4.1.2/A, TAVOLA 4.1.3/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.1.1/R, TAVOLA 4.1.2/R, TAVOLA 4.1.3/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.2 Assistenza farmaceutica

NORMATIVA

I cambiamenti normativi che condizionano l'evolversi dell'assistenza farmaceutica e quindi della spesa farmaceutica regionale, sono legati alle leggi finanziarie, rispettivamente per gli anni 1998 e 1999.

1998

Finanziaria

- nessuna modifica per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, né in materia di esenzioni né in materia di ticket, rispetto all'anno precedente.
- confermato lo sconto del 3% (1,5% per le farmacie rurali sussidiate) sull'importo dei medicinali al lordo del ticket che le farmacie devono praticare al S.S.N.
- adeguamento del prezzo dei medicinali in commercio al prezzo medio europeo: per i medicinali già in commercio l'adeguamento ha effetto immediato qualora la media sia inferiore al prezzo in vigore; in caso contrario l'adeguamento è attuato in sei fasi con cadenza annuale di eguale importo. La prima trince di tale adeguamento si è avuta nel secondo semestre del 1998.
- nell'ottobre 1998 sono entrate in vigore le nuove note CUF che hanno riclassificato alcuni farmaci inserendoli in fascia A, hanno ammesso alla rimborsabilità nuove classi di farmaci ed, in alcuni casi, vi è stata l'estensione delle indicazioni per le quali era ammessa la rimborsabilità.

1999

Finanziaria

- la legge finanziaria per il 1999 ha apportato alcune modifiche per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, in particolare: per quanto riguarda il ticket in caso di pluriprescrizione (operante per: soggetti affetti dalle patologie di cui agli art. 1, 2 e 4 del DM 1.2.1991; i prodotti a base di antibiotici in confezione monodose; i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi e i farmaci a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica) la quota di partecipazione alla spesa è di £ 1.000 per confezione
- confermato che le farmacie devono praticare al SSN uno sconto del 3% sull'importo dei medicinali al lordo del ticket (1,5% per le farmacie rurali sussidiate).
- nel mese di luglio 1999 è entrata in vigore la seconda trince dell'adeguamento del prezzo dei medicinali al prezzo medio europeo, come previsto dalla legge finanziaria per il 1998.

I fenomeni di maggior rilievo sono:

- nel 1999, aumentano le farmacie aperte al pubblico nel Veneto;
- negli anni 1998 e 1999, contrariamente a quanto successo nel biennio precedente, ricomincia ad aumentare il numero delle ricette prescritte dai medici;
- conseguentemente aumenta anche la spesa lorda e netta, sia totale che pro-capite;

Assistenza farmaceutica - Quadro sintetico

INDICATORI	DIFFERENZA %				
	1997	1998	1999	1998 vs 1997	1999 vs 1998
Dotazione di farmacie					
- n. farmacie aperte al pubblico	1.189	1.184	1.192	-0,4	0,7
- n. abitanti per farmacia	3.752	3.770	3.775	0,5	0,1
Ricette					
- V.A. (migliaia)	19.694	20.914	22.340	6,2	6,8
- n. ricette per residente	4,4	4,7	5,0	6,8	6,4
Spesa					
- spesa lorda (miliardi)	905,8	1.014,6	1.137,1	12,0	12,1
- spesa netta (miliardi) (1)	798,9	899,9	1.019,8	12,6	13,3
- spesa netta rettificata (miliardi) (1)	766,8	862,8	976,7	12,5	13,2
- % sconto su spesa lorda	3,6	3,7	3,8	3,0	3,7
- % ticket su spesa lorda	11,8	11,3	10,3	-4,2	-8,8
- spesa lorda per residente (lire)	203.052	226.564	252.697	11,6	11,5
- spesa lorda per ricetta (lire)	45.995	48.515	50.898	5,5	4,9

(1) - Spesa netta = spesa lorda - ticket

- Spesa netta rettificata = spesa lorda - ticket - sconto

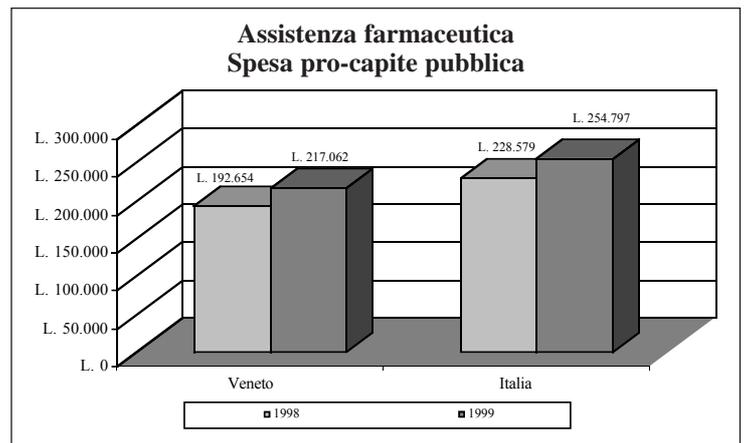
DOTAZIONE DI FARMACIE, CONSUMI, SPESA Quadro generale

- in particolare si osserva un aumento del costo medio per ricetta: tale incremento sembrerebbe dovuto, oltre che all'entrata in vigore dell'adeguamento dei prezzi dei farmaci e delle nuove note CUF, anche ad una probabile maggior prescrizione di farmaci per patologie croniche (antiipertensivi, ipocolesterolemizzanti, antiasmatici, ecc.) ed infine ad uno spostamento della prescrizione verso farmaci di recente immissione in commercio e di costo più elevato.

Un ulteriore dato da tenere in considerazione è che, a fronte di un consistente aumento della spesa generale, il valore assoluto del ticket presenta un aumento molto contenuto, riducendo il peso percentuale sulla spesa lorda totale.

Questo fenomeno potrebbe essere spiegato da un lato da un aumento dei soggetti esenti e dall'altro dal passaggio di alcuni farmaci dalla fascia "B" (con pagamento del 50% del prezzo) alla fascia "A" (pagamento della sola quota fissa di L. 3.000/6.000)

Nonostante il notevole aumento, rispetto al biennio precedente, nella nostra regione la spesa farmaceutica pro-capite a carico del SSN, cioè la spesa netta rettificata senza ticket e sconto, è tra le più basse a livello nazionale, inferiore solamente a quelle del Trentino Alto Adige e della Valle d'Aosta nel 1998 e a quelle del Trentino Alto Adige, Friuli V.G. ed Emilia-Romagna nel 1999.

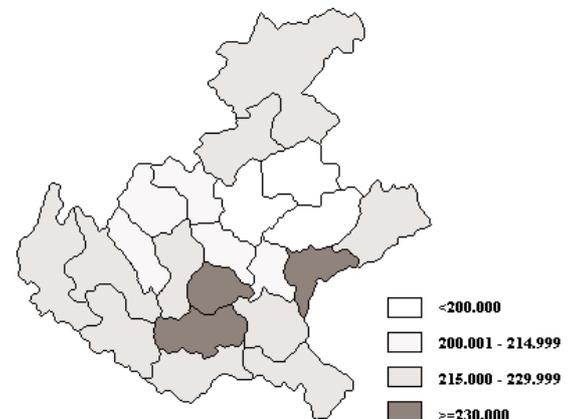


Analisi territoriale

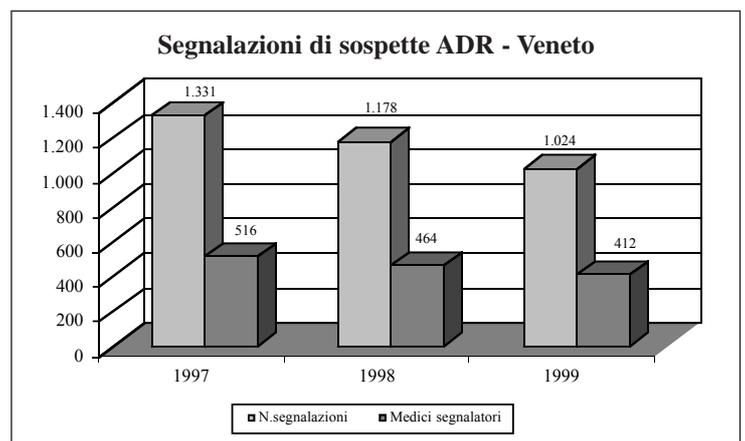
Anche se la distribuzione territoriale dei consumi e quindi della spesa farmaceutica non è omogenea sul territorio regionale, non si riscontrano grandi differenze tra i valori relativi alla spesa pro-capite.

Escludendo infatti dall'analisi, i valori estremi rappresentati dalle ULSS 7, 8 e 9 (al di sotto delle L. 200.000 pro-capite) e dalle ULSS 12, 16 e 17 (al di sopra delle L. 230.000 pro-capite), le altre 15 ULSS si attestano sui valori medi regionali con una variazione contenuta entro le L. 15.000 pro-capite. Contrariamente a quanto si verificava negli anni precedenti, la situazione delle ULSS 18 e 19 si è normalizzata, essendo la loro spesa netta pro-capite di poco al di sopra della media regionale. Risultano invece nettamente superiori alla media le ULSS 12, 16 e soprattutto 17, che nell'ultimo anno ha aumentato la spesa pro-capite del 18,6%. Rimangono sostanzialmente invariate alcune situazioni in cui gli indici di spesa sono particolarmente bassi (ULSS 3, 4, 5, 7, 9, 13, 15 ma soprattutto l'ULSS 8).

Assistenza farmaceutica - Anno 1999 Spesa netta rettificata per residente



Media regionale: L. 217.062



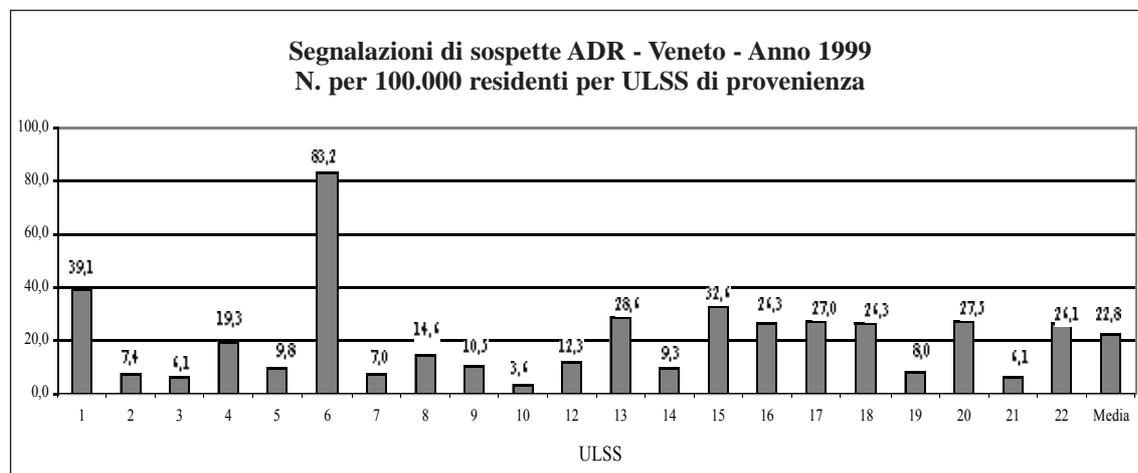
FARMACO-VIGILANZA

Per quanto riguarda la raccolta delle segnalazioni sospette da ADR, nel 1999 il numero di se-

gnalazioni è ancora leggermente diminuito rispetto all'anno precedente, così pure i medici con almeno una segnalazione.

Ancora una volta i medici che hanno inviato più segnalazioni sono quelli di medicina generale (50,9%), ma sono aumentate anche le segnalazioni da parte dei medici ospedalieri e di altri medici: segno di una maggior attenzione a questo tipo di rilevazione da parte dei medici.

L'elenco dei farmaci con più di dieci segnalazioni non si discosta molto da quello del 1997 confermando pertanto che responsabili di reazioni avverse sono sia farmaci il cui consumo è ormai consolidato sia molecole di nuova utilizzazione



Come per gli anni precedenti si può notare una notevole differenza nella distribuzione delle segnalazioni a livello delle singole Aziende ULSS.

L'estrema variabilità territoriale in rapporto alla popolazione residente, sebbene inferiore a quella riscontrata nel 1998, suggerisce il permanere di un comportamento di estrema sensibilità all'obbligo di segnalazione, in particolare nell'ULSS 6 e viceversa una probabile sottonotifica da parte dell'ULSS 10 che rimane con un valore inferiore a 5 segnalazioni per 100.000 residenti.

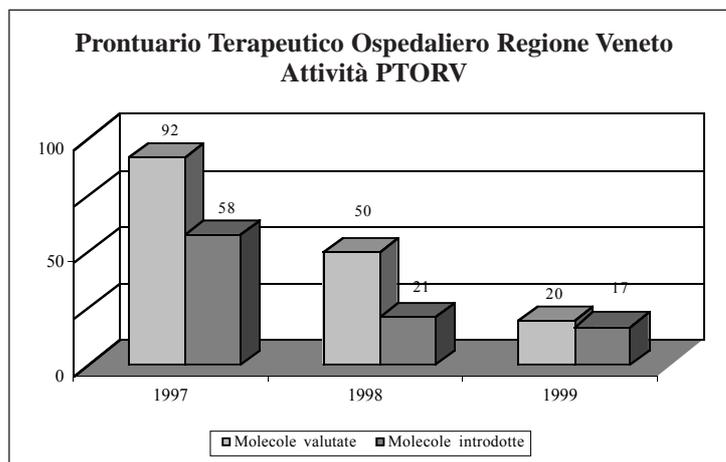
Al fine di uniformare l'assistenza ospedaliera la Regione Veneto, già dal 1982, ha approvato un elenco di farmaci (il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale) inizialmente predisposto quale strumento di indirizzo per la stesura dei Prontuari Terapeutici dei singoli ospedali della regione; tuttavia, constatato che il contenuto dei diversi prontuari ospedalieri differiva a volte in modo molto consistente e con lo scopo di assicurare una effettiva uniformità dell'assistenza farmaceutica all'interno delle strutture ospedaliere, la Giunta Regionale, alla fine del 1996, ha deciso di rendere il Prontuario Terapeutico Regionale, periodicamente aggiornato, vincolante per le Aziende ULSS e per le Aziende Ospedaliere.

A tale scopo è stata istituita una Commissione Tecnica Regionale con il compito di valutare le richieste di inserimento di nuove molecole e nuovi farmaci.

Dopo la revisione totale del prontuario effettuata negli anni precedenti, il numero di molecole per le quali è stata chiesta l'introduzione nel Prontuario Regionale è notevolmente diminuito.

Ciò ha permesso alla Commissione di allargare la propria attività ed affrontare altre tematiche (analisi farmaco-economica dei farmaci, stesura di linee guida, ecc..) ritenute di notevole importanza per il corretto utilizzo dei medicinali all'interno delle strutture ospedaliere.

Si ritiene infatti che tra i compiti della Commissione vi siano



Costi per l'acquisto di beni sanitari direttamente erogati dalle farmacie ospedaliere

anche quelli di valutare le prescrizioni dal punto di vista della farmaco-economia ed di fornire delle indicazioni di utilizzo di particolari categorie di farmaci, al fine di ottimizzarne l'uso ed evitare possibili sprechi di risorse.

A tal proposito, nel corso del 1998, la Commissione ha analizzato, in termini di spesa, l'utilizzo dei vari farmaci, a base di analoghi del GRH, utilizzati nel trattamento del tumore alla prostata evidenziando che è possibile ottenere dei risparmi orientando la prescrizione verso determinati farmaci.

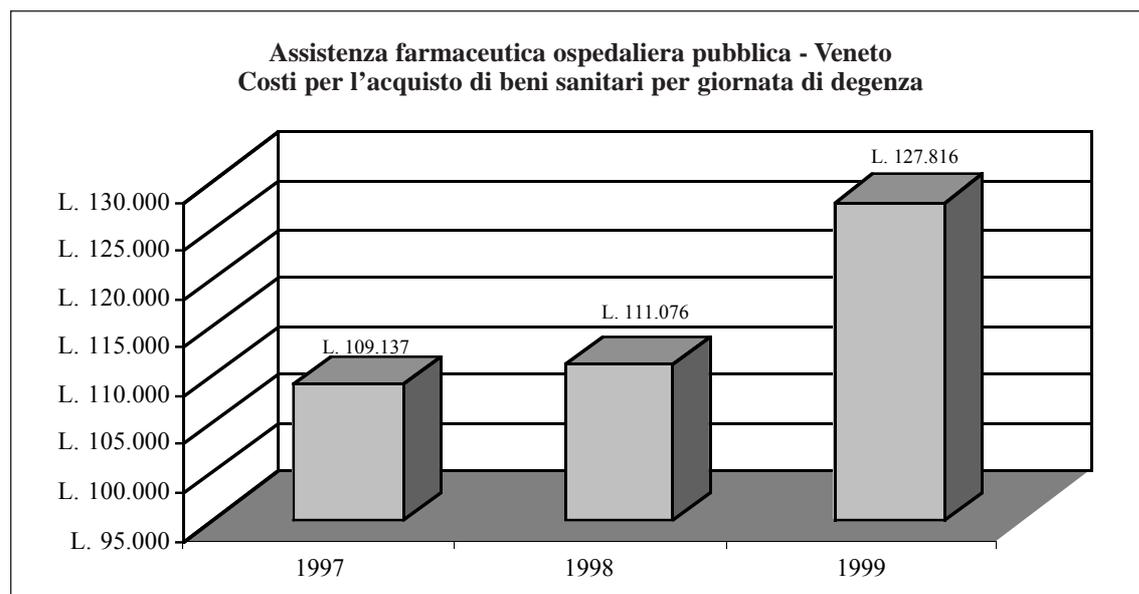
Tale iniziativa verrà certamente continuata con la valutazione di altri gruppi omogenei di farmaci, che siano sovrapponibili per efficacia e tollerabilità.

La Regione Veneto è per ora l'unica Regione ad avere già attivato un flusso dati di costo sull'assistenza farmaceutica ospedaliera che permette puntuali analisi, confronti e ricerca farmacoepidemiologica su patologie e terapie. Tali obiettivi, già presenti nel PSN 1998 - 2000 e in particolare nel DLvo n. 229/99, si propongono di sviluppare a livello nazionale un sistema di sorveglianza e monitoraggio attraverso l'istituzione di un osservatorio per il monitoraggio continuo della spesa e la sorveglianza epidemiologica al fine dello sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva.

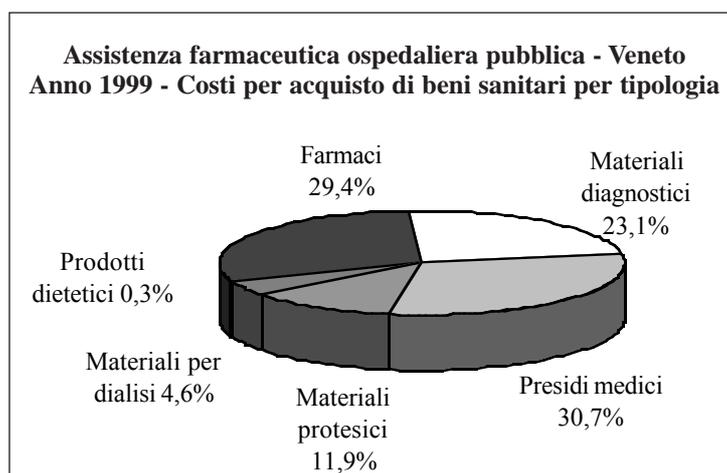
Il modello veneto è coerente con quanto richiesto nel documento di indirizzo per il funzionamento dell'Osservatorio Nazionale e potrà essere adattato in seguito all'organizzazione effettiva dell'analogo flusso dati a livello nazionale.

Dal 1997 la raccolta ed elaborazione di tali dati, per conto della Regione, è affidata al responsabile della farmacia dell'Ospedale di Conegliano, delegato dall'Assessore alle Politiche Sanitarie quale referente regionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera.

Dopo due anni di avvio, in cui si sono presentate le classiche difficoltà organizzative, ora il flusso dei dati di costo sull'assistenza farmaceutica ospedaliera si può considerare a regime.



Data la diversa complessità dei singoli presidi ospedalieri non è possibile fare una comparazione diretta tra le ULSS, ma la raccolta dei dati è utile da un lato per l'analisi dell'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera negli anni e dall'altro per un confronto con la spesa farmaceutica territoriale, al fine di avere un quadro complessivo di tutta la spesa farmaceutica a carico del SSN ed uno strumento essenziale per conoscere l'im-



piego dei farmaci e per valutare il grado di continuità o discontinuità prescrittiva ospedale-territorio.

Dall'avvio della rilevazione, i costi regionali sono aumentati del 17,1%, con un aumento tra il 1998 e il 1999 del 15,1%: è difficile però comprendere quanto questo aumento sia reale o semplicemente dovuto al raggiungimento di una maggior completezza di rilevazione dei dati.

La distribuzione percentuale per tipologia di bene erogato, mette in evidenza come il peso maggiore dei costi sia assorbito dalla categoria dei “presidi medici”, seguiti dai “farmaci” e dai “materiali diagnostici”: quest'ultimi nel 89,2% rappresentati da “prodotti chimico/clinici” più che dai “mezzi di contrasto”.

FONTI

- Regione Veneto
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Farmaceutico:
 - Rilevazioni presso le Aziende ULSS
 - Flusso informativo sulle segnalazioni spontanee di reazioni avverse gestito dall'Università di Verona – Istituto di Farmacologia
 - Flusso informativo sui costi per l'acquisto di beni sanitari nei presidi ospedalieri

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.2.1/A, TAVOLA 4.2.2/A, TAVOLA 4.2.3/A, TAVOLA 4.2.4/A, TAVOLA 4.2.5/A.

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.2.1/R, TAVOLA 4.2.2/R, TAVOLA 4.2.3/R, TAVOLA 4.2.4/R, TAVOLA 4.2.5/R..

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.3 Assistenza integrativa

CONSUMI
E SPESA
Quadro
generale

Assistenza Integrativa Regionale (AIR) - Quadro sintetico

	1997	1998	1999	Diff. % 1998/1997	Diff. % 1999/1998
- numero di ricette	310.626	343.614	372.952	10,6	8,5
- % ricette per diabetici	81,9	95,5	94,9	16,6	-0,6
- % ricette per dietetici	18,1	4,5	5,1	-75,1	13,3
- spesa totale (milioni)	20.779	25.031	27.879	20,5	11,4
- spesa per ricetta	66.893	72.847	74.752	8,9	2,6

L'assistenza integrativa prevede l'erogazione di prodotti dietetici a pazienti affetti dalle patologie individuate dal DM 1.7.1982 (morbo celiaco, errori metabolici congeniti) e la fornitura di presidi (siringhe, strisce reattive, ecc.) a pazienti affetti da diabete mellito (DM 8.2.1982 e L. n. 115/87).

Nel biennio 1998-99 la spesa complessiva è ulteriormente aumentata, così pure il numero di ricette e conseguentemente anche la spesa media per ricetta, ma tale aumento risulta più contenuto rispetto a quello registrato nel biennio precedente.

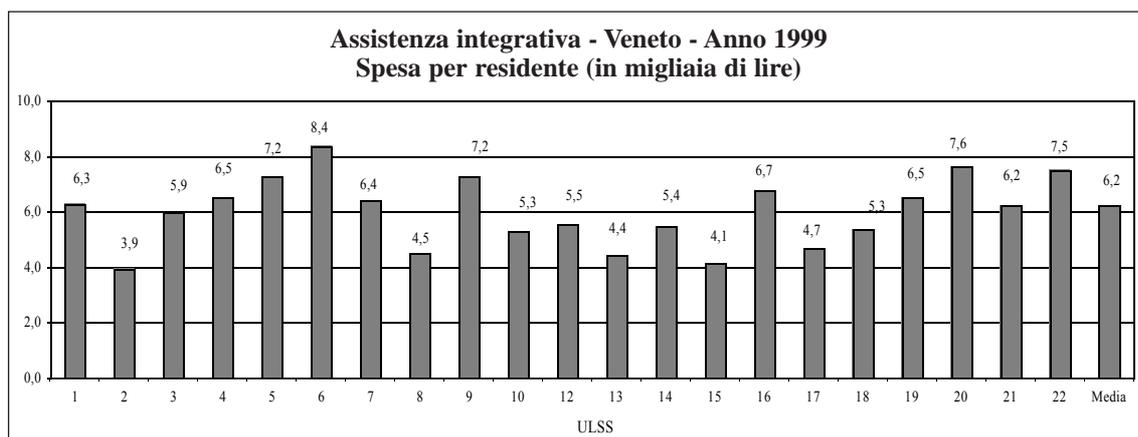
Oltre all'aumento del costo dei prodotti erogati, si può ipotizzare che le nuove e più sofisticate metodologie di diagnosi hanno portato all'individuazione di un maggior numero di pazienti affetti dalle patologie per le quali è prevista l'erogazione di tale assistenza, con la conseguenza di veder lievitare la corrispondente spesa.

Tuttavia, ciò che maggiormente si rileva è che, per la prima volta nell'anno 1999 per quanto concerne i prodotti dietetici, pur in presenza di un aumento del numero di ricette, vi è una diminuzione della spesa.

Questi due fatti (aumento più contenuto della spesa complessiva nell'anno 1999 e, in particolare, diminuzione della spesa per i dietetici) potrebbero essere la conseguenza di una iniziativa regionale attuata a partire dal mese di dicembre 1998.

Infatti, a fronte di un costante aumento della spesa per l'assistenza integrativa, si è sentita la necessità di individuare più facilmente i prodotti erogati al fine di rendere da un lato più semplice la loro tariffazione e dall'altro più veloce il controllo effettuato dalle ULSS sulle prescrizioni.

Pertanto, tenuto conto che quasi tutte le confezioni in commercio riportano il bollino (o fustello) con un codice a barre che identifica il prodotto stesso, proprio a partire dal mese di dicembre 1998, la Regione ha deciso di far applicare sulle ricette relative all'assistenza integrativa i fustelli corrispondenti ai prodotti erogati, similmente a quanto avviene per i farmaci.



Analisi territoriale

A livello territoriale si rileva che per il 1998 e 1999 vengono mantenute le differenze di spesa esistenti tra le varie ULSS negli anni precedenti: infatti permane una maggior spesa per le ULSS 5, 6 e 20 (oltre 7.000 pro-capite) cui si aggiungono le ULSS 9 e 22. All'opposto una spesa bassa si osserva per le ULSS 2, 8, 13 15 e 17 (sotto le 5.000 pro-capite).

L'Azienda ULSS 20 presenta ancora una situazione anomala, anche se più contenuta rispetto agli anni precedenti, sia per quanto concerne la spesa per ricetta (lire 103.538 rispetto alle 74.752 della media regionale) sia per la distribuzione della spesa (73,7% per i prodotti per pazienti diabetici e 26,3% per prodotti dietetici a fronte di una media regionale di 86,3% e 13,7% rispettivamente).

FONTI

- Regione Veneto
- Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Farmaceutico - Rilevazioni presso le Aziende ULSS

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.3.1/A.

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.3.1/R.

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.4 Assistenza territoriale domiciliare

PREMESSA

Il capitolo che segue, in coerenza con la normativa regionale di riordino in materia e avvalendosi del nuovo flusso informativo da questa introdotto, ricostruisce il quadro complessivo di servizi e interventi assicurati nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria al domicilio, indipendentemente dalla tipologia di fruitori degli stessi (anziani e adulti non autosufficienti, anche solo temporaneamente, minori, portatori di handicap, etc.).

Trattandosi della prima analisi organica sull'argomento si ritiene opportuno ricostruire nelle sue tappe fondamentali il percorso normativo che ha portato al provvedimento di linee guida regionali sull'assistenza domiciliare (DGR n. 5273/98).

NORMATIVA Quadro nazionale

L'assistenza territoriale domiciliare quale modulo assistenziale che vuole perseguire il duplice obiettivo di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, da un lato, e la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera con conseguente riduzione dei costi associati, dall'altro, entra a pieno titolo a far parte dei livelli assistenziali garantiti dal SSN con il primo Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, che prevede espressamente l'"assistenza territoriale domiciliare" quale livello analitico in cui viene articolato il livello assistenziale generale "assistenza sanitaria di base".

Questa prima indicazione generica trova maggiore specificazione nei successivi accordi nazionali tra SSN e Medici di Medicina Generale (DPR n. 484/96) e Pediatri di Libera Scelta (DPR n. 613/96): l'allegato "H" dell'accordo della Medicina Generale definisce l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) come l'effettuazione a domicilio del paziente di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali coordinate in un programma personalizzato di assistenza definito e monitorato a cura del DSS. Con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR n. 23/98) l'assistenza domiciliare, nella forma di ADI, trova una esplicitazione specifica e per certi versi innovativa.

Nella sezione dedicata a "Le strategie del cambiamento" viene dedicato un paragrafo specifico all'ADI, intesa quale modalità assistenziale al domicilio del paziente assicurata da professionalità diverse, sanitarie e sociali, chiamate a collaborare "per realizzare progetti unitari, cioè mirati alla diversa natura dei bisogni"; si conferma la responsabilità del DSS nell'attivazione e nel governo del programma assistenziale (individuazione del bisogno e definizione, monitoraggio e valutazione dei risultati del programma stesso).

Infine il DLvo n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell'art. 1 della L n. 419 del 30.11.1998" dedica un rilievo specifico al tema dell'integrazione socio-sanitaria (art. 3-septies), rinviando ad un successivo atto di indirizzo e coordinamento l'articolazione dei vari livelli di integrazione fra Aziende USL e Comuni.

Quadro regionale

L'impegno della Regione Veneto in materia di assistenza al domicilio del paziente si manifesta fin dai primi anni '90, con lo stanziamento di fondi a carico del Fondo Sanitario per l'erogazione di contributi a favore di persone non autosufficienti assistite a domicilio e per il servizio di Telesoccorso / telecontrollo (LR n. 28/91 e LR n. 21/89).

Negli anni successivi alla riforma bis del SSN (DDL n. 502/92 e n. 517/93 e successive modifiche ed integrazioni), il legislatore regionale è intervenuto con una serie di provvedimenti finalizzati a garantire l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare all'interno di un sistema organizzato e gestito dal DSS; in particolare si ricordano i seguenti atti normativi:

- DGR n. 2034/94, istitutiva dell'Unità Operativa Distrettuale (UOD), individuata quale strumento operativo del DSS per la valutazione del bisogno assistenziale del soggetto non autosufficiente e il suo inserimento nella rete dei servizi territoriali;
- DRG n. 2996/97, che recepisce e integra l'accordo nazionale della Medicina Generale, specificando alcuni aspetti organizzativi e procedurali sui rapporti tra DSS e Medici di Medicina Generale in materia di ADI;

- LR n. 5/96 - Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), in vigore a tutt'oggi, che, per il raggiungimento degli obiettivi strategici di riduzione del tasso di ospedalizzazione e delle istituzionalizzazioni improprie o precoci di anziani o di soggetti non autosufficienti, indica nell'assistenza a domicilio, in particolare nella forma di ADI, l'intervento strategico della politica aziendale delle ULSS; questa deve realizzarsi in piena integrazione con i servizi assistenziali dei Comuni secondo modalità concordate ed esplicitate nei Piani di Zona dei Servizi Sociali;
- DGR n. 5273/98 – “Linee guida sull’attivazione delle varie forme di ADI con particolare riferimento all’ADI ex allegato “H” del DPR n. 484/96 e art. 32, punto 2, lettera a, del DPR n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale”. Si tratta del provvedimento di riordino in materia di assistenza domiciliare, attraverso il quale il legislatore regionale procede alla classificazione delle diverse forme che questa era andata assumendo nella realtà operativa del territorio e pone gli obiettivi di copertura
Sono individuate sei diverse forme di assistenza erogabile al domicilio di cui cinque in cui è fondante l’elemento integrazione, che può realizzarsi attraverso due modalità:
 - integrazione multidisciplinare tra sanitario e sociale
 - integrazione multiprofessionale tra professionalità sanitarie diverse.Per ognuna delle forme previste, oltre alla definizione dettagliata, vengono forniti i fondamentali elementi caratterizzanti specifici:
 - destinatari
 - procedure di attivazione e gestione
 - modalità di erogazione.

Di seguito viene analizzata l’assistenza al domicilio nelle forme per cui è prevista l’integrazione ed in particolare:

- ADI profilo A – Assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale
- ADI profilo B – Assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale
- ADI profilo C – Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale
- ADI profilo D – Assistenza domiciliare integrata ex DPR n. 484/96 e DPR n. 613/96 e ex DRG n. 2996/97 – ADIMED
- ADI profilo E – Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare – ADI-HR.

L’analisi comprende anche le forme di assistenza domiciliare riabilitativa, infermieristica e programmata di tipo “esclusivamente sanitario” o meglio quelle per cui l’integrazione con l’intervento sociale non è definita con atto formale (es. protocolli di intesa).

La scelta di trattare in questa sede anche queste forme di assistenza domiciliare sanitaria, è giustificata da due ordini di motivazioni:

- da una ricerca finalizzata sul processo di distrettualizzazione in Veneto, che ha visto la diretta partecipazione di tutti i responsabili di distretto della regione, è emerso che negli interventi di assistenza domiciliare l’integrazione socio-sanitaria, anche se solo raramente ratificata con atto formale, di fatto si realizza spesso nell’operatività;
- interesse a ricostruire un quadro esaustivo dell’assistenza al domicilio che comporta un qualsiasi intervento di tipo sanitario.

Per la raccolta dei dati ai fini del governo in materia di assistenza domiciliare con presenza della componente sanitaria, in collegamento con il provvedimento di riordino di cui sopra, a partire dal 1999 è stato istituito un flusso informativo a cadenza trimestrale. La qualità dei dati sconta i limiti propri delle rilevazioni di nuova introduzione che necessitano di un adeguato periodo di sperimentazione prima di consolidarsi; in particolare emergono limiti in relazione a:

- completezza della rilevazione: alcune ULSS non hanno ancora attivato gli strumenti informativi adeguati a rispondere alle richieste regionali in riferimento a tutte le diverse forme di assistenza domiciliare individuate;
- contenuti informativi: ogni nuova classificazione comporta alla sua introduzione problemi di interpretazione che si riflettono su una disomogeneità di criteri adottati a livello locale.

Il quadro che esce dai dati inviati dalle ULSS può considerarsi, comunque, sufficientemente affidabile per una prima valutazione dell’andamento del fenomeno nei suoi elementi essenziali a livello regionale, mentre i problemi di completezza e di disomogeneità nei criteri di classificazione consigliano una estrema cautela nella analisi delle singole specificità locali.

Rispetto a quanto prefigurato dalla programmazione regionale, la situazione rilevata presenta livelli di raggiungimento degli obiettivi estremamente differenziati in funzione delle diverse forme di assistenza domiciliare; in particolare:

- I livelli di copertura reali risultano sempre disallineati rispetto agli standard fissati con un forte sovradimensionamento dell'assistenza domiciliare programmata (copertura reale superiore del 25% - 65% rispetto agli obiettivi massimo e minimo) e carenze per tutti gli altri profili assistenziali: pesanti per l'assistenza domiciliare riabilitativa (copertura reale limitata al 15% - 30% degli obiettivi), consistenti per l'ADIMED (copertura rilevata che rimane al di sotto del 50% degli obiettivi, rispettivamente 35% e 44%) e contenute per l'assistenza domiciliare infermieristica (grado di raggiungimento degli obiettivi tra 75% e 90%). Differenze fra obiettivi e realtà sono da considerarsi "normali" in tutte le fasi di innovazione/riorganizzazione; nello specifico l'eccesso di copertura rilevato per l'assistenza domiciliare programmata può essere ricondotto al fatto che si tratta del profilo assistenziale più sperimentato e consolidato, che dovrebbe essere progressivamente ridimensionato a favore di forme assistenziali più specifiche e più innovative, in particolare l'assistenza riabilitativa e l'assistenza infermieristica per i casi per cui l'intervento medico non è richiesto e l'ADIMED per i casi più complessi. Si vuole inoltre ricordare che parte delle differenze potrebbero essere legate alle difficoltà e alle conseguenti disomogeneità territoriali nella classificazione della casistica trattata secondo i nuovi criteri: al fine di superare tali problemi è stato istituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Regione e delle Aziende ULSS, per la definizione di criteri specifici e dettagliati di classificazione.

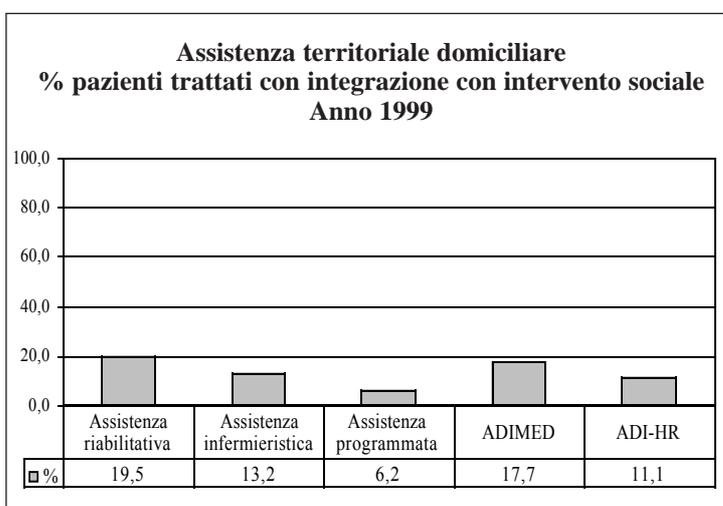
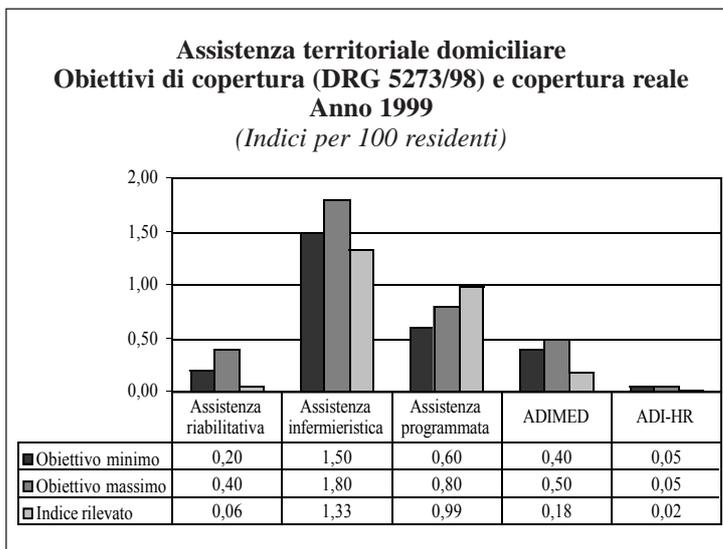
Qualora si considerassero solo i casi per cui l'elemento dell'integrazione socio-sanitaria risulta formalmente presente, per i profili di assistenza domiciliare riabilitativa, infermieristica e programmata i livelli di copertura reali si rivelerebbero assolutamente inconsistenti.

La ratifica con atto formale dell'integrazione con il servizio sociale costituisce il nodo critico comune a tutti i profili assistenziali considerati.

- La situazione a livello territoriale si presenta estremamente disomogenea, ma va ribadito che i già richiamati problemi di validità dei dati consigliano molta cautela nella valutazione delle singole situazioni locali; alcuni rilievi di carattere generale possono tuttavia essere indicativi:

La situazione a livello territoriale si presenta estremamente disomogenea, ma va ribadito che i già richiamati problemi di validità dei dati consigliano molta cautela nella valutazione delle singole situazioni locali; alcuni rilievi di carattere generale possono tuttavia essere indicativi:

- assistenza domiciliare riabilitativa: attivata in solo la metà delle ULSS, con livelli di copertura elevati solo nelle ULSS 7, 9, 17 e 20;
- assistenza domiciliare infermieristica: è garantita in tutte le ULSS, ma con livelli di copertura estremamente differenziati, di molto superiori rispetto agli standard nelle ULSS 1, 2, 7, 8, 10, 17, e 19;
- assistenza domiciliare programmata: sviluppata su tutto il territorio regionale oltre gli indici



di copertura prefigurati dalla programmazione;

- ADIMED: attivata in 20 delle 21 ULSS regionali, con indici di copertura molto differenziati, ma nel complesso inferiori agli obiettivi fissati;
- ADI-HR: attivata solo in 7 ULSS, con livelli di copertura in alcuni casi eccessivi (ULSS 8 e 21) che fanno presumere problemi di classificazione.

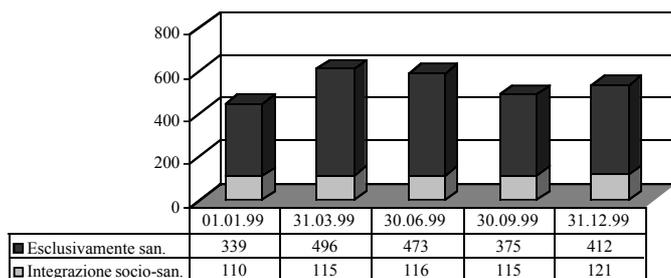
Il numero di pazienti in carico presenta, dopo una crescita iniziale, un andamento oscillatorio, indice di sostanziale stabilità, che caratterizza le fasi di assestamento; unica eccezione è data dall'andamento dell'ADI-HR che esprime una chiara tendenza costantemente crescente, ma vanno ricordati i valori anomali emersi.

La distribuzione dei pazienti in carico all'assistenza domiciliare per classi di età risulta coerente con le specificità assistenziali dei diversi profili: interventi di recupero su soggetti più giovani e interventi di mantenimento su soggetti di età più avanzata.

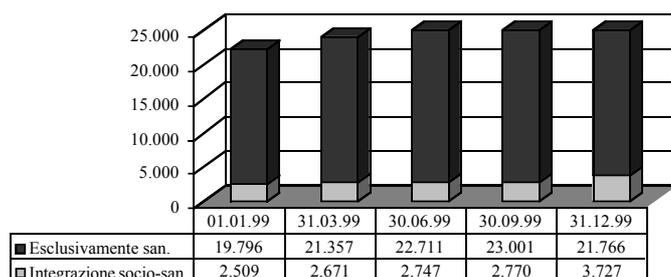
Dagli indicatori relativi alle modalità di assistenza considerati emergono alcune considerazioni utili alla programmazione:

- la generalizzata lunga durata dei trattamenti che contraddistingue l'assistenza domiciliare programmata, unitamente al forte sovradimensionamento osservato per questo profilo assistenziale, rende necessario un approfondimento della casistica trattata e delle relative modalità assistenziali al fine di giungere ad una migliore definizione delle specificità assistenziali dello stesso che escluda misclassificazioni di semplici visite domiciliari da parte del Medico di Medicina

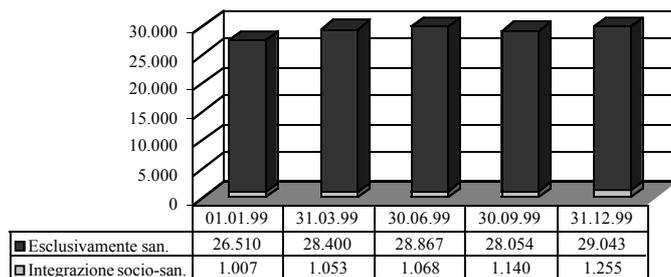
Assistenza territoriale domiciliare - Assistenza domiciliare riabilitativa - N. pazienti in carico - Trend - Anno 1999



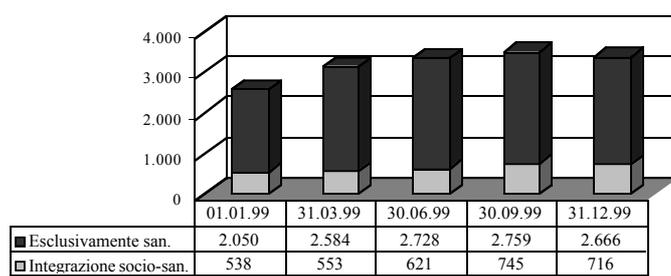
Assistenza territoriale domiciliare - Assistenza domiciliare infermieristica - N. pazienti in carico - Trend - Anno 1999



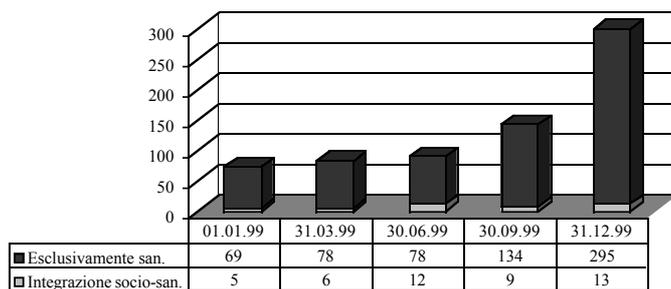
Assistenza territoriale domiciliare - Assistenza domiciliare programmata - N. pazienti in carico - Trend - Anno 1999



Assistenza territoriale domiciliare - Assistenza domiciliare integrata - ADIMED - N. pazienti in carico - Trend - Anno 1999



Assistenza territoriale domiciliare - Ospedalizzazione domiciliare - ADI-HR - N. pazienti in carico - Trend - Anno 1999



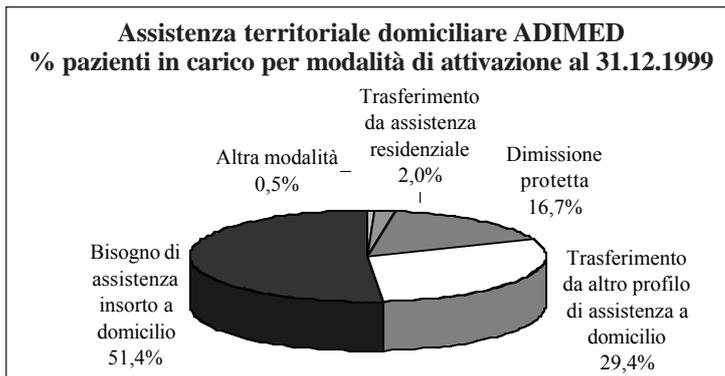
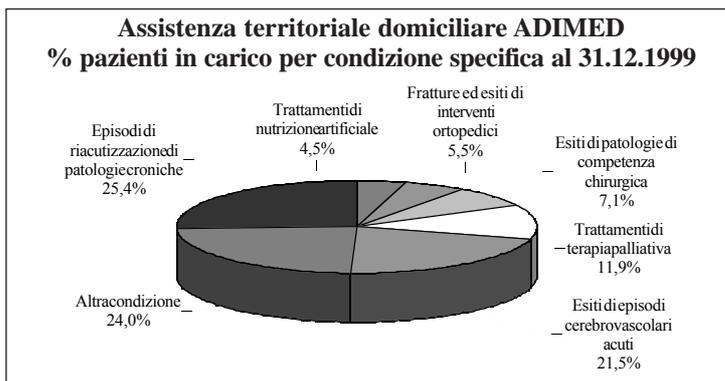
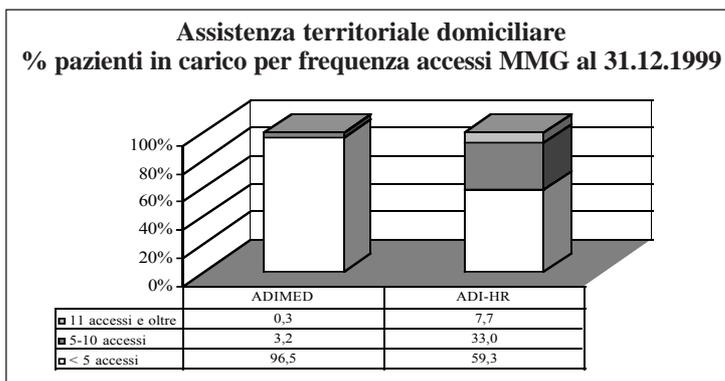
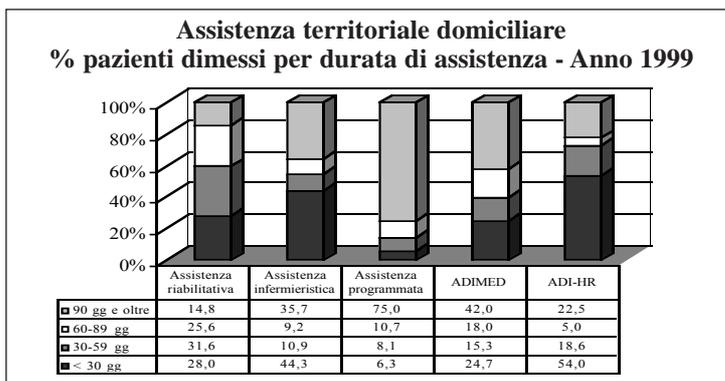
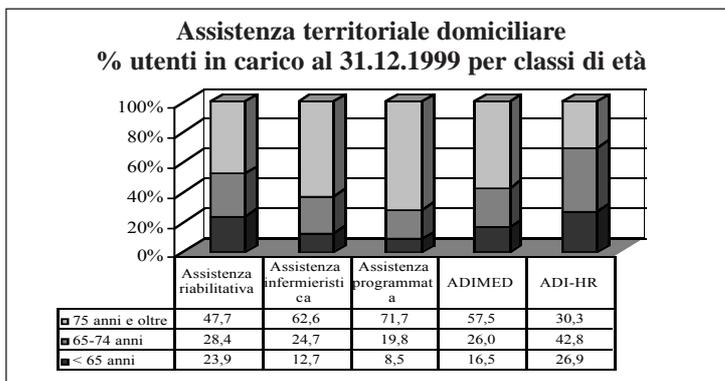
Alcune caratteristiche del profilo ADIMED

Generale; per tutti gli altri livelli la durata dell'assistenza appare più differenziata coerentemente alle corrispondenti specificità assistenziali che prevedono il trattamento sia occasionale che periodico per assistenza domiciliare riabilitativa ed infermieristica e di casi acuti e cronici per ADIMED e ADI-HR;

- relativamente alla frequenza di accesso del medico emerge che in quasi il 60% dei casi in ADIMED risulta inferiore a 5 accessi al mese, vale a dire un accesso al massimo alla settimana, in netto contrasto con quanto previsto dalle linee guida regionali che per i bisogni assistenziali rientranti in questo profilo prevedono la necessità di più accessi settimanali del medico; anche a tal proposito si richiede quindi un intervento chiarificatore in materia di classificazione, tenendo conto che alcuni responsabili di DSS hanno sostenuto che in alcuni casi rientranti a pieno titolo nelle specificità assistenziali dell'ADI-MED (es.: coma) non sono richiesti più accessi settimanali del medico.

Ulteriori sollecitazioni di integrazione delle linee guida regionali e di interventi mirati che favoriscano uno sviluppo dell'assistenza domiciliare coerente agli obiettivi strategici della politica regionale si ricavano dall'analisi di alcuni indicatori specifici relativi al profilo ADI-MED:

- per quanto riguarda la casistica trattata emergono le basse frequenze delle condizioni acute e di quelle che richiedono trattamenti palliativi e la presenza importante di condizioni patologiche diverse da quelle indicate nelle linee guida;



ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE
Premessa metodologica

Quadro generale

- il percorso che porta alla presa in carico denuncia una ancora scarsa integrazione fra DSS e ospedale: la dimissione protetta dall'ospedale è una modalità di attivazione che riguarda meno di un quinto dei casi in ADIMED.

Questa forma di assistenza a domicilio si realizza attraverso una serie di “interventi, di competenza istituzionale e finanziaria dell’Ente Locale, di natura assistenziale (es.: forniture pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e di risocializzazione), non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica”.

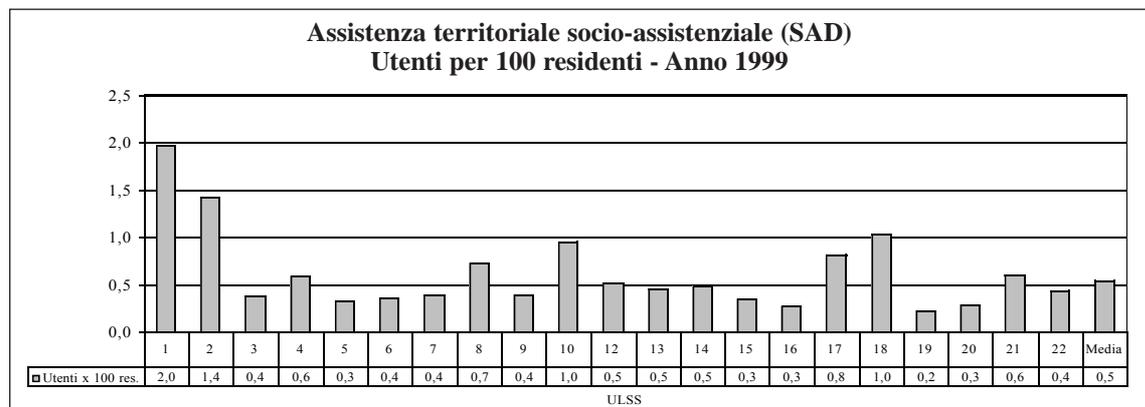
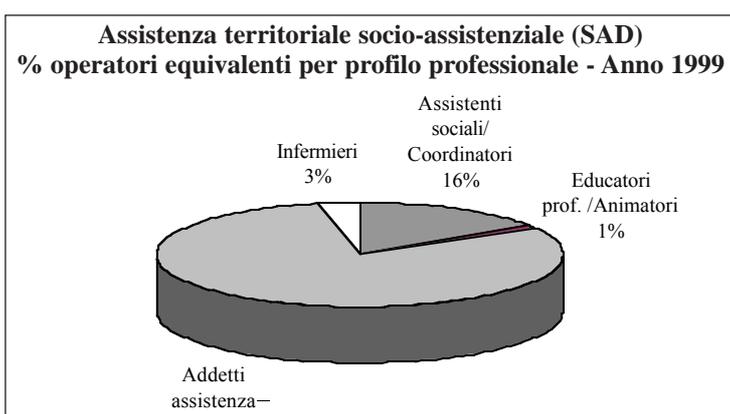
Viene trattata separatamente dai profili assistenziali che prevedono una componente di tipo sanitario in quanto diversa è la fonte informativa da cui sono ricavati i dati, che, per i differenti criteri di rilevazione utilizzati, non sono confrontabili con quelli analizzati precedentemente.

Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Quadro sintetico

		1997	1998	1999	Differenza%	
					1999 vs 1998	1998 vs 1997
- Servizi esistenti	n.	413	418	425	1,7	1,2
- Comuni serviti	n.	514	530	528	-0,4	3,1
	% esistenti	88,6	91,4	91,0	-0,5	3,2
- Utenti totali	n.	25.062	32.497	24.389	-32,4	29,7
	x 100 residenti	0,6	0,7	0,5	-35,6	24,6
- Operatori equivalenti totali	n.	1.421	1.730	1.547	-12,9	21,7
	x 1.000 residenti	0,3	0,4	0,3	-31,4	25,6
- Costi rendicontati (personale)	miliardi di lire	62,2	72,7	57,5	-24,4	16,9
	lire x utente	2.480.455	2.236.637	2.358.166	4,9	-9,8
- Contributi a carico SSN	miliardi di lire	17,0	10,0	11,5	8,8	-41,2
	lire x utente	650.255	307.721	469.720	24,9	-52,7

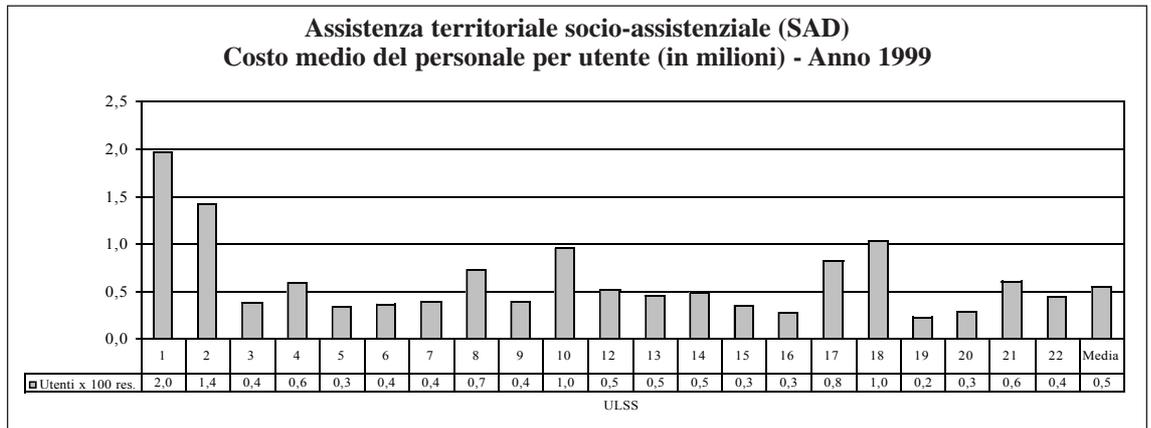
Nel triennio 1997-1999 i servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale hanno attraversato una fase di profondi cambiamenti, da collegarsi alla introduzione delle linee guida regionali in materia; in particolare i fenomeni di maggior rilevanza appaiono:

- la sostanziale stabilità nella dotazione di servizi e nella copertura del territorio, con oltre il 90% di comuni serviti;



- utenza, operatori e costi in forte espansione nel 1998, ma riportati nel 1999 ai livelli precedenti, per effetto soprattutto delle scelte di politica regionale di promozione dell'integrazione socio-sanitaria nell'assistenza domiciliare, ma anche dell'intervento di definizione e di classificazione dei diversi profili assistenziali;
- netto ridimensionamento dei contributi a carico del SSR in conseguenza dei nuovi criteri di erogazione che vincolano i finanziamenti alla partecipazione dei Comuni a progetti di integrazione socio-sanitaria;

SERVIZI E INTERVENTI COLLEGATI
Provvidenze a favore di non autosufficienti assistiti a domicilio (LR n. 28/91)

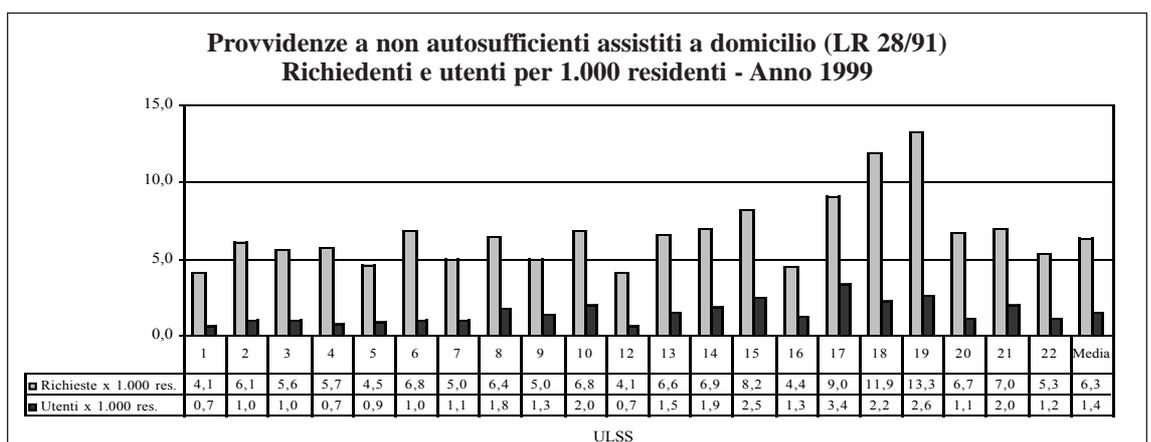


- la configurazione del servizio appare sostanzialmente coerente con le specificità assistenziali dello stesso, con la netta prevalenza di operatori addetti all'assistenza (oltre l'80% nel 1999), anche se permane l'incongruenza della presenza, seppur in misura limitata, di professionalità prettamente sanitarie (53 infermieri equivalenti) in servizi operanti al di fuori del SSR;
- a livello territoriale, a fronte di una capillare diffusione del SAD su tutto il territorio regionale (solo nelle ULSS 4, 6 e 18 la percentuale di comuni serviti è inferiore al 75%), si osservano forti differenziazioni di utilizzo e di costi per utente.

Il dato sulle richieste di provvidenze costituisce un utile indicatore del bisogno di assistenza a domicilio da parte di persone in stato di non autosufficienza socio-sanitaria di natura permanente. La continua e costante diminuzione osservata negli ultimi quattro anni potrebbe essere determinata, oltre che da una reale riduzione del bisogno, che però in parte potrebbe aver trovato soddisfazione in forme assistenziali alternative (assistenza semiresidenziale e residenziale), anche ad un processo di autoselezione collegato ai criteri di assegnazione dei contributi che, in presenza di risorse limitate, si rivelano estremamente selettivi; va comunque rilevato che le persone che non raggiungono il punteggio fissato presentano ugualmente condizioni di gravità complessiva. Livelli diversificati di autoselezione, oltre che di diffusione dell'informazione, sono presumibilmente i fattori che influiscono in modo determinante sulle forti disomogeneità degli indici di richiesta osservati a livello territoriale. I beneficiari delle provvidenze (utenti) continuano a rappresentare una

Provvidenze a favore di non autosufficienti assistiti a domicilio (LR n. 28) - Quadro sintetico

		1996	1997	1998	1999	Differenza%			
						1999 vs 1996	1998 vs 1998	1997 vs 1997	
- <i>Richiedenti totali</i>	n.	32.472	30.511	29.195	28.244	-13,0	-3,3	-4,3	-6,0
	x 1.000 residenti	7,3	6,8	6,5	6,3	-13,7	-3,1	-4,4	-6,8
di cui: < 18 anni	n.	1.251	1.038	864	882	-29,5	2,1	-16,8	-17,0
	x 1.000 residenti	3,9	3,2	2,7	2,8	-13,6	0,6	-10,0	-10,4
18-64 anni	n.	5.985	5.779	5.698	5.892	-1,6	3,4	-1,4	-3,4
	x 1.000 residenti	18,7	17,8	17,3	18,4	-0,9	0,7	-0,7	-1,0
65 + anni	n.	25.236	23.694	22.633	21.470	-14,9	-5,1	-4,5	-6,1
	x 1.000 residenti	78,4	73,2	70,0	66,6	-14,9	-5,1	-4,5	-6,1
- <i>Utenti totali</i>	n.	6.959	6.838	6.846	6.441	-7,4	-5,9	0,1	-1,7
	x 1.000 residenti	21,5	21,1	21,1	20,0	-12,5	-6,7	0,0	-6,3
di cui: < 18 anni	n.	214	224	234	228	6,4	-2,7	4,6	4,6
	x 1.000 residenti	0,7	0,7	0,8	0,8	10,7	0,0	14,3	14,3
18-64 anni	n.	1.223	1.299	1.353	1.316	7,6	-2,7	4,2	6,2
	x 1.000 residenti	3,8	4,0	4,2	4,1	19,5	-2,4	12,6	12,6
65 + anni	n.	5.095	4.917	4.937	4.583	-10,0	-7,2	0,4	-3,5
	x 1.000 residenti	15,7	15,0	15,0	14,2	-5,1	-4,7	0,0	-5,3



Telesoccorso / Telecontrollo

quota relativamente bassa dei richiedenti che si attesta su valori sempre inferiori ad un quarto e fanno registrare un calo consistente nel 1999. Da segnalare la progressiva modificazione della composizione per età dell'utenza con l'aumento degli adulti a scapito degli anziani e dei minori. Si tratta di un servizio attivato con LR n. 26/87 con la finalità di assistere le persone anziane al proprio domicilio attraverso l'attivazione di presidi e controlli.

Servizio di telesoccorso / telecontrollo - Quadro sintetico

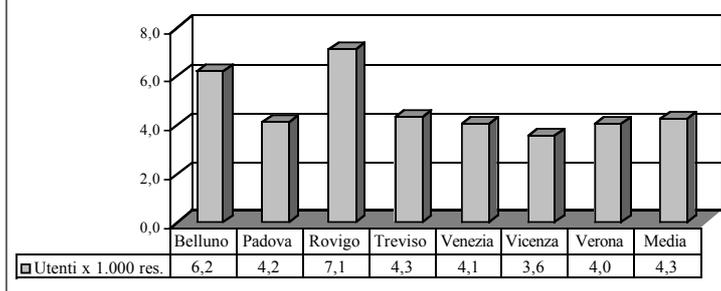
		1997	1998	1999	Differenza%		
					1999 vs 1996	1999 vs 1998	1998 vs 1997
- Utenti	n.	19.157	19.171	19.365	1,1	1,0	0,1
	x 1.000 residenti	4,3	4,3	4,3	0,0	0,0	0,0
- Allarmi	n.	29.484	34.562	48.306	63,8	39,8	17,2
	x utente	1,5	1,8	2,5	66,7	38,9	20,0

Il Telesoccorso affronta situazioni di emergenza che vengono segnalate dagli utenti inviando allarmi alle centrali operative attraverso la pressione sul pulsante di un telecomando che viene loro dato in dotazione.

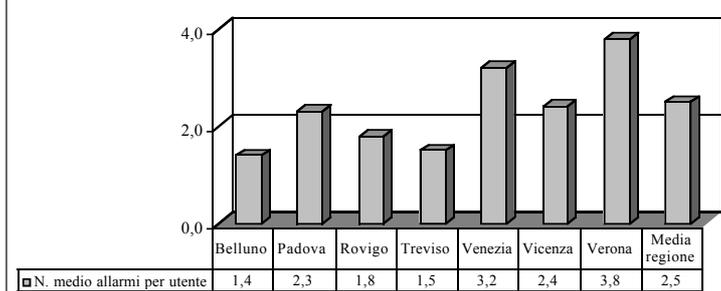
Il Telecontrollo consiste invece in un ricorrente e programmato contatto telefonico con tutti gli utenti allacciati finalizzato al sostegno psico-sociale, al monitoraggio della situazione ambientale e alle condizioni socio-sanitarie individuali e all'educazione sanitaria.

A fronte della sostanziale stabilità dell'utenza, attestata sulle 20.000 unità, si osserva un consistente incremento degli allarmi, che potrebbe essere collegato, più che all'aumento delle situazioni di emergenza, al progressivo maggior isolamento che caratterizza la condizione di vita della popolazione anziana. Tale ipotesi interpretativa trova conforto nell'osservazione di un numero di allarmi per utente inferiore nei territori ad economia e cultura agricola ancora radicata cui si accompagna tradizionalmente un maggior sviluppo di reti di solidarietà familiari e sociali (province di Belluno, Rovigo e Treviso).

Telesoccorso / Telecontrollo Utenti per 1.000 residenti - Anno 1999



Telesoccorso / Telecontrollo Numero medio allarmi per utente - Anno 1999



FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie - Schede di rilevazione sull'assistenza a domicilio (integrata ed esclusivamente sanitaria) compilate a cura delle Aziende ULSS
 - Direzione Servizi Sociali – Servizio Integrazione Sociale:
 - Scheda informativa delle Attività Sociali – Servizio di Assistenza Domiciliare
 - Flusso informativo per la gestione degli interventi di cui alla LR n. 28/91 (gestito dalla ULSS 16)
 - Rendicontazione a cura della società che gestisce il servizio di Telesoccorso/Telecontrollo (Tesan di Vicenza)

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.4.1/A, TAVOLA 4.4.4/A, TAVOLA 4.4.7/A, TAVOLA 4.4.8/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET:

- TAVOLA 4.4.2/R, TAVOLA 4.4.3/R, TAVOLA 4.4.5/R, TAVOLA 4.4.6/R, TAVOLA 4.4.7/R, TAVOLA 4.4.8/R, TAVOLA 4.4.9/R, TAVOLA 4.4.10/R, TAVOLA 4.4.11/R, TAVOLA 4.4.12/R, TAVOLA 4.4.13/R, TAVOLA 4.4.14/R, TAVOLA 4.4.15/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.5 Assistenza specialistica ambulatoriale

NORMATIVA

Gli anni 1998 e 1999 sono stati interessati da alcuni interventi normativi nazionali che, con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, hanno in particolare:

- ricompreso tale assistenza, erogata anche nelle strutture ospedaliere, all'interno del macro livello "assistenza sanitaria distrettuale" (DPR n. 23/98 - Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000);
- dettato nuove disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie nonché in materia di accordi contrattuali e di remunerazione delle prestazioni da esse erogate (DLvo n. 229/99, art. 8);
- ridefinito gli ambiti e le modalità di applicazione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, nonché i criteri di esenzione dalla stessa in relazione alla situazione economica ed alle condizioni di malattia (DLvo n. 124/98); nello specifico con DM n. 329/99 sono state individuate le nuove condizioni e malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione per le correlate prestazioni sanitarie;
- codificato il principio del rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con oneri a carico del SSR.

A livello regionale, da un lato, è stata attuata una prima serie di interventi diretti a recepire le innovazioni legislative, ove già operative, dall'altro, si è provveduto alla predisposizione di alcuni interventi chiamati a produrre i propri effetti dall'anno 2000; in particolare si richiamano:

- aggiornamento del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal SSR, e correlata adozione di indirizzi per la regolamentazione delle attività effettuabili in Day Hospital, sulla base dei principi di efficacia ed appropriatezza sanciti dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000;
- contestuale aggiornamento del sistema di regole, già introdotto per l'anno 1997, relativamente al meccanismo di remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati che operano per conto del SSR e al governo della spesa a carico del fondo sanitario regionale, fermo restando il regime di accreditamento provvisorio già in atto;
- attuazione degli adempimenti regionali di cui al DLvo n. 124/94 per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- emanazione di direttive per la corretta applicazione del Nomenclatore Tariffario Regionale nella branca della medicina di laboratorio;
- prime indicazioni operative per il passaggio al nuovo regime di esenzione per patologia (con riclassificazione delle precedenti esenzioni), ad oggi comunque non ancora entrato in vigore per sospensione ministeriale dei termini;
- impostazione della nuova disciplina di assoggettamento alla partecipazione alla spesa sanitaria delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture di Pronto Soccorso;
- impostazione di alcune indicazioni cliniche per l'erogabilità con oneri a carico del SSR di alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali ove maggiormente è sentito il rapporto tra significativo beneficio in termini di salute e risorse da impiegare (correzione dei vizi di refrazione con la tecnica del laser ad eccimeri, interventi di procreazione assistita);
- aggiornamento degli indirizzi di programmazione regionale relativi all'installazione di apparecchiature di Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) per uso diagnostico;
- impostazione di un flusso informativo Aziende ULSS – Regione volto alla costituzione di una base dati regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- impostazione dell'atto di ricognizione della vigente normativa in materia di autorizzazione alla realizzazione ed esercizio delle strutture sanitarie con individuazione di criteri e vincoli programmatici cui subordinare il rilascio dei provvedimenti stessi.

PREMESSA METODOLOGICA

Per quanto riguarda la **dotazione di presidi** si precisa che:

- per “presidio” si intende qualsiasi sede di erogazione di una o più tipologie di prestazioni erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il censimento di tali presidi, ricavato dai Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modello STS.11, comprende le strutture classificate come “ambulatorio e laboratorio”, escludendo, per ragioni di coerenza con la rilevazione delle prestazioni, tutti gli altri tipi di strutture territoriali, quali centri di salute mentale, consultori familiari, servizi di neuropsichiatria infantile, consultori pediatrici, centri idrotermali.

Relativamente all’**attività** si segnala che:

- il Modello STS.21 dei Flussi informativi del Ministero della Sanità, da cui sono ricavati i dati, è stato modificato in misura significativa a partire dal 1997, al fine di allineare la rilevazione alla classificazione per branche specialistiche introdotta dal DM del 22.07.96, per cui la rilevazione sconta ancora alcuni limiti di qualità e di completezza propri dei flussi informativi di nuova introduzione; in particolare i dati relativi al 1997 risultano poco confrontabili con quelli degli anni successivi, anche per un limite intrinseco alla scheda di rilevazione che non consentiva la registrazione di valori con oltre 6 cifre. Per questi motivi l’analisi che segue è limitata al biennio 1999 – 2000;
- le prestazioni rilevate sottostimano i reali consumi in quanto non comprendono:
 - una parte delle prestazioni erogate da strutture private con onere a totale carico dell’assistito in quanto rientranti nella franchigia delle 70.000 lire; la segnalazione di queste prestazioni avviene in modo disomogeneo nel tempo e all’interno del territorio regionale, anche se si osserva una tendenza a comprenderle nella rilevazione dei flussi ministeriali. A queste disomogeneità sono riconducibili alcune differenze che emergono dai confronti temporali descritti di seguito;
 - le prestazioni dei presidi pubblici che non rientrano nella tipologia “ambulatorio e laboratorio”, anche quando erogate secondo le regole che governano l’assistenza specialistica ambulatoriale.

DOTAZIONE

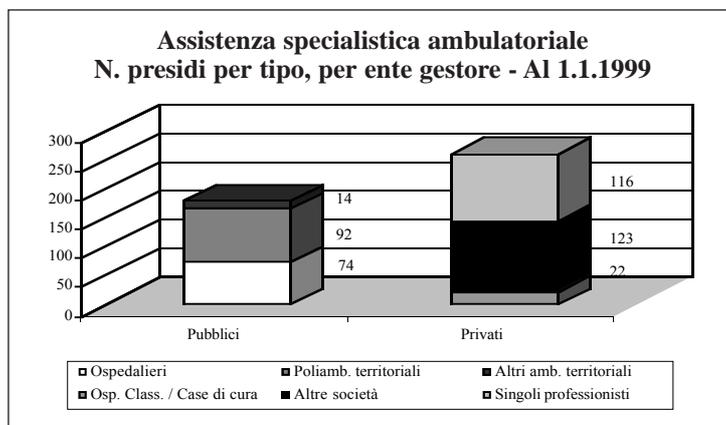
Per quanto concerne i soggetti erogatori, dal punto di vista quantitativo il sistema si è assestato intorno a valori sostanzialmente stabili nel tempo, mantenendo una netta prevalenza di presidi privati (261) rispetto a quelli pubblici (180), con una distribuzione territoriale che vede una maggiore concentrazione di presidi nelle Aziende ULSS sede di capoluogo di provincia. I presidi privati, a differenza di quelli pubblici, hanno per lo più carattere monospecialistico.

Considerando solo i presidi pubblici, nell’anno 1998 il bacino di utenza medio è di circa 24.900 abitanti per sede; la distribuzione delle sedi poliambulatoriali pubbliche sul territorio risulta complessivamente adeguata alle differenti esigenze locali: bacini di utenza più ampi nelle Aziende ULSS ad alta densità di popolazione e bacini più ristretti nelle Aziende ULSS a forte dispersione della popolazione o con particolari problemi di viabilità.

Analizzando la diffusione delle branche specialistiche garantite dal settore pubblico a livello distrettuale, si osserva che in nessun Distretto è presente la totalità delle specialità; in particolare si segnala che:

- le specialità di cardiologia, chirurgia generale, dermosifilopatia, neurologia, odontostomatologia /chirurgia maxillo facciale, oculistica, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, ORL, urologia, radiologia diagnostica, risultano garantite in oltre il 73% dei Distretti;
- le specialità di neurochirurgia, laboratorio analisi, medicina nucleare, radioterapia, medicina fisica e riabilitazione sono presenti in un numero limitato di Distretti (meno del 30%).

Nel complesso la copertura territoriale delle diverse specialità cliniche appare coerente con la dif-

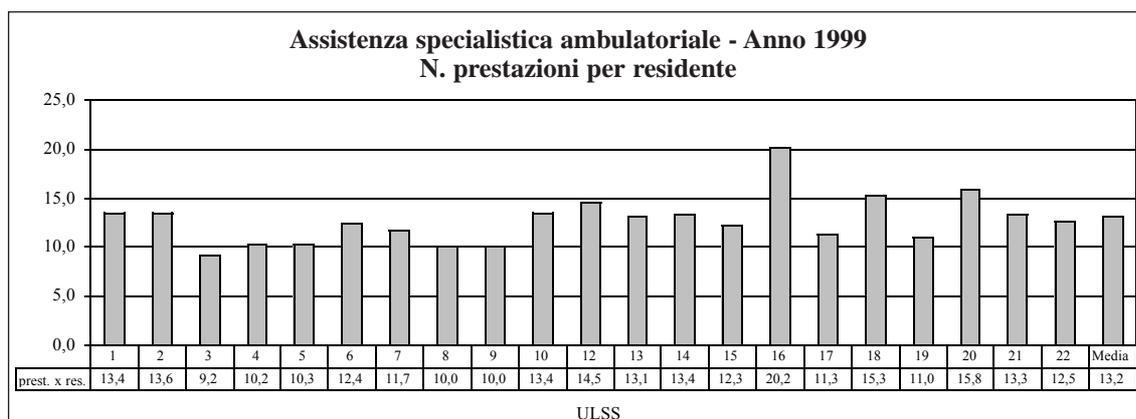


fusione del bisogno/domanda da una parte, e con esigenze specifiche legate all'efficienza ed alla qualità delle prestazioni dall'altra; diversamente deve invece valutarsi la presenza, ancora limitata al 28% dei Distretti, della medicina fisica e riabilitazione, che risulta sottodimensionata rispetto alla domanda, tenuto conto altresì della forte concentrazione degli analoghi presidi privati solamente in alcuni centri; in assoluto è presente un presidio pubblico di medicina e riabilitazione ogni 50.000 residenti.

ATTIVITÀ

Assistenza specialistica ambulatoriale - ATTIVITA' - Quadro sintetico

	ANNI		VARIAZIONI% 1999 vs 1998
	1998	1999	
<i>Prestazioni complessive</i>			
Totali v.a.	58.182.541	59.198.224	1,7
x residente	12,99	13,16	1,3
di cui:			
- specialità cliniche %	20,7	19,4	-6,3
- diagnostica di laboratorio %	57,7	58,6	1,6
- diagnostica per immagini %	6,1	6,2	1,6
- cure fisiche e riabilitazione %	15,5	15,8	1,9
<i>Prestazioni pubbliche</i>			
- prestazioni pubbliche v.a.	46.276.178	46.680.137	0,9
% su totali	79,5	78,9	-0,9
<i>Prestazioni private</i>			
- prestazioni private v.a.	11.906.363	12.518.087	5,1
% su totali	20,5	21,1	3,3
<i>Prestazioni pubbliche</i>			
- specialità cliniche % su totali	89,6	88,7	-1,0
- diagnostica di laboratorio % su totali	86,4	86,2	-0,2
- diagnostica per immagini % su totali	77,1	74,4	-3,5
- cure fisiche e riabilitazione % su totali	41,3	41,4	0,2



Nel biennio 1998 - 1999 si registra l'erogazione rispettivamente di 58 milioni e 59 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, con un incremento di attività di circa 1,7 punti percentuali. È da segnalare che, a fronte di un significativo calo di prestazioni relative a specialità cliniche, si è realizzato un generale incremento di attività nelle altre specialità (terapia fisica e riabilitazione, diagnostica di laboratorio e per immagini).

Tale incremento ha riguardato sostanzialmente le prestazioni erogate da soggetti privati e potrebbe essere legato ai problemi di rilevazione segnalati nella premessa metodologica.

In rapporto alla popolazione residente si è rilevato, tra l'anno 1998 e l'anno 1999, un incremento dell'1,3% delle prestazioni specialistiche erogate pro-capite; a fine 1999 il consumo di prestazioni si è attestato intorno a 13,16 prestazioni pro-capite.

Tale ultimo dato non tiene comunque conto della mobilità interregionale, il cui saldo, in termini economici, risulta positivo per il Veneto, anche se in misura molto contenuta e quindi sostanzialmente ininfluenza sui livelli complessivi di consumo.

La distribuzione di questo indicatore sul territorio presenta alcune sostanziali differenze, non sempre interpretabili in modo univoco; esse potrebbero infatti essere determinate sia dalle caratteristiche della popolazione residente, sia dalla dotazione strutturale delle Aziende, sia dall'appropriatezza nell'utilizzazione delle tecnologie sanitarie.

Le situazioni limite sono rappresentate, da una parte, dall'ULSS 16 di Padova in cui alla concentrazione del privato preaccreditato si aggiunge la presenza dell'azienda Ospedaliera, configurandosi come forte polo di attrazione, con 20,2 prestazioni per residente; all'opposto si segnala in particolare l'Azienda ULSS 3, con solo 9,2 prestazioni per residente, ma anche le ULSS 4, 5, 8 e 9 tutte con consumi pro-capite al di sotto delle 11 prestazioni.

Nel complesso circa l'80% dell'attività specialistica viene erogata dai presidi pubblici; tale quota varia sensibilmente in funzione del tipo di prestazioni: le aree delle specialità cliniche e della diagnostica di laboratorio sono erogate quasi esclusivamente dal pubblico, con percentuali pari rispettivamente all'88,7 e 86,2; il mercato si rivela più concorrenziale, invece, per le prestazioni di diagnostica per immagini e per quelle di medicina fisica e riabilitazione, con netta prevalenza, per queste ultime, del settore privato.

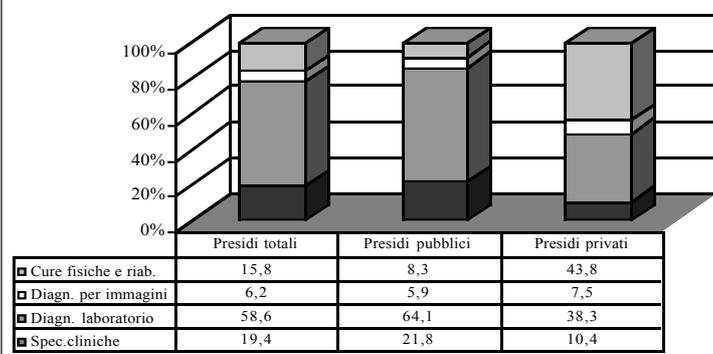
Il diverso peso dei settori pubblico e privato nell'erogazione delle diverse tipologie di prestazioni specialistiche determina un mix produttivo assai differenziato fra i due comparti, con la netta prevalenza della diagnostica di laboratorio per il pubblico e delle cure fisiche e di riabilitazione per il privato.

All'interno del settore pubblico emerge il ruolo predominante degli ambulatori ospedalieri, dove viene erogato il 93% delle prestazioni totali (in particolare, l'88,7% delle specialità cliniche e più dell'86% della diagnostica di laboratorio). Gli ambulatori territoriali, pur rappresentando il 51% della totalità dei presidi pubblici, soddisfano quote sempre di gran lunga minoritarie del mercato pubblico, anche in quelle aree che non comportano organizzazioni e tecnologie complesse, quali la riabilitazione e le specialità cliniche, rispetto alle quali rivestono un ruolo importante limitatamente all'erogazione di prestazioni afferenti alle specialità di dermosifilopatia, oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria e psichiatria.

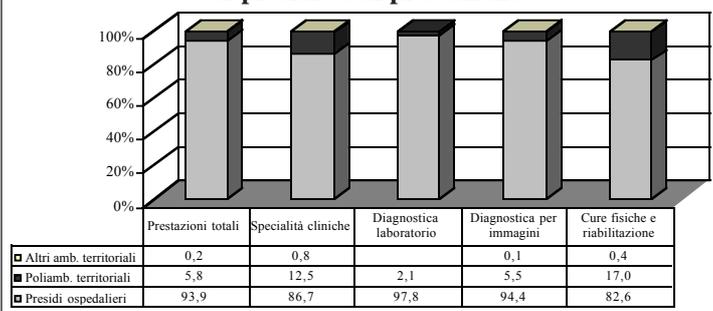
Nel privato la situazione è nel complesso più diversificata, fatta eccezione per l'area della riabilitazione, che vede la presenza massiccia delle strutture societarie non di ricovero.

In attuazione delle prescrizioni di cui al DLvo n. 124/98, a fine anno 1998 la Regione Veneto ha dettato disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con l'individuazione degli "standard re-

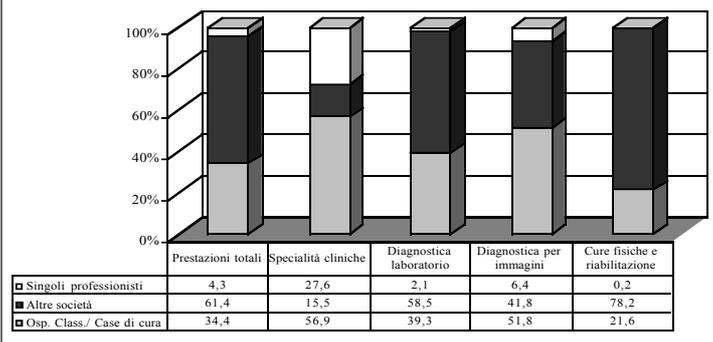
Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 1999
N. prestazioni erogate per tipo e per ente erogatore



Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 1999
Presidi pubblici - % prestazioni erogate per tipo di presidio e di prestazione



Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 1999
Distribuzione % prestazioni erogate da presidi privati per tipo di presidio, per tipo di prestazione



gionali di attesa”, e cioè dei tempi massimi entro i quali ciascuna Azienda ULSS ed Ospedaliera deve garantire l'erogazione della prestazione all'assistito. Tali standard sono stati fissati in 30 giorni, salvo che per alcune prestazioni, per le quali è stato previsto uno standard di 45 giorni, tempi ritenuti congrui sulla base di criteri di efficacia ed appropriatezza e rispondenti alle aspettative dei cittadini.

Conseguentemente tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere hanno assunto come propri gli standard regionali, hanno effettuato una rilevazione dei tempi di attesa effettivi all'interno del proprio territorio e, in presenza di tempi di attesa superiori, hanno predisposto programmi finalizzati al graduale rientro negli standard definiti.

Il sistema di monitoraggio trimestrale regionale, avviato per misurare il grado di raggiungimento dei risultati attesi, e cioè il progressivo rientro negli standard regionali predeterminati, ha come oggetto un elenco di prestazioni definite “traccianti”, in quanto ritenute di effettiva significatività clinica e sociale ed in ordine alle quali maggiormente si pone l'esigenza di verificare i tempi di attesa e di risolvere eventuali problemi di una loro eccessiva dilatazione; la rilevazione, effettuata il primo giorno feriale di ogni inizio trimestre, segnala il minore tempo di attesa, espresso in giorni, individuato tra quelli rilevati in tutti i presidi facenti capo all'Azienda ULSS o all'Azienda Ospedaliera riconducibile al bacino provinciale di utenza dell'Azienda stessa, per l'erogazione della prestazione richiesta dall'assistito. L'elaborazione dei dati relativi al 1999, primo anno di realizzazione del monitoraggio, fa emergere, nel complesso, un sensibile miglioramento nei tempi di erogazione delle prestazioni individuate come traccianti e, quindi, una graduale tendenza, per la maggioranza delle Aziende, al rientro negli standard regionali.

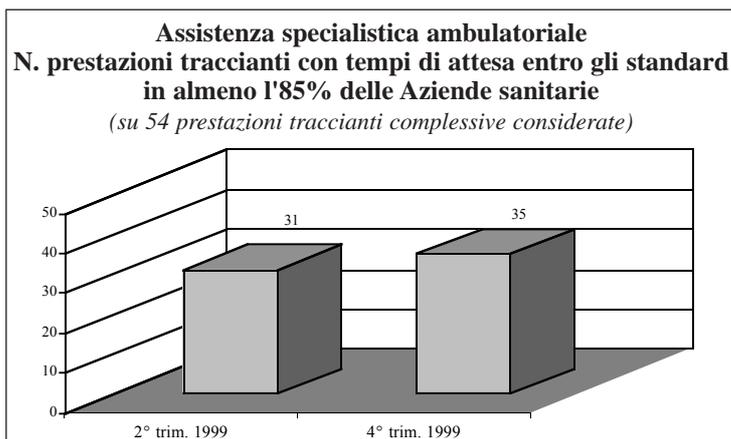
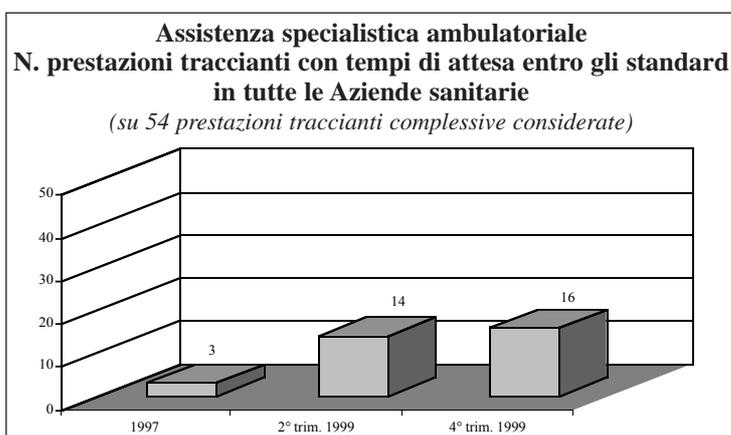
A tal proposito, al fine di una corretta lettura dei dati, si precisa che le percentuali relative alle Aziende con giorni di attesa superiori agli standard sono state determinate prendendo in considerazione non il numero totale delle Aziende della Regione bensì quelle dove effettivamente la prestazione specialistica viene erogata.

Dall'analisi dei tempi di attesa segnalati dalle 23 Aziende Regionali con riferimento al quarto trimestre 1999 emerge che:

- le aree a criticità più diffusa, con tempi di attesa superiori agli standard in oltre il 30% delle Aziende, si manifestano per le seguenti prestazioni:
 - color doppler transcranico
 - eco(color)doppler dei tronchi sovraortici
 - ecografia cardiaca
 - ecografia degli arti superiori o inferiori o distrettuale arteriosa
 - mammografia bilaterale e monolaterale
 - elettromiografia
 - ecografia osteoarticolare e muscolotendinea
 - trattamento ortodontico con apparecchi fissi.

Le situazioni in cui i tempi di attesa superano il doppio dello standard sono le seguenti:

- elettromiografia (standard 30 giorni): 9 Aziende, con un massimo di 142 giorni



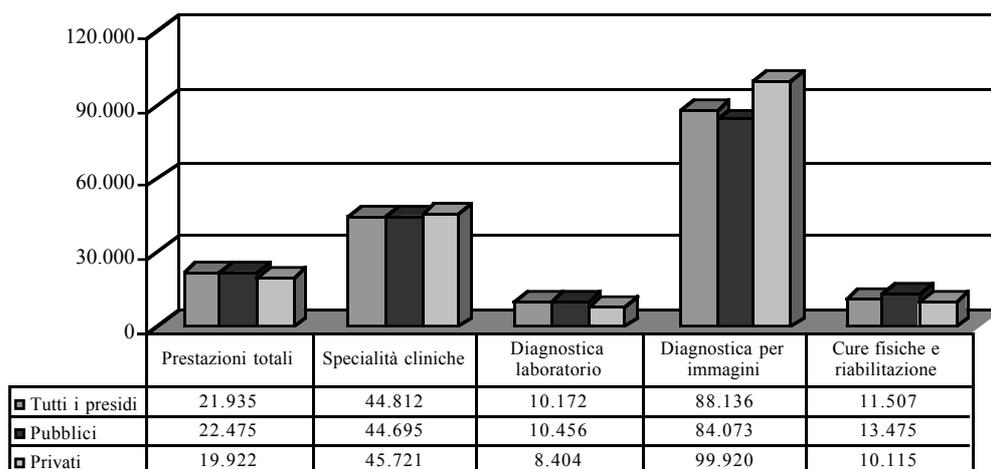
- mammografia bilaterale e monolaterale (standard 45 giorni): 7 Aziende, con un massimo di 349 giorni; nella valutazione dei dati relativi a quest'ultima prestazione, è necessario considerare che alcune Aziende ULSS hanno attivato programmi di screening che interagiscono con le normali liste di attesa in quanto l'erogazione delle prestazioni è su chiamata programmata dell'utente, non su richiesta diretta dello stesso;
- tutte le Aziende garantiscono entro i tempi massimi fissati, le seguenti prestazioni "traccianti" più richieste:
 - ElettroCardioGramma
 - Radiografia del torace di routine
 - Mobilizzazione della colonna vertebrale e delle altre articolazioni
 - Elettroterapia antalgica
 - Laserterapia antalgica
 - Elettroencefalogramma
 - Terapia canalare in dente pluriradicolato
 - Visita generale ORL
 - Esame audiometrico tonale e vocale
 - Adattamento impianti cocleari
 - Broncoscopia con fibre ottiche
 - Spirometria semplice e globale
 - Scintigrafia tiroidea
 - TAC senza mezzo di contrasto
- le branche specialistiche con tutte le prestazioni traccianti garantite entro i tempi fissati come standard in almeno l'85% delle Aziende sono:
 - medicina fisica e riabilitazione (limitatamente alle prestazioni erogate negli episodi acuti)
 - gastroenterologia / chirurgia / endoscopia digestiva
 - otorinolaringoiatria
 - pneumologia
 - urologia
 - medicina nucleare

Gli scostamenti rilevati suggeriscono una particolare attenzione alla domanda e all'offerta di prestazioni specialistiche, il cui governo, in termini quantitativi di utenti, di prestazioni erogate e in termini di ampiezza territoriale, presuppone fundamentalmente un avanzato sistema unificato di prenotazione, quale strumento di integrazione organizzativa per agevolare la comunicazione e, quindi, il collegamento e la cooperazione tra gli operatori e le strutture pubbliche e private accreditate dell'intera regione.

Assistenza specialistica ambulatoriale - VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' - Quadro sintetico

	ANNI		VARIAZIONI% 1999 vs 1998	
	1998	1999		
<i>Prestazioni complessive</i>				
Totali	miliardi di lire	1.389,4	1.298,5	-6,5
	lire x prestazione	23.879	21.935	-8,1
di cui:				
- specialità cliniche	lire x prestazione	48.458	44.812	-7,5
- diagn. laboratorio	lire x prestazione	10.723	10.172	-5,1
- diagn. per immagini	lire x prestazione	92.719	88.136	-4,9
- cure fisiche e riabilitazione	lire x prestazione	13.059	11.507	-11,9
- prestazioni pubbliche	miliardi di lire	1.145,1	1.049,1	-8,4
	lire x prestazione	24.745	22.475	-9,2
	% su valorizz. totale	82,4	80,8	-2,0
- prestazioni private	miliardi di lire	244,3	249,4	2,1
	lire x prestazione	20.517	19.922	-2,9
	% su valorizz. totale	17,6	19,2	9,2
<i>Prestazioni pubbliche</i>				
- specialità cliniche	lire x prestazione	49.000	44.695	-8,8
- diagn. laboratorio	lire x prestazione	11.089	10.456	-5,7
- diagn. per immagini	lire x prestazione	89.041	84.073	-5,6
- cure fisiche e riabilitazione	lire x prestazione	13.813	13.475	-2,4

Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 1999
Valorizzazione media per tipo di prestazione e per ente erogatore



La valorizzazione economica, e cioè il valore di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel territorio regionale a carico del Fondo Sanitario Regionale, calcolato sulla base delle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente, è stimata all'incirca in 1.389 miliardi nell'anno 1998 ed in 1.298 miliardi nell'anno 1999, con una diminuzione di 6,6 punti percentuali.

La quota di produzione relativa al settore privato pre-accreditato rappresenta, con riferimento all'anno 1999, circa il 19 % del totale (249 miliardi circa).

Considerando il totale delle prestazioni specialistiche, la valorizzazione media di ciascuna prestazione, nell'anno 1999, si aggira intorno a Lire 22.671 per i presidi pubblici ed in lire 20.946 per i presidi privati.

La minore valorizzazione media complessiva delle prestazioni erogate dal privato è associata al corrispondente mix produttivo, caratterizzato da un peso superiore rispetto al pubblico delle prestazioni a più bassa valorizzazione (cure fisiche e riabilitazione),

L'analisi per grandi classi di prestazioni omogenee fa rilevare nel privato, una maggiore valorizzazione media delle prestazioni di specialità cliniche e della diagnostica per immagini.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali – Rilevazione dei tempi di attesa presso le Aziende ULSS e Ospedaliere
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Sistema Informatico Socio-Sanitario
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli STS.11 e STS.21

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.5.1/A, TAVOLA 4.5.3/A, TAVOLA 4.5.4/A, TAVOLA 4.5.5/A, TAVOLA 4.5.6/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.5.2/R, TAVOLA 4.5.3/R, TAVOLA 4.5.4/R, TAVOLA 4.5.5/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.6 Assistenza consultoriale materno-infantile

NORMATIVA

Il DLvo n. 229/99, la cosiddetta “Riforma ter” del SSN, rafforzando gli obiettivi di distrettualizzazione e di integrazione socio-sanitaria già previsti nei DDLLvi n. 502/92 e n. 517/93, amplia il quadro della normativa di riferimento per i servizi consultoriali.

Il consultorio materno infantile, istituito con L n. 405/75, soprattutto per tutelare la salute della madre e del bambino, si è costituito nella Regione Veneto fin dall’origine (LR n. 28/77) come un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, con personale sociale e sanitario organizzato in équipe, con funzione di risposta a problematiche sociali e sanitarie espresse dall’area materna, femminile e familiare in genere.

L’aggiornamento degli indirizzi programmatori regionali sull’area materno-infantile, avvenuta da ultimo con DGR n. 25/CR/97 ha riportato tra gli obiettivi specifici la centralità del bambino e del suo crescere in relazione. Inoltre, con DGR n. 19/CR/97, “Programma Settoriale relativo all’assistenza territoriale - Art.13 LR n. 5/96”, la Regione, in linea con la programmazione nazionale, ha individuato nel Distretto il contesto organizzativo all’interno dell’Azienda ULSS che ha la funzione di garantire l’assistenza territoriale e, tra le “Unità Operative Distrettuali”, è stata evidenziata all’interno dell’area Materno Infantile, l’unità operativa Consultorio Familiare (CF).

Il consultorio familiare veneto, si colloca perciò, nel panorama dei servizi socio-sanitari territoriali delle ULSS con una propria specificità sia strutturale che funzionale.

Per cogliere gli aspetti più significativi dell’identità di un servizio consolidato e tuttavia in continua trasformazione, perché sollecitato dalla molteplicità della tipologia di utenza e di richiesta, con DGR n. 3280/97 “Attività di formazione e ricerca sui servizi Consultoriali Familiari nell’attuale realtà regionale”, la Regione Veneto ha avviato un progetto di studio e ricerca sui CF attivi nel territorio regionale.

I risultati della ricerca, unitamente ai dati regionali della “Banca dati sui CF” relativi all’anno 1998, hanno contribuito a tracciare il profilo dei Consultori Familiari del Veneto, presentato in un convegno che ha riunito tutti gli operatori dei servizi nel novembre 1999.

Da ultimo, la recente approvazione del “Progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000” (DM della Sanità 24.4.2000) ha ridefinito i requisiti e gli standard per i consultori familiari e il loro inserimento in rete con gli altri servizi territoriali, così come già anticipato dalla Regione Veneto.

DOTAZIONE

Quadro generale

La dotazione di sedi denota ancora un leggero decremento, risultato del processo di razionalizzazione del servizio sanitario regionale che ha favorito una maggior concentrazione delle risorse in un punto; d’altra parte il numero di équipe risulta invece in leggera crescita, segno dello sforzo continuo di adeguare il personale alle nuove richieste e all’aumento di utenza.

Nel complesso la dotazione di servizi consultoriali appare adeguata con una sede ogni 31.382 residenti e un équipe ogni 40.796, a fronte dei 40-50.000 indicati nella programmazione regionale. Il nuovo progetto obiettivo nazionale, approvato nel 2000, indica tuttavia una sede consultoriale ogni 10.000 abitanti per le zone rurali e semiurbane e ogni 20.000 - 25.000 per le zone urbane-metropolitane.

Va quindi continuato lo sforzo di adeguare più che le sedi, il numero di operatori e di équipe alla popolazione residente.

Complessivamente nel 1998 hanno lavorato nei CF 638 operatori, pari a quasi 430 operatori equivalenti, con un aumento del 12,8% rispetto al 1997.

I medici ginecologi diminuiscono del 23,8%, mentre rimane pressoché stabile il numero di personale infermieristico e di assistenti sociali.

Aumenta invece del 42,5% il numero di psicologi equivalenti. In lieve aumento anche il numero

Consultori familiari - Quadro sintetico

		1997	1998	Var. % 1998/1997
<i>N. équipes</i>		109	110	0,9
- residenti per équipe		41.001	40.796	-0,5
- famiglie per per équipe		15.087	15.154	0,4
<i>N. sedi</i>		149	143	-4,0
- residenti per sede		29.994	31.382	4,6
- donne 15-49 anni per sede		7.452	7.717	3,6
- famiglie per sede		11.037	11.657	5,6
<i>N. casi trattati</i>				
- prestazioni ostetriche e ginecologiche		104.872	97.333	-7,2
- prestazioni psicologiche e sociali		25.121	25.118	0,0
- casi totali		129.993	122.451	-5,8
<i>Prestazioni</i>				
- prestazioni ostetriche e ginecologiche	V.A.	421.803	438.944	4,1
	x caso	4,0	4,5	12,1
- prestazioni psicologiche e sociali	V.A.	175.852	161.442	-8,2
	x caso	7,0	6,4	-8,2
<i>Sub-totale prestazioni individuali</i>	V.A.	597.655	600.386	0,5
	x o.e.	1.571	1.397	-11,1
- incontri per attività di gruppo		9.927	11.046	11,3
<i>N. operatori equivalenti</i>		381	430	12,8
<i>Spesa</i>				
- Spesa totale (in miliardi), di cui:		30,7	34,0	10,7
- a carico del fondo sanitario (in miliardi)		24,4	25,8	5,7
- a carico del fondo sociale (in miliardi)		6,3	8,2	30,2
- Spesa media per équipe (in milioni)		281,7	309,1	9,7
- Spesa media per caso		236.070	277.893	17,7
- Spesa media per residente		6.879	7.598	10,5
- Spesa media per donna in età 15-49 anni		27.552	30.741	11,6

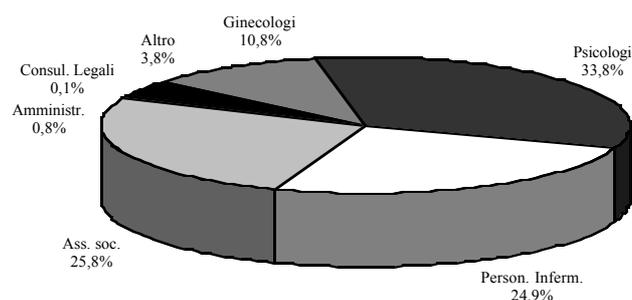
di consulenti legali che da 20 passa a 23 ed il numero di altro personale tecnico che comprende figure amministrative, educatori-animatori. Si affaccia quindi nei CF una nuova figura professionale che è quella dell'educatore-animatore per rispondere all'esigenza di lavoro sia nell'ambito della prevenzione che della tutela minorile.

Nel 1998 gli operatori consultoriali hanno dedicato alla propria

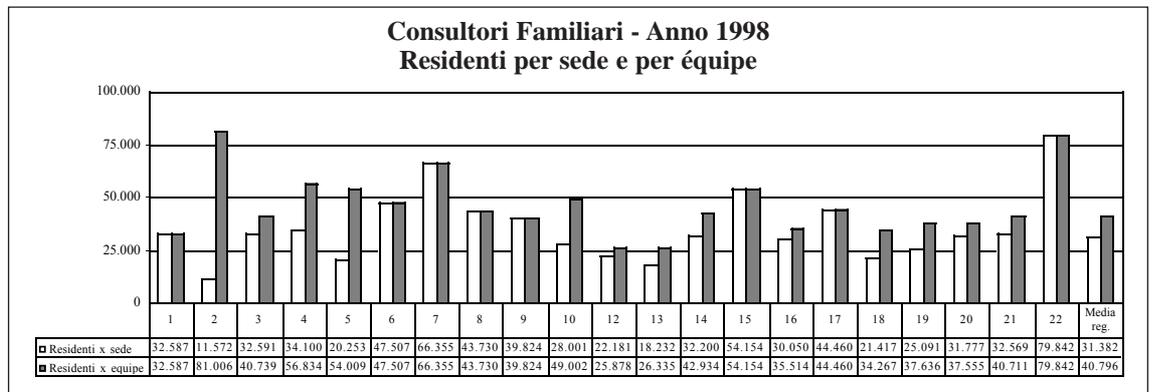
formazione e aggiornamento professionale oltre 22.233 ore. Il dato dimostra il notevole impegno a garantire servizi sempre più qualificati. Nello specifico si rileva una sproporzione tra l'aggiornamento degli psicologi (43% del totale) e quello delle figure sanitarie non mediche (solo il 13%). Per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione, emerge ancora un aumento della spesa complessiva assorbita dalla gestione dei consultori familiari: tale aumento risulta per il 42,4% a carico del fondo sanitario, mentre il rimanente 57,6% è stato sostenuto dal fondo sociale, che copre ormai il 24% della spesa totale.

A livello territoriale, vanno segnalate alcune situazioni di dotazione strutturale che si discostano significativamente, per bacino di utenza, dalle indicazioni di programmazione regionale sia in eccesso che in difetto:

Consultori familiari - Anno 1998; Operatori equivalenti
Distribuzione % per profilo professionale



- Le ULSS 2, 4, 5, 7, 15, 22 con équipes che si rivolgono ad un bacino d'utenza al di sopra dei 50.000 abitanti;
 - Le ULSS 12 e 13 con équipes con un bacino d'utenza al di sotto dei 30.000 abitanti.
- In particolare va notata la forte discrepanza esistente tra numero di équipes e numero di sedi nell'ULSS 2 che porta l'équipe consultoriale ad un carico di oltre 80.000 residenti, ma con una dotazione di sedi quasi in linea con le indicazioni del nuovo progetto obiettivo nazionale.



ATTIVITÀ Utenza

Nel 1998, a fronte di una diminuzione del numero di casi trattati si assiste ad un lieve aumento del numero totale di prestazioni, cui si aggiunge un incremento delle attività di gruppo. Limitando l'analisi alla sola utenza che afferisce al servizio per prestazioni psicologiche e sociali, pur essendo sempre prevalenti i casi di utenti singoli (85%), si assiste ad un progressivo aumento degli utenti coppie e del numero di nuclei familiari. Se anche la presenza dell'utenza maschile rimane minoritaria rispetto a quella femminile, si registra dal '93 ad oggi un aumento, che le consente di attestarsi intorno al 10% del totale dell'utenza.

Per quanto riguarda l'utenza giovanile è interessante riprendere alcuni contenuti presentati dallo specifico gruppo di lavoro, nell'ambito della ricerca regionale:

- circa il 50% dei CF ha aperto spazi dedicati ai giovani oppure ha avuto un'attenzione specifica nei confronti dell'utenza giovanile;
- circa il 22% ha aperto spazi settimanali specificatamente dedicati alla popolazione giovanile, perlopiù frequentati da ragazzi molto giovani (13 anni e oltre), con problematiche inerenti al cambiamento fisico;
- il 27% si è dato invece un'organizzazione interna tale per cui l'équipe ha creato spazi preferenziali all'utenza giovanile senza istituzionalizzarli: tali spazi sono stati maggiormente frequentati da ragazzi con un'età leggermente superiore a quella del gruppo precedente e con problematiche inerenti alla sessualità, alla contraccezione ed alla conflittualità con la famiglia.

È interessante osservare come queste diverse tipologie organizzative sembrano intercettare un'utenza giovanile leggermente diversa, non tanto sul piano quantitativo ma su quello qualitativo. Le esperienze di apertura all'utenza giovanile hanno accresciuto una dimensione plastica e creativa del servizio, anche se lasciate in alcune ULSS all'iniziativa delle singole équipes e non espressione di una progettualità aziendale.

L'analisi dell'utenza continua a rilevare la forte valenza locale dei CF: infatti circa l'82% degli utenti è costituito da persone residenti; si osserva inoltre un progressivo aumento degli stranieri che passano da 3.450 del 1997 a 4.621 del 1998 (33% di incremento).

Prestazioni

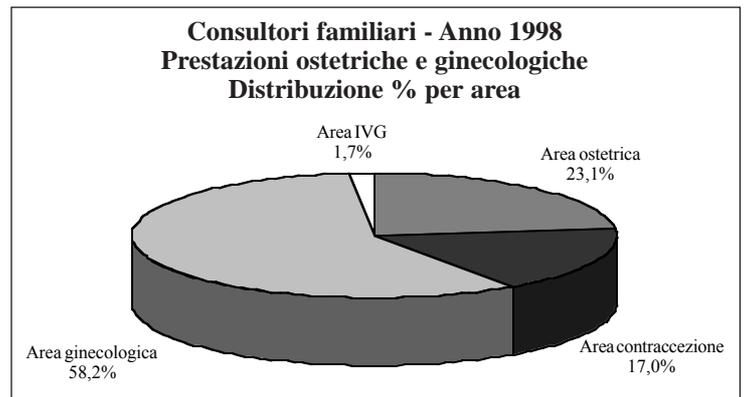
Per quanto riguarda le prestazioni individuali, prevalgono sempre quelle afferenti all'area ostetrica e ginecologica; va sottolineato, tuttavia, che le prestazioni di questa area richiedono un impegno temporale minore rispetto a quelle dell'area psicologia e sociale: i medici effettuano mediamente 4-6 prestazioni all'ora, mentre per l'area psicologia e sociale ogni prestazione richiede un impegno medio di 1 ora e trenta.

I casi dell'area psicologia e sociale richiedono un trattamento più intenso, con 6,4 prestazioni medie per caso contro le 4,5 dei casi dell'area sanitaria; tale differenza trova spiegazione nella diversità delle tipologie d'intervento:

- per l'area ostetrica e ginecologica ogni utente, se non è in gravidanza, viene visto 1-2 volte l'anno;

- per l'area psicologica e sociale, la presa in carico comporta interventi che si sviluppano nel tempo (la psicoterapia richiede una o più sedute la settimana per mesi o anni e la presa in carico sociale richiede più incontri sia con l'utente che con la rete sociale di riferimento per mesi o anni).

Le **prestazioni ostetrico-ginecologiche** registrano un netto aumento rispetto all'anno precedente; tra queste rimangono prevalenti quelle propriamente ginecologiche, ma aumentano anche le prestazioni relative all'area della procreazione, della contraccezione e all'area IVG. Dai lavori di gruppo della ricerca regionale emergono i seguenti aspetti:



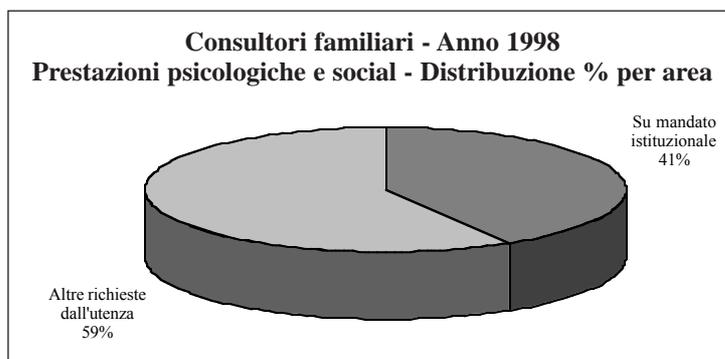
- poche donne o coppie si rivolgono al servizio per un controllo preconcezionale (1,8%): lo fanno in genere quando si avvicinano all'idea di una gravidanza e desiderano principalmente una consulenza genetica anche se molte volte inappropriata ed immotivata dal punto di vista medico;
- rimane elevato il numero di gestanti che si rivolgono al consultorio familiare per essere seguite dal punto di vista ostetrico durante la gravidanza: in particolare, aumenta il numero di donne che partecipano ai corsi di preparazione alla nascita (passano, infatti, da 8.693 nel 1997 a 9.304 nel 1998);
- nel consultorio familiare la coppia genitoriale trova uno spazio somato-psico-sociale accogliente che l'accompagna e l'assiste dall'inizio della gravidanza a dopo il parto e offre anche momenti di confronto tra le coppie sulle esperienze in atto;
- il lavoro che il servizio svolge in questo ambito è frutto di anni d'integrazione professionale grazie al quale è stato possibile fare un'offerta varia ed attenta ai bisogni fisici, psicologici e sociali della maternità e paternità;
- la collaborazione tra consultori familiari ed ospedali appare migliorata rispetto al passato, con azioni progettuali concordate sul percorso nascita;
- decisamente più elevata è la collaborazione tra i CF e gli altri servizi territoriali dell'area materno infantile grazie anche alla ricaduta ottenuta dal Progetto regionale "Sostegno alla relazione mamma-bambino nel primo anno di vita" (DGR n. 2862/97);
- una nuova emergenza per i CF è rappresentata dall'aumento delle richieste di certificazione di IVG (pari al 4,3%) da parte delle donne straniere non residenti: spesso donne emarginate o clandestine che vengono in contatto con un servizio socio-sanitario per la prima volta; questa emergenza sta diventando anche un'occasione, sebbene complessa da gestire, per aprire la strada all'integrazione;
- un altro ambito che sta assumendo una progressiva rilevanza è quello della sterilità e infertilità: tale problematica attraversa il CF sia sul versante del chiarimento diagnostico e del primo percorso terapeutico che sul versante delle coppie candidate all'adozione. Tale problematica caratterizza il 79% delle coppie che si rivolgono al CF. In entrambi i casi si tratta di situazioni che implicano dolore, frustrazione e necessità della coppia di poter essere supportata in un momento così delicato della propria vita. Queste nuove realtà stanno trovando servizi dove la componente psicologica e sociale è sempre meno disponibile perché oberata dal lavoro nell'ambito della tutela minorile.

Le **prestazioni psicologiche e sociali** individuali sono risultate leggermente in diminuzione nel 1998. Esse continuano ad essere prevalentemente rivolte alle richieste spontanee dell'utenza (consulenza psicologica, psicoterapia e presa in carico sociale), anche se appare rilevante il numero di richieste di intervento da parte degli Organi Giudiziari soprattutto a carico di nuclei familiari con problematiche di tutela minorile (+15% rispetto al 1997).

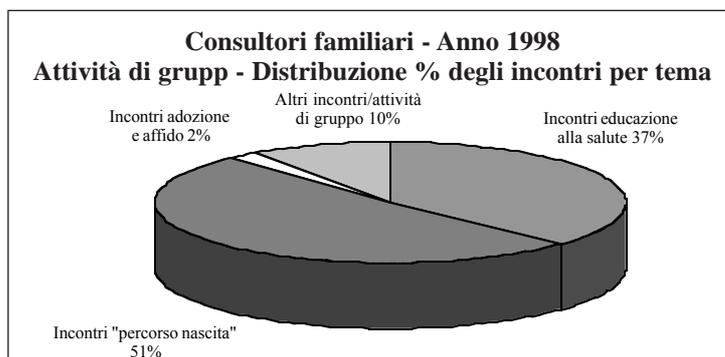
Il CF sembra perciò sempre più chiamato a rispondere a problematiche di disagio minorile anche

nelle situazioni in cui non esiste una delega da parte degli Enti locali alle ULSS per la tutela minorile. Il Progetto regionale, ha evidenziato a tal proposito:

- In alcune aree territoriali (realità dei piccoli comuni dove non esiste il servizio sociale) i CF costituiscono l'unico servizio esistente in grado di rispondere con competenza a questo tipo di domanda, pertanto gli operatori sono chiamati ad intervenire indipendentemente dalla presenza di una delega formalizzata da parte dei comuni. Laddove, invece, esistono servizi sociali particolarmente strutturati e differenziati rispetto alle problematiche sociali (grandi Comuni ed in particolare i Comuni provincie) si configura una situazione completamente diversa per cui il ricorso ai CF è meno pregnante.
- Il coinvolgimento massiccio di psicologi ed assistenti sociali in situazioni problematiche già connotate dalla presenza di danno per il minore, implica un disinvestimento di risorse in altre attività consultoriali finalizzate a rilevare precocemente il disagio nella funzione genitoriale e ad offrire interventi e supporti a favore dell'evoluzione della crisi, prevenendo l'emergenza e quindi l'intervento degli organi giudiziari.
- Tenendo conto della realtà attuale della Regione Veneto che presenta moduli organizzativi diversificati rispetto alla tutela minorile, il gruppo di lavoro specifico sulla Famiglia ed Organi Giudiziari ha delineato alcune ipotesi organizzative per poter affrontare le competenze in ambito minorile.



Continuano a crescere anche le **attività di gruppo** dedicate a progetti di educazione sanitaria e di prevenzione su alcune problematiche socio-sanitarie. Le attività di maggior investimento delle équipes sono quelle che riguardano l'ambito della procreazione, dell'educazione sessuale, dell'affido/adozione e della prevenzione del disagio minorile e familiare: tutti fortemente sostenuti da una progettazione regionale sia sociale che sanitaria. L'attività di preparazione al parto rimane prevalente e registra nel 1998 un ulteriore incremento del 6% rispetto al 1997.



Nell'ambito della ricerca regionale più volte richiamata, il gruppo di studio sulla prevenzione ha osservato come negli ultimi anni i CF abbiano subito un appiattimento culturale dei modelli di lavoro, basato su meccanismi domanda/risposta più che sull'assunzione di modelli di programmazione delle attività: il numero degli interventi di prevenzione coincide con quello delle ore ad esso dedicate, denotando la carenza di tempo per la discussione ed il confronto.

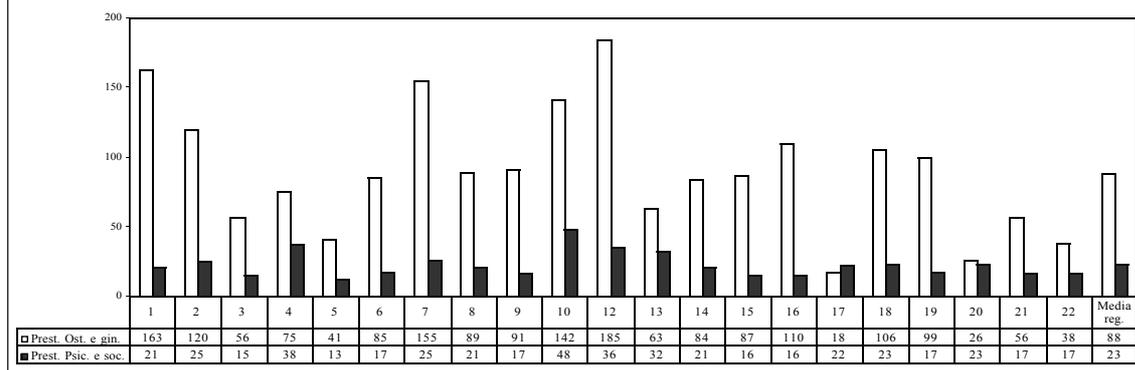
Sembra perciò opportuno investire maggiormente sulla formazione degli operatori al fine di sviluppare adeguate strategie di programmazione delle attività di promozione alla salute.

Inoltre la necessità di una risposta integrata tra aspetti sociali e sanitari, incontra maggiormente i bisogni attuali dell'utenza sempre più articolati in una complessità che non può prescindere da un'alta integrazione professionale specialistica e da un'adeguata progettazione fra servizi.

Rispetto al quadro complessivo regionale, gli indici di utilizzo del servizio risultano, nell'area ostetrica e ginecologica, ancora molto disomogenei, variando da un minimo di 18 casi trattati per 1.000 donne in età fertile per l'ULSS 17, ad un massimo di 185 per l'ULSS 12, attestandosi in una media regionale di 88 casi.

Per quanto riguarda le prestazioni psicologiche e sociali si osserva un andamento più omogeneo:

Consultori Familiari - Anno 1998 Casi per 1.000 donne in età 15-49 anni



variando da un minimo di 13 casi trattati ogni 1.000 donne in età fertile per l'ULSS 5 ad un massimo di 48 per l'ULSS 10.

Tutte le ULSS della provincia di Verona si caratterizzano per una percentuale di prestazioni di tipo psicologico e sociale superiore a quelle ostetriche e ginecologiche; ugualmente un'alta percentuale di prestazioni psicologiche e sociali si osserva per l'ULSS 17.

In media la spesa consultoriale si attesta sulle 7.600 lire per residente: con una zona caratterizzata dalle ULSS 10, 12 e 13 superiore alle L. 9.000 (addirittura superiore alle L.12.000 per residente per le ULSS 12 e 13) e viceversa, risulta bassa la spesa per residente nell'ULSS 20.

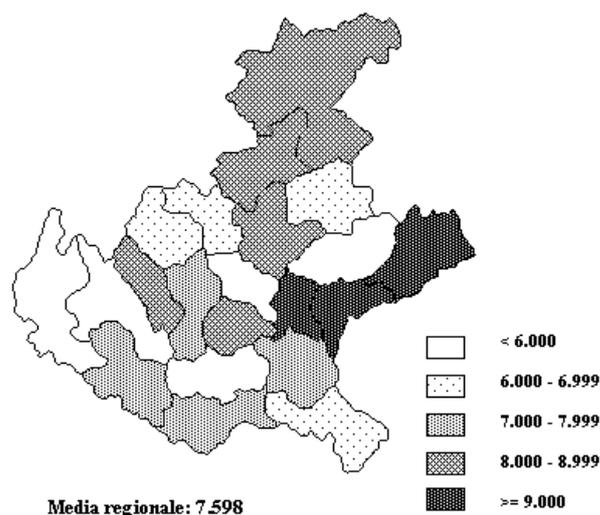
Particolarmente costose risultano in media le prestazioni erogate dai servizi delle ULSS 5, 17 e 21 (oltre il doppio del valore medio regionale), all'opposto, con una spesa media inferiore alle L.40.000 per prestazione, si trovano le ULSS 8 e 15. Ancora, particolarmente costosi risultano i casi trattati nell'ULSS 5 (oltre L. 600.000 a caso) 13 e 17 e viceversa risultano "economici" i casi trattati dalle ULSS 1, 7 e 10 (inferiori a L.200.000).

Tale disomogeneità territoriale può essere anche addebitata alle diverse modalità di raccolta e aggregazione dei dati rilevati tramite la Banca dati CF.

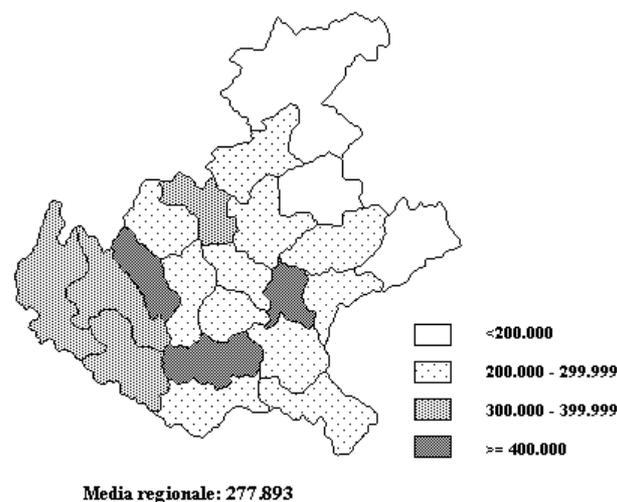
Per coglierne l'entità e per superare la difformità organizzativa, sempre nell'ambito della ricerca regionale, un gruppo di lavoro specifico ha individuato una serie di indicatori necessari a valutare in modo omogeneo, sul territorio regionale, la qualità dei servizi, consentendo a ciascun CF di confrontarsi con gli altri e di auto-situarsi in una graduatoria rispetto a degli standard definiti o rispetto ad una media regionale di valori di riferimento.

Tali indicatori sono stati raggruppati in indicatori di contesto/domanda potenziale, di risorse (strutturali, umane, tecnico-strumentali ed economiche), di attività e di esito/risultati.

Consultori Familiari - Anno 1998 Spesa media per residente



Consultori Familiari - Anno 1998 Spesa media per caso



CONCLUSIONI

Per quanto riguarda gli indicatori di domanda e di accessibilità, sono stati specificati una serie di indicatori di domanda potenziale/contesto, tenendo conto della varietà dell'utenza (singole persone, famiglie, coppie, gruppi, associazioni, istituzioni) e dell'alta integrazione socio-sanitaria. Per ciò che riguarda gli indicatori di risorse, la serie di indicatori individuata riguarda sia dati relativi alla struttura in cui vengono espletate le attività sia le risorse umane impiegate sia la tipologia degli accessi e dell'utenza che la tipologia del lavoro d'équipe.

Lo schema di indicatori di qualità elaborato, ha permesso di individuare una serie di requisiti minimi, funzionali e organizzativi, (generali e specifici), e di uniformare le informazioni da considerare per l'elaborazione, definendo anche una "cartella-tipo" regionale che consenta agli operatori e ai servizi di raccogliere dati, non solo in termini di prestazioni ma anche di processi di lavoro, in modo più omogeneo sul territorio regionale.

Il consultorio familiare si è costituito nella Regione Veneto come un osservatorio privilegiato proprio delle strutture familiari e delle sue problematiche: segue la famiglia in tutte le sue fasi del ciclo della vita dell'individuo (la nascita, l'infanzia, l'adolescenza, la formazione della coppia, il matrimonio, la menopausa, la vecchiaia).

In sintesi:

- La **tipologia di utenza** che può accedere al servizio è:
 - di sesso sia maschile che femminile;
 - di età che va dalla nascita, all'adolescenza, all'età adulta, alla terza età, donne in menopausa, coppie (anche anziane) in crisi coniugale;
 - singola, in coppia, in nucleo familiare, in gruppo spontaneo, in gruppo organizzato, in istituzione.
- Fa riferimento per lo più **all'Area funzionale Materno-Infantile**. Tale collocazione privilegia l'orientamento del Servizio verso una, seppure importante, specifica fascia d'età e una quindi particolare tipologia di utenza (madre-bambino) le cui problematiche richiedono sinergie solo con alcuni specifici servizi territoriali e reparti ospedalieri (Medicina scolastica, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria); invece, l'esperienza sembra andare nella direzione di un Servizio indirizzato alla risposta dei bisogni non più solo della donna e di una specifica fascia d'età, ma sempre più della coppia e della famiglia. Pur rimanendo fondamentale, perciò, la competenza nell'area Materno-Infantile (procreazione responsabile, gravidanza, procreazione assistita, relazione madre-bambino), è andata aumentando progressivamente una richiesta di consulenza e presa in carico e di interventi di informazione e formazione (finalizzati alla prevenzione primaria) che si riferisce a problematiche del naturale ciclo di vita della famiglia, relativi ad una sfera più allargata (la sessualità, le problematiche della coppia convivente o separata, le problematiche della genitorialità anche nelle situazioni di separazione legale oppure relative alla famiglia monogenitoriale, la menopausa ed i problemi della coppia nell'età post-fertile). Il Servizio di CF, pur con i limiti spesso dovuti ad un organico insufficiente, rimane uno dei pochi servizi ad alta integrazione socio-sanitaria che si occupa non solo del livello specialistico (prestazioni ostetrico-ginecologiche, interventi psicologici, consulenze e indagini per l'Autorità Giudiziaria), ma anche della presa in carico delle crisi evolutive del singolo e della famiglia, e della conduzione dei programmi di prevenzione in rete con altri servizi dell'U.L.S.S. e con altri Enti, nell'ambito della progettualità aziendale.
- La **tipologia della domanda** consultoriale riguarda:
 - una necessità di supporto in momenti di cambiamento psicobiologico (menarca, gravidanza, menopausa);
 - una necessità di supporto in momenti di cambiamento di status sociale (matrimonio, neogenitorialità, pensionamento, passaggio dalla famiglia con figli alla coppia in terza età, passaggio dalla condizione di coniugato a separato);
 - una necessità di supporto o presa in carico in una situazione di disagio sul piano somatico, psicologico e sociale;
 - una necessità di intervento veicolata non dall'utente, ma dagli Organi Giudiziari in funzione di un disagio del minore, di adozione, di una disfunzione genitoriale nei casi di separazione.
- La **tipologia degli interventi** consultoriali riguarda:
 - la diagnosi e cura ginecologica e psicologica e diagnosi e presa in carico sociale;

- la prevenzione primaria, secondaria e terziaria con attività educative.
- **Le aree di intervento altamente qualificate sono:**
 - la famiglia nelle sue problematiche affettive relazionali;
 - la protezione del minore nella tutela;
 - le adozioni nazionali ed internazionali;
 - la neogenitorialità dal concepimento al primo anno di vita;
 - la contraccezione e la sessualità;
 - la menopausa.
- Risultano **aree in espansione** le seguenti:
 - la neogenitorialità dal concepimento al primo anno di vita;
 - la richiesta di IVG nelle donne di recente immigrazione;
 - la trascuratezza, il maltrattamento e l'abuso dei minori;
 - la conflittualità di coppia e le separazioni.

Il CF risulta quindi un servizio in continua trasformazione, che si rivolge ad una utenza molteplice, che lavora in rete con altri servizi anche esterni alla ULSS, che deve essere sempre pronto a rispondere a problematiche vecchie ma anche nuove e non ancora definite, che si caratterizza per una particolare modalità lavorativa che privilegia l'integrazione tra operatori di professionalità diverse.

Indubbiamente il grande lavoro svolto nell'ambito della ricerca regionale ha prodotto una promozione culturale sull'identità del consultorio familiare rispetto ai nuovi bisogni della famiglia nella Regione Veneto; ha operato una diagnosi istituzionale sulle risorse ed i limiti attuali del servizio; ha individuato proposte di linee guida per i servizi su:

- percorso nascita e prevenzione del disagio minorile;
- adozioni nazionali ed internazionali in collaborazione con gli Organi Giudiziari e gli Enti autorizzati in linea con la normativa nazionale;
- interventi sulle famiglie nell'ambito della tutela minorile per i servizi socio-sanitari dell'area materno-infantile e quelli sociali degli Enti locali;
- individuazione delle aree d'intervento che richiedono sinergia tra consultori familiari pubblici e privati.

FONTI

- Regione Veneto:
- Direzione Servizi Sociali - Servizio Sviluppo Sociale della Famiglia e dell'Età Evolutiva

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.6.1/A, TAVOLA 4.6.2/A, TAVOLA.4.6.3/A, TAVOLA.4.6.4/A

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.7 Assistenza riabilitativa extraospedaliera: estensiva e intensiva

NORMATIVA

I principali riferimenti normativi in materia di assistenza riabilitativa sono i seguenti:

- a) Indicazioni strategiche e di indirizzo generale:
 - LR n. 5/96 Piano Socio-Sanitario Regionale 1996-1998
 - DPR n. 23/7/1998 - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 “Un patto di solidarietà per la salute”
 - DLvo n. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell’art. 1 della Legge n. 419 del 30.11.1998”.
- b) Indicazioni specifiche di tipo organizzativo ed operativo in riferimento ai singoli servizi o interventi:
 - Provvedimento 7 maggio 1998 “Linee-Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione” (pubblicato sulla GU n. 124 del 30/5/98), recepita in DGR n. 253/00;
 - DGR n. 5273/98 che regola il sistema delle cure domiciliari;
 - DGR n. 3/CR/99 assunta nella DGR n. 751/00 a seguito del relativo parere espresso dalla V Commissione consiliare “Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva”.

L’indicazione strategica generale che si desume dalla normativa nazionale e regionale è che tutte le risposte ai bisogni del cittadino, con connotazione di prevenzione, cura e riabilitazione che non richiedono il ricovero ospedaliero devono essere sviluppate nell’ambito dell’assistenza distrettuale.

In particolare, nell’assistenza sanitaria riabilitativa sono da distinguere due segmenti che hanno la loro specificità nell’utilizzo diverso delle tecniche riabilitative:

- a) assistenza protesica, legata all’uso appropriato e monitorato di supporti protesici e ortesici di sostegno e/o di sostituzione dell’organo carente o malfunzionante;
- b) uso delle varie tecniche specialistiche professionali che accompagnano la disabilità nel suo evolversi.

In ogni caso, entrambi i segmenti trovano il loro supporto teorico, ratificato dalle diverse scuole specialistiche e soprattutto dal dibattito culturale che è andato arricchendosi su queste problematiche, nel riconoscere presenti diverse fasi che possono essere così sinteticamente descritte:

- a) fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni: in ogni patologia, con maggiore o minore rischio, si può sviluppare una condizione di disabilità e quindi l’intervento riabilitativo deve essere inserito (con modalità e impegno diverso a seconda delle diverse situazioni) già nella fase acuta all’interno del protocollo terapeutico;
- b) fase della riabilitazione intensiva: è caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi collocati nella cosiddetta fase dell’immediata post-acuzie della malattia, quando l’intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono al recupero, contenendo o riducendo l’entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell’evento patologico;
- c) fase della riabilitazione estensiva o intermedia cioè di completamento del processo di recupero e del progetto riabilitativo: si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e tipologia della menomazione e della disabilità ed è comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
- d) fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione dell’handicap: si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari abitualmente integrati con l’attività di riabilitazione sociale.

**ASSISTENZA
PROTESICA**
Premessa
metodologica

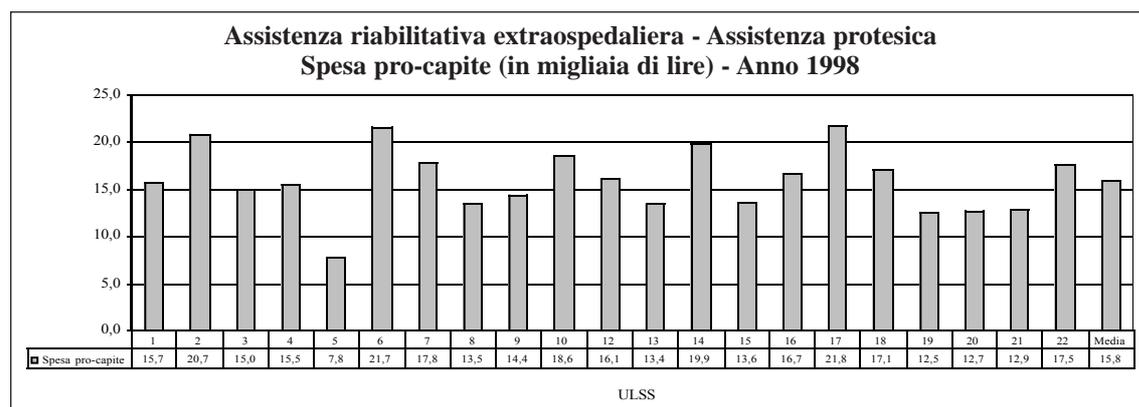
La normativa specifica di riferimento è contenuta nel Decreto del Ministero della Sanità 28.12.1992 - "Approvazione del Nomenclatore-tariffario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, dipendenti da qualunque causa, revisionato ai sensi dell'art. 34 della legge 5 febbraio 1992, n. 104".

I dati disponibili per l'analisi di questa tipologia assistenziale si limitano alla spesa sostenuta dalle Aziende ULSS per la fornitura di supporti protesici ed ortesici, desumibili da due fonti diverse: Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modello CEO3 e Bilanci di esercizio delle Aziende ULSS; nel complesso le due fonti risultano perfettamente allineate, ad eccezione dell'ULSS 3 per cui i due volumi di spesa rilevati sono decisamente distanti (uno il doppio dell'altro).

Nell'analisi che segue è stato utilizzato il dato segnalato con i Flussi informativi del Ministero della Sanità, in quanto più coerente con i valori mediamente espressi dalle altre ULSS.

Va peraltro sottolineato che a livello complessivo regionale la differenza risulta di scarsa rilevanza con uno scarto fra i due valori dell'ordine del 2% circa.

**Quadro
generale**



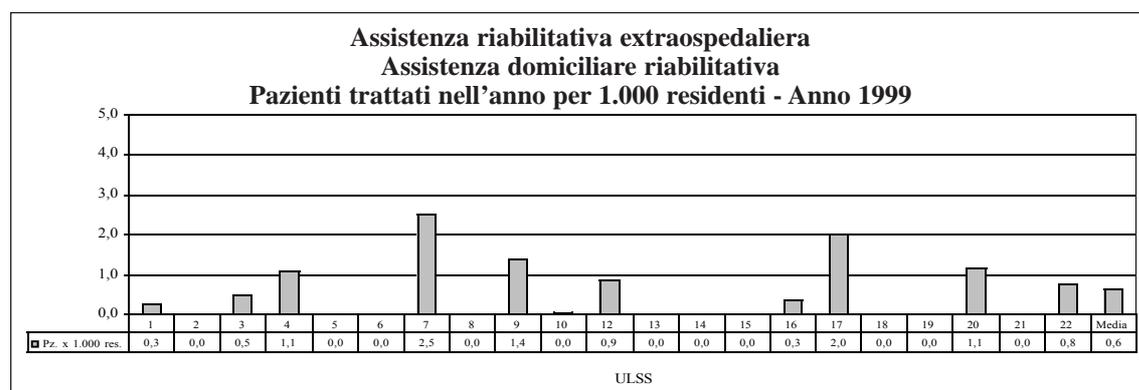
Dalla lettura dei dati si traggono alcune osservazioni di interesse:

- i costi sostenuti dal SSR per garantire l'assistenza protesica, tenuto conto della sua specificità, risultano relativamente consistenti: 70 miliardi nel 1998;
- a livello territoriale si registrano valori di spesa pro-capite anomali rispetto al valore medio regionale che richiedono un intervento mirato di monitoraggio; in particolare vanno segnalati, da una parte, il valore eccessivamente basso dell'ULSS 5, e dall'altra, i valori eccessivamente elevati delle ULSS 6, 17, 2 e 14.

**ASSISTENZA
DOMICILIARE
RIABILITATIVA**
Premessa
metodologica

Per riferimenti normativi e fonti informative si rimanda al capitolo 4.4 - "Assistenza territoriale domiciliare"; di seguito, al fine di completare il quadro dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera, sono richiamati sinteticamente i dati specifici dell'assistenza domiciliare riabilitativa.

**Quadro
generale**



I fenomeni di maggior rilievo relativi alla realtà operativa dell'assistenza domiciliare riabilitativa garantita a livello distrettuale sono:

- pesanti carenze nella copertura assistenziale rispetto agli obiettivi prefigurati nelle linee guida di cui alla DGR n. 5272/98: l'indice di utilizzo reale del servizio registrato nel 1999 (0,06 pazienti trattati per 100 residenti) è ancora molto distante dagli obiettivi di copertura (0,2 - 0,4 pazienti trattati per 100 residenti), di cui rappresenta rispettivamente solo il 30% o il 15%;

- estrema disomogeneità a livello territoriale, con 10 ULSS che non garantiscono questo profilo assistenziale e solo 2 che raggiungono i livelli di copertura minimi indicati dalla programmazione regionale.

A completamento del quadro dell'assistenza riabilitativa domiciliare va detto che questa è erogata anche dalle strutture ex art. 26 L. n. 833/78, che si dimostrano molto presenti con interventi di assistenza domiciliare nell'ULSS 20, ma anche nelle ULSS 3 e 16.

Di seguito viene effettuato un approfondimento di analisi sulle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale, già trattate, in modo generale, nel capitolo 4.5 – “Assistenza specialistica ambulatoriale”, cui si rimanda per riferimenti normativi e fonti informative.

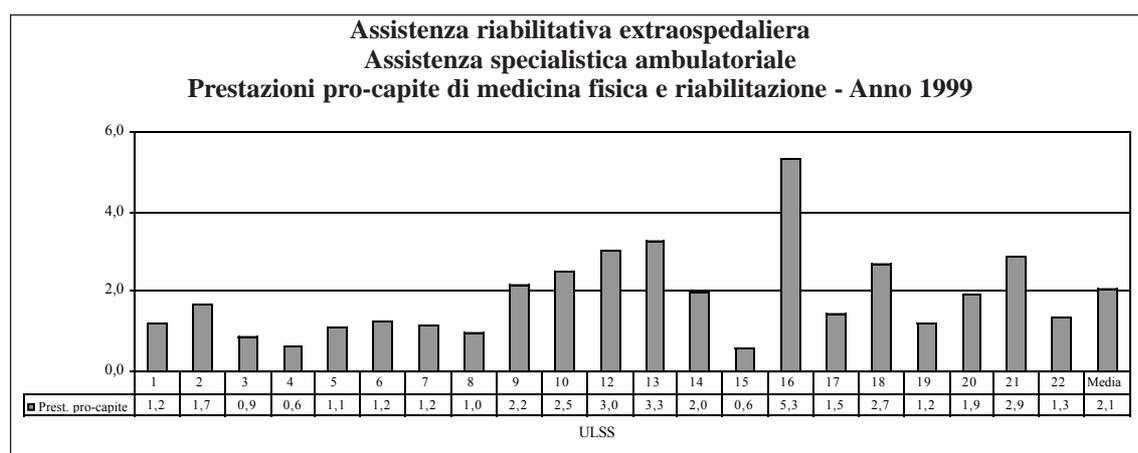
Il quadro dell'assistenza specialistica riabilitativa a livello ambulatoriale è caratterizzato da:

- incremento di prestazioni nel biennio analizzato, soprattutto a carico del settore pubblico, che suggerisce una tendenza positiva al rafforzamento di questo tipo di assistenza;
- bassa valorizzazione media per prestazione (11.500 lire a fronte di 45.000 lire per le specialità cliniche e di 88.000 lire per i trattamenti radiologici) e in diminuzione nel biennio, ma limitatamente al settore privato; questa differenza potrebbe derivare da diversi criteri di rilevazione delle prestazioni adottati dalle strutture private, che in passato si limitavano a segnalare solo quelle che superavano il limite di franchigia a carico del paziente;
- forti differenze territoriali in relazione ai diversi livelli di dotazione di strutture erogatrici, in particolare private, che determinano pesanti disuguaglianze di accesso all'interno del territorio regionale.

Assistenza riabilitativa extraospedaliera - Assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni di medicina fisica e riabilitazione - Quadro sintetico

	1998	1999	Differenza% 1999 vs 1998
- Prestazioni			
- Tutti i presidi n.	9.017.881	9.358.961	3,8
pro-capite	2,0	2,1	5,0
% prest. specialistiche totali	15,5	15,8	1,9
- Presidi pubblici % prest. medicina fisica e riab.	41,3	41,4	0,2
- Presidi privati % prest. medicina fisica e riab.	58,7	58,6	-0,2
- Valorizzazione			
- Tutti i presidi miliardi di lire	117,8	107,7	-8,6
lire medie per prestazione	13.059	11.507	-11,9
- Presidi pubblici %	43,6	48,6	11,3
lire medie per prestazione	13.813	13.475	-2,4
- Presidi privati %	56,4	51,4	-8,9
lire medie per prestazione	12.529	10.115	-19,3



L'assistenza riabilitativa domiciliare ambulatoriale viene anche erogata dalle strutture ex art. 26 L. n. 833/78, per un totale di circa 146.000 trattamenti, concentrati nelle ULSS 6, 7, 9, 10, 16 e 20, che accentuano ulteriormente le disuguaglianze territoriali.

La casistica trattata a livello ambulatoriale in queste strutture è composta prevalentemente da pazienti con disturbi neurotici e della personalità, ma relativamente frequenti sono anche i pazienti con disturbi del sistema nervoso centrale, con oligofrenia e con malformazioni congenite.

La DGR n. 253/00 – Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, affronta il problema dell'inserimento e dell'integrazione sociale della persona handicappata, prevedendo che si realizzi anche mediante l'istituzione o adattamento di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni a valenza educativa che perseguono lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa.

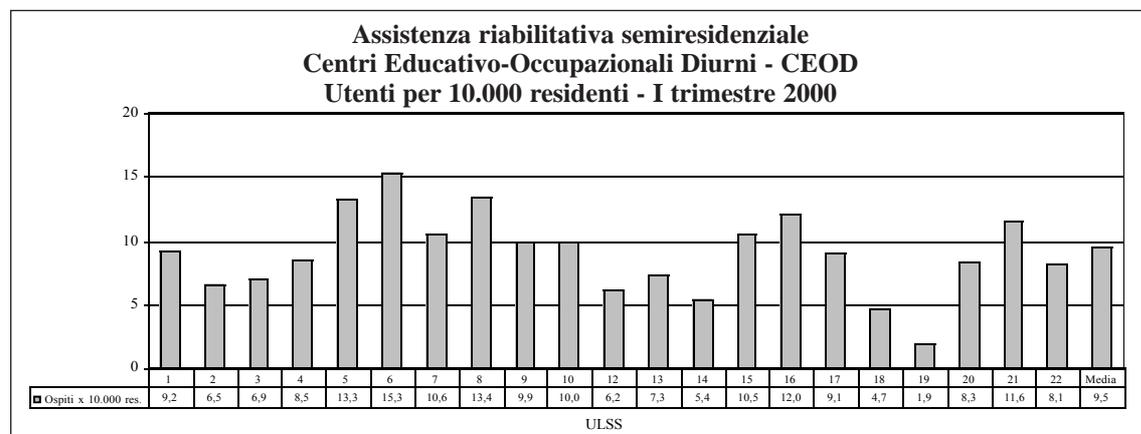
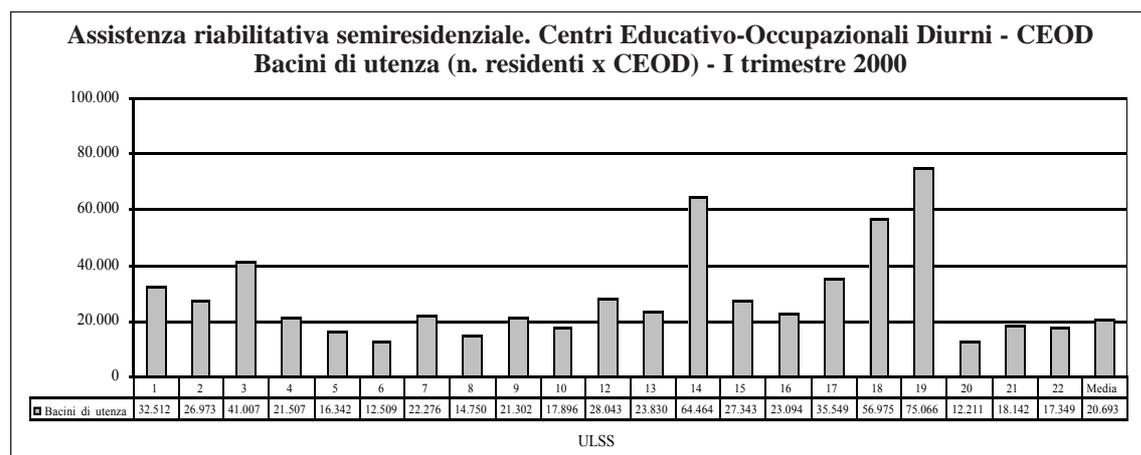
Gli utenti sono pertanto soggetti in età giovane adulta, per i quali si è raggiunto un miglioramento funzionale stabilizzato che richiede solo interventi di mantenimento.

Questi centri si collocano nell'ambito socio-sanitario ed erogano prestazioni a carattere estensivo, e corrispondono alle strutture denominate Centri Educativo-Occupazionali Diurni (CEOD).

Assistenza riabilitativa semiresidenziale - Centri Educativo-Occupazionali Diurni (CEOD)

Quadro sintetico

		I trimestre 2000	1997	Differenza% 2000 vs 1997
Strutture				
- Totali	n.	218	206	5,8
	n. res. x struttura	20.693	21.695	-4,6
di cui:				
- gestite da Aziende ULSS	n.	75	62	21,0
	%	34,4	30,1	14,3
Ospiti				
- Totali	n.	4.272		
	x 10.000 res.	9,5		
di cui:				
- in CEOD gestiti da Aziende ULS	n.	1.239		
	%	29,0		



Sulla organizzazione dei servizi di assistenza riabilitativa semiresidenziale a disabili i fenomeni più rilevanti sono:

- nel complesso la rete dei CEOD presenti in regione appare adeguata rispetto allo standard di 1 centro ogni 20.000 residenti indicato dal Regolamento Regionale n. 8/84;
- si tratta di servizi a prevalente gestione privata, in particolare cooperative, ma che vedono un

**Strutture ex art.
26 L n. 833/78**

**ASSISTENZA
RIABILITATIVA
RESIDENZIALE
EXTRA
OSPEDALIERA**
Normativa
specifica

**Assistenza
riabilitativa
residenziale
estensiva**

- progressivo maggiore impegno delle Aziende ULSS nella gestione diretta;
- a livello territoriale permangono pesanti squilibri in termini sia di dotazione di strutture, con una situazione di particolare carenza che interessa tutta la zona sud-orientale della regione (ULSS 14, 18 e 19), sia di utilizzo del servizio, con indici molto bassi nelle province di Rovigo, Venezia e, in parte, Belluno;
- le forti disomogeneità territoriali, oltre a quelle di tipo organizzativo (prevalenza di strutture con capacità ricettiva ridotta ed estrema variabilità delle rette), rilevate nella Relazione sanitaria 1996-97, richiedono un tempestivo intervento di riordino in materia, al fine di garantire condizioni più eque di accesso e di appropriatezza su tutto il territorio regionale.

Garantiscono trattamenti riabilitativi a carattere intensivo anche a ciclo diurno per un totale di poco meno di 80.000 trattamenti nel 1998, finalizzati prevalentemente alla riabilitazione di pazienti oligofrenici.

Questa forma assistenziale risulta sviluppata soprattutto nell'ULSS 7, in cui si realizzano quasi la metà dei trattamenti totali (quasi 35.000) e nelle ULSS 1, 9 e 20, con un numero di trattamenti compresi fra 10.000 e 20.000).

La materia ha costituito l'oggetto della DGR n. 751/00 - "Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva - L R n. 5/96 (Art. 13 co 3 - Art.17) - PSSR 1996-1998".

La DGR assume come modello teorico di riferimento un sistema assistenziale a rete, come prospettato nel DLvo n. 229/99, art. 3 - septies, che integri in una visione unitaria i servizi per gli anziani, per i non autosufficienti e per i soggetti portatori di menomazioni, disabilità o handicap in tre tipologie di interventi:

- interventi con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- interventi con prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- interventi con prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

La programmazione di questo settore, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento (DPR n. 14.01.97 sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e le linee guida per le attività di riabilitazione approvate dalla Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 07.05.98), viene articolata in due grandi aree:

- area della residenzialità con assistenza estensiva
- area della residenzialità con assistenza intensiva

assumendo, in sintonia con le linee guida nazionali in materia di riabilitazione, la soglia convenzionale delle tre ore giornaliere di intervento sanitario sul singolo soggetto ospite, quale punto di discriminante tra l'assistenza estensiva e quella intensiva.

La trattazione che segue illustra e analizza i dati di dotazione e di fabbisogno/accreditabilità di posti letto riportati nella DGR n. 751/00 per le due aree di assistenza residenziale riabilitativa extraospedaliera.

L'esigenza di residenzialità con assistenza estensiva per anziani e altri non autosufficienti e per disabili non assistibili a domicilio è correlata alla stessa evoluzione delle politiche sanitarie che, sempre di più, tendono a limitare i ricoveri ospedalieri al trattamento nella fase della acuzie e nelle fasi immediatamente successive (lungodegenza e riabilitazione ospedaliera), rinviando alla rete territoriale di servizi e strutture residenziali i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata che, quando non effettuabili a domicilio, debbono trovare realizzazione in strutture di accoglienza che integrano la rete ospedaliera, ma se ne differenziano per minore intensità di cure e relativa organizzazione.

Il modello proposto per il Veneto realizza la residenzialità sanitaria extraospedaliera a carattere estensivo attraverso:

- implementazione di una rete di RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), così come previste dalla L n. 67/88 e dal DPCM 22.12.89, costituita da presidi territoriali derivanti da riconversioni di strutture ospedaliere dismesse che presentino standard adeguati alle vigenti disposizioni di legge;
- processo di qualificazione della risposta assistenziale sanitaria che può essere espressa dalla rete delle Case di Riposo per anziani non autosufficienti e degli Istituti residenziali per disabili.

FABBISOGNO
DI POSTI

All'interno di tali strutture possono essere autorizzate e accreditate forme di assistenza sanitaria media (Nuclei di RSA – NRSA), ridotta (Nuclei di RSA ad intensità ridotta – NRSAir) e minima (Residenze Assistite – Rass), mentre le forme di assistenza ad intensità elevata sono realizzate in ambito ospedaliero o presso le strutture ex art. 26 L n. 833/78, come riclassificate dalle linee guida nazionali in materia di riabilitazione e trattate al punto successivo (Assistenza riabilitativa residenziale intensiva).

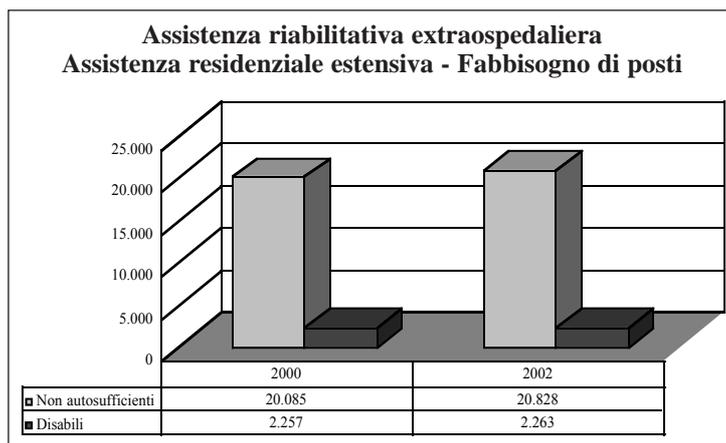
L'accesso alle diverse tipologie di servizio sopra descritte avviene attraverso l'Unità Operativa Distrettuale con riferimento al livello di autonomia delle persone non autosufficienti; in particolare va ricordato che la Giunta regionale ha provveduto a definire le modalità di accesso alle varie tipologie di strutture nell'ambito della rete integrata dei servizi per anziani, comprensiva anche delle forme di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), precisando anche il ruolo del Medico di Medicina Generale e della competente Unità Operativa Distrettuale (DGR n. 561/1998 e n. 1721/98).

Il fabbisogno di posti, riportato in tabella, è stato stimato, con riferimento agli anni 2000 e 2002, rispettivamente per:

- non autosufficienti: anziani e soggetti di età inferiore ai 65 anni con non autosufficienza generica, in genere connessa a polipatologie;
- disabili non assistibili a domicilio (menomazioni e disabilità specifiche).

La stima è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- per anziani non autosufficienti: 1% della popolazione compresa fra 65 e 74 anni e 4% della popolazione con 75 anni e oltre;
- per non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni: 10% del fabbisogno della cifra stimata al punto precedente;
- per disabili: in mancanza di valutazioni epidemiologiche affidabili, sono stati considerati come validi i dati sulla domanda soddisfatta, che corrispondono ad un indice pari a 0,5 per 1.000 abitanti.



DOTAZIONE
DI POSTI

Assistenza riabilitativa extraospedaliera - Assistenza residenziale estensiva - Dotazione di posti letto

	NON AUTOSUFFICIENTI (anziani e < 65 anni)		DISABILI		
	Al 31.12.1999	Al 31.12.1999	2000	2002	
<i>Posti attivati</i>					
- Totali	n.	19.814	1.940		
di cui:					
- RSA da riconversione ospedaliera già attivate	n.	1.098 (1)			
- Case di riposo (pl autorizzati)	n.	18.716 (2)			
<i>Posti programmati</i>					
- Totali	n.	2.471	910		
di cui:					
- RSA da riconversione ospedaliera (ex art. 20 o DRG n. 740/99)	n.	1.327			
- Case di riposo (pl in incremento ex art. 20)	n.	1.144			
<i>Posti esistenti + programmati</i>					
- Totali	n.	22.285	2.850		
		2000	2002	2000	2002
<i>Accreditabilità</i>					
- Posti totali	n.	22.097	22.911	2.257	2.263
<i>Fabbisogno</i>					
- Posti totali		20.085	20.828	2.257	2.263
<i>Differenze esistente/programmato - fabbisogno/accreditabilità</i>					
- Posti esistenti vs accreditabili	v.a.	-2.283	-3.097	-317	-323
	%	-10,3	-13,5	-14,0	-14,3
- Posti esistenti + programmati vs accreditabili	v.a.	188	-626	593	587
	%	0,9	-2,7	26,3	25,9

(1) Escluse RSA ex Ospedale Psichiatrico (OP) per un totale di 1.002 posti letto

(2) Compresi pl non a standard (20% circa) che dovranno essere progressivamente disattivati dalle ULSS ed esclusi 300 pl Istituti Polesani di Ficarolo - ULSS 18

Con riferimento ai **non autosufficienti** (anziani e non) si osserva che:

- a livello complessivo regionale l'attuale dotazione di posti, considerando anche le attivazioni programmate, risulterebbe sostanzialmente adeguata, ma necessita di continue implementazioni per far fronte al progressivo invecchiamento della popolazione; tenendo però conto che fra i posti autorizzati presso le Case di riposo sono compresi anche quelli non a standard, per una percentuale stimata del 20%, e che i posti programmati comportano tempi di attivazione non immediati, nel breve periodo si delinea una situazione critica;
- a livello territoriale sussistono pesanti squilibri con carenze gravi nelle ULSS delle province di Venezia in particolare, ma anche di Padova, e nelle ULSS 9, 19 e 20, e, all'opposto, marcati eccessi di dotazione nelle ULSS delle province di Vicenza e Verona (con l'eccezione dell'ULSS 20) e nelle ULSS 2 e 8.

Con riferimento ai posti per **disabili** il forte eccesso osservato è riconducibile totalmente a tre situazioni molto sovradimensionate (ULSS 16, 9 e 3), mentre quasi tutte le altre ULSS risultano carenti. Gli eccessi registrati permangono forti anche considerando che è prevista la riconversione in assistenza intensiva per 238 posti.

Comprende le attività dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e di durata dell'intervento (orientativamente almeno tre ore giornaliere di terapia specifica); i tempi di completamento dei cicli riabilitativi e/o assistenziali sono di norma contenuti in 120 giorni.

Le strutture individuate dalla programmazione per garantire questo tipo di assistenza sono:

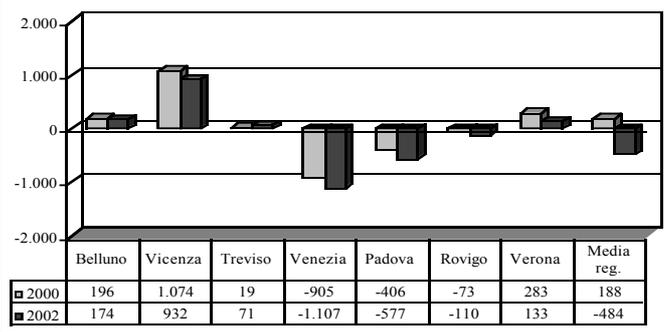
- strutture dedicate alla riabilitazione intensiva extraospedaliera, per età evolutiva e per adulti
- Hospice per malati terminali
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP) per pazienti psichiatrici.

L'inserimento in quest'area degli Hospice, che in senso stretto non sono definibili come strutture finalizzate al recupero di disabilità, è giustificato dal fatto che queste strutture, nella rete di servizi e interventi rivolti ai malati terminali, rappresentano i presidi rivolti alla quota di questo tipo di pazienti che richiede trattamenti intensivi.

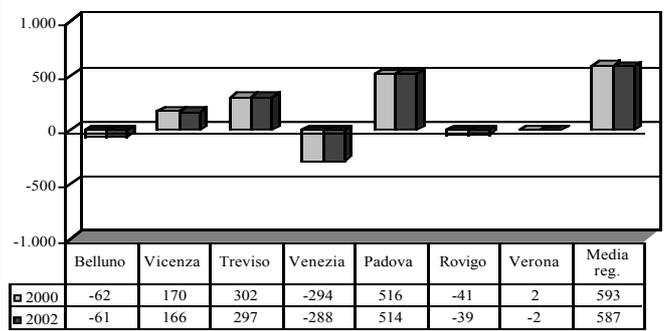
I dati relativi al fabbisogno di assistenza riabilitativa residenziale intensiva, riportati nella tabella seguente di confronto con la dotazione di posti, sono stati stimati sulla base dei seguenti criteri:

- per presidi di riabilitazione intensiva extraospedaliera: rispettivamente 0,06 posti per 1.000 residenti per l'età evolutiva e 0,10 posti per 1.000 residenti per l'età adulta;
- per hospice: 0,05 posti letto per 1.000 residenti; l'indice è stato calcolato su una serie di parametri ricavati dall'esperienza della Società Italiana di Cure Palliative, quali: numero di decessi per tumore, incidenza di pazienti con necessità di cure palliative (stimata nel 70%), durata media della fase terminale (stimata in 60 giorni), prevalenza pazienti in fase terminale (stimati

**Assistenza riabilitativa extraospedaliera
Assistenza residenziale estensiva per non autosufficienti
Posti esistenti+programmati vs accreditabili (v.a.)**



**Assistenza riabilitativa extraospedaliera
Assistenza residenziale estensiva per disabili
Posti esistenti + programmati vs accreditabili (v. a.)**



**DOTAZIONE
DI POSTI**

in 1.500 al giorno pari a 34 per 100.000 residenti), quote di domanda assistenziale trattabile adeguatamente da assistenza domiciliare (70% dei casi) e assistenza residenziale in strutture protette (30% pari una prevalenza di 448 pazienti al giorno cui corrisponde un fabbisogno di 0,1 posti letto in hospice per 1.000 residenti, di cui la metà in hospice extraospedaliero);

- per CTRP: 0,16 posti per 1.000 residenti, come indicato nella DRG n. 25/CR/99 dei aggiornamenti del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale.

Assistenza riabilitativa extraospedaliera - Assistenza residenziale intensiva - Dotazione di posti letto

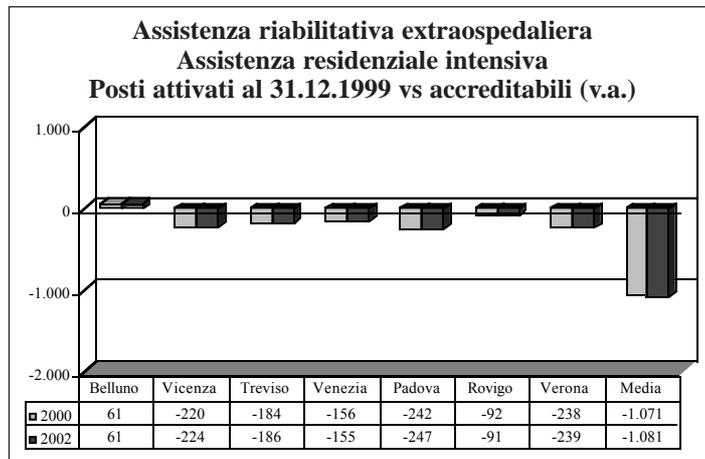
	POSTI LETTO ATTIVATI Al 31.12.1999	FABBISOGNO/ ACCREDITABILITÀ		DIFFERENZE PL ATTIVATI VS FABBISOGNO/ACCREDITABILITÀ	
		2000	2002	2000	2002
- Totali n.	589	1.660	1.670	-1.071	-1.081
di cui:					
- Per età evolutiva n.	307	270	271	37	36
- Per età adulta n.	0	449	450	-449	-450
- CTRP psichiatriche n.	282 (1)	715	724	-433	-442
- Hospice n.	0	226	225	-226	-225

(1) Escluse CTRP di mantenimento ad estinzione (422 pl)

Rispetto al fabbisogno prefigurato dalla programmazione l'organizzazione attuale dei servizi di assistenza riabilitativa residenziale di tipo intensivo si rivela impreparata a rispondere ai bisogni, in particolare:

- risultano totalmente assenti hospice e strutture di riabilitazione intensiva per adulti; rispetto a quest'ultima si deve peraltro rilevare che dovrebbero essere riconvertiti 238 posti sovrabbondanti dall'assistenza estensiva, comunque insufficienti a coprire il fabbisogno;
- non considerando i posti delle CTRP di mantenimento ad estinzione, i posti in CTRP sono sottodimensionati di oltre il 50%;
- i posti in strutture di riabilitazione intensiva per età evolutiva sono, al contrario, in eccesso.

A conclusione della trattazione dell'assistenza riabilitativa residenziale, anche al fine di valutare correttamente le forti criticità emerse dal confronto fra obiettivi della programmazione e realtà, va detto che il legislatore regionale, consapevole del carattere fortemente innovativo della normativa di riordino in materia, ha provveduto a fornire direttive programmatiche e di governo che forniscono alle Aziende indicazioni specifiche su strumenti ed azioni di carattere programmatico ed organizzativo da adottare al fine di giungere all'allineamento con gli obiettivi della programmazione regionale nel medio periodo (entro il 2002).



FONTI

- Regione Veneto:
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Informatico Socio-Sanitario – Flussi informativi del Ministero Sanità - Modelli STS.21 e CE03
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie – Schede di rilevazione sull'assistenza a domicilio (integrata ed esclusivamente sanitaria) compilate a cura delle Aziende ULSS e rendicontazione attività istituti ex art. 26 L n. 833/78 ai fini del saldo delle prestazioni
 - Direzione Servizi Sociali - Servizio Integrazione Sociale
 - Direzione Servizi Sociali - Servizio Sviluppo Sociale della Famiglia e dell'Età Evolutiva
 - Giunta Regionale del Veneto – DGR n. 751/00 – Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva – LR n. 5/96 (art. 13, comma 3 – art. 17) – PSSR 1996-1998
 - Azienda ULSS 17 - Osservatorio Regionale Handicap

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.7.1/R, TAVOLA 4.7.2/R, TAVOLA 4.7.3/R, TAVOLA 4.7.4/R, TAVOLA 4.7.5/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.8 Assistenza a tossicodipendenti e alcolodipendenti

NORMATIVA

La riorganizzazione del sistema preventivo e assistenziale per le problematiche relative alle tossicodipendenze è stata avviata alla luce di due fattori principali:

- l'evoluzione del fenomeno: “nuove droghe” / “nuove modalità di abuso”;
- la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, con l'introduzione, tra l'altro, dei livelli uniformi di assistenza.

Il Progetto Obiettivo “Prevenzione e Cura delle Dipendenze” previsto dal PSSR 1996/98 (LR n. 5/96, art. 18), approvato dalla Giunta Regionale il 25.2.1997 e ancora all'esame della V Commissione consigliare, indica un sistema articolato organizzato su quattro livelli, coordinati ed integrati, di cui il SerT rappresenta la struttura centrale di riferimento:

- 1° livello: primo contatto con bassa soglia di selezione dell'utenza
- 2° livello: programmi nei servizi a medio-lungo termine a carattere socio-riabilitativo, psicoterapico e farmacologico integrato
- 3° livello: programmi residenziali o semi-residenziali a medio-lungo termine in ambito socio-riabilitativo e psicoterapico, mediante comunità terapeutica
- 4° livello: programmi specifici di reinserimento post-terapia, prevenzione delle recidive e valutazione dei risultati.

Successivamente, la Giunta regionale con DGR n. 2217/99, ha emanato le indicazioni e le linee tecniche per l'istituzione presso ciascuna Azienda ULSS del Veneto del Dipartimento “funzionale” delle Dipendenze: al 31.12.1999 tutte le ULSS del Veneto, con l'eccezione dell'ULSS 12, hanno istituito il Dipartimento per le Dipendenze secondo le indicazioni regionali.

Per quanto riguarda invece l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza, i dati sull'utenza dei SerT del Veneto confermano la necessità di una maggior presa in carico del fenomeno “nuove droghe”/“nuove modalità di abuso” come priorità che dovrà orientare lo sviluppo delle funzioni regionali nell'area delle tossicodipendenze: nel 1998 solo 1 utente su 20 appartiene al mondo delle “nuove droghe” (solo l'1,6% degli utenti indica come sostanza primaria l'ecstasy e per un altro 3,3% costituisce la sostanza secondaria), confermando i SerT come servizi specializzati nel trattamento dell'abuso di eroina, sostanza primaria nell'80% dei casi trattati nell'anno (rispetto all'82,4% nel 1997).

Un discorso a parte merita il settore dell'alcolologia. Infatti, sebbene l'intervento in materia di problemi alcol-correlati rientri fra le competenze del Sistema delle Dipendenze e l'offerta di servizi sia consistente e diffusa sul territorio regionale, questo settore necessita ancora di una strutturazione più precisa, che comunque è stata definita con DGR n. 3869/99, ai sensi del PSSR 1996/98 (art. 18, LR n. 5/96), mediante il recepimento del modello organizzativo sperimentato con il Progetto “Alcolologia Veneto”. Tale modello prevede due livelli di intervento:

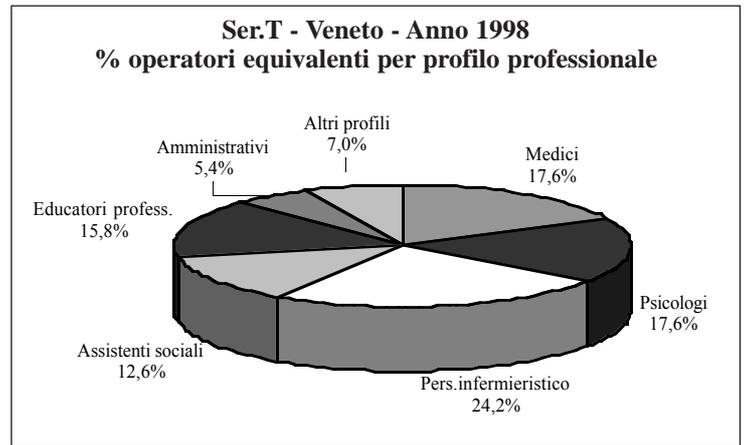
- 1° livello garantito da: medici di medicina generale, gruppi di auto-aiuto e SerT
- 2° livello costituito da 13 Centri alcolologici multimodali, caratterizzati dalla presenza delle risorse e dei programmi di 1° livello, più uno o due programmi specialistici e per popolazioni particolari.

DOTAZIONE E ATTIVITÀ

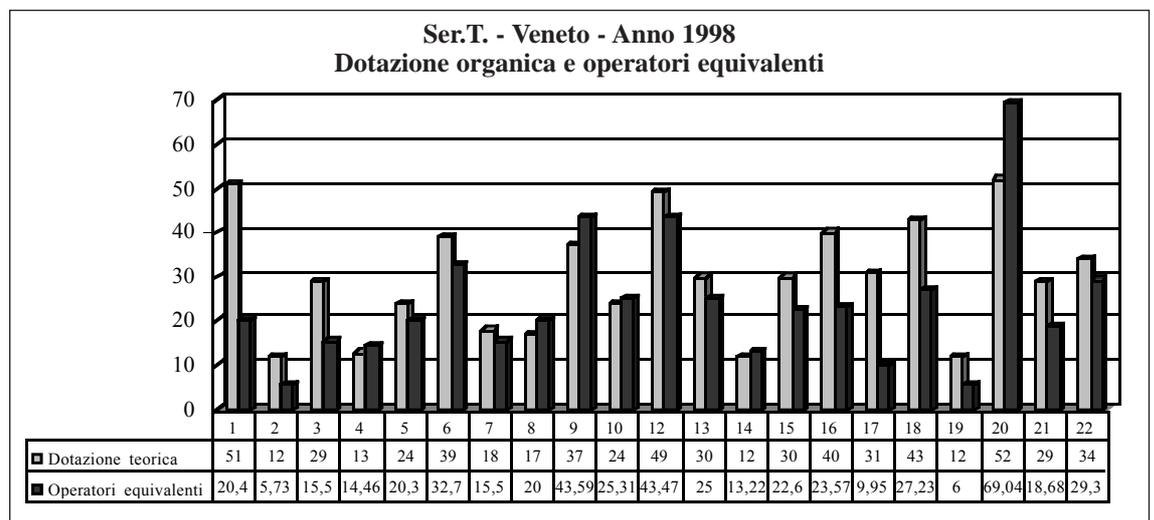
Il sistema delle dipendenze in Veneto - Anno 1999

- SerT	n.	38
- Comunità terapeutiche	n.	39 (di cui 8 pubbliche)
- Sezioni carcerarie per tossicodipendenti	n.	3 (di cui 1 femminile)
- Centri alcolologici multimodali	n.	16
- Gruppi di auto-aiuto (settore alcolologico)	n.	622
- Associazioni di volontariato	n.	65

L'analisi che segue sull'organizzazione e l'attività dei servizi regionali nel settore delle dipendenze viene articolata sulla base del modello prefigurato dal Progetto Obiettivo, di cui il SerT rappresenta la struttura centrale di riferimento. I dati di seguito presentati sono perciò rilevati presso i SerT delle Aziende ULSS del Veneto tramite schede predisposte dal Ministero della Sanità.



Rispetto alla dotazione teorica di personale, fissata dalla Giunta regionale in applicazione del DM n. 444/90 in 626 unità, alla fine del 1998 gli organici effettivi dei SerT regionali manifestano complessivamente una carenza di 124 operatori equivalenti a tempo pieno (-19,8%). La presenza delle diverse professionalità appare coerente con l'esigenza di intervento integrato multiprofessionale socio-sanitario tipica dei SerT, anche se va segnalata la carenza di psicologi, assistenti sociali e medici.

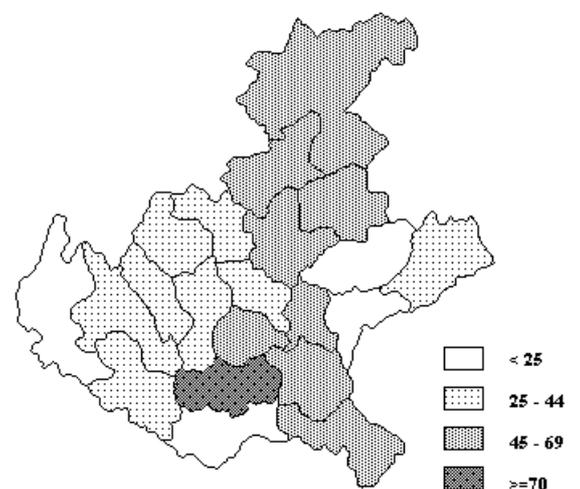


I livelli di adeguamento allo standard di personale risultano molto disomogenei all'interno del territorio regionale con situazioni di particolare criticità nelle ULSS 1, 2 e 17 con meno del 50% degli operatori previsti.

Tale situazione si ripercuote sul carico di lavoro per operatore: a fronte di un carico medio regionale di 36 utenti per operatore equivalente, si osserva per l'ULSS 17 un eccessivo carico dovuto alla carenza di personale e viceversa per le ULSS 9, 12, 18 e 22 un carico inferiore ai 23 utenti per operatore equivalente. Tuttavia, in mancanza di un sistema di rilevazione del carico assistenziale associato alle diverse tipologie di utenza, appare difficile interpretare l'estrema differenziazione a livello locale del carico di utenti per operatore equivalente

L'utenza in carico ai SerT è in continua cresci-

Ser. T - Anno 1998
Utenti totali per operatore equivalente



Media regionale: 36

ta, rimane prevalentemente di sesso maschile e concentrata nella fascia di età compresa tra 20 e 34 anni, anche se emerge un suo progressivo invecchiamento. L'indice di ricambio dell'utenza, ovvero dei nuovi utenti presi in carico, è pari al 23,9% nel 1998 e anche questo presenta una forte differenziazione territoriale, con il valore massimo ancora nell'ULSS 1 (40,5%).

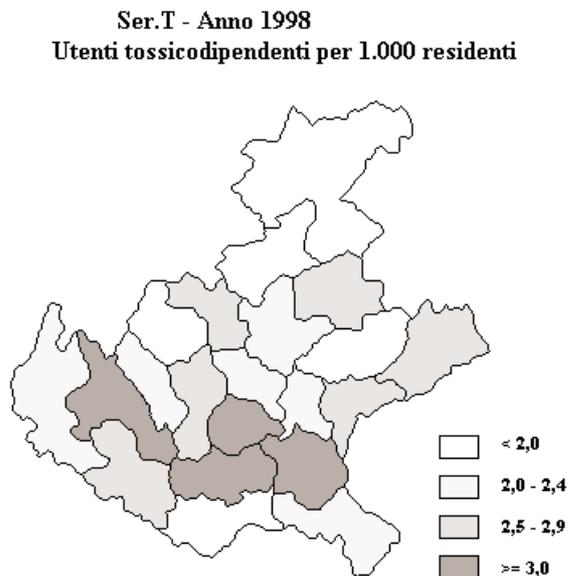
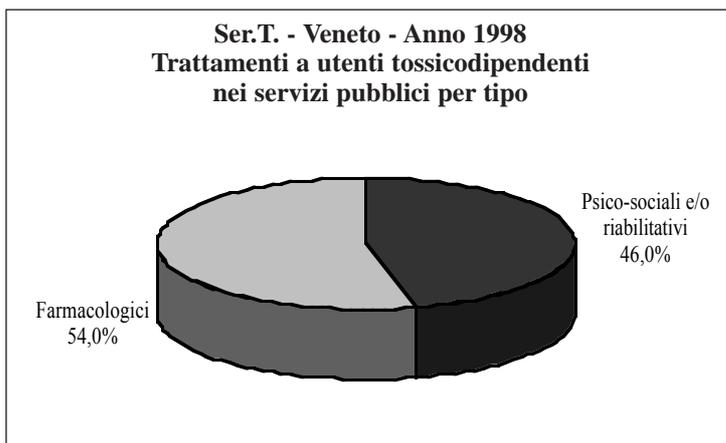
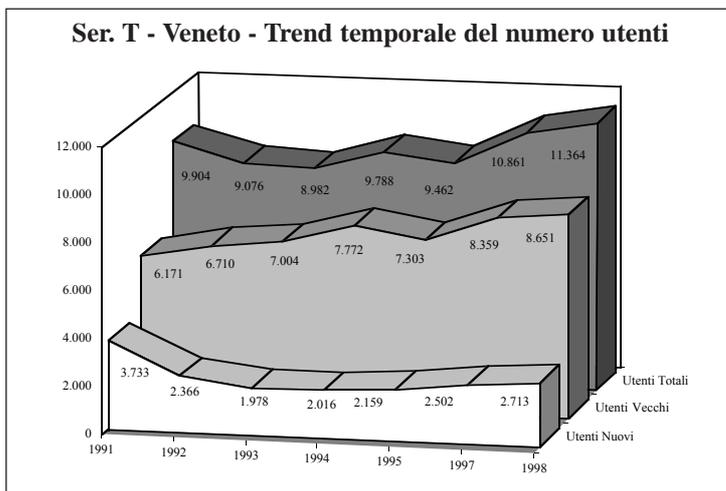
Per quanto riguarda il **1° livello di intervento** non esiste un flusso informativo sistematico che

consenta un'analisi degli interventi effettuati, tuttavia va segnalato che nel biennio 1998/99 sono stati realizzati, con i finanziamenti relativi al Fondo regionale per la Lotta alla Droga, 108 progetti, prevalentemente per la realizzazione di interventi di rete fra soggetti pubblici e privati che operano nel settore e per la riduzione della domanda nei luoghi di aggregazione giovanile, in particolare discoteche, ma anche per la realizzazione di interventi di prima accoglienza, mediante équipe di prevenzione in strada o centri di prima accoglienza residenziale in aree urbane ad alta diffusione della tossicodipendenza.

Per quanto riguarda il **2° livello di intervento** i trattamenti effettuati a tossicodipendenti sono prevalentemente a livello ambulatoriale (78,5%) e si ripartiscono in misura equilibrata fra trattamenti farmacologici (54%), consistenti per i due terzi in somministrazione di metadone, e psico-sociali e/o riabilitativi (46%), rappresentati prevalentemente da sostegno psicologico (42,3%) e interventi di servizio sociale (39,3%) e in minor misura da interventi di psicoterapia (18,4%), a conferma della complessità multiprofessionale degli interventi richiesti nell'area delle dipendenze.

L'utenza è distribuita in misura piuttosto disomogenea sul territorio regionale, con la massima frequenza relativa nell'ULSS 20 e la minima nell'ULSS 1, dove peraltro è sensibilmente elevata invece la diffusione dell'alcolismo.

Per quanto riguarda l'utenza alcolologica in carico ai SerT, nel 1998 è stata di 6.474 unità (oltre un terzo dell'utenza complessiva), prevalentemente di sesso maschile (3 su 4), di età compresa fra 40 e 60 anni (quasi il 53,9%), con problemi correlati soprattutto all'abuso di vino (65,1%) e solo in minima



parte con problemi droga-correlati (circa il 5%); si tratta quindi di una popolazione significativamente diversa da quella tossicodipendente. A livello territoriale emerge una distribuzione estremamente diversificata tra le varie ULSS, con un numero elevato di alcolisti in carico presso i SerT dell'ULSS 1, e un numero assolutamente esiguo di alcolisti seguiti dai SerT delle ULSS 12, 16 e 22.

Per quanto riguarda il **3° livello di intervento**, va segnalato che dal 1994 la percentuale di utenza tossicodipendente dei SerT del Veneto che viene inserita in programmi presso comunità terapeutiche risulta in lieve e continua flessione: nel 1998 si è attestata al 16,5%, con marcate differenze fra le ULSS che manifestano la maggiore propensione all'invio in comunità (34,7% degli utenti per l'ULSS 4 e 29% per l'ULSS 5) e quelle per cui questo tipo di intervento riveste un'importanza marginale come le ULSS 3, 14, 17 e 19 in cui l'invio in comunità ricorre con frequenze inferiori al 10%.

Dei trattamenti effettuati dai SerT in strutture riabilitative, solo il 24,8% è di tipo farmacologico, mentre il 75,2% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo (54,3% dei quali sono esclusivamente interventi di servizio sociale).

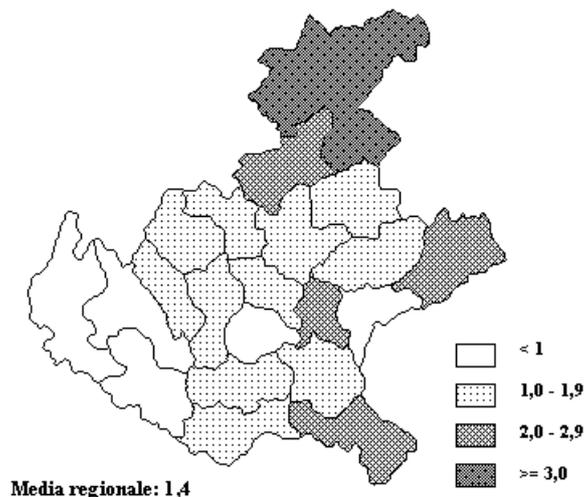
Dal momento che diversi programmi residenziali prevedono l'allontanamento del tossicodipendente dal contesto sociale e/o familiare di appartenenza, l'analisi che segue non può essere trasferita agli utenti presso comunità in carico ai SerT del Veneto bensì si basa sull'utenza complessiva delle comunità terapeutiche regionali.

Dal momento che diversi programmi residenziali prevedono l'allontanamento del tossicodipendente dal contesto sociale e/o familiare di appartenenza, l'analisi che segue non può essere trasferita agli utenti presso comunità in carico ai SerT del Veneto bensì si basa sull'utenza complessiva delle comunità terapeutiche regionali.

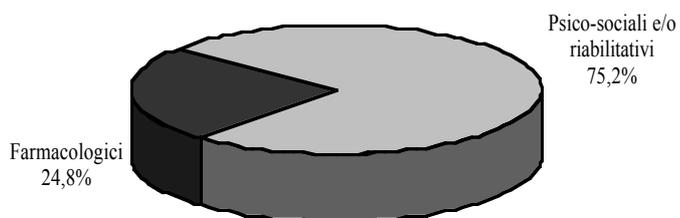
Nel 1998 nelle 30 comunità terapeutiche del Veneto sono stati trattati 2.445 tossicodipendenti. Si segnalano alcuni fenomeni che dovranno essere oggetto di specifici approfondimenti: il rapido ricambio dell'utenza, con un'incidenza di nuovi utenti pari al 64,7% e una permanenza inferiore ai sei mesi nel 60,2% dei casi.

Infine per il **4° livello** non è attivato un flusso informativo sistematico che consenta un'analisi degli interventi effettuati; va tuttavia segnalato che nel biennio 1998/99, con i finanziamenti relativi al Fondo regionale per la Lotta alla Droga, sono stati realizzati oltre 20 progetti di cura esterna al carcere e reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti reclusi.

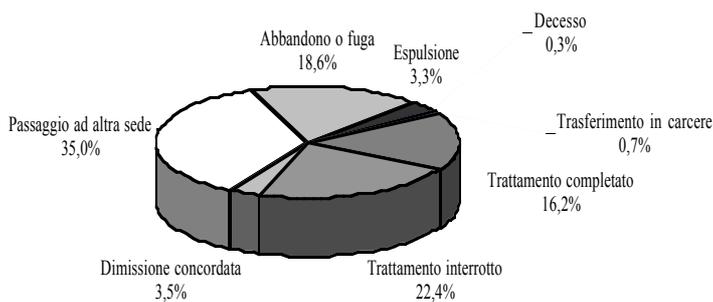
Ser.T - Anno 1998
Utenti alcolisti per 1.000 residenti



Ser.T. - Veneto - Anno 1998
Trattamenti a utenti tossicodipendenti in strutture riabilitative per tipo



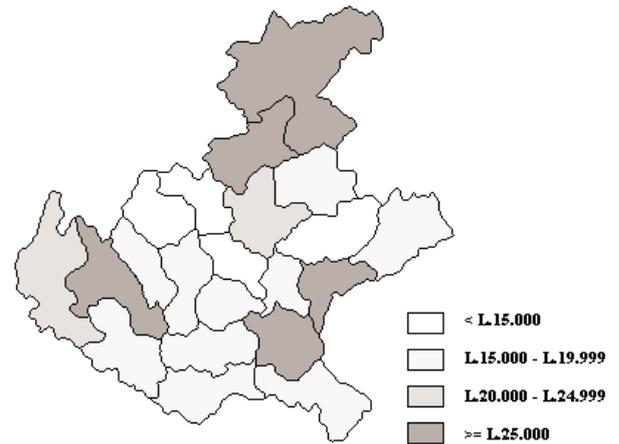
Comunità Terapeutiche private - Veneto - Anno 1998
Utenti usciti per motivo



COSTI

Per concludere, è interessante esaminare i costi del Sistema delle Dipendenze del Veneto: l'investimento complessivo per l'assistenza socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e alcolodipendenti (comprensivo dei trasferimenti ordinari alle Aziende ULSS, delle rette per le comunità terapeutiche private, dei contributi per le comunità terapeutiche pubbliche, dei finanziamenti per progetti speciali e del fondo per la lotta alla droga) è stato di poco superiore agli 95 miliardi di lire nel 1998, ossia più di 21.300 lire annue per residente, mentre il costo annuale per utente ammonta a quasi 8.500.000 lire, in entrambi i casi con rilevanti differenze fra le diverse realtà locali.

Sistema delle Dipendenze - Anno 1998
Costo medio per residente



Media regionale: L.21.343

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Sociali – Servizio Prevenzione e Cura Dipendenze:
 - Rilevazione attività servizi pubblici per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Sanità
 - Rilevazione attività nel settore dell'alcolodipendenza - Schede del Ministero della Sanità
 - Rilevazione strutture riabilitative per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Sanità
 - Rilevazioni d'ufficio
- Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria – Padova: Rilevazioni periodiche sulla popolazione carceraria
- Ministero dell'Interno – Osservatorio permanente su fenomeno droga: Pubblicazioni periodiche

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 2.5.10/A, TAVOLA 2.5.11/A, TAVOLA 2.5.12/A, TAVOLA 4.8.1/A, TAVOLA 4.8.2/A, TAVOLA 4.8.3/A, TAVOLA 4.8.4/A, TAVOLA 4.8.5/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 2.5.10/R, TAVOLA 2.5.11/R, TAVOLA 2.5.12/R, TAVOLA 4.8.6/R, TAVOLA 4.8.7/R, TAVOLA 4.8.8/R, TAVOLA 4.8.9/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.9 Assistenza psichiatrica

QUADRO NORMATIVO

- La DGR n. 740/99 di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata, per quanto attiene alla assistenza psichiatrica, recepisce il contenuto organizzativo della DGR n. 25/CR/99 “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale”, sia nella dimensione territoriale che ospedaliera, indicando i seguenti principi:
 - l’area della psichiatria si struttura e si consolida nella tutela della salute mentale e il Distretto Socio-Sanitario (DSS) è l’ambito privilegiato di integrazione operativa e di coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
 - il DSM è unico per ogni Azienda ULSS e finalizzato al coordinamento cooperativo delle équipe psichiatriche operanti nel territorio della stessa; il DSM è guidato da un dirigente medico psichiatra di secondo livello;
 - il modulo organizzativo base del DSM è l’équipe psichiatrica pluriprofessionale, con direzione specialistica psichiatrica apicale, un bacino di utenza medio di 100.000 abitanti, una dotazione organica pari a 65-67 operatori ed una articolazione in strutture operative comprendente:
 - un Centro di Salute Mentale (CSM) con funzioni di Centro Diurno (CD) e di Day Hospital Territoriale (DHT)
 - un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con anche funzioni di Day Hospital Ospedaliero (DHO)
 - almeno una Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP)
 - almeno due Comunità Alloggio (CA);
 - sono previsti 21 DSM (di cui due interaziendali a Padova e Verona, per la compresenza delle rispettive Aziende Ospedaliere), articolati in 49 équipe operative a livello di DSS, di norma con proiezione ospedaliera, essendo comunque il CSM, con le funzioni di pianificazione ed integrazione delle attività sul territorio di riferimento, il punto di impulso e coordinamento per la tutela della salute mentale e la cura della malattia mentale;
 - per le attività di ricovero di malati mentali sono altresì in attività in ambito regionale cinque strutture ospedaliere private (un ospedale religioso classificato e quattro case di cura private) con 377 posti letto in totale.
- La DRG n. 751/00 in materia di programmazione dell’assistenza residenziale extraospedaliera ha indicato, relativamente agli esiti della patologia mentale, un bisogno di posti letto di riabilitazione extraospedaliera mediante assistenza intensiva in CTRP, fissandolo a 0.16 posti letto per 1.000 abitanti, e mantenendo altresì legata la numerosità delle CA alla programmazione locale dei Piani di Zona.
- La DGR n. 25/CR/99 - Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale, sostanzialmente si configura come :
 - una sintesi delle conoscenze della specialità medica di psichiatria e delle normative nazionali e regionali in materia di tutela della salute mentale e organizzazione dei servizi socio-sanitari preposti a garantirla;
 - un percorso concettuale, conseguente e congruente, finalizzato alla descrizione e al consolidamento di una rete di sedi operative e funzioni, esplicitamente volute per erogare livelli uniformi e appropriati di terapia e assistenza in materia di salute mentale;
 - propedeutico alla elaborazione di linee guida per l’attività clinica e gestionale, basate sulla evidenza della efficienza (intesa come rapporto costo/attività) ed efficacia (intesa come rapporto attività/risultati);
 - informato dal sistema informativo regionale unico basato su:
 - flussi ministeriali per dati relativi a dotazione di strutture
 - flussi specifici regionali per dati relativi al personale

DOTAZIONE DI STRUTTURE

- Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO per dati relativi all'attività di ricovero in regime di degenza ordinaria
- nuova Scheda di Psichiatria Territoriale - SPT (DGR n. 320/98) per dati relativi all'attività territoriale.

La DGR n. 25/CR/99, quindi, delinea un percorso organizzativo e conoscitivo sostenuto da norme ed informazioni, date e ricevute, onde costituire una congrua base al processo decisionale per il governo della risposta al bisogno di salute mentale della popolazione, indicando altresì i risultati attesi e gli indicatori per verificarli.

- Con DGR n. 55/CR/00 la nuova Giunta Regionale ha recepito e ripreso i contenuti della DGR n. 25/CR/99, consolidandone quindi il percorso presso la quinta commissione consiliare per la espressione del parere.

Assistenza psichiatrica - Strutture per l'attività delle équipe psichiatriche - Quadro sintetico

		ANNI			VARIAZIONI %
		1997	1998	1999	1999 vs 1997
Centri di salute Mentale (CSM)	n. équipe	49	46	46	-6,1
Strutture per l'attività territoriale					
- Sedi ambulatoriali territoriali	n. sedi	121	114	129	6,6
- Centri Diurni - CD	n. sedi	46	43	45	-2,2
- Day Hospital Territoriali - DHT	n. sedi	19	18	20	5,3
- Night Hospital	n. sedi	0	1	1	0,0
- Comunità Alloggio - CA	n. sedi	43	46	44	2,3
	n. posti	324	295	290	-10,5
- Comunità Terapeutiche Residenziali	n. sedi	26	27	29	11,5
- Protette (attive) - CTRP attive	n. posti	216	300	307	42,1
- Comunità Terapeutiche Residenziali	n. sedi	30	30	26	-13,3
- Protette (estinzione) - CTRP estinzione	n. posti	573	507	440	-23,2
- Altre strutture	n. sedi	25	37 (1)	50 (2)	100,0
Strutture per l'attività ospedaliera					
RICOVERO ORDINARIO					
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC	n. strutture	38	37	37	-2,6
	n. posti letto	489	494	490	0,2
RICOVERO IN DAY HOSPITAL					
- Day Hospital Ospedalieri - DHO	n. strutture	30	32	33	10,0
	n. posti letto	136	108	94	-30,9

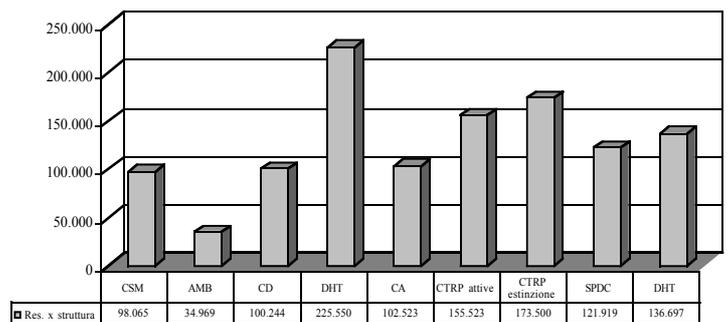
NOTE:

- (1) Fra cui: 25 "appartamenti protetti", 8 "centri occupazionali o di lavoro guidato", 2 "centri aggregazione", 1 "day service"
 (2) Fra cui: 36 "appartamenti protetti", 8 "centri occupazionali o di lavoro guidato", 2 "centri aggregazione", 1 "day service"

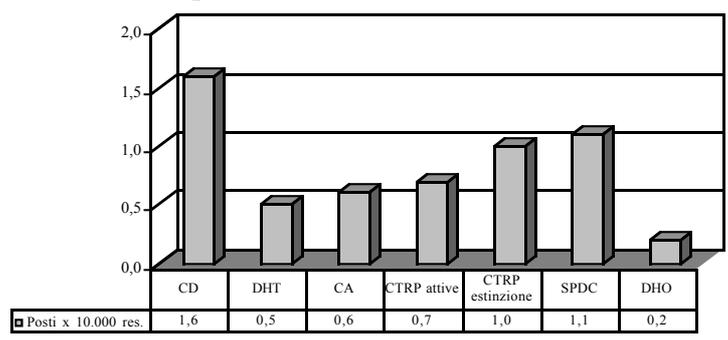
Fenomeni di maggior rilevanza ed interesse che emergono dall'analisi di tendenza della dotazione di strutture pubbliche per l'assistenza psichiatrica sono:

- Nel complesso si osserva una diffusa tendenza all'aumento, da una parte, delle strutture residenziali psichiatriche a basso livello assistenziale, dall'altra, delle forme organizzativo-strutturali (ambulatori, DHT e DHO) finalizzate al trattamento della patologia mentale in servizi extraospedalieri o in regime diurno ospedaliero; per quanto riguarda le prime va segnalato che nell'analisi di tendenza si deve tener conto del fatto che la maggior parte delle strut-

Assistenza psichiatrica - Strutture pubbliche - Al 31.12.99 Bacini di utenza (n. residenti per tipologia di struttura)



Assistenza psichiatrica - Strutture pubbliche Posti per 10.000 residenti - Al 31.12.1999



ture comprese nella voce “altre strutture” corrisponde a soluzioni residenziali segnalate come “appartamenti protetti”, non ancora ricondotti alla denominazione e alla tipologia di CA a cui presumibilmente corrispondono, che si rivelano in forte crescita.

- La lentezza del processo di definizione e di assunzione di un linguaggio comune innescato con DGR n. 25/CR/99, sia nella denominazione delle strutture psichiatriche, sia nella loro organizzazione, porta a rilevare la tendenza allo stabilirsi nelle diverse Aziende ULSS di denominazioni e forme organizzative diverse anche nella componente strutturale dei DSM, oltre che nelle denominazioni usate, come segnalato al punto precedente. Affermato che il costruito della DGR n. 25/CR/99 individua la garanzia della continuità e completezza dell’azione preventiva, terapeutica e riabilitativa, nell’interesse dell’*équipe* psichiatrica e non nella divisione delle sue componenti organizzative (SPDC, CSM o Strutture Residenziali, queste ultime deputate primariamente alla riabilitazione), il fenomeno rilevato dell’autorganizzazione spontanea, ovvero delle specificità organizzative locali, va attentamente monitorato onde cogliere se dia risposta ad esigenze degli erogatori, dei fruitori, oppure di entrambi.
- L’aumentata disponibilità di strutture specialistiche ambulatoriali, residenziali (CA) e con carattere di degenza diurna (DHT e DHO) per il trattamento della patologia mentale potrebbe significare nel suo insieme il superamento delle forti critiche indirizzate alla legge 180, della quale si indicava la fragilità nell’aver determinato la chiusura dell’Ospedale Psichiatrico senza contemporaneamente realizzare la disponibilità di strutture ed organizzazioni realmente alternative allo stesso.
- Va peraltro rilevato che l’aumento di strutture residenziali a basso livello di assistenza, particolarmente di CA (altrimenti dette anche “appartamenti protetti”), pone l’interrogativo se la logica manicomiale non abbia in tal modo nuova vigoria; a risolvere il dubbio probabilmente sarà la percentuale reale di dimissioni dal circuito psichiatrico che potrà essere colta dal sistema informativo regionale unico e dal Progetto Progres (Progetto Strutture Residenziali Psichiatriche, promosso dall’Istituto Superiore di Sanità per l’anno 2000), al quale la Regione Veneto ha aderito.
- Permangono ancora notevoli disomogeneità territoriali nella dotazione di strutture, in particolare emerge che un numero consistente di *équipe* non ha ancora articolato il proprio intervento nell’intera gamma di strutture previste; sono infatti assenti:
- CD in 3 ULSS (13, 14 e 20)
 - DHT in 9 ULSS (1, 9, 13, 14, 17, 18, 19, 20 e 21)
 - CA o appartamenti protetti in 4 ULSS (13, 14, 17 e 21)
 - CTRP attive in 6 ULSS (5, 14, 15, 18, 19 e 21)
 - DHO in 3 ULSS (1, 17 e 19).

DOTAZIONE DI PERSONALE

I principali elementi descrittivi che emergono dalla lettura dei dati relativi al personale impiegato nelle *équipe* psichiatriche territoriali sono:

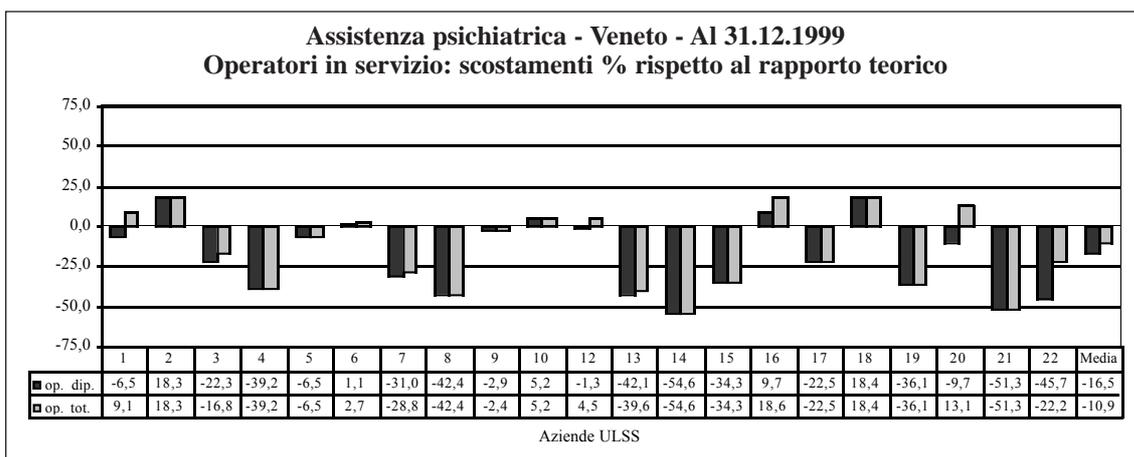
- la dotazione di operatori assegnati “stabilmente” (personale dipendente) migliora leggermente nel triennio, ma con un difetto perdurante rispetto al rapporto teorico di 1 operatore ogni 1.500 abitanti;
- per ovviare a questa carenza cronica, molte Aziende ULSS stipulano convenzioni, individuali o con organizzazioni del privato sociale; pur tenendo conto di queste risorse aggiuntive permane una carenza di personale, seppure molto ridimensionata;
- la composizione degli operatori per profilo professionale indica:
 - fra gli operatori a rapporto di lavoro dipendente, la prevalenza di figure di tipo dirigenziale medico-psicologico ed infermieristico professionale, con una progressiva crescita del loro peso relativo
 - fra gli operatori a rapporto convenzionale, al contrario, una netta maggiore importanza relativa del personale di assistenza e di socializzazione (OTAA/OSA e educatori professionali);
- la dotazione a livello territoriale risulta molto disomogenea; in particolare, considerando gli operatori complessivi in servizio (dipendenti e non) 8 Aziende ULSS presentano carenze di oltre un quarto rispetto al rapporto teorico (ULSS 4, 7, 8, 13, 14, 15, 19, 21).

In conclusione, i dati sulla dotazione di personale suggeriscono le seguenti considerazioni:

- nelle Aziende ULSS si stanno individuando, con il superamento del concetto di “pianta organica” e con l’utilizzo della nuova normativa sull’assetto aziendale dei servizi socio-sanitari, nuove forme di garanzia dell’operatività dei servizi, generate e sostenute dalla collaborazione

Assistenza psichiatrica - Personale delle équipe psichiatriche - Quadro sintetico

		ANNI			VARIAZIONI%	
		1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Personale dipendente						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	2.386	2.475	2.512	5,3	1,5
- Rapporto teorico	n.	2.979	2.992	3.008	1,0	0,5
- Differenza o.e. / rapporto teorico	n.	-593	-517	-496	-16,4	-4,1
	%	-19,9	-17,3	-16,5	-17,2	-4,6
di cui:						
- psichiatri	%	12,8	13,5	13,6	6,2	0,7
- psicologi	%	2,9	3,0	2,9	0,0	-3,3
- infermieri	%	55,4	58,0	58,0	4,7	0,0
- educatori professionali	%	3,1	3,5	3,9	25,8	11,4
- assistenti sociali	%	2,8	2,9	3,0	7,1	3,4
- OTAA / OSA	%	12,1	11,6	11,5	-5,0	-0,9
- ausiliari socio-sanitari	%	5,0	3,8	3,6	-28,0	-5,3
- amministrativi	%	1,6	1,8	1,9	18,8	5,6
- altri profili	%	4,2	1,9	1,7	-59,5	-10,5
Personale convenzionato						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	nd	243	167	nd	-31,3
di cui:						
- psichiatri	%	nd	0,4	1,6	nd	301,0
- psicologi	%	nd	1,8	2,7	nd	48,5
- infermieri	%	nd	22,2	4,4	nd	-80,4
- educatori professionali	%	nd	9,0	12,0	nd	33,7
- assistenti sociali	%	nd	0,9	0,0	nd	-100,0
- OTAA / OSA	%	nd	54,2	63,8	nd	17,6
- ausiliari socio-sanitari	%	nd	1,6	0,8	nd	-49,9
- amministrativi	%	nd	0,0	1,1	nd	0,0
- altri profili o profili non precisati	%	nd	9,8	13,6	nd	39,2
Personale complessivo						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	nd	2.718	2.679	nd	-1,4
- Rapporto teorico	n.	2.979	2.992	3.008	nd	0,5
- Differenza o.e. / rapporto teorico	n.	nd	-274	-329	nd	20,1
	%	nd	-9,2	-10,9	nd	19,4



sinergica tra personale assunto a tempo indeterminato (base fissa) e personale convenzionato (base variabile), per collaborazioni specifiche e presumibilmente armoniche agli obiettivi di budget localmente assunti;

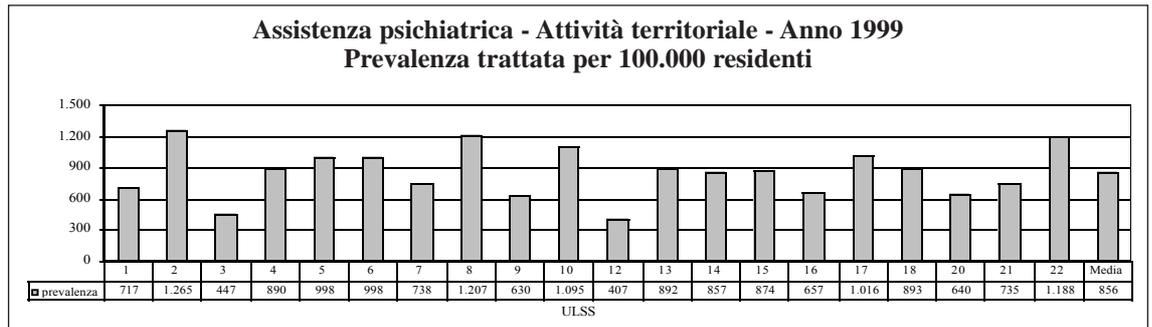
- nel complesso, tuttavia, si rileva come il personale comunque dedicato alla tutela della salute mentale (sia per assunzione che per convenzione) tende ad essere al di sotto dello standard di un operatore ogni 1.500 abitanti e, nel tempo, appare un trend di progressiva riduzione della numerosità assoluta di operatori dedicati (-9,2% nel 1998 e -10,9% nel 1999); questo fatto, unitamente all'emergere di una base fissa e variabile del personale dedicato, potrebbe esporre al rischio che il personale meno qualificato e/o non in base fissa, venga assegnato ai pazienti cronici ospitati in strutture residenziali a produrre intrattenimento anziché riabilitazione.

Il sistema informativo regionale relativo all'assistenza psichiatrica ha prodotto i primi dati sull'attività territoriale (prestazioni erogate e pazienti e patologie trattate) a partire dal 1998, in particolare:

- per il 1998 si sono potuti elaborare i dati di 11 Aziende ULSS (1, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 16, 18, 21, 22); va precisato che per alcune Aziende ULSS il periodo considerato è di dodici mesi, mentre per altre è di nove e questo per il fatto non tutte le Aziende ULSS erano adeguatamente attrezzate ad attivare da subito il sistema informativo territoriale regionale unico stabilito con DGR n. 320/98;
- per il 1999 hanno inviato dati tutte le Aziende ULSS, ma non ancora tutte le équipe; la copertura è di 44 équipe su 49 per un bacino di utenza complessivo di 4.222.000 abitanti (95% circa della popolazione residente regionale).

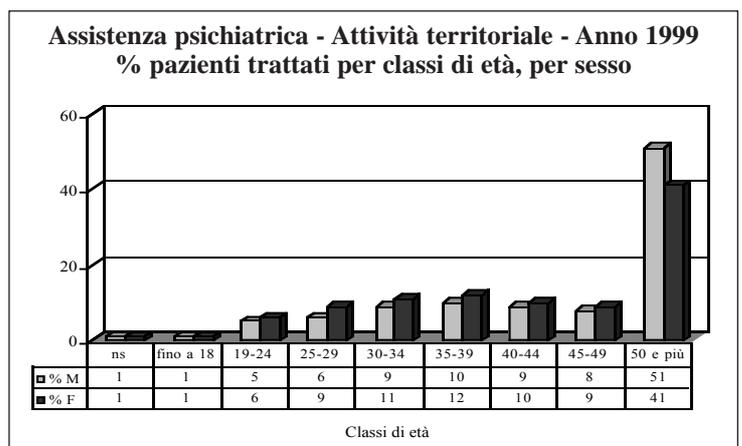
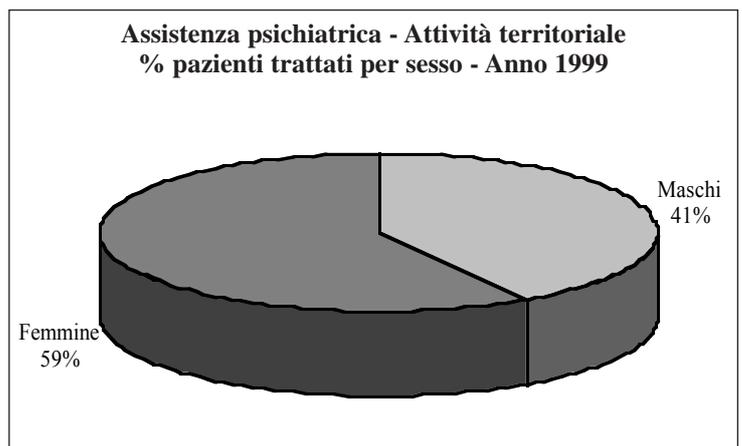
Per ragioni di completezza, cui è collegata anche l'affidabilità dei dati, l'analisi che segue si limita ai dati relativi al 1999.

Utenza



Principali dati descrittivi relativi all'utenza rilevata nel 1999 sono:

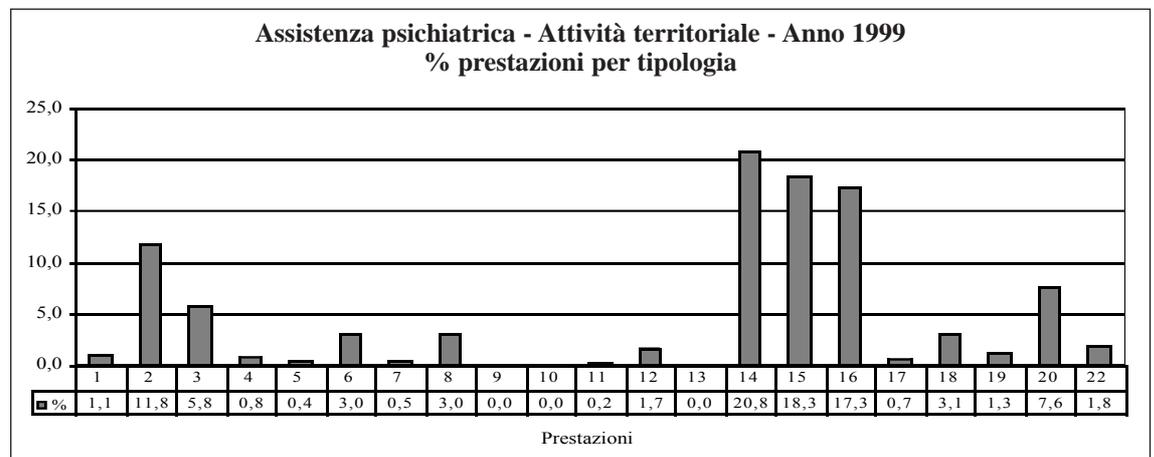
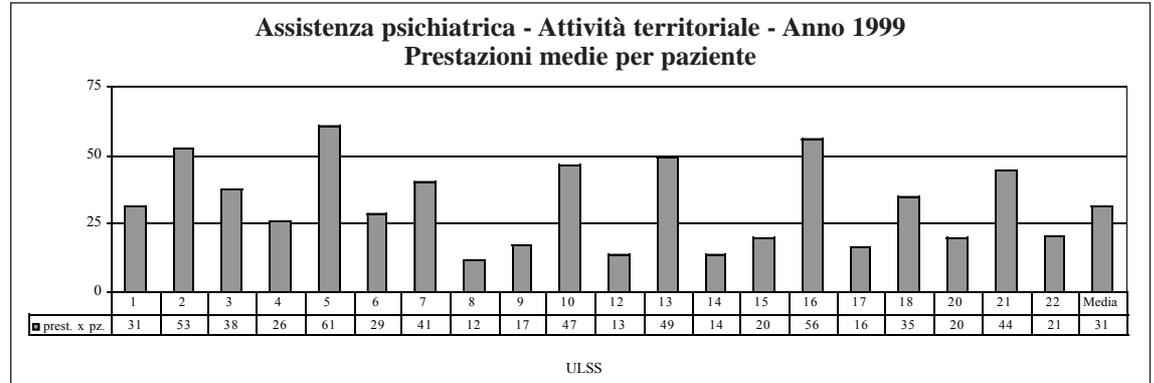
- i servizi territoriali pubblici hanno trattato circa 36.000 pazienti, pari ad una prevalenza media regionale di 856 per 100.000 residenti; a livello territoriale gli indici di prevalenza sono assai disomogenei, con un campo di variazione compreso fra 407 per 100.000 (ULSS 12) e 1.265 per 100.000 (ULSS 2). Si tenga conto che gli indici di prevalenza sono sottostimati in quanto calcolati sulla popolazione residente complessiva e non sulla popolazione target dei CSM, che non comprende i minorenni, in quanto non sono disponibili dati aggiornati sui residenti per classi di età a livello di ULSS; a livello complessivo regionale la sottostima è di circa il 10,5%, attestandosi l'indice di prevalenza su un valore di 956 per 100.000 residenti con più di 17 anni;



- poco più di 1.200 pazienti sono stati trattati da servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale diversi da quello di residenza, con un indice di fuga del 3,4%;
- il 22% dei pazienti trattati nell'intera regione dalle équipe psichiatriche pubbliche è seguito anche a domicilio;

Prestazioni erogate

- gli utenti trattati sono in prevalenza donne di età superiore ai 49 anni; le altre fasce di età esprimono pesi molto inferiori e sostanzialmente omogenei e vedono sempre prevalere il sesso maschile; le diverse composizioni per età dei pazienti all'interno dei due sessi, più che a differenti livelli di diffusione della patologia psichiatrica, sono correlate alla struttura per sesso ed età della popolazione che fino a 49 anni vede la superiorità numerica degli uomini, mentre a partire dai 50 anni inizia la prevalenza numerica delle donne, che, oltre i 75 anni arriva a determinare un rapporto femmine / maschi di 2 a 1.

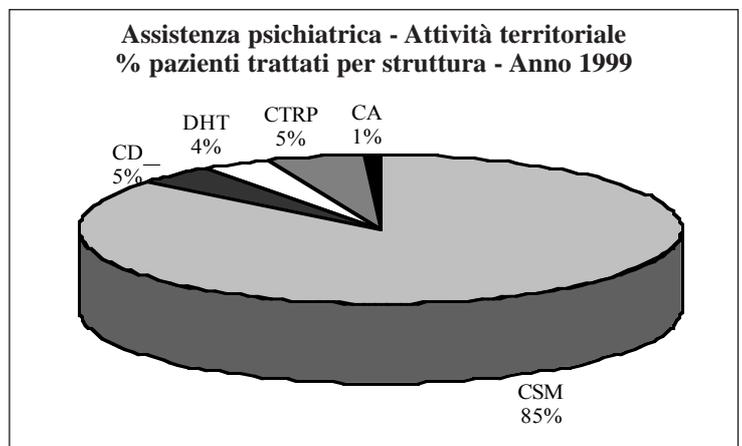


Prestazioni - Legenda

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 1 - Prima visita | 8 - Psicoterapia di gruppo | 15 - Intervento terapeutico riabilitativo strutturato |
| 2 - Visita di controllo | 9 - Ipnoterapia | 16 - Somatoterapia psichiatrica |
| 3 - Colloquio | 10 - Anamnesi e valutazione breve | 17 - Attività strutturata di prevenzione |
| 4 - Relazione clinica | 11 - Esame testistico | 18 - Riunione di équipe |
| 5 - Consulenza specialistica | 12 - Incontri operatori multiprofessionali | 19 - Segretariato sociale |
| 6 - Psicoterapia individuale | 13 - Visita collegiale | 20 - Attività educativo-occupazionale |
| 7 - Psicoterapia familiare/coppia | 14 - Colloquio di informazione/sostegno | 22 - Altro |

Caratteristiche quantitative e qualitative delle prestazioni erogate nel corso del 1999 sono:

- l'attività territoriale delle équipe psichiatriche si è concretizzata in circa 1.123.000 prestazioni, con 31 prestazioni medie per paziente, ma con valori molto differenziati sul territorio: da un minimo di 12 prestazioni per paziente (ULSS 8) ad un massimo di 61 (ULSS 5);
- si vuol far rilevare che, tra le diverse prestazioni erogate, quelle di carattere riabilitativo in protocollo strutturato pesano per il 18,3% e quelle di psicoterapia individuale e/o familiare e/o di gruppo per il 6,5%, mentre

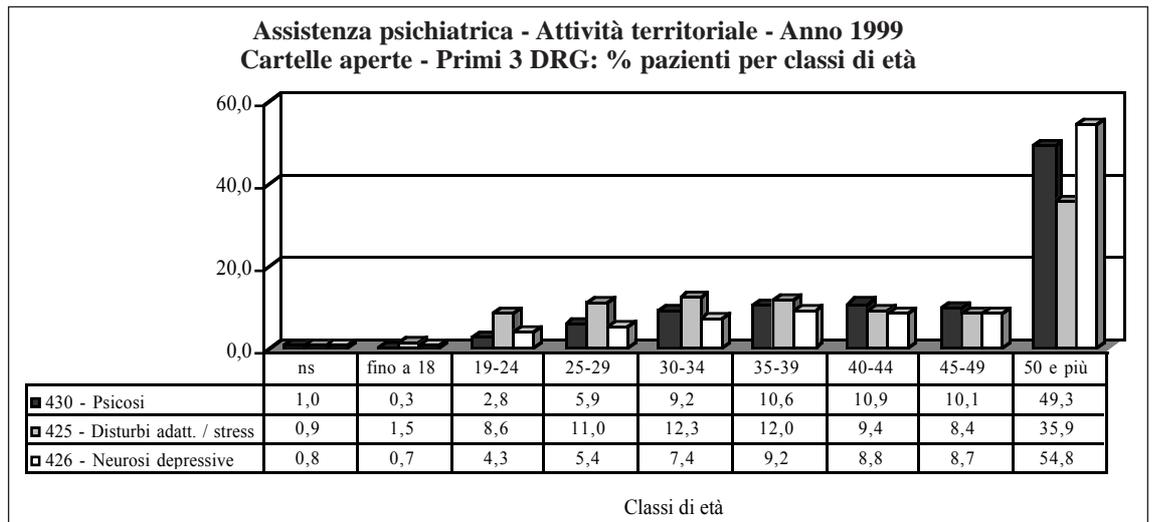


- solo una quota residuale risulta di carattere preventivo in protocollo strutturato (0,7%);
- i pazienti hanno ricevuto le prestazioni prevalentemente nei CSM e solo un 4% è stato trattato in più di una struttura.

Nell'analisi seguente le patologie psichiatriche sono ricondotte ai DRG secondo i criteri di classificazione utilizzati per i ricoveri ospedalieri (grouper), con l'avvertenza che tale classificazione viene adottata esclusivamente al fine di confronti omogenei con la casistica ospedaliera da un punto di vista clinico e non di assorbimento di risorse.

**Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 1999
PRIME TRE RAGIONI DI TRATTAMENTO**

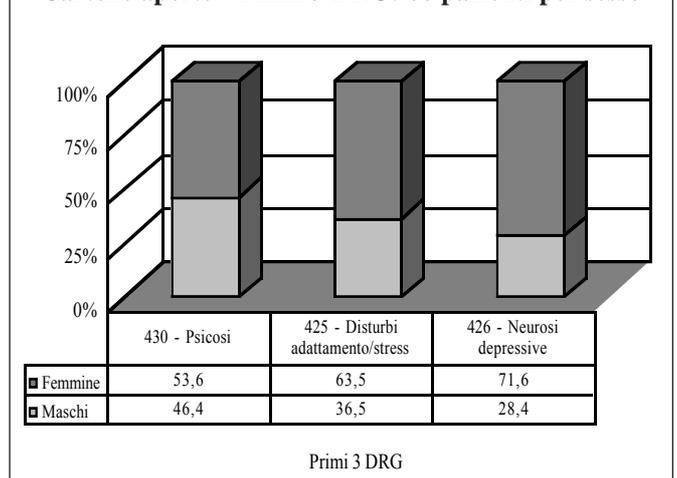
PROBLEMA	DRG	PAZIENTI		PRESTAZIONI
		%	x 100.000 residenti	
<i>Cartelle aperte</i>				
1 Psicosi	430	39,3	270,4	71,8
2 Neurosi depressiva	426	20,3	139,7	4,5
3 Disturbi adattamento / stress	425	12,0	82,2	2,6
<i>Cartelle chiuse</i>				
1 DRG non psichiatrici	vari	44,2	112,7	84,9
2 Neurosi depressiva	426	13,5	34,4	2,2
3 Psicosi	430	12,2	31,1	7,8



Con riferimento ai *pazienti in trattamento*, vale a dire quelli con cartella clinica aperta, si osserva che:

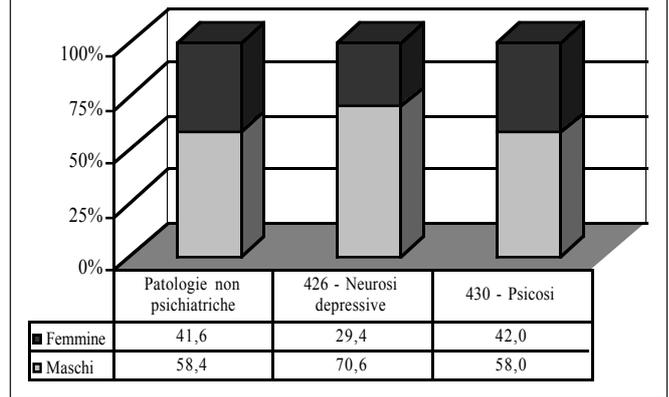
- la psicosi è la patologia più frequente interessando quasi il 40% dei pazienti in trattamento, e assorbe quasi i tre quarti delle prestazioni;
- neurosi depressiva e disturbi dell'adattamento e da stress presentano una prevalenza consistente, ma con assorbimento di risorse decisamente contenuto;
- la patologia psichiatrica mostra un andamento differenziato in funzione delle variabili età e sesso, in particolare:

**Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 1999
Cartelle aperte - Primi 3 DRG: % pazienti per sesso**



- disturbi dell'adattamento e da stress sono prevalenti nelle fasce di età più giovani (meno di 40 anni), mentre i disturbi psicotici hanno più peso nei giovani adulti (da 40 a 49 anni) e le neurosi depressive nelle età più vecchie;
- le psicosi sono distribuite in misura relativamente equilibrata fra maschi e femmine, mentre disturbi dell'adattamento e da stress e, soprattutto, neurosi depressive, sono connotate prevalentemente al femminile.

Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 1999
Cartelle chiuse - Primi 3 DRG: % pazienti per sesso



Considerando i *pazienti dimessi*, vale a dire quelli per cui la cartella clinica è stata chiusa nell'anno emerge che:

- le patologie sono in prevalenza di origine non psichiatrica assorbendo oltre i quattro quinti di risorse, seguite a distanza da neurosi depressive e psicosi;
- contrariamente a quanto osservato per i pazienti in trattamento fra i pazienti dimessi con diagnosi di psicosi e, soprattutto, per neurosi depressiva prevalgono i maschi.

Considerazioni conclusive

Nel 1999 vi è stata una buona penetrazione del sistema informativo regionale sull'attività territoriale che ha permesso di ottenere primi risultati significativi. Su questi è iniziata una discussione, anche critica, tra gli erogatori (Aziende ULSS) e la Regione sull'osservato rispetto all'atteso, nell'ambito del programmato di budget sia centrale che periferico. Questo confronto dialettico può risultare utile negli anni al fine del miglioramento globale sia della programmazione che dell'assistenza effettivamente realizzata.

Alcuni punti subito emersi suggeriscono che l'attività di riabilitazione è molto maggiore di quella di prevenzione; che i trattamenti intrapresi si dilatano nel tempo e per il 70% restano in essere per più di un anno; che un numero limitato di pazienti affetti da psicosi, assorbe la maggioranza delle risorse (71% prestazioni per il 39% dei pazienti). In questo scenario si intravede il rischio per i servizi, già carenti di personale, di appiattirsi su questa grave forma di patologia, e per i casi nuovi o lievi di rimanere a lungo in "lista di attesa".

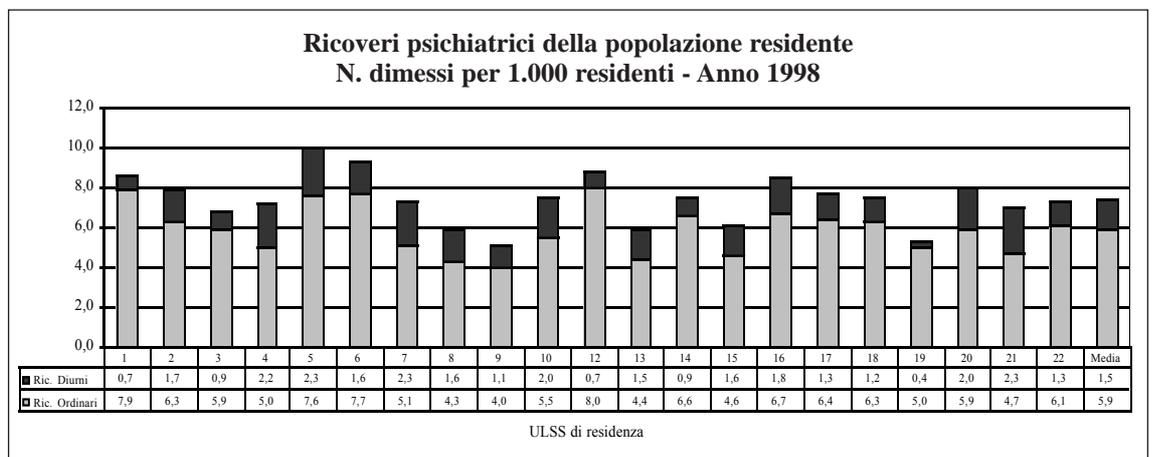
ATTIVITÀ OSPEDALIERA Regime di ricovero ordinario

I dati presentati nelle tabelle e nei grafici fanno emergere alcuni fenomeni di rilievo:

- con riferimento al 1998 si osserva che i dimessi complessivi da SPDC del Veneto corrispondono ad un tasso di 2,4 per 1.000 residenti; considerando qualsivoglia tipo di reparto di degenza (pubblico e privato), in Veneto e in altre regioni, per i residenti in Veneto si registra un tasso medio di 5,9 dimissioni per patologia psichiatrica ogni 1.000 residenti evidenziando che in oltre il 50% dei casi i ricoveri ordinari di natura psichiatrica avvengono al di fuori del SPDC di competenza;
- la situazione delle case di cura private, relativamente alle discipline di psichiatria e neurologia, evidenzia, in rapporto agli SPDC pubblici, una degenza media sostanzialmente doppia, con un tasso di occupazione dei posti letto sostanzialmente sovrapponibile; il numero di dimissioni per diagnosi psichiatrica da un posto letto pubblico è quindi doppio rispetto a un posto letto privato. Pur considerando che le strutture private hanno una degenza media doppia, è pur vero che il fenomeno del revolving door potrebbe essere maggiore nel pubblico che di fatto non può filtrare l'accesso dell'utenza, oppure il cittadino che comunque vuole un ricovero per trattare la sua malattia lo potrebbe ottenere presso reparti di degenza non SPDC, eventualmente privati;
- l'analisi delle dimissioni per DRG psichiatrico da tutti i reparti ospedalieri del Veneto, tenuto conto che in Veneto gli SPDC pubblici hanno al primo posto per numerosità di DRG prodotti il 430 (il 7° assoluto dei DRG medici), generato dalle psicosi, suggerisce l'ipotesi che la maggioranza delle nevrosi trattate mediante il ricovero lo sia al di fuori del SPDC, come possono essere i reparti di medicina e/o neurologia.

Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero ordinario - Quadro sintetico

	ANNI			VARIAZIONI%	
	1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Ospedali pubblici - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura					
N. dimissioni	10.909	10.950	10.889	-0,2	-0,6
N. dimissioni per 1.000 residenti	2,4	2,4	2,4	0,0	0,0
N. gg. degenza	151.342	155.269	157.457	4,0	1,4
Degenza Media (DM)	13,9	14,2	14,5	4,3	2,1
Tasso di Occupazione (TO)	86,2	86,1	88,4	2,6	2,7
Indice di Case Mix (ICM)	0,89	0,90	0,87	-2,2	-3,3
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,04	1,20	1,21	16,3	0,8
% dimissioni outlier	2,8	2,6	3,0	7,1	15,4
% gg. degenza outlier	19,8	21,2	23,3	17,7	9,9
Case di cura private specialistiche					
N. dimissioni	5.353	5.028	5.468	2,1	8,8
N. dimissioni per 1.000 residenti	1,2	1,1	1,2	1,5	8,5
N. gg. degenza	144.636	133.917	145.488	0,6	8,6
Degenza Media (DM)	28,1	26,6	26,6	-5,3	0,0
Tasso di Occupazione (TO)	95,2	80,1	84,4	-11,3	5,4
Indice di Case Mix (ICM)	0,90	0,87	0,85	-5,6	-2,3
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,74	1,54	1,56	-10,3	1,3
% dimissioni outlier	5,5	7,7	3,3	-40,0	-57,1
% gg. degenza outlier	19,814	17,5	6,2	-100,0	-64,6



Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero ordinario - Anno 1999
Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

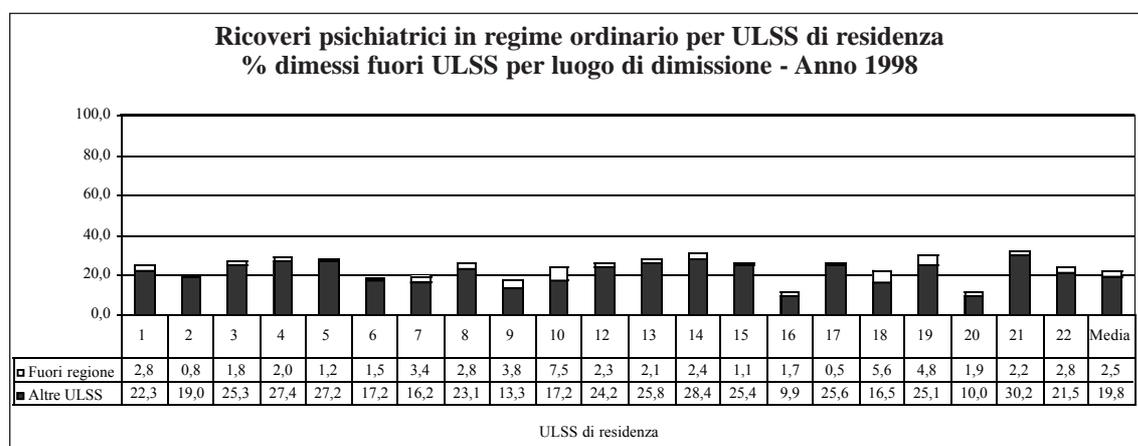
N. progr.	N. DRG	Descrizione	DIMISSIONI		
			n.	%	% cum.
1	430	PSICOSI	8.681	37,3	37,3
2	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO METALE	3.754	16,1	53,4
3	426	NEVROSI DEPRESSIVA	3.440	14,8	68,2
4	428	DISTURBI PERSONALITA' E CONTROLLO DEGLI IMPULSI	3.053	13,1	81,3
5	425	REAZIONE ACUTA DA ADATTAMENTO E DISTURBI DA DISADATTAMENTO PSICOSOCIALE	2.079	8,9	90,2
6	427	NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	917	3,9	94,2
7	432	ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	835	3,6	97,8
8	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	338	1,5	99,2
9	424	INTERVENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	182	0,8	100,0
TOTALE			23.279	100,0	

Questa osservazione rende urgente una riflessione sulla appropriatezza del ricovero ospedaliero per il trattamento delle nevrosi, note per essere ben curabili primariamente con un approccio psicoterapico ed ambulatoriale, mirato sostanzialmente a limitare la regressione ed i vantaggi secondari derivanti dalla assunzione della posizione del ruolo di malato / assistito / deresponsabilizzato;

- nel 1998 si osserva che in Veneto il 19,8% delle dimissioni è di fatto realizzato al di fuori dell'Azienda ULSS di residenza e il 2,5% al di fuori della regione stessa, per un totale di fuga

del 22,3% a fronte del 3,4% delle fughe nei trattamenti in regime territoriale. La considerevole differenza della mobilità in fuga dei trattamenti ospedalieri rispetto a quella dei trattamenti territoriali, induce l'ipotesi che il fruitore o l'erogatore che voglia comunque ottenere un ricovero, di fatto lo ottiene. Ciò può esprimere la risposta ad un bisogno disatteso dall'erogatore istituzionale, ma può anche esprimere il fatto che la degenza ordinaria nei reparti pubblici non psichiatrici o nelle case di cura private, venga usata in competizione al trattamento territoriale, specialmente per le patologie lievi.

Sulla base delle conoscenze attuali e data la tipologia di patologie trattate, appare più probabile la seconda ipotesi; nel qual caso il rischio di interrompere la continuità terapeutica nel trattamento dei casi aumenta significativamente, e con esso, anche il rischio di colludere con le istanze regressive insite nella domanda finalizzata al mantenimento dello stato attuale; infatti, uno dei vettori qualificanti la organizzazione e la terapia dei servizi psichiatrici pubblici, è quello che garantisce nel tempo ed in continuità di progetto, azioni mirate a consentire all'utente di poter esperire livelli di funzionamento personale e sociale, maggiormente dinamici ed autocoscienti. L'uso della degenza ordinaria in fuga, al di fuori di un programma condiviso con l'équipe competente, medicalizza un bisogno dell'utente che diverrà presumibilmente meno mentalizzabile; ovvero lo cristallizza sul corpo distogliendolo dalla dimensione, più dinamica e problematica, del cosciente.



Regime di ricovero diurno

Il ricovero diurno appare una modalità di trattamento ancora sottoutilizzata ed evidenzia oltretutto una tendenza decrescente.

Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero diurno - Quadro sintetico

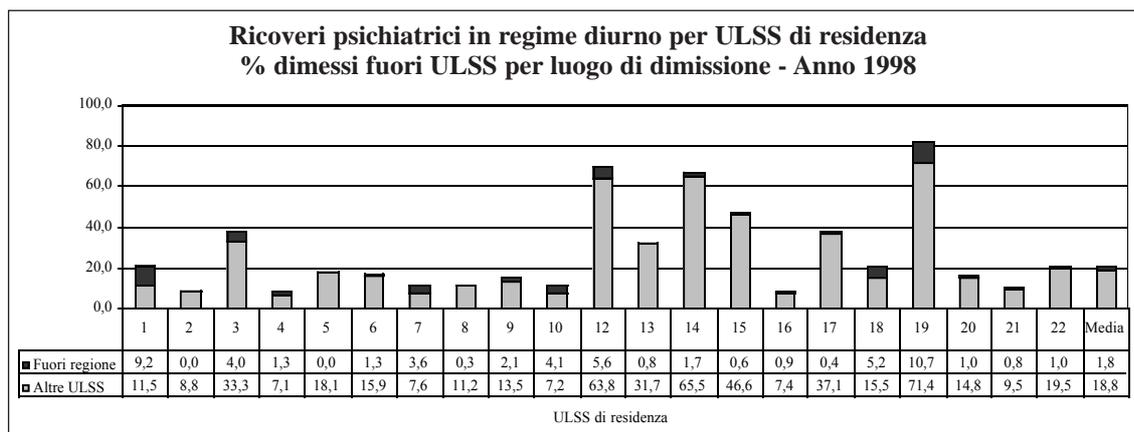
	ANNI			VARIAZIONI %	
	1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Ospedali pubblici - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura					
<i>RICOVERO IN DAY HOSPITAL</i>					
N. cicli / dimissioni	2.625	3.170	2.305	-12,2	-27,3
N. cicli / dimissioni per 1.000 residenti	0,6	0,7	0,5	-16,7	-28,6
N. accessi / gg degenza	38.786	41.750	33.213	-14,4	-20,4
Degenza Media (DM)	14,8	13,2	14,4	-2,7	9,1
Indice di Case Mix (ICM)	nd	1,22	1,22	nd	0,0

La patologia trattata in DHO è mediamente molto più complessa di quella trattata in regime di ricovero ordinario, con un Indice di Case Mix (ICM) di 1,22 contro 0,87, presumibilmente in ragione del fatto che il trattamento di ricovero diurno è selezionato e mirato, mentre quello di ricovero ordinario risulta più frequentemente legato a fattori non strettamente clinici, ma organizzativi e/o sociali.

Nel complesso i flussi in uscita dei ricoveri diurni risultano sorprendentemente solo di poco inferiori a quelli registrati per i ricoveri ordinari e molto più disomogenei a livello territoriale, presumibilmente per differenti livelli di investimento in questo tipo di trattamento dalle diverse équipe.

Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero diurno - Anno 1999
Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

DRG			DIMISSIONI		
N. progr.	N. DRG	Descrizione	n.	%	% cum.
1	430	PSICOSI	1.411	29,2	29,2
2	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	1.102	22,8	52,0
3	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO METALE	694	14,4	66,4
4	428	DISTURBI PERSONALITA' E CONTROLLO DEGLI IMPULSI	493	10,2	76,6
5	426	NEVROSI DEPRESSIVA	475	9,8	86,4
6	425	REAZIONE ACUTA DA ADATTAMENTO E DISTURBI DA DISADATTAMENTO PSICOSOCIALE	282	5,8	92,3
7	432	ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	237	4,9	97,2
8	427	NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	124	2,6	99,7
9	424	INTERVENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	13	0,3	100,0
TOTALE			4.831	100,0	



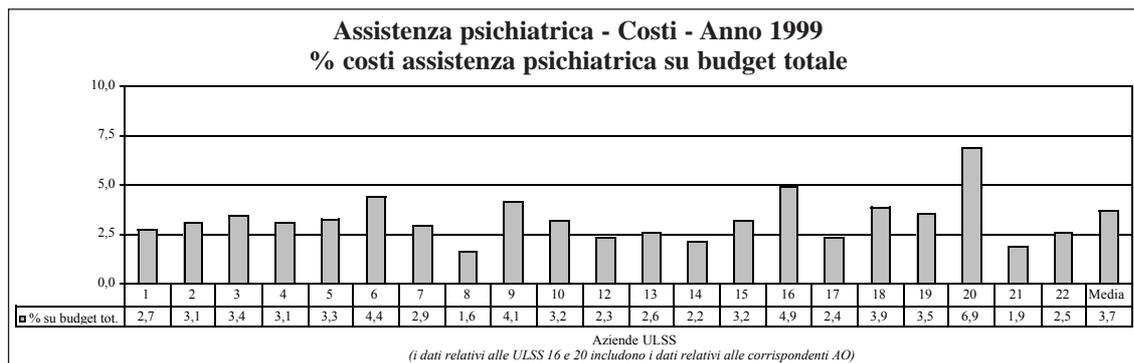
COSTI

Fenomeni di maggior rilevanza e interesse che emergono dall'analisi delle risorse economiche impiegate per la tutela della salute mentale sono:

- nel 1999 i costi per l'assistenza psichiatrica rappresentano il 4,3% (circa 330 miliardi) se calcolati sui circa 7.700 miliardi del FSR 1999 da riparto nazionale, ma l'incidenza percentuale si ridimensiona al 3,7% se si considerano i costi effettivi per la gestione della sanità regionale, pari a circa 8.800 miliardi.

Il circa mille miliardi spesi oltre il budget risultano essere l'esito di disequilibri del sistema sanitario attuale, visto sia in dimensione regionale che di Aziende ULSS; correggere i disequilibri è intervento necessario per la sanità nel suo insieme, ma resta in vigore anche l'obiettivo regionale di dedicare il 5% delle risorse allocate nel sistema sanitario per la promozione e tutela della salute mentale (come da DGR n. 55/CR/00).

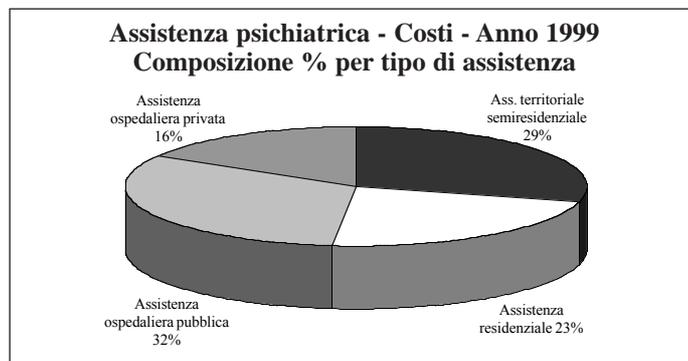
- le differenze di spesa riscontrate nei diversi DSM sono certamente da ricondurre a disomogenei tassi di prevalenza trattata, ma in parte presumibilmente derivano da diversi assetti operativi assunti dagli erogatori, con le risorse disponibili;
- considerando la genesi dei costi diretti dell'assistenza psichiatrica, si intravede l'opportunità che domanda e offerta si incontrino maggiormente a livello territoriale e semiresidenziale, se i costi sociali indiretti restano tollerabili;
- rimane da approfondire quale sia il punto di equilibrio tra esigenze di bilancio e dimensione eti-



ca della cura alla persona, ovvero a quale dei due dare preminenza in termini strategici, così da rendere tollerabili eventuali compressioni dell'uno o dell'altra.

Gli elementi di analisi e di valutazione evidenziati e sviluppati precedentemente consentono di trarre alcune indicazioni utili ai fini del governo regionale dell'assistenza psichiatrica:

- nella regione, per quanto attiene ai modelli rilevati di attività per la tutela della salute mentale, appare ancora in corso il processo di progressivo superamento della logica centrata sull'ospedale e verso la nuova prospettiva territoriale distrettualizzata. La criticità risiede presumibilmente nella diffusa ritrosia verso il nuovo, ritenuto generalmente più problematico dell'attuale consolidato. Per favorire il processo di territorializzazione dell'assistenza si individua utile rendere effettivamente ed omogeneamente presente, forte e competitivo, l'erogatore Distretto rispetto all'erogatore Ospedale. In tal modo sembrano superabili le resistenze al cambiamento sia degli erogatori affermati che dei fruitori, la cui domanda è condizionata dai primi;
- va monitorato il variare della composizione del personale comunque dedicato alla tutela della salute mentale, poiché la motivazione, la formazione e la stabilità del gruppo curante sono fattori di garanzia di qualità dei trattamenti e degli esiti;
- va sostenuta la formazione permanente degli operatori dedicati ed effettivamente garantita la disponibilità di ingaggio contrattuale per il personale mancante;
- va ulteriormente sviluppato e sostenuto, anche presso i fruitori, l'impatto formativo insito nella conoscenza condivisa generata con la diffusione dell'informazione ricavata dai sistemi informativi in uso, poiché la consapevolezza delle possibilità riduce la domanda e l'offerta improprie. Allo scopo si suggerisce di usare la rete regionale informatica, gli URP delle Aziende ULSS e Ospedaliere, la Carta dei Servizi socio - sanitari, con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale MMG, nonché dei centri universitari, delle società scientifiche e della Conferenza dei Sindaci;
- i rapporti del DSM con gli erogatori pubblici e privati, vanno chiariti per garantire al cittadino una continuità coerente di trattamento, anche quando "guarire" significa passare per la sofferenza del "rendersi conto che" non è in crisi un proprio organo, bensì il proprio modo di stare al mondo e che una fuga non lo cambierà. A questo scopo si individua nella applicazione della DGR n. 55/CR/00 lo strumento primo da attivare;
- si intravede la necessità di individuare quali siano le forme di organizzazione e trattamento sostenibili in termini etici ed economici per i fruitori e per gli erogatori. Si suggerisce di studiare la qualità e gli esiti delle organizzazioni e dei trattamenti attuati, al fine di configurare al meglio la risposta alla domanda di salute mentale che in questa regione si può avere.



FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie:
 - Rilevazione presso le Aziende ULSS (Dotazione di Strutture e di Personale)
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Sistema Informatico Socio-Sanitario:
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli STS.11, HSP.12, HSP.13 (Dotazione di strutture territoriali e ospedaliere)
 - Schede di Dimissione Ospedaliera – SDO
 - Scheda di Psichiatria Territoriale (SPT) – Dati elaborati da Azienda ULSS 6 – Vicenza
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Controllo Socio-Sanitario:
 - Bilanci di Esercizio delle Aziende ULSS e Ospedaliere – Anno 1999
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modello CE03 – Anno 1998

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.9.11/A, TAVOLA 4.9.4/A, TAVOLA 4.9.7/A, TAVOLA 4.9.10/A, TAVOLA 4.9.13/A, TAVOLA 4.9.16/A, TAVOLA 4.9.17/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.9.1/R, TAVOLA 4.9.2/R, TAVOLA 4.9.3/R, TAVOLA 4.9.4/R, TAVOLA 4.9.5/R, TAVOLA 4.9.6/R, TAVOLA 4.9.7/R, TAVOLA 4.9.8/R, TAVOLA 4.9.9/R, TAVOLA 4.9.10/R, TAVOLA 4.9.11/R, TAVOLA 4.9.12/R, TAVOLA 4.9.13/R, TAVOLA 4.9.14/R, TAVOLA 4.9.15/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.10 Assistenza a malati di AIDS

NORMATIVA

La L n. 135/90 ha autorizzato e articolato il programma di interventi finalizzato al potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e all'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio delle persone affette da AIDS e patologie correlate; per l'attuazione dello stesso sono stati ripartiti fra Regioni e Province Autonome finanziamenti specifici a carico del FSN con vincoli di destinazione ai settori in essa indicati.

L'assistenza alle persone con infezione da HIV richiede, al fine di procedere ad una adeguata continuità assistenziale, anche il potenziamento dell'assistenza territoriale extraospedaliera organizzata in rete di servizi orientati in modo che l'Assistenza Domiciliare Integrata e/o Ospedalizzazione Domiciliare (DGR n. 5273/98) e le Case-Alloggio per pazienti con necessità anche di tipo sociale e non necessariamente già affetti da AIDS, si raccordino funzionalmente con le strutture di primo livello e l'Ospedale.

Il Coordinamento Italiano Case-Alloggio, nell'ambito di un progetto del Ministero della Sanità, ha messo a punto un "Manuale per l'accreditamento" delle Case-Alloggio, come strumento di verifica e approfondimento degli standards assistenziali e strutturali adottati.

ASSISTENZA DOMICILIARE IN CASE ALLOGGIO Quadro generale

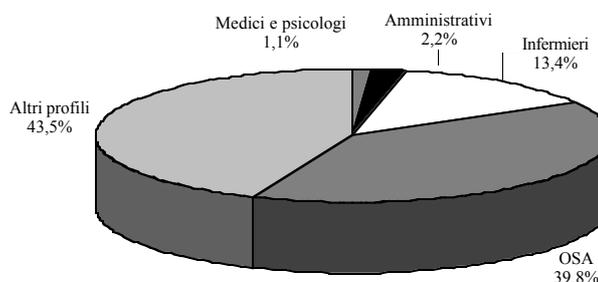
Assistenza a malati di AIDS - Assistenza domiciliare in casa alloggio - Quadro sintetico

		1999
- Strutture	n.	7
- Posti	n.	58
- Ospiti	n.	116
- GG assistenza	n.	18.268
	n. medio x ospite	157
- Tasso utilizzazione posti	%	86,3
- Operatori totali	n.	207
- Ore di assistenza	n.	148.486
	n. medio x giorno di assistenza	8,1
- Costi totali	milioni di lire	3.581
	milioni di lire x ospite	30,9
	lire x giorno di assistenza	196.075

Gli elementi caratterizzanti del servizio sono:

- organizzazione sovrazonale, con presenza di strutture garantita a livello provinciale, con le eccezioni di Belluno e Rovigo;
- gestione mista, prevalentemente in capo ad organizzazioni del volontariato e cooperative sociali;
- dimensione ridotta delle strutture (da 6 a 12 posti), coerente con la specificità assistenziale della casa alloggio;
- elevata durata media della permanenza degli ospiti, che, insieme all'esiguo numero di ospiti ricoverati in ospedale, connota un servizio finalizzato al mantenimento di situazioni patologiche cronicizzate in soggetti che non dispongono di alternative assistenziali adeguate;

Assistenza domiciliare in casa alloggio a malati di AIDS - Anno 1999 % ore prestate dagli operatori per profilo professionale



- impiego prevalente di personale con profilo professionale non specifico, presumibilmente in larga misura volontario, la cui formazione dovrebbe essere oggetto di maggiore approfondimento;
- forte impiego di personale di assistenza (OSA), a conferma profilo funzionale di queste strutture;
- l'assistenza sanitaria è garantita in tutte le strutture dalla presenza di personale infermieristico con impegno orario consistente, mentre la figura del medico è presente solo in 4 delle 7 strutture e con impegno orario ridotto (in media meno di 200 ore/anno per struttura); a tal proposito va detto che l'assistenza medica viene comunque assicurata dai medici di famiglia e da personale medico delle Aziende ULSS;
- l'assistenza psicologica è presente in 6 delle 7 strutture, ma con impegno orario limitato (in media poco più di 150 ore/anno per struttura);
- livelli di intensità di assistenza molto disomogenei fra le diverse strutture, che variano da meno di 6 a più di 11 ore di assistenza al giorno;
- conseguente forte disomogeneità dei costi per giornata di assistenza (da un minimo di 160.000 lire ad un massimo di 325.000).

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie – Rilevazione presso le strutture assistenziali.

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.10.1/A, TAVOLA 4.10.2/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.10.3/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.11 Aspetti innovativi dell'integrazione socio-sanitaria

A LIVELLO ISTITUZIONALE

Di seguito sono riportati alcuni degli esempi più significativi di integrazione socio-sanitaria.

a) Piano di Zona dei servizi sociali

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 1996-1998 (LR n. 5/97) individua nel Piano di Zona dei servizi sociali lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa non solo tra sociale e sanitario, ma anche, nell'ambito del sociale, tra pubblico e privato, favorendo, mediante la pianificazione territoriale degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse e il conseguimento dei migliori risultati nel garantire livelli ottimali di prestazioni e di servizi.

Con DGR n. 50/CR/97 è stato approvato lo schema tipo di Piano di Zona, che, riprendendo quanto già delineato nel "Documento di indirizzo del Consiglio Regionale per l'attuazione del Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto 1996-1998", fornisce indicazioni specifiche relativamente a:

- **Contenuti, obiettivi e aree di intervento**

Il Piano di Zona si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona" con riferimento ad un ambito territoriale corrispondente a quello dell'ULSS, estendendo la sua area di competenza dai servizi di assistenza sociale ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria all'interno di un più generale quadro di politiche sociali.

Aree tematiche in cui si articola il Piano di Zona sono:

- conoscenza, analisi e valutazione dei bisogni della popolazione dal punto di vista qualitativo e quantitativo;
 - individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative, umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili;
 - definizione degli obiettivi e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;
 - regolamentazione dei servizi e delle iniziative all'interno del territorio di competenza, garantendo equità, omogeneità e uniformità;
 - configurazione da parte dei diversi Enti gestori di una rete di servizi e interventi all'interno di un'unica programmazione in risposta alle esigenze emergenti dal territorio;
 - strumenti di regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti coinvolti, quali deleghe, convenzioni obbligatorie o facoltative, accordi di programma, consorzi, conferenza dei servizi, convenzioni di diversa natura.
- **Soggetti coinvolti e procedure di attuazione**
 - il Piano di Zona è elaborato dai Comuni su iniziativa del Sindaco o del Presidente della Conferenza dei Sindaci, sentiti tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali;
 - lo stesso Sindaco o Conferenza dei Sindaci che approva il Piano di Zona fornisce gli indirizzi programmatici per il Piano di Azienda di ULSS;
 - l'ULSS, in sede di redazione del piano generale attuativo triennale recepisce i contenuti del Piano di Zona.

Nel prospetto viene schematizzata la situazione relativa al redazione, recepimento da parte delle Aziende ULSS e articolazione territoriale dei Piani di Zona, quale risultante da una indagine condotta con i responsabili di distretto nell'ambito della Ricerca sanitaria finalizzata regionale "Il Distretto in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale".

b) Applicazione della L n. 285/97

La L n. 285/97 – Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, prevede che gli Enti Locali definiscano i "Piani Triennali Area Minori" mediante accordi di programma cui partecipano, in particolare, Provveditorati agli studi, Aziende Sanitarie Locali e Centri per la giustizia minorile.

Piano di Zona dei Servizi Sociali – Quadro sintetico (Situazione aggiornata ad aprile/maggio 1999)

Redazione

SI: 20 ULSS Coinvolgimento Distretti: 20 ULSS (75 Distretti – 89%)
NO: 1 ULSS (12-Veneziana)

Recepimento da parte dell'ULSS

SI: 17 ULSS Coinvolgimento Distretti: 14 ULSS (56 Distretti – 67%)
Anno: 1997: 6 ULSS
1998: 8 ULSS
1999: 3 ULSS

NO: 3 ULSS (2-Feltre, 14-Chioggia, 17-Conselve/Este/Monselice/Montagnana)

Non pertinente in quanto non redatto: 1 ULSS (n. 12-Veneziana)

Articolazione a livello di Distretto

SI: 17 ULSS (66 Distretti – 79%)
NO: 3 ULSS (7-Conegliano, 17-Conselve/Este/Monselice/Montagnana, 21-Legnago,
per un totale di 11 Distretti)

Non pertinente in quanto non redatto: 1 ULSS (n. 12-Veneziana, 7 Distretti)

Tale modalità ha supportato gli orientamenti già presenti nelle politiche dell'Assessorato alle Politiche Sociali diretti alla realizzazione di progettualità rivolte ad ampie territorialità, integrate e congrue con le problematiche emergenti del territorio.

In Veneto sono stati definiti, quali ambiti di progettualità, aggregazioni di Comuni coincidenti con il territorio delle ULSS.

I Piani di Zona, già ambiti di progettualità, sono stati strumenti importanti nella definizione dei Piani Triennali Area Minori.

L'integrazione degli interventi socio-sanitari, formalizzata nei diversi ambiti a seguito della L n. 285/97, si caratterizza quale strumento di lavoro imprescindibile in quanto garantisce un approccio globale e interdisciplinare, anche di carattere preventivo, alle problematiche dell'età evolutiva e favorisce processi di crescita equilibrati e maturativi.

Per il triennio 1997-99 il budget complessivo per la Regione Veneto, da distribuire fra i diversi ambiti territoriali, ammonta a 19,3 miliardi, di cui il 5% destinato alla formazione regionale e interregionale.

Recentemente sono stati confermati i finanziamenti per il triennio successivo.

Da segnalare che, per il concreto impegno nella realizzazione di progetti a favore di minori si è riconosciuto al Veneto il ruolo di leader nell'applicazione della L n. 285/97, oltre che della L n. 451/97, ad essa strettamente collegata, che prevede l'attivazione di Osservatori sui minori in tutte le regioni.

c) Gestione del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga 2000-2002

Il recente Decreto del Ministero per la Solidarietà Sociale per la ripartizione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99), regionalizzato nella misura del 75% in ottemperanza alla L n. 45/99, ha assegnato alla Regione Veneto un budget triennale di 36,5 miliardi.

L'80% di questo budget è stato ripartito fra Ambiti Territoriali, individuati nei territori delle ULSS, per la realizzazione del "Piano triennale di intervento – Area Dipendenze".

Il Piano viene elaborato collegialmente dall'Azienda ULSS e dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, con il supporto tecnico-organizzativo della Direzione dei Servizi Sociali dell'Azienda ULSS e con il supporto tecnico-professionale dei Ser.T, degli organismi del privato sociale e degli altri soggetti pubblici e privati che operano localmente nel settore, coordinati funzionalmente dal Dipartimento per le Dipendenze.

Il Piano si articola in progetti, di durata triennale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali, che interessano territori con dimensione minima corrispondente ai Distretti Socio-Sanitari.

Il modello di gestione del Fondo di lotta alla droga adottato in Veneto:

- rafforza il ruolo regionale di indirizzo, coordinamento, programmazione e controllo delle politiche e dei servizi nel settore delle dipendenze;
- valorizza il modello programmatico-gestionale del Piano di Zona e del Dipartimento per le Dipendenze, favorendo l'integrazione a livello locale fra sanitario e sociale e fra pubblico e privato;
- punta alla piena titolarità nella gestione della lotta alla droga dei diversi soggetti pubblici e privati che operano nel settore delle dipendenze;
- supera la logica del piccolo intervento, limitato nel tempo, esaltando un funzione progettuale a fronte di logiche meramente prestazionali.

d) Programmazione di servizi e opportunità a favore di persone disabili in situazione di gravità
La L n. 162/98 prevede specifici finanziamenti per contribuire allo sviluppo e all'erogazione di servizi a favore di persone disabili in situazione di gravità, assegnando alle Regioni finanziamenti in base alla popolazione residente e alle stime effettuate sulla presenza di persone con certificazione di disabilità grave-gravissima in base alla L n. 104/92.

Nel 1999 sono stati avviati tutti i progetti proposti dalle ULSS, su sollecitazione della Regione, che prevedono specifici interventi a favore di persone disabili gravi-gravissime e delle loro famiglie, attraverso l'attivazione di aiuto domiciliare, di supporti psicologici, di individuazione di percorsi formativi sia per operatori che per utenti.

La L n. 162/98 ha determinato un forte aumento del numero di utenti che si rivolgono agli Enti Locali, in quanto prevede servizi per una specifica utenza che storicamente era poco conosciuta da questi, obbligandoli ad attivarsi per adeguarsi alle nuove esigenze, ma nel contempo per contenere la domanda, affinché non travalichi le effettive possibilità programmatiche e operative dei servizi.

a) Unità Operativa Distrettuale

La DGR n. 2034/94 ha introdotto l'Unità Operativa Distrettuale (UOD), quale sportello di accesso unico alla rete dei servizi territoriali, che opera secondo l'approccio della valutazione funzionale multidimensionale.

Con DGR n. 2092/96 si è resa obbligatoria, a decorrere dall'agosto 1996, l'autorizzazione dell'UOD per gli inserimenti presso gli istituti residenziali per anziani, anche ai fini di fruire del contributo regionale per le attività sanitarie e di rilievo sanitario a favore degli ospiti con certificato di non autosufficienza, dando un impulso decisivo al decollo delle UOD presso tutte le Aziende ULSS regionali.

Con DGR n. 561/98 è stato approvato lo Schema tipo di Regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'UOD con l'obiettivo di omogeneizzare il loro funzionamento a livello regionale.

Infine, con DRG n. 1721/98 è stata approvata la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA), quale strumento di lavoro essenziale per le UOD.

L'attività di valutazione e di presa in carico dell'UOD rappresenta lo strumento operativo del Distretto Socio Sanitario, che è chiamato a garantire l'integrazione della rete di servizi e interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.

Di norma, i componenti dell'UOD sono:

- Responsabile dell'UOD, che in genere coincide con il responsabile di Distretto;
- Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta della persona interessata
- Assistente sociale del Comune di residenza della persona interessata.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale rappresenta una tappa fondamentale nel processo di presa in carico della persona in stato di bisogno socio-sanitario, indispensabile sia per l'elaborazione e la verifica del progetto assistenziale individualizzato che per la programmazione, organizzazione e gestione della rete di servizi e interventi sociali e sanitari integrati.

La SVAMA costituisce il primo esempio a livello nazionale di uno strumento di valutazione multidimensionale dell'anziano adottato a livello regionale.

b) Dipartimento (funzionale) per le Dipendenze

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'area ad elevata inte-

grazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda ULSS (distretto, ospedale, dipartimento di prevenzione), oltre a molteplici servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche e private (privato sociale e volontariato).

La soluzione organizzativa per garantire l'integrazione ad ogni livello (infra ed extra aziendale) individuata dalla Regione Veneto nel PSSR 1996-98 è rappresentata dal Dipartimento (funzionale) per le Dipendenze.

Con DGR n. 2217/99 sono state emanate indicazioni e linee guida tecniche per l'istituzione del Dipartimento.

Con il termine Dipartimento si intende una particolare forma di organizzazione, costituita da unità operative diverse che perseguono comuni finalità e sono quindi fra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Organi del Dipartimento per le Dipendenza sono:

- Coordinatore, che viene scelto dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS tra i responsabili delle unità operative per le tossicodipendenze presenti sul territorio dell'ULSS;
- Comitato Operativo ristretto, formato dai responsabili dei SerT, delle comunità terapeutiche accreditate e di tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione. Questo Comitato è il vero organo di programmazione interna e di coordinamento del Dipartimento per le Dipendenze, cui compete la predisposizione del "progetto generale di intervento";
- Comitato allargato di Dipartimento, a cui partecipano tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in misura non prevalente nelle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nei confronti dei tossicodipendenti. Questo Comitato allargato costituisce l'organo di creazione del consenso.

FONTI

- Regione Veneto - Direzione Servizi Sociali

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.1 Assistenza in regime di ricovero ordinario e diurno

NORMATIVA **Livello nazionale**

Negli anni 1998 e 1999 non sono molti gli atti normativi nazionali adottati con riferimento alla programmazione ospedaliera. Essi hanno, comunque:

- ribadito, col Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, approvato con DPR del 23.7.98, i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, ossia l'universalità di accesso, l'eguaglianza nell'accessibilità ai servizi, la condivisione del rischio finanziario;
- dettato nuove norme in materia di libera professione con la legge finanziaria per il 2000 (L. n. 488/99);
- ribadito, sostituendo l'art. 4 del DLvo n. 502/92 con l'art. 4 del DLvo n. 229/99, che, "per specifiche esigenze assistenziali di ricerca scientifica, nonché di didattica, nel Servizio Sanitario Nazionale...possono essere costituiti o confermati in Aziende, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico...";
- chiamato le Regioni a definire modalità e termini per la richiesta e l'eventuale rilascio dei provvedimenti autorizzativi riguardanti sia la realizzazione di nuove strutture sia l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, facendo, altresì, obbligo alle Regioni stesse di individuare ambiti territoriali carenti di strutture o di capacità produttiva.

Livello regionale

Nell'ultimo biennio, la Giunta Regionale, nello sforzo di mantenere gli alti livelli qualitativi della sanità veneta, migliorando, nel contempo, la trasparenza del rapporto tra cittadini e Aziende ULSS e Ospedaliere, ha adottato una serie di provvedimenti che hanno:

- regolamentato il ricovero diurno individuando nel dettaglio procedure diagnostico-terapeutiche invasive e interventi chirurgici ammessi a tale regime (DGR n. 5272/98 integrata con DGR n. 1887/99);
- definito i volumi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private pre-accreditate (DGR n. 571/99);
- aggiornato le schede di dotazione ospedaliera (DGR n. 740/99 integrata con DGR n. 1180/00);
- regolato i controlli sull'appropriatezza dell'attività sanitaria della Regione approvando un documento tecnico-organizzativo per la verifica ed il controllo di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (DGR n. 4807/99);
- confermato i presidi ospedalieri di Padova e Verona in Aziende Ospedaliere (DGR n. 3408/99);
- approvato, in sede di prima attuazione, quanto disposto dall'art. 8 ter del DLvo n. 229/99 e cioè le modalità relative al rilascio di autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie nonché i criteri ed i vincoli programmatori cui subordinare il rilascio delle autorizzazioni stesse (DGR n. 447/00).

DOMANDA **DI RICOVERO** **ESPRESSA E** **SODDISFATTA**

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione residente esprime la domanda di ricovero ospedaliero da parte dei cittadini residenti in un determinato territorio che ha trovato soddisfazione, indipendentemente dal luogo in cui la risposta sia avvenuta.

I tassi di ricovero ospedaliero della popolazione residente in Veneto per gli anni 1998 e 1999, presentati di seguito, sono leggermente sottostimati, in quanto non comprendono:

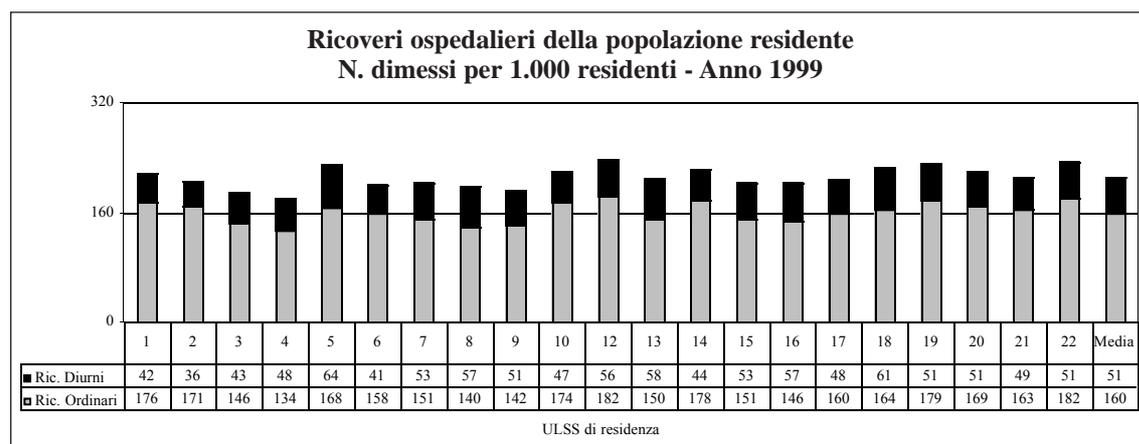
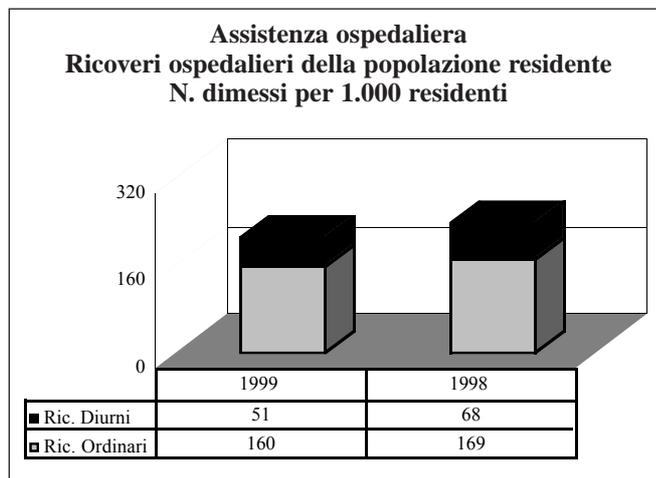
- i ricoveri avvenuti presso strutture estere;
- i ricoveri avvenuti presso strutture regionali private, pre-accreditate e non, con oneri a totale carico del paziente.

Tale sottostima risulta peraltro ininfluenza sui tassi considerati nella presente analisi, tenuto conto, da una parte, del peso assolutamente residuale, a livello regionale, della dotazione strutturale per ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Regionale, e, dall'altra, dei livelli estremamente contenuti

della mobilità dei ricoveri con l'estero (gli stranieri dimessi da strutture di ricovero pubbliche e private del Veneto sono stati 6.510 nel 1999 e 4.641 nel 1998).

Si segnala inoltre che i dati dei presidi ospedalieri dell'Ulss 9, relativi al 1998, risultano sovrastimati per rettifiche in diminuzione apportate all'attività di ricovero diurno.

Fenomeni rilevanti che emergono dall'analisi della domanda soddisfatta di ricovero ospedaliero dei residenti veneti sono:



- nel biennio considerato, il tasso di ospedalizzazione si colloca a livelli sempre superiori allo standard del 160 per 1.000, indicato dalla programmazione regionale e nazionale (+ 77 punti pari a + 48% per il 1998 e + 51 punti pari a + 32% per il 1999);
- nel 1999 si assiste peraltro ad un suo significativo ridimensionamento, con una riduzione di 26 punti rispetto al valore del 1998 (- 11%). Qualora la tendenza calante continuasse agli stessi ritmi la soglia del 160 per 1.000 sarebbe raggiunta entro il 2001, ma si deve tener conto che, come specificato nei paragrafi successivi, per una parte consistente il calo dei ricoveri riscontrato nel 1999 è riconducibile alla nuova regolamentazione del ricovero in regime diurno introdotta DGR n. 5272/98 che ha definito criteri restrittivi rispetto al passato;
- a livello territoriale i valori del tasso di ospedalizzazione si collocano a livelli sistematicamente più alti dello standard per tutte le ULSS, risultando nel complesso relativamente omogenei fra loro e allineati alla media regionale; fanno eccezione:
 - le ULSS 4 e 3 con i valori più bassi, con scarti rispetto allo standard inferiori a 30 punti;
 - le ULSS 12, 22, 5 e 19 con i valori più alti, con scarti rispetto alla media compresi fra 70 e 80 punti;
- si vuole infine segnalare la relativa omogeneità a livello territoriale della distribuzione dei ricoveri in funzione del regime di ricovero, contrariamente a quanto osservato negli anni precedenti; tale fenomeno di "normalizzazione" è da collegarsi alla introduzione di criteri chiari di classificazione dei ricoveri diurni avvenuta con la nuova regolamentazione richiamata precedentemente.

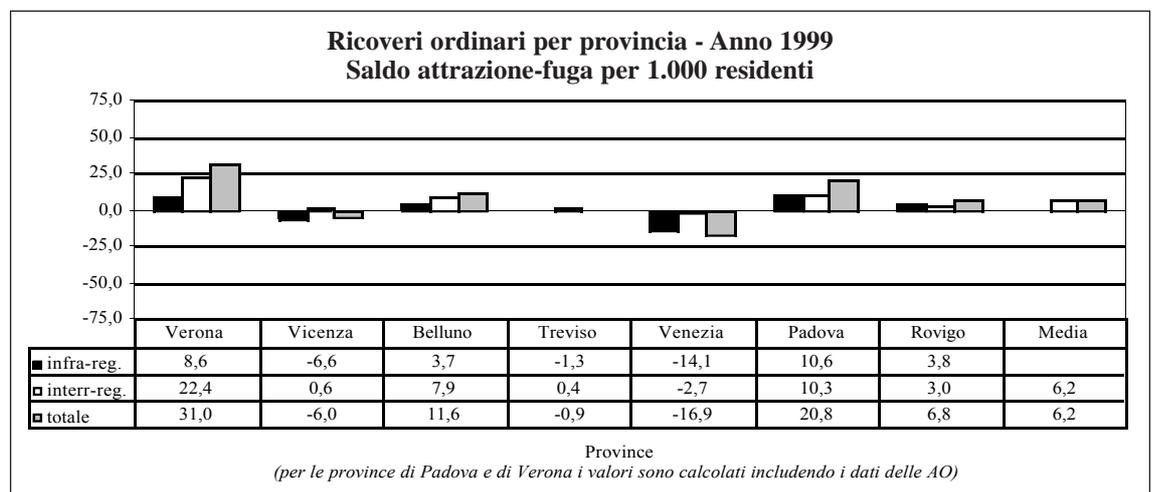
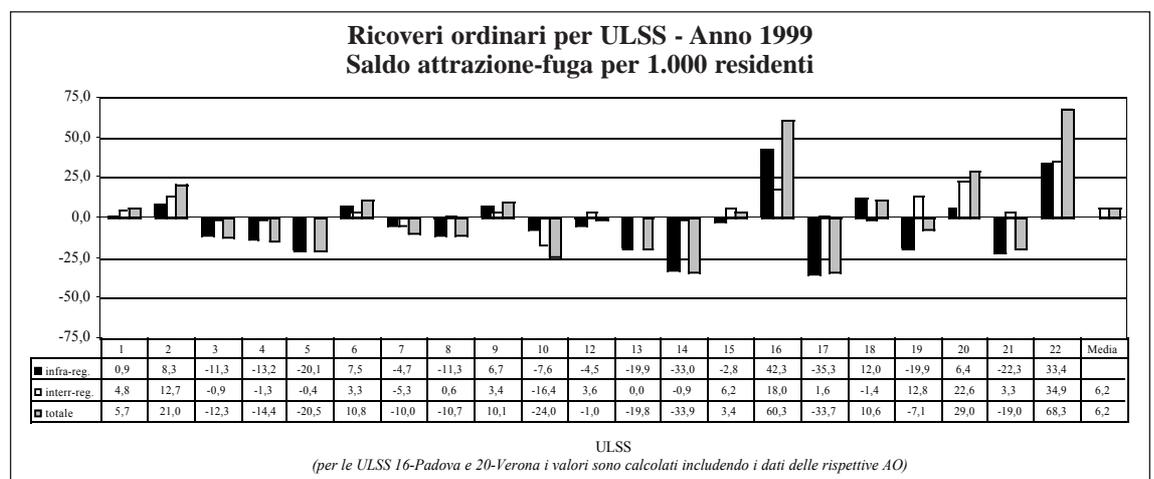
La mobilità dei ricoveri costituisce un fenomeno di notevole interesse ai fini del governo del SSR per almeno due motivi:

- descrive i bacini di utenza reali dei presidi ospedalieri, facendo emergere eventuali incongruenze nella suddivisione del territorio regionale in ULSS;
- può fornire indicazioni di massima sulla adeguatezza quantitativa, ma anche qualitativa della dotazione di servizi ospedalieri dei diversi territori, cogliendo indirettamente il grado di soddisfazione da parte dei cittadini.

MOBILITÀ DEI RICOVERI

A livello complessivo regionale gli elementi di analisi più significativi sono:

- un saldo attrazione-fuga fortemente positivo per il Veneto, risultando i ricoveri negli ospedali veneti di cittadini provenienti altre regioni italiane (59.299 pari al 7,9% dei ricoveri totali avvenuti in regione) quasi doppi rispetto a quelli in ospedali di altre regioni di cittadini veneti (31.322 pari al 4,4% dei ricoveri totali dei residenti in Veneto);
- la mobilità passiva del Veneto si concentra per oltre l'85% in cinque regioni / province autonome, in particolare, in ordine di importanza: Friuli-Venezia Giulia, che si aggiudica un terzo dei ricoveri in fuga dal Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, con quote rispettivamente del 20% e del 17,5%, Trentino e Alto Adige, con una quota complessiva del 14%;
- la mobilità attiva risulta più diversificata, le prime cinque regioni / province autonome giustificando solo il 69,3% dell'attrazione complessiva e precisamente, in ordine di importanza: Lombardia, con una quota del 22,5%, Sicilia, Emilia Romagna e Friuli-Venezia Giulia con quote intorno al 12% e Alto Adige con una quota del 9,8%; da segnalare inoltre Puglia e Campania con quote intorno al 5%.
- con le sole eccezioni di Friuli-Venezia Giulia e Alto Adige, il Veneto presenta saldi attrazione-fuga positivi nei confronti di tutte le altre regioni.



L'analisi per ULSS fa emergere un quadro disomogeneo a livello locale, in particolare:

- per 3 ULSS attrazione e fuga sono sostanzialmente equivalenti determinando un saldo prossimo allo zero (ULSS 1, 12 e 15)
- per 7 ULSS il saldo attrazione-fuga risulta positivo, in misura significativa soprattutto per le ULSS 22 e 16, ma anche per le ULSS 20 e 2;
- le rimanenti 12 ULSS presentano saldi attrazione-fuga negativi, particolarmente elevati per le ULSS 14 e 17, e comunque consistenti per le ULSS 10, 13, 21 e 5;
- con riferimento alla sola mobilità con altre regioni si osserva un maggior equilibrio fra attrazione e fuga, ad eccezione delle ULSS 22 e 20, soprattutto, ma anche delle ULSS 16, 19 e 2,

con saldi fortemente positivi, e, all'opposto dell'ULSS 10, unica situazione con saldo negativo importante.

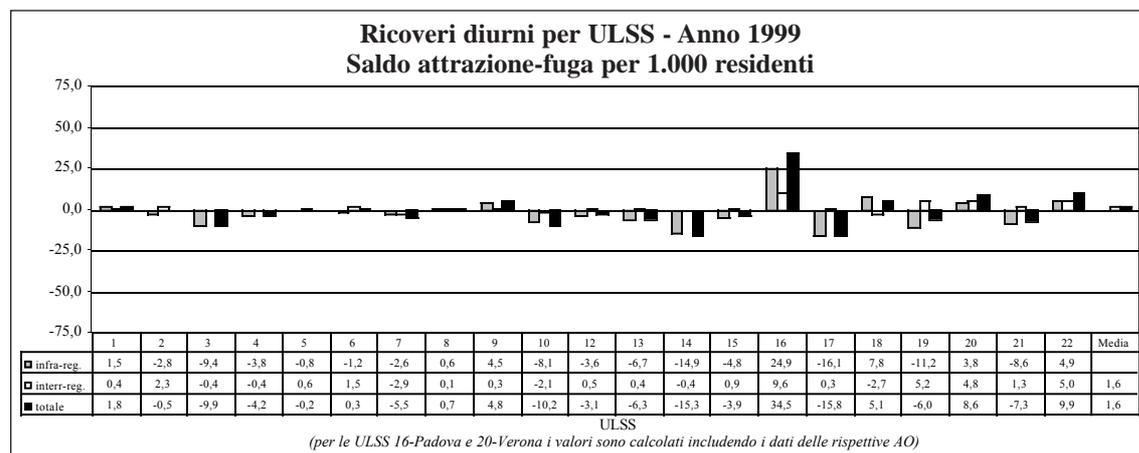
Le dimensioni del fenomeno mobilità si ridimensionano notevolmente spostando l'analisi a livello provinciale, anche se permangono disomogeneità significative, con saldi attrazione-fuga decisamente positivi nelle province di Verona, Padova e Belluno, fortemente negativo per la provincia di Venezia e in sostanziale equilibrio nelle province di Treviso, Rovigo e Vicenza; in particolare:

- la provincia di **Verona** è il polo attrattivo più importante per i residenti in altre regioni, un po' meno, ma sempre in misura significativa, per i residenti nelle altre province del Veneto; i saldi attrazione-fuga fortemente positivi delle ULSS 22 e 20 compensano abbondantemente il saldo negativo dell'ULSS 21;
- la provincia di **Padova** è il secondo polo attrattivo della regione, richiamando ricoveri in misura uguale da altre regioni e da altre province del Veneto; i flussi in entrata sono concentrati quasi esclusivamente nell'ULSS 16, sede di Azienda Ospedaliera, e solo in minima parte e limitatamente ai ricoveri da fuori regione, nelle ULSS 15 e 17, che però presentano saldi negativi nella mobilità con le altre province;
- anche nella provincia di **Belluno** i flussi dei ricoveri in entrata superano abbondantemente quelli in uscita, soprattutto nei confronti delle altre regioni e in misura più consistente nell'ULSS 2;
- la provincia di **Rovigo** presenta un saldo attrazione-fuga leggermente positivo sia nei confronti delle altre regioni che delle altre province venete, che è il risultato di andamenti opposti delle due ULSS che la compongono: l'ULSS 18 attrae dalle altre ULSS e perde nei confronti delle altre regioni, mentre nell'ULSS 19 si verifica il contrario;
- nella provincia di **Treviso** attrazione e fuga sono in perfetto equilibrio, i saldi positivi dell'ULSS 9 compensando quelli negativi delle ULSS 7 e 8;
- la provincia di **Vicenza** presenta un saldo negativo, esclusivamente nei confronti delle altre province regionali, non sufficientemente compensato dal leggero saldo positivo della mobilità interregionale, con tre ULSS (3, 4 e 5) costantemente in perdita, soprattutto nella mobilità infraregionale, e la sola ULSS 6 in attivo;
- la provincia di **Venezia** infine presenta un saldo attrazione-fuga fortemente negativo, soprattutto nella mobilità infraregionale, attribuibile prevalentemente all'ULSS 13, e in misura più contenuta nella mobilità interregionale, attribuibile esclusivamente all'ULSS 10.

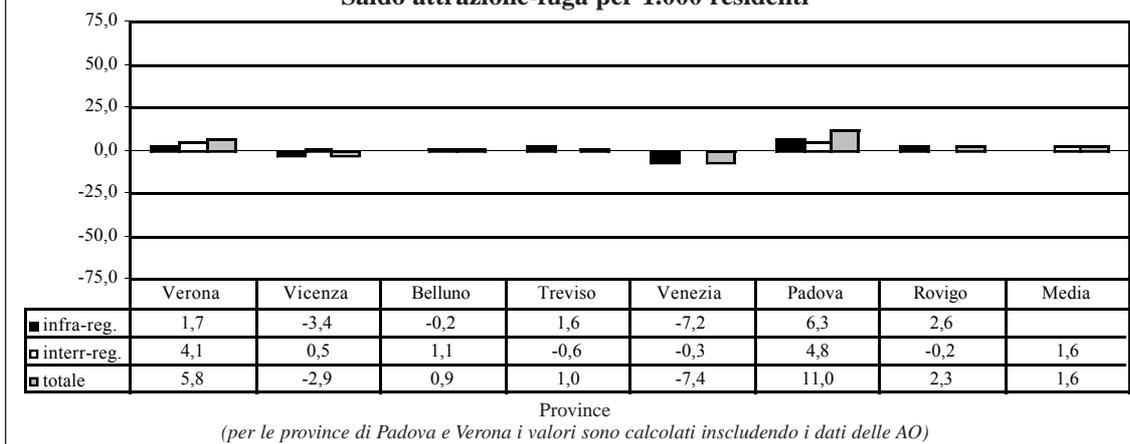
Ricoveri diurni

A livello complessivo regionale gli elementi di analisi più significativi sono:

- un saldo attrazione-fuga positivo per il Veneto, risultando i ricoveri negli ospedali veneti di cittadini provenienti altre regioni italiane (16.264 pari al 6,8% dei ricoveri totali avvenuti in regione) più che doppi di quelli in ospedali di altre regioni di cittadini veneti (8.935 pari al 3,9% dei ricoveri totali dei residenti in Veneto);
- la mobilità passiva del Veneto si concentra per oltre l'85% in tre regioni, in ordine di importanza: Friuli-Venezia Giulia, che attrae quasi il 40% dei ricoveri in fuga dal Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, con quote intorno al 23%;
- la mobilità attiva risulta più diversificata, rilevandosi tassi di attrazione significativi (superio-



Ricoveri diurni per provincia - Anno 1999
Saldo attrazione-fuga per 1.000 residenti



ri al 5% dei ricoveri in Veneto) nei confronti di sei regioni, che insieme giustificano solo il 76,2% dell'attrazione complessiva e precisamente, in ordine di importanza: Lombardia, con una quota del 22,2%, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia Romagna con quote rispettivamente del 16,5% e del 13,5%, Alto Adige e Sicilia con quote intorno al 9% e Puglia con una quota del 5,6%;

- solo il Friuli-Venezia Giulia presenta un saldo attrazione-fuga positivo nei confronti del Veneto.

Dall'analisi per ULSS emerge:

- una situazione di sostanziale equilibrio fra attrazione e fuga per la maggioranza delle ULSS (13 su 21);
- per l'ULSS 16, soprattutto, e in misura minore per le ULSS 20 e 22 saldi attrazione-fuga significativamente positivi;
- saldi negativi in particolare per le ULSS 17 e 14, ma anche per le ULSS 10, 3 e 21;
- con riferimento alla sola mobilità con altre regioni i valori dei saldi risultano di una certa rilevanza solo per la mobilità attiva e limitatamente alle ULSS 16, 19, 22 e 20.

Spostando l'analisi a livello provinciale la dimensione del fenomeno mobilità si ridimensiona notevolmente, determinando un maggior equilibrio fra attrazione e fuga di ricoveri:

- nelle province di **Vicenza, Belluno, Treviso e Rovigo** attrazione e fuga sono sostanzialmente in equilibrio in entrambe le componenti della mobilità;
- la provincia di **Padova**, in misura consistente, e la provincia di **Verona**, in misura inferiore, si confermano come poli attrattivi sia nei confronti delle altre regioni che all'interno del Veneto;
- la provincia di **Venezia** infine presenta un saldo attrazione-fuga fortemente negativo, soprattutto nella mobilità infraregionale, comune a tutte le tre ULSS che la compongono.

Il quadro di sintesi dei servizi ospedalieri riferito al 1999, pur confermando alcune peculiarità del modello organizzativo veneto (netta prevalenza del settore pubblico, presenza consistente di presidi di dimensioni medio-piccole e diffusione capillare dei servizi ospedalieri), fa emergere una chiara tendenza al cambiamento, coerente gli orientamenti strategici innovativi che hanno interessato la sanità nella seconda metà degli anni novanta, volti, tra l'altro, ad adeguare l'organizzazione ospedaliera ai nuovi bisogni di assistenza, da un lato, e all'esigenza di controllo e razionalizzazione della spesa, dall'altro.

In particolare:

- per la prima volta la dotazione di posti letto risulta inferiore allo standard fissato a livello nazionale (5,3 posti letto per 1.000 abitanti a fronte dei 5,5 indicati dalla Legge finanziaria per il 1996, sempre confermati nei successivi atti normativi);
- emerge una prassi diffusa a differenziare i presidi ospedalieri in funzione della destinazione funzionale, distinguendo quelli per acuti da quelli a indirizzo medico-riabilitativo per l'assistenza ospedaliera in fase post-acuta;

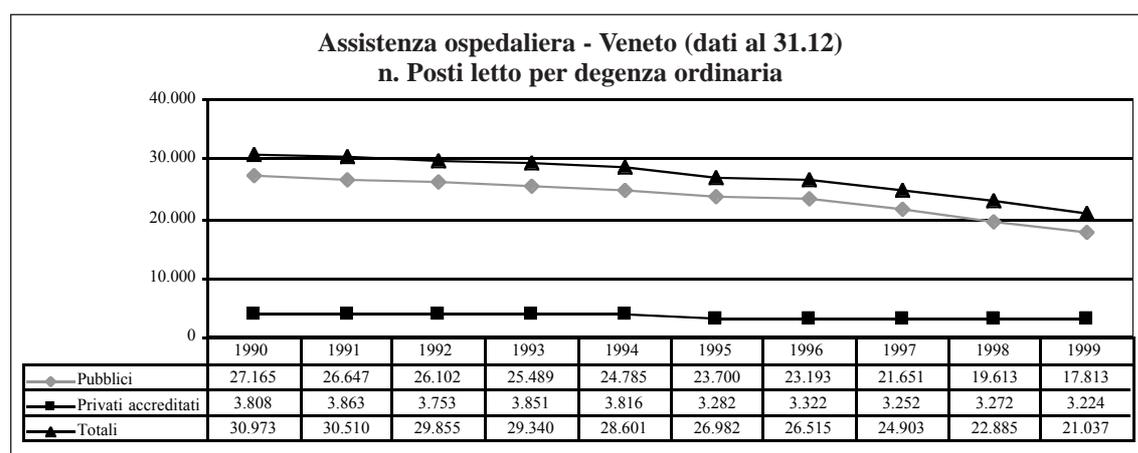
Assistenza ospedaliera - Dotazione strutturale - Al 31.12.1999
PRESIDI NEL COMPLESSO

		TIPOLOGIA DI PRESIDIO										
		Strutture Ospedaliere di ULSS	Aziende Ospedaliere	Sub-totale pubblico		Ospedali Classificati	CdC presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Sub-totale privato		Pubblico + Privato	Privato
				Tutti i presidi	di cui per acuti				Tutti i presidi	di cui per acuti	Tutti i presidi	di cui per acuti
PRESIDI												
- Totali	n.	64	2	66	49	7	4	16	27	17	93	66
	%	68,8	2,2	71,0	52,7	7,5	4,3	17,2	29,0	18,3	100,0	71,0
	n. res. x presidio	70.484	2.255.497	68.348	92.061	644.428	1.127.749	281.937	167.074	265.353	48.505	68.348
di cui:												
< 120 posti letto	n.	18		18	5	2		12	14	7	32	12
120-249 posti letto	n.	19		19	16	4	3	4	11	8	30	24
250-599 posti letto	n.	23		23	22	1	1		2	2	25	24
=> 600 posti letto	n.	4	2	6	6				0		6	6
POSTI LETTO												
- Totali	n.	16.598	3.874	20.472	18.926	1.322	848	1.804	3.974	2.901	24.446	21.827
	%	67,9	15,8	83,7	77,4	5,4	3,5	7,4	16,3	11,9	100,0	89,3
	x 1.000 res. (1)	3,68	0,86	4,54	4,20	0,29	0,19	0,40	0,88	0,64	5,42	4,84
	x 1.000 res. (2)	3,68	0,86	4,54	4,20	0,29	0,17	0,32	0,78	0,58	5,32	4,78
di cui:												
in regime ordinario	n.	14.385	3.428	17.813	16.439	1.245	719	1.260	3.224	2.351	21.037	18.790
in regime diurno	n.	1.693	358	2.051	1.917	77	49	183	309	264	2.360	2.181
paganti	n.	520	88	608	570	0	80	361	441	286	1.049	856
- Pubblici + privati accreditati	n.	16.598	3.874	20.472	18.926	1.322	768	1.443	3.533	2.615	24.005	21.541
di cui:												
area FO medica	n.	7.300	1.610	8.910	8.423	607	309	792	1.708	1.146	10.618	9.569
area FO chirurgica	n.	5.767	1.646	7.413	7.306	330	320	360	1.010	974	8.423	8.280
area FO materno-infantile	n.	1.849	555	2.404	2.397	99	39	6	144	144	2.548	2.541
Sub-totale acuti	n.	14.916	3.811	18.727	18.126	1.036	668	1.158	2.862	2.264	21.589	20.390
	x 1.000 res. (1)	3,3	0,8	4,2	4,0	0,2	0,1	0,3	0,6	0,5	4,8	4,5
area FO riabilitativa	n.	1.682	63	1.745	800	286	100	285	671	351	2.416	1.151
	x 1.000 res. (1)	0,4	0,0	0,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,5	0,3

(1) Compresi i posti letto per paganti dei presidi privati

(2) Esclusi i posti letto per paganti dei presidi privati

- il processo di riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse strutturali si realizza anche favorendo lo sviluppo del ricovero diurno, a cui viene dedicato ormai il 10% dei posti letto totali nelle strutture pubbliche e il 7,8% nelle strutture private;
- per i posti letto per lungodegenza e riabilitazione, l'allineamento allo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti appare più difficoltoso, fermandosi la dotazione effettiva a 0,5 posti letto per 1.000 abitanti; a parziale attenuazione della carenza rilevata va detto che i dati di struttura ed attività relativi all'Area Funzionale Omogenea (Area FO) Riabilitativa sono sottostimati, in quanto, nella realtà organizzativa dei servizi ospedalieri, le funzioni di lungodegenza e riabilitazione sono spesso aggregate a funzioni per acuti, soprattutto nell'Area FO Medica, e, spesso, i relativi posti letto e ricoveri vengono codificati secondo la disciplina principale.



Limitando l'analisi temporale ai posti letto per degenza ordinaria, per cui è possibile ricostruire una serie storica di medio periodo, emerge con evidenza il netto ridimensionamento, nel corso degli anni novanta, dei posti letto complessivi attivi in Veneto, con una riduzione complessiva di quasi un terzo (- 32%).

Tale andamento è la risultante di dinamiche differenziate, in particolare:

- ha interessato prevalentemente il settore pubblico (9.352 posti letto in meno, pari ad una variazione percentuale di - 34,4%) e solo marginalmente il settore privato (584 posti letto in me-

no, pari ad una variazione percentuale di - 18%);

- si è sviluppato in modo continuo lungo tutto il periodo e in misura relativamente costante, anche se si osserva una maggiore accelerazione in corrispondenza degli atti programmatori regionali in materia (LR n. 39/93, DGR n. 2223/95 e in particolare DGR n. 740/99).

Va segnalato che dal 1995 al 1999 risulta un aumento complessivo di 378 posti letto per ricovero diurno, di cui 149 nei presidi pubblici; ne deriva che la riduzione strutturale osservata nello stesso periodo per la degenza ordinaria, pari a 5.080 posti letto complessivi (5.209 nel settore pubblico), è reale, non essendosi tradotta in uno spostamento verso modalità di ricovero diverse.

**Assistenza ospedaliera - Posti letto pubblici al 31.12.1999
CONFRONTO CON PROGRAMMAZIONE**

	Posti letto DGR 740/99	Posti letto esistenti al 31.12.99	Scostamenti esistente vs programmato	
			v.a.	%
Area FO Medica	8.128	8.910	782	9,6
Area FO Chirurgica	6.942	7.413	471	6,8
Area FO Materno-infantile	2.286	2.404	118	5,2
<i>Sub-totale acuti</i>	<i>17.356</i>	<i>18.727</i>	<i>1.371</i>	<i>7,9</i>
Area FO Riabilitativa	3.081	1.745	-1.336	-43,4
TOTALE GENERALE	20.437	20.472	35	0,2

A poco più di otto mesi dalla approvazione del provvedimento di revisione delle dotazioni della rete ospedaliera regionale (DGR n. 740 del 19 marzo 1999) il confronto fra programmazione e situazione reale nel settore pubblico mette in evidenza che:

- la dotazione complessiva di posti letto rilevata al 31.12.1999 è perfettamente allineata alla dotazione programmata;
- permangono forti squilibri nella distribuzione dei posti letto per Area FO, con situazioni di sovradimensionamento nelle Aree FO medica e chirurgica, soprattutto, ma anche in quella materno infantile, cui fa da contrappeso la forte carenza dell'Area FO riabilitativa;
- l'articolazione in presidi della rete ospedaliera presenta ancora eccedenze (6 presidi per cui è prevista la riconversione sono ancora attivi) e squilibri nella composizione per destinazione funzionale, che risulta sbilanciata verso le strutture per acuti (3 in più di quelle programmate).

Nel prossimo futuro l'impegno delle Aziende sanitarie regionali nel processo di riorganizzazione dei servizi ospedalieri dovrà concentrarsi non tanto sulla riduzione dei posti letto quanto sulla loro riqualificazione, coerente ai nuovi bisogni sanitari della popolazione, e sulla razionalizzazione della rete ospedaliera in relazione sia al numero di presidi, sia alla loro destinazione funzionale.

L'eccesso di posti letto del settore privato va valutato con cautela considerando la difficoltà, in alcune situazioni, ad ottenere dati affidabili.

**Assistenza ospedaliera - Posti letto privati al 31.12.1999
CONFRONTO CON PROGRAMMAZIONE**

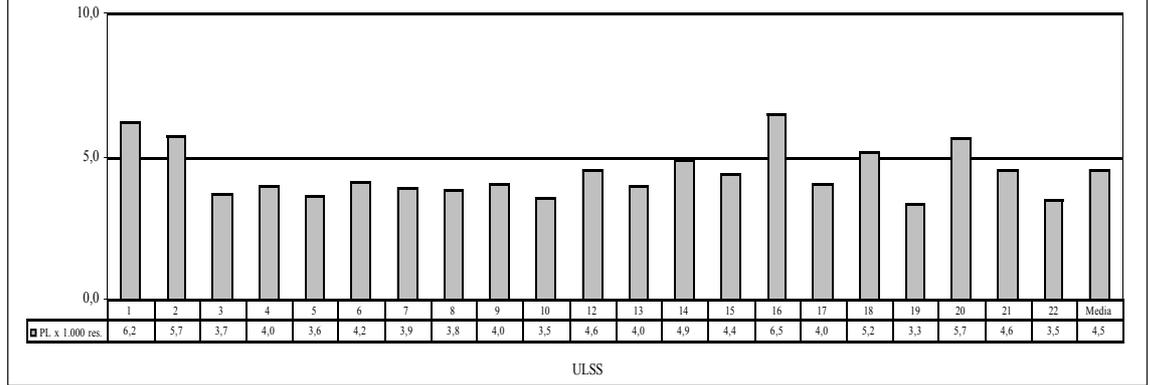
	Ospedali Classificati	CdC Presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Totale
<i>POSTI LETTO DA DGR 740/99</i>				
Pre-accreditati n.	1.290	760	1.227	3.277
<i>POSTI LETTO ESISTENTI</i>				
Pre-accreditati n.	1.322	768	1.443	3.533
<i>SCOSTAMENTI ESISTENTE vs PROGRAMMATO</i>				
Posti letto pre-accreditati v.a.	32	8	216	256
%	2,5	1,1	17,6	7,8

Le differenze territoriali nella dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione sono sostanzialmente coerenti con le

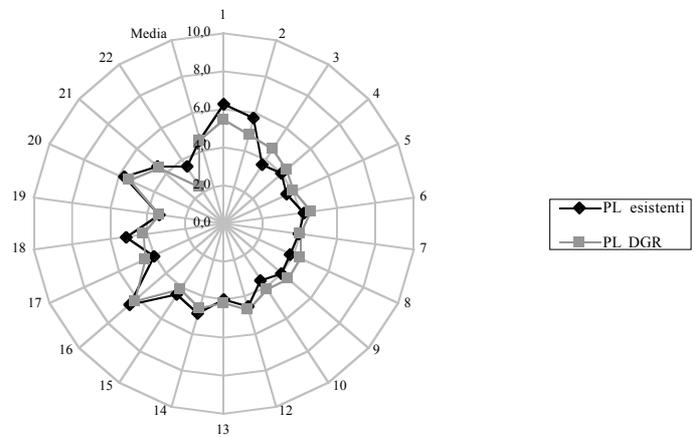
indicazioni della programmazione che, nella distribuzione dei posti letto all'interno del territorio regionale, deve tener conto di diversi fattori:

- sul versante della domanda, come l'invecchiamento della popolazione e le caratteristiche geomorfologiche del territorio che richiedono dotazioni strutturali più elevate (ULSS 1 e 2);
- sul versante dell'offerta, come:

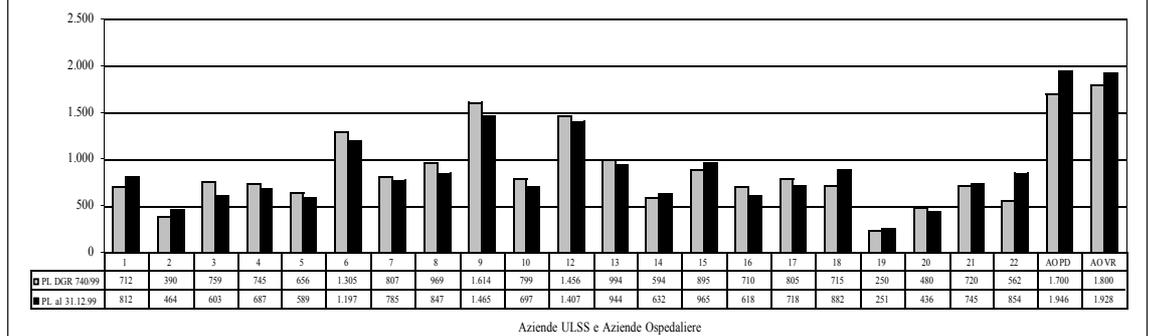
Assistenza ospedaliera - Veneto - Al 31.12.1999
Posti letto pubblici per 1.000 residenti per l'ULSS



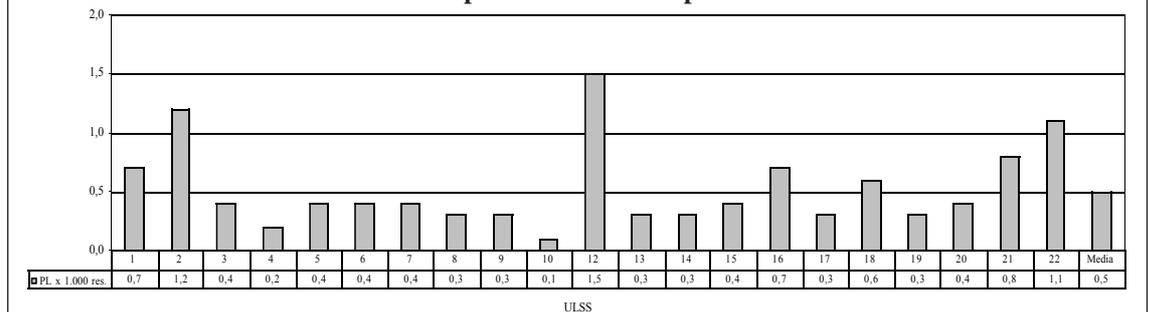
Assistenza ospedaliera - Veneto
Confronto esistenti al 31.12.99/programmati (DGR 740/99)
Posti letto pubblici per 1.000 residenti per l'ULSS



Assistenza ospedaliera - Veneto
Confronto esistente e programmato per Azienda - Posti letto pubblici



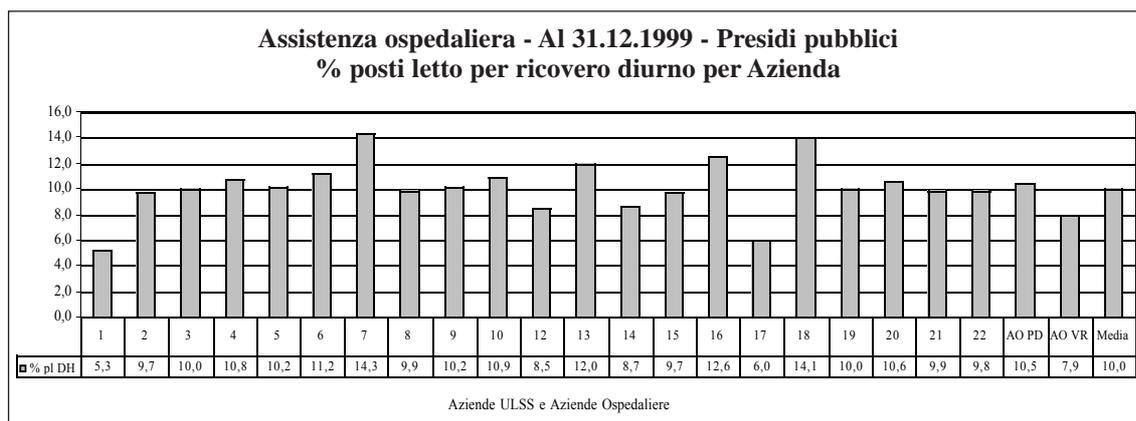
Assistenza ospedaliera - Veneto - Al 31.12.1999
Presidi pubblici e privati - Area FO Riabilitativa
Posti letto per 1.000 residenti per l'ULSS



- esistenza di poli ad alta specializzazione, che spiegano l'elevato numero di posti letto delle ULSS 16 e 20, sedi di Aziende Ospedaliere
- presenza significativa di strutture private, che spiega la bassa dotazione delle ULSS 19 soprattutto, ma anche delle ULSS 22 e 10.

Rispetto al quadro di riferimento delineato dalla programmazione vanno segnalate alcune criticità, in particolare:

- con riferimento al solo settore pubblico, emergono limitate ma significative situazioni sia di esubero di posti letto (Azienda ULSS 22 e Azienda Ospedaliera di Padova, soprattutto, ma anche Azienda ULSS 18 e Azienda Ospedaliera di Verona, con più di 125 posti letto in eccesso), sia di carenza (Aziende ULSS 3 e 9 con più di 125 posti letto in difetto);
- con riferimento alla dotazione complessiva (settore pubblico e privato), si osserva che solo in 3 ULSS è rispettato lo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti fissato per l'Area FO riabilitativa (ULSS 12, 2 e 22).



Infine, la quota di posti letto pubblici destinati al ricovero diurno si va normalizzando all'interno di tutto il territorio regionale su valori compresi fra l'8% e il 12%; fanno eccezione, da una parte, le Aziende ULSS 1 e 17 con valori inferiori, e, dall'altra, le Aziende ULSS 7 e 18 con valori superiori.

**ATTIVITÀ
DI RICOVERO**
Ricoveri
complessivi per
regime di
ricovero e per
area FO

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero - Anno 1999

	TIPO DI PRESIDIO					
	Presidi pubblici		Presidi privati		Presidi totali	
DIMESSI						
- Totali	<i>n.</i>	867.772		122.368		990.140
	<i>%</i>	87,6		12,4		100,0
	<i>x 1.000 res.</i>	192,85		27,19		220,04
- di cui:	<i>N.</i>		<i>%</i>		<i>N.</i>	<i>%</i>
			<i>dimessi</i>			<i>dimessi</i>
regime ricovero ordinario	643.218	74,1	107.872	88,2	751.090	75,9
regime ricovero diurno	224.554	25,9	14.496	11,8	239.050	24,1
area FO medica	316.718	36,5	41.366	33,8	358.084	36,2
area FO chirurgica	368.178	42,4	55.970	45,7	424.148	42,8
area FO mat.-inf.	159.504	18,4	13.231	10,8	172.735	17,4
<i>Sub-totale acuti</i>	844.400	97,3	110.567	90,4	954.967	96,4
area FO riabil.	23.370	2,7	11.801	9,6	35.171	3,6
GIORNATE DI DEGENZA						
- Totali	<i>n.</i>	6.366.659		1.095.207		7.461.866
	<i>%</i>	85,3		14,7		100,0
	<i>x 1.000 res.</i>	1.414,9		243,4		1.658,3
- di cui:	<i>N.</i>		<i>% gg</i>		<i>N.</i>	<i>% gg</i>
			<i>degenza</i>			<i>degenza</i>
regime ricovero ordinario	5.564.346	87,4	1.033.182	94,3	6.597.528	88,4
regime ricovero diurno	802.313	12,6	62.025	5,7	864.338	11,6
area FO medica	3.095.019	48,6	533.627	48,7	3.628.646	48,6
area FO chirurgica	2.104.971	33,1	281.269	25,7	2.386.240	32,0
area FO mat.-inf.	683.145	10,7	48.397	4,4	731.542	9,8
<i>Sub-totale acuti</i>	5.883.135	92,4	863.293	78,8	6.746.428	90,4
area FO riabil.	483.516	7,6	231.914	21,2	715.430	9,6

NOTE:

- Per i presidi pubblici, le somme di dimessi e di giornate di degenza per area FO sono inferiori ai corrispondenti totali generali, in quanto non comprendono 2 dimessi e 8 giornate di degenza afferenti a disciplina per cui non è prevista attività di ricovero

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero - Andamento temporale

		ANNI			VARIAZIONI %	
		1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Dimessi						
<i>Totali</i>	n.	1.117.868	1.108.693	990.140	-11,4	-10,7
di cui:						
presidi pubblici	n.	1.004.395	987.733	867.772	-13,6	-12,1
presidi privati	n.	113.473	120.960	122.368	7,8	1,2
regime ricovero ordinario	n.	837.115	793.384	751.090	-10,3	-5,3
regime ricovero diurno	n.	280.753	315.309	239.050	-14,9	-24,2
aree FO per acuti	n.	1.086.300	1.075.528	954.967	-12,1	-11,2
area FO riabilitativa	n.	31.517	33.100	35.171	11,6	6,3
Giornate di degenza						
<i>Totali</i>	n.	8.110.195	8.045.333	7.461.866	-8,0	-7,3
di cui:						
presidi pubblici	n.	7.017.989	6.926.642	6.366.659	-9,3	-8,1
presidi privati	n.	1.092.206	1.118.691	1.095.207	0,3	-2,1
regime ricovero ordinario	n.	7.174.221	6.975.820	6.597.528	-8,0	-5,4
regime ricovero diurno	n.	935.974	1.069.513	864.338	-7,7	-19,2
aree FO per acuti	n.	7.500.629	7.391.351	6.746.428	-10,1	-8,7
area FO riabilitativa	n.	609.489	653.845	715.430	17,4	9,4

Il quadro complessivo dell'attività di ricovero riferito al 1999 e nella sua evoluzione temporale mette in evidenza alcuni fenomeni rilevanti ai fini del governo dell'assistenza ospedaliera:

- nel triennio analizzato ricoveri e giornate di degenza diminuiscono in misura significativa, anche se con andamenti differenziati, e talvolta contraddittori, in funzione di:
 - tipo di presidio, la riduzione riguardando esclusivamente i presidi pubblici
 - regime di ricovero, con un calo relativo più consistente per il ricovero diurno
 - area funzionale, registrandosi la riduzione solo nelle aree funzionali per acuti, mentre aumentano ricoveri e giornate di degenza nell'area riabilitativa
 - periodo di riferimento, con una svolta decisiva verso la riduzione nel 1999.
- Per una corretta interpretazione del quadro evolutivo descritto si ricorda che l'andamento dei ricoveri diurni è influenzato dall'adozione, nel corso del 1999, di indirizzi regionali per la regolamentazione delle attività effettuabili in ricovero diurno sulla base dei principi di efficacia ed appropriatezza sanciti dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000; l'introduzione di chiari criteri di classificazione ha eliminato la possibilità di misclassificare alcune prestazioni ambulatoriali come ricoveri diurni, portando al ridimensionamento di questi ultimi;
- nel 1999 l'attività di ricovero diurno rappresenta quasi un quarto dell'attività di ricovero complessiva, con uno sviluppo nel settore pubblico più che doppio rispetto al settore privato. Considerando che una quota consistente di ricoveri ordinari con degenza inferiore ai 2 giorni è potenzialmente riconvertibile in ricoveri diurni, in futuro è da prevedersi un aumento del peso di questi ultimi; nel complesso i ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore rappresenta il 7,8% dei ricoveri ordinari totali (8,6% fra i DRG medici e 6,3% fra i DRG chirurgici). In particolare i DRG con numero di ricoveri brevi più elevato (oltre 1.000) sono:
 - fra i DRG medici: esofagite, gastroenterite e altri disturbi digestivi, tutte le età, senza complicazioni (DRG 183M e 184M), aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza complicazioni (DRG 139M), calcolosi urinaria senza complicazioni (DRG 324M), disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (DRG 369M);
 - fra i DRG chirurgici: aborto con dilatazione e raschiamento, isterosuzione o isterotomia (DRG 381C), dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto per neoplasie maligne (DRG 364C);
 - nonostante la tendenza crescente osservata negli ultimi anni, l'attività di ricovero dell'area FO riabilitativa continua a pesare in misura residuale, in particolare nel settore pubblico.

Assistenza ospedaliera - Ricoveri per DRG - Quadro complessivo

		VENETO 1999		VENETO 1998		VENETO 1997	ITALIA 1998	
		Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni
Composizione dei ricoveri per DRG								
- DRG medici	n.	500.496	135.241	525.402	227.378	561.118	6.943.696	1.820.323
	%	66,6	56,6	66,8	72,6	67,0	68,8	77,2
- DRG chirurgici	n.	250.889	103.871	261.605	85.843	272.755	3.155.227	537.603
	%	33,4	43,4	33,2	27,4	32,6	31,2	22,8
- DRG totali	n.	751.385	239.112	787.007	313.221	837.750	10.098.923	2.357.926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Frequenza % cumulata dei primi 30 DRG								
- DRG medici	%	44,6	55,3	44,3	ND	44,0	ND	ND
- DRG chirurgici	%	60,4	89,0	60,8	ND	62,8	ND	ND
- DRG totali	%	35,3	52,4	35,3	ND	35,1	37,2	50,4

Il quadro sintetico della composizione dei ricoveri per DRG mette in evidenza:

- per i ricoveri ordinari, la netta prevalenza dei DRG medici, a livello sia regionale che nazionale, anche se in Veneto si osserva una maggiore importanza relativa dei DRG chirurgici rispetto al corrispondente dato nazionale;
- per i ricoveri diurni, una situazione estremamente differenziata nei due anni analizzati:
 - nel 1998 la prevalenza dei DRG medici è ancora più accentuata di quella espressa dai ricoveri ordinari e sostanzialmente allineata in Veneto e in Italia, anche se si conferma la caratteristica regionale di una maggiore frequenza relativa dei DRG chirurgici;
 - nel 1999, in Veneto, la composizione dei ricoveri diurni per tipo di DRG esprime rilevanti modificazioni con un maggior equilibrio fra DRG medici e DRG chirurgici, pur permanendo la maggiore importanza relativa dei primi; tale cambiamento radicale è da ricondursi, da una parte, all'introduzione di chiari criteri di classificazione per il ricovero diurno, richiamata precedentemente, che ha determinato un consistente ridimensionamento dei ricoveri diurni con DRG medico, e, dall'altra, alla politica regionale di sviluppo del day surgery che ha portato all'aumento dei ricoveri diurni con DRG chirurgico;
- una relativa concentrazione dei ricoveri in un numero limitato di DRG, in particolare per i ricoveri diurni e per i DRG chirurgici.

Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - 30 DRG più frequenti in Regione Veneto - Confronto temporale

D.R.G.			DIMESSI TOTALI					
Codice	Descrizione	VENETO 1999			VENETO 1998		VENETO 1997	
		N.	Posizione	Frequenza %	Posizione	Frequenza %	Posizione	Frequenza %
373 M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	28.581	1	3,8	1	3,7	1	3,4
127 M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	14.829	2	2,0	4	1,9	5	1,6
183 M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	14.405	3	1,9	3	2,0	3	2,1
039 C	INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	13.976	4	1,9	2	2,1	2	2,3
222 C	INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	13.719	5	1,8	6	1,7	6	1,6
243 M	DISTURBI DORSO	12.962	6	1,7	5	1,8	4	1,9
014 M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	10.956	7	1,5	7	1,3	8	1,3
088 M	MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	10.025	8	1,3	8	1,3	7	1,3
371 C	TAGLIO CESAREO SENZA CC	9.772	9	1,3	10	1,2	14	1,0
359 C	INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	9.497	10	1,3	9	1,2	10	1,1
209 C	INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI ED ARTI	8.982	11	1,2	13	1,1	20	0,9
430 M	PSICOSI	8.681	12	1,2	11	1,2	12	1,1
134 M	IPERTENSIONE	7.581	13	1,0	12	1,1	9	1,2
082 M	NEOPLASIE APPARATO RESPIRATORIO	7.352	14	1,0	15	1,0	15	1,0
015 M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	7.123	15	0,9	16	0,9	17	0,9
119 C	LEGATURA E STRIPPING VENE	6.859	16	0,9	14	1,0	13	1,1
184 M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' 0-17	6.621	17	0,9	17	0,9	19	0,9
139 M	ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	6.455	18	0,9	20	0,9	21	0,9
198 C	COLECISTECTOMIA TOTALE SENZA ESPLORAZIONE COLEDOCO SENZA CC	6.384	19	0,8	21	0,8	25	0,7
089 M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 CON CC	6.283	20	0,8	26	0,7	36	0,6
245 M	MALATTIE OSSA E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	6.241	21	0,8	19	0,9	16	1,0
162 C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	5.929	22	0,8	18	0,9	11	1,1
391 M	NEONATO NORMALE	5.623	23	0,7	nd			
012 M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	5.558	24	0,7	23	0,7	26	0,7
379 M	MINACCIAD'ABORTO	5.496	25	0,7	25	0,7	28	0,7
249 M	SEQUELE MALATTIE APP. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	5.322	26	0,7	22	0,7	24	0,8
311 C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	5.222	27	0,7	27	0,7	27	0,7
090 M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 SENZA CC	4.976	28	0,7	38	0,0	41	0,6
324 M	CALCOLI URINARIA SENZA CC	4.950	29	0,7	30	0,7	23	0,8
167 C	APPENDICECTOMIA SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC	4.940	30	0,7	28	0,7	32	0,7
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG		265.300		35,3		35,3		35,1
Altri DRG		486.085		64,7		64,7		64,9
TUTTI I DRG		751.385		100,0		100,0		100,0

Assistenza ospedaliera - Ricoveri diurni - 30 DRG più frequenti in Regione Veneto - Anno 1999

Codice	D.R.G.		DIMESSI TOTALI		
		Descrizione	N. dimessi	Posizione	Frequenza %
039	C	INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14.202	1	5,9
410	M	CHEMIOTERAPIA	12.612	2	5,3
381	C	ABORTO CON D&C, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	8.428	3	3,5
006	C	DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	7.209	4	3,0
364	C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	7.172	5	3,0
162	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	6.727	6	2,8
119	C	LEGATURA E STRIPPING VENE	5.984	7	2,5
229	C	INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	4.233	8	1,8
060	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	3.997	9	1,7
301	M	DISTURBI ENDOCRINI SENZA CC	3.672	10	1,5
369	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3.359	11	1,4
206	M	DISTURBI FEGATO ESCL. TUM. MALIGNO, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA SENZA CC	2.983	12	1,2
270	C	ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2.812	13	1,2
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	2.797	14	1,2
319	M	NEOPLASIE RENE E VIE URINARIE SENZA CC	2.768	15	1,2
183	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	2.755	16	1,2
404	M	LINFOMI E LEUCEMIE NON ACUTE SENZA CC	2.742	17	1,1
222	C	INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	2.690	18	1,1
266	C	TRAPIANTO PELLE E/O ASPORTAZ. TESSUTO ESCL. ULCERA PELLE O CELLUL. SENZA CC	2.664	19	1,1
134	M	IPERTENSIONE	2.572	20	1,1
040	C	INTERVENTI STRUT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA ETA' >17	2.538	21	1,1
139	M	ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	2.410	22	1,0
231	C	ASPORTAZIONE LOCALE E RIMOZIONE MEZZI FISSAZ. INTERNA ESCL. ANCA E FEMORE	2.391	23	1,0
158	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	2.388	24	1,0
243	M	DISTURBI DORSO	2.385	25	1,0
173	M	TUMORI MALIGNI APPARATO DIGERENTE SENZA CC	2.297	26	1,0
131	M	DISTRURBI VASCOLARI PERIFERICI SENZA CC	2.254	27	0,9
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2.097	28	0,9
284	M	DISTURBI MINORI PELLE SENZA CC	2.084	29	0,9
490	M	INFEZIONI DA HIV CON O SENZA ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	2.084	30	0,9
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG			125.306		52,4
Altri DRG			113.806		47,6
TUTTI I DRG			239.112		100,0

L'analisi dei DRG più frequenti fornisce alcune indicazioni di interesse ai fini della programmazione regionale:

- per i *ricoveri ordinari* emerge che:
 - il parto vaginale senza diagnosi complicanti si colloca al primo posto della classifica per frequenza dei DRG complessivi, con un numero di ricoveri doppio rispetto ai DRG che si collocano nelle posizioni immediatamente successive;
 - i primi 6 DRG (oltre a parto vaginale senza diagnosi complicanti, insufficienza cardiaca e shock, esofagite, gastroenterite e altri disturbi digestivi in età > 17 anni senza complicazioni, interventi su cristallino con o senza vitrectomia, interventi al ginocchio senza complicazioni, disturbi dorso) mantengono saldamente le posizioni in testa alla classifica per tutto il triennio analizzato, staccando nettamente gli altri;
 - fra i DRG in crescita, quelli con gli avanzamenti più significativi nel triennio (5 o più posizioni) sono: taglio cesareo senza complicazioni, interventi maggiori su articolazioni e arti, colecistectomia totale senza esplorazione coledoco senza complicazioni, polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni, con complicazioni e senza complicazioni;
 - all'opposto, malattie delle ossa e artropatie specifiche senza complicazioni e interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni, senza complicazioni, scendono nella classifica di 5 posizioni il primo e di ben 11 posizioni il secondo, presumibilmente in conseguenza di un progressivo spostamento verso il regime di ricovero diurno o, limitatamente alle malattie delle ossa e artropatie, verso altri tipi di assistenza (assistenza domiciliare o residenziale extraospedaliera);

- per i ricoveri diurni si osserva:
 - una maggiore concentrazione in un numero limitato di DRG: i primi 5 DRG giustificano oltre un quinto dei ricoveri diurni complessivi e i primi 10 DRG quasi un terzo;
 - la netta prevalenza di DRG chirurgici nelle prime posizioni della classifica, con l'unica eccezione della chemioterapia, che si colloca al secondo posto;
 - un buon allineamento alle indicazioni sulla appropriatezza del trattamento in ricovero diurno / day surgery espresse dal mondo scientifico e fatte proprie dalla Regione Veneto.

**Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - 30 DRG più frequenti in Regione Veneto
Confronto con la media nazionale - Anno 1998**

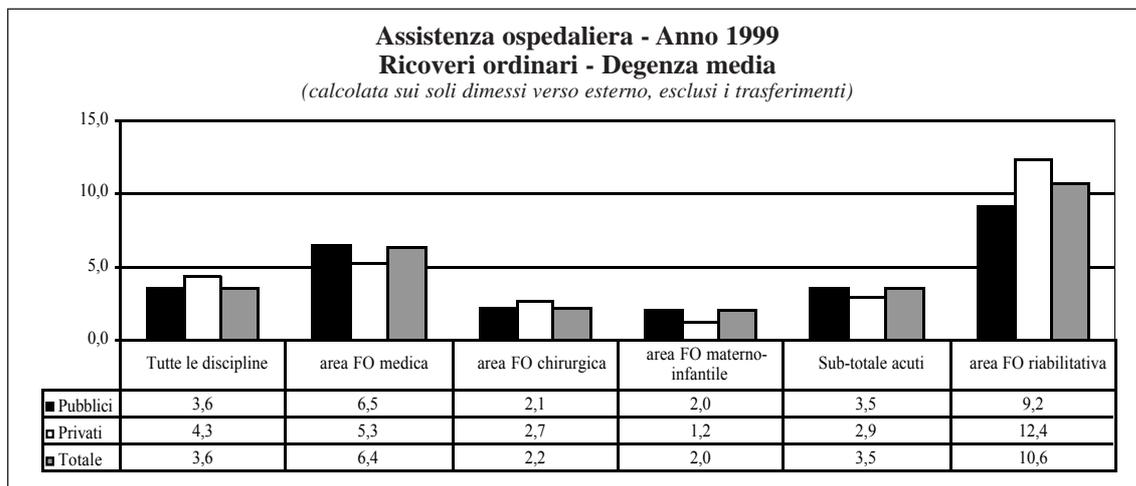
D.R.G.		DIMESSI TOTALI				
		VENETO 1998			ITALIA 1998	
Codice	Descrizione	N.	Posizione	Frequenza %	Posizione	Frequenza %
373 M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	29.416	1	3,7	1	3,2
39 C	INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	16.666	2	2,1	2	2,4
183 M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	15.438	3	2,0	3	2,2
127 M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	14.647	4	1,9	5	1,7
243 M	DISTURBI DORSO	14.460	5	1,8	4	1,8
222 C	INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	13.401	6	1,7	14	1,0
14 M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	10.492	7	1,3	9	1,2
88 M	MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	10.132	8	1,3	7	1,4
359 C	INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	9.700	9	1,2	13	1,1
371 C	TAGLIO CESAREO SENZA CC	9.147	10	1,2	6	1,4
430 M	PSICOSI	9.059	11	1,2	15	1,0
134 M	IPERTENSIONE	8.917	12	1,1	10	1,2
209 C	INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI ED ARTI	8.469	13	1,1	22	0,8
119 C	LEGATURA E STRIPPING VENE	7.717	14	1,0	18	0,8
82 M	NEOPLASIE APPARATO RESPIRATORIO	7.673	15	1,0	28	0,7
15 M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	7.409	16	0,9	26	0,7
184 M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' 0-17	7.368	17	0,9	11	1,1
162 C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	7.243	18	0,9	8	1,3
245 M	MALATTIE OSSA E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	7.058	19	0,9	> 60	0,4
139 M	ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	6.833	20	0,9	21	0,8
198 C	COLECISTECTOMIA TOTALE SENZA ESPLORAZIONE COLEDOCO SENZA CC	6.271	21	0,8	23	0,7
249 M	SEQUELE MALATTIE APP. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	5.872	22	0,7	41	0,6
12 M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	5.678	23	0,7	38	0,6
381 C	ABORTO CON D&C, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	5.626	24	0,7	12	1,1
379 M	MINACCIA D'ABORTO	5.619	25	0,7	45	0,5
89 M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 CON CC	5.612	26	0,7	> 60	0,4
311 C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	5.425	27	0,7	> 60	0,4
167 C	APPENDICECTOMIA SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC	5.402	28	0,7	25	0,7
364 C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	5.356	29	0,7	20	0,8
324 M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	5.315	30	0,7	17	0,9
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG		277.421		35,3		35,5
Altri DRG		509.586		64,7		64,5
TUTTI I DRG		787.007		100,0		100,0

Il confronto con il livello medio nazionale si riferisce al 1998, ultimo anno per cui sono disponibili i dati per l'intero territorio italiano, ed è limitato ai ricoveri ordinari; le osservazioni più evidenti che se ne ricavano sono:

- un sostanziale allineamento Veneto-Italia nella graduatoria e nel peso relativo dei primi 5 DRG;
- differenze spesso sostanziali nelle posizioni successive, in particolare nella classifica regionale rispetto a quella nazionale:
 - si collocano a livelli notevolmente più alti (10 posizioni e oltre) neoplasie dell'apparato respiratorio, attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali, malattie delle ossa e artropatie specifiche senza complicazioni, sequele malattie apparato osteomuscolare e tessuto connettivo, malattie degenerative del sistema nervoso, minaccia di aborto, polmonite semplice e pleurite in età > 17 anni senza complicazioni, interventi per via transuretrale senza complicazioni;

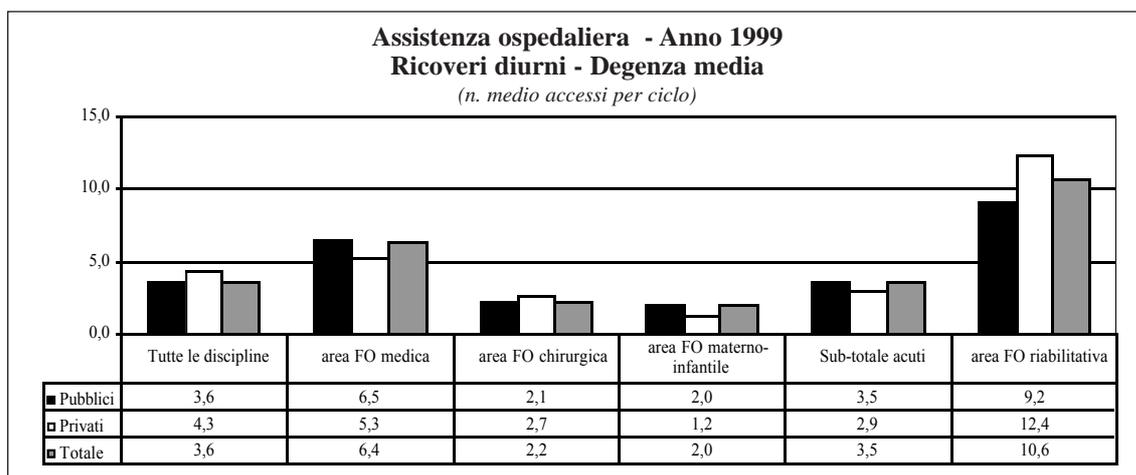
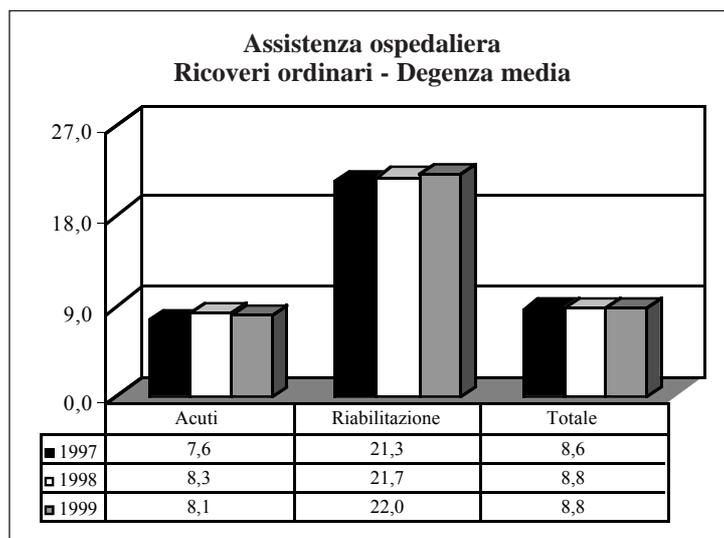
- si collocano a livelli molto più bassi (10 posizioni e oltre) interventi per ernia inguinale e femorale in età > 17 anni senza complicazioni, aborto con dilatazione e raschiamento, isterosuzione o isterotomia, calcolosi urinaria senza complicazioni.

Tali disomogeneità possono trovare spiegazione in fattori di diversa natura, riconducibili sostanzialmente a tre grandi tipologie: differenze di tipo epidemiologico (diversa diffusione delle malattie) o di tipo organizzativo (diversi livelli di sviluppo del ricovero diurno / day surgery) o di tipo clinico (differenti pratiche di diagnosi, cura e riabilitazione); in caso di maggior rilevanza dei fattori di tipo organizzativo o clinico nella determinazione delle differenze sarebbe opportuna un'analisi più approfondita di appropriatezza e di efficacia delle diverse pratiche adottate.

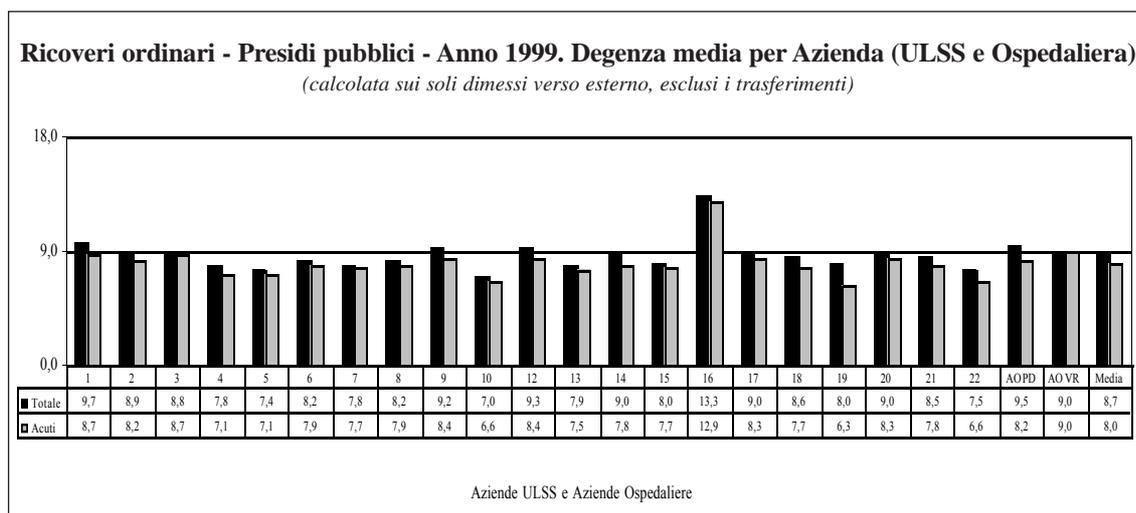


Si precisa che per i ricoveri ordinari la degenza media è stata calcolata sui ricoveri complessivi, compresi i ricoveri di 1 giorno. Le osservazioni di maggior rilievo che emergono dai dati relativi alla degenza media sono:

- per i *ricoveri ordinari*:
 - considerando le sole funzioni per acuti, la degenza media registrata nel settore pubblico si colloca ad un livello decisamente inferiore ai 9 giorni indicati dalla programmazione co-

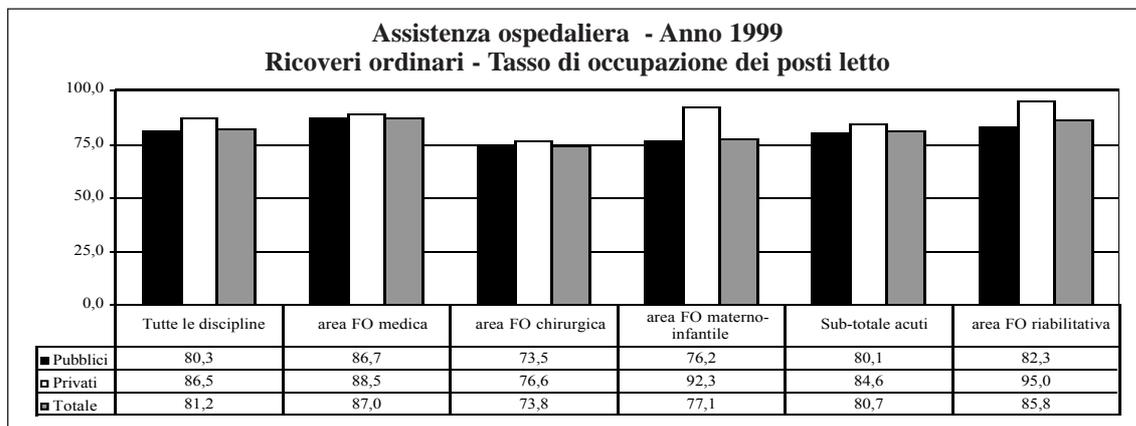


- me soglia massima, mentre il settore privato si attesta esattamente su questo valore;
- i valori più elevati di degenza media per acuti e di degenza media complessiva espressi dal settore privato sono da ricondursi esclusivamente al valore molto più alto relativo all'area FO medica, mentre per tutte le altre aree FO la durata della degenza delle strutture private risulta inferiore a quelli delle strutture pubbliche; le differenze emerse possono essere collegate, per le specialità chirurgiche e materno infantili, al maggior sviluppo del ricovero diurno nel settore pubblico, e, per le specialità mediche, ad un diverso case mix fra i due settori, con un maggior peso relativo nel settore privato dei ricoveri con degenza più lunga (es. ricoveri psichiatrici o neurologici);
- all'interno delle funzioni per acuti, in entrambi i settori, emerge il valore molto più alto per l'area medica, determinato presumibilmente sia da funzioni "improprie" svolte da alcune discipline afferenti a quest'area (Medicina generale, Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Reumatologia) per supplire a carenze di strutture per lungodegenza e riabilitazione, sia da problemi di accuratezza nella codifica dei ricoveri, che non distingue le funzioni aggregate;
- nel complesso non si osservano sostanziali cambiamenti nel triennio analizzato, se non una tendenza continua e costante, ma contenuta, all'aumento della degenza media per l'area FO riabilitativa;
- per i *ricoveri diurni* l'analisi della degenza media, intesa come "numero medio di accessi per ciclo", ripropone un quadro analogo a quello descritto per i ricoveri ordinari, ma con valori più che dimezzati.



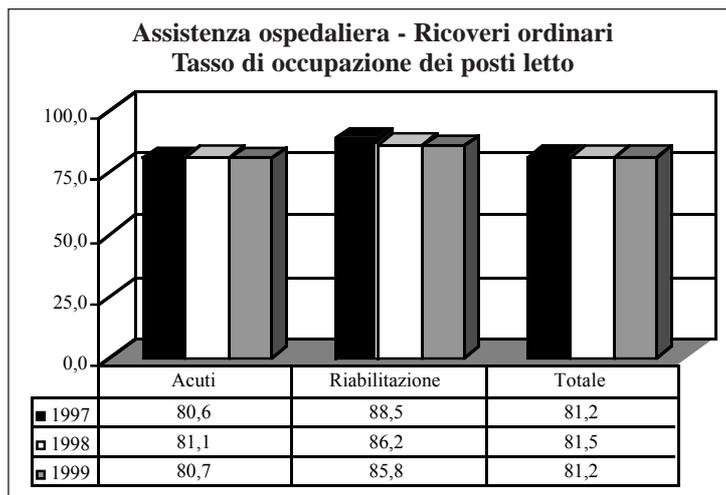
L'analisi a livello territoriale, riferita al solo settore pubblico, mette in evidenza che:

- con l'unica eccezione dell'Azienda ULSS 16, tutte le strutture Ospedale delle altre Aziende ULSS e le due Aziende Ospedaliere rientrano nella soglia massima di 9 giorni fissata per la degenza media delle discipline per acuti. Il valore anomalo dell'Azienda ULSS 16 è determinato dal fatto che, sempre considerando solo i ricoveri per acuti, i presidi in cui si articola la struttura Ospedale di questa Azienda svolgono quasi esclusivamente (ad eccezione di ortopedia e terapia intensiva) funzioni che afferiscono all'area FO medica, che, come evidenziato precedentemente, sono quelle che presentano degenze medie elevate; in particolare va segnalato il valore molto elevato relativo alla geriatria (18,2 giorni di degenza media), che, pesando per oltre la metà sulla dotazione complessiva di posti letto per acuti, ne condiziona pesantemente la relativa degenza media;
- tre Aziende (ULSS 1 e 3 e Azienda Ospedaliera di Verona) presentano valori della degenza media al limite della soglia massima di 9 giorni, in conseguenza di degenze medie più elevate soprattutto per l'area FO medica, ma anche per quella chirurgica, che suggeriscono un approfondimento di analisi sulla appropriatezza delle giornate trascorse in ospedale;
- tre Aziende (ULSS 19 in particolare, ma anche ULSS 10 e 22) fanno registrare valori molto bassi della degenza media per acuti; per le ULSS 19 e 22 tali scostamenti sono spiegati da mix produttivi più spostati sulle discipline chirurgiche e materno-infantili, caratterizzate nel complesso da degenze medie brevi, cui, limitatamente all'ULSS 19, si aggiungono degenze medie sistematicamente molto al di sotto della media per tutte le aree FO per acuti.



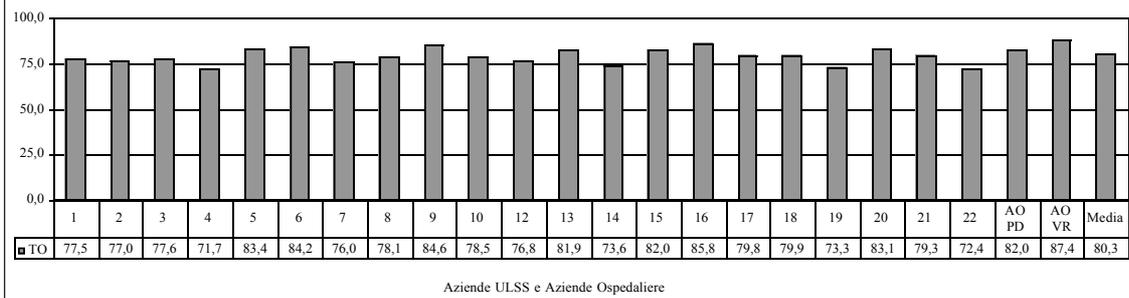
Le indicazioni di maggior rilievo ricavabili dall'analisi del tasso di occupazione dei posti letto sono:

- le criticità dell'area FO chirurgica, sia per il settore pubblico, con un tasso di occupazione medio inferiore al valore soglia minimo del 75% indicato dalla programmazione, sia per il settore privato, per cui il valore medio supera di poco tale valore;
 - la criticità, limitata al settore pubblico, dell'area materno-infantile, con un tasso di occupazione al limite dell'accettabilità;
 - nel complesso, una sostanziale stabilità dell'utilizzo dei posti letto nel triennio analizzato, ma va segnalata la tendenza continua e costante ad una diminuzione dei tassi di occupazione per l'area FO riabilitativa;
 - limitatamente al settore pubblico e alle funzioni per cui vale la soglia minima del 75% del tasso di occupazione dei posti letto (escluse quindi Terapia intensiva, Rianimazione, Malattie infettive, Trapianto d'organi e di midollo, Unità spinale), emerge che, fra le discipline con una discreta diffusione sul territorio regionale (almeno 5 unità operative nella regione), le più critiche, con tassi di occupazione inferiori al 75%, sono:
 - Chirurgia generale
 - Chirurgia maxillo-facciale
 - Oculistica
 - Odontoiatria e stomatologia
 - Ortopedia e traumatologia
 - Otorinolaringoiatria
 - Urologia
 - Ostetricia e ginecologia
- Si segnalano inoltre le discipline Chirurgia plastica, Chirurgia toracica e Pediatria con tassi di occupazione di poco superiori alla soglia;
- all'opposto le discipline con più elevati livelli di utilizzo dei posti letto (oltre il 90%) sono:
 - Terapia intensiva
 - Geriatria
 - Oncologia.



Sempre con riferimento al settore pubblico, l'analisi a livello territoriale fa emergere le criticità dei presidi delle Aziende ULSS 4, 14, 19 e 22, con valori medi del tasso di occupazione inferiori al 75%. Scendendo nel dettaglio dei singoli presidi, quelli per cui si registrano livelli complessivi di utilizzo dei posti letto inferiori alla soglia minima indicata dalla programmazione sono 14 (erano 17

Ricoveri ordinari - Presidi pubblici - Anno 1999.
Tasso di occupazione dei posti letto per Azienda (ULSS e Ospedaliera)



nel 1997) localizzati in 8 ULSS, e precisamente:

- ospedale di Asiago (ULSS 3)
 - ospedali di Schio e di Thiene (ULSS 4)
 - ospedale di Valdagno (ULSS 5)
 - ospedale di Vittorio Veneto (ULSS 7)
 - ospedali di Chioggia, di Piove di Sacco e di Cavarzere (ULSS 14)
 - ospedale di Este (ULSS 17)
 - ospedale di Adria (ULSS 19)
 - ospedali di Caprino Veronese, di Bussolengo, di Isola della Scala e di Malcesine (ULSS 22).
- Si segnalano inoltre gli ospedali di Pieve di Cadore (ULSS 1), di Noventa Vicentina (ULSS 6), di Jesolo (ULSS 13) e di Legnago (ULSS 21), con tassi di occupazione al limite della soglia minima del 75%.

INDICE DI CASE MIX (ICM),
 INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (ICP), RICOVERI E GG DI DEGENZA OUTLIER

L'analisi degli indici di funzionalità collegati alla classificazione dei ricoveri per DRG si limita ai ricoveri ordinari e viene effettuata all'interno di classi omogenee di presidi ospedalieri, in relazione sia della destinazione funzionale, sia della dimensione.

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1999
PRESIDI PER POST ACUTI

PRESIDI	Peso medio	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi					% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
					< 2 gg.	2 gg.	3 gg.	> 3 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI											
Ospedale civile di Auronzo	0,90	0,95	1,16	1.001	7,1	5,5	3,7	83,7	4,6	13,9	4,3
Ospedale civile di Lamon	0,65	0,69	1,46	966	0,5	0,1	0,1	99,3	5,2	13,5	0,0
Ospedale civile di Mezzaselva di Roana	0,73	0,77	2,09	689	1,2	0,3	0,9	97,7	8,0	27,6	0,1
Ospedale civile di Lonigo	0,81	0,86	1,40	1.574	3,9	3,7	4,3	88,1	10,4	38,4	10,7
Ospedale civile di Sandrigo	0,93	0,99	1,52	1.745	5,8	8,7	4,7	80,7	6,3	24,8	2,2
Ospedale civile di Valdobbiadene	0,88	0,93	1,58	900	3,7	6,0	4,8	85,6	11,7	49,3	9,7
Ospedale "Al Mare" - Venezia Lido	0,74	0,78	1,96	2.055	0,9	1,5	1,6	96,0	14,7	37,7	3,7
Ospedale civile di Cavarzere	0,83	0,88	1,38	1.369	2,6	2,3	2,8	92,3	5,8	20,3	0,2
Ospedale Geriatrico di Padova	0,86	0,91	1,57	5.737	4,5	3,2	3,5	88,8	10,7	39,4	9,9
Ospedale civile di Conselve	0,87	0,92	1,75	993	5,6	3,1	3,7	87,5	11,0	45,6	9,5
Ospedale civile di Cologna Veneta	0,88	0,93	1,33	785	4,5	4,2	1,4	89,9	7,6	17,8	12,0
Ospedale civile di Tregnago	0,82	0,87	1,13	1.187	5,6	3,6	3,4	87,4	3,9	11,2	9,2
Ospedale Civile di Marzana	1,06	1,12	1,54	1.177	2,7	4,1	5,2	88,0	9,0	23,8	6,3
Ospedale civile di Nogara	0,94	0,99	1,18	1.243	4,7	7,9	5,1	82,3	6,4	19,6	9,4
Ospedale civile di Zevio	0,81	0,86	1,31	2.084	2,4	1,8	3,2	92,6	8,1	18,0	4,8
Ospedale civile di Caprino Veronese	0,84	0,88	0,92	2.903	5,8	11,3	7,2	75,7	2,0	6,7	5,1
Ospedale civile di Malcesine	0,86	0,91	0,88	4.210	6,0	11,0	8,8	74,2	5,7	9,1	0,0
Ospedale civile di Valeggio sul Mincio	0,73	0,78	1,37	1.242	1,5	3,1	3,5	91,9	8,4	24,8	1,0
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS											
Ospedale Classificato Fatabenfratelli - Venezia	0,73	0,77	2,09	1.808	0,3	0,3	0,4	99,1	13,9	19,5	1,9
Ospedale Classificato S. Camillo	0,98	1,03	2,72	916	0,2	0,5	0,2	99,0	20,9	36,0	0,7
Ospedale Classificato Villa S. Giuliana di Verona	0,79	0,83	1,65	1.094	2,3	1,8	2,2	93,7	4,4	12,2	0,0
CASE DI CURA PRIVATE PRE-ACCREDITATE											
Casa di Cura Villa Margherita - Arcugnano	0,85	0,90	2,25	920	0,9	0,3	0,9	97,9	5,1	18,1	0,2
Casa di Cura Park Villa Napoleon - Preganziol	0,75	0,79	1,65	966	0,8	0,8	0,3	98,0	7,7	11,7	0,1
Casa di Cura Villa Maria	0,72	0,76	1,36	1.246	2,5	2,7	3,1	91,7	10,8	25,3	5,6
Casa di Cura Trieste	0,43	0,45	0,82	859	19,3	42,5	11,2	27,0	1,4	7,1	0,0
Casa di Cura Parco dei Tigli	0,84	0,89	1,49	1.451	1,1	0,7	0,7	97,5	2,7	5,4	0,1
Casa di Cura Villa S. Chiara - Verona	0,81	0,85	1,27	1.183	0,9	0,8	0,7	97,6	0,8	1,5	0,1
Casa di Cura Villa Garda	0,80	0,84	1,87	1.265	0,4	0,6	0,8	98,2	2,0	4,2	0,2
Totale Regione	0,97	1,00	1,00	751.389	7,8	14,2	11,3	66,7	4,0	15,6	3,4

a) *Presidi per post-acute*

Sono compresi in questa classe tutti i presidi ad indirizzo medico-riabilitativo, in cui non sono svolte funzioni chirurgiche, e di quelli a prevalente indirizzo medico-riabilitativo, in cui le funzioni chirurgiche sono svolte in modo limitato (attività programmata).

Sono presidi caratterizzati da una casistica poco complessa (ICM inferiore a 1) e da una bassa efficienza (ICP superiore a 1).

L'analisi per ente gestore indica inoltre che la maggioranza degli ospedali pubblici e degli ospedali classificati presenta quote di ricovero oltre la soglia anche sensibilmente più elevate della media, mentre, salvo due eccezioni, queste si attestano molto al di sotto della media per le case di cura private.

Fra i presidi con le performance più critiche in rapporto alla complessità della casistica trattata si segnalano:

- gli ospedali pubblici di Lamon, di Mezzaselva di Roana, "Al Mare" di Venezia Lido e di Conselve
- gli ospedali classificati Fatebenefratelli di Venezia, San Camillo di Venezia Alberoni e Villa S. Giuliana di Verona
- le case di cura private Villa Margherita di Arcugnano (VI), Park Villa Napoleon di Preganziol (TV) e Villa Garda (VR).

b) *Presidi di dimensioni ridotte (meno di 250 posti letto)*

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1999
PRESIDI PER ACUTI CON NUMERO DI POSTI LETTO < 250

PRESIDI	Peso medio	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi					% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
					< 2 gg.	2 gg.	3 gg.	> 3 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI											
Ospedale civile di Agordo	1,07	1,13	1,29	2.488	7,9	10,9	8,1	73,1	8,4	29,7	4,5
Ospedale civile di Cortina d'Ampezzo	1,06	1,12	0,93	2.814	9,1	16,5	7,6	66,8	7,9	20,1	0,2
Ospedale civile di Pieve di Cadore	0,81	0,85	0,89	2.815	13,1	12,8	10,8	63,3	2,1	7,8	3,8
Ospedale civile di Asiago	0,95	1,00	0,93	3.327	11,2	14,7	10,6	63,5	2,3	7,9	3,5
Ospedale civile di Arzignano	0,76	0,80	0,81	8.842	5,4	22,4	9,9	62,3	3,0	10,3	3,4
Ospedale civile di Montebelluna Maggiore	1,05	1,12	0,73	5.682	12,5	24,7	12,3	50,5	2,3	12,3	1,6
Ospedale civile di Valdagno	0,78	0,82	0,99	7.934	9,3	11,1	10,5	69,1	4,9	14,5	4,2
Ospedale civile di Noventa Vicentina	0,76	0,80	0,86	4.129	7,0	9,8	9,9	73,3	2,9	8,8	4,5
Ospedale civile di Motta di Livenza	0,72	0,76	1,09	4.018	10,5	12,3	6,6	70,6	4,3	17,3	4,8
Ospedale civile di Oderzo	0,99	1,05	1,03	4.842	14,6	10,0	8,4	67,0	4,3	13,4	4,1
Ospedale civile di Jesolo	0,81	0,86	0,83	4.947	32,7	7,6	6,7	52,9	2,4	12,4	3,3
Ospedale civile di Noale	0,98	1,04	1,67	4.114	4,8	20,3	12,8	62,1	8,4	37,4	8,7
Ospedale civile di Chioggia	0,76	0,80	1,07	7.916	12,9	17,5	9,8	59,8	5,0	20,6	0,0
Ospedale civile di Este	1,00	1,06	0,88	8.126	6,9	20,1	14,5	58,5	2,6	9,7	4,1
Ospedale civile di Montagnana	0,88	0,93	1,25	2.793	3,4	6,2	7,4	83,0	6,0	24,1	7,3
Ospedale S. Luca di Trecenta	0,94	0,99	0,86	7.356	12,4	12,3	9,8	65,5	2,4	12,5	4,9
Ospedale civile di S. Bonifacio	0,93	0,98	1,02	5.680	6,7	20,4	11,4	61,5	4,1	14,2	2,4
Ospedale civile di Soave	0,66	0,70	1,14	4.936	12,5	10,5	13,7	63,4	3,7	13,7	2,9
Ospedale civile di Bovolone	0,87	0,92	0,92	4.713	7,5	16,7	11,1	64,7	3,2	8,1	2,7
Ospedale civile di Isola della Scala	0,77	0,81	0,94	5.207	7,9	17,5	13,5	61,1	3,8	11,5	2,7
Ospedale civile di Villafranca di Verona	0,83	0,88	0,82	5.287	6,8	19,5	13,9	59,8	2,4	6,2	2,8
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS											
Ospedale Classificato De Gironcoli di Conegliano	0,99	1,05	0,80	4.688	5,0	9,2	8,5	77,2	2,1	6,0	4,7
Ospedale Classificato S. Camillo di Treviso	0,94	0,99	1,18	3.843	1,5	3,5	9,6	85,4	3,0	7,1	2,4
Ospedale Classificato Villa Salus - Mestre	0,72	0,76	1,11	8.225	1,0	14,6	18,2	66,2	2,7	6,9	1,0
Casa di cura San Marco - Mestre	0,85	0,90	1,20	5.382	4,1	13,4	6,9	75,5	5,1	20,9	8,0
Casa di Cura Abano Terme	0,81	0,86	0,98	8.768	7,9	19,7	19,8	52,7	2,9	10,9	3,0
Casa di Cura Madonna della Salute	0,82	0,87	0,93	5.491	11,5	15,0	9,9	63,6	2,4	7,7	3,2
CASE DI CURA PRIVATE PRE-ACCREDITATE											
Casa di Cura Villabruna Bellati - Feltre	0,84	0,88	1,18	3.536	1,4	5,5	11,7	81,4	3,7	10,9	1,8
Casa di Cura Eretenia - Vicenza	0,97	1,02	0,79	3.344	9,9	24,4	10,4	55,3	0,6	2,5	1,2
Casa di Cura Villa Berica - Vicenza	0,77	0,82	1,20	3.213	1,1	19,6	17,0	62,2	2,2	10,6	1,1
Casa di Cura Giovanni XXIII - Monastier	1,11	1,18	0,77	6.641	6,5	37,1	12,8	43,5	0,4	1,2	0,8
Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola - S. Donà di Piave	0,75	0,79	1,00	4.005	2,6	17,1	8,1	72,2	2,4	6,8	2,4
Casa di Cura Città di Rovigo	0,80	0,85	1,11	1.800	2,8	2,3	1,5	93,4	3,9	15,3	12,8
Casa di Cura S. Maria Maddalena - Occhiobello	0,72	0,76	0,95	2.059	8,6	6,8	12,2	72,4	2,5	8,8	2,4
Casa di Cura Chierago e Perbellini - Verona	0,80	0,85	1,21	1.333	2,4	3,6	2,3	91,7	3,5	8,6	6,6
Casa di Cura S. Francesco - Verona	1,07	1,14	0,70	2.569	15,9	39,4	10,1	34,7	0,3	0,9	0,0
Totale Regione	0,97	1,00	1,00	751.389	7,8	14,2	11,3	66,7	4,0	15,6	3,4

Costituiscono la classe più numerosa, in cui, nella maggior parte dei casi, ad una casistica di complessità inferiore alla media si accompagna una performance su livelli medio-bassi, mentre i presidi con quote di ricoveri e di giornate di degenza superiori alla media rappresentano una minoranza.

Le situazioni di maggiore criticità sono rilevate per i seguenti presidi:

- ospedali pubblici di Motta di Livenza, di Noale, di Montagnana, di Soave
- ospedale classificato Villa Salus di Mestre
- case di cura San Marco di Mestre, Villabruna Bellati di Feltre, Villa Berica di Vicenza, Chiergo Perbellini di Verona.

Presidi con performance discrete in rapporto alla casistica trattata sono gli ospedali pubblici di Cortina d'Ampezzo e di Montecchio Maggiore, l'ospedale classificato De Gironcoli di Conegliano e le case di cura Eretenia di Vicenza, Giovanni XXIII di Monastier (TV) e S. Francesco di Verona.

c) *Presidi di dimensioni medie (tra 250 e 399 posti letto) e medio-grandi (tra 400 e 749 posti letto)*

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1999
PRESIDI PER ACUTI CON NUMERO DI POSTI LETTO COMPRESO FRA 250 E 399

PRESIDI	Peso medio	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi					% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
					< 2 gg.	2 gg.	3 gg.	> 3 gg.	outliers		
<i>PRESIDI PUBBLICI</i>											
Ospedale civile di Schio	0,98	1,03	0,91	8.338	6,7	18,1	8,5	66,7	3,7	15,2	5,0
Ospedale civile di Thiene	0,85	0,90	0,91	12.223	6,3	12,0	17,1	64,6	2,6	10,4	4,1
Ospedale civile di Vittorio Veneto	0,88	0,93	0,94	9.569	8,3	12,8	18,2	60,7	2,7	10,7	4,0
Ospedale civile di Montebelluna	0,89	0,94	0,88	12.548	6,9	11,6	12,2	69,3	2,3	7,9	3,9
Ospedale civile di Portogruaro	0,93	0,98	0,93	9.533	12,8	14,3	11,0	61,9	2,9	15,6	3,9
Ospedale civile di S. Donà di Piave	0,80	0,84	0,86	11.808	24,2	12,5	9,4	53,9	2,8	14,3	3,5
Ospedale civile di Mirano	1,20	1,27	0,86	10.795	9,9	15,2	11,3	63,6	3,1	11,4	2,6
Ospedale civile di Piove di Sacco	0,83	0,87	1,11	9.405	8,8	10,9	8,1	72,2	4,6	14,7	1,6
Ospedale Sant'Antonio - Padova	1,07	1,13	1,04	6.585	12,5	10,8	8,4	68,4	4,1	14,9	3,6
Ospedale civile di Monselice	1,00	1,06	0,99	10.637	5,3	14,0	13,0	67,7	3,3	11,3	3,7
Ospedale civile di Adria	0,79	0,83	0,99	7.497	9,1	16,5	10,5	63,9	3,9	15,9	3,7
Ospedale civile di Bussolengo	0,78	0,82	0,89	9.043	10,8	21,4	13,3	54,6	3,3	12,5	1,8
<i>OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS</i>											
Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda	0,90	0,95	0,79	12.832	3,2	14,6	19,0	63,3	2,0	4,6	1,7
Totale Regione	0,97	1,00	1,00	751.389	7,8	14,2	11,3	66,7	4,0	15,6	3,4

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1999
PRESIDI PER ACUTI CON NUMERO DI POSTI LETTO COMPRESO FRA 400 E 749

PRESIDI	Peso medio	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi					% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
					< 2 gg.	2 gg.	3 gg.	> 3 gg.	outliers		
<i>PRESIDI PUBBLICI</i>											
Ospedale civile di Belluno	0,98	1,04	1,04	14.758	10,4	11,6	11,2	66,8	4,9	18,9	4,0
Ospedale civile di Feltre	0,95	1,00	0,97	11.080	8,2	16,0	10,6	65,2	3,7	18,7	3,7
Ospedale civile di Bassano del Grappa	0,87	0,92	1,01	17.414	5,8	10,2	10,4	73,6	4,0	13,1	3,8
Ospedale civile di Conegliano	0,83	0,88	0,96	13.945	8,0	11,0	14,0	67,0	3,4	13,4	4,1
Ospedale civile di Castelfranco Veneto	0,89	0,95	0,99	15.191	10,6	13,3	13,7	62,3	4,2	19,4	3,8
Ospedale civile di Mestre	1,08	1,14	0,94	18.746	6,3	13,2	9,5	70,9	3,8	13,9	3,9
Ospedale civile di Venezia	0,90	0,95	1,00	17.763	12,6	11,9	8,6	67,0	4,4	15,8	3,9
Ospedale civile di Dolo	0,89	0,94	0,90	16.131	6,2	16,9	11,5	65,4	2,7	8,6	3,8
Ospedale civile di Camposampiero	0,85	0,90	1,08	17.568	8,2	20,9	8,7	62,2	5,4	20,8	3,3
Ospedale civile di Cittadella	0,99	1,04	0,95	16.172	7,7	15,1	10,7	66,5	3,7	13,5	3,1
Ospedale civile di Rovigo	1,13	1,19	0,97	20.790	6,9	14,2	10,9	68,0	4,1	13,9	4,0
Ospedale civile di Legnago	1,01	1,07	0,91	15.656	5,9	23,0	11,0	60,1	2,7	9,6	3,2
<i>OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS</i>											
Ospedale Classificato Sacro Cuore di Negr	0,86	0,91	0,96	18.086	3,9	21,3	15,0	63,3	3,4	18,5	2,2
Totale Regione	0,97	1,00	1,00	751.389	7,8	14,2	11,3	66,7	4,0	15,6	3,4

Pur trattandosi di strutture molto differenziate fra loro per complessità organizzativa, si osserva per questi presidi una relativa omogeneità sia per quanto riguarda la complessità della casistica, che si avvicina progressivamente alla media con l'aumentare delle dimensioni, sia per i livelli di performance generalmente superiore alla media, sia per quote di ricoveri e giornate di degenza oltre la soglia che si collocano intorno alla media.

Fanno eccezione le performance critiche degli ospedali pubblici di Piove di Sacco, nella classe di dimensioni minori, e di Camposampiero, nella classe di dimensioni superiori, mentre gli ospedali pubblici di Mestre e di Rovigo, entrambi di dimensioni medio-grandi, e di Mirano, di dimensioni medie, si distinguono per i migliori livelli di performance in rapporto alla casistica.

d) Presidi di grandi dimensioni (800 e più posti letto)

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1999
PRESIDI PER ACUTI CON NUMERO DI POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA > 749

PRESIDI	Peso medio	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi					% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
					< 2 gg.	2 gg.	3 gg.	>3 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI											
Ospedale civile di Vicenza	1,08	1,15	0,92	35.177	7,6	16,9	12,1	63,5	3,6	13,5	3,7
Ospedale civile di Treviso	1,18	1,24	0,99	34.779	9,3	12,2	11,4	67,1	4,5	20,4	4,4
Azienda Ospedaliera di Verona	1,18	1,24	1,02	62.805	7,1	14,3	11,9	66,8	4,8	17,3	3,0
Azienda Ospedaliera di Padova	1,21	1,28	1,01	57.434	6,2	10,4	13,5	69,9	4,7	16,8	2,8
Totale Regione	0,97	1,00	1,00	751.389	7,8	14,2	11,3	66,7	4,0	15,6	3,4

I quattro presidi che appartengono a questa classe sono caratterizzati da una casistica molto complessa, in quanto poli di riferimento regionale per le alte specialità, e da buoni livelli di performance, con quote di ricoveri e di giornate di degenza fuori soglia nel complesso superiori alla media regionale, da collegarsi presumibilmente al trattamento, nell'ambito dello stesso DRG, dei casi più difficili.

I 29.959 ricoveri fuori soglia producono 1.030.507 giornate di degenza che superano la soglia massima prevista per i singoli DRG, con una media di 34 giornate in eccesso per ogni ricovero outlier.

L'importanza assoluta e relativa del fenomeno impone un approfondimento di analisi al fine di verificare se e in quali casi sia da imputare a inefficienze organizzative, tecniche o operative o sia piuttosto legato al sistema DRG, in particolare ad una sua applicazione non sufficientemente adattata al contesto specifico nazionale e/o regionale.

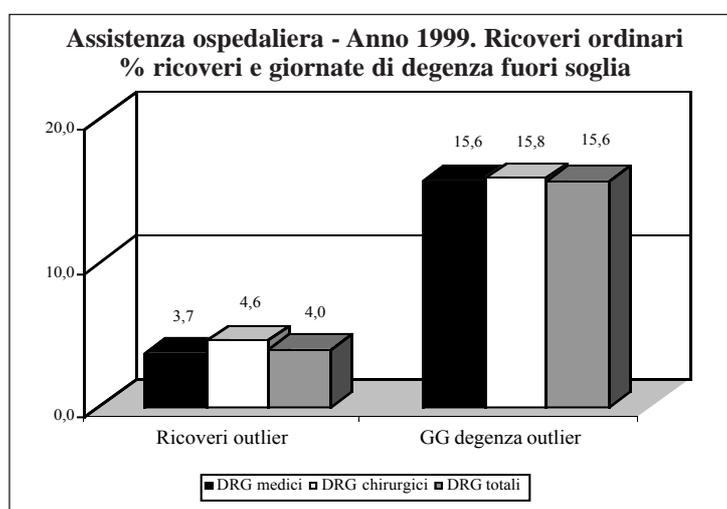
Fra i DRG più frequenti (con almeno 3.000 ricoveri), quote più elevate di giornate di degenza outlier (oltre il 25%), cui si associano quote di ricoveri oltre la soglia superiori alla media, si osservano per:

- stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni, senza complicazioni (DRG 29M)
- sequele malattie apparato osteomuscolare e tessuto connettivo (DRG 249M)
- disturbi circolatori escluso IMA con cateterismo (DRG 125M)
- aborto con dilatazione e raschiamento, isterosuzione e isterotomia (DRG 381C)
- chemioterapia (DRG 410M)
- asportazione locale e rimozione mezzi fissazione interna esclusi anca e femore (DRG 231M)
- fratture, distorsioni, stiramenti, lussazioni braccio, gamba escluso piede, età > 17, senza complicazioni (DRG 254M)
- malattie degenerative del sistema nervoso (DRG 12M).

La soddisfazione dei pazienti è un'informazione importante ai fini della valutazione e del miglioramento della qualità dell'assistenza.

I dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT offrono alcune indicazioni generali ma significative su punti di forza e di debolezza dell'assistenza ospedaliera in Veneto, secondo il giudizio formulato dagli utilizzatori dei servizi:

- in primo luogo si deve sottolineare la migliore posizione del Veneto rispetto al livello nazionale, soprattutto per gli aspetti alberghieri, con quote di pazienti soddisfatti superiori di oltre 10 punti percentuali ai corrispondenti valori medi nazionali, ma anche per gli aspetti di natu-



Assistenza ospedaliera - Qualità percepita - Anno 1998

ASPETTI DEL RICOVERO E LIVELLI DI SODDISFAZIONE	AMBITI TERRITORIALI		
	Veneto	Italia nord-orientale	Italia nel complesso
<i>Assistenza medica</i>			
- Molto soddisfatti	% 47,5	47,9	35,6
- Abbastanza soddisfatti	% 45,3	43,6	52,8
- <i>Totale soddisfatti</i>	% 92,8	91,5	88,4
<i>Assistenza infermieristica</i>			
- Molto soddisfatti	% 47,3	47,9	34,4
- Abbastanza soddisfatti	% 45,2	43,0	52,1
- <i>Totale soddisfatti</i>	% 92,5	90,9	86,5
<i>Vitto</i>			
- Molto soddisfatti	% 28,8	33,5	22,4
- Abbastanza soddisfatti	% 52,2	44,5	48,1
- <i>Totale soddisfatti</i>	% 81,0	78,0	70,5
<i>Servizi igienici</i>			
- Molto soddisfatti	% 32,5	37,5	25,9
- Abbastanza soddisfatti	% 53,5	47,2	48,1
- <i>Totale soddisfatti</i>	% 86,0	84,7	74,0

- ra assistenziale, per cui in Veneto viene espressa una soddisfazione quasi totale, mentre a livello nazionale si è ancora al di sotto del 90%; anche restringendo il confronto alle regioni più affini, si conferma la migliore posizione del Veneto, ma con differenze molto meno marcate;
- in Veneto gli aspetti alberghieri risultano quelli più critici, con ancora ampi margini di miglioramento sia per raggiungere un livello di qualità comunque accettabile (pazienti abbastanza o molto soddisfatti), sia, soprattutto, per raggiungere l'eccellenza (pazienti molto soddisfatti);
 - l'assistenza medica e l'assistenza infermieristica assicurata negli ospedali della regione, come già sottolineato, sono gli aspetti più apprezzati dai pazienti, ma comunque ancora migliorabili.

Appropriatezza dei ricoveri

Nel corso del 1999 è stato avviato su tutto il territorio regionale un progetto per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario nelle Unità Operative per acuti, con esclusione di quelle di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria, pediatria, ostetricia e ginecologia, dermatologia, rianimazione e UCIC.

La valutazione è stata condotta utilizzando la metodica PRUO (Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale), versione italiana dell'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), che consente di valutare l'appropriatezza generica dell'uso dell'ospedale, evidenziando se le prestazioni erogate all'ammissione e nel corso del ricovero possiedono quelle caratteristiche di intensività, multidisciplinarietà e tempestività di risposta che un ospedale per acuti è chiamato a fornire.

È stato condotto uno studio longitudinale retrospettivo su un campione significativo di dimessi nel periodo 1.1.1998 – 30.6.1998 da tutti gli ospedali per acuti, pubblici e privati provvisoriamente accreditati, delle 21 ULSS e delle 2 Aziende Ospedaliere del Veneto.

Per il giudizio di appropriatezza, il protocollo PRUO utilizzato ha previsto la rilevazione, per ogni ricovero oggetto di studio, della presenza o assenza di almeno uno dei 20 criteri oggettivi che rendono appropriata l'ammissione in ospedale e dei 21 criteri che rendono appropriata la singola giornata di degenza.

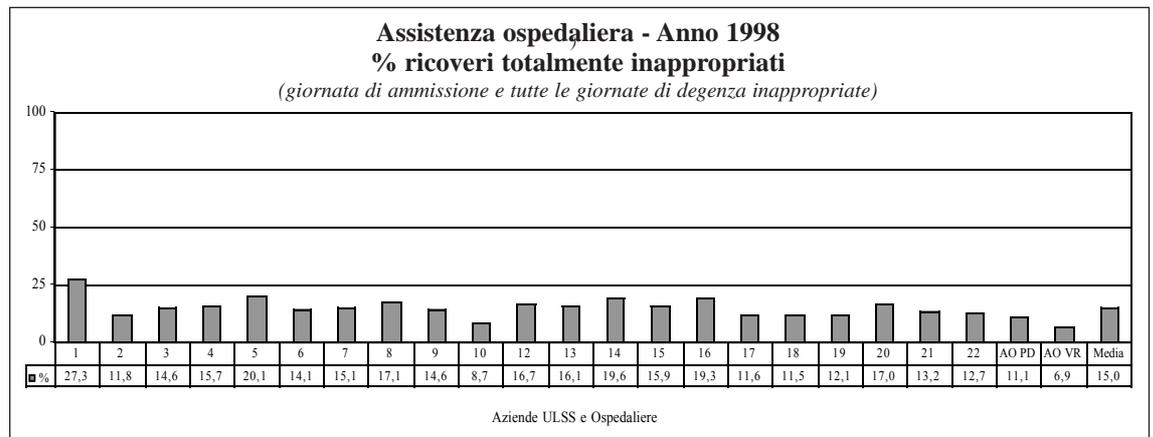
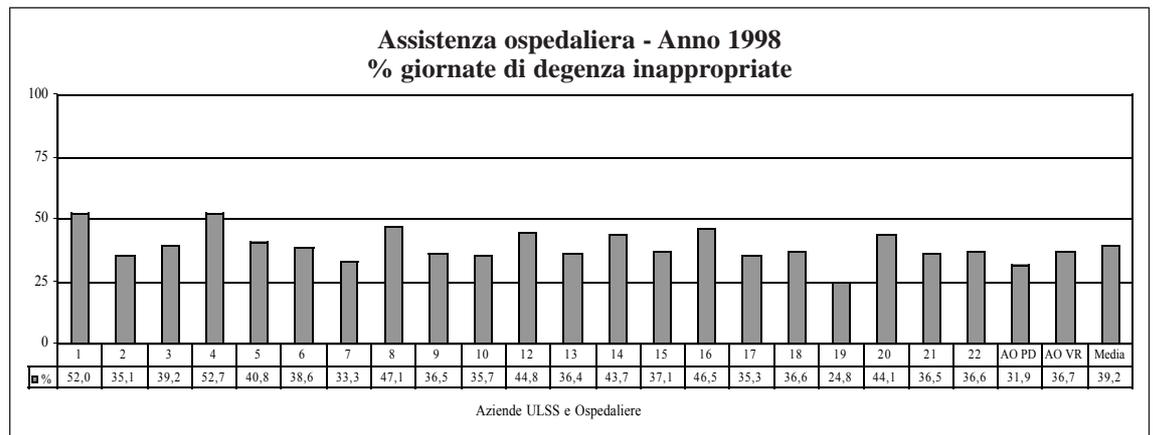
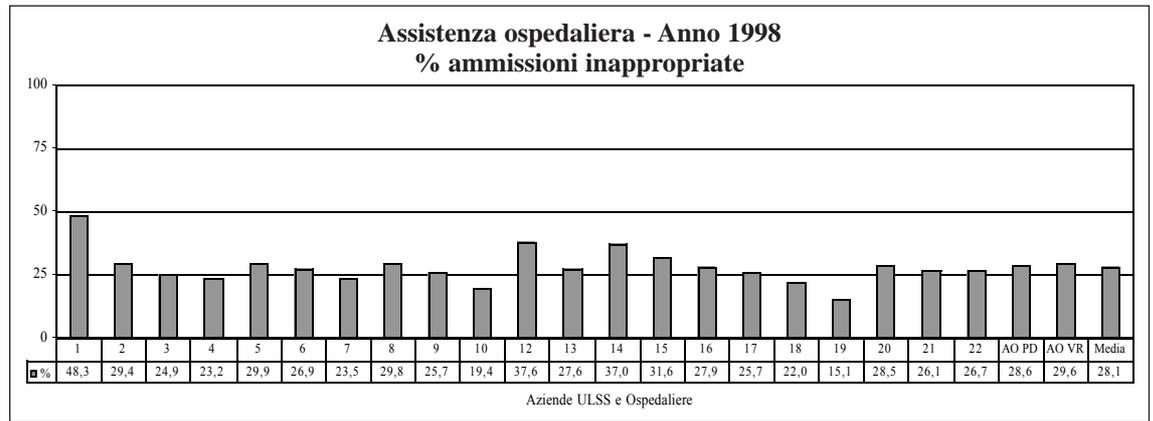
Per l'intero territorio nazionale sono stati valutati 8.623 ricoveri, per un totale di 62.481 giornate di degenza.

I dati presentati nei grafici, comprensivi per le Aziende ULSS anche delle strutture di ricovero private provvisoriamente accreditate, segnalano la presenza di forti problemi di appropriatezza nell'uso dell'ospedale, che interessano tutto il territorio regionale, anche se con livelli di intensità assai differenziati; in particolare:

- 5 ULSS (n. 1, 5, 8, 12 e 14) presentano livelli di inappropriata superiorità alla media regionale sia per le ammissioni che per le giornate di degenza che per i ricoveri;
- 8 ULSS (n. 6, 9, 10, 17, 18, 19, 21, 22) si collocano invece al di sotto dei valori medi regionali per tutti i tre indicatori di non appropriatezza analizzati.

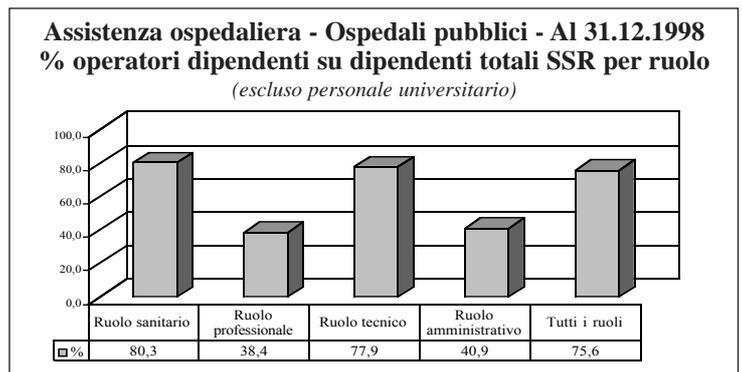
L'analisi approfondita dei dati consentirà di determinare i principali fattori che generano inappro-

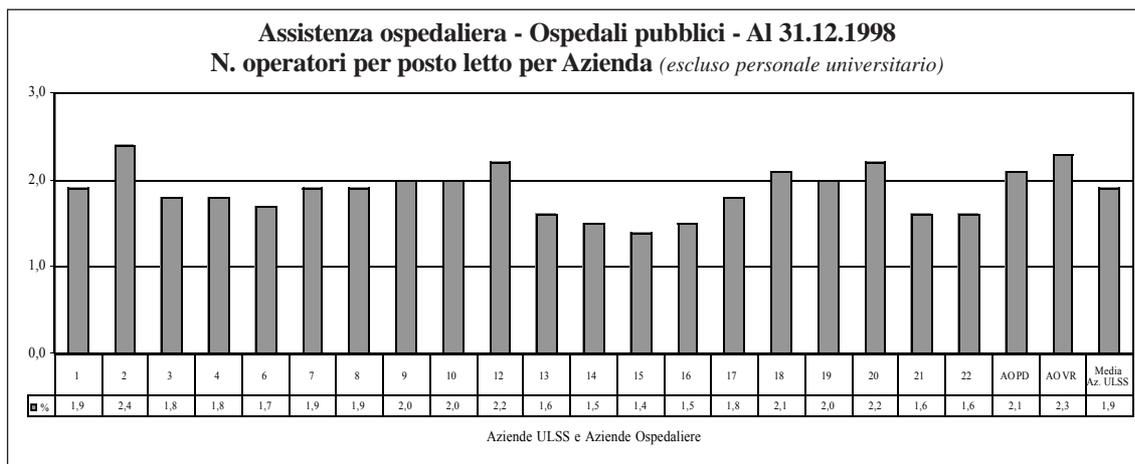
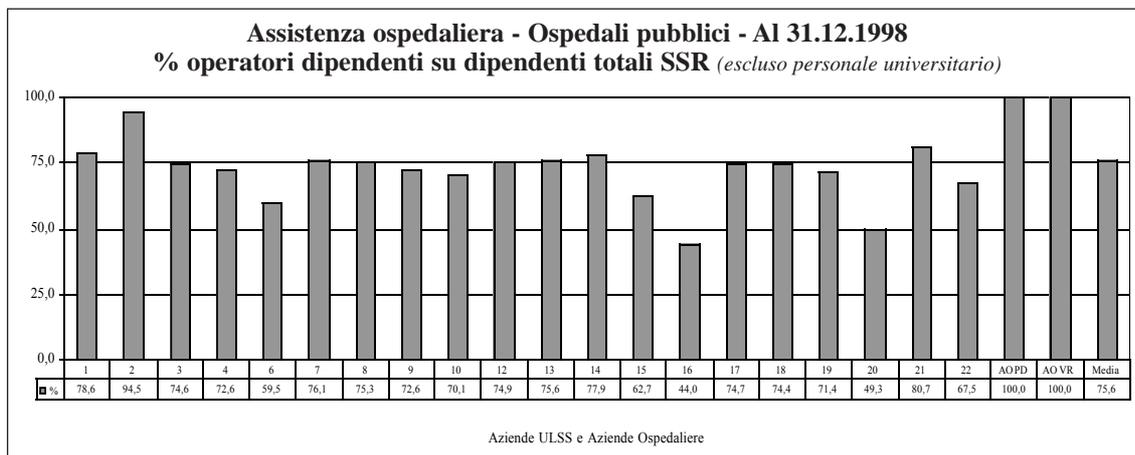
PERSONALE



privatezza nell'uso dell'ospedale, evidenziando, per ogni singola ULSS, quelli legati a momenti organizzativi all'interno dell'ospedale (presenza di "colli di bottiglia" nell'erogazione di servizi, inefficienze nella gestione della casistica da parte del reparto) da quelli legati alla mancanza o insufficienza di forme assistenziali territoriali alternative all'ospedale come l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale extraospedaliera in RSA, case di riposo, istituti di riabilitazione, hospice, etc..

Di seguito sono analizzati i dati relativi al personale dipendente dal SSR operante presso le strutture Ospedale delle Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere ricavati dalla rilevazione del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica ai fini del Conto annuale e della Relazione sulla gestione per l'Esercizio 1998.





Trattandosi di una rilevazione in via di consolidamento e in assenza di altre fonti di riscontro, i dati sono devono essere interpretati con cautela e devono considerarsi puramente indicativi.

Fenomeni di maggior rilievo che emergono dai dati presentati nei grafici sono:

- oltre i tre quarti del personale dipendente dal SSR opera presso i servizi ospedalieri, indicando l'elevato assorbimento di risorse umane dell'assistenza ospedaliera; in una fase, come l'attuale, in cui la politica regionale si pone l'obiettivo strategico di spostare risorse dall'ospedale al territorio, questo indicatore assume una importanza strategica e dovrà quindi essere monitorato con molta attenzione nel prossimo futuro;
- dall'analisi dell'incidenza del personale ospedaliero sul personale totale dipendente dalle Aziende ULSS a livello territoriale emerge una situazione sostanzialmente allineata alla media regionale; fanno eccezione:
 - le Aziende ULSS nel cui territorio hanno sede le Aziende Ospedaliere (16 e 20), che ovviamente presentano incidenze molto più basse;
 - l'Azienda ULSS 2 per cui risulterebbe un orientamento quasi esclusivamente centrato sull'ospedale;
 - le Aziende ULSS 6 e 15 che, al contrario, parrebbero più orientate allo sviluppo di servizi extraospedalieri;
- il rapporto operatori / posti letto, infine, non risulta sempre coerente con la complessità dei servizi ospedalieri; in particolare il valore del rapporto appare eccessivamente elevato per l'Azienda ULSS 2, soprattutto, ma anche per le Aziende ULSS 20, 19 e 10, e relativamente basso per l'Azienda ULSS 6.

La Regione Veneto, con DGR n. 5106/98, ha avviato un progetto per la determinazione dei costi effettivi per paziente/DRG, al fine di individuare i pesi dei DRG, come previsto dal decreto del Ministro della Sanità del 15 aprile 1994 che sancisce la facoltà delle regioni di determinare le tariffe dell'attività di ricovero erogata attraverso i propri presidi ospedalieri, pubblici e privati accreditati, indicando, inoltre, i criteri di individuazione dei costi dell'attività di ricovero.

Tale progetto, in una prima fase, ha consentito di ritoccare i pesi di alcuni DRG, ove più marcato appariva lo scostamento tra la tariffa ed il costo di produzione; infatti, con DGR n. 1007/99 si sono definite le nuove tariffe delle prestazioni di ricovero ospedaliero, valorizzando il modello di erogazione del ricovero ordinario allo stesso importo di quello diurno, al fine di incentivare lo spostamento di consistenti volumi di attività nel regime di ricovero più appropriato.

La notevole mole di dati, sia clinici che economici, prodotti con la raccolta di notizie dell'attività di ricovero del 1998, che ha visto il coinvolgimento di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere della regione, consente una analisi approfondita dei costi suddivisi per i fattori produttivi più rilevanti. Attraverso il consolidamento dei dati di costo delle varie aziende si sono ricavati i valori medi regionali per ciascun DRG, stratificati per tipologia di ricovero, specialità e categoria di ospedale.

Ciò ha permesso di rilevare gli scostamenti tra costi attesi (valori medi regionali) e costi effettivi di ogni Azienda ULSS ed ospedaliera e si sono potuti determinare gli obiettivi gestionali n. 43, 44, 45 della DGR n. 4816/99, fornendo ad ogni Direttore Generale uno sofisticato strumento di controllo denominato metodo sinottico di rilevazione dei costi effettivi.

La prima tabella riporta alcuni risultati di sintesi dell'attività ospedaliera del 1998 e dei relativi costi; in particolare:

Assistenza ospedaliera - Attività e costi totali - Anno 1998 - Quadro sintetico

<i>ATTIVITA'</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Dimessi	1.002.335	
GG. di ricovero	6.980.586	100,0
GG. nel CR finale	6.619.024	94,8
GG. in altre UO	163.557	2,3
GG. in Rianimazione	100.979	1,4
GG. in UCIC	46.750	0,7
GG. in Terapia intensiva neonatale	46.486	0,7
GG. in Riabilitazione intensiva 3° livello	3.791	0,1
N° ricoveri con intervento in S.O.	290.276	29,0
N° parti (DRG 372-373)	27.670	2,8
<i>VOCI DI COSTO</i>	<i>IMPORTO IN LIRE</i>	<i>%</i>
Personale medico	364.931.266.744	9,2
Personale infermieristico	676.929.436.164	17,1
Altro personale	142.160.691.988	3,6
Farmaci	155.295.757.770	3,9
Presidi sanitari e chirurgici	75.089.339.750	1,9
Altri costi alberghieri e vari	178.029.455.791	4,5
Degenza in altre UO	41.292.431.392	1,0
Riabilitaz. intensiva 3° livello	2.470.913.289	0,1
<i>Totale degenza</i>	<i>1.636.199.292.887</i>	<i>41,3</i>
<i>Sala operatoria/sala parto</i>	<i>529.830.939.717</i>	<i>13,4</i>
Laboratorio	194.517.232.384	4,9
Radiologia	102.214.511.673	2,6
Servizi da altre unità organizz.	238.112.730.560	6,0
<i>Totale servizi</i>	<i>534.844.474.618</i>	<i>13,5</i>
Rianimazione	176.294.598.220	4,4
UCIC	39.815.204.993	1,0
Terapia intensiva neonatale	23.816.851.503	0,6
<i>Totale Terapie intensive</i>	<i>239.926.654.715</i>	<i>6,0</i>
<i>Costi specifici</i>	<i>2.940.801.381.937</i>	<i>74,1</i>
<i>Quota costi comuni aziendali</i>	<i>1.025.733.702.716</i>	<i>25,9</i>
<i>Costi pieni</i>	<i>3.966.535.084.653</i>	<i>100,0</i>
<i>PROVENTI DRG</i>	3.738.507.661.739	
<i>RISULTATO ECONOMICO</i>	-228.027.422.914	-6,1

Assistenza ospedaliera - Attività e costi medi per area - Anno 1998

AREA ASSISTENZIALE	DIMESSI	GG. DEGENZA	% GG. DEGENZA	DEGENZA MEDIA	COSTI MEDI PER RICOVERO
Medica	481.951	4.117.923	59,0	8,5	3.625.644
Chirurgica	520.384	2.668.448	38,2	5,1	2.136.014
Rianimazione	19.059	100.979	1,4	5,3	15.432.970
UCIC	12.407	46.750	0,7	3,8	4.912.461
Terapia intensiva neonatale	5.058	46.486	0,7	9,2	7.490.753
COSTI MEDI PER GIORNATA DI DEGENZA					
	Assistenza in reparto	Servizi da altre UU.OO.	Totale Costi specifici	Costi Comuni	Totale Costi
Degenza	241.101	71.234	312.335	108	312.443
<i>Medica</i>	<i>244.377</i>	<i>70.227</i>	<i>314.604</i>	<i>109.732</i>	<i>424.336</i>
<i>Chirurgica</i>	<i>236.045</i>	<i>72.788</i>	<i>308.833</i>	<i>107.719</i>	<i>416.552</i>
Rianimazione	1.745.856	413.742	2.159.598	753.255	2.912.853
UCIC	851.662	114.928	966.590	337.141	1.303.731
Terapia intensiva neonatale	512.340	91.943	604.283	210.770	815.053
<i>MEDIA GENERALE</i>	<i>168.763</i>	<i>76.619</i>	<i>245.382</i>	<i>120.467</i>	<i>365.849</i>
				Specifico	Pieno
Costo medio unitario di sala operatoria per ricovero con episodio chirurgico				1.666.418	2.247.655

- dati e indicatori di attività che danno una misura macro dell'impatto dei pazienti sul modello sanitario regionale;
- costi effettivi suddivisi nei vari fattori produttivi; si tenga conto che:
 - le voci relative alla degenza sono riferite al costo del reparto di dimissione del paziente
 - le voci relative a sala operatoria / sala parto, servizi e terapie intensive rappresentano i costi complessivi di ciascuna attività.

Determinati così i costi specifici, che danno la misura dell'assorbimento delle risorse necessarie, si sono aggiunti i costi comuni aziendali per valorizzare il costo pieno.

Il risultato economico, generato dalla differenza tra costo pieno e proventi, calcolati moltiplicando i pesi dei DRG al valore unitario di riferimento (£ 4.850.000), risulterebbe in passivo di 228 miliardi.

Nella tabella precedente sono evidenziati:

- i costi medi unitari delle giornate di degenza, suddivisi per area assistenziale, separando la quota di costo proprio della degenza da quella dei servizi diagnostici richiesti;
- indicatori che forniscono una rappresentazione sintetica del modello assistenziale veneto, come volume di attività e come costi generati.

Assistenza ospedaliera - Dimessi e costi per area - Anno 1998 - Quadro sintetico

		Medicine	Chirurgie	TOTALE
Dimessi	n.	481.951	520.384	1.002.335
Ricoveri chirurgici	n.	7.310	282.966	290.276
Costi degenza	lire	1.006.325.683.865	629.873.609.022	1.636.199.292.887
Costi sala operatoria	lire	19.921.842.341	509.909.117.376	529.830.959.717
Costi terapie intensive	lire	107.471.108.870	132.455.545.845	239.926.654.715
Costi servizi	lire	327.358.592.557	207.485.882.061	534.844.474.618
Costi comuni	lire	509.418.391.303	516.315.311.413	1.025.733.702.716
TOTALE COSTI	<i>lire</i>	<i>1.970.495.618.936</i>	<i>1.996.039.465.717</i>	<i>3.966.535.084.653</i>
COSTO MEDIO PIENO	<i>lire</i>	<i>4.088.581</i>	<i>3.835.705</i>	<i>3.957.295</i>

I dati di costo, aggregati attraverso i citati driver, permettono di valutare le varie funzioni e valorizzare l'ammontare dei finanziamenti da assegnare, come stabilito dal Dlgs n.229/99.

Il processo attivato con la citata DGR n. 5106/98 prevede, inoltre, l'approfondimento analitico di alcune specifiche attività quali le sale operatorie, le Anestesi e Rianimazioni, il Pronto Soccorso, l'area materno infantile, l'area della riabilitazione, attraverso lo studio di alcune UO pilota con l'eccezione dell'area chirurgica, estesa alla totalità delle Aziende, e delle UO di Pronto Soccorso, con il coinvolgimento delle Società Italiana di Medicina di Pronto Soccorso del Veneto.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali:
 - Progetto per la valutazione di appropriatezza dei ricoveri secondo la metodica PRUO
 - Progetto per la determinazione dei costi per paziente / DRG con il supporto tecnico-consulenziale dello Studio Pasdera e Zorzet
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Sistema Informatico Socio-Sanitario:
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli HSP.12, HSP.13
 - Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO
 - Ministero della Sanità – Dipartimento della programmazione – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dati SDO 1998)
 - Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica - Monitoraggio della spesa per il personale al fine della predisposizione del Conto annuale e della Relazione sulla gestione
 - ISTAT:
- "I servizi pubblici e di pubblica utilità: utilizzo e soddisfazione" - Indagine Multiscopo su "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 1998

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 5.1.1/A, TAVOLA 5.1.2/A, TAVOLA 5.1.7/A, TAVOLA 5.1.8/A, TAVOLA 5.1.9/A, TAVOLA 5.1.10/A, TAVOLA 5.1.14/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 5.1.1/R, TAVOLA 5.1.2/R, TAVOLA 5.1.3/R, TAVOLA 5.1.4/R, TAVOLA 5.1.5/R, TAVOLA 5.1.6/R, TAVOLA 5.1.7/R, TAVOLA 5.1.8/R, TAVOLA 5.1.9/R, TAVOLA 5.1.10/R, TAVOLA 5.1.11/R, TAVOLA 5.1.12/R, TAVOLA 5.1.13/R

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.2 Servizi di urgenza ed emergenza

NORMATIVA

Con DGR n. 1229/98 sono state apportate modifiche ed integrazioni al PSSR 1989-91, già modificato con le DGR n. 1779/94 e n. 1705/95, in applicazione all'intesa Stato-Regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di urgenza ed emergenza ex DPR 27.3.92.

Con tale provvedimento sono state dettate le linee direttrici della Regione Veneto sul sistema di allarme e di intervento sul territorio, in un quadro programmatico che vede, da un lato, maggiori garanzie di riqualificazione degli standard ospedalieri e, dall'altro lato, un nuovo assetto organizzativo per i servizi extra-ospedalieri resi alla popolazione.

Con successiva DGR n. 1179/00 sono state apportate alcune modifiche alla riorganizzazione del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM) regionale prevedendo l'accorpamento del centralino telefonico del punto di ascolto dell'emergenza di Venezia alla Centrale Operativa (CO) provinciale di Mestre, nonché il trasferimento della titolarità della CO della provincia di Verona dall'Azienda Ospedaliera di Verona all'Azienda ULSS 20 di Verona)

Altri provvedimenti adottati dalla Regione del Veneto in materia nel corso degli anni 1998 e 1999 sono:

- DGR n. 2293/99 con cui è provveduto a:
 - adottare un documento generale in tema di elisoccorso e ad avviare l'attività di una quarta base a Padova, che viene ad aggiungersi a quelle già attive di Verona, Treviso e Pieve di Cadore nel bellunese;
 - individuare un Centro di coordinamento regionale per le maxi-emergenze presso la CO SUEM 118 di Mestre;
- DGR n.4009/99 che, nell'ambito del programma ex art. 20 (L n. 67/88) ha approvato un progetto di completamento e potenziamento della rete regionale SUEM stanziando:
 - 14.605.000.000 per realizzare 24 piazzole per elisoccorso (di cui 4 su edifici o su zattera);
 - 60.115.000.000 per la rete integrata di telecomunicazioni.

Per quanto riguarda la ristrutturazione della rete tecnologica, il provvedimento è stato definito in collegamento e sinergia con l'Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario;

- DGR n. 2270/98 e n. 1585/99 per l'organizzazione di corsi di formazione rispettivamente per personale medico, per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio di attività di emergenza ex DPR n. 484/96, e per personale infermieristico sull'emergenza pre-ospedaliera; i provvedimenti sono stati definiti in collegamento e sinergia con l'Unità di Progetto per il Personale Socio-Sanitario;
- DGR n. 3410/99 con cui sono state approvate le direttive per l'attuazione della DGR n. 1229/98 in materia di aree di afferenza per le alte specialità e di punti di primo intervento;
- DGR n. 3258/99 con le indicazioni per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza;
- DGR n. 1490/99 in tema di oneri del trasporto sanitario, con revisione della circolare n. 70/80 e con approvazione della circolare n. 12/99;
- DGR n. 3551/99 con cui è stato istituito il Servizio di Trasporto d'Urgenza Neonatale.

DOTAZIONE STRUTTURALE E ATTIVITÀ

Per dati e informazioni relative a struttura e attività del SUEM per l'anno 1998 si rimanda alla Relazione Sanitaria della Regione Veneto – Anni 1996 e 1997.

Nel corso del 1999 si è avviato un processo di revisione del sistema informativo regionale in materia di SUEM al fine di adeguarlo agli importanti cambiamenti organizzativi intervenuti e di renderlo più rispondente alle esigenze informative della Regione nello svolgimento delle funzioni di indirizzo e controllo. Per il nuovo sistema informativo si prevede una messa a regime a partire dal 2001.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali – Servizio Attività Ospedaliere

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.3 Piano Sangue

NORMATIVA

- La L n. 107/90 - Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati, legge quadro di riferimento in materia, indica i seguenti obiettivi:
 - raggiungimento dell'autosufficienza;
 - riorganizzazione dei servizi trasfusionali e avviamento del modello organizzativo dipartimentale;
 - attuazione della pratica del buon uso del sangue.
- In applicazione dell'art. 11, comma 2°, della L n. 107/90 la Regione Veneto con provvedimento consiliare n. 1050/94 ha adottato il Piano Regionale Sangue e Plasma il quale si concretizza intorno a tre punti fondamentali:
 - raggiungimento dell'autosufficienza di sangue intero, plasma ed emoderivati nell'ambito della regione;
 - concorso della regione al raggiungimento, a livello nazionale, dell'autosufficienza di sangue, plasma ed emoderivati, in armonia con quanto stabilito dalla normativa nazionale vigente in materia, mediante la cessione alle strutture sanitarie delle regioni carenti di almeno 1/5 della propria raccolta;
 - valorizzazione del ruolo svolto dalle associazioni e federazioni dei donatori volontari di sangue e di sangue midollare per il conseguimento delle finalità del Piano stesso.
- Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 conferma l'importanza attribuita all'autosufficienza del sangue e degli emoderivati, dedicando per la prima volta un paragrafo specifico al "problema sangue" nel quale:
 - viene riconosciuta, nei fatti, la valenza sovraziendale e sovraregionale della funzione "produttiva" trasfusionale;
 - tra i principali obiettivi dell'attuale sistema trasfusionale nazionale, coerenti con le "Raccomandazioni" del Consiglio d'Europa, viene sottolineato quello dell'autosufficienza nazionale di sangue ed emoderivati, basata sulla donazione volontaria, periodica e gratuita.
- Il Piano nazionale sangue e plasma 1999-2001 (DM 1° marzo 2000) ribadisce con fermezza il succitato obiettivo ritenendo il suo raggiungimento prioritario e non rinviabile.
- A completamento del quadro normativo sopra illustrato, si ricorda che nella disciplina dettata dalla L n. 107/90 rientra, al pari della donazione del midollo osseo, la donazione di cellule staminali emopoietiche e l'intera tematica concernente le cellule staminali; non potrebbe, d'altronde, essere considerata diversamente l'estrema delicatezza delle questioni implicate dalla donazione del sangue, questioni che il legislatore nazionale ha voluto disciplinare con estrema chiarezza sulla base dell'enunciazione espressa di una serie di principi che ha ritenuto di dover considerare fondamentali ed irrinunciabili; in particolare viene affermato il principio che l'attività trasfusionale è di competenza esclusiva delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale individuate dalla Legge stessa (art. 4).
- In attuazione della legge in esame, con LR n. 38/00 viene riconosciuto l'alto valore scientifico e sociale della costituzione di banche per la conservazione del sangue dei cordoni ombelicali ai fini della produzione di cellule staminali emopoietiche quale alternativa al trattamento di trapianto di midollo osseo; a tal fine si prevede che la Giunta Regionale predisponga un programma annuale di sviluppo delle relative attività individuando le strutture trasfusionali idonee, specificatamente accreditate, oltreché criteri e modalità di assegnazione di contributi finalizzati all'acquisto delle apparecchiature ed attrezzature necessarie alla crioconservazione dei cordoni ombelicali, alla tipizzazione ed individuazione dei donatori compatibili, nonché alle campagne di educazione alla cultura del dono del midollo osseo e dei cordoni ombelicali.

**OBIETTIVO
1998-1999:
AUTOSUFFICIENZA
E CONCORSO AL
RAGGIUNGIMENTO
DELLA
AUTOSUFFICIENZA
NAZIONALE
Programmazione
regionale della
raccolta di
emocomponenti**

In tal modo viene ribadita la volontà di attribuire un ruolo prioritario ed esclusivo di responsabilità al Servizio Trasfusionale per tutto quanto concerne l'attività trasfusionale, compresa la "raccolta di sangue da cordone ombelicale" e di escludere, quindi, ogni iniziativa relativa all'attività in esame da parte di altre strutture sanitarie.

Fra le azioni strumentali individuate dal DM 1° marzo 2000 si sottolinea il rafforzamento del concetto di programmazione della produzione e dei consumi al fine di minimizzare:

- situazioni di squilibrio a livello locale;
- creazione di scorte troppo rilevanti, con conseguente potenziale scadenza dei prodotti;
- il ricorso alla donazione occasionale per fronteggiare unicamente ed eccezionalmente situazioni d'emergenza che talvolta assumono caratteristiche di continuità e stabilità.

L'autosufficienza è il problema chiave di qualsiasi organizzazione trasfusionale, la premessa essenziale per costruire un sistema in grado di supportare tutte le necessità trasfusionali di ciascuna regione e dell'intero Paese. Il raggiungimento dell'autosufficienza e il mantenimento dell'autosufficienza sono, di fatto, il presupposto iniziale, *la conditio sine qua non* per ottenere piena efficacia, efficienza, qualità e sicurezza nella terapia trasfusionale.

Presupposto imprescindibile per il raggiungimento dell'autosufficienza è la programmazione. Il Piano di produzione annuale è previsto dal 2° Piano Nazionale Sangue e Plasma 1999-2001 (DM 1° marzo 2000). La programmazione è prevista dalla LR n. 65/94 e ribadita dal 3° Piano Sangue e Plasma Regionale.

Il sistema trasfusionale, nel 1998, pur senza incremento significativo delle risorse assegnate, ha assolto il proprio compito di assicurare l'approvvigionamento in emocomponenti ed emoderivati delle strutture sanitarie ospedaliere del Veneto e di altre Regioni; la sua funzione di supporto clinico è stata analogamente garantita nonostante l'aumento del fabbisogno da parte della Medicina Trasfusionale.

Per l'anno 1999 l'Ufficio regionale Piano Sangue avvalendosi del supporto della Commissione Regionale per i Servizi Trasfusionali e grazie all'attività tecnico e scientifica svolta dal Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione, sulla base di un'analisi approfondita e precisa dei dati desunti dai Registri Sangue per il triennio 1997-1999, ha predisposto il documento relativo alla programmazione regionale della raccolta di emocomponenti per l'anno 1999.

Al fine di far fronte alle necessità regionali per l'anno 1999 e di confermare l'attività convenzionale di supporto extraregionale, almeno nel rispetto dei quantitativi ceduti nel corso dell'anno 1998, il documento in esame ha previsto quale obiettivo regionale della complessiva attività trasfusionale un incremento reale dei prelievi di sangue intero di almeno il 3% medio annuo regionale, con un contestuale contenimento dell'eccesso dei consumi nel rispetto delle tecniche concernenti l'appropriatezza dei consumi in generale di sangue, plasma ed emoderivati e, in particolare di albumina, così come prescrive la normativa sul buon uso del sangue.

Nel triennio 1996-1998, nel panorama trasfusionale veneto, si è constatato un aumento dei consumi di sangue, trend confermato nell'anno 1999, durante il quale il consumo di sangue (globuli rossi) negli ospedali regionali è cresciuto di circa il 4%; tale aumento è dovuto essenzialmente a quattro ragioni:

- maggiore vita media della popolazione;
- incremento dei grandi interventi chirurgici fra cui i trapianti;
- aumentato tasso di incidenti stradali;
- una sempre migliore qualità della sanità in generale.

L'obiettivo regionale 1999 conseguito è stato del +4,3%.

**Accordo
Interregionale
per la lavorazione
del plasma e la
produzione di
emoderivati**

La L n. 107/90 e successive modifiche ed integrazioni prevede la possibilità da parte delle Regioni di stipulare convenzioni, per la lavorazione del plasma, con aziende produttrici di emoderivati, individuate sulla base dei requisiti espressi nella legge quali:

- dimensioni adeguate, dotazioni tecnologiche avanzate e stabilimenti idonei a garantire il ciclo completo di frazionamento e di produzione sul territorio nazionale;
- capacità di produrre almeno albumina, immunoglobuline di terza generazione e concentrati dei fattori della coagulazione, secondo le più moderne conoscenze relative alla sicurezza trasfusionale del paziente ricevente.

Il Piano nazionale 1999-2001 prevede la possibilità per le Regioni di valutare "l'opportunità di

concludere tra loro accordi per rendere più competitive le condizioni contrattuali ed i rapporti di scambio”.

Anticipando quanto sopra, dall’inizio del 1998, la Regione del Veneto ha avviato le procedure per la creazione di un Accordo con le Regioni Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e le Provincie Autonome di Bolzano e Trento, al fine di affrontare a livello interregionale problemi quali l’autosufficienza, la qualità e l’economicità nella gestione, nella raccolta del plasma e nella produzione di emoderivati.

L’Accordo interregionale è stato approvato dalle singole amministrazioni interessate (per il Veneto DGR n. 3305/98) e sottoscritto a Venezia il 27/10/98.

L’Accordo interregionale ha lo scopo di far convergere, in modo unanime e sinergico, le volontà delle Regioni partecipanti per contribuire al raggiungimento dell’obiettivo dell’autosufficienza nazionale di sangue ed emoderivati, che deve essere ottenuta con la massima qualità e sicurezza possibili utilizzando donatori volontari, non remunerati, periodici, nonché per garantire alle stesse Regioni condizioni operative e contrattuali con la ditta aggiudicataria dell’appalto per il servizio di plasmaderivazione.

Il Veneto è la Regione Capofila con il compito di provvedere alla stipula di un’unica convenzione per la lavorazione in comune del plasma e la produzione di emoderivati; costituisce altresì il fulcro e il riferimento informativo interregionale in relazione alla documentazione dell’attività di gestione della convenzione.

In attuazione dell’Accordo interregionale per l’attività di plasmaderivazione le Regioni Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Provincie Autonome di Bolzano e Trento hanno in corso dal 1° gennaio 1999 un’unica convenzione per il servizio di raccolta del plasma presso le strutture trasfusionali, lavorazione e produzione di emoderivati.

Compete all’Ufficio Piano Sangue la gestione amministrativa tecnica contabile della convenzione interregionale in attuazione della delega conferita alla Regione Veneto dalle Regioni e Provincie firmatarie dell’Accordo

L’attività consortile nel 1999 ha portato al conseguimento dei risultati di seguito indicati:

- migliori condizioni contrattuali con la ditta aggiudicataria del servizio di plasmaderivazione rispetto alla precedente convenzione per quanto riguarda costi e rese;
- creazione dei presupposti industriali per avere una maggiore continuità nella lavorazione del plasma e nella fornitura dei prodotti finiti;
- scambi dei prodotti finiti tra gli enti aderenti all’Accordo (cessioni intraconsorzio);
- aumento della raccolta del plasma rispetto al 1998 (Consorzio +5%, Veneto +3%);
- cessioni extraconsorzio dei prodotti finiti che risultano in eccedenza.

Sulla base di una partecipazione libera, volontaria e paritaria all’Accordo interregionale l’Ufficio Piano Sangue ha coordinato e disciplinato sotto il duplice aspetto amministrativo e gestionale, l’ingresso della Regione Valle d’Aosta nel “consorzio” tra Regioni e Provincie.

FONTI

- Regione Veneto:
- Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali – Servizio Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e Piano Sangue

