

Relazione
Socio Sanitaria
della Regione del
Veneto



Parte Quinta:

Assistenza
Ospedaliera

Anno 2011
(dati 2008-2010)

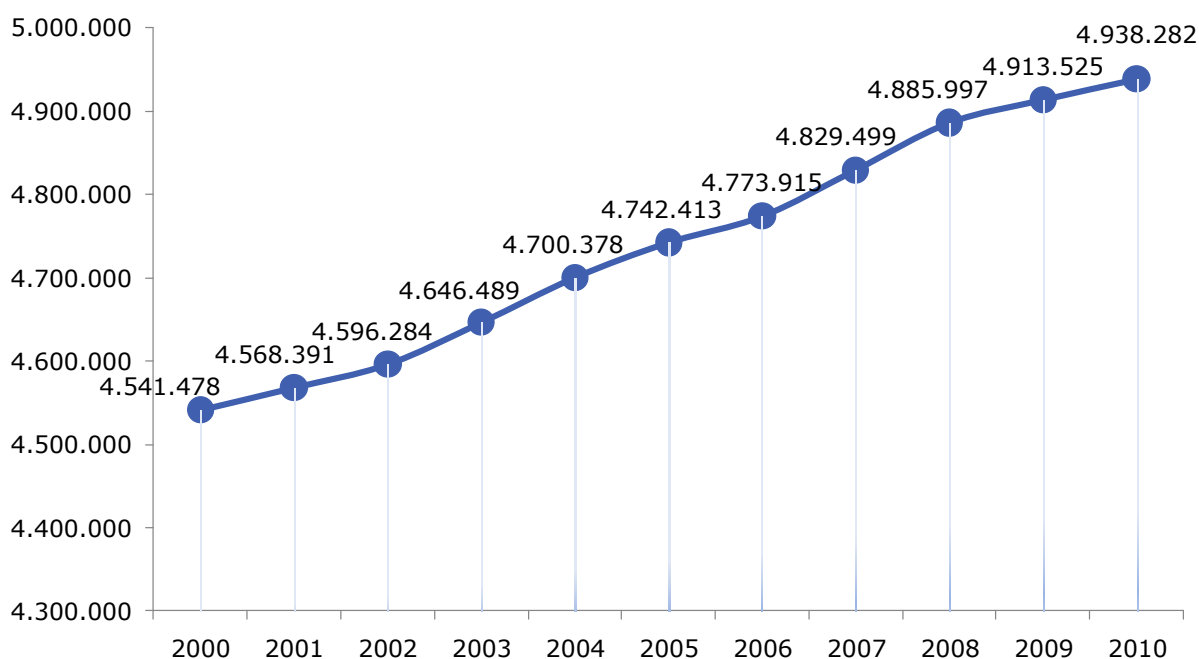
Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività relative all'Assistenza Ospedaliera nel periodo considerato

5.1 Assistenza Ospedaliera

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la Salute 2010-2012. Si tratta dell'esito di un processo di responsabilizzazione e concertazione ormai consolidato nel nostro Paese. Il Patto individua la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera quale settore strategico in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa. Un altro aspetto strategico, per ciò che qui interessa, sono gli accordi sulla mobilità interregionale. La suddetta Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012 ribadisce inoltre la necessità di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema mantenendo il controllo della spesa sanitaria. Il Sistema Sanitario Regionale del Veneto rappresenta storicamente un modello di eccellenza tra i sistemi sanitari regionali, essendo caratterizzato da una lunga serie di performance di elevato livello qualitativo e da un attento e costante controllo dei costi del sistema. Da questo punto di vista l'Amministrazione Regionale è impegnata a garantire ai cittadini il mantenimento ed il miglioramento della qualità dei servizi e ad ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario regionale. In quest'ottica emerge con sempre maggior evidenza la necessità di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende Sanitarie del Veneto verso modelli organizzativi che rappresentano best practice regionali. L'osservazione dei migliori risultati ottenuti nel territorio regionale consente infatti di individuare concretamente i modelli a cui ispirarsi. Infatti, la Regione Veneto è impegnata a coniugare i principi di appropriatezza clinica, di economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse con i principi di miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e di garanzia della massima sicurezza sia dei pazienti che degli operatori. Negli ultimi anni, i processi di riorganizzazione e di razionalizzazione della rete ospedaliera hanno consentito una ridefinizione della rete ospedaliera superando così le rigide classificazioni dei presidi ospedalieri ed individuando invece profili funzionali pienamente coerenti con una logica di rete. Sono stati così individuati gli ospedali costitutivi della rete (che si articolano sulla base della diversa complessità organizzativa in Aziende ospedaliere, ospedali capoluogo di provincia e ospedali di rete) ai quali si affiancano gli ospedali integrativi della rete, che di norma sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva. Le strutture ospedaliere private accreditate presenti nel nostro territorio vengono considerate dalla programmazione sanitaria in modo paritetico con le strutture pubbliche in quanto entrambe soggetti sinergici al

perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria. Le azioni intraprese hanno, inoltre, consentito non solo di rispettare i parametri stabiliti quale soglia massima a livello nazionale, ma anzi di ottenere ulteriori progressi. Eppure basta pensare all'incremento demografico verificatosi in questi anni per comprendere lo sforzo e l'impegno profusi per fornire servizi e prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali alla popolazione del Veneto.

Popolazione del Veneto secondo le rilevazioni delle Aziende ULSS
Veneto 2000-2010 (al 31 dicembre di ogni anno)



Popolazione nella rilevazione delle Aziende ULSS per Provincia
al 31 dicembre di ogni anno (Veneto 2008-2010)

Provincia	2008	2009	2010
Belluno	214.150	214.022	213.601
Vicenza	861.761	866.412	870.703
Treviso	879.626	884.118	888.365
Venezia	918.798	858.997	863.248
Padova	853.366	925.141	931.684
Rovigo	249.819	249.934	250.476
Verona	908.477	914.901	920.205
Totale	4.885.997	4.913.525	4.938.282

Infatti, il numero delle persone assistite aumenta e il fronte dei bisogni diventa sempre più esteso mentre le risorse dedicate alla tutela della salute diventano sempre più scarse. Per questo motivo la Regione del Veneto ha adottato un modello di regolazione dei volumi di attività non limitato al controllo della spesa sanitaria, ma fondato su un disegno organico per favorire il governo dell'ospedalizzazione.

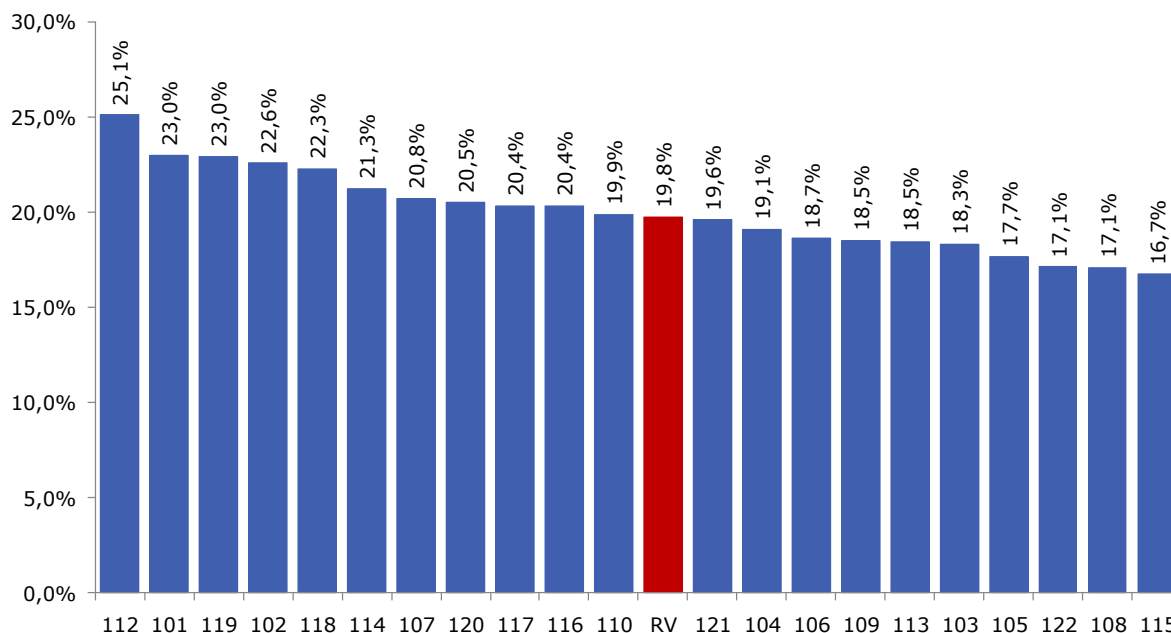
Popolazione nella rilevazione delle Aziende ULSS per Azienda al 31 dicembre di ogni anno (Veneto 2008-2010)			
Azienda ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	129.410	129.073	128.631
102. Azienda ULSS 2 Feltre	84.740	84.949	84.970
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	178.662	179.497	180.517
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	187.082	187.902	188.264
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	179.802	180.577	181.461
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	316.215	318.436	320.461
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	218.057	218.853	219.304
108. Azienda ULSS 8 Asolo	249.309	250.762	252.125
109. Azienda ULSS 9 Treviso	412.260	414.503	416.936
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	213.985	215.610	216.929
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	306.130	307.721	308.522
113. Azienda ULSS 13 Mirano	264.472	266.705	268.934
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	134.211	68.961	68.863
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	250.326	252.797	254.752
116. Azienda ULSS 16 Padova	418.126	486.962	491.261
117. Azienda ULSS 17 Este	184.914	185.382	185.671
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	174.901	175.129	175.804
119. Azienda ULSS 19 Adria	74.918	74.805	74.672
120. Azienda ULSS 20 Verona	470.824	472.661	474.124
121. Azienda ULSS 21 Legnago	153.522	154.705	155.587
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	284.131	287.535	290.494
Totale	4.885.997	4.913.525	4.938.282

Ciò avviene sulla base di un'attenta analisi del contesto in cui ci si trova ad operare. Ad oltre un trentennio dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 23 dicembre 1978, n. 833) le sfide che la società attuale propone si manifestano con sempre maggiore complessità. Per fare qualche esempio pensiamo agli effetti dell'invecchiamento della popolazione, all'incremento esponenziale del numero di immigrati residenti, ai mutamenti nella domanda di salute e nella sua percezione da parte dei cittadini. Vi sono

poi aspetti che attengono alle necessità strutturali, ai mutamenti organizzativi determinati anche da un diverso modo di porsi di fronte alla professione medica ed infermieristica, all'evoluzione tecnologica ed ai cambiamenti nei processi gestionali.

Incidenza percentuale della popolazione di età superiore a 65 anni di età nelle Aziende ULSS (Anno 2010)

* RV = Regione del Veneto



	2008	2009	2010
Veneto: Popolazione di età superiore ai 65 anni	942.340	960.465	975.330
Veneto: Popolazione Totale	4.885.997	4.913.525	4.938.282
Percentuale ultrasessantacinquenni sul totale	19,3%	19,5%	19,8%

* RV = Regione del Veneto

Tra i fenomeni di maggior rilevanza per l'ospedalizzazione, tra quelli elencati, vi è soprattutto l'invecchiamento della popolazione. Tale dinamica demografica pone problemi attuali e di prospettiva per la pianificazione degli interventi sanitari, per la continuità assistenziale e per lo svolgimento dei processi diagnostico-terapeutici. I problemi della popolazione anziana vanno affrontati in maniera attenta e globale, in quanto, tra l'altro le trasformazioni demografiche agiscono in maniera silente, ma con esiti determinanti per la spesa sanitaria e sociale. Nell'ambito assistenziale diagnostico e terapeutico, sempre di più vi è la necessità di razionalizzare ed integrare gli interventi sanitari con quelli psicosociali e riabilitativi. La valorizzazione degli interventi integrati riveste pertanto una importanza strategica nel mantenimento e nel miglioramento della qualità espressa dal

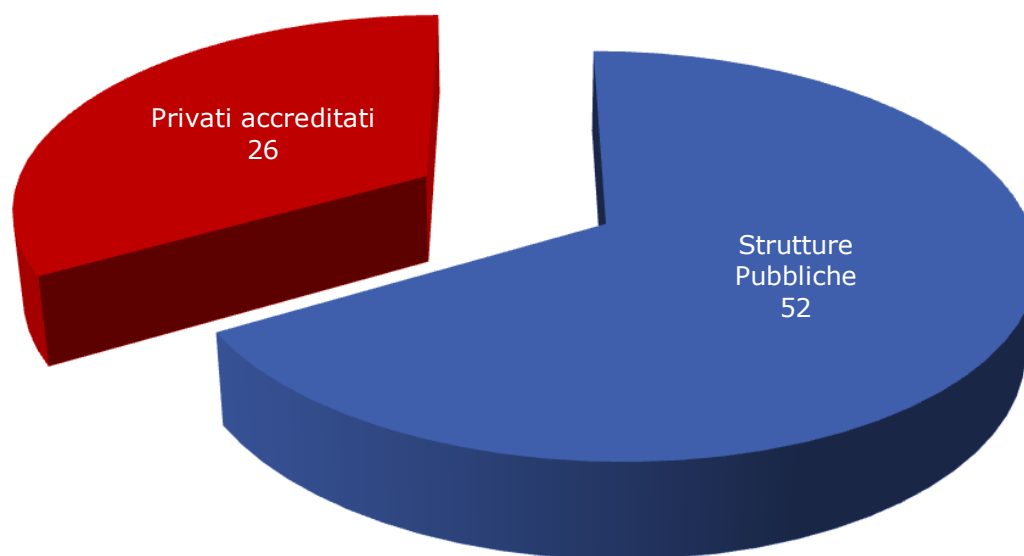
Sistema Socio Sanitario regionale. Nel contesto di aggiornamento degli attuali schemi terapeutici generali vengono perseguite misure alternative all'ospedalizzazione. Tuttavia, l'incidenza dei ricoveri riguardanti le persone anziane è innegabile, anche solo con riferimento alla numerosità dei cittadini-utenti con età superiore ai 65 anni.

Popolazione di età superiore a 65 anni per Azienda ULSS Veneto 2008-2010			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	29.086	29.342	29.564
102. Azienda ULSS 2 Feltre	18.840	18.962	19.197
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	31.875	32.544	33.122
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	34.574	35.325	36.002
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	31.003	31.684	32.129
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	57.290	58.614	59.793
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	44.198	44.884	45.515
108. Azienda ULSS 8 Asolo	41.224	42.297	43.168
109. Azienda ULSS 9 Treviso	74.117	75.813	77.292
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	41.693	42.403	43.136
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	75.841	76.564	77.531
113. Azienda ULSS 13 Mirano	46.956	48.311	49.708
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	25.030	25.763	14.640
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	40.780	41.794	42.654
116. Azienda ULSS 16 Padova	85.103	86.963	100.047
117. Azienda ULSS 17 Este	37.466	37.589	37.815
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	39.156	39.234	39.239
119. Azienda ULSS 19 Adria	16.953	17.035	17.148
120. Azienda ULSS 20 Verona	93.628	96.195	97.341
121. Azienda ULSS 21 Legnago	29.925	30.241	30.500
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	47.602	48.908	49.789
	942.340	960.465	975.330

Per rispondere a questi grandi problemi, è necessario che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda ULSS nella quale insistono e delle Aziende ULSS limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente. Il Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto, ha mantenuto negli anni la sua connotazione di assoluta prevalenza pubblica. Ciò nonostante, la programmazione sanitaria regionale considera le strutture private accreditate quali soggetti operanti in sinergia con le strutture pubbliche

per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria nazionale e regionale. In linea con lo sviluppo di tale sinergia e nel proseguire con la politica di riduzione del tasso di ospedalizzazione, la Regione del Veneto ha previsto, per il 2010, un decremento dei ricoveri per ciascun erogatore privato accreditato.

Assistenza Ospedaliera: Strutture Pubbliche e Privati Accreditati
Veneto 2010



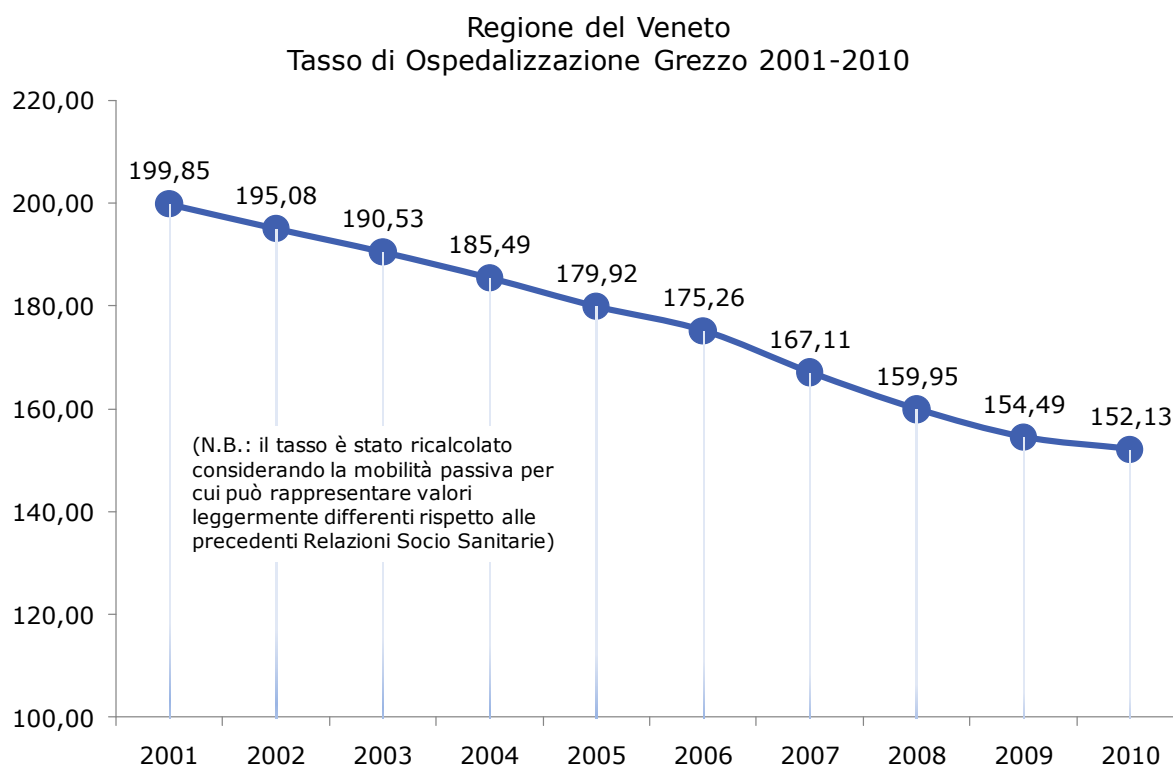
■ Strutture Pubbliche ■ Privati accreditati

Strutture Pubbliche	
Azienda Ospedaliera	1
Azienda Ospedaliero-Universitaria e Policlinico Universitario*	2
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS	1
Ospedale a gestione diretta Presidio dell'Azienda ULSS	48
	52

* L'Azienda è unica, ma l'articolazione operativa comprende due Presidi Ospedalieri

Privati accreditati	
Casa di cura privata	15
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS	2
Istituto qualificato Presidio dell'Azienda ULSS	4
Ospedale classificato o assimilato	5
	26
Altre Strutture	
Sperimentazioni Gestionali	2
Centro Sanitario Polifunzionale	10

In tal senso sono stati stabiliti i criteri per la quantificazione del decremento, il conseguente numero dei ricoveri da ridurre, il numero complessivo dei ricoveri previsti per i cittadini residenti nella provincia cui l'erogatore afferisce e per i cittadini veneti residenti in province diverse da quella di afferenza dell'erogatore.

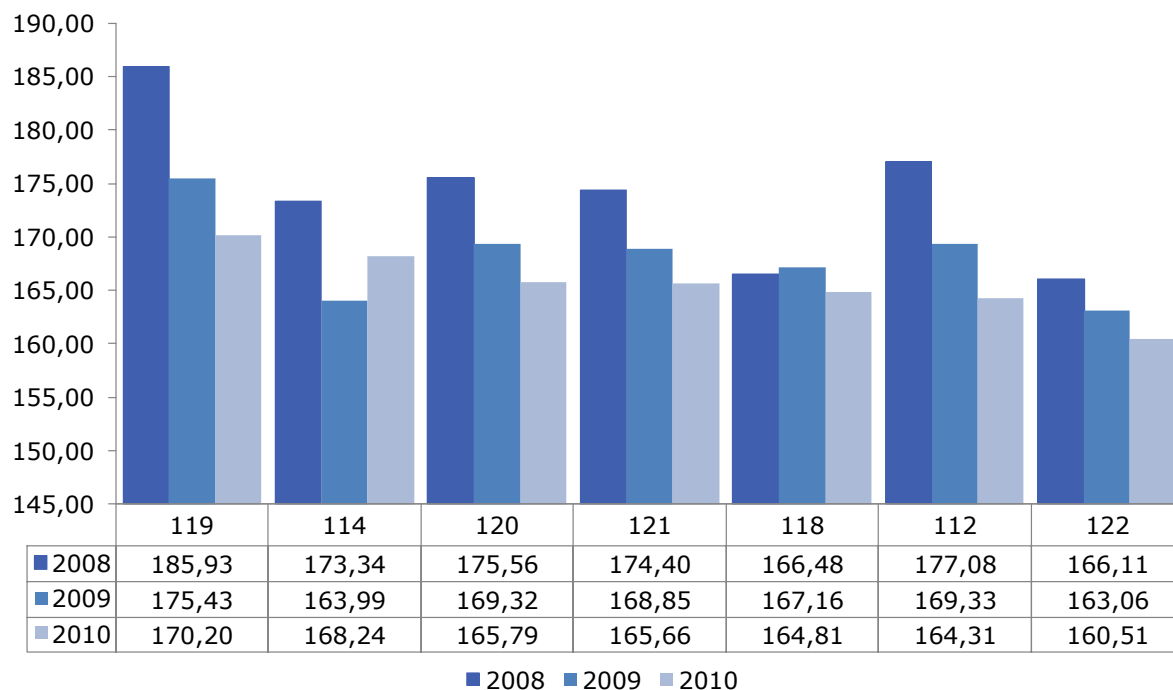


Il tasso di ospedalizzazione grezzo rappresenta il numero di dimissioni osservate ogni mille residenti in un anno. La formula matematica applicata è la seguente:

$$\text{Tasso di Ospedalizzazione grezzo} = \frac{\text{Numero di dimissioni di residenti}}{\text{Popolazione totale residente nell'anno di riferimento}} \times 1000$$

La Regione del Veneto ha da tempo intrapreso numerose azioni volte a raggiungere il tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti. La riduzione di questo valore è stata costante e sistematica in questi anni. L'avvio e il mantenimento di tale trend non episodico ha consentito il raggiungimento dell'obiettivo sin dal 2008 in ambito regionale. Rimane però una notevole variabilità tra le Aziende ULSS del Veneto. Per ciò che concerne il tasso di ospedalizzazione grezzo, se osserviamo la situazione delle singole Aziende Sanitarie, possiamo rilevare che, ancora nel 2010, le Aziende ULSS 19 di Adria, 14 di Chioggia, 20 di Verona, 21 di Legnago, 18 di Rovigo, 12 Veneziana, 22 di Bussolengo evidenziano un tasso più elevato di quello fissato dalla programmazione regionale e dalle norme ed intese nazionali. Vi sono senza dubbio delle specificità territoriali che, tuttavia, manifestano l'esistenza di importanti aree di miglioramento.

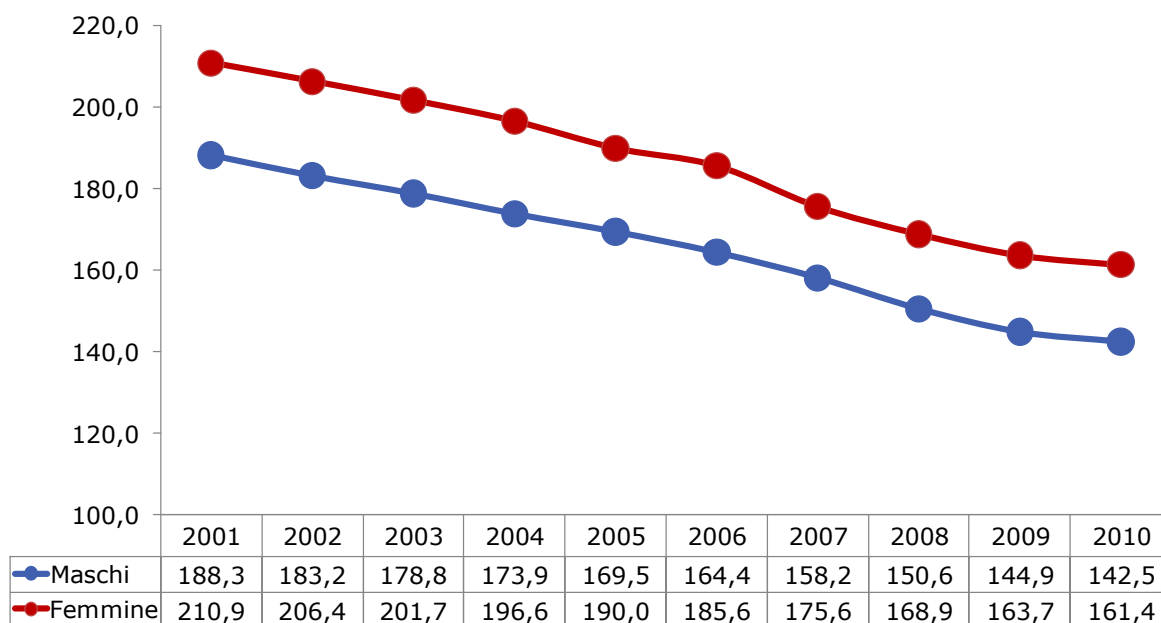
Aziende ULSS del Veneto con il più alto tasso di ospedalizzazione grezzo (obiettivo nazionale 160 ricoveri ogni mille abitanti)



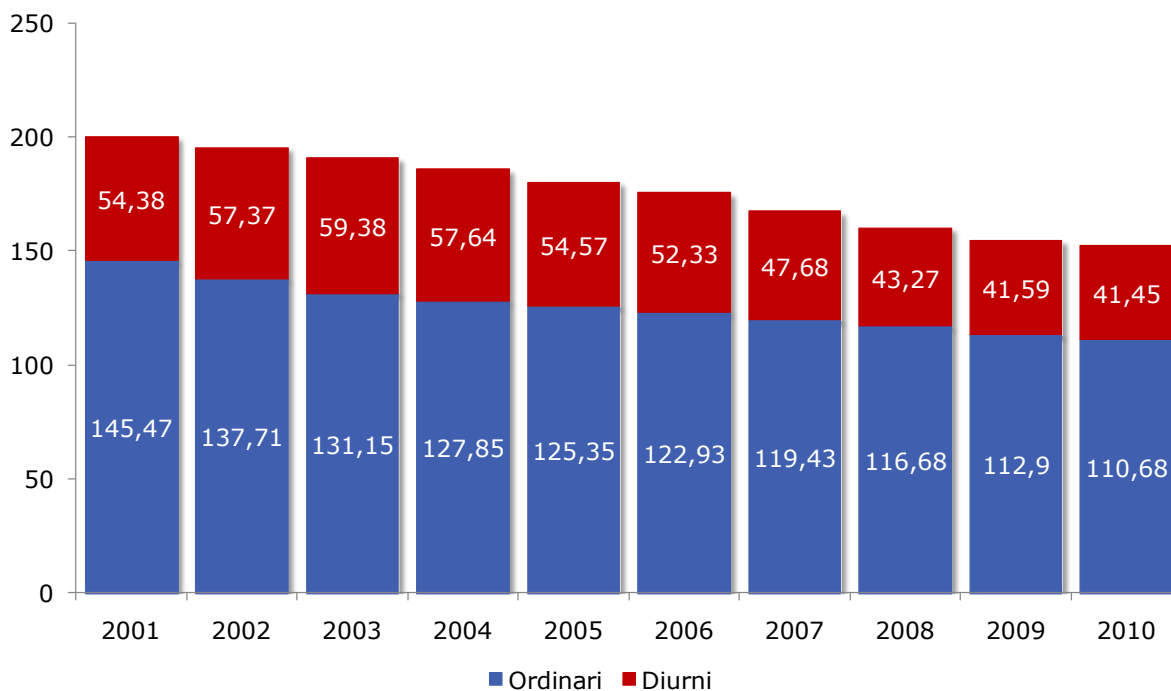
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo

Azienda ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	165,09	153,50	153,44
102. Azienda ULSS 2 Feltre	161,39	153,40	153,30
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	149,33	144,09	143,81
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	136,52	133,95	130,96
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	151,97	149,17	144,39
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	146,34	142,14	138,23
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	150,53	145,15	143,99
108. Azienda ULSS 8 Asolo	144,53	141,34	142,32
109. Azienda ULSS 9 Treviso	153,52	148,42	146,96
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	162,23	156,34	151,85
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	177,08	169,33	164,31
113. Azienda ULSS 13 Mirano	155,81	148,37	149,51
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	173,34	163,99	168,24
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	148,50	145,59	142,39
116. Azienda ULSS 16 Padova	165,61	158,91	156,80
117. Azienda ULSS 17 Este	156,77	149,16	146,64
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	166,48	167,16	164,81
119. Azienda ULSS 19 Adria	185,93	175,43	170,20
120. Azienda ULSS 20 Verona	175,56	169,32	165,79
121. Azienda ULSS 21 Legnago	174,40	168,85	165,66
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	166,11	163,06	160,51

Regione del Veneto
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo 2001-2010 per sesso



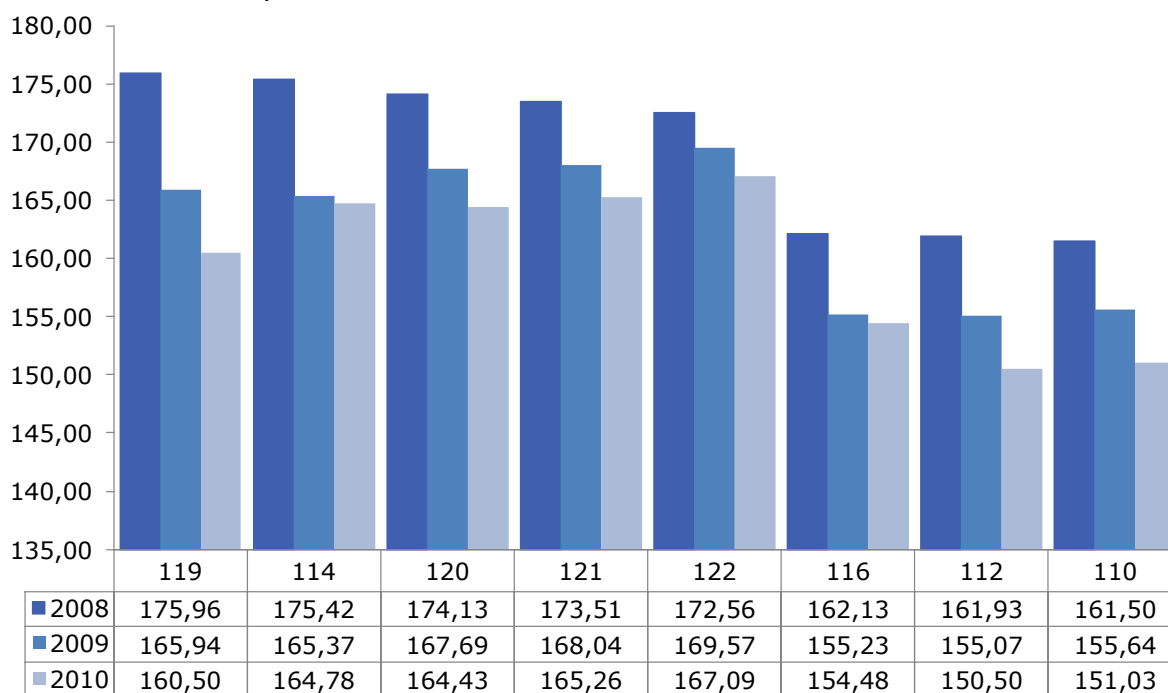
Tasso di Ospedalizzazione Grezzo: trend 2001-2010
Regime di ricovero ordinario e diurno



La riduzione del tasso di ospedalizzazione grezzo è osservabile con la stessa linea di tendenza anche considerando il sesso ed il regime di ricovero. Applicando la formula del

tasso di ospedalizzazione standardizzato, le Aziende ULSS in cui si rileva il mancato raggiungimento dell'obiettivo nel 2010 diminuiscono. In particolare fanno parte di questo gruppo tutte le Aziende ULSS della Provincia di Verona e l'Azienda ULSS 14 di Chioggia. L'Azienda ULSS 19 di Adria riscontra solo uno 0,5 per mille rispetto al valore fissato dalla programmazione nazionale.

Aziende ULSS del Veneto con il più alto tasso di ospedalizzazione standardizzato. Anni 2008-2010



Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti. Dal calcolo, come nel tasso di ospedalizzazione grezzo, vengono esclusi i "neonati sani" (DRG 391).

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

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

dove:

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

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

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

Al termine del 2010, nell'ambito della determinazione dei criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, la Regione del Veneto ha stabilito l'obiettivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato non superiore al 140 per mille. Con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari è stato infatti definita una serie di obiettivi con il fine di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende Sanitarie del Veneto verso modelli organizzativi che rappresentano best practice

regionali. In tale contesto, è stato affermato che le diversità strutturali nell'erogazione dei servizi dovranno essere valutate dalle singole Aziende, per individuare le aree di miglioramento sulle quali intervenire.

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato			
Azienda ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	157,32	145,96	146,35
102. Azienda ULSS 2 Feltre	153,75	146,07	145,63
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	153,81	148,30	148,06
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	139,53	136,62	133,34
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	158,82	155,38	150,70
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	149,63	145,17	141,21
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	148,15	142,95	141,80
108. Azienda ULSS 8 Asolo	152,28	148,91	150,07
109. Azienda ULSS 9 Treviso	156,69	151,52	150,07
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	161,50	155,64	151,03
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	161,93	155,07	150,50
113. Azienda ULSS 13 Mirano	159,30	151,74	152,91
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	175,42	165,37	164,78
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	156,65	153,65	150,16
116. Azienda ULSS 16 Padova	162,13	155,23	154,48
117. Azienda ULSS 17 Este	153,72	146,83	144,59
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	156,25	157,25	155,48
119. Azienda ULSS 19 Adria	175,96	165,94	160,50
120. Azienda ULSS 20 Verona	174,13	167,69	164,43
121. Azienda ULSS 21 Legnago	173,51	168,04	165,26
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	172,56	169,57	167,09

Inoltre, è stato previsto che, nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, vengano predisposti ed inviati in Regione i verbali degli incontri da svolgere con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva. Il nuovo obiettivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato di 140 ricoveri per mille abitanti dovrà essere raggiunto entro il 2012, ma come attestato dai dati sopra rappresentati, nel 2010 ci sono già sei Aziende ULSS vicine al conseguimento di tale risultato. L'Azienda ULSS 4 di Thiene mantiene il tasso di ospedalizzazione standardizzato più basso rilevato in Regione, con un valore già ampiamente al di sotto dell'obiettivo fissato dalla programmazione regionale (133,34 per mille residenti).

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato						
Azienda ULSS	Regime di Ricovero Ordinario			Regime di Ricovero Diurno		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
101	118,71	111,80	110,31	38,62	34,16	36,04
102	120,33	114,18	113,01	33,42	31,89	32,62
103	115,60	112,54	112,13	38,21	35,76	35,94
104	102,83	101,91	99,59	36,69	34,71	33,75
105	122,93	120,85	117,59	35,89	34,53	33,11
106	113,23	112,06	110,26	36,40	33,11	30,95
107	98,96	96,89	95,47	49,19	46,06	46,33
108	115,02	110,58	109,65	37,26	38,33	40,42
109	115,13	109,51	107,29	41,56	42,01	42,78
110	121,40	115,54	110,81	40,11	40,10	40,22
112	118,85	115,63	111,69	43,08	39,44	38,81
113	117,94	112,91	113,63	41,36	38,83	39,27
114	131,59	124,43	122,00	43,83	40,94	42,78
115	118,39	114,78	112,54	38,26	38,87	37,63
116	116,94	114,07	114,12	45,19	41,16	40,36
117	102,89	98,16	98,37	50,84	48,66	46,22
118	109,62	109,23	105,95	46,63	48,03	49,53
119	126,62	119,87	113,78	49,34	46,07	46,72
120	123,05	116,86	113,53	51,08	50,83	50,90
121	126,25	126,19	122,95	47,26	41,85	42,31
122	119,16	115,76	113,38	53,39	53,81	53,71

Il numero assoluto di dimessi da strutture ospedaliere della Regione Veneto è in progressiva diminuzione. In ambito regionale, rispetto ai valori rilevati nel 2000 la riduzione risulta pari a circa il 17%. Nel 2010 il decremento medio rispetto al 2008 è stato pari al 3,23%. Tale riduzione è più marcata per i ricoveri ordinari. Le Aziende in cui vengono rilevate le percentuali più elevate di riduzione delle dimissioni in regime di ricovero ordinario, nel 2010 rispetto al 2008, sono: l'Azienda ULSS 19 di Adria (9,48%), l'Azienda ULSS 1 di Belluno (7,22%), l'Azienda ULSS 10 Veneto Orientale (7,03%), l'Azienda ULSS 20 di Verona (6,70%), l'Azienda ULSS 9 di Treviso (5,21%), l'Azienda ULSS 12 Veneziana (5,11%), l'Azienda ULSS 2 di Feltre (4,89%). In alcuni casi le percentuali più alte riguardano le Aziende con più elevato tasso di ospedalizzazione, il che attesta l'impegno profuso per ridurre il numero dei ricoveri. Tale elemento viene confermato anche per le dimissioni in regime di ricovero diurno. In questo caso le

percentuali più elevate si riscontrano nelle seguenti Aziende: Azienda ULSS 6 Vicenza (13,23%), Azienda ULSS 12 Veneziana (9,22%), Azienda ULSS 21 Legnago (8,79%), Azienda ULSS 17 Este (8,66%), Azienda ULSS 1 Belluno (7,47%), Azienda ULSS 4 Thiene (6,63%).

Dimissioni nelle Aziende ULSS della Regione del Veneto. Anni 2008-2010			
Azienda ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	21.360	19.864	19.805
102. Azienda ULSS 2 Feltre	13.588	12.999	13.023
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	26.371	25.744	25.813
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	25.281	25.059	24.608
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	27.043	26.821	26.074
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	45.720	44.947	44.019
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	32.571	31.652	31.513
108. Azienda ULSS 8 Asolo	35.622	35.237	35.688
109. Azienda ULSS 9 Treviso	62.472	61.187	60.915
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	34.379	33.455	32.740
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	53.877	51.837	50.561
113. Azienda ULSS 13 Mirano	40.542	39.240	39.875
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	23.092	22.009	11.602
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	36.595	36.444	35.997
116. Azienda ULSS 16 Padova	68.371	66.445	76.355
117. Azienda ULSS 17 Este	28.759	27.582	27.184
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	28.976	29.236	28.863
119. Azienda ULSS 19 Adria	13.910	13.143	12.732
120. Azienda ULSS 20 Verona	81.202	79.720	78.364
121. Azienda ULSS 21 Legnago	26.419	25.922	25.629
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	46.313	46.329	46.152
Totale	772.463	754.872	747.512

La riduzione è osservabile anche per quanto concerne i regimi di ricovero ordinario e diurno, oltre che per sesso del paziente dimesso. Il decremento medio dei ricoveri, nel 2010 rispetto al 2008, è stato pari al 4% per i maschi ed al 3,1% per le femmine, in regime di ricovero ordinario, mentre per le dimissioni in regime di ricovero diurno la diminuzione è stata pari al 3,3% per i maschi e al 1,8% per le femmine. Le Aziende ULSS in cui si rilevano, nel 2010 rispetto al 2008, le percentuali più alte di riduzione delle dimissioni in regime di ricovero ordinario sono nell'ordine, per i maschi: Azienda ULSS 2 Feltre (9,9%), Azienda ULSS 10 Veneto Orientale (8,6%), Azienda ULSS 17 Este (8,0%),

Azienda ULSS 20 Verona (6,5%), Azienda ULSS 19 Adria (6,1%) e Azienda ULSS 12 Veneziana.

Dimissioni nelle Aziende ULSS della Regione del Veneto. Anni 2008-2009 per sesso								
Azienda ULSS	Veneto Anno 2008				Veneto Anno 2009			
	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
101	7.286	8.971	2.465	2.638	6.841	8.522	2.197	2.304
102	5.034	5.699	1.508	1.347	4.777	5.475	1.483	1.264
103	8.829	10.891	3.241	3.410	8.598	10.833	2.969	3.344
104	8.159	10.400	3.282	3.440	8.360	10.274	2.964	3.461
105	9.317	11.476	2.749	3.501	9.456	11.282	2.676	3.407
106	14.983	19.509	5.087	6.141	14.958	19.643	4.625	5.721
107	9.892	11.986	5.530	5.163	9.696	11.873	4.996	5.087
108	12.107	14.623	4.392	4.500	11.585	14.423	4.911	4.318
109	19.840	25.953	8.192	8.487	19.339	24.750	8.439	8.659
110	12.115	13.704	4.301	4.259	11.488	13.323	4.215	4.429
112	17.883	22.271	6.267	7.456	17.628	21.607	5.722	6.880
113	13.496	16.296	5.187	5.563	12.961	16.003	4.948	5.328
114	7.939	9.275	2.876	3.002	7.507	8.981	2.645	2.876
115	12.123	15.324	4.650	4.498	11.701	15.298	4.743	4.702
116	21.937	27.443	9.628	9.363	21.449	27.526	8.691	8.779
117	9.207	10.143	4.691	4.718	8.518	10.018	4.589	4.457
118	9.200	11.436	4.010	4.330	9.286	11.366	4.138	4.446
119	4.659	5.449	1.870	1.932	4.431	5.161	1.668	1.883
120	26.243	31.302	11.673	11.984	25.490	30.257	11.737	12.236
121	9.199	10.083	3.497	3.640	9.389	10.133	3.137	3.263
122	14.780	17.037	7.013	7.483	14.588	16.848	7.215	7.678
Totale	254.228	309.271	102.109	106.855	248.046	303.596	98.708	104.522

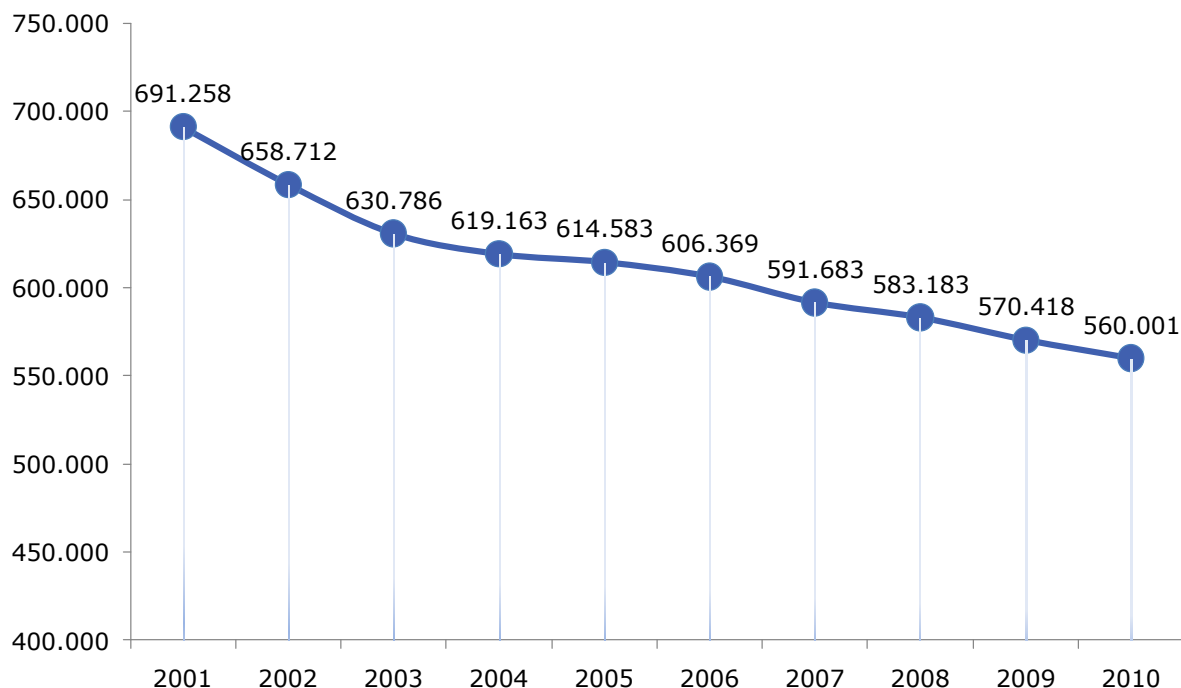
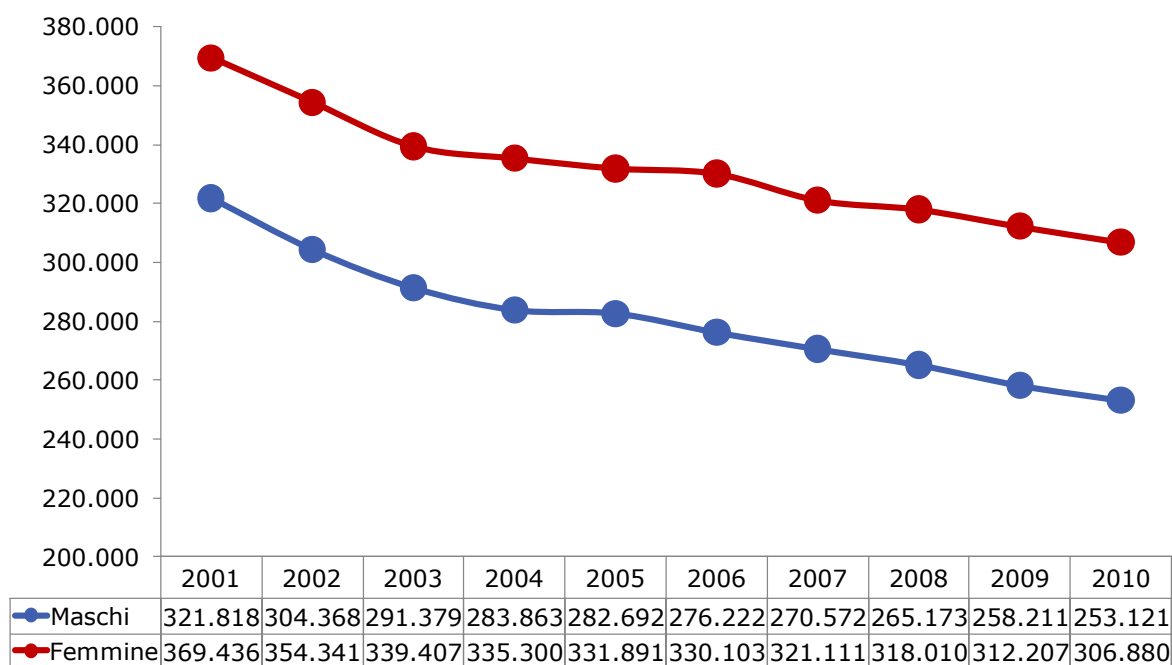
Per le femmine, sempre in regime di ricovero ordinario le Aziende ULSS in cui si rilevano, nel 2010 rispetto al 2008, le percentuali più alte di riduzione sono: Azienda ULSS 19 Adria (12,4%), Azienda ULSS 1 Belluno (8,9%), Azienda ULSS 9 Treviso (5,8%), Azienda ULSS 10 Veneto Orientale (5,6%), Azienda ULSS 20 Verona (5,1%), Azienda ULSS 18 Rovigo (4,8%) e Azienda ULSS 12 Veneziana (4,5%). Per ciò che attiene il regime di ricovero diurno, per entrambi i sessi, le Aziende con le percentuali più elevate di decremento sono: Azienda ULSS 6 Vicenza (13,2%), Azienda ULSS 12 Veneziana (9,2%),

Azienda ULSS 21 Legnago (8,8%), Azienda ULSS 17 Este (8,7%), Azienda ULSS 1 Belluno, Azienda ULSS 4 Thiene (6,6%), Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino (6,2%) e Azienda ULSS 19 Adria (5,8%).

Dimissioni nelle Aziende ULSS della Regione del Veneto. Anno 2010 per sesso				
Azienda ULSS	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
101	6.913	8.170	2.262	2.460
102	4.535	5.673	1.511	1.304
103	8.858	10.589	3.032	3.334
104	8.202	10.130	2.742	3.534
105	9.161	11.052	2.606	3.255
106	14.641	19.636	4.423	5.319
107	9.622	11.705	4.974	5.212
108	11.581	14.329	5.264	4.514
109	18.953	24.453	8.822	8.687
110	11.073	12.932	4.386	4.349
112	16.844	21.259	5.552	6.906
113	13.147	16.259	4.837	5.632
114	3.997	4.606	1.424	1.575
115	11.918	14.852	4.573	4.654
116	25.012	31.502	9.735	10.106
117	8.474	10.116	4.310	4.284
118	9.089	10.888	4.234	4.652
119	4.375	4.775	1.715	1.867
120	24.550	29.713	11.837	12.264
121	8.844	10.275	3.165	3.345
122	14.279	16.841	7.335	7.697
Totale	244.068	299.755	98.739	104.950

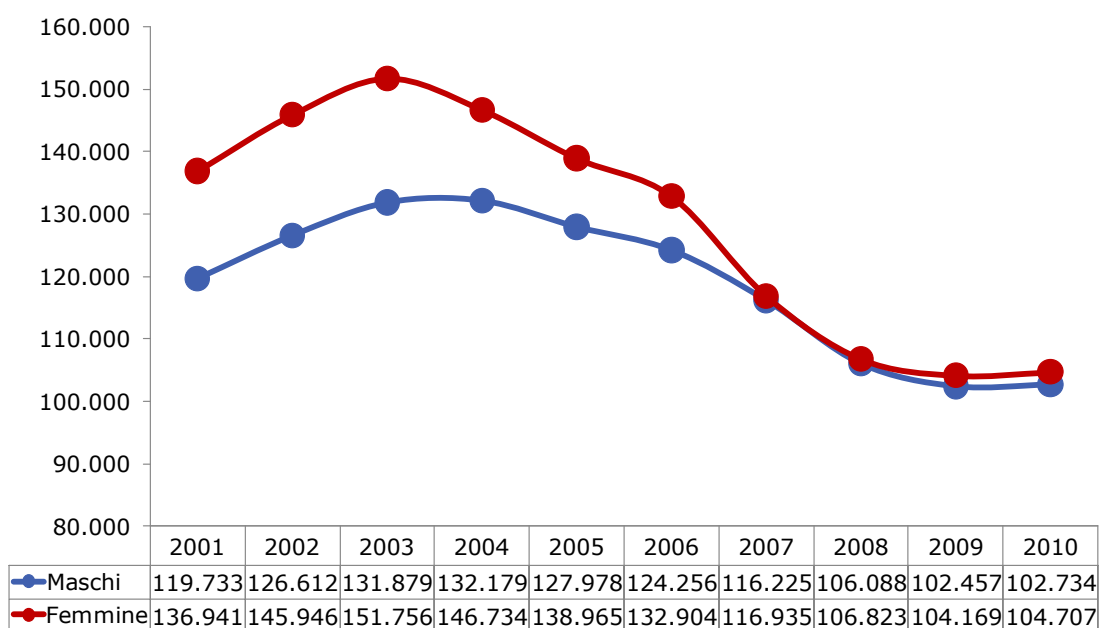
Complessivamente, come abbiamo detto, se consideriamo il trend in un arco temporale di un decennio (2001-2010) la diminuzione delle dimissioni nelle strutture ospedaliere del Veneto appare molto rilevante. Il fenomeno è evidente in particolar modo se consideriamo le dimissioni in regime di ricovero ordinario. Una riduzione di oltre 130.000 dimissioni in dieci anni attesta il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale, in linea con quella nazionale, con il fine di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema. Il trend discendente risulta rappresentato in maniera analoga per uomini e donne, confermando quanto si è affermato in precedenza.

Dimissioni in regime di ricovero ordinario effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Trend anni 2001-2010

Dimissioni effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto per sesso
Regime di ricovero ordinario. Anni 2001-2010

Se consideriamo le dimissioni in regime di ricovero diurno, il trend appare più fluttuante, con una tendenziale stabilizzazione negli ultimi anni.

Dimissioni effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto per sesso
Regime di ricovero diurno. Anni 2001-2010

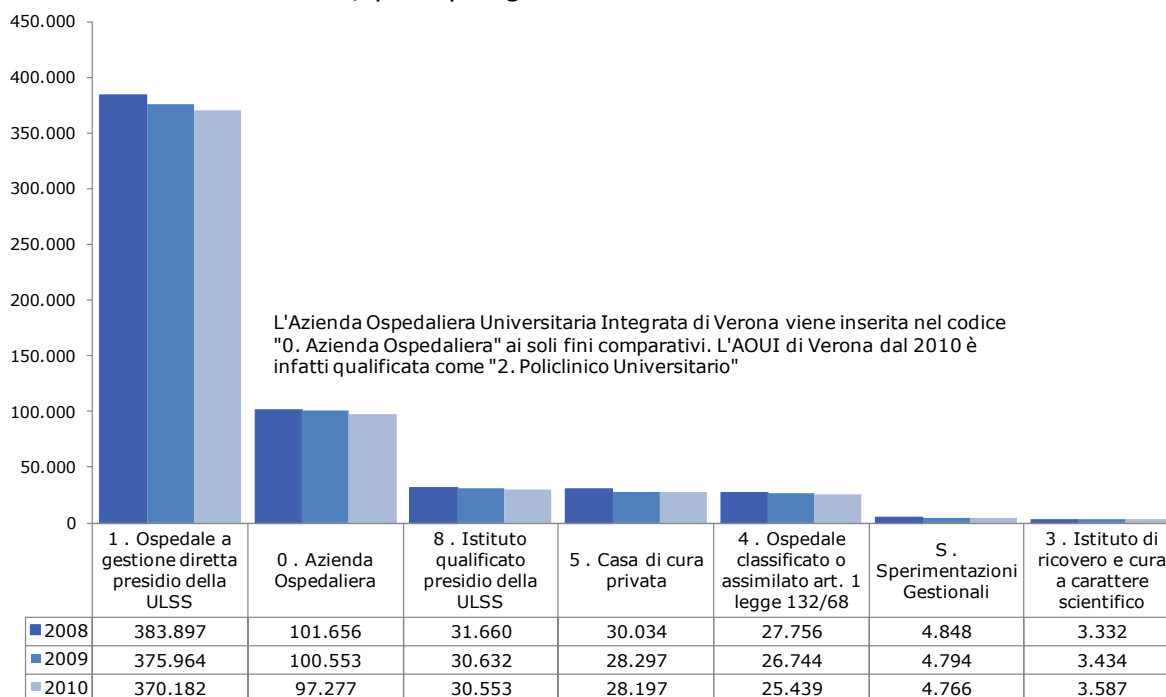


* esclusi codici errati o non indicati

Per ciò che attiene le strutture in cui sono effettuate le dimissioni, queste, in corrispondenza alle caratteristiche del nostro Sistema Socio Sanitario, sono in assoluta prevalenza pubbliche.

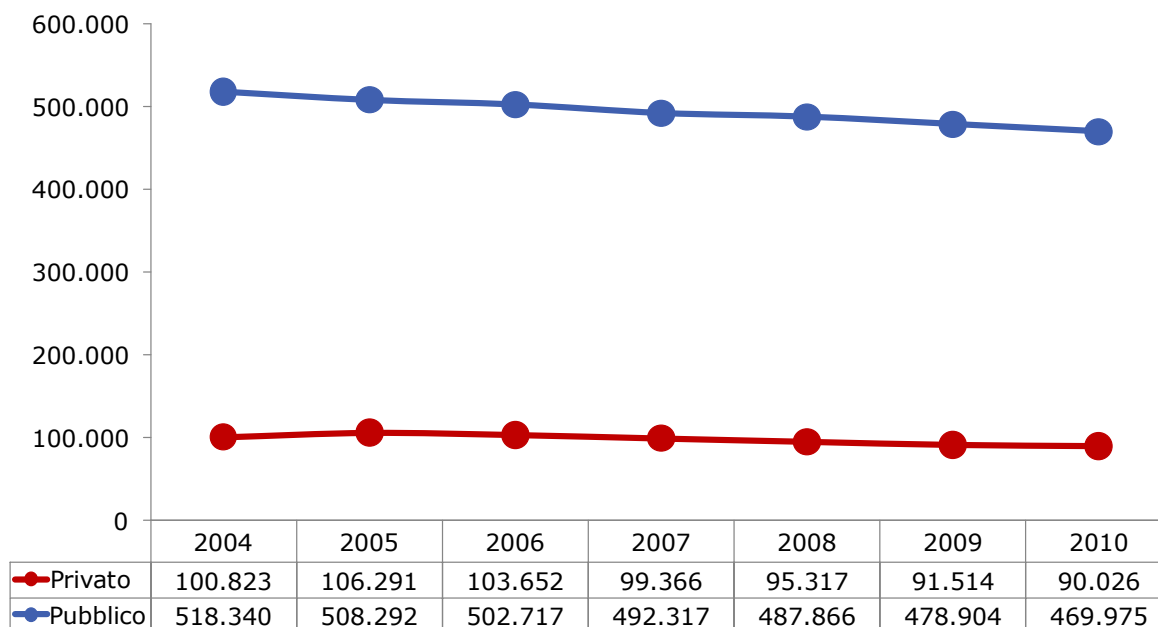
517

Dimissioni effettuate nella Regione del Veneto in regime di ricovero
ordinario, per tipologia di struttura. Anni 2008-2010

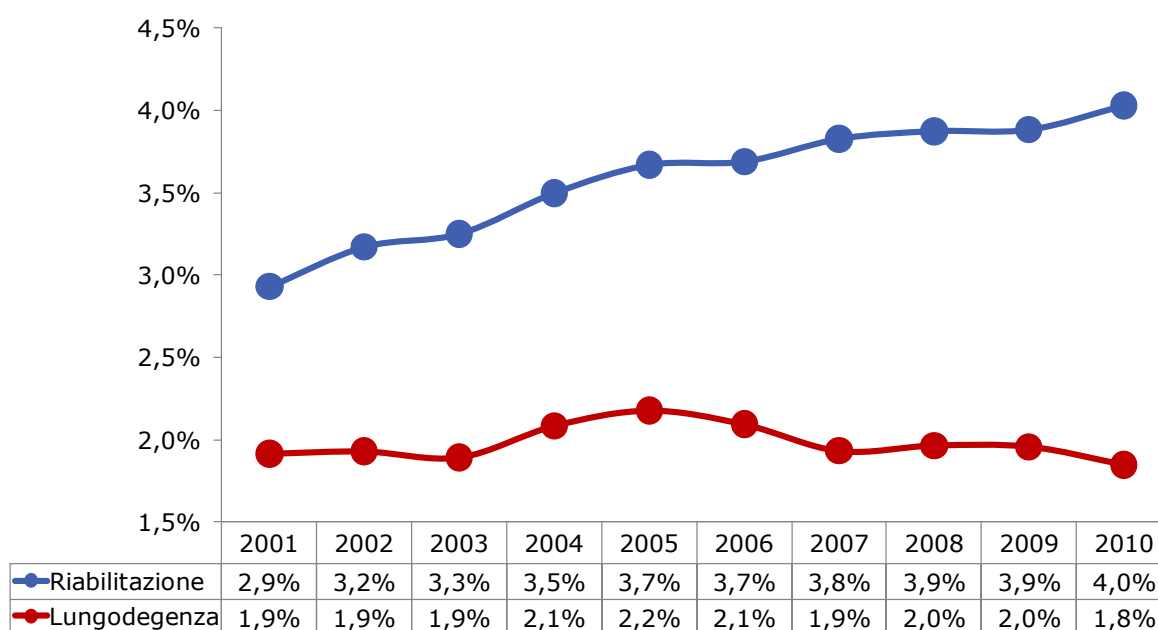


Il rapporto tra dimissioni in regime di ricovero ordinario effettuate in strutture pubbliche ed in strutture private rimane pressoché costante nel tempo.

Regione del Veneto: dimissioni in regime di ricovero ordinario.
Istituti pubblici e privati. Trend 2004-2010



Dimissioni effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto.
Regime di ricovero ordinario. Percentuali relative alla riabilitazione e
alla lungodegenza sul totale dimissioni. Anni 2001-2010



I ricoveri in lungodegenza e riabilitazione mostrano un trend altalenante, ma complessivamente in riduzione i primi ed in crescita i secondi.

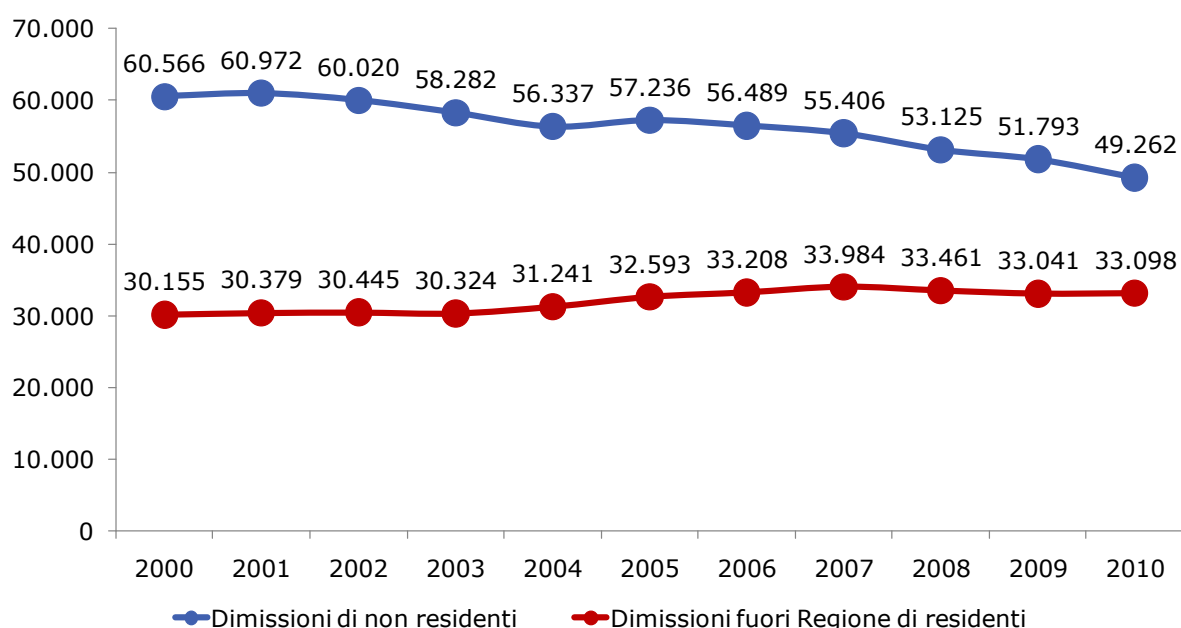
Dimissioni effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Regime di ricovero ordinario. Acuti, riabilitazione e lungodegenza. Anni 2001-2010			
Anni	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
2001	657.763	20.251	13.244
2002	625.109	20.893	12.710
2003	598.338	20.507	11.941
2004	584.588	21.661	12.914
2005	578.645	22.549	13.389
2006	571.299	22.370	12.700
2007	557.607	22.644	11.432
2008	549.127	22.590	11.466
2009	537.099	22.146	11.173
2010	527.086	22.564	10.351

519

Dobbiamo considerare in proposito che la funzione generale della lungodegenza è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero. Da questo punto di vista, schematizzando si possono individuare due tipologie di bisogno e di offerta, che appaiono aderenti alla maggior parte delle situazioni cliniche rilevabili nella pratica quotidiana: a) *funzione di lungodegenza a valenza prevalentemente internistica*, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione; b) *funzione di lungodegenza a valenza prevalentemente riabilitativa*, per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica. L'assistenza riabilitativa, che comprende strutture e servizi a diversi livelli (distrettuale, sovradistrettuale e multizonale) e con diverse modalità di organizzazione dell'offerta (ospedaliera ed extraospedaliera, di natura residenziale e semiresidenziale), deve garantire la valutazione del bisogno e l'inquadramento

diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi validati da evidenze scientifiche di provata efficacia. Il trend rilevato può essere quindi interpretato positivamente, in linea con l'obiettivo di ridurre i ricoveri e con i criteri di appropriatezza promossi e sviluppati dalla programmazione regionale.

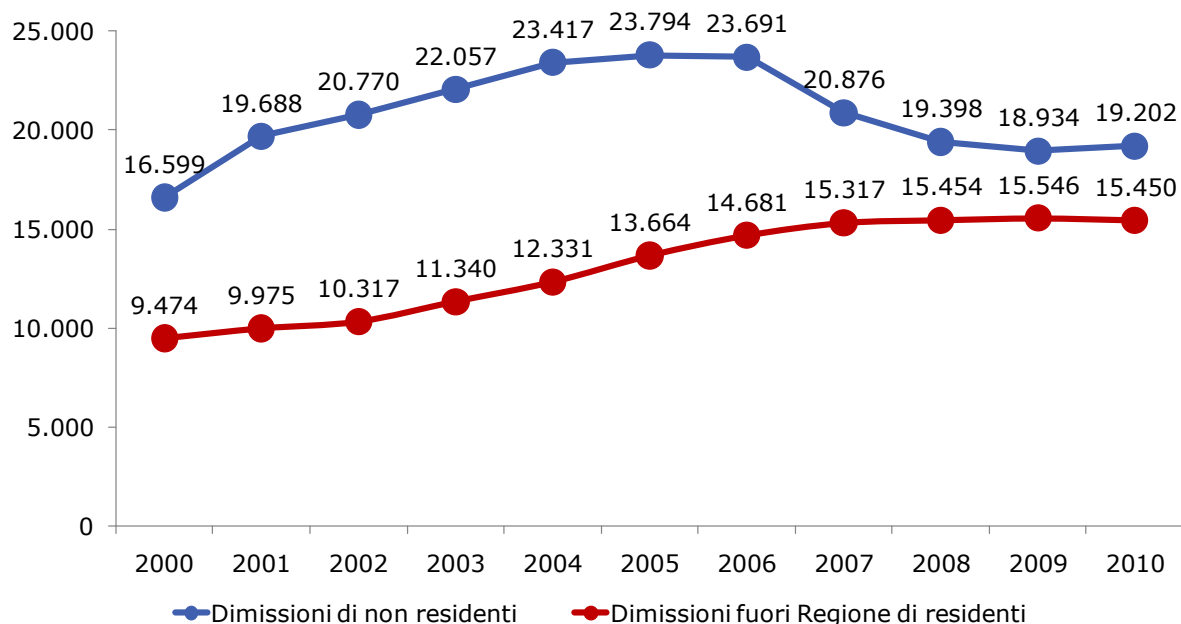
Mobilità attiva e passiva nel Veneto
Regime di Ricovero Ordinario. Trend 2000-2010



Esaminando i dati relativi alla mobilità attiva (dimissioni effettuate in Regione da persone non residenti nel Veneto) e alla mobilità passiva (dimissioni effettuate fuori Regione da persone residenti nel Veneto), le rilevazioni inerenti i ricoveri ordinari attestano una significativa riduzione dei valori di mobilità attiva (quasi 4.000 ricoveri in meno nel 2010 rispetto al 2008) ed una contenuta crescita della mobilità passiva. La capacità di attrazione che le strutture sanitarie del Veneto hanno rispetto alla realtà nazionale è diminuita, anche se il saldo attrazione e fuga al momento non subisce rilevanti effetti negativi. Le ragioni di tale fenomeno possono essere molteplici. Si può pensare in tal senso ai necessari provvedimenti adottati dalle Regioni, per far fronte agli adempimenti previsti dalla normativa nazionale e dagli accordi in materia, con il fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei rispettivi Sistemi Sanitari e nel contempo ridurre la spesa sanitaria. Ciò può aver indotto i cittadini a ridurre la propensione ai cosiddetti "viaggi della salute". Un altro motivo potrebbe essere legato al migliore controllo dei flussi di mobilità sanitaria da parte delle Regioni italiane. In tal senso alcune esperienze si stanno

consolidando. Sin dal mese di marzo 2006 la Regione del Veneto e la Regione Emilia Romagna hanno avviato un confronto che si è concretizzato nella firma di un accordo per gli anni 2007, 2008 e 2009. I risultati ottenuti da detto accordo sono stati confortanti e dimostrano come siano necessari nel governo della sanità regionale e nell'organizzazione delle singole Aziende. Il 24 novembre 2009 è stato approvato e poi sottoscritto un nuovo accordo quadro tra le due Regioni per gli anni 2010-2012 in ossequio alla logica e naturale evoluzione dello stesso, con l'intendimento di migliorare il governo dei flussi di mobilità tra le due regioni, favorendo un uso più razionale delle risorse economiche e perseguendo una sempre più appropriata risposta alle esigenze dei territori.

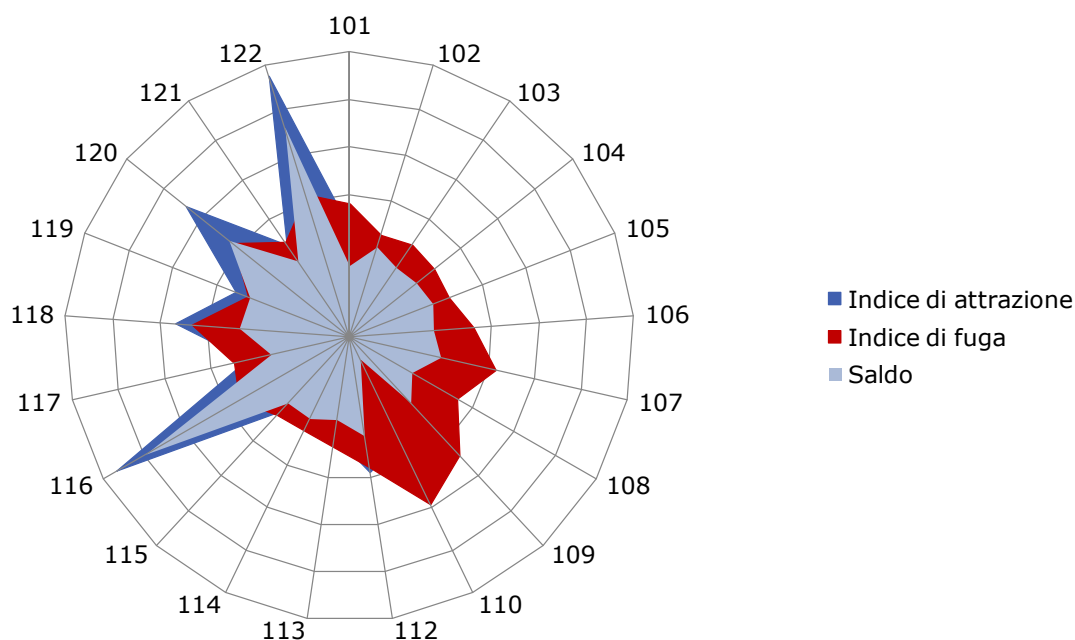
Mobilità attiva e passiva nel Veneto
Regime di Ricovero Diurno. Trend 2000-2010



Oggetto dell'accordo sono le prestazioni sanitarie erogate in regime di mobilità sanitaria interregionale da produttori pubblici e privati accreditati e specificatamente le prestazioni ospedaliere (ricoveri ordinari e day hospital), le prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'erogazione di farmaci in regime di somministrazione diretta. L'intesa rappresenta un'esperienza che potrebbe essere replicata anche in altre Regioni. Tornando alla nostra specifica realtà regionale, possiamo osservare il saldo di attrazione e fuga. Questo evidenzia la capacità del Sistema Socio Sanitario regionale (e delle singole Aziende) di ottenere un saldo positivo nel rapporto tra mobilità passiva e mobilità attiva. L'indicatore è il risultato della sottrazione dell'indice di fuga dall'indice di attrazione.

I saldi positivi più elevati sono rilevati nelle Aziende ULSS 16 di Padova e 20 di Verona. Tale dato subisce l'influenza dell'intensa attività delle Aziende Ospedaliere nell'area di riferimento. La rappresentazione grafica che segue evidenzia il posizionamento delle singole Aziende ULSS (i numeri nel perimetro della rete sono i rispettivi codici aziendali) con riferimento all'indice di attrazione e fuga.

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2008
Regime di ricovero diurno. Aziende ULSS del Veneto.



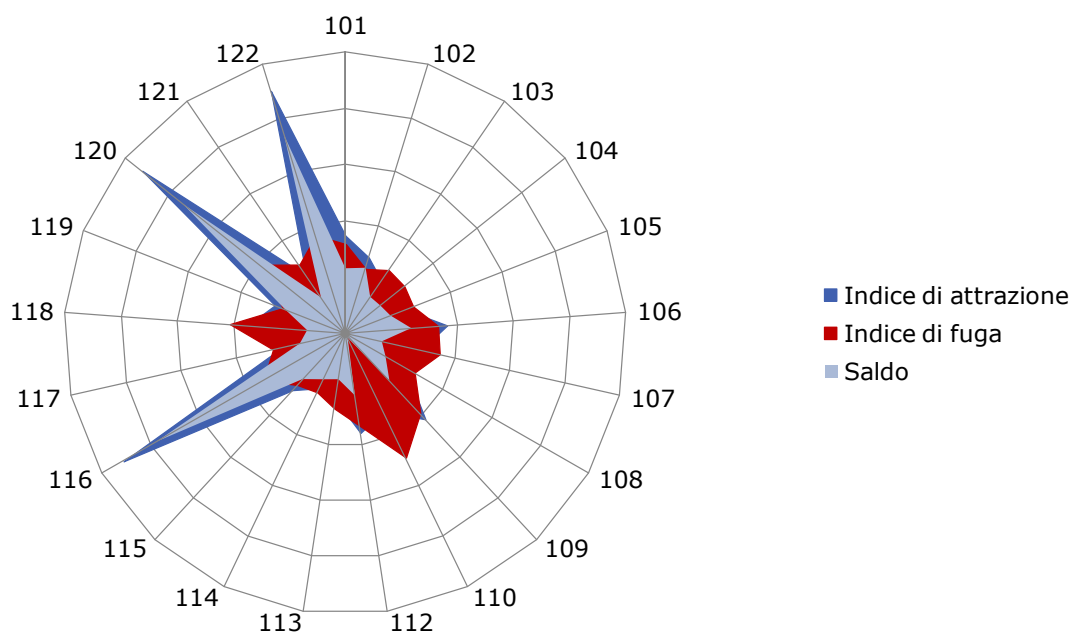
$$\text{Indice di attrazione} = \frac{\text{Numero di dimissioni di non residenti nel Veneto}}{\text{Numero totale dimissioni nel Veneto}} \times 100$$

$$\text{Indice di fuga} = \frac{\text{Numero di dimissioni fuori Regione di residenti}}{\text{Numero totale dimissioni}} \times 100$$

$$\text{Saldo attrazione e fuga} = \text{Indice di attrazione} - \text{Indice di fuga}$$

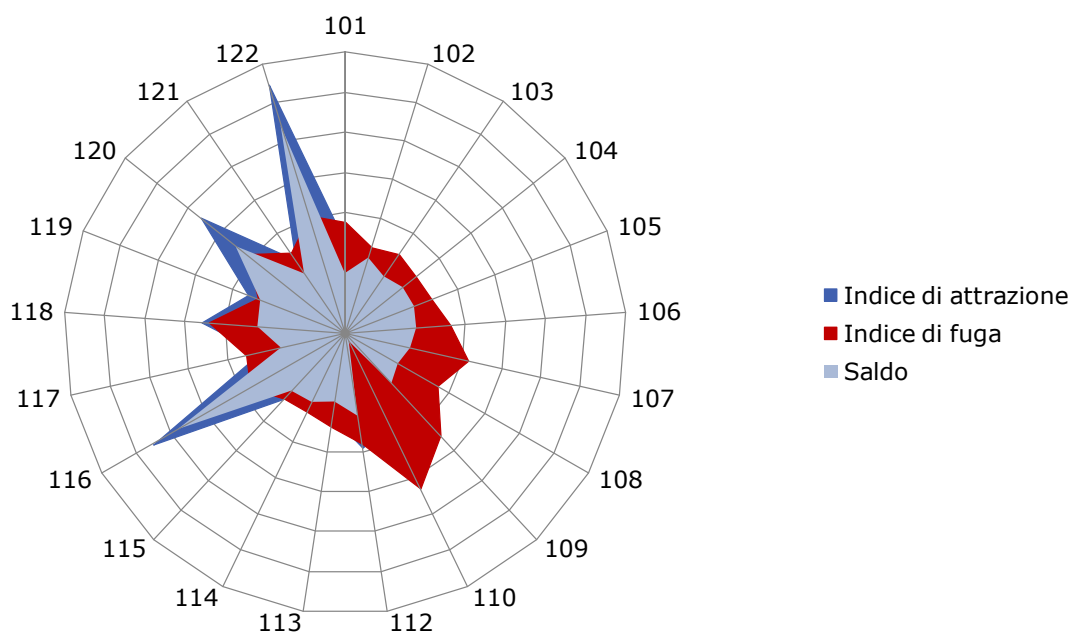
Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri diurni per l'anno 2008											
Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,15%	0,11%	0,05%	0,05%	0,07%	0,20%	0,57%	0,07%	0,65%	0,22%	0,45%
Indice di fuga	0,40%	0,12%	0,17%	0,14%	0,12%	0,31%	0,58%	0,31%	0,70%	0,96%	0,39%
Saldo	-0,25%	-0,01%	-0,12%	-0,09%	-0,05%	-0,11%	-0,01%	-0,24%	-0,05%	-0,73%	0,06%
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,06%	0,06%	0,08%	1,83%	0,10%	0,84%	0,29%	1,20%	0,17%	1,88%	0,43%
Indice di fuga	0,17%	0,10%	0,13%	0,35%	0,25%	0,67%	0,16%	0,58%	0,21%	0,57%	0,35%
Saldo	-0,11%	-0,04%	-0,04%	1,48%	-0,15%	0,16%	0,13%	0,63%	-0,04%	1,31%	0,08%

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2008
Regime di ricovero Ordinario. Aziende ULSS del Veneto.



Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri ordinari per l'anno 2008											
Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,36%	0,20%	0,06%	0,06%	0,07%	0,41%	0,19%	0,12%	0,55%	0,27%	0,40%
Indice di fuga	0,29%	0,09%	0,17%	0,16%	0,14%	0,32%	0,36%	0,20%	0,47%	0,73%	0,34%
Saldo	0,08%	0,11%	-0,11%	-0,10%	-0,07%	0,09%	-0,17%	-0,09%	0,07%	-0,45%	0,06%
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,10%	0,04%	0,19%	1,78%	0,08%	0,38%	0,17%	1,81%	0,12%	1,75%	0,43%
Indice di fuga	0,18%	0,09%	0,13%	0,35%	0,17%	0,54%	0,10%	0,47%	0,23%	0,41%	0,28%
Saldo	-0,08%	-0,04%	0,06%	1,43%	-0,09%	-0,16%	0,07%	1,34%	-0,12%	1,34%	0,15%

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2009
Regime di ricovero Diurno. Aziende ULSS del Veneto.



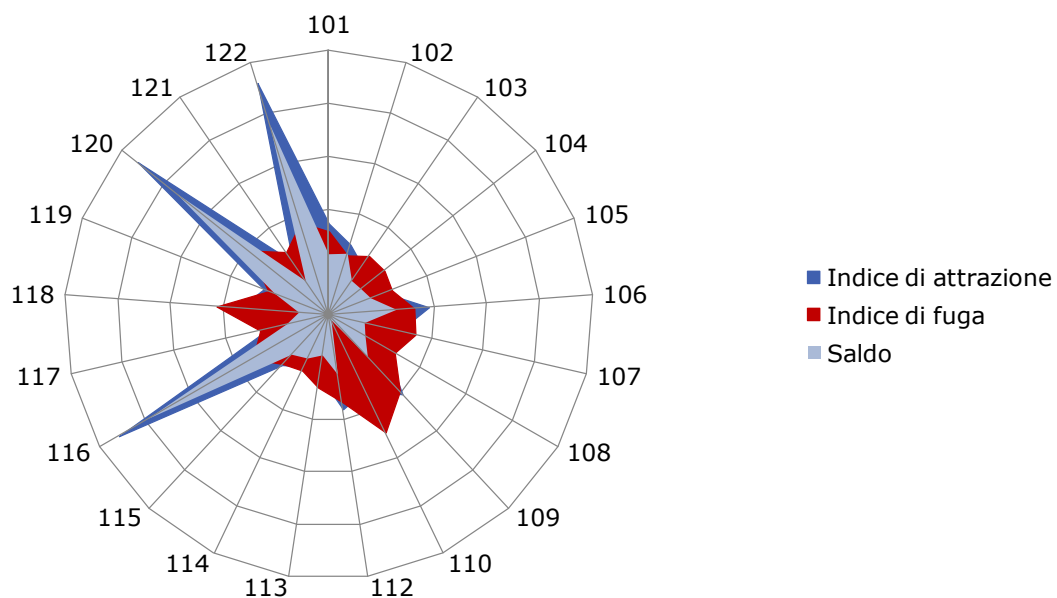
524

Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri diurni per l'anno 2009

Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,12%	0,10%	0,04%	0,04%	0,07%	0,20%	0,40%	0,08%	0,59%	0,26%	0,44%
Indice di fuga	0,38%	0,11%	0,18%	0,12%	0,15%	0,31%	0,57%	0,32%	0,74%	1,15%	0,40%
Saldo	-0,25%	-0,01%	-0,14%	-0,08%	-0,08%	-0,11%	-0,17%	-0,24%	-0,15%	-0,89%	0,04%

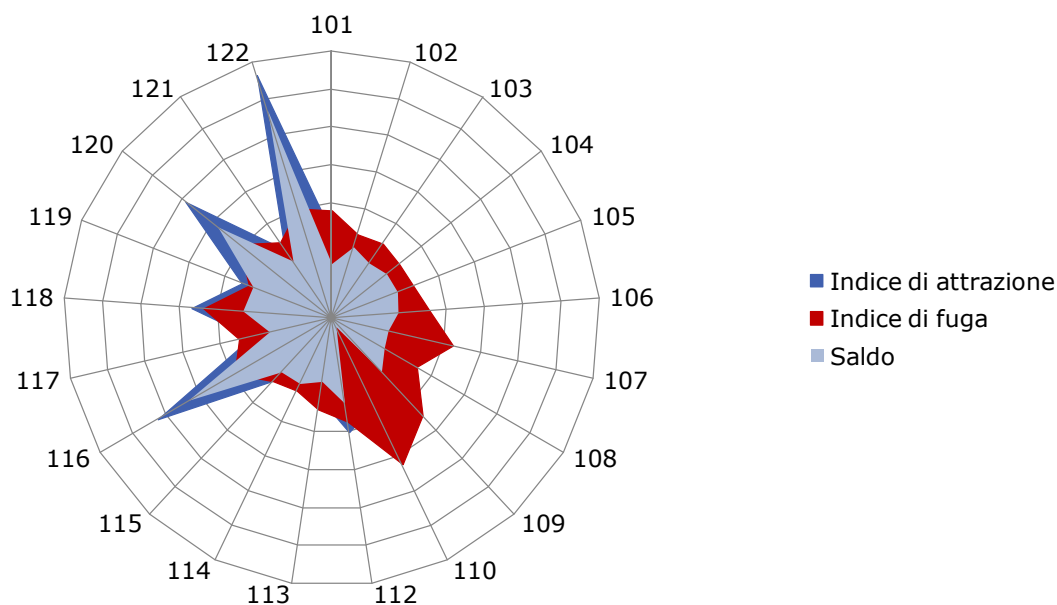
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,05%	0,05%	0,10%	1,77%	0,09%	0,80%	0,30%	1,31%	0,10%	2,24%	0,44%
Indice di fuga	0,19%	0,10%	0,12%	0,37%	0,27%	0,71%	0,17%	0,57%	0,21%	0,52%	0,36%
Saldo	-0,14%	-0,05%	-0,02%	1,40%	-0,18%	0,09%	0,13%	0,74%	-0,10%	1,71%	0,07%

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2009
Regime di ricovero Ordinario. Aziende ULSS del Veneto.



Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri ordinari per l'anno 2009											
Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,36%	0,19%	0,06%	0,06%	0,07%	0,45%	0,19%	0,12%	0,53%	0,29%	0,40%
Indice di fuga	0,29%	0,09%	0,17%	0,17%	0,14%	0,31%	0,34%	0,22%	0,48%	0,73%	0,33%
Saldo	0,07%	0,10%	-0,11%	-0,11%	-0,07%	0,14%	-0,15%	-0,10%	0,04%	-0,44%	0,07%
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,08%	0,04%	0,15%	1,80%	0,07%	0,35%	0,16%	1,81%	0,11%	1,79%	0,43%
Indice di fuga	0,19%	0,08%	0,14%	0,33%	0,17%	0,57%	0,12%	0,48%	0,22%	0,41%	0,29%
Saldo	-0,11%	-0,04%	0,01%	1,46%	-0,09%	-0,22%	0,05%	1,34%	-0,11%	1,38%	0,15%

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2010
Regime di ricovero Diurno. Aziende ULSS del Veneto



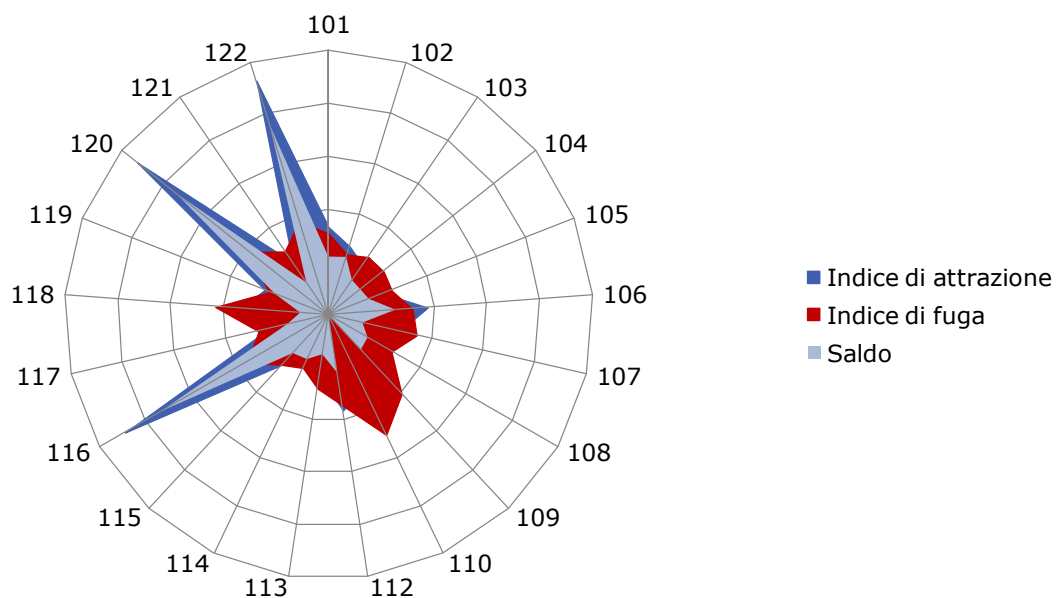
526

Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri diurni per l'anno 2010

Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,11%	0,11%	0,04%	0,04%	0,06%	0,14%	0,37%	0,07%	0,69%	0,26%	0,50%
Indice di fuga	0,41%	0,14%	0,18%	0,12%	0,14%	0,28%	0,62%	0,28%	0,74%	1,12%	0,37%
Saldo	-0,29%	-0,03%	-0,14%	-0,08%	-0,08%	-0,13%	-0,24%	-0,21%	-0,04%	-0,87%	0,13%

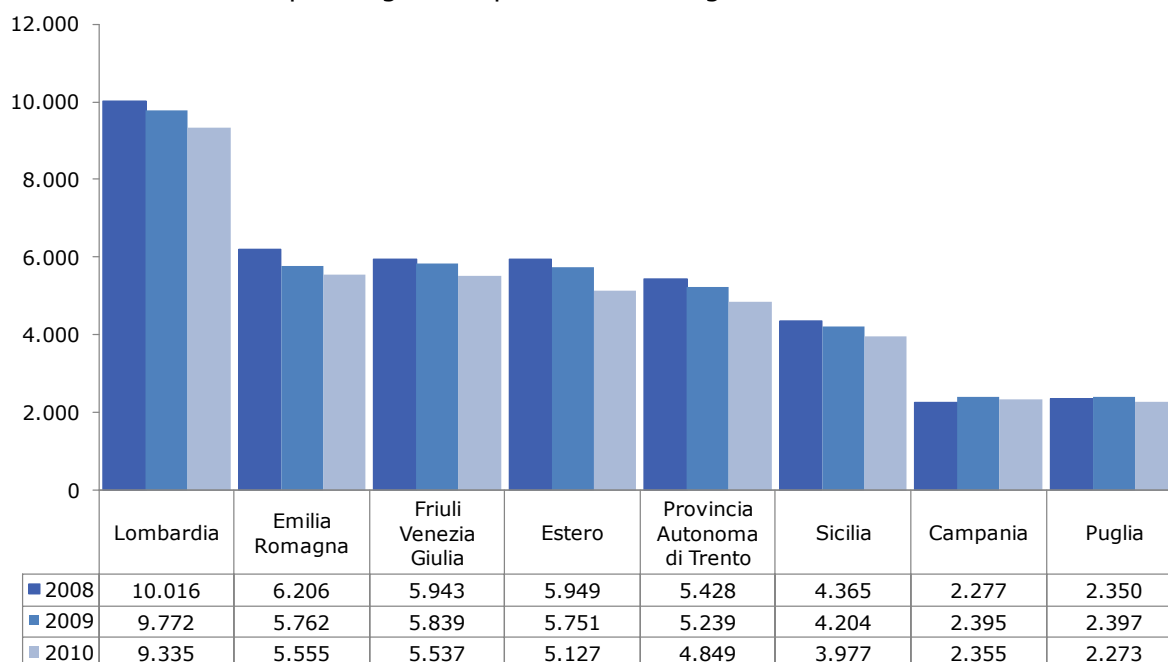
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,05%	0,01%	0,10%	1,63%	0,07%	0,84%	0,27%	1,45%	0,09%	2,33%	0,44%
Indice di fuga	0,21%	0,06%	0,13%	0,46%	0,24%	0,68%	0,16%	0,55%	0,20%	0,50%	0,36%
Saldo	-0,16%	-0,04%	-0,03%	1,16%	-0,17%	0,16%	0,10%	0,90%	-0,11%	1,83%	0,08%

Indice di attrazione e fuga e relativo saldo. Anno 2010
Regime di ricovero Ordinario. Aziende ULSS del Veneto



Indice di attrazione e fuga relativo ai ricoveri ordinari per l'anno 2010											
Indici	Aziende ULSS										
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112
Indice di attrazione	0,33%	0,18%	0,07%	0,05%	0,05%	0,44%	0,19%	0,12%	0,47%	0,26%	0,41%
Indice di fuga	0,28%	0,10%	0,17%	0,17%	0,14%	0,30%	0,35%	0,19%	0,51%	0,76%	0,36%
Saldo	0,05%	0,07%	-0,10%	-0,11%	-0,09%	0,14%	-0,17%	-0,07%	-0,05%	-0,50%	0,05%
Indici	Aziende ULSS										
	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,08%	0,02%	0,13%	1,72%	0,08%	0,34%	0,15%	1,81%	0,10%	1,82%	0,42%
Indice di fuga	0,20%	0,05%	0,14%	0,38%	0,18%	0,57%	0,10%	0,47%	0,23%	0,43%	0,29%
Saldo	-0,12%	-0,03%	0,00%	1,33%	-0,10%	-0,23%	0,04%	1,34%	-0,13%	1,38%	0,13%

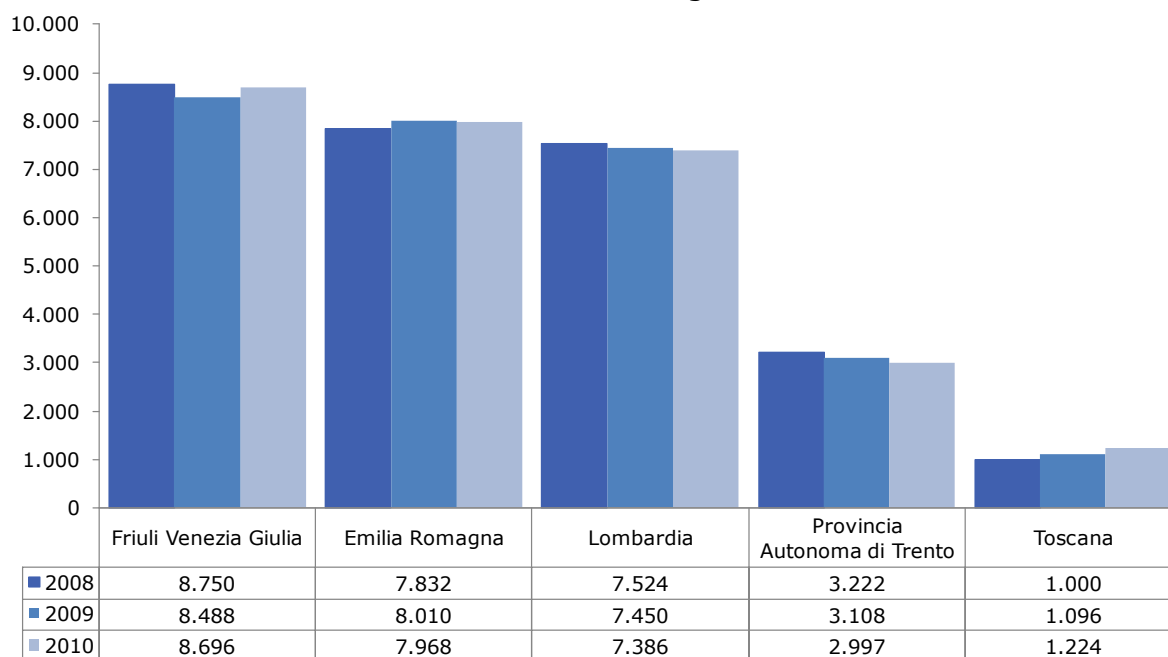
Attrazione: dimissioni effettuate nel Veneto da parte di utenti provenienti da altre Regioni. Regime di ricovero ordinario. Principali Regioni di provenienza negli anni 2008-2010.



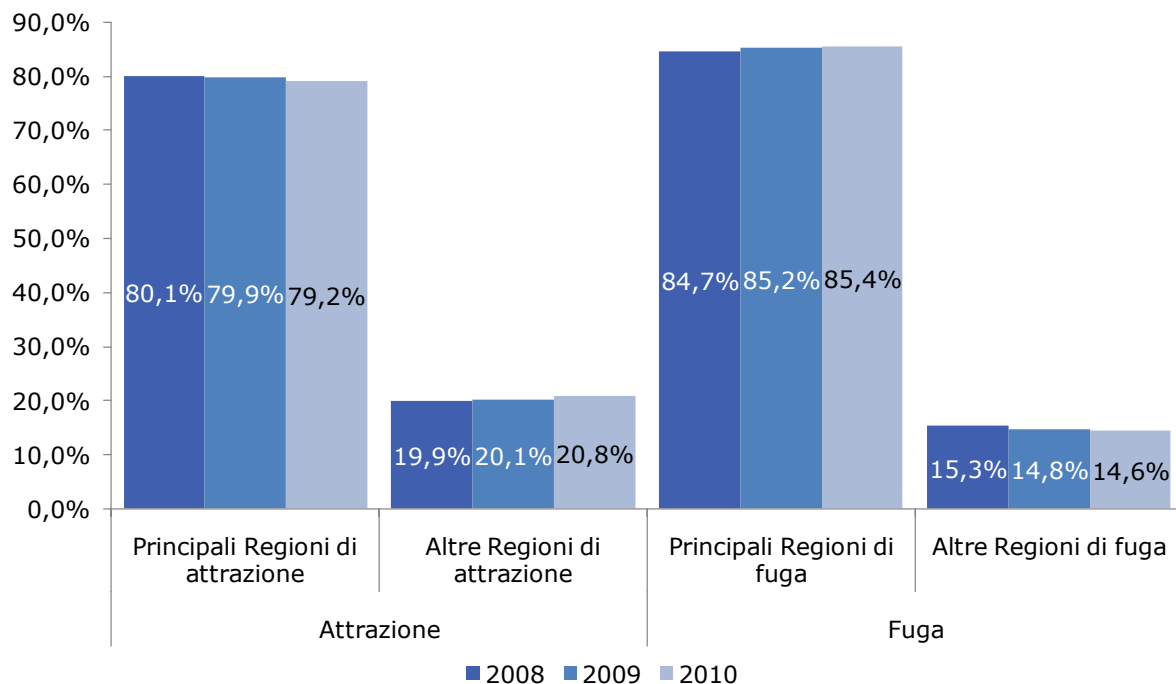
528

Le Regioni di provenienza dei flussi di mobilità attiva e le Regioni di destinazione dei flussi di mobilità passiva, confermano le rilevazioni effettuate negli anni precedenti.

Fuga: dimissioni di residenti nel Veneto effettuate in altre Regioni. Regime di ricovero ordinario. Principali Regioni in cui sono stati effettuati i ricoveri negli anni 2008-2010.



Attrazione e fuga 2008-2010. Regime di ricovero ordinario Percentuali Regioni prevalenti e altre Regioni



Anni	Attrazione		Fuga	
	Principali Regioni di attrazione	Altre Regioni di attrazione	Principali Regioni di fuga	Altre Regioni di fuga
2008	80,1%	19,9%	84,7%	15,3%
2009	79,9%	20,1%	85,2%	14,8%
2010	79,2%	20,8%	85,4%	14,6%

Le principali Regioni di attrazione coprono circa l'80% delle dimissioni di non residenti effettuate nel Veneto, mentre le principali Regioni di fuga riguardano oltre l'85% delle dimissioni di residenti nel Veneto in altre Regioni. Vi è da dire inoltre che, accanto agli ormai consolidati flussi relativi alla mobilità intra ed extra regionale, sono in corso di implementazione i flussi dell'assistenza "internazionale", concernenti le cure prestate e ricevute, rispettivamente, a cittadini appartenenti alla Comunità Europea non residenti in Italia o a Paesi esteri convenzionati (mobilità attiva internazionale) e da cittadini veneti curati in paesi della Comunità stessa o in paesi con i quali vige apposita convenzione (mobilità passiva internazionale).

Per ciò che attiene le dotazioni strutturali, con il Patto per la Salute 2010-2012 le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

POSTI LETTO 2008							
Azienda ULSS	Pubblici			Privati*			Totali
	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	
101	612	34	23	76	0	2	747
102	352	19	21	0	0	0	392
103	482	19	33	0	0	0	534
104	409	15	37	0	0	0	461
105	464	45	38	0	0	0	547
106	943	63	24	208	20	12	1.270
107	603	92	0	30	50	0	775
108	651	45	37	0	0	0	733
109	1.096	176	0	416	34	0	1.722
110	533	29	33	92	5	8	700
112	829	58	59	551	18	16	1.531
113	643	67	47	0	0	0	757
114	397	24	39	0	0	0	460
115	710	45	29	0	0	0	784
116	352	11	12	394	46	10	825
117	429	74	20	0	0	0	523
118	584	68	0	129	10	10	801
119	191	3	21	127	0	10	352
120	350	16	14	284	1	3	668
121	463	24	43	0	0	0	530
122	349	42	13	743	43	31	1.221
901 AO PD	1.360	157	16	0	0	0	1.533
902 AO VR	1.606	165	0	0	0	0	1.771
952 IOV	63	38	0	0	0	0	101
Totale	14.471	1.329	559	3.050	227	102	19.738

* Nei privati sono comprese le sperimentazioni gestionali pubblico-privato

POSTI LETTO 2009							
Azienda ULSS	Pubblici			Privati			Totali
	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	
101	612	36	21	76	0	2	747
102	352	19	21	0	0	0	392
103	490	13	35	0	0	0	538
104	400	13	40	0	0	0	453
105	463	45	38	0	0	0	546
106	945	14	26	208	20	12	1.225
107	603	92	0	30	50	0	775
108	574	38	29	0	0	0	641
109	1.126	176	0	416	51	0	1.769
110	527	29	35	92	5	8	696
112	828	51	58	551	18	16	1.522
113	600	56	46	0	0	0	702
114	383	16	51	0	0	0	450
115	710	45	29	0	0	0	784
116	350	8	8	396	39	13	814
117	423	71	18	0	0	0	512
118	576	68	0	139	10	10	803
119	185	3	21	124	0	8	341
120	359	18	14	284	1	3	679
121	466	25	39	0	0	0	530
122	349	20	28	734	29	52	1.212
901 AO PD	1.347	157	16	0	0	0	1.520
902 AO VR	1.607	163	0	0	0	0	1.770
952 IOV	63	39	0	0	0	0	102
Totale	14.338	1.215	573	3.050	223	124	19.523

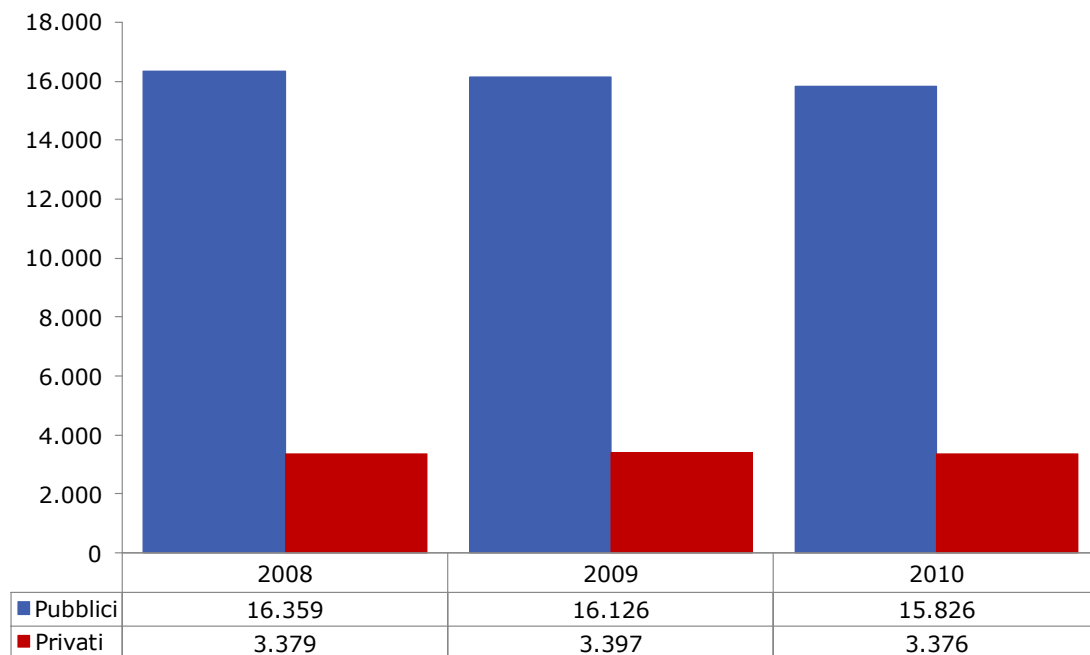
* Nei privati sono comprese le sperimentazioni gestionali pubblico-privato

Sin dal 2002 la Regione del Veneto ha approvato le modifiche e integrazioni alle schede di dotazione ospedaliera pubblica e privata, con il preciso scopo di adeguare il sistema di cure ospedaliere al cambiamento e alla diversificazione dei bisogni di salute e alla realizzazione di una più efficiente distribuzione delle risorse a fronte di più efficaci modelli di gestione delle medesime. Le schede hanno definito la dotazione strutturale ospedaliera delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere nonché delle strutture private. Le stesse hanno altresì specificato la destinazione funzionale degli ospedali, ripartendo gli stessi in ospedali costitutivi della rete (che si articolano sulla base della diversa complessità organizzativa in Aziende Ospedaliere, ospedali capoluogo di provincia e ospedali di rete)

ai quali si affiancano gli ospedali integrativi della rete che di norma sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva. Le schede hanno indicato, infine, il numero dei posti letto complessivi, dei posti letto per aree funzionali omogenee e delle apicalità. Successivamente, nel 2005 la Regione ha dato attuazione ad un nuovo intervento organico, a cui nel corso degli anni seguenti si sono aggiunti singoli provvedimenti di parziale modifica di alcune schede di dotazione ospedaliera, nonché di istituzione della scheda di dotazione ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto. Le rilevazioni effettuate nel triennio considerato (2008-2010) attestano la prosecuzione del percorso di razionalizzazione e miglioramento gestionale.

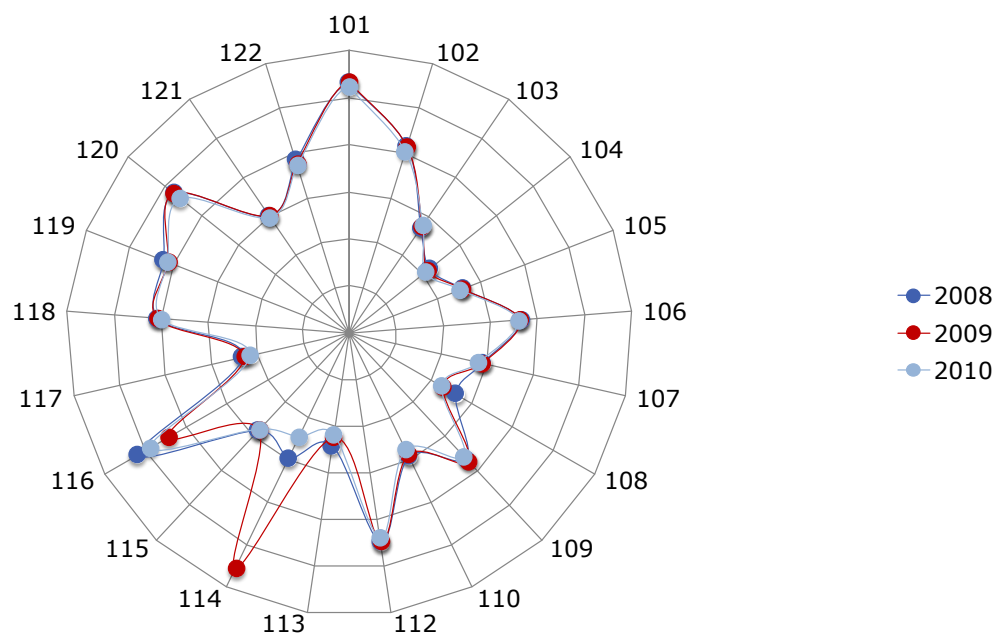
POSTI LETTO 2010							
Azienda ULSS	Pubblici			Privati			Totali
	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	
101	597	30	20	76	0	2	725
102	343	20	21	0	0	0	384
103	499	15	34	0	0	0	548
104	390	13	36	0	0	0	439
105	458	45	38	0	0	0	541
106	943	9	26	206	20	14	1.218
107	587	89	0	30	50	0	756
108	570	19	30	0	0	0	619
109	1.079	176	0	416	49	0	1.720
110	505	27	37	92	5	8	674
112	809	49	55	550	15	20	1.498
113	588	56	45	0	0	0	689
114	169	6	25	0	0	0	200
115	710	45	29	0	0	0	784
116	584	27	17	396	38	13	1.075
117	399	89	0	0	0	0	488
118	576	68	0	125	6	10	785
119	185	3	21	124	0	8	341
120	392	20	14	284	1	3	714
121	463	24	39	0	0	0	526
122	349	20	30	736	27	52	1.214
901 AO PD	1.341	157	16	0	0	0	1.514
912 AOUI VR	1.499	140	0	0	0	0	1.639
952 IOV	72	37	2	0	0	0	111
Totale	14.107	1.184	535	3.035	211	130	19.202

Posti letto totali nel Veneto
Anni 2008-2010



Se consideriamo le singole Aziende ULSS, la situazione appare differenziata, ma in linea generale rispondente ai limiti fissati dal Patto per la Salute 2010-2012.

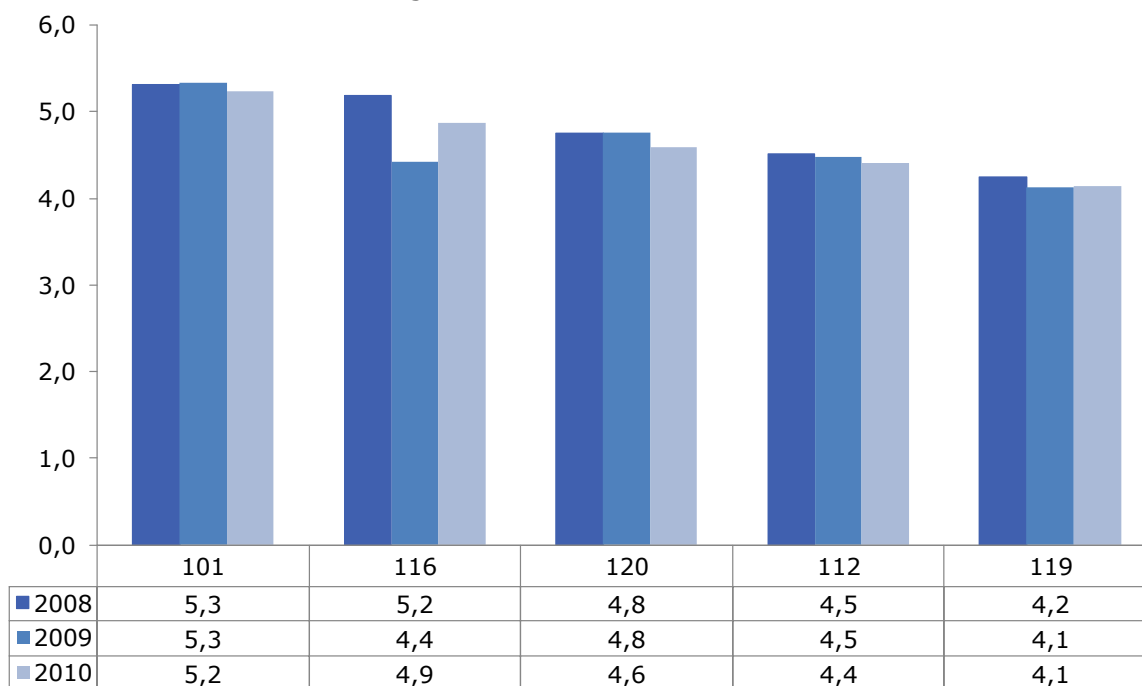
Posti letto in regime di ricovero ordinario nelle Aziende ULSS del Veneto. Posti letto per mille abitanti anni 2008-2010



I mutamenti evidenti nel posizionamento grafico per l'Azienda ULSS 14 di Chioggia sono dovuti al trasferimento delle competenze relative ai Comuni dell'area della Saccisica, dall'Azienda stessa all'Azienda ULSS 16 di Padova. Della Saccisica, fanno parte i comuni di Piove di Sacco, Arzegrande, Bovolenta, Brugine, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Polverara, Pontelongo e Sant'Angelo, che si estendono su una superficie di 253 Km² e nei quali nel 2010 risiedevano 68.690 abitanti. L'area occupa la parte Sud-Orientale della Provincia di Padova.

Posti letto per mille abitanti in regime di ricovero ordinario per Azienda ULSS			
Azienda ULSS	2008	2009	2010
101	5,3	5,3	5,2
102	4,2	4,1	4,0
103	2,7	2,7	2,8
104	2,2	2,1	2,1
105	2,6	2,6	2,5
106	3,6	3,6	3,6
107	2,9	2,9	2,8
108	2,6	2,3	2,3
109	3,7	3,7	3,6
110	2,9	2,9	2,8
112	4,5	4,5	4,4
113	2,4	2,2	2,2
114	3,0	5,6	2,5
115	2,8	2,8	2,8
116	5,2	4,4	4,9
117	2,3	2,3	2,1
118	4,1	4,1	4,0
119	4,2	4,1	4,1
120	4,8	4,8	4,6
121	3,0	3,0	3,0
122	3,8	3,8	3,7
Veneto	3,6	3,5	3,5

Aziende ULSS con numero più elevato di posti letto per mille abitanti. Veneto, regime di ricovero ordinario, anni 2008-2010.



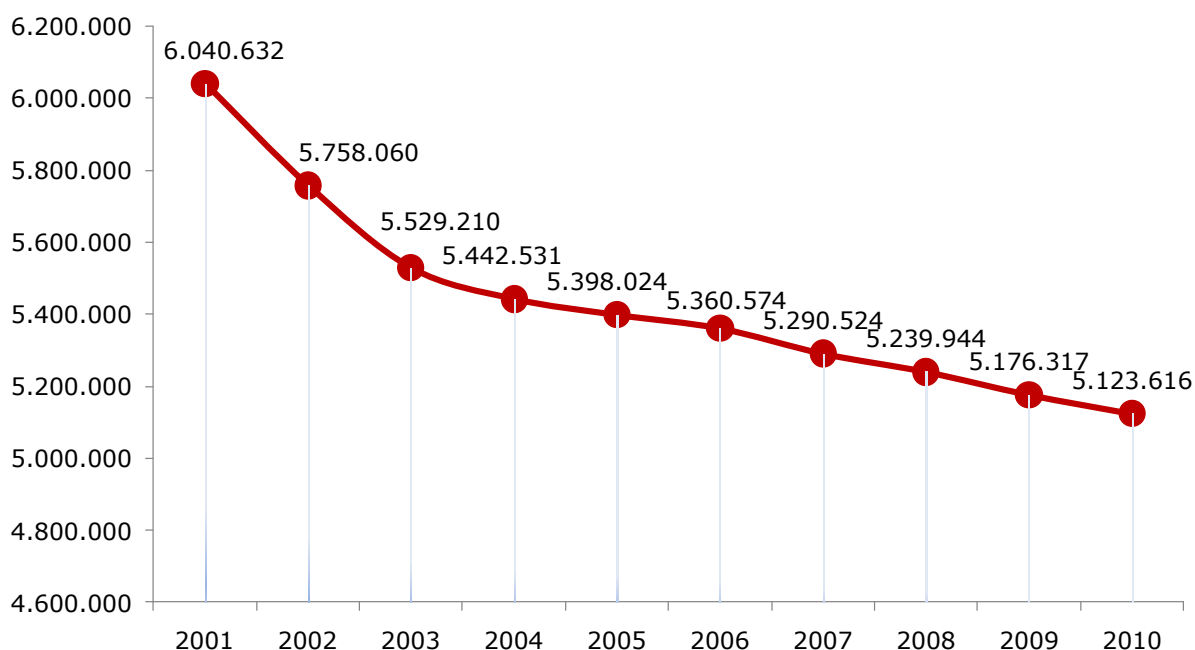
* Le Aziende ULSS 16 di Padova e 20 di Verona risultano caratterizzate da un numero più elevato a causa dell'incidenza delle due Aziende Ospedaliere.

Anche nelle Aziende che hanno il numero più alto di posti letto per mille abitanti l'obiettivo, che peraltro secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute dovrebbe essere raggiunto nel 2011, non appare lontano. È interessante osservare che il dato avrebbe lo stesso orientamento positivo anche se fosse considerato il numero complessivo dei posti letto, inclusi quelli dedicati al regime di ricovero diurno. Oltre la metà delle Aziende sarebbe comunque al di sotto dello standard previsto dal Patto della Salute e anche le altre Aziende sarebbero comunque relativamente vicine al raggiungimento dell'obiettivo.

Posti letto totali per mille residenti			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101	5,8	5,8	5,6
116	5,9	5,0	5,5
120	5,2	5,2	5,0
112	5,0	4,9	4,9
119	4,7	4,6	4,6
102	4,6	4,6	4,5
118	4,6	4,6	4,5
122	4,3	4,2	4,2
109	4,2	4,3	4,1
Veneto	4,0	4,0	3,9
106	4,0	3,8	3,8
107	3,6	3,5	3,4
121	3,5	3,4	3,4
110	3,3	3,2	3,1
115	3,1	3,1	3,1
103	3,0	3,0	3,0
105	3,0	3,0	3,0
114	3,4	6,5	2,9
117	2,8	2,8	2,6
113	2,9	2,6	2,6
108	2,9	2,6	2,5
104	2,5	2,4	2,3

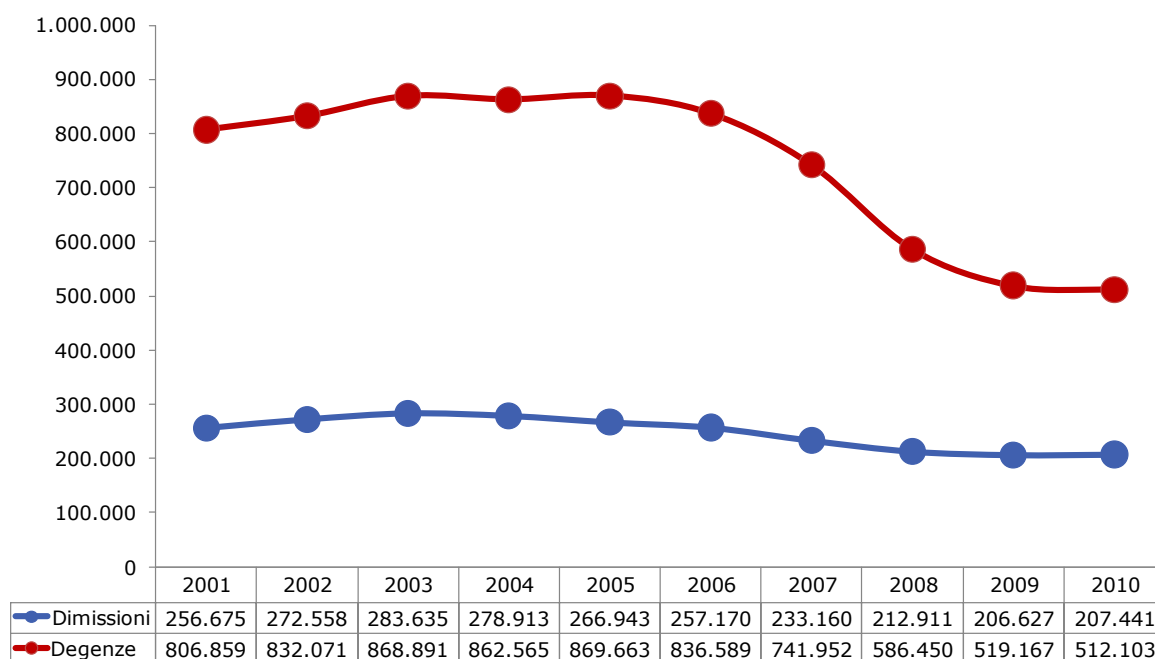
I notevoli risultati conseguiti in questi anni sul fronte della razionalizzazione e del miglioramento dell'efficienza sono evidenti anche se guardiamo alle giornate di degenza. Nell'arco di un decennio queste sono diminuite, per ciò che riguarda il regime di ricovero ordinario, di ben 917.016 unità. Le giornate di degenza in regime di ricovero diurno, seppur con un trend altalenante, in dieci anni sono diminuite di 294.756 unità.

Giornate di degenza in regime di ricovero ordinario effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Trend anni 2001-2010

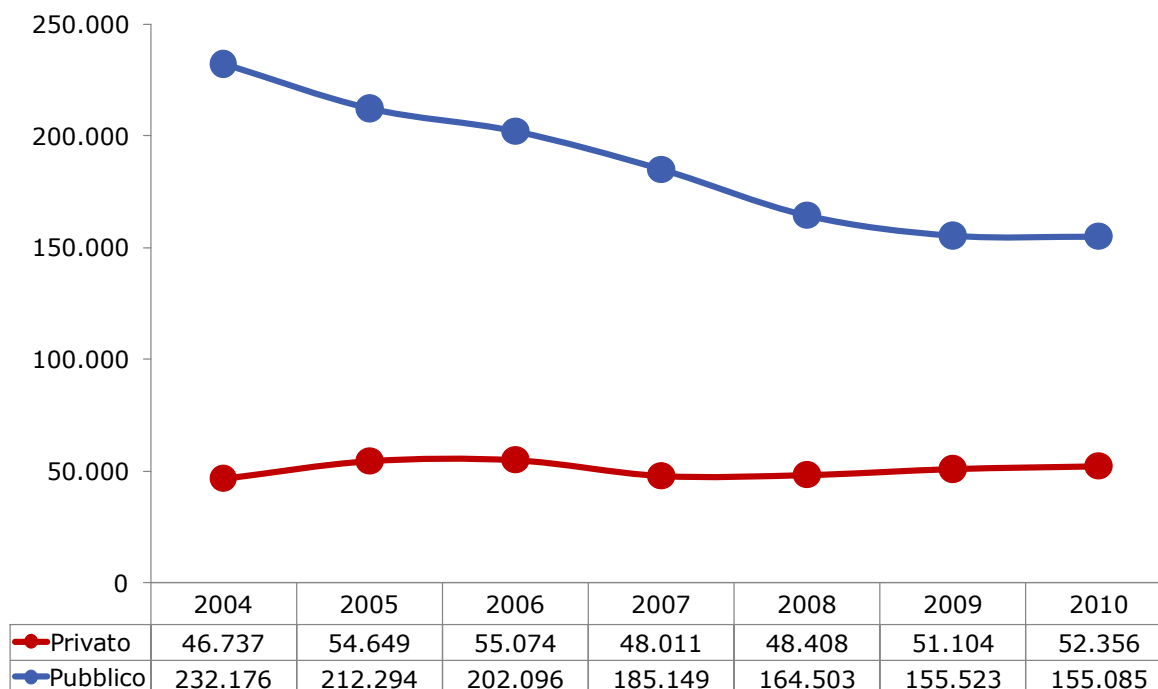


Negli ultimi anni si rileva comunque una certa stabilizzazione. Questa tendenza potrebbe segnalare un minor ricorso ai servizi sanitari sulla base di una maggiore attenzione alla prevenzione.

Dimissioni e degenze in regime di ricovero diurno effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Trend anni 2001-2010



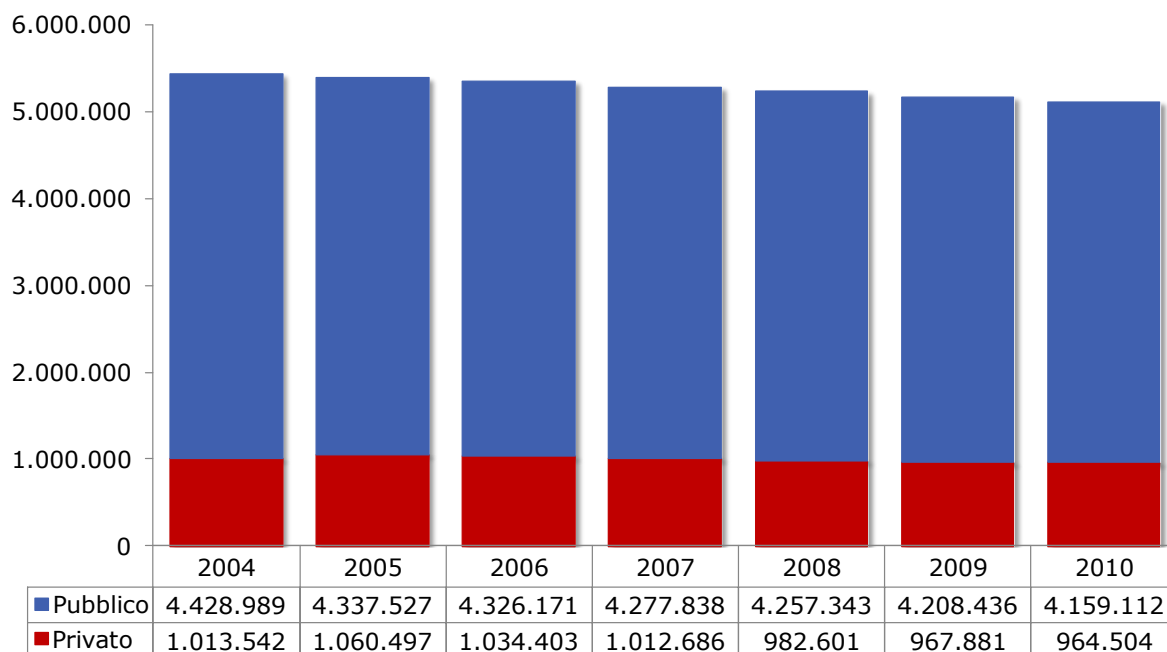
Regione del Veneto: dimissioni in regime di ricovero diurno.
Istituti pubblici e privati. Trend 2004-2010



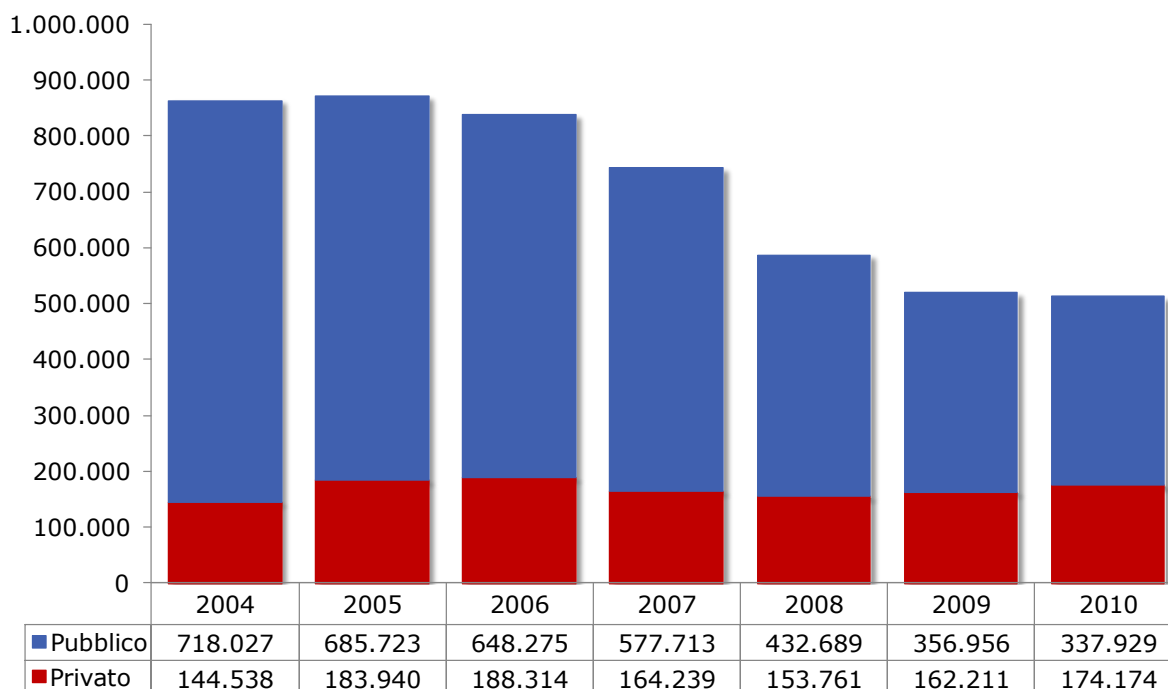
Il fenomeno è evidente negli istituti di ricovero pubblici, mentre nelle strutture private si osserva una lieve crescita.

537

Regione del Veneto: giornate di degenza in regime di ricovero
ordinario. Istituti pubblici e privati. Trend 2004-2010



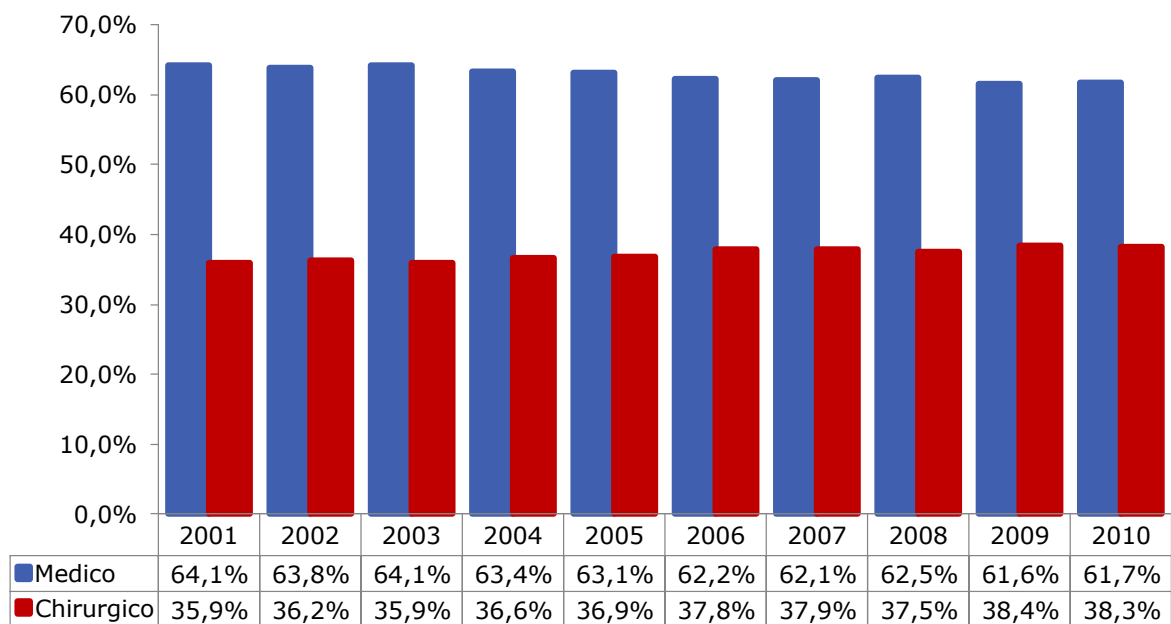
Regione del Veneto: giornate di degenza in regime di ricovero
diurno. Istituti pubblici e privati. Trend 2004-2010



538 La composizione dei ricoveri in regime di ricovero ordinario per tipologia di DRG vede i DRG medici con un trend discendente, anche se di pochi punti percentuali. I DRG Chirurgici si caratterizzano invece per una lieve crescita, sempre in termini percentuali. Se osserviamo i valori assoluti, i DRG Medici sono diminuiti nell'arco di un decennio di un numero pari a 97.638 dimissioni, in regime di ricovero ordinario. Tale valore è pari a circa tre volte la diminuzione dei valori assoluti dei DRG chirurgici. Nelle dimissioni in regime di ricovero diurno, i DRG medici sono diminuiti di 58.087 unità nell'arco di un decennio, mentre i DRG chirurgici sono aumentati di 8.812 unità. Ricordiamo che i DRG (Diagnosis Related Group), nella traduzione italiana "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", sono categorie di ricoveri omogenei per quantità di risorse assorbite nel processo assistenziale (si parla di una classificazione isorisorse). Il sistema DRG è un sistema, elaborato e sviluppato originariamente negli Stati Uniti, che aggrega i ricoveri in base al consumo delle risorse, alla durata della degenza e al profilo clinico dei pazienti. L'architettura di base del sistema di classificazione DRG è costituita dalle MDC Major Diagnostic Categories, ovvero le principali categorie di diagnosi. Ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico). La Regione del Veneto ha disposto, a partire dal 1 gennaio 2009, l'adozione e l'utilizzo, presso tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate del Veneto, della versione italiana 2007 della International Classification of

Diseases 9th revision - Clinical Modification (ICD9CM) e della corrispondente versione 24 della Classificazione Diagnosis Related Groups (DRG). Nel triennio considerato (2008-2010) la riduzione complessiva dei ricoveri, in qualche misura sterilizza il trend discendente dei DRG medici, in regime di ricovero ordinario, che tuttavia attesta l'esistenza di importanti aree di miglioramento.

Regione del Veneto: dimissioni in regime di ricovero ordinario.
DRG Medici e Chirurgici. Trend 2001-2010

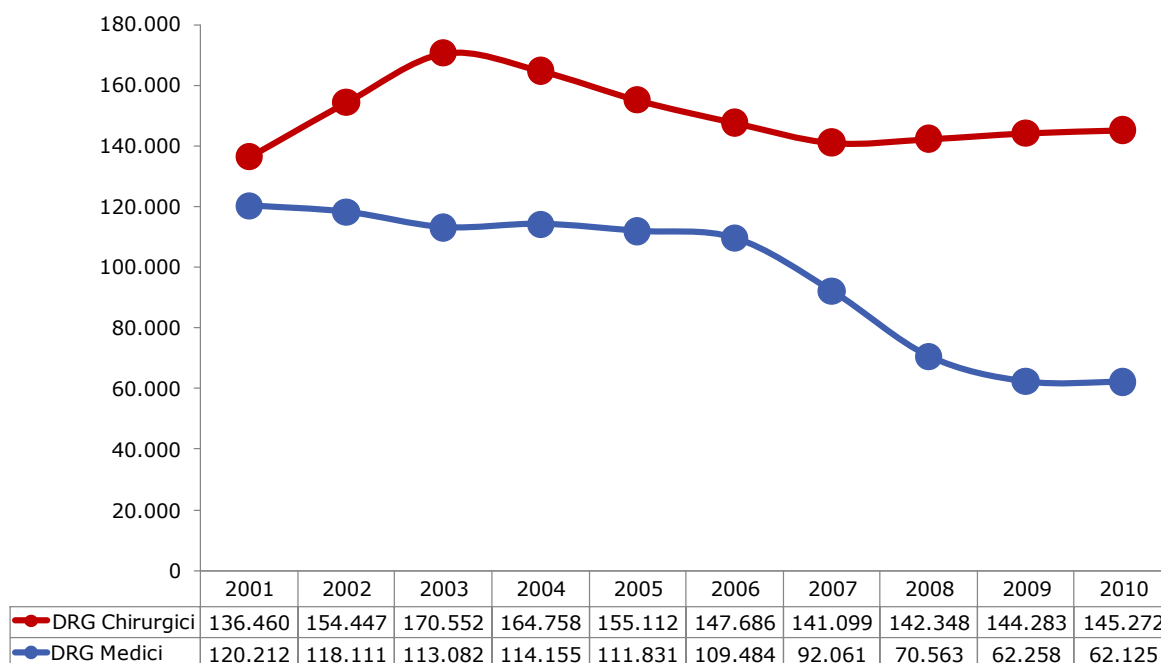


	DRG Medico	DRG Chirurgico
2001	443.277	247.979
2002	420.222	238.490
2003	404.497	226.288
2004	392.390	226.773
2005	388.049	226.534
2006	377.177	229.192
2007	367.496	224.187
2008	364.607	218.576
2009	351.419	218.902
2010	345.639	214.273

Da questo punto di vista va ribadito che uno degli obiettivi della programmazione regionale è quello di ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed

efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, con adeguata garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori.

Regione del Veneto: dimissioni in regime di ricovero diurno.
DRG Medici e Chirurgici. Trend 2001-2010



Infatti, riprendendo alcune nozioni espresse nella pubblicazione del Ministero della Salute (Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema) "Indicatori di appropriatezza organizzativa - Patto per la Salute 2010-2012", dell'ottobre 2010, *la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri esplora una delle dimensioni dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera, misurando la quota di ricoveri che sono stati caratterizzati da un intervento chirurgico maggiore, e che, pertanto, trovano nel setting ospedaliero la collocazione più idonea ed appropriata sia dal punto di vista clinico che organizzativo. L'ospedale, infatti, deve essere destinato all'erogazione di un'assistenza sanitaria di alta complessità ed alto carico assistenziale, che non potrebbe essere garantita altrove. La gran parte di ricoveri non chirurgici, con l'esclusione di una piccola quota residuale costituita da pazienti "critici" per età e compresenza di più patologie, può trovare più idonea collocazione nel setting ambulatoriale o può essere ricondotta ad ospedalizzazione evitabile dovuta ad una carenza del livello territoriale e di prevenzione. Ebbene, quanto evidenziato per ciò che concerne l'ambito regionale si propone anche*

nella realtà delle singole Aziende Sanitarie. Anche in questo caso l'appropriatezza organizzativa rappresenta un'importante area di miglioramento.

Regime di ricovero ordinario: anni 2008-2010

Assistenza Ospedaliera - Dimissioni per tipologia di DRG						
Aziende Sanitarie	2008		2009		2010	
	DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici
101	6.235	11.312	5.965	10.419	5.826	10.178
102	3.666	7.318	3.447	7.092	3.235	7.099
103	4.662	11.246	4.731	10.976	4.937	11.020
104	5.745	9.983	6.223	9.505	5.903	9.257
105	6.250	10.417	6.157	10.053	5.908	9.641
106	16.684	22.435	17.738	22.437	18.160	22.011
107	6.463	13.186	6.495	12.871	6.516	12.785
108	7.037	16.025	7.030	14.980	6.851	15.679
109	17.076	32.897	16.612	31.134	16.198	30.210
110	6.836	13.821	6.532	13.234	5.802	12.467
112	12.664	25.925	13.518	25.597	13.684	25.003
113	9.419	15.666	8.645	14.760	8.245	14.980
114	3.237	9.700	3.073	9.028	1.370	3.818
115	9.804	16.855	9.735	16.296	9.467	16.029
116	10.697	13.749	11.138	13.038	12.899	17.861
117	4.372	8.543	4.117	8.074	4.210	7.840
118	6.959	13.005	6.718	12.567	6.402	12.052
119	3.677	7.193	3.647	6.714	3.648	6.257
120	5.816	10.853	5.430	10.433	5.488	10.718
121	5.086	10.919	5.487	10.694	5.581	10.676
122	22.354	23.427	22.460	22.581	21.111	23.097
901 AO PD	20.474	28.745	20.813	28.106	20.118	27.483
902 AO VR	22.838	29.599	22.702	28.932		
912 AOUI VR					22.084	27.592
952 IOV	525	1.788	489	1.898	630	1.886
	218.576	364.607	218.902	351.419	214.273	345.639

Un numero maggiore di DRG medici rispetto a quelli chirurgici rappresenta una situazione spesso inevitabile in regime di ricovero ordinario. Ciò nonostante, nella nostra Regione è ancora possibile un ridimensionamento dei primi rispetto ai secondi.

Regime di ricovero diurno: anni 2008-2010

Assistenza Ospedaliera - Dimissioni per tipologia di DRG						
Aziende Sanitarie	2008		2009		2010	
	DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici	DRG Chirurgici	DRG Medici
101	3.091	1.572	2.634	1.253	2.907	1.178
102	1.719	941	1.800	795	1.720	876
103	3.648	1.066	3.549	866	3.532	939
104	4.265	1.086	3.979	1.056	4.096	910
105	4.078	618	4.104	572	3.963	572
106	9.093	3.114	8.239	2.412	7.220	2.158
107	6.945	4.346	6.436	3.908	6.309	4.050
108	5.153	2.168	6.056	1.702	6.586	1.769
109	11.361	6.081	11.986	6.034	12.216	6.594
110	4.227	1.193	4.387	866	4.276	964
112	9.728	3.623	9.547	2.559	10.168	2.371
113	4.234	3.160	3.913	2.717	3.849	2.626
114	3.296	1.984	3.088	794	1.455	309
115	6.108	1.543	6.742	1.470	6.954	1.452
116	5.146	3.757	5.311	3.010	7.017	3.222
117	4.995	1.641	5.176	1.290	5.144	1.048
118	7.180	2.309	7.460	2.181	7.598	2.406
119	3.034	938	2.978	930	2.920	841
120	3.663	583	4.595	461	4.305	505
121	3.572	2.237	2.647	1.368	2.622	1.152
122	16.076	6.412	17.939	6.195	18.560	6.177
901 AO PD	10.704	9.788	10.172	9.574	9.737	9.464
902 AO VR	10.308	8.824	10.759	8.690		
912 AOUI VR					11.299	9.027
952 IOV	724	1.579	786	1.555	819	1.515
	142.348	70.563	144.283	62.258	145.272	62.125

A partire dal DRG più rappresentato nel triennio 2008-2010, ovvero parto vaginale senza diagnosi complicanti, le posizioni tra i primi 30 DRG corrispondono spesso, ma non sempre, alle rilevazioni effettuate negli anni precedenti.

Dimissioni in regime di ricovero ordinario: primi 30 DRG nel 2010 e valori assoluti corrispondenti negli anni 2008 e 2009			
Tipo DRG - Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi	2008	2009	2010
373. Parto vaginale senza diagnosi complicanti	32.833	31.973	31.808
127. Insufficienza cardiaca e shock	19.292	19.173	19.758
544. Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori		15.525	16.015
371. Taglio cesareo senza diagnosi complicanti	12.921	13.009	12.622
359. Interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne senza diagnosi complicanti	9.918	10.276	10.503
014. Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	10.357	8.574	8.689
087. Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.990	8.062	8.502
430. Psicosi	8.526	8.565	8.242
256. Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.554	7.285	7.910
494. Colectomia laparoscopica senza esplorazione dotto biliare no cc	6.576	6.819	6.844
089. Polmonite semplice e pleurite, età >17 con diagnosi complicanti	6.382	6.663	6.677
183. Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie apparato digerente, età >17, no cc	7.130	6.598	6.305
012. Disturbi degenerativi sistema nervoso	6.116	6.126	5.892
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.862	5.447	5.231
538. escissione locale e rimozione di mezzi fissazione interna eccetto anca e femore no cc		5.270	5.145
125. Malattie cardiovascolari eccetto I.M.A., con cateterismo cardiaco e diagnosi no cc	4.582	4.760	5.024
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	6.005	5.639	4.950
316. Insufficienza renale	4.875	4.717	4.822
219. Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, no cc	4.827	4.912	4.786
088. Malattia polmonare cronica ostruttiva	5.722	5.176	4.752
225. Interventi sul piede	4.580	4.238	4.085
082. Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.773	4.215	4.054
243. Affezioni mediche del dorso	4.718	4.122	4.051
145. altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza complicazioni	3.960	4.059	3.989
311. Interventi per via transuretrale senza diagnosi complicanti	3.758	3.727	3.913
203. neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	4.281	4.243	3.892
500. interventi dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza complicazioni	3.641	3.911	3.888
149. Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza diagnosi complicanti	3.873	3.677	3.857
390. neonati con altri affezioni significative	3.512	3.673	3.821
524. ischemia cerebrale transitoria		3.976	3.675
Sub Totale primi 30 DRG	203.564	224.410	223.702
Altri DRG	379.619	346.008	336.299
Totale dimissioni per tutti i DRG	583.183	570.418	560.001

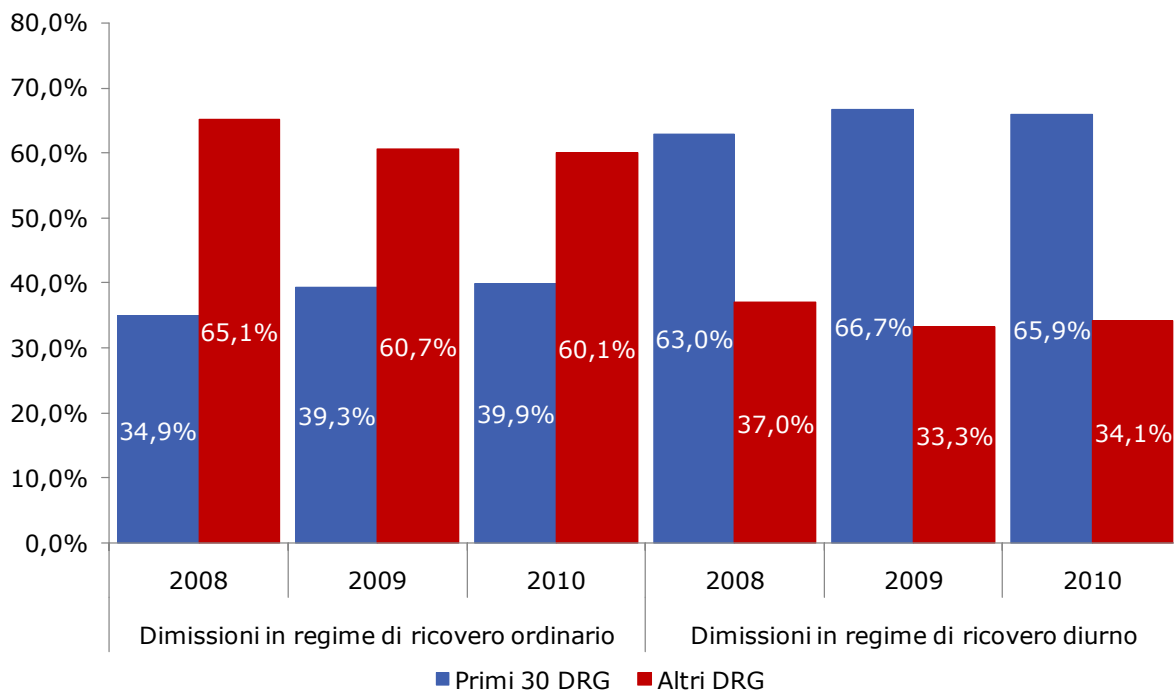
*no cc = senza complicanze

Ciò nonostante, alcuni interventi chirurgici che apparivano tra i primi DRG sino a metà del decennio 2001-2010, sono sempre più frequentemente eseguiti ambulatorialmente e quindi non sono più presenti in elenco.

Dimissioni in regime di ricovero diurno: primi 30 DRG nel 2010 e valori assoluti negli anni 2008 e 2009			
Tipo DRG - Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi	2008	2009	2010
503. Interventi ginocchio senza diagnosi principale di infezione	13.534	14.219	14.206
381. Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	11.863	11.598	11.375
359. interventi utero/annessi, non per neoplasie maligne no cc	7.458	8.320	8.911
229. Interventi mano o polso, eccetto interventi magg. Articolazioni no cc	7.444	7.592	7.813
364. Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne	7.465	7.678	7.105
538. escissione locale e rimozione mezzi fissazione interna eccetto anca e femore no cc		6.665	6.426
162. interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza diagnosi complicanti	8.408	6.360	5.699
042. interventi intraoculari, eccetto retina, iride, cristallino	4.277	5.162	5.521
158. Interventi su ano e stoma senza diagnosi complicanti	4.378	4.965	5.013
266. Trapianti pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/cellulite no cc	4.942	4.859	4.989
270. Altri interventi pelle, sottocute, mammella senza diagnosi complicanti	5.247	5.003	4.910
060. Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18	4.122	4.471	4.358
225. interventi sul piede	3.006	4.285	4.349
139. aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no cc	3.794	3.902	4.207
311. interventi per via transuretrale no cc	3.622	3.716	3.832
412. Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.714	3.151	3.389
119. Legatura e stripping di vene	4.905	3.483	3.204
227. Interventi sui tessuti molli no cc	2.974	3.188	3.173
408. Alterazioni mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	2.997	3.419	3.139
055. Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	2.984	3.046	3.114
339. Interventi sul testicolo, non per neoplasie maligne, età >17	2.794	2.872	2.858
410. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7.134	2.706	2.428
467. Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.504	2.235	2.295
169. interventi sulla bocca no cc	2.404	2.424	2.246
039. Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.812	2.770	2.124
262. Biopsia mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	2.054	2.025	2.122
267. interventi perianali e pilonidali	1.926	2.065	2.112
431. disturbi mentali dell'infanzia	2.007	1.964	2.035
125. malattie cardiovascolari eccetto ima, con cateterismo cardiaco e diagnosi no cc	1.571	1.804	1.888
323. calcolosi urinaria con cc e/o litotrissia con ultrasuoni	1.701	1.968	1.873
Sub Totale primi 30 DRG	134.041	137.915	136.714
Altri DRG	78.870	68.712	70.727
Totale dimissioni per tutti i DRG	212.911	206.627	207.441

Nelle dimissioni in regime di ricovero diurno, l'aspetto più evidente è il caso dei ricoveri per chemioterapia, che costituivano il DRG più frequente nel periodo 2001-2006, e che sono crollati con l'introduzione, nel 2007, del Day Service Ambulatoriale. Con questa locuzione si definisce un innovativo modello organizzativo ed operativo, che può essere attuato in ambito ospedaliero e in strutture extraospedaliere ambulatoriali. Nel Day Service Ambulatoriale vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni integrate, arricchendo i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito sanitario. Tale modello è coerente con il fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione, e con l'obiettivo di diminuire il numero dei ricoveri inappropriati in regime diurno, mantenendo un impianto organizzativo che faciliti il percorso del paziente e non rechi un aggravio burocratico alle strutture sanitarie. Per l'attivazione del Day Service Ambulatoriale è fondamentale una specifica definizione delle attività svolte con l'esplicitazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuati dai professionisti interessati, e formalizzati dalle Direzioni delle Aziende sanitarie sotto forma di un "pacchetto" di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate dal medico specialista che prende in carico il paziente.

Incidenza percentuale dei primi 30 DRG
Veneto dimissioni ospedaliere 2008-2010



L'introduzione del Day Service Ambulatoriale costituisce il motivo principale della forte riduzione negli ultimi anni del numero delle dimissioni in regime di ricovero diurno. Se pensiamo all'incidenza percentuale dei primi 30 DRG, possiamo comprendere la rilevanza

di questa scelta. Ad esempio, nel 2010, nel regime di ricovero diurno i primi 30 DRG incidono sulle dimissioni con una percentuale pari a circa il 66% dei ricoveri.

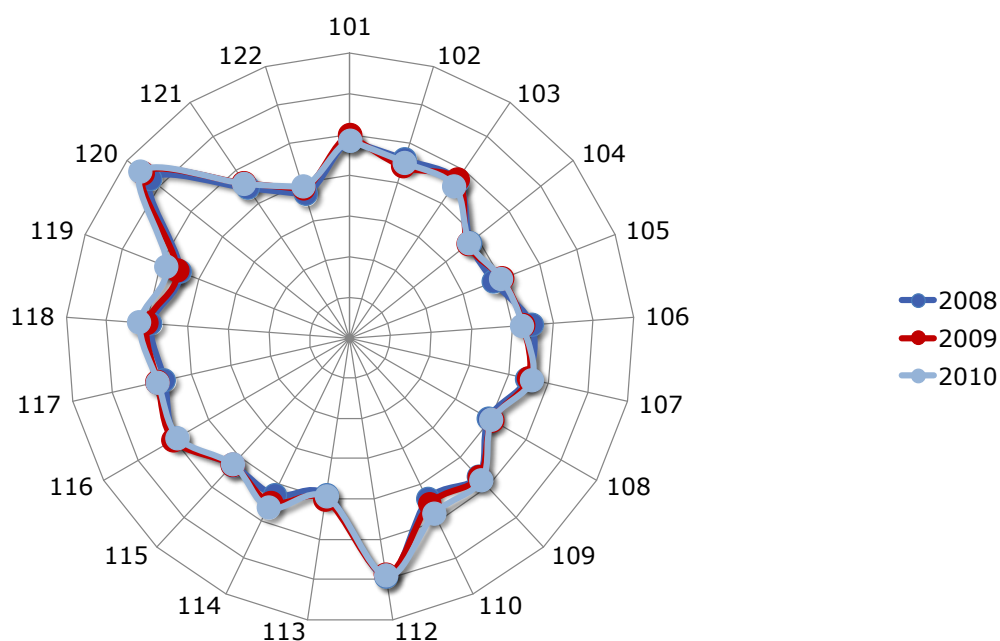
Dimissioni, giornate di degenza e degenza media per macro-area. Regime di ricovero ordinario. Veneto 2008-2010									
Macro-area	2008			2009			2010		
	Dimissioni	Degenze	Degenza media	Dimissioni	Degenze	Degenza media	Dimissioni	Degenze	Degenza media
Acuti	549.127	4.408.794	8,0	537.099	4.336.512	8,1	527.086	4.285.033	8,1
Riabilitazione	22.590	527.977	23,4	22.146	533.690	24,1	22.564	543.413	24,1
Lungodegenza	11.466	303.173	26,4	11.173	306.115	27,4	10.351	295.170	28,5
	583.183	5.239.944		570.418	5.176.317		560.001	5.123.616	

* La formula per il calcolo della degenza media è la seguente:

Numero di giornate di degenza erogate ai pazienti/Numero dei ricoveri effettuati dai pazienti stessi

Un altro indicatore dell'attività ospedaliera che possiamo considerare è la degenza media, che indica la durata media di un ricovero nella struttura ospedaliera (in giorni) con riferimento ad un preciso intervallo temporale.

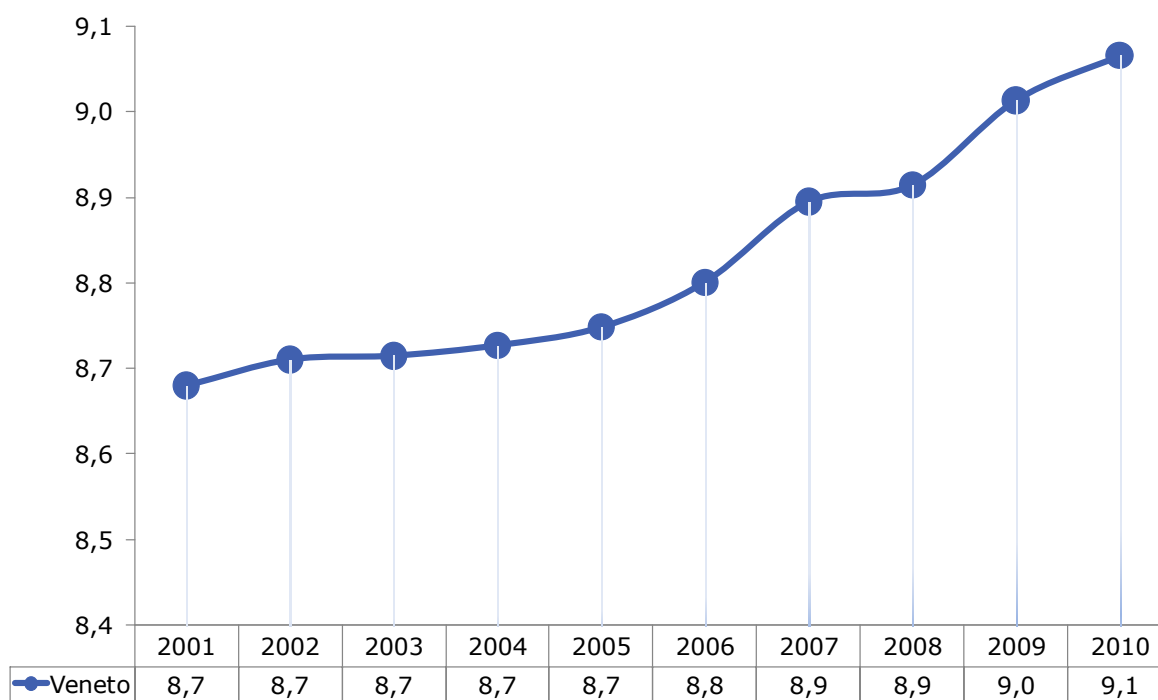
Degenza media relativa al regime di ricovero ordinario
Aziende ULSS del Veneto. Anni 2008-2010



Regime di ricovero ordinario: degenza media nel triennio 2008-2010. Posizionamento delle Aziende ULSS			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101	9,7	10,0	9,7
102	9,2	8,8	9,1
103	9,4	9,4	9,1
104	7,5	7,4	7,5
105	7,6	8,0	8,0
106	8,9	8,6	8,5
107	8,9	9,0	9,2
108	7,9	8,1	8,0
109	9,3	9,3	9,5
110	8,8	9,0	9,5
112	11,9	11,8	11,8
113	7,8	8,0	7,9
114	8,6	9,0	9,3
115	8,5	8,5	8,5
116	9,9	10,0	9,8
117	9,4	9,7	9,7
118	9,8	10,0	10,4
119	9,0	9,1	9,7
120	12,6	13,0	13,2
121	9,0	9,2	9,2
122	7,4	7,7	7,8

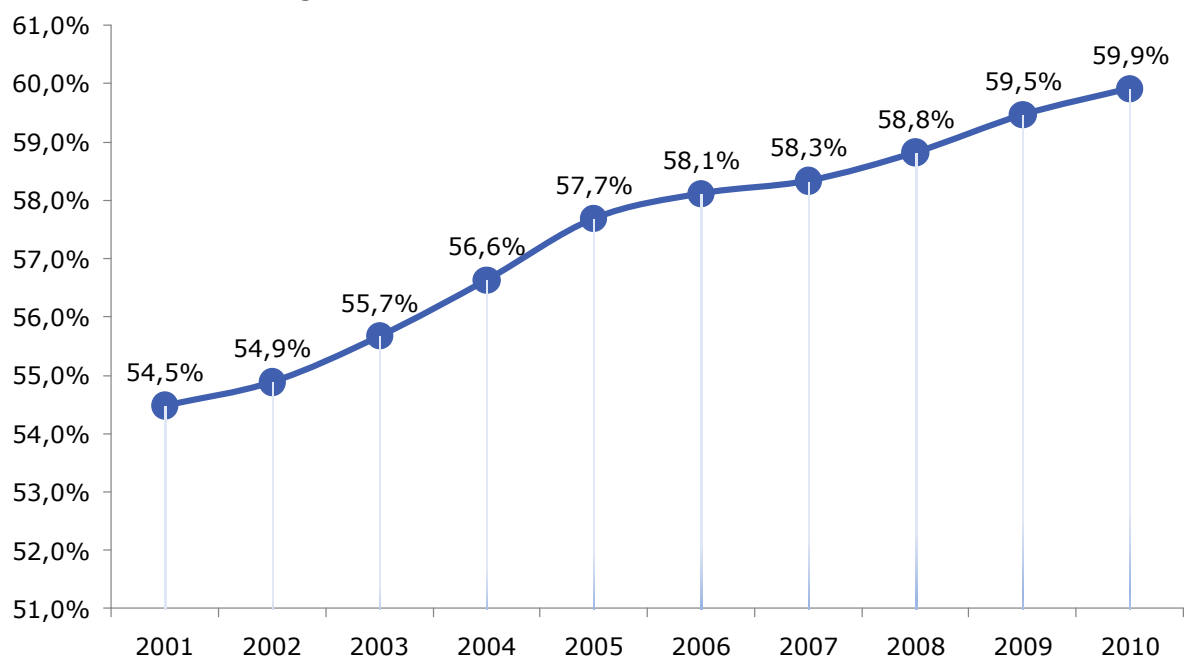
547

Regime di ricovero ordinario: degenza media
Veneto 2001-2010



Le Aziende ULSS in cui si rileva la degenza media più elevata sono, per ovvi motivi, quelle che hanno sede nelle aree territoriali della Regione in cui è più numerosa la popolazione anziana. Sul piano regionale si rileva un aumento della degenza media, che per molti versi può essere imputabile come uno degli effetti dell'invecchiamento della popolazione. In tal senso, basti pensare che nel Veneto, nel 2010, le giornate di degenza in regime di ricovero ordinario riguardano, per quasi il 60%, persone con età superiore ai 65 anni.

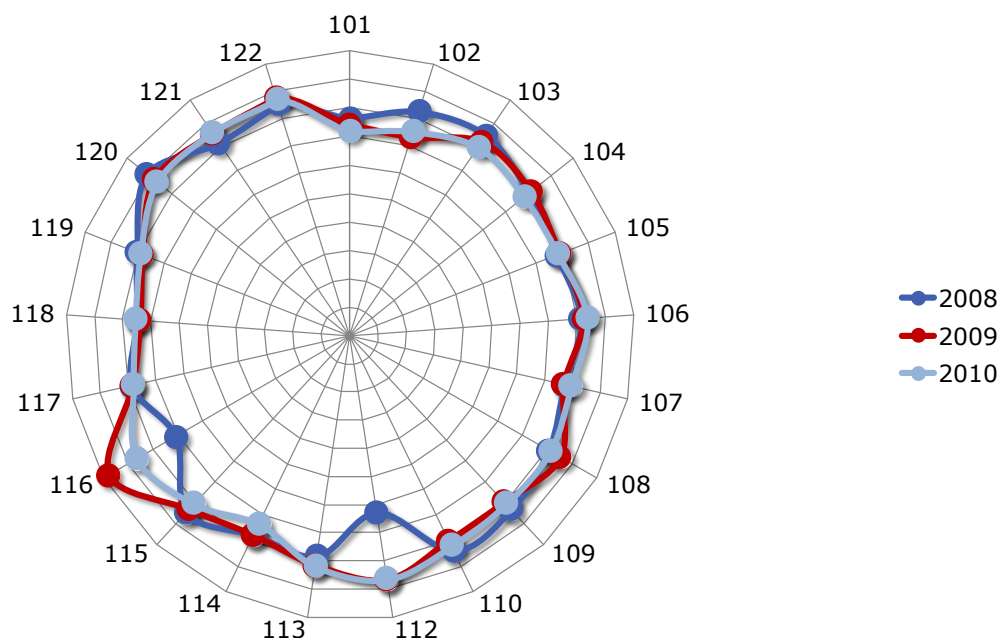
Percentuale relativa alle giornate di degenza riguardanti persone con età superiore ai 65 anni, sul totale delle giornate di degenza.
Regime di ricovero ordinario. Veneto 2001-2010



Anno	Giornate di degenza totali	Giornate di degenza riguardanti persone di età > 65 anni	Percentuale
2001	6.040.632	3.290.979	54,5%
2002	5.758.060	3.160.487	54,9%
2003	5.529.210	3.078.210	55,7%
2004	5.442.531	3.082.439	56,6%
2005	5.398.024	3.113.922	57,7%
2006	5.360.574	3.115.248	58,1%
2007	5.290.524	3.086.127	58,3%
2008	5.239.944	3.082.129	58,8%
2009	5.176.317	3.077.956	59,5%
2010	5.123.616	3.069.830	59,9%

Un indicatore del volume di attività ospedaliera è il Tasso di Occupazione dei posti letto, che misura in valori percentuali il livello di occupazione dei posti letto su base annua.

Tasso di occupazione dei posti letto (regime di ricovero ordinario)
Posizionamento delle Aziende ULSS del Veneto. Anni 2008-2010



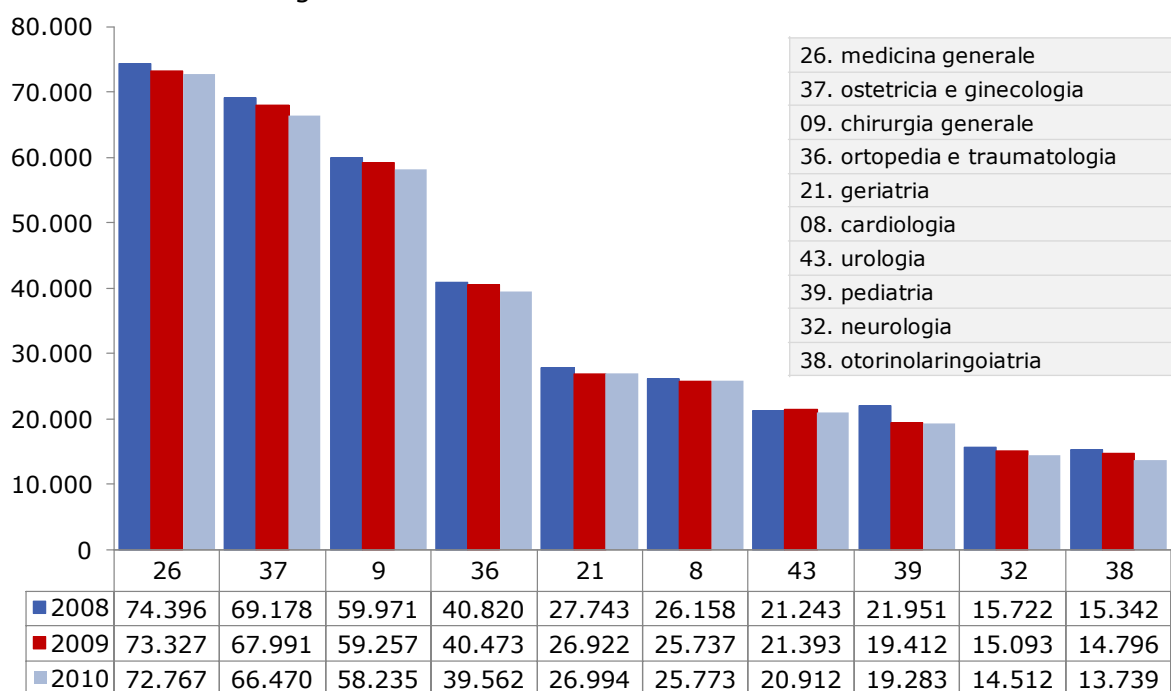
Regime di ricovero ordinario: tasso di occupazione posti letto nel triennio 2008-2009			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101	76,6	74,3	71,9
102	82,5	73,2	75,2
103	85,1	82,5	80,1
104	80,2	81,3	78,2
105	77,9	79,0	78,4
106	81,0	82,1	83,4
107	77,0	76,9	79,5
108	80,3	85,2	81,1
109	83,0	79,5	80,5
110	83,7	79,8	81,9
112	62,6	86,5	86,5
113	78,1	81,4	81,9
114	77,6	77,8	73,4
115	84,8	83,1	80,6
116	70,7	97,7	86,5
117	78,7	78,5	78,1
118	75,2	74,0	75,7
119	80,6	78,3	79,1
120	91,4	88,0	86,8
121	82,2	86,0	86,3
122	85,5	87,7	86,9

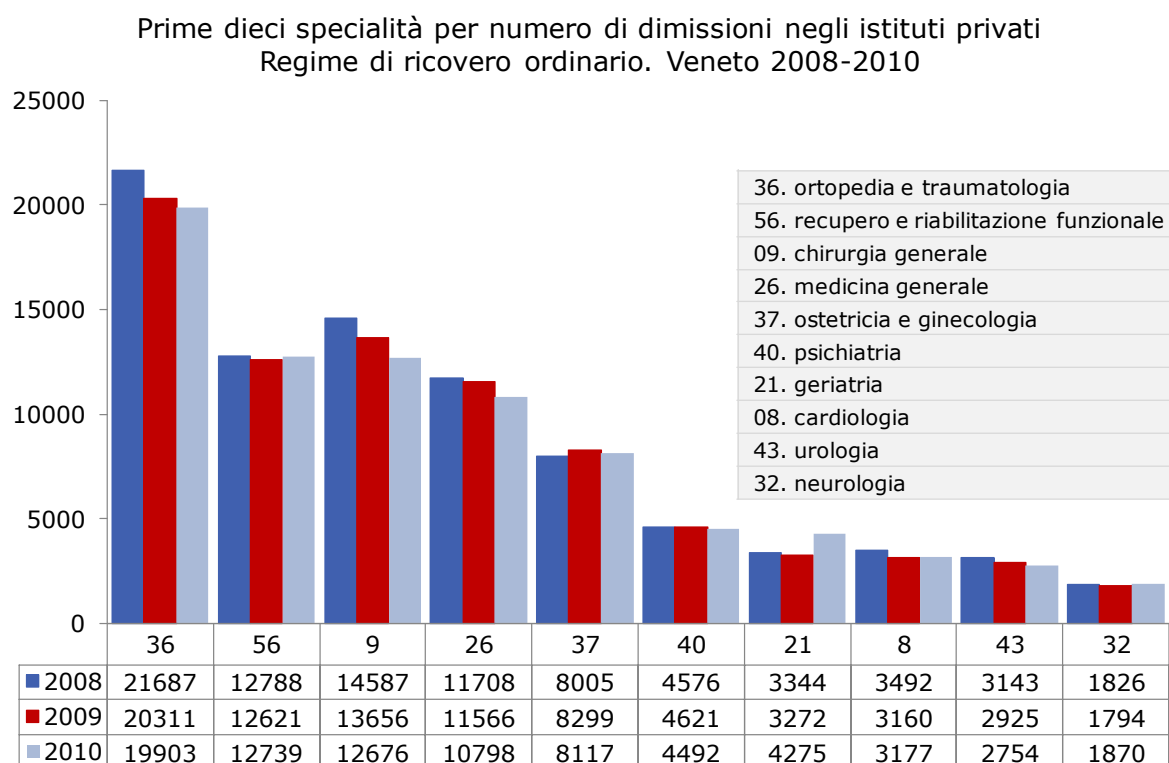
Qui viene applicato con riferimento al regime di ricovero ordinario. Il Tasso di Occupazione si calcola dividendo la somma delle giornate di degenza maturate nell'anno da tutti i pazienti dimessi per il totale delle giornate disponibili nell'arco dello stesso anno. Ecco la formula applicata:

$$\text{Tasso di occupazione dei posti letto} = \frac{\text{Giornate di degenza in regime di ricovero ordinario}}{\text{Posti letto medi} \times 365}$$

L'obiettivo dell'indicatore è quello di esprimere quantitativamente il grado di utilizzo delle strutture di degenza ordinaria. Il tasso di occupazione medio nel Veneto si attesta nel 2010 al 80,6%. Le Aziende ULSS in cui si rilevano le migliori performance sono: l'Azienda ULSS 20 di Verona e l'Azienda ULSS 16 di Padova. È preferibile che il tasso non raggiunga il 100%, in quanto una quota dei posti letto deve sempre essere disponibile per ricoveri non prevedibili e non programmabili. L'indice è coerente con le rilevazioni inerenti la degenza media e segnala una certa stabilità complessiva del Sistema Socio Sanitario veneto, caratterizzato da valori percentuali di utilizzo dei posti letto simili nell'ultimo decennio. Se ora osserviamo le prime dieci specialità per numero di dimissioni rilevate nel Veneto, per gli istituti di ricovero pubblici e privati, potremo comprendere come il grado di utilizzo delle strutture di degenza ordinaria si accompagni alla fruizione delle prestazioni sanitarie erogate con riferimento ad alcune specifiche specialità.

Prime dieci specialità per numero di dimissioni negli istituti pubblici
Regime di ricovero ordinario. Veneto 2008-2010

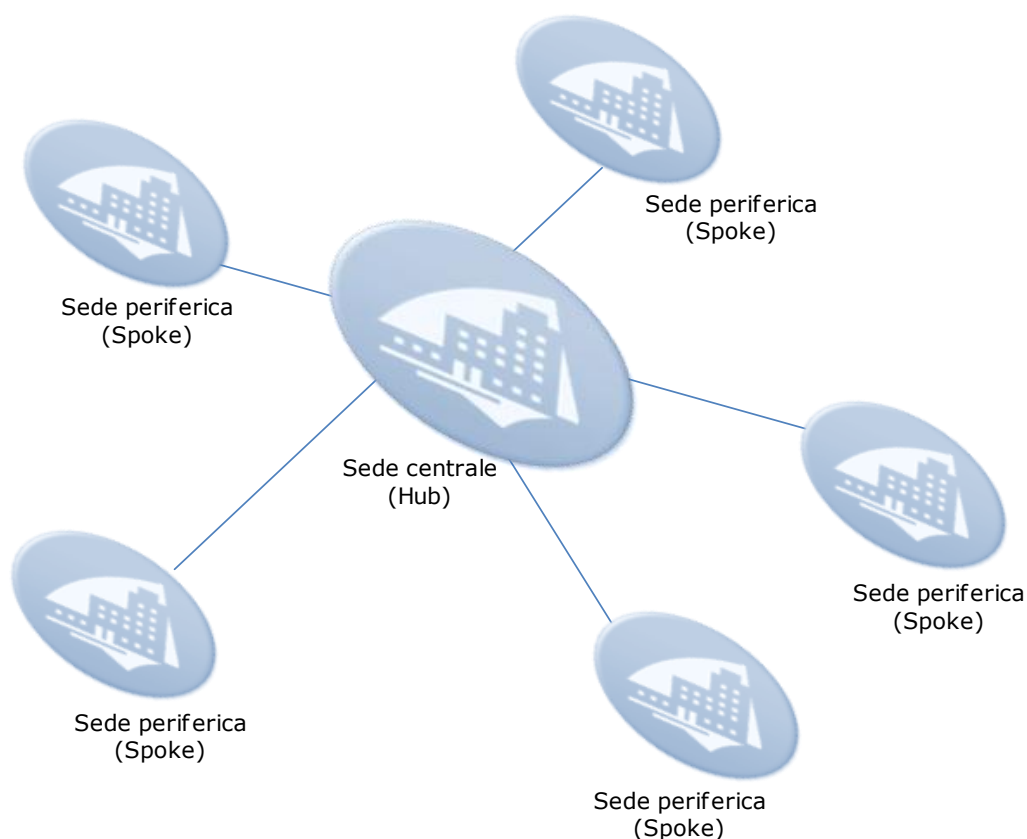




La tipologia di specialità "maggiormente frequentate" confermano gli orientamenti della programmazione regionale. Vi è la necessità di dare maggiore diffusione ai livelli qualitativi più elevati e di diminuire la variabilità tra le Aziende Sanitarie presenti in Regione. Infatti, il Sistema Socio Sanitario regionale esprime una buona qualità media con molte punte di eccellenza, che tuttavia dovrebbero riflettere maggiormente le loro potenzialità sul territorio di riferimento. L'organizzazione dei Presidi Ospedalieri secondo il modello *Hub and Spoke* (letteralmente mozzo e raggi), nell'approccio della Regione del Veneto, destina le specialità di base e di media complessità al livello degli Ospedali di Rete (Spoke). I Presidi qualificati come Hub (generalmente di area provinciale) rappresentano invece punti di riferimento per l'emergenza urgenza e per le alte specialità, migliorando così la fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini. Completano la rete i Centri di Riferimento, di supporto e coordinamento regionale e le strutture ospedaliere integrative della rete. Quanto rilevato con riferimento alle principali specialità per numero di dimissioni propone allora un'importante area di miglioramento. In tal senso, la razionalizzazione della rete ospedaliera attuata in questi anni, che proseguirà in futuro, si fonda su un più efficace orientamento nell'accesso alle cure per le prestazioni di bassa e media complessità, sulla prestazione di cure ad alta ed altissima specializzazione secondo canali diretti nei casi di effettiva necessità, sull'evoluzione dei concetti di qualità e sicurezza, sulla riduzione e ove possibile sull'eliminazione delle

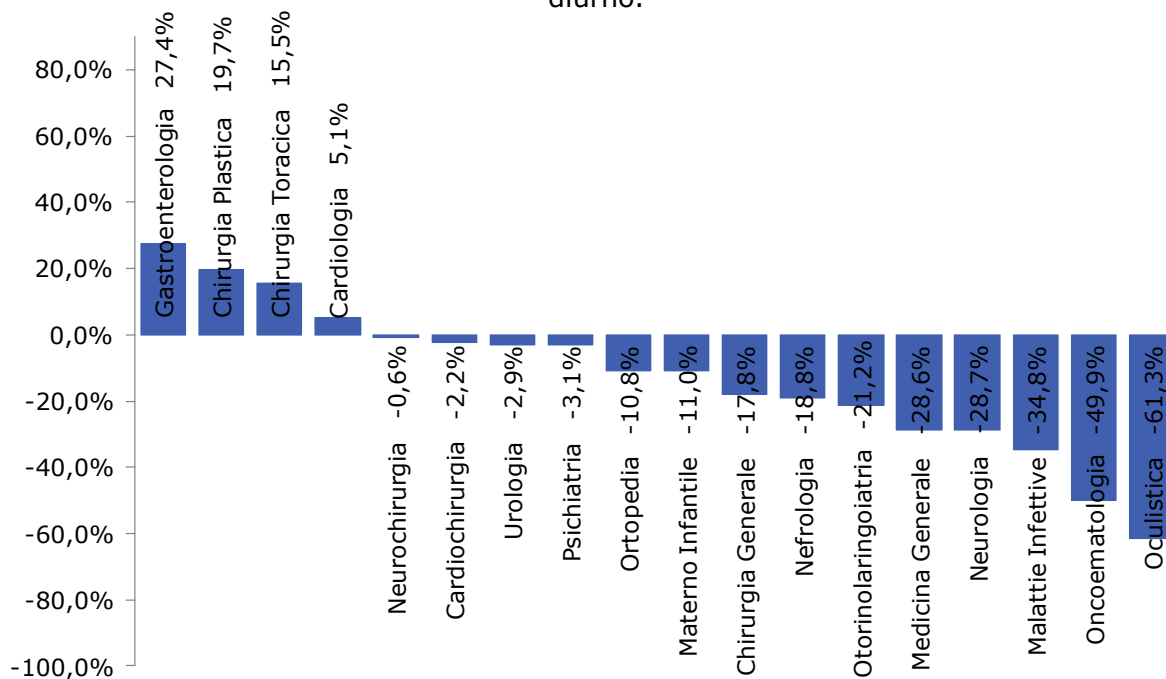
uplicazioni e ridondanze nei servizi a garanzia di una efficiente ed efficace allocazione delle risorse e delle tecnologie, sulla valorizzazione delle eccellenze del Servizio Sanitario Regionale, sulla promozione della crescita professionale e scientifica.

Uno schema rappresentativo del modello Hub and Spoke



Ciò detto, se però consideriamo l'andamento delle dimissioni dagli ospedali del Veneto per gruppi di discipline, potremmo osservare che le riduzioni maggiori si sono verificate nell'area della Medicina Generale, ma anche nell'area Materno-Infantile, in Neurologia, Malattie Infettive, Chirurgia Generale, Ortopedia e Otorinolaringoiatria. Per alcune discipline come Oculistica ed Oncologia-Ematologia, il calo dei ricoveri è stato particolarmente drastico per il passaggio di quote consistenti di attività al regime ambulatoriale. In controtendenza risulta invece l'aumento in Cardiologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, e Gastroenterologia. Il fenomeno attesta l'impegno del management delle Aziende Sanitarie del Veneto e del personale per raggiungere migliori livelli di appropriatezza nell'erogazione e nella fruizione delle prestazioni dei servizi sanitari.

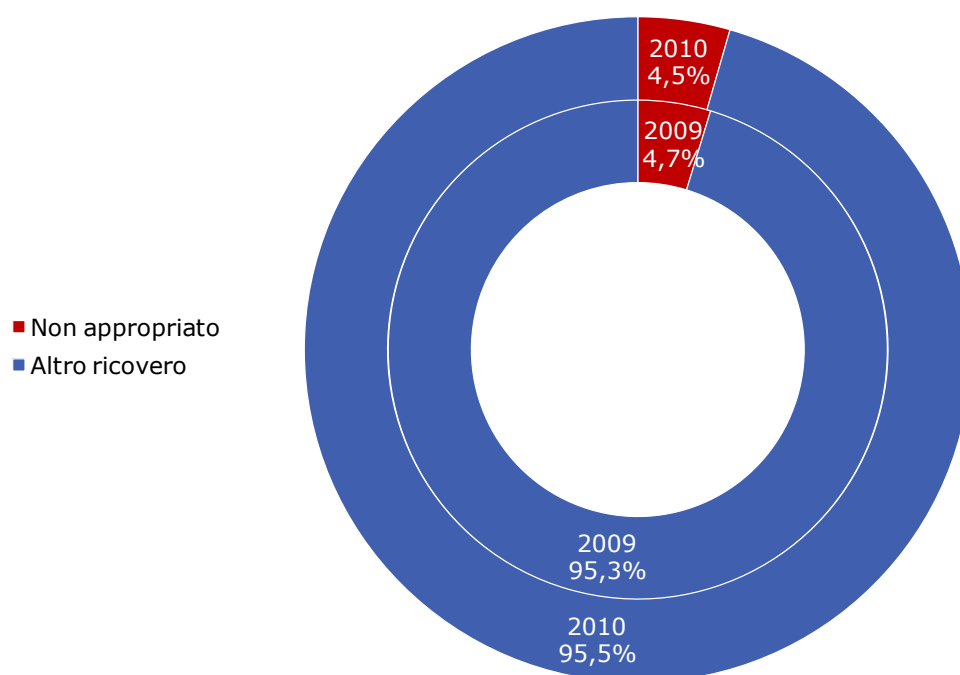
Percentuale di incremento o riduzione per gruppi di discipline nel 2010 rispetto al 2001. Dimissioni in regime di ricovero ordinario e diurno.



Tale affermazione viene suffragata anche dai dati sulle percentuali dei ricoveri potenzialmente inappropriati.

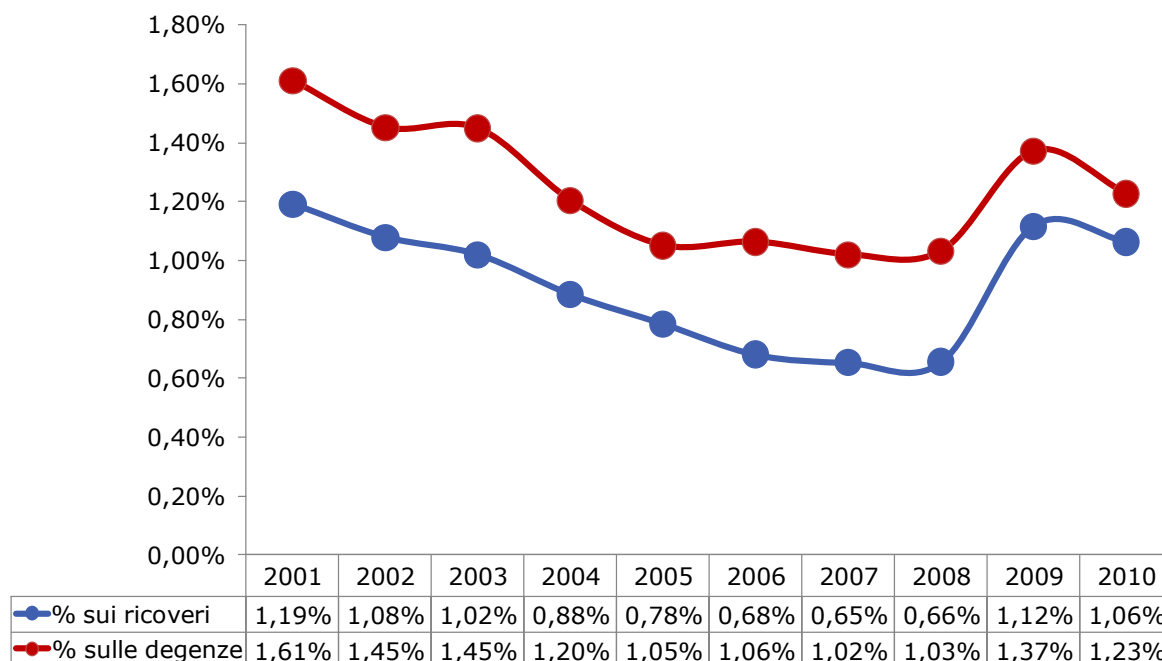
553

Percentuale ricoveri potenzialmente inappropriati
Veneto 2009-2010



Le percentuali relative ai ricoveri ripetuti hanno invece un trend altalenante, probabile effetto dell'influenza dell'età media dei degenti e delle conseguenti polipatologie che spesso impongono il ricovero ripetuto.

Percentuali relative ai ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri e delle giornate di degenza in regime di ricovero ordinario
Veneto 2001-2010



In conclusione, l'Assistenza Ospedaliera nel Veneto mantiene le sue caratteristiche di qualità ed efficienza. Ciò nonostante, alcuni mutamenti sono inderogabili, in quanto il Sistema Socio Sanitario regionale è sottoposto a sfide pressanti che spingono verso una nuova programmazione correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta. La riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto è oggi indispensabile. Vanno inoltre stimolati i processi imitativi delle migliori pratiche tra Aziende Sanitarie. Da questo punto di vista possiamo esaminare le risultanze relative all'indice comparativo di performance. Si tratta di un indicatore finalizzato alla valutazione di efficienza, calcolato sulla base delle degenze medie per DRG delle singole strutture e dell'intero archivio regionale (valore di riferimento). Nella sostanza, l'indice viene calcolato applicando la degenza media DRG specifica dell'Azienda analizzata al numero di casi per DRG riscontrato nello standard (archivio regionale). Il totale delle giornate di degenza così ottenute viene rapportato al numero effettivo delle giornate di degenza rilevato sull'intero archivio regionale. Tale rapporto vede:

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

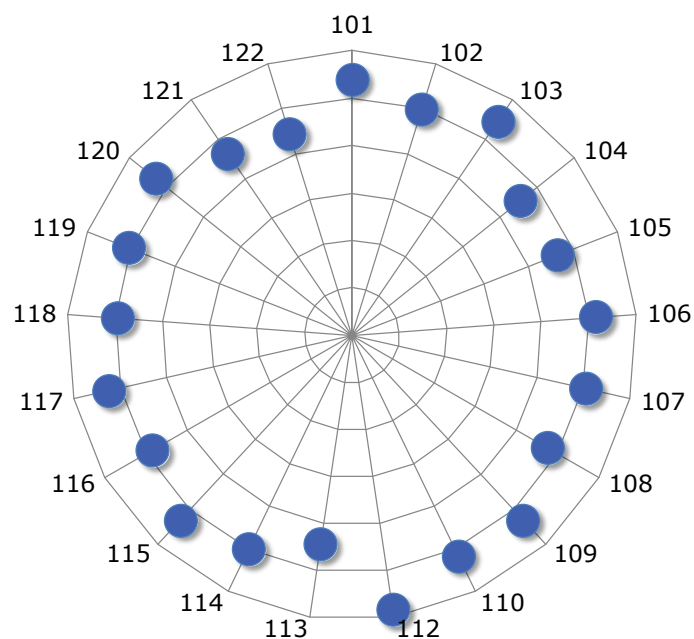
$$\text{Indice Comparativo di Performance} = \frac{\text{Totale giornate di degenza attese}}{\text{Totale di giornate di degenza rilevate}}$$

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

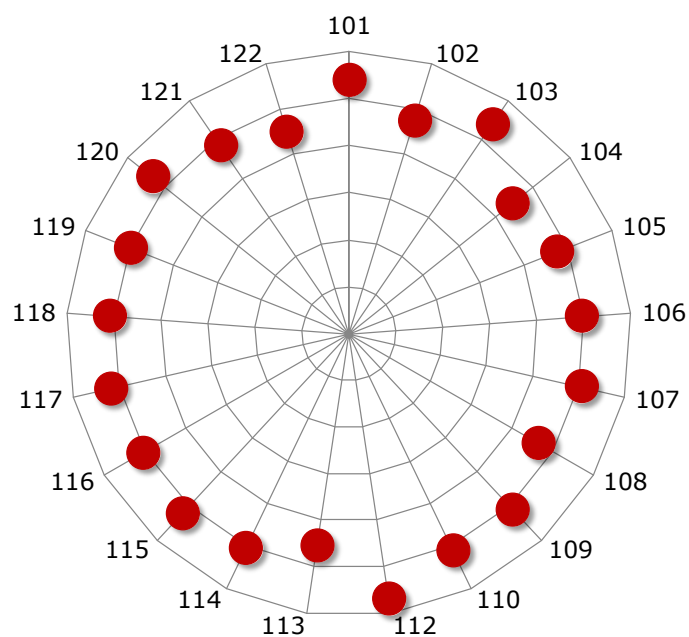
Indice comparativo di Performance			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101	1,08	1,08	1,03
102	1,00	0,95	0,98
103	1,09	1,08	1,04
104	0,91	0,89	0,90
105	0,93	0,95	0,92
106	1,03	0,99	0,99
107	1,01	1,01	1,00
108	0,95	0,93	0,90
109	1,06	1,02	1,02
110	1,03	1,02	1,05
112	1,17	1,14	1,13
113	0,89	0,91	0,87
114	1,00	1,01	1,12
115	1,06	1,04	1,05
116	0,97	1,01	0,99
117	1,05	1,04	1,04
118	0,99	1,02	1,03
119	1,01	1,00	1,05
120	1,06	1,07	1,13
121	0,93	0,97	0,97
122	0,89	0,90	0,89

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

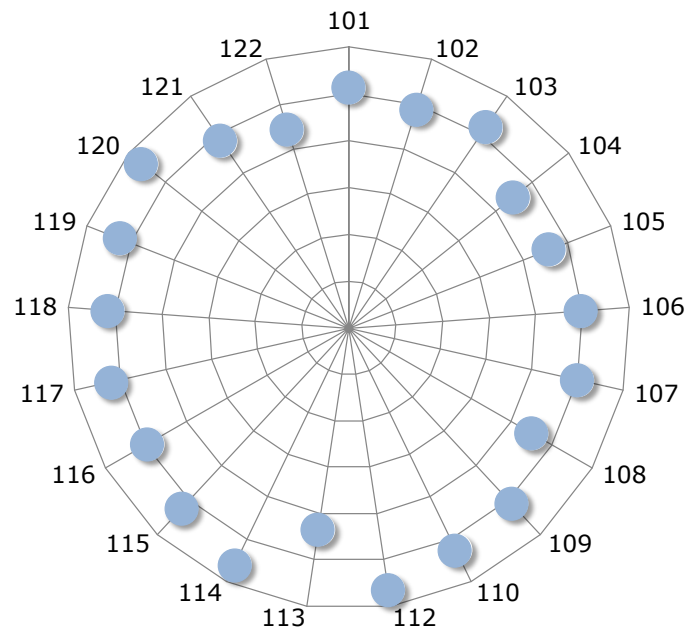
Indice comparativo di performance: posizionamento
Aziende ULSS del Veneto nell'anno 2008



Indice comparativo di performance: posizionamento
Aziende ULSS del Veneto nell'anno 2009



Indice comparativo di performance: posizionamento Aziende ULSS del Veneto nell'anno 2010



Il posizionamento delle singole Aziende ULSS del Veneto è piuttosto stabile nel tempo. L'Azienda in cui viene rilevato l'indice più alto è l'Azienda ULSS 12 Veneziana (1,17 nel 2008, 1,14 nel 2009, 1,13 nel 2010).

5.2 Attività trasfusionale

Il servizio trasfusionale veneto, nel corso degli ultimi venti anni, ha costruito una propria identità professionale e scientifica con contenuti significativi che lo collocano al centro dell'attività sanitaria: dall'indispensabilità della trasfusione di emocomponenti in molti DRG, all'innovazione dell'impiego delle cellule staminali emopoietiche. I fondamentali che hanno valorizzato questa disciplina sono riassumibili nella sua mission:

- unitarietà del processo sangue, dal donatore al paziente;
- autosufficienza regionale e nazionale;
- appropriatezza, ricerca e sviluppo.

Tuttavia, senza rinunciare alla propria connotazione sanitaria, pena la perdita della sua identità, alcuni aspetti, che sono stati indispensabili nella sua fase di crescita, quali il decentramento territoriale e l'aderenza alla struttura ospedaliera/aziendale, hanno necessità di essere rivisitati, sperimentando nuovi approcci gestionali in rapporto alle diversificate esigenze regionali. Infatti, l'esperienza del Veneto mostra una condizione di avvio, peraltro presente anche in molte altre realtà regionali, con strutture trasfusionali caratterizzate da un modello organizzativo incentrato su singolo servizio. Inoltre, la mancanza di interoperabilità uniformità informatica riduceva la disponibilità di un flusso informativo "qualificato e qualificante". La riflessione sulla proposta di un nuovo modello organizzativo si avvia nel Veneto sotto la spinta di due motivazioni:

- *Una esterna, sanitario-organizzativa:* l'autosufficienza mostra sempre più discrepanzi esuberi e carenze, geografiche e temporali, ed emerge una più elevata esigenza trasfusionale (da 36,41 unità/1000 abitanti del 1999 a 52,70 unità/1000 abitanti del 2010). Le risorse assegnate al servizio trasfusionale sono "dimensionate/disegnate" su base aziendale e non coprono nuove istanze tecnologiche (leucofiltrazione, NAT, virus-inattivazione).
- *Una interna al sistema trasfusionale:* la necessità sentita da tutti gli attori del sistema di una struttura regionale "dedicata" al sistema sangue con un forte vincolo e collegamento con l'Assessorato di riferimento e la programmazione sanitaria complessiva.

Risulta quindi inevitabile il superamento dell'organizzazione basata sul singolo servizio, condizione che rende sostanzialmente impossibile garantire situazioni di equilibrio a livello locale in assenza di interventi a livello di sistema, in quanto, infatti, alcune aziende sanitarie si caratterizzeranno per generare eccedenze e altre per avere consumi decisamente superiori alla capacità di reperire autonomamente il sangue. La riorganizzazione in senso dipartimentale aumenta, inoltre, la disponibilità della solidarietà dei donatori, abolendo un vincolo territoriale ad un'offerta che di per sé è universale.

Il superamento della frammentazione della funzione trasfusionale, all'interno del dipartimento, armonizza le due funzioni permettendo il miglior utilizzo della donazione e la maggiore valorizzazione professionale di tutti gli operatori impegnati. Complessivamente, in una visione dipartimentale, anche la correlazione fra posti letto, abitanti e indici trasfusionali risulta più lineare ed omogenea e permette azioni di programmazione più incisive e collegate alla politica sanitaria complessiva e criteri di indirizzo uniformi.

Il nuovo modello organizzativo:

stato di attuazione del 4° Piano Sangue e Plasma regionale

Il 4° Piano Sangue e Plasma Regionale (Deliberazione del Consiglio regionale n. 18 del 25 marzo 2004) prevede un'azione di riordino del sistema trasfusionale veneto su alcuni indirizzi, mutuati dal Secondo Piano sangue nazionale, dalla normativa europea e dalla normativa di riordino nazionale (allora in progress e ora Legge 21 ottobre 2005, n. 219):

1. armonizzare l'autosufficienza intraregionale, in rapporto a bacini provinciali di raccolta eccedentari rispetto a sedi di maggior consumo, semplificando lo scambio di emocomponenti fra strutture dello stesso bacino (azione non compiuta dal precedente 3° Piano Sangue Regionale);
2. ricondurre ad unitarietà decisionale le attività trasfusionali di tipo produttivo e clinico, superando la frammentazione esistente attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMT), con connotazione strutturale, e il rafforzamento del Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT: DGR n. 1610/02 e succ. DGR n. 4166/07);
3. portare l'organizzazione trasfusionale a sistema attraverso l'implementazione di strumenti gestionali (informatizzazione e analisi dei costi) e regolatori (autorizzazione ed accreditamento) in modo da connotarne un'attività a funzione con certezza di finanziamento e di risultati, in armonizzazione con le normative europee e italiane, per assicurare il pieno accesso alla risorsa sangue (emocomponenti, emoderivati e staminali), la sicurezza per pazienti e donatori (all'interno dell'EBM, del principio di precauzione e delle compatibilità di spesa).

Il percorso e lo stato di attuazione del 4° Piano Sangue e Plasma Regionale è attualmente il seguente:

- i Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (di seguito anche DIMT) rappresentano uno degli strumenti attuativi delle azioni strategiche sul sangue previste dal 4° Piano stesso. Vi è da dire che, nel 2002, i servizi trasfusionali non erano stati ricompresi nell'azione di riordino delle schede di dotazione ospedaliera

pubblica e privata in quanto dovevano essere oggetto di specifica pianificazione e programmazione;

- la progettazione dei DIMT è stata esaustiva. Da questo punto di vista, i provvedimenti della Regione del Veneto riguardano la connotazione organizzativa, gli aspetti gestionali, l'informatizzazione, e l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture trasfusionali, Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta (UR), costituenti il "Sistema Trasfusionale" regionale;
- le Aziende Sanitarie del Veneto hanno ottemperato all'attivazione dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale, riscontrando, tuttavia, oggettive difficoltà nel loro inquadramento all'interno della struttura organizzativa, date le loro funzioni peculiari e trasversali;
- nel 2007 la Regione del Veneto ha dato piena attuazione del disegno promosso dal 4° Piano Sanguineo, con l'istituzione e l'avvio del Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT). È stata dunque prevista la corresponsione in via previsionale del finanziamento alle Aziende sede di DIMT, vincolandola al raggiungimento di una serie di obiettivi annuali, i cui contenuti sono riconducibili a:
 - organizzazione su base dipartimentale delle attività trasfusionali, finalizzata alla garanzia dell'autosufficienza, nonché al raggiungimento di criteri di efficienza, efficacia e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche ed economiche, e definizione della dotazione organica basata sul nuovo modello organizzativo;
 - gestione centralizzata presso l'Azienda capofila della contabilità analitica, dell'acquisizione di beni, servizi, processi gestionali e amministrativi, della contabilità ordinaria e straordinaria dei beni strumentali e delle risorse tecnologiche;
 - collegamento informatico con server unico tra Servizi Immunotrasfusionali Territoriali (SIT) e unità di raccolta e connessione verso il Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT);
 - completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture trasfusionali;
 - definizione programmi di formazione professionale e avvio di percorsi condivisi di standardizzazione e miglioramento dei processi trasfusionali coerenti con l'attivazione del sistema di gestione per la qualità.

Nel 2010 con la collaborazione del Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT), dell'Agenzia Regionale Socio sanitaria (ARSS), dei Direttori dei DIMT, dei Dirigenti AVIS (Presidente Regionale, Presidenti Provinciali di Padova, Treviso e Venezia) è stato definito un elenco di indicatori per l'accreditamento istituzionale del Sistema

Trasfusionale. La lista degli indicatori è stata successivamente approvata dalla Regione del Veneto quale insieme di condizioni necessarie per l'accreditamento istituzionale.

Autosufficienza emocomponenti

A norma della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 recante: "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati", l'autosufficienza è confermata quale obiettivo non frazionabile nel Paese, finalizzato a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di accesso alla terapia trasfusionale. È inoltre riconosciuta la funzione sovraregionale e sovraziendale dell'autosufficienza, cui devono concorrere le Regioni e le Province Autonome dotandosi di strumenti di programmazione, monitoraggio, controllo e partecipazione attiva alle funzioni di rete. L'obiettivo del mantenimento dell'autosufficienza è quindi strategico, ma per affrontare la trasformazione della Sanità regionale, in particolare di quella ospedaliera, servono strumenti nuovi: in questa ottica si collocano le iniziative di medio periodo della nostra Regione, relative ad:

- azioni per la promozione della raccolta, sostenendola anche sotto il profilo finanziario;
- interventi per la conversione dell'attuale flusso informativo di monitoraggio in un sistema informativo regionale polivalente e automatizzato (SIRT);
- adozione di un sistema di rilevazione dei costi, che permetta, pur in un contesto di risorse scarse, oggettive azioni mirate sul sistema trasfusionale.

La progettazione delle iniziative in materia di sangue non rinuncia agli asset consolidati e irrinunciabili che rappresentano la garanzia del risultato:

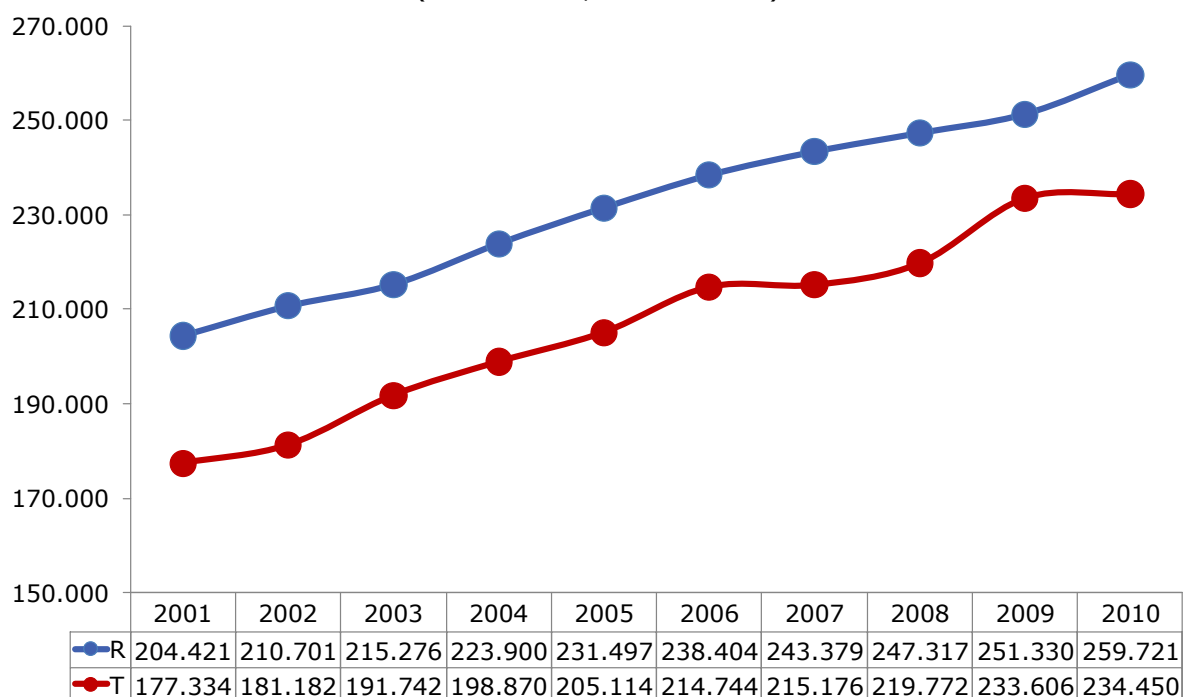
- *inscindibilità del modello trasfusionale* che coinvolge i tre storici attori: il volontariato delle Associazioni e Federazioni dei Donatori, la Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (SIMTI) e l'organizzazione regionale nelle sue diverse articolazioni;
- *unitarietà dell'organizzazione trasfusionale* che attua il processo produttivo (raccolta) e clinico (emoterapia), sia nelle forme tradizionali (donazioni del sangue) sia nell'innovazione (staminali), per assicurare la massima qualità e controllo sanitario, attraverso la sicurezza e l'appropriatezza terapeutica;
- *omogeneità nella erogazione dei livelli assistenziali*, uniforme sul territorio, utilizzando al meglio le risorse assegnate e valorizzando le attività di eccellenza.

L'attività complessiva di raccolta evidenzia un trend positivo costante negli ultimi anni, grazie al quale è stato possibile rispondere all'incremento del fabbisogno (sia in termini di domanda interna che di supporto ad altre Regioni). Per quanto riguarda il trasfuso, infatti, si è osservato soprattutto nell'ultimo esercizio un incremento consistente, che diversamente dal passato ha visto ampiamente coinvolte non soltanto le Aziende

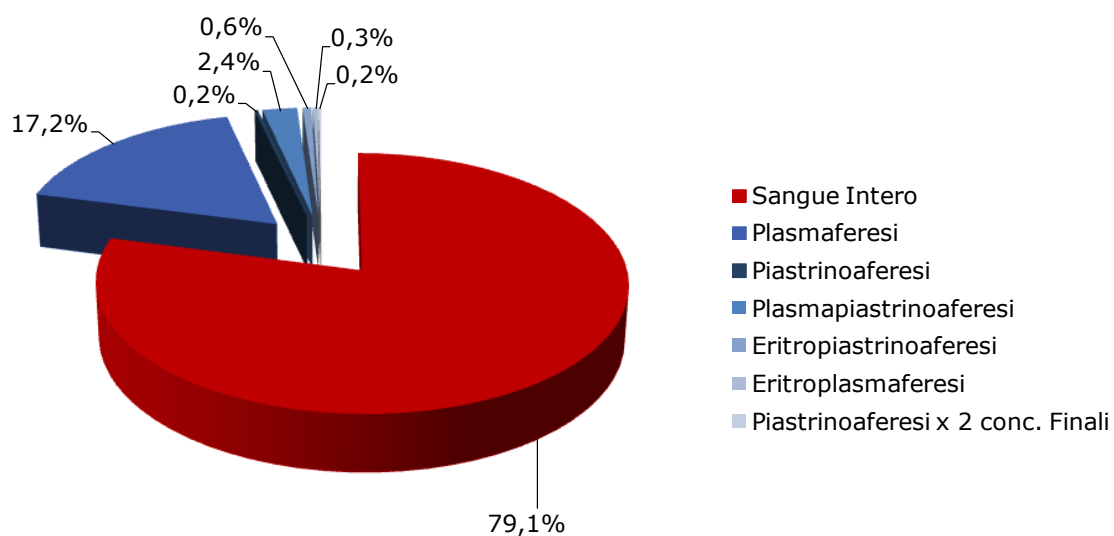
Ospedaliera, ma anche le realtà ospedaliere territoriali. Il dato richiama la necessità di approfondimenti a livello locale e dipartimentale, anche nell'ambito dei Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBUS organismi presenti nelle Aziende Ospedaliere), per la verifica delle attività sanitarie in essere e di nuova progettazione, posto che, comunque, i livelli di autosufficienza aziendale, provinciale e regionale sono stati nel tempo garantiti. La Regione del Veneto registra un costante aumento del fabbisogno di emocomponenti, attestandosi nel 2010 su un consumo di 47,57 unità di globuli rossi per 1.000 abitanti, valore che comunque equipara il Veneto alle realtà sanitarie del Nord Italia e europee. Nel decennio 2001-2010 l'incremento del fabbisogno è quantificato in oltre 57.000 unità, con uno scostamento nell'ultimo periodo (2008-2010) superiore al 6% (oltre 14% in più rispetto ai livelli del 2005 e oltre 32% in più rispetto ai livelli del 2001). Sul versante produttivo, sempre nel decennio 2001-2010, è stato garantito un aumento dell'offerta di oltre 55.000 unità (oltre 12% in più rispetto ai livelli del 2005 e oltre 27% in più rispetto ai livelli del 2001), derivanti da procedure di raccolta di sangue intero o multicomponente. Quest'ultima tipologia di raccolta permette, accanto alla disponibilità di plasma e piastrine, la produzione di globuli rossi, che rappresentano il driver product richiesto dalle esigenze ospedaliere.

562

Trend raccolta/consumo: serie storica Veneto 2001-2010
(R=Raccolto; T= Trasmesso)



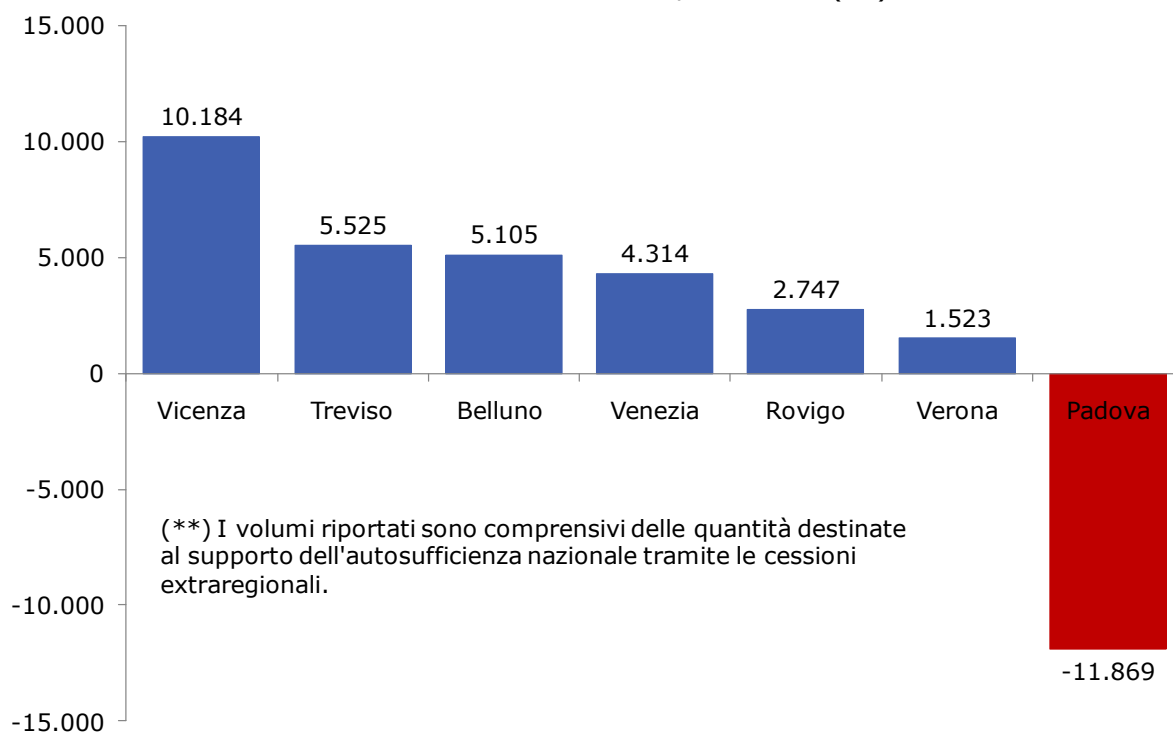
Procedure di raccolta nel 2010



AUTOSUFFICIENZA DIMIT/REGIONE (2010)						
Delta periodo (valore assoluto) = Raccolta - (Sfrido+Trasfuso)						
Delta periodo % = Delta periodo (VA) / Raccolta effettiva						
Dipartimenti	Raccolta	Sfrido (*)	Raccolta effettiva	Trasfuso	Delta periodo	Delta periodo %
Belluno	13.188	393	12.795	7.690	5.105	40%
Treviso	41.002	1.222	39.780	34.255	5.525	14%
Venezia	44.872	1.338	43.534	39.220	4.314	10%
Rovigo	18.990	566	18.424	15.677	2.747	15%
Vicenza	44.907	1.339	43.568	33.384	10.184	23%
Padova	42.911	1.279	41.632	53.501	-11.869	-29%
Verona	53.851	1.605	52.246	50.723	1.523	3%
Totale	259.721	7.742	251.979	234.450	17.529	7%

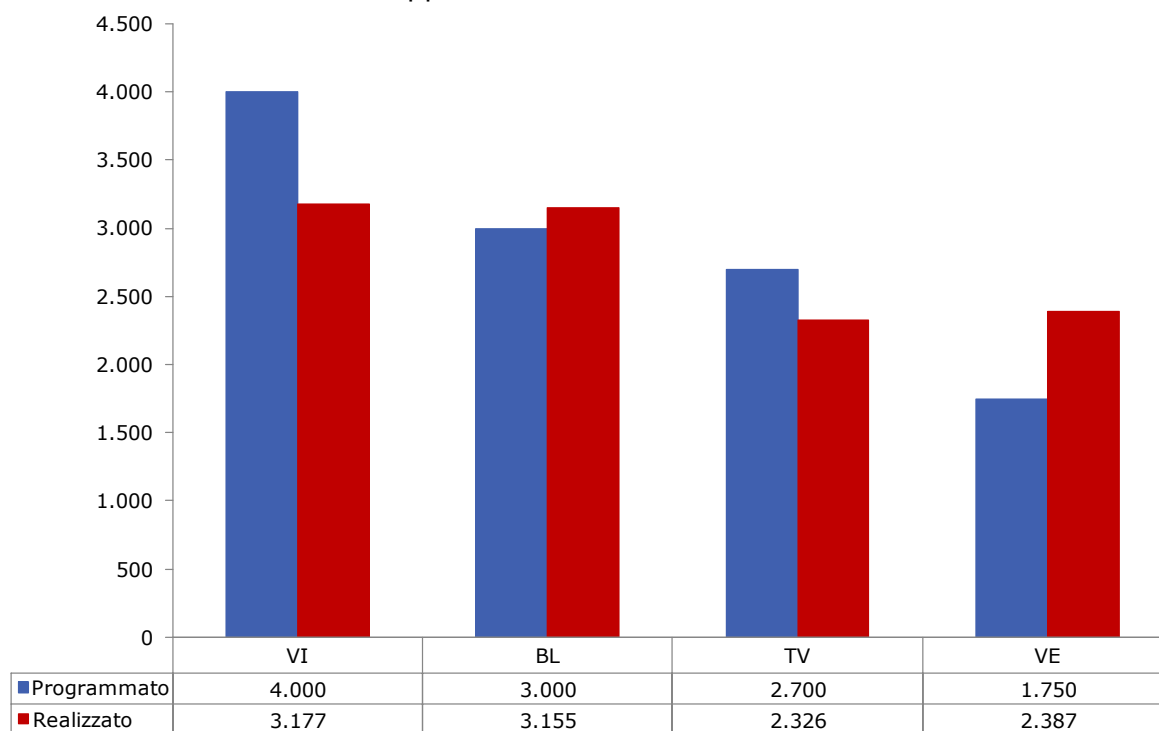
* Si applica il valore stimato del 2,98% (fonte: Registro Sangue Regionale Anno 2009)

2010 Autosufficienza DIMT/REGIONE (**)

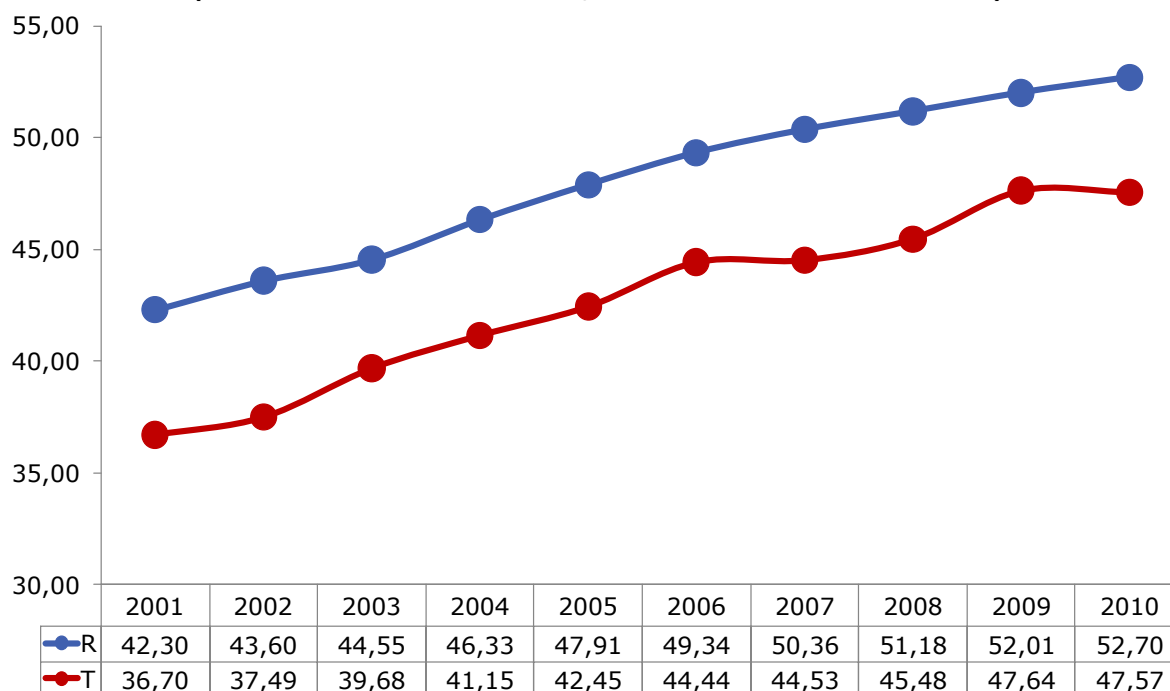


564

Supporto DIMT di Padova 2010



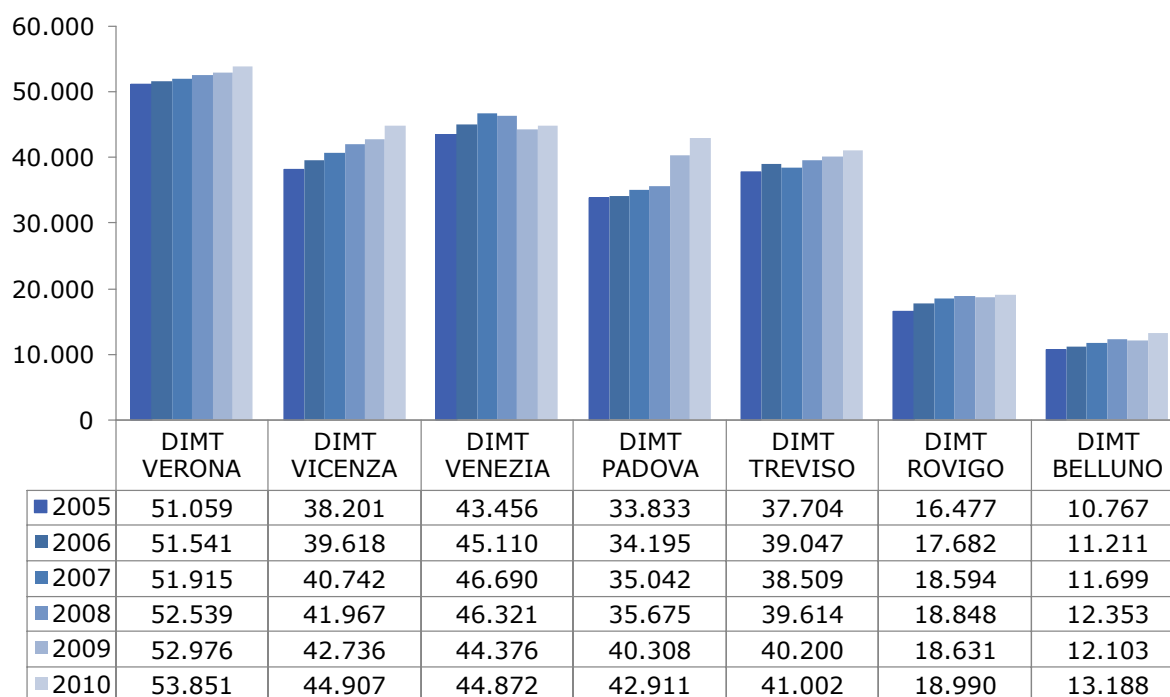
Trend indici di raccolta/consumo: Veneto 2001-2010
(R=Raccolto/1000 abitanti; T= Trasmesso/1000 abitanti)



* Sono di segno positivo generalmente anche i trend rilevati nei singoli DIMT

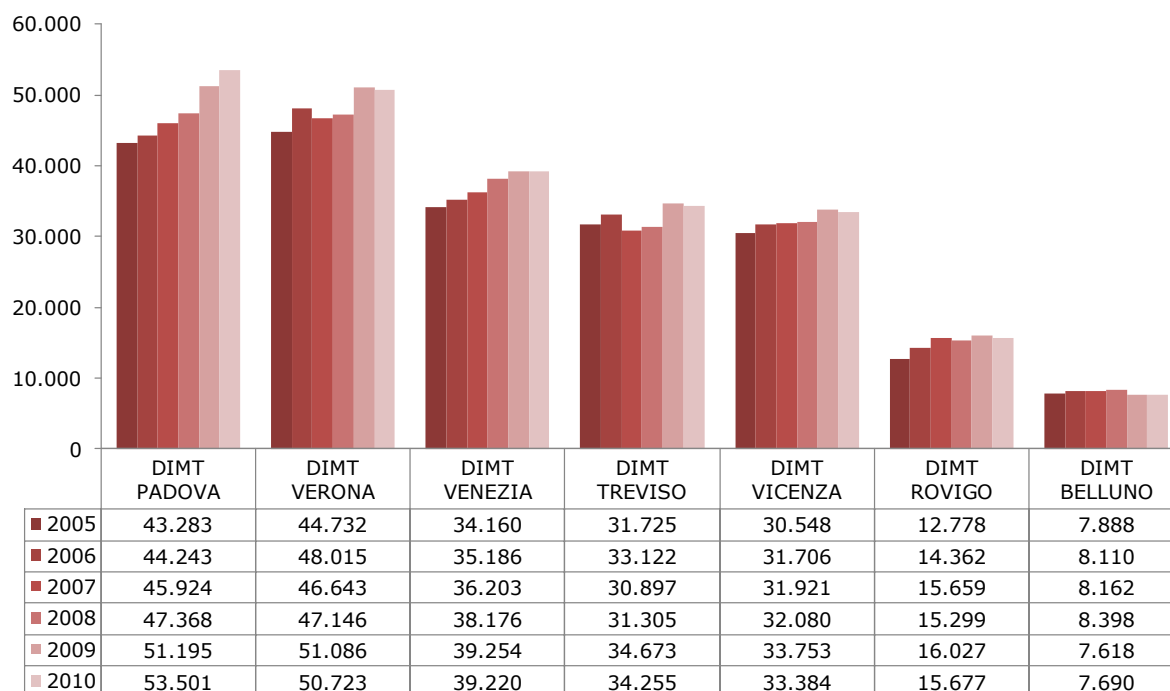
565

Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMT)
Trend raccolta 2005-2010



Il DIMT di Padova è quello in cui viene rilevato il valore assoluto più elevato con riferimento al trasfuso.

Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMIT) Trend trasfuso 2005-2010

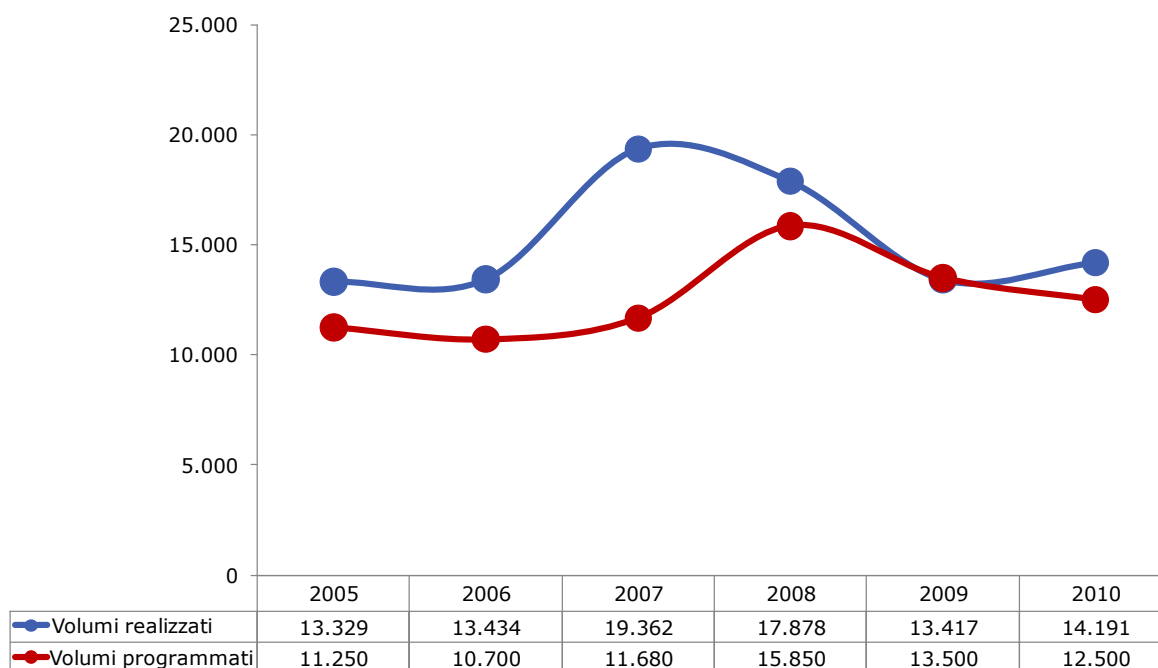


Procedure di raccolta - Veneto 2009-2010

Dipartimento	Sangue Intero		Plasmaferesi		Piastrinoaferesi		Plasmapiastrinoaferesi	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
BL	11.919	12.962	1.875	1.739	3	0	15	16
TV	39.922	40.658	9.399	9.178	30	33	1.096	971
VE	44.360	44.857	8.938	9.212	445	195	479	502
RO	18.524	18.907	2.723	2.745	0	0	125	28
VI	41.003	43.469	14.889	14.818	100	60	2.857	2.929
PD	39.847	42.169	6.527	6.398	225	253	1.538	1.679
VR	52.734	53.635	11.991	11.871	3	5	1.678	1.743
Totale	248.309	256.657	56.342	55.961	806	546	7.788	7.868
Dipartimento	Eritropiastrinoaferesi		Eritroplasmaferesi		Piastrinoaferesi x 2 conc. Finali		Totale procedure raccolta	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
BL	5	1	179	225	0	0	13.996	14.943
TV	278	344	0	0	7	1	50.732	51.185
VE	16	9	0	6	379	516	54.617	55.297
RO	107	83	0	0	0	0	21.479	21.763
VI	967	893	766	545	0	0	60.582	62.714
PD	229	401	232	341	4	0	48.602	51.241
VR	242	216	0	0	0	0	66.648	67.470
Totale	1.844	1.947	1.177	1.117	390	517	316.656	324.613

La cessione extraregionale rimane su volumi elevati (quasi 80.000 unità negli ultimi 5 anni), sia pure in presenza di significativi piani di miglioramento delle Regioni in situazione di carenza strutturale, e rappresenta un'area di compensazione nei confronti dell'aumento del fabbisogno interno.

Trend cessioni extraregionali.
Veneto 2005-2010



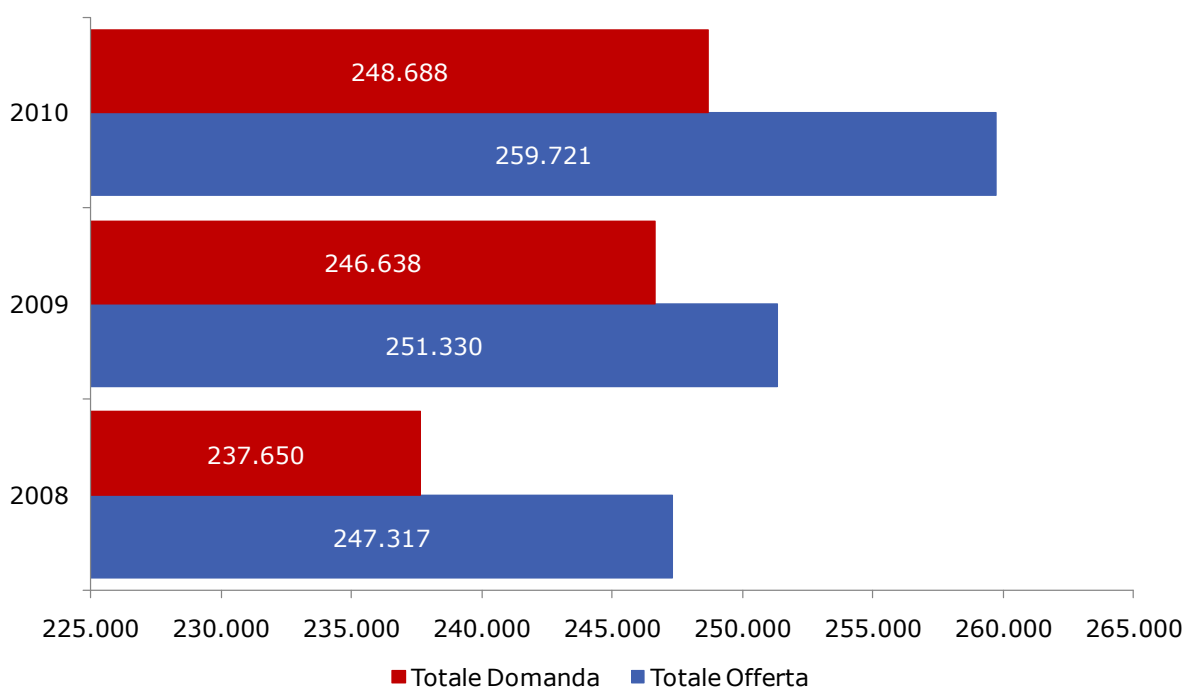
L'aumento di utilizzo di emocomponenti è riconducibile alla maggior numerosità di prestazioni di chirurgia specialistica e di trapiantologia, all'attrazione sanitaria da altre regioni italiane, all'invecchiamento della popolazione ed al maggiore intervento rianimatorio nell'urgenza ed emergenza. Questa condizione si inserisce in un'organizzazione sanitaria evoluta che si confronta con tecnologie innovative e sempre più costose, con una richiesta da parte dell'utenza più attenta ed esigente, sia pure in presenza di disponibilità di risorse limitate. Dalla valutazione dell'attività dell'ultimo esercizio emerge una situazione complessivamente positiva, in presenza di alcuni segnali di scostamento, a livello dipartimentale, rispetto al modello previsionale/programmatico adottato, sia per quanto riguarda l'andamento della raccolta che (soprattutto) del consumo. Gli aspetti essenziali sui quali focalizzare l'attenzione sono i seguenti:

- confrontando gli ultimi due esercizi si osserva che l'andamento dell'offerta, intesa in termini di capacità del Sistema trasfusionale regionale di produrre emocomponenti da allocare a copertura del fabbisogno (interno o esterno) è in aumento. Inoltre, a tale trend positivo va aggiunta un'ulteriore connotazione, ovvero la capacità, sempre

garantita nel periodo di osservazione, di far fronte alla domanda, intesa quale sommatoria delle richieste interne (trasfuso) in incremento ed extra-regionali (cessioni) in flessione;

- nello stesso arco di tempo di confronto, l'attesa diminuzione dei volumi delle movimentazioni destinate al supporto dell'autosufficienza di altre Regioni (in particolare, sulla base di accordi programmatici condivisi a livello nazionale, Lazio, Sicilia e Sardegna), determinata come noto sia dal raggiungimento di maggiori livelli di autosufficienza di realtà storicamente carenti, sia dall'aumentata capacità di supporto di altre Regioni, si è tradotta in un incremento delle disponibilità da destinare al supporto dell'aumentato fabbisogno interno.

Bilancio utilizzo emazie - Veneto 2008-2010



A partire dal 2008, per affrontare possibili difficoltà nei mesi estivi, è stata annualmente confermata l'adozione di misure preventive, coinvolgendo i Direttori dei DIMT della Regione, nonché le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, unitamente alle Presidenze regionali AVIS e FIDAS, prevedendo lo stoccaggio di un volume di scorta complessivo regionale di 600 unità di emazie (da garantire costantemente ed in aggiornamento continuo), declinato per ogni Dipartimento sulla base di diversi livelli di contribuzione, dimensionato in modo congruo a sopperire ad eventuali improvvise criticità.

Dipartimenti	Unità gruppo "0"	Unità gruppo "A"
DIMT BELLUNO	30	20
DIMT TREVISO	50	40
DIMT VENEZIA	60	40
DIMT ROVIGO	40	20
DIMT VICENZA	50	50
DIMT PADOVA	50	30
DIMT VERONA	60	60
Scorta regionale emocomponenti	340	260

Per attuare le finalità della programmazione definita a livello regionale, in termini di garanzia dell'autosufficienza dipartimentale, regionale e nazionale (programma cessioni extraregionali), le indicazioni che ne discendono vengono strategicamente e sinergicamente concordate con le Associazioni e Federazioni dei donatori presso le Conferenze di DIMT. Le Direzioni Aziendali recepiscono quindi i contenuti della programmazione, sia in termini di allocazione delle risorse necessarie nella modulazione intra-DIMT, sia in termini di ottimizzazione delle sinergie fra servizi trasfusionali dei DIMT. Considerando e contemperando l'impatto del trend del fabbisogno interno rilevato negli ultimi anni, unitamente ai livelli di supporto extraregionale da garantire in ambito nazionale per l'anno in corso, è stato definito per il 2010 un obiettivo di raccolta pari al + 3%, al fine di portare la produzione complessiva regionale al 31 dicembre 2010 ad un volume di oltre 259.000 unità di emazie, fermo restando l'attento e costante presidio di governo clinico e delle dinamiche domanda/offerta (tale legame deve mantenere una connotazione di congruità ed appropriatezza). Si rappresentano, quindi di seguito gli obiettivi di raccolta assegnati dalla programmazione regionale ai DIMT (il piano è soggetto a revisione trimestrale, per quanto attiene alla declinazione degli step mensili):

Dipartimenti	Raccolta (obiettivi di programmazione 2010) Numero emazie
Belluno	12.708
Treviso	41.406
Venezia	46.159
Rovigo	19.283
Vicenza	44.018
Padova	41.689
Verona	53.771
Regione del Veneto	259.034

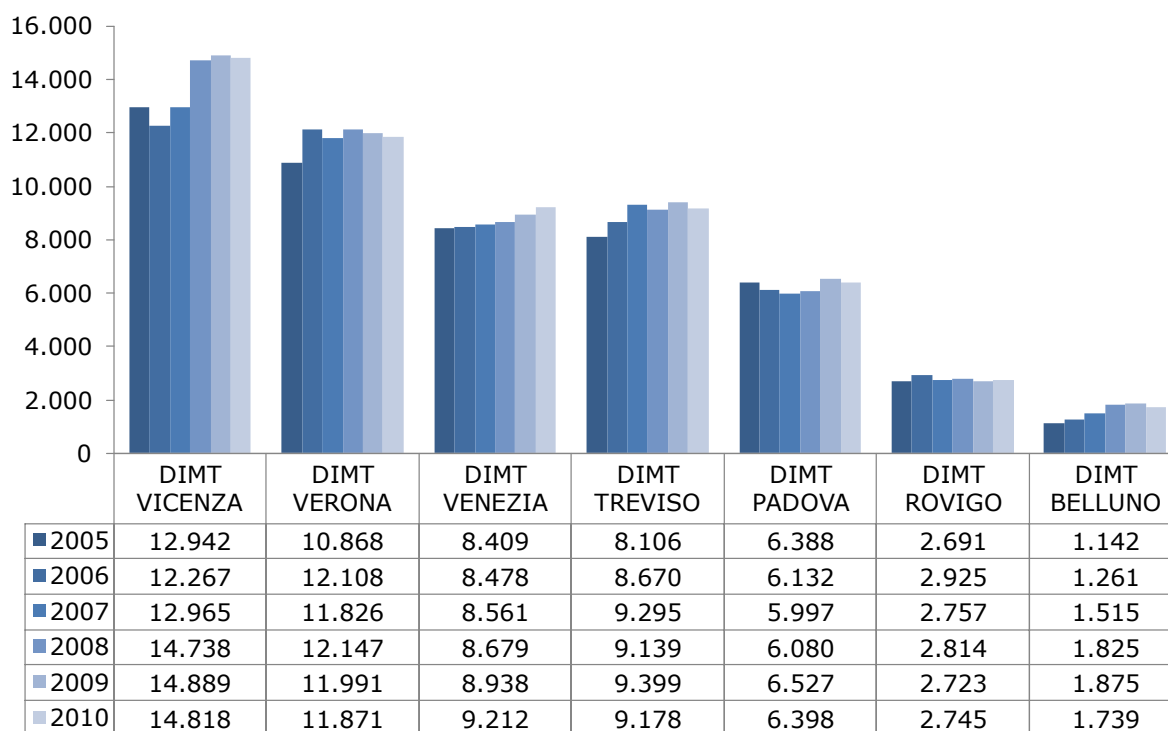
Inoltre, gli obiettivi di cessione programmata assegnati in termini di supporto all'autosufficienza regionale (Padova) e nazionale (Lazio, Sicilia, Sardegna) sono:

DIMT	Supporto extra-regionale (obiettivi di programmazione 2010)	Supporto intra-regionale vs A.O. Padova (obiettivi di programmazione 2010)
Belluno	1.750	3.000
Treviso	2.200	2.700
Venezia	-	1.750
Rovigo	3.200	-
Vicenza	3.150	4.000
Verona	2.200	-
RV	12.500	11.450

Sul versante della raccolta del plasma, negli ultimi 5 anni la nostra Regione ha aumentato di circa 6.000 unità, pari ad un incremento complessivo di oltre l'11%. Dal punto di vista del conferimento plasma per il frazionamento, nell'ambito dell'Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP), la nostra Regione presenta il volume più alto tra le 11 realtà aderenti (oltre 80.000 kg ca in previsione 2010), con un indice di conferimento plasma pari a circa 16,27 kg/mille abitanti, a fronte di un livello medio AIP di 15,61 kg/mille abitanti e nazionale di 11,37 kg/mille abitanti.

570

Trend Plasmaferesi DIMT. Veneto 2005-2010



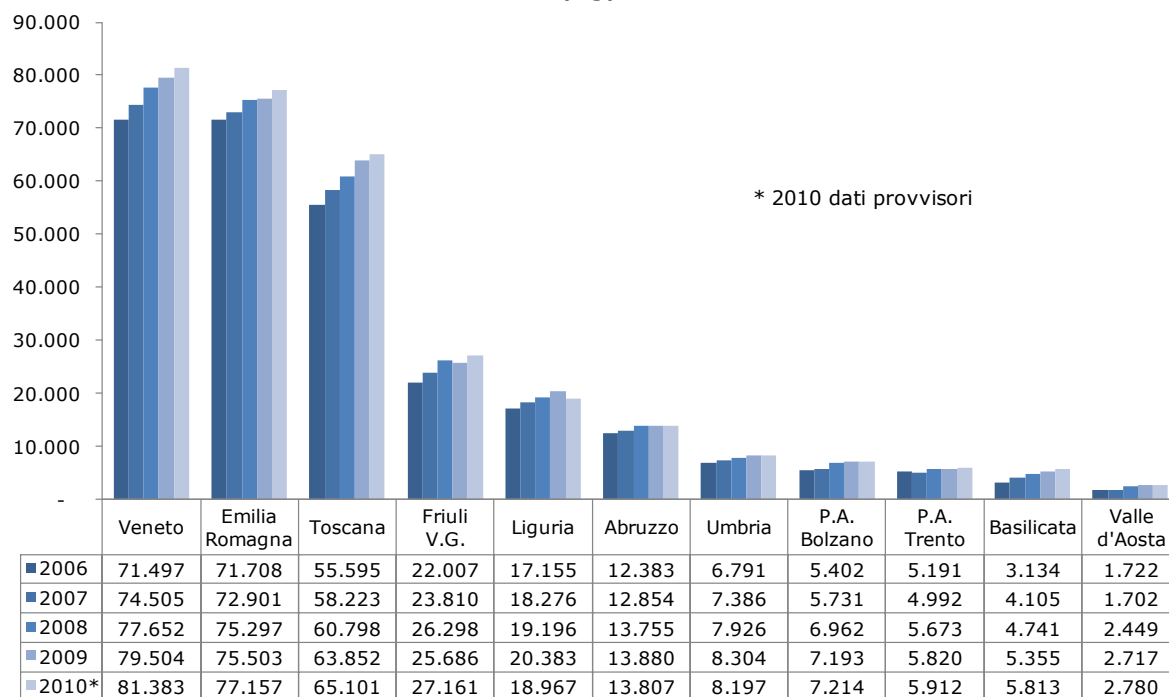
Autosufficienza emoderivati

L'AIP nasce nel 1998 per volontà delle Regioni Veneto, Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Province Autonome di Bolzano e Trento, alle quali si sono unite nel corso degli anni altre realtà, condividendo lo spirito e le finalità dell'iniziativa: attualmente l'Accordo coinvolge 11 tra Regioni e Province Autonome, comprendendo un bacino di utenza complessiva pari a oltre 19 milioni di abitanti e in grado di fornire alla lavorazione il 45% del plasma nazionale destinato al frazionamento industriale. La Regione del Veneto, individuata fin dall'inizio quale capofila, nello stesso 1998 ha formalmente approvato l'accordo (con diritti e obblighi delle parti) e l'allegato capitolato speciale (per la definizione dei rapporti di interazione con l'industria), finalizzati all'aggiudicazione dell'appalto interregionale del servizio di ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione e trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali, nonché di produzione, stoccaggio e consegna degli emoderivati prodotti dal processo industriale.

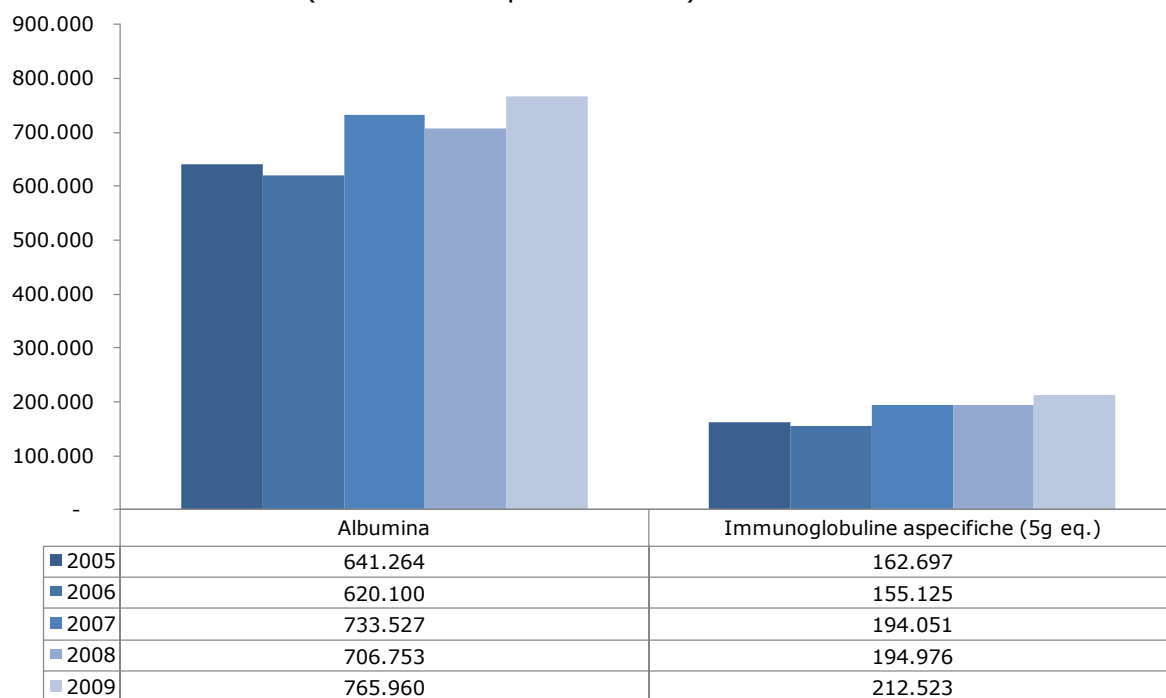
L'Accordo si propone, in primo luogo, di far convergere la volontà delle sue singole componenti, in modo unanime e sinergico, al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'autosufficienza per quanto riguarda il sangue, gli emocomponenti e gli emoderivati: tale risultato deve essere ottenuto con le massime qualità e sicurezza possibili, garantendo allo stesso tempo alle Regioni aderenti delle condizioni operative e contrattuali più vantaggiose. Questo posizionamento strategico si pone in perfetta sincronia con le indicazioni fornite dal legislatore nell'ambito della nuova disciplina delle attività trasfusionali, contenuta nella Legge 21 ottobre 2005, n. 219. In essa si ribadisce infatti non soltanto che l'autosufficienza è un obiettivo prioritario sovra-regionale e sovra-nazionale non frazionabile, per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, ma anche che si promuovono soluzioni gestionali che, attraverso la collaborazione interregionale, ne favoriscano il conseguimento. Il consolidamento dell'azione per l'AIP ha portato risultati vantaggiosi in termini di autosufficienza intraregionale, ampia visibilità a livello nazionale di un progetto che assicura un buon rapporto costi/benefici, forte integrazione fra Servizi Trasfusionali, farmacie ospedaliere e utilizzatori, aumento costante della disponibilità di plasma source e miglioramento delle rese di produzione. L'organizzazione del flusso informativo degli ordini di emoderivati presso il Coordinamento Regionale Attività Trasfusionale (CRAT), attivato nel 2004 e costantemente migliorato, permettono il controllo dell'autosufficienza regionale. Permane comunque la strategicità dell'azione dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (CoBUS), che devono promuovere una più incisiva azione sull'appropriatezza dell'impiego in particolare dell'Albumina, per ricondurne l'uso a quantità inferiori, in analogia ai comportamenti terapeutici di gran parte dei Paesi europei.

Per quanto riguarda la distribuzione di emoderivati derivanti dal circuito AIP, l'esperienza degli ultimi anni si è caratterizzata per un progressivo e costante incremento, comune a tutte le realtà aderenti all'accordo.

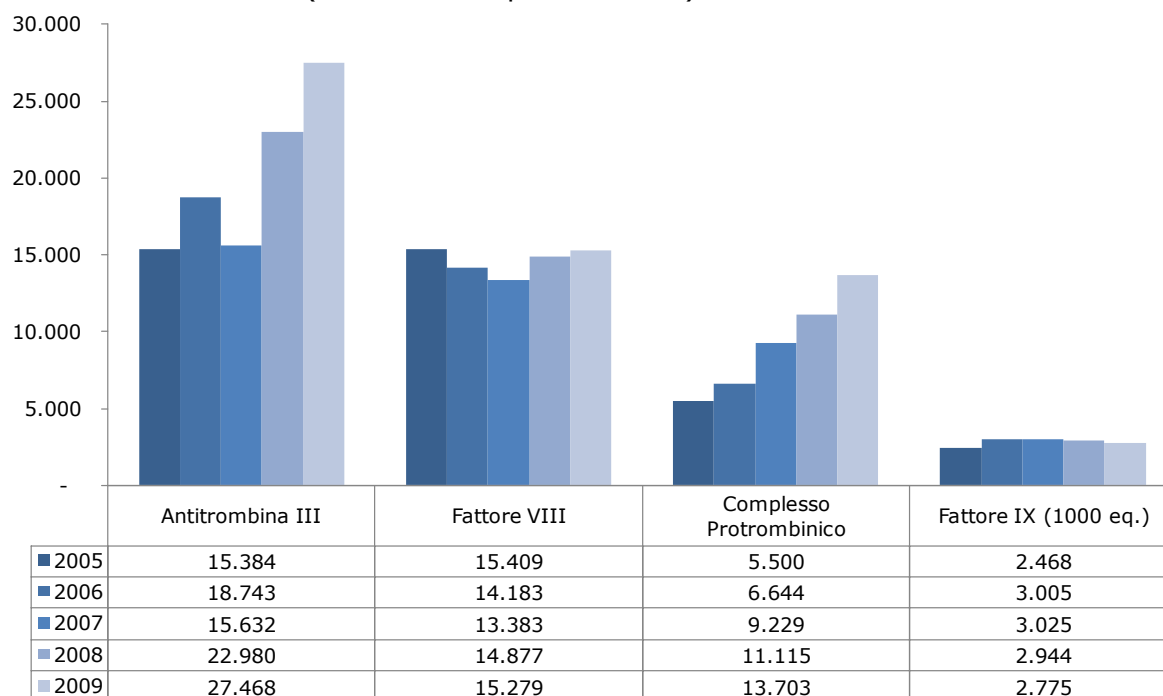
Trend conferimento Plasma AIP Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (Kg). Veneto 2006-2010



Trend distribuzione emoderivati AIP - ALBUMINA / IG VENA Italia (ultimi dati disponibili 2009). Trend 2005-2009



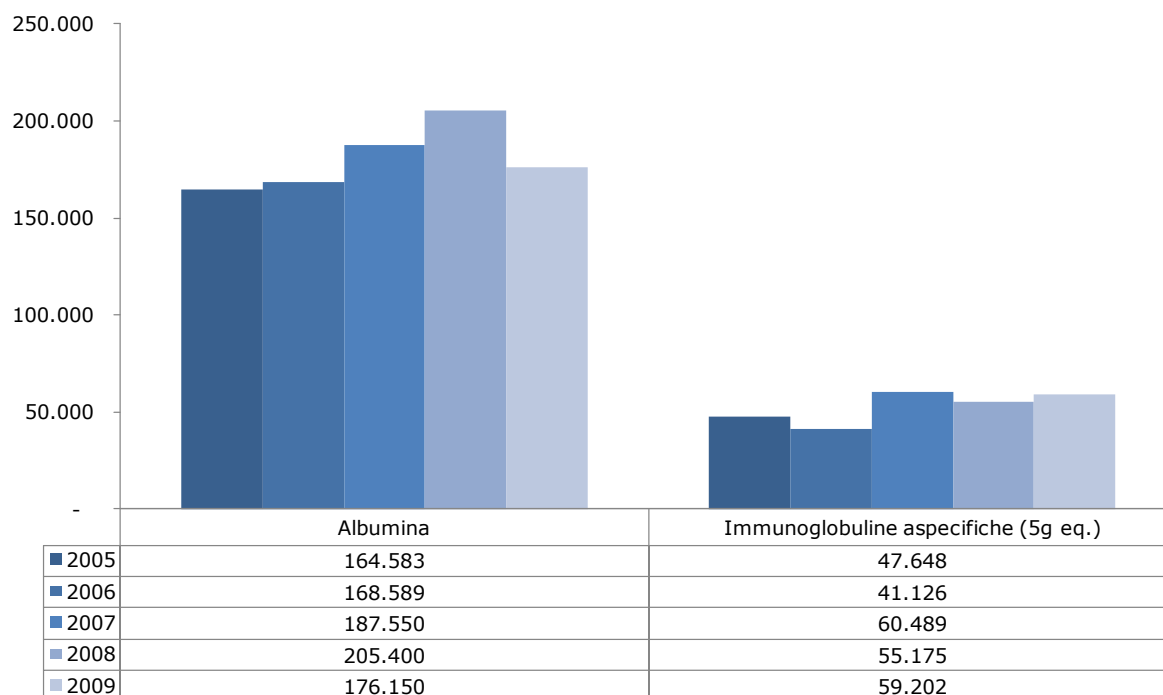
Trend distribuzione emoderivati AIP - AT III / F VIII / F IX / C. P.
Italia (ultimi dati disponibili 2009). Trend 2005-2009

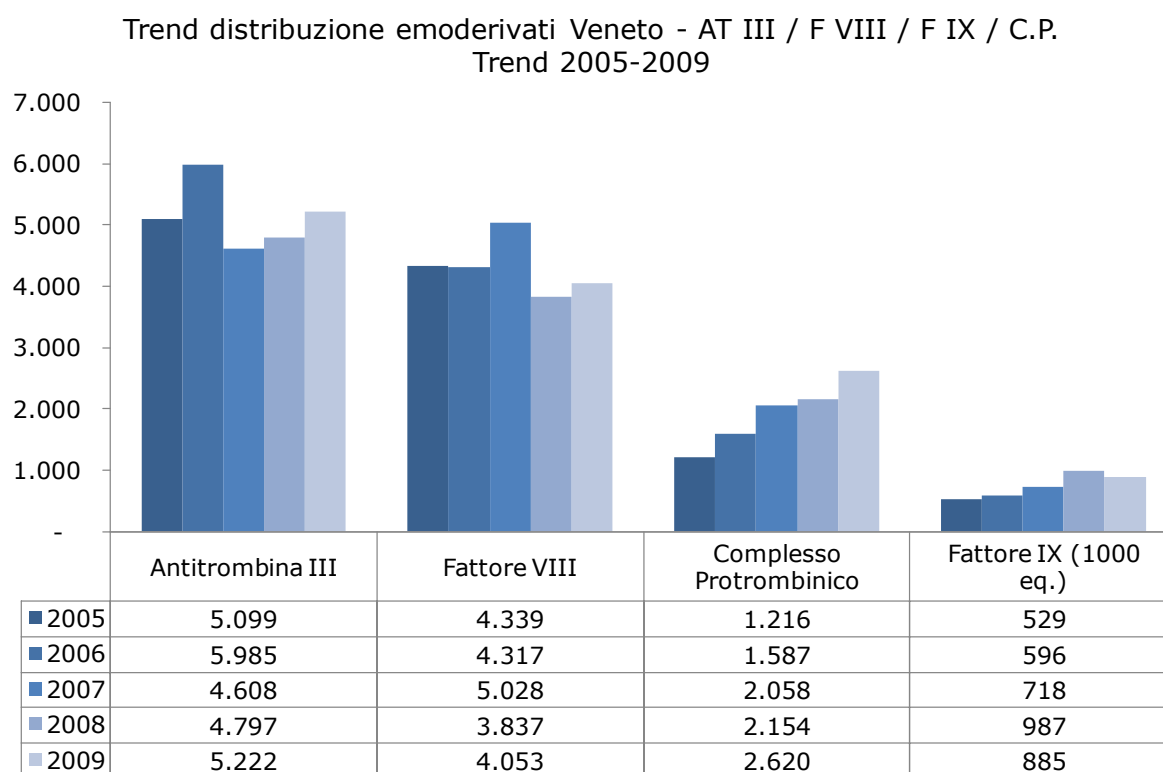


* anche per il Veneto i dati disponibili risalgono al 2009

573

Trend distribuzione emoderivati Veneto - ALBUMINA / IG VENA.
Trend 2005-2009





574 Si può quindi affermare che, rispetto al portafoglio prodotti AIP, l'autosufficienza è sostanzialmente raggiunta e garantita, attraverso continuità nella disponibilità degli emoderivati, per Albumina, Antitrombina III, Fattore VIII, Fattore IX e Complesso Protrombinico. Le situazioni deficitarie si ricollegano alle sole Immunoglobuline aspecifiche, anche se, perlomeno per quanto concerne la nostra Regione, l'analisi della distribuzione AIP compenetrata con quella del Registro Regionale Emoderivati (che monitora il consumo complessivo di farmaci all'interno del circuito ospedaliero e territoriale) evidenzia una situazione di sostanziale copertura della domanda.

Sicurezza trasfusionale

L'adozione di tecnologie di biologia molecolare per lo screening del sangue (NAT), avviate dal 2000 e progressivamente estese (HCV, HBV, HIV) e rese obbligatorie dal 2006, portano il Veneto, assieme ad altre Regioni italiane, a livelli metodologici di sicurezza analoghi a quelli dei paesi europei con maggior capacità di investimento sanitario nella trasfusione. Va ribadito che il criterio, pressoché uniforme nel Veneto, della preselezione dei candidati donatori e l'accuratezza della selezione ad ogni donazione di donatori, rigorosamente periodici, rappresentano il primo e irrinunciabile strumento della sicurezza; essa va ricercata con un processo unitario di costante verifica sanitaria,

attraverso parametri affidabili e costantemente controllati dall'unico riferimento di medicina trasfusionale, anche con l'aiuto di indagini diagnostiche.

Regione del Veneto - Registro Sangue 2009			
Descrizione	Maschi	Femmine	Totale
Donatori alla prima donazione differita	10.817	7.815	18.632
Donatori alla prima donazione non differita	925	686	1.611
Totale donatori alla prima donazione	11.742	8.501	20.243
Donatori periodici	95.867	36.392	132.259
Totale donatori	107.609	44.893	152.502
Donatori iscritti ad associazioni	98.621	40.662	139.283
Donatori di aferesi	17.968	16.218	34.186
Donatori di sola aferesi	5.986	9.141	15.127
Donatori sospesi definitivamente	4.607	3.614	8.221

L'introduzione di metodiche di virus riduzione, almeno per il plasma trasfusionale, ha sicuramente migliorato l'approccio alla sicurezza, anche se restano aperte esigenze di miglioramento della standardizzazione del processo. Con le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 3221/08 e 3222/08, la Regione del Veneto ha recepito rispettivamente il Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 208 recante: "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali" ed il Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 207 recante: "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi". A decorrere dall'attività 2009, inoltre, nelle more del completamento del Sistema Informativo Regionale Trasfusionale (SIRT) per quanto attiene all'implementazione delle aree dedicata alla rilevazione degli eventi connessi all'emovigilanza, sono state raccolte le informazioni connesse alle singole notifiche ed al rapporto annuale attraverso il database regionale (CRCC), per il successivo

inoltre al livello nazionale (SISTRA – Centro Nazionale Sangue), relative a effetti indesiderati gravi, sorveglianza epidemiologica donatori, reazioni indesiderate donatori e incidenti gravi. L'implementazione del Sistema di Emovigilanza, attraverso la raccolta di informazioni riguardanti le reazioni avverse e gli errori connessi con l'attività trasfusionale, nonché il riscontro dei marcatori di infezione nella popolazione dei donatori, realizza la funzione di "osservatorio stabile", con collegamenti sia con il livello nazionale (Centro Nazionale Sangue), sia con le istituzioni regionali preposte alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico. Tale Sistema investe aspetti epidemiologici (patologie trasmissive) e compiti clinici, in quanto deve:

- monitorare le situazioni avverse da trasfusione, l'incidenza delle malattie trasmesse con il sangue e gli errori di trasfusione;
- fornire informazioni sulla popolazione dei donatori e sulla possibilità di trasmissione di nuovi agenti infettivi con la trasfusione del sangue;
- proporre misure appropriate per ridurre gli eventi avversi connessi con le attività trasfusionali.

Attività di supporto trapiantologico:

raccolta e manipolazione di cellule staminali periferiche e da cordone ombelicale.

La Legge 21 ottobre 2005, n. 219 ha definito un quadro all'interno del quale la donazione e la conservazione del cordone ombelicale si collegano a usi di tipo solidaristico, ed in tal senso i successivi atti applicativi sono stati adottati in conformità a tale impostazione, che si fonda sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti. Ai fini del banking per uso solidaristico sono state istituite sul territorio nazionale n. 18 Banche pubbliche del cordone ombelicale (di cui tre nella nostra Regione), cui afferiscono circa 300 punti nascita. Tra le finalità della rete nazionale delle banche di sangue da cordone ombelicale (Italian Cord Blood Network - ITCBN) si segnalano:

- la promozione, in collaborazione con le associazioni di volontariato interessate, di iniziative finalizzate alla presentazione della donazione solidaristica del sangue da cordone ombelicale alla popolazione, in particolare alle madri-donatrici;
- la promozione, in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e Province Autonome e le associazioni di volontariato interessate, di una corretta e chiara informazione ai cittadini in merito all'utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato del sangue cordonale;
- la collaborazione con le associazioni di volontariato interessate e altri gruppi e Società Scientifiche che operano nell'area della donazione solidaristica e del trapianto delle cellule staminali ematopoietiche.

Il processo di "banking" (bancaggio) include una serie di procedure che comprendono, in sintesi, la selezione del donatore, la raccolta dell'unità, la caratterizzazione, la criopreservazione, lo stoccaggio, la ricerca e il rilascio dell'unità. Le unità, per essere considerate idonee al bancaggio, devono possedere una serie di caratteristiche qualitative e quantitative, definite sulla base di standard nazionali e internazionali, a tutela della qualità e della sicurezza del sistema donatore/ricevente. Nella nostra Regione sono istituite ed operative tre Banche, rispettivamente presso il Servizio di Immunoematologia e Trasfusione (SIT) dell'Azienda Ulss n. 9 di Treviso, presso il SIT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona e presso l'Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Dall'inizio della loro attività (la prima Banca del sangue cordonale in Veneto è la Padova Cord Blood Bank, che è "nata" nel 1992) in Veneto sono state raccolte 11.141 unità da donatore non consanguineo (UNRELATED), di cui bancate 2.531 e inviate al Registro IBMDR, 2.226. Da donatore consanguineo (DEDICATO) sono state bancate 221 unità e ad uso autologo solamente 8.

IBMDR è la sigla con cui viene identificato, in Italia e all'estero, il registro italiano donatori di midollo osseo, un archivio computerizzato che raccoglie i dati genetici dei potenziali donatori di midollo osseo. Esso è riconosciuto inoltre come "sportello unico" per la ricerca Cellule Staminali Ematopoietiche (CSE) da non familiare per trapianto, ed ha la finalità di procurare ai pazienti in attesa di trapianto allogenico di CSE, che non trovano un donatore idoneo e compatibile all'interno della famiglia, o un potenziale donatore adulto sano, volontario, non consanguineo, o una unità di sangue cordonale donata a scopo solidaristico con caratteristiche immunogenetiche (HLA) tali da consentire il trapianto con elevate probabilità di successo.

Per la valorizzazione del Sistema veneto significativa appare la collaborazione avviata nel 2009 con la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia attraverso uno specifico accordo tra le due Regioni finalizzato alla collaborazione nel campo della raccolta, lavorazione e conservazione del sangue da cordone ombelicale. Con l'intesa sono stati autorizzati la conservazione e lo stoccaggio del sangue di cordone ombelicale raccolto nei punti prelievo della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia individuando la Banca di Sangue di Cordone ombelicale dell'Azienda Ospedaliera di Padova (Padova Cord Blood Bank - PDCBB) quale struttura regionale di riferimento per l'iniziativa.

Strutture	Sede	Attività di banking da inizio attività di ciascuna banca al 1 gennaio 2010				
		Anno inizio attività	Unità da donatore non consanguineo (UNRELATED) raccolte	Unità da donatore non consanguineo (UNRELATED) caratterizzate e tipizzate (A)	Unità da donatore non consanguineo (UNRELATED) non ancora caratterizzate e tipizzate (B)	Totale unità imbankate per trapianto allogenico UNRELATED (A+B)
			UNRELATED	A	B	A + B
Padova Cord Blood Bank	Clinica di Oncoematologia Pediatrica Azienda Ospedaliera Padova	1992	6.344	1.514	78	1.592
Banca del Sangue Placentare di Treviso	Ospedale Regionale di Treviso - Azienda ULSS 9 Treviso	1996	4.397	796	112	908
Banca del Sangue di Cordone Ombelicale di Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - Ospedale Policlinico (SIT)	1998	400	13	18	31
Totale			11.141	2.323	208	2.531
Strutture	Sede	Anno inizio attività	Unità da donatore non consanguineo (UNRELATED) inviate al registro IBMDR	Unità da donatore consanguineo (DEDICATO) imbankate	Unità ad uso AUTOLOGO imbankate	Totale unità imbankate
			Inviata IBMDR	DEDICATO	AUTOLOGO	TOTALE
Padova Cord Blood Bank	Clinica di Oncoematologia Pediatrica Azienda Ospedaliera Padova	1992	1.508	170	6	1.768
Banca del Sangue Placentare di Treviso	Ospedale Regionale di Treviso - Azienda ULSS 9 Treviso	1996	718	51	2	961
Banca del Sangue di Cordone Ombelicale di Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - Ospedale Policlinico (SIT)	1998	0	0	0	31
Totale			2.226	221	8	2.760

Complessivamente al 1 gennaio 2010 in Veneto è stato completato il processo di banking per 2.760 unità e sono state rilasciate per il trapianto allogenico 75 unità, contro nessuna rilasciata per trapianto autologo.

Strutture	Sede	Unità rilasciate per trapianto da inizio attività di ciascuna banca al 1 gennaio 2010				Unità rilasciate per trapianto anno 2009		
		Unità rilasciate per trapianto allogenico da donatore non consanguineo (UNRELA TED)	Unità rilasciate per trapianto allogenico da consanguineo (DEDICATO)	Totale unità rilasciate per trapianto allogenico	Numero di unità rilasciate per trapianto autologo	Unità rilasciate per trapianto allogenico da donatore non consanguineo (UNRELA TED)	Unità rilasciate per trapianto allogenico da consanguineo (DEDICATO)	Numero di unità rilasciate per trapianto autologo
Padova Cord Blood Bank	Clinica di Oncoematologia Pediatrica Azienda Ospedaliera Padova	63	6	69	0	11	0	0
Banca del Sangue Placentare di Treviso	Ospedale Regionale di Treviso - Azienda ULSS 9 Treviso	6	0	6	0	5	0	0
Banca del Sangue di Cordone Ombelicale di Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - Ospedale Policlinico (SIT)	0	0	0	0	0	0	0
Totale		69	6	75	0	16	0	0

Interventi di sostegno finanziario e controllo della spesa – Analisi dei costi e FRAT

L'attenzione alla spesa sanitaria complessiva ha attivato il percorso della definizione della contabilità analitica per il servizio trasfusionale, al fine di acquisire informazioni univoche sui costi per la produzione degli emocomponenti ed emoderivati e delle prestazioni trasfusionali. La procedura adottata, che riprende un precedente avvio del 2001, utilizza il criterio della contabilità basata sulle attività (Activity Based Costing) per valorizzare al meglio le prestazioni produttive e cliniche del servizio trasfusionale e per creare un vantaggioso benchmarking fra strutture. I risultati della contabilità forniscono inoltre la

base di riferimento per l'identificazione del volume del FRAT (Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali), avviato nell'esercizio 2008, inteso quale strumento amministrativo negoziale per creare il vincolo di spesa su cui ancorare le prestazioni del servizio trasfusionale (finanziamento a funzione).

Analisi dei costi del Sistema Trasfusionale della Regione

Il quadro normativo nazionale, maturato nell'ultimo quinquennio, offre utili riferimenti all'obbligo dell'introduzione della contabilità analitica, non sempre diffusamente recepito e attuato. Tra questi riferimenti normativi vanno ricordati il 2° Piano Sangue (Decreto Ministeriale 1 marzo 2000 "Adozione del progetto relativo al Piano Nazionale Sangue e Plasma per il triennio 1999-2001") che prevede "l'attivazione di sistemi di monitoraggio sull'efficienza ed efficacia delle strutture" e l'Accordo del 24 luglio 2003, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano "Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici", che prevede esplicitamente l'impiego della contabilità analitica per la definizione del valore economico di scambio dei prodotti. Il Veneto ha voluto fortemente tale criterio normativo per poter ridisegnare successivamente aspetti tariffari adeguati e misurabili con i costi effettivi. Il CRAT ha quindi adottato lo strumento della contabilità analitica, già a partire dall'estate 2003, inizialmente con una progettazione di lavoro presso i servizi trasfusionali per gli esercizi gestionali 2002-2003. Inoltre, il 4° Piano Sangue e Plasma Regionale prevede l'adozione dello strumento dell'Analisi dei Costi. La contabilità ha le seguenti finalità:

- disporre di un sistema di analisi non estemporaneo, ma riutilizzabile nel tempo e in via autonoma presso ogni servizio o Dipartimento, a supporto delle attività gestionali assegnate dal CRAT;
- eseguire un'analisi estesa su tutte le attività e prestazioni svolte dai SIT per disporre di una valutazione comparata presso i diversi servizi dei costi per l'esecuzione dei compiti produttivi e di quelli assistenziali;
- disporre di output quantificati (costo degli emocomponenti in scambio interaziendale e del plasma per la produzione di emoderivati), anche per la ridefinizione della politica tariffaria inter e intraregionale.

Con l'avvio del FRAT l'Analisi dei costi è diventata elemento indispensabile per la revisione del volume del finanziamento e la definizione delle prime proposte di aumento di efficienza misurate sul benchmarking regionale, tanto più per gli anni successivi, in quanto il FRAT verrà revisionato, annualmente, utilizzando il criterio di finanziamento sui costi così come rilevati ed elaborati.

Istituzione e avvio del FRAT

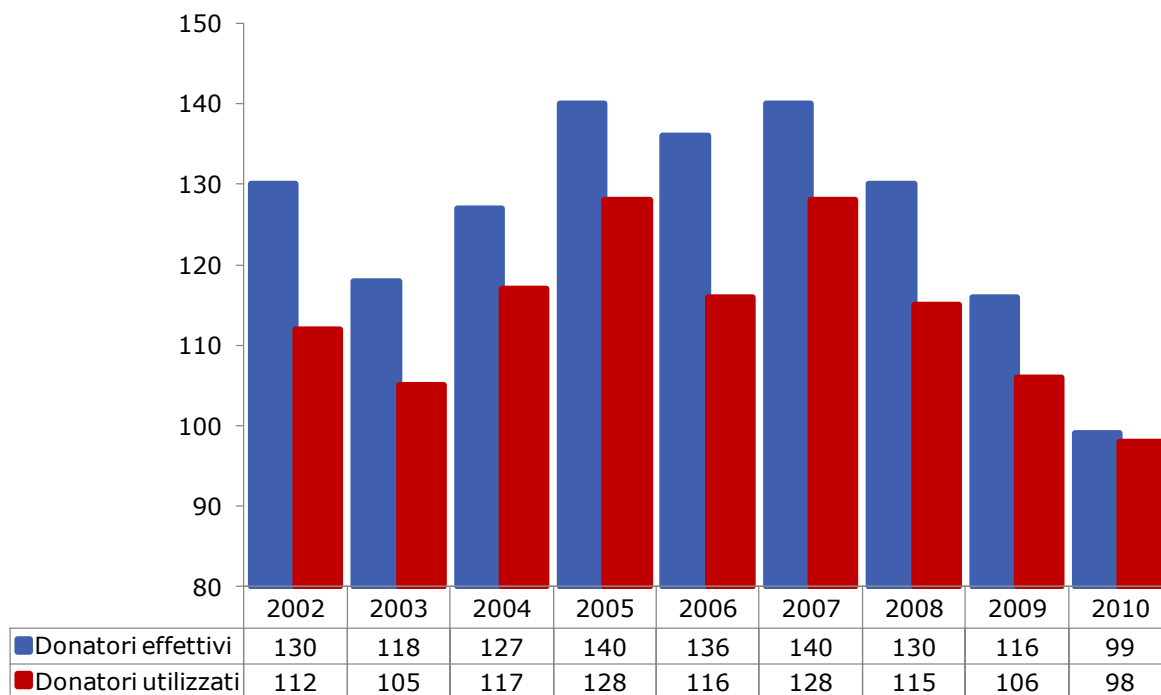
Il Fondo Regionale per le Attività Trasfusionale (FRAT) è stato attivato con la Delibera di Riparto Anno 2009 (Deliberazione della Giunta Regionale n. 2690 del 23 settembre 2008 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2008 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l. r. 5/2001. DGR 73/CR del 6/6/2008") e assegnato alle Aziende individuate quali sedi principali dei DIMT. Il volume del Finanziamento è soggetto a revisione annuale, sulla base della proposta del CRAT, applicando il criterio del finanziamento sui costi, come da strumento di analisi adottato: la corresponsione è vincolata alla verifica del raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale, con affidamento al CRAT dei relativi compiti di verifica. Ex post il FRAT è oggetto di aggiustamenti correlati allo scostamento tra volumi programmati e realizzati.

In conclusione, la Regione del Veneto ritiene che la risorsa sangue sia indispensabile e insostituibile nell'affrontare i problemi di salute e che una sua eventuale carenza possa mettere in crisi l'intero settore ospedaliero. Il trend, a livello mondiale, europeo e nazionale, esclude una diminuzione dell'utilizzo di sangue e derivati, quanto piuttosto orienta verso un forte aumento soprattutto nelle realtà con maggior capacità di investimento in tecnologia sanitaria. Nel Veneto, la "criticità" del punto di equilibrio fra raccolta e consumi, soprattutto alla luce del significativo aumento di richiesta registrato negli ultimi anni, comporta la necessità di mantenere alto il livello di attenzione. Vi è da dire che un ruolo fondamentale è espresso con generosità dal volontariato veneto. Il mantenimento dell'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati, basata sulla donazione anonima, volontaria, periodica, responsabile e non remunerata, è dunque un valore da perseguire e consolidare attraverso lo sviluppo del nuovo modello organizzativo, finalizzato allo sviluppo del settore e al governo delle risorse necessarie.

5.3 Sistema Regionale Trapianti

L'attività di trapianto rappresenta un'attività di massima complessità del Servizio Sanitario Regionale. Proprio l'impegno costante di tutti i professionisti coinvolti, sostenuti dalle fondazioni dedicate e dalle associazioni di volontariato del settore, consente di spiegare come sia possibile raggiungere annualmente in questa Regione importanti risultati di rilievo nel panorama nazionale ed internazionale. La Rete Trapianti della Regione Veneto è articolata in un Coordinamento Regionale per i Trapianti (CRT), 23 coordinamenti ospedalieri, due banche dei tessuti, una Fondazione per l'Incremento di Trapianti d'Organo e di Tessuti (FITOT) e una Fondazione Banca degli Occhi (FBOV). Il Coordinamento Regionale per i Trapianti è stato istituito nel 2000, la sede organizzativa ed operativa è situata presso l'Azienda Ospedaliera di Padova. Esso, in qualità di nodo centrale della rete, ha funzioni propositive e consultive nei confronti della Regione, ha compiti di pianificazione, qualità, sicurezza, verifica e valutazione, formazione e rapporti istituzionali. Operativamente il CRT, anche tramite collaborazione con il Coordinamento Interregionale per i Trapianti denominato Nord Italia Transplant (regolamentata da separato regime convenzionale), si occupa del coordinamento delle strutture coinvolte nell'intero percorso di diagnosi e cura che dal prelievo conducono al trapianto. Il Sistema Trapianti Veneto ha raggiunto nel corso degli anni lusinghieri traguardi caratterizzati da elevati standard qualitativi e quantitativi. La Regione del Veneto dà un rilevante contributo all'attività nazionale del settore, sia sotto forma di organi e di tessuti, che di trapianti effettuati. In tal senso, il Veneto partecipa attivamente alla ridefinizione dei livelli della rete trapiantologica nazionale, con il fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del settore nel suo complesso. Nel corso dell'ultimo anno il Sistema Trapianti del Veneto ha raggiunto un risultato "storico": per la prima volta è stata superata la soglia dei 400 trapianti d'organo effettuati. Nel 2010 è stata infatti raggiunta la quota di 419 trapianti di organi solidi, di cui 374 con organi prelevati da cadavere e 45 da vivente. Tale specifica attività registra un incremento di oltre il 10% rispetto a quella del 2009. Inoltre, nel corso del 2010 il volume di attività del Centro Trapianti di polmone regionale è stato il primo a livello nazionale. Quindi, il Sistema Regionale Trapianti Veneto, con la sua peculiare struttura sovraziendale basata su modello *Hub and Spoke*, risulta svolgere un'azione trainante nello sviluppo dell'intera assistenza sanitaria regionale, nella ricerca e nel campo della formazione del personale sanitario. Se osserviamo il numero dei donatori effettivi possiamo rilevare che questo è diminuito. Tuttavia, è aumentato in percentuale il numero dei donatori utilizzati, fattore che segnala un miglioramento complessivo.

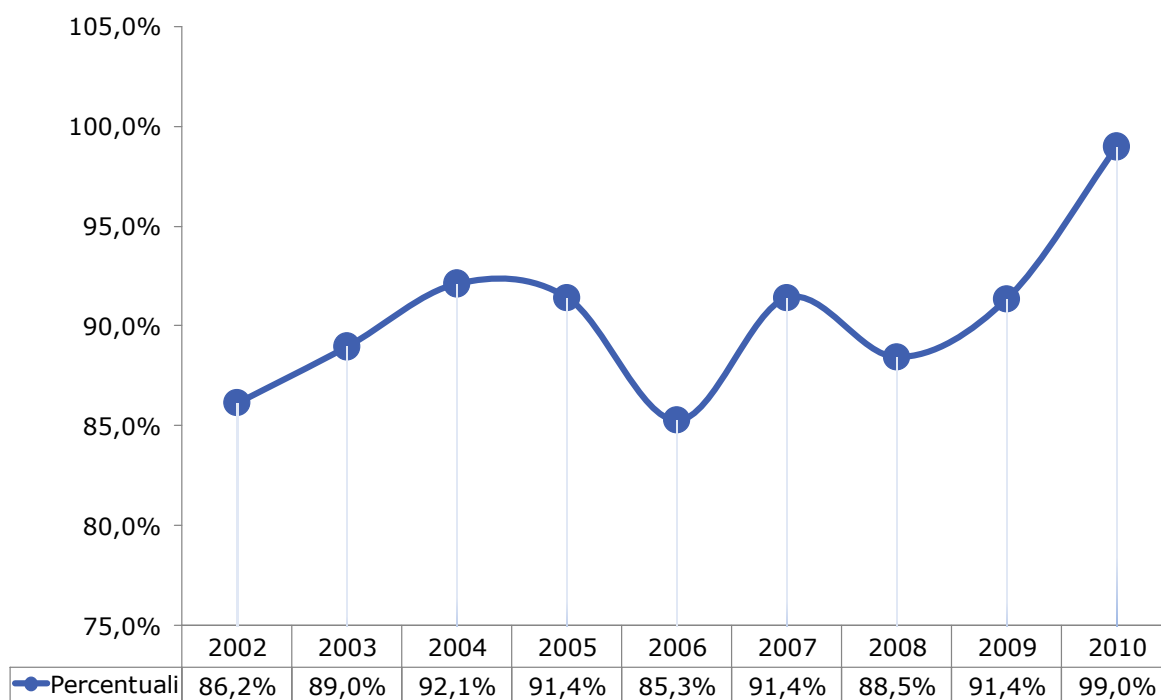
Attività di donazione e trapianto nel Veneto Anni 2002-2010



* Fonte: Nord Italia Transplant

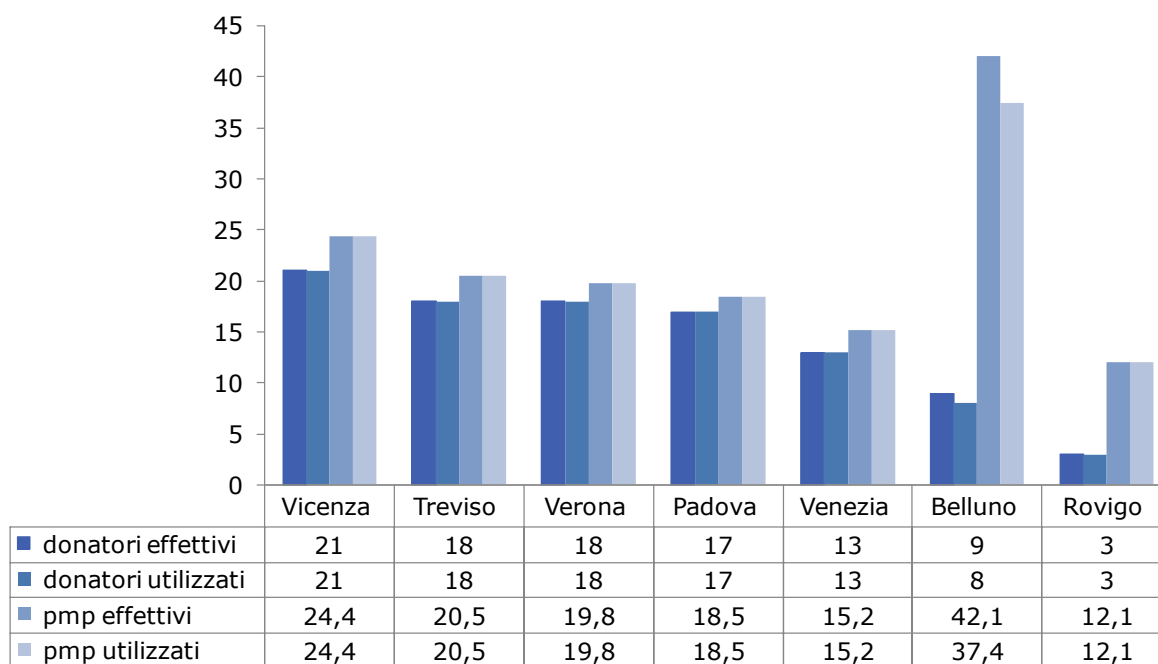
583

Percentuali di donatori utilizzati su donatori effettivi Veneto 2002-2010



La riduzione delle donazioni viene considerata nelle sedi tecniche interregionali e regionali come un fenomeno legato a due ordini di fattori: il primo relativo agli aspetti organizzativi interni delle rianimazioni, sottoposte a carichi di lavoro sempre più elevati, il secondo relativo a problematiche di carattere generale legate al contesto sociale che sta vivendo l'Italia ed il mondo intero.

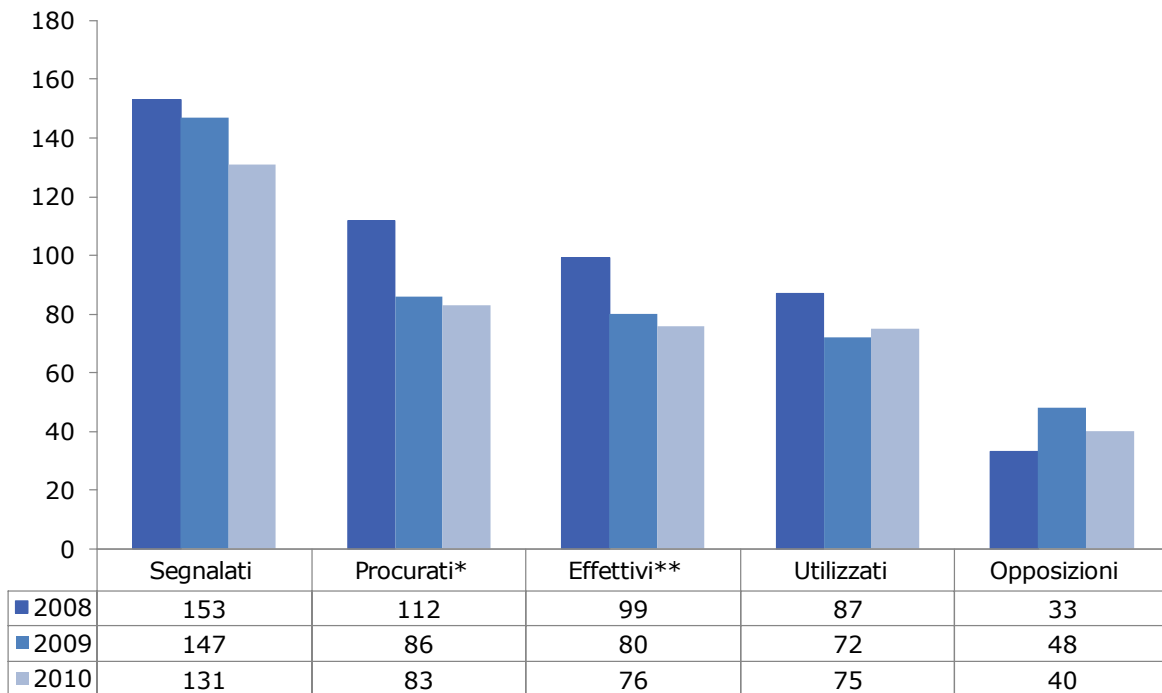
Donatori di organi per Provincia. Regione Veneto anno 2010
(* pmp = donatori per milione di abitanti)



La percentuale di opposizione espressa dai familiari è stata nel 2010 pari al 31,2%, leggermente inferiore rispetto alla media nazionale del 31,5%. L'efficace risposta al tasso di opposizione alla donazione risiede in iniziative e campagne di informazione rivolte alla popolazione ed alle scuole, ma anche nel supporto e nella sinergia di interventi tecnici come ad esempio quello rivolto agli Uffici Anagrafe, che va ampliato e diffuso in modo sistematico. Va ricordato che l'attività di trapianto contribuisce, in alcuni casi, al contenimento della spesa sanitaria regionale. Si consideri ad esempio il caso del trapianto di rene, arrivato nella nostra Regione ad un ragguardevole numero grazie all'impegno attivo delle Nefrologie nella promozione dell'attività di prelievo da donatore vivente, che riduce il numero di pazienti in dialisi. Con queste finalità, a partire dal dicembre 2008, si è pianificato un originale programma organizzativo-informativo, di sensibilizzazione, rivolto a tutto il personale sanitario delle Unità Operative di Nefrologia della nostra Regione con lo scopo di implementare le conoscenze sulla donazione di rene da vivente. Oltre ad iniziative rivolte agli operatori sanitari, si deve ricordare che si è conclusa la

prima fase sperimentale che ha coinvolto alcuni Comuni della Regione nella raccolta dell'espressione di volontà riguardante la donazione di organi e tessuti. È proseguito poi oltre all'estesa attività precipuamente medica, l'attività che il Coordinamento Regionale e la sua agenzia formativa (FITOT) hanno garantito in merito ad un attivissimo programma di formazione rivolto al personale di ogni singolo ospedale veneto e non solo ed organizzando eventi formativi a livello regionale, nazionale ed internazionale.

Attività di reperimento nella Regione del Veneto
Confronto al 30 settembre negli anni 2008, 2009, 2010



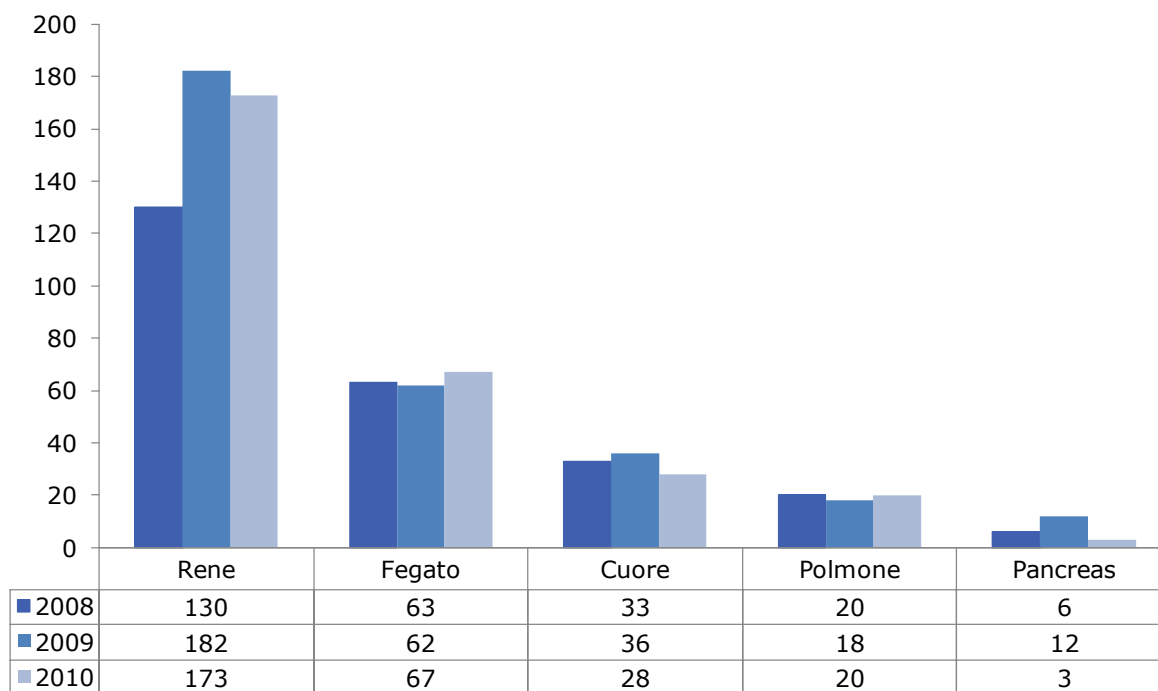
* Potenziali donatori preliminarmente idonei, per i quali è stato acquisito il consenso e dei quali sono stati proposti gli organi

** Potenziali donatori dai quali sono stati prelevati organi, indipendentemente dal loro effettivo utilizzo

Attualmente l'opzione del trapianto costituisce una terapia consolidata per molte patologie e nella nostra Regione viene offerta in quattro ospedali (Padova, Treviso, Verona, Vicenza) tutta la tipologia dei trapianti oggi proponibile. In questo ambito esiste una forte sinergia di intenti tra tutti i componenti della rete sanitaria. In tale ambito, le colonne della matrice organizzativa sono rappresentate dagli attori del Sistema Regionale Trapianti (SRT) quali il Coordinamento Regionale Trapianti (CRT), i Coordinamenti Locali, i Coordinamenti Provinciali, le Banche dei Tessuti, i Centri di formazione, i Centri Trapianto mentre nelle righe della matrice sono presenti 23 Aziende Sanitarie (21 Aziende ULSS, un'Azienda Ospedaliera, un'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata).

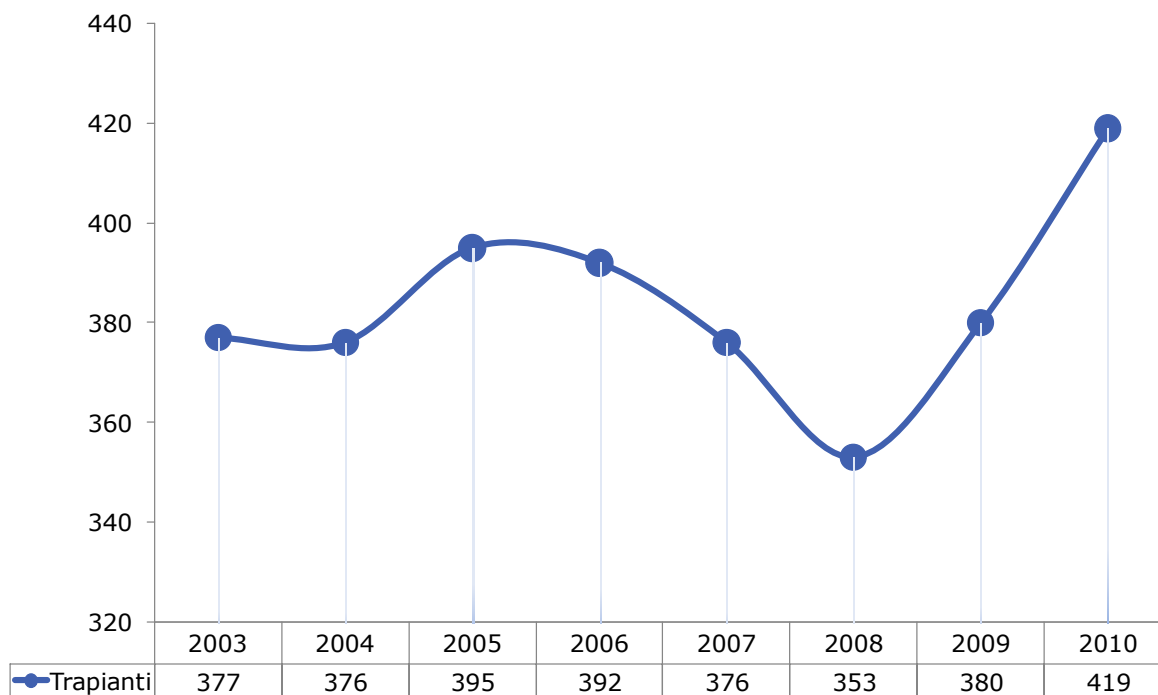
Si intrecciano così autorità, competenze e responsabilità sia in senso verticale e sia in senso orizzontale. In pratica, per la realizzazione di un progetto, si individua un team in cui possono afferire persone coinvolte nelle diverse aree funzionali e persone che partecipano ad un singolo progetto.

Attività di trapianto nella Regione del Veneto
Confronto al 30 settembre negli anni 2008, 2009, 2010



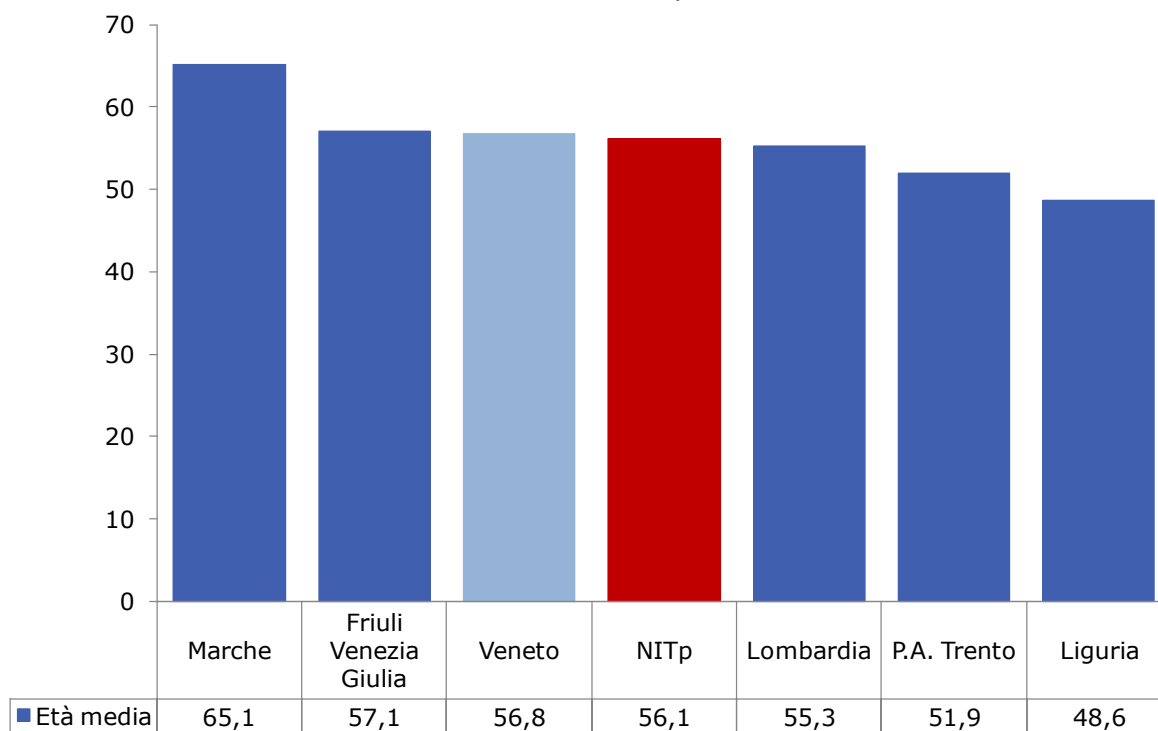
Solo attraverso questo tipo di organizzazione è possibile rispondere in modo pro-attivo agli indirizzi strategici definiti dal Sistema Sanitario Regionale e Nazionale. Obiettivo primario è il miglioramento dei risultati del Sistema Regionale Trapianti in termini di qualità e quantità, inoltre motivare ed incentivare il personale sanitario coinvolto nell'intero processo assistenziale. In questo momento di difficoltà sociali ed economiche, mantenere elevato il livello qualitativo e quantitativo di tutta l'attività trapiantologica è una sfida particolarmente ardua: infatti le difficoltà tendono a concentrare il lavoro di tutti gli operatori sulle attività di base, più semplici. È per questo motivo che l'impegno del Coordinamento Regionale per i Trapianti deve essere quanto più dedicato a costituire con coerenza e continuità un riferimento stabile e continuo per tutti i soggetti con responsabilità gestionali, presenti all'interno dell'intero Sistema Socio Sanitario Regionale.

Attività di trapianto complessivo (HB e vivente): rene, fegato, cuore, polmone. Veneto 2003-2010



587

Età media dei donatori Nord Italia Transplant al 30 settembre 2010



Procurement di tessuti

Per quanto concerne tale settore la Regione del Veneto si pone in posizione preminente a livello internazionale, basti pensare che nel 2010 vi sono state 2.813 donazioni effettive, di cui 1.802 da donatore cadavere e 1.011 da donatore vivente. Tali risultati rappresentano un traguardo unico nel panorama europeo e di particolare significato se si considera che rispetto al totale complessivo nazionale di 9.073 donazioni, il contributo della Regione del Veneto è pari al 31% del totale.

Sostegno ai "sopravvissuti" di lutti tragici e improvvisi

Il Sistema Regionale Trapianti del Veneto nel corso dell'attività di reperimento di organi e tessuti, viene in contatto con molte famiglie nel momento della perdita di una persona o più persone care. L'esperienza di questi anni, nell'ambito dell'attività di procurement ha dimostrato che, nell'attuale sistema di supporto e affiancamento alle fasi successive alla morte, ancor più se questa è stata improvvisa e violenta, manca la figura di uno o più specialisti formati ad hoc ed in grado di affiancare familiari e congiunti (i "sopravvissuti") nella difficile e penosa opera di accettazione ed elaborazione del lutto. Per questo motivo il Centro Regionale per i Trapianti ha previsto un programma di assistenza psicologica ai familiari dei donatori che ha registrato, negli ultimi anni, un aumento progressivo di richieste di interventi di carattere consulenziale o psicoterapeutico. I vissuti di particolare sofferenza spesso aggravata dalla solitudine, caratteristici dei mesi immediatamente successivi alla perdita di una persona cara, sono particolarmente difficili e non di rado testimoni di reazioni estreme. Un supporto professionale mirato potrebbe svolgere un ruolo di enorme significato nell'attenuazione del dolore e dell'isolamento di cui soffrono invariabilmente i superstiti di tali lutti, con ricadute non solo sui singoli ma anche sul piano della collettività. Più in generale tale lacuna corrisponde ad una tendenza comune al contesto culturale occidentale e ampiamente documentata in letteratura, ad allentare sia il pensiero sulla morte che la sua presa in carico (familiare, sociale, etc.) e a relegare il morire e la morte all'ambito medico-ospedaliero. Privata del supporto di adeguate rappresentazioni mentali soggettive e collettive e di idonei atteggiamenti socio-culturali, anche nel contesto sanitario la morte si allontana così dal percorso umano, con conseguenze in termini di disagio anche nei Professionisti della Salute. Accanto all'intervento clinico si rende pertanto opportuno un'azione di carattere culturale, rivolta in primo luogo agli operatori sanitari e successivamente ai professionisti la cui opera è contigua all'esperienza della perdita (forze dell'ordine, protezione civile, etc.) finalizzata a colmare il vuoto a livello socio-culturale. Per queste ragioni sin dal novembre 2008 la Regione del Veneto ha approvato il *Programma regionale triennale di formazione, ricerca,*

intervento per il sostegno ai "sopravvissuti" di lutti tragici e improvvisi con le seguenti finalità:

- creare una rete regionale di operatori formati nell'assistenza al paziente in lutto;
- realizzare azioni di sostegno alle persone che hanno subito una perdita tragica e improvvisa;
- contribuire alla formazione degli operatori sociali e sanitari che intervengono nelle vicende legate alla perdita e al lutto;
- elaborare e attuare interventi finalizzati a sensibilizzare e diffondere la cultura del cordoglio nella Regione Veneto;
- raccogliere dati di ricerca allo scopo di migliorare la comprensione del problema e definire/verificare le strategie di intervento più idonee.

Il programma è stato implementato nelle sue fasi fondamentali, ovvero:



Nel 2010 sono state inoltre organizzate delle iniziative sulla realizzazione e conduzione di gruppi terapeutici destinati ai sopravvissuti di lutti tragici e improvvisi, ciascuna con un ciclo di 6-8 incontri. Nel 2009 è stata approvata e finanziata la seconda annualità del programma. In tal senso è stata avviata una campagna di comunicazione finalizzata alla divulgazione e promozione delle azioni locali nei confronti dell'utenza, con l'implementazione sul territorio di iniziative di tipo assistenziale, formativo e di ricerca.

Nel 2010 è stato approvato il programma relativo al terzo anno di attività, prevedendo il consolidamento e l'estensione sul territorio regionale dell'esperienza e la valutazione dei risultati. In particolare gli incontri di formazione/sensibilizzazione rivolti a personale sociale e sanitario saranno fondati su eventi di carattere provinciale e verranno organizzati in collaborazione con le Strutture dedicate alla Formazione delle Aziende Sanitarie col duplice obiettivo di:

- divulgare tra gli operatori sanitari apposite conoscenze sui temi della comunicazione di cattive notizie, dell'accompagnamento nella perdita e del lutto;
- sensibilizzare gli operatori che lavorano in questi ambiti rispetto al programma regionale, alle sue finalità e alle azioni.

Il programma prevede che l'intervento clinico sia accompagnato e sostenuto dall'azione di ricerca, finalizzata a verificarne l'efficacia e ad aumentare le conoscenze sulla tematica.

Un altro aspetto considerato è relativo ai sopravvissuti a lutti traumatici in età evolutiva, i quali rappresentano un target specifico e particolarmente critico, per cui si rende necessario organizzare interventi mirati.

5.4 Emergenza-urgenza

Negli ultimi anni il settore sanitario è stato sempre più interessato alla creazione ed allo sviluppo di forme organizzative dotate di maggior grado di flessibilità che appaiono più adatte a rispondere al bisogno di conciliare esigenze tradizionali del management sanitario, come il contenimento dei costi e il conseguimento di un più elevato livello di qualità, con i bisogni più recenti derivanti dall'innovazione tecnologica, dall'impatto dell'information and communication technology e dalla necessità di garantire integrazione e continuità al processo assistenziale. Le strategie emergenti nell'offerta dei servizi e nell'organizzazione delle risorse pertanto si focalizzano sempre più nella sperimentazione di nuovi modelli di rete che meglio si prestano alle necessità sopra citate. La Regione Veneto ha introdotto nel settore sanitario modelli organizzativi di rete, di tipo *Hub and Spoke*, sin dal 2007 con l'istituzione della rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto, proseguendo nel 2008 con l'istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta e nel 2009 con la rete per l'emergenza/urgenza in ambito neonatale e pediatrico. Nel 2010 la Regione del Veneto ha inoltre istituito il Sistema ad Alta Integrazione per la gestione delle urgenze endoscopiche gastroenterologiche, in considerazione della positiva correlazione, evidenziata dalla letteratura scientifica in materia, tra la tempestività di un intervento endoscopico, i livelli di mortalità ed un minor numero di interventi chirurgici e di trasfusioni, oltre che con una riduzione della durata del ricovero. Tutte queste azioni pongono in rilievo la lungimiranza di un percorso che inizia nel lontano 2003 con l'istituzione del Centro Regionale per l'Emergenza e l'Urgenza (CREU) con compiti di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività del sistema regionale dell'emergenza-urgenza. Infatti, tra i settori che più richiedono una forma organizzativa ad alta integrazione, visto l'impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni, c'è quello della gestione delle urgenze-emergenze. Proprio l'importanza di questa area sanitaria ha indotto a sviluppare una serie di provvedimenti finalizzati a migliorare e affinare costantemente una rete di strutture e servizi preospedalieri e ospedalieri idonea a garantire un'assistenza diagnostico-terapeutica efficace e tempestiva. Ora, negli ultimi anni è stato rilevato (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Age.na.s.) un incremento della domanda al sistema di emergenza-urgenza, spesso generata da una errata percezione e valutazione da parte dei cittadini della propria condizione fisica o della propria patologia. Tale fenomeno, determinando accessi impropri alle strutture di emergenza-urgenza, influisce negativamente sull'accessibilità e l'efficienza degli stessi servizi. Una delle cause di tale situazione viene riconosciuta nella carenza di informazioni che il cittadino possiede

rispetto alla natura e all'utilizzo del sistema di emergenza-urgenza. L'utilizzo del *triage*, quale metodo che consente di razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle condizioni cliniche dei pazienti, è un importante strumento per il governo degli accessi. Ma è necessario anche un aumento della conoscenza e della consapevolezza da parte dei cittadini, ottenibile attraverso specifiche campagne informative.

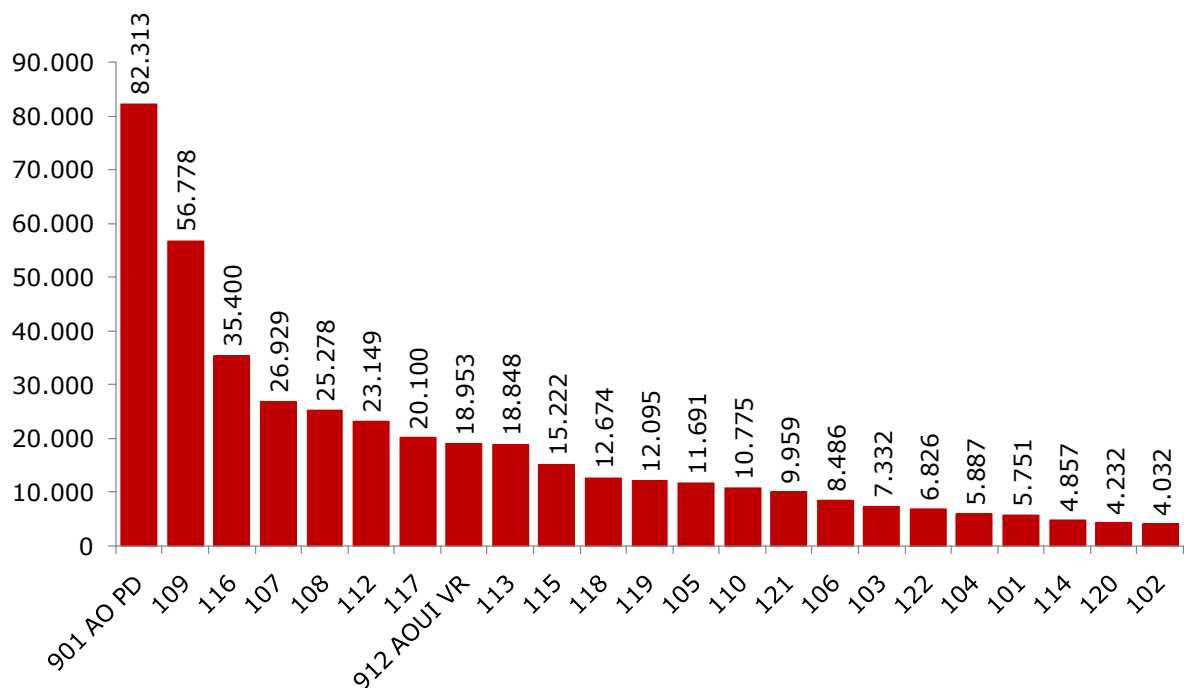
Accessi al Pronto Soccorso nelle Aziende Sanitarie del Veneto nel 2010	
Aziende Sanitarie	Numero accessi
101. Azienda ULSS 1 Belluno	85.677
102. Azienda ULSS 2 Feltre	26.861
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	71.351
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	68.512
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	76.959
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	115.656
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	84.276
108. Azienda ULSS 8 Asolo	72.254
109. Azienda ULSS 9 Treviso	113.202
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	69.928
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	120.243
113. Azienda ULSS 13 Mirano	84.999
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	34.330
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	67.211
116. Azienda ULSS 16 Padova	92.859
117. Azienda ULSS 17 Este	62.818
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	66.472
119. Azienda ULSS 19 Adria	44.735
120. Azienda ULSS 20 Verona	56.006
121. Azienda ULSS 21 Legnago	76.037
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	157.987
901. Azienda Ospedaliera di Padova	105.269
912. Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	159.156
Totale	1.912.798

Il Pronto Soccorso è un servizio che deve assicurare, 24 ore su 24, tutti gli interventi sanitari e assistenziali necessari per far fronte a situazioni cliniche di emergenza ed urgenza. Il buon funzionamento del Servizio dipende anche dall'uso appropriato che ne fanno gli utenti. Le prestazioni che vengono richieste nell'arco della giornata non sono prevedibili e di conseguenza non programmabili.

Prestazioni di Pronto Soccorso nelle Aziende ULSS del Veneto (2008-2010)			
Aziende ULSS	2008	2009	2010
101. Azienda ULSS 1 Belluno	411.136	388.560	491.523
102. Azienda ULSS 2 Feltre	131.267	169.517	165.933
103. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	415.913	542.620	438.414
104. Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	405.418	459.124	458.017
105. Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino	353.427	367.454	410.669
106. Azienda ULSS 6 Vicenza	410.637	416.248	427.473
107. Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	472.398	507.618	571.512
108. Azienda ULSS 8 Asolo	322.464	466.613	601.918
109. Azienda ULSS 9 Treviso	526.948	900.919	977.279
110. Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	568.877	550.767	399.707
112. Azienda ULSS 12 Veneziana	267.133	531.023	674.152
113. Azienda ULSS 13 Mirano	598.161	804.521	828.295
114. Azienda ULSS 14 Chioggia	462.280	471.842	183.191
115. Azienda ULSS 15 Alta Padovana	508.254	528.911	563.057
116. Azienda ULSS 16 Padova	375.250	488.417	720.890
117. Azienda ULSS 17 Este	393.625	415.278	420.141
118. Azienda ULSS 18 Rovigo	213.961	325.117	495.478
119. Azienda ULSS 19 Adria	163.577	244.321	316.004
120. Azienda ULSS 20 Verona	297.680	332.398	271.236
121. Azienda ULSS 21 Legnago	526.251	524.450	564.209
122. Azienda ULSS 22 Bussolengo	622.039	651.728	749.622
Totale	8.446.696	10.087.446	10.728.720

593

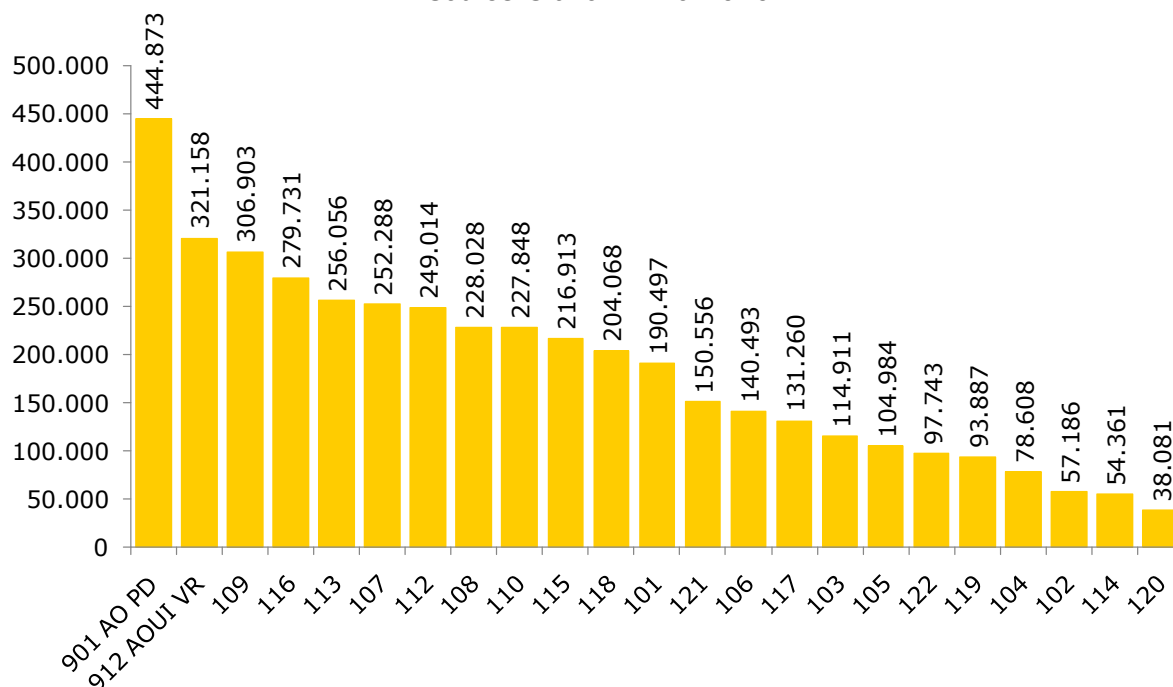
Prestazioni di Pronto Soccorso nelle Aziende Sanitarie del Veneto.
Codice Rosso. Anno 2010



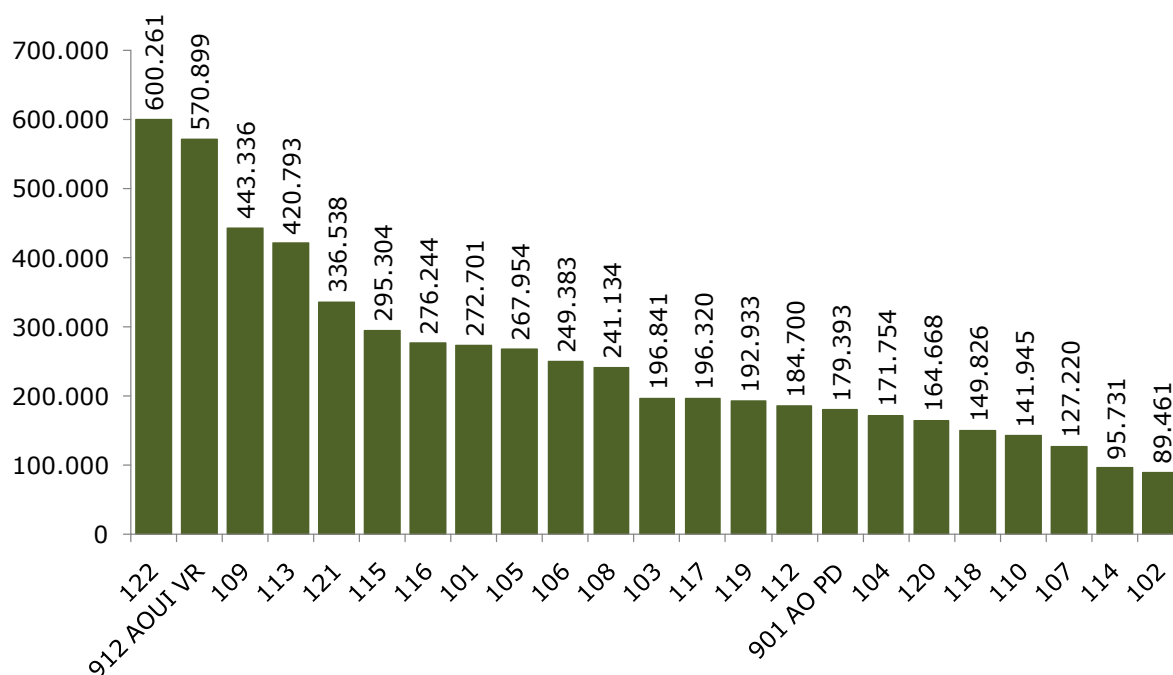
Ricordiamo che il metodo di valutazione e selezione immediata *in Pronto Soccorso (triage)* si fonda sui seguenti codici colore:

- **codice rosso:** molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
- **codice giallo:** mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
- **codice verde:** poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
- **codice bianco:** non critico, pazienti non urgenti.

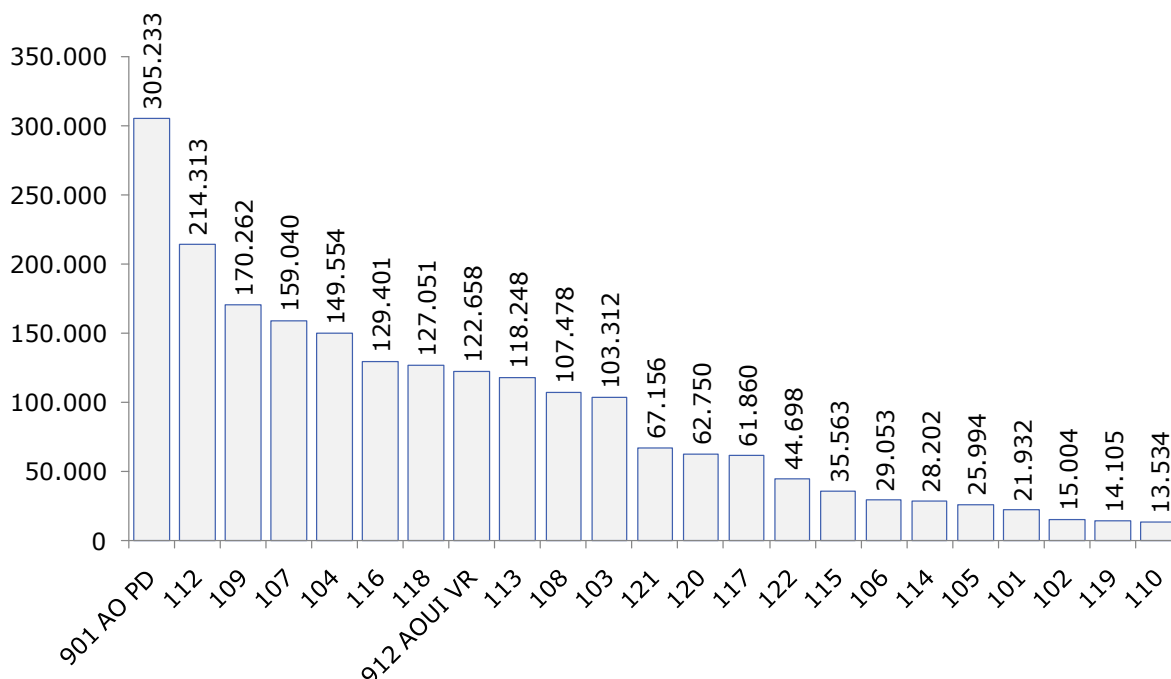
Prestazioni di Pronto Soccorso nelle Aziende Sanitarie del Veneto.
Codice Giallo. Anno 2010



Prestazioni di Pronto Soccorso nelle Aziende Sanitarie del Veneto.
Codice Verde. Anno 2010



Prestazioni di Pronto Soccorso nelle Aziende Sanitarie del Veneto.
Codice Bianco. Anno 2010



La situazione che viene rilevata nel Veneto è estremamente variegata, ma attesta una diffusa fruizione del Pronto Soccorso per prestazioni non urgenti. Vi sono inoltre realtà come l'Azienda Ospedaliera di Padova caratterizzata da un vero "superlavoro", probabilmente anche grazie alla qualità delle prestazioni erogate. Eppure, i cittadini possono diventare a loro volta attori del Sistema regionale dell'emergenza-urgenza. Pensiamo ad esempio ai defibrillatori automatici. Da questo punto di vista, la legge 3 aprile 2001, n. 120 ha consentito l'uso del defibrillatore automatico esterno (DAE) in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare. La norma ha stabilito che le Regioni e le Province Autonome disciplinano il rilascio da parte delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei DAE, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio. La Regione del Veneto ha, sin dal marzo 2002, approvato un progetto sull'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero. La prima fase del progetto si è conclusa, con l'individuazione da parte dei Responsabili delle Centrali Operative 118 dei soggetti pubblici e privati già coinvolti nella formazione del personale e nell'affidamento dei defibrillatori, del numero di "laici" formati e dei corsi attivati, dei siti fissi o mobili dove sono stati collocati i DAE. Gli Uffici regionali hanno provveduto inoltre a determinare la distribuzione dei 150 DAE assegnati

alle varie realtà territoriali. Nel 2007 vi è stato un ulteriore sviluppo dell'iniziativa con l'acquisizione da parte delle Aziende ULSS sedi di Centrale Operativa SUEM 118 dei rispettivi "Piani DAE. Seconda fase". Nel 2009, visto l'incremento del numero dei DAE disponibili sul territorio ed in considerazione del fatto che diversi soggetti pubblici e privati nel frattempo si sono autonomamente dotati di tali dispositivi, la Regione del Veneto ha approvato il Regolamento per la gestione dei Defibrillatori Automatici Esterni (DAE) in ambito extraospedaliero. Su questa base, sono state definite le modalità di formazione e autorizzazione all'impiego, sulla gestione dei DAE e sul monitoraggio della rete. In particolare i Defibrillatori Automatici Esterni presenti in ambito territoriale assegnati in comodato d'uso dalla Regione o dalle Aziende Sanitarie, ovvero acquisiti con fondi propri da enti pubblici e privati sono stati classificati nelle seguenti categorie:

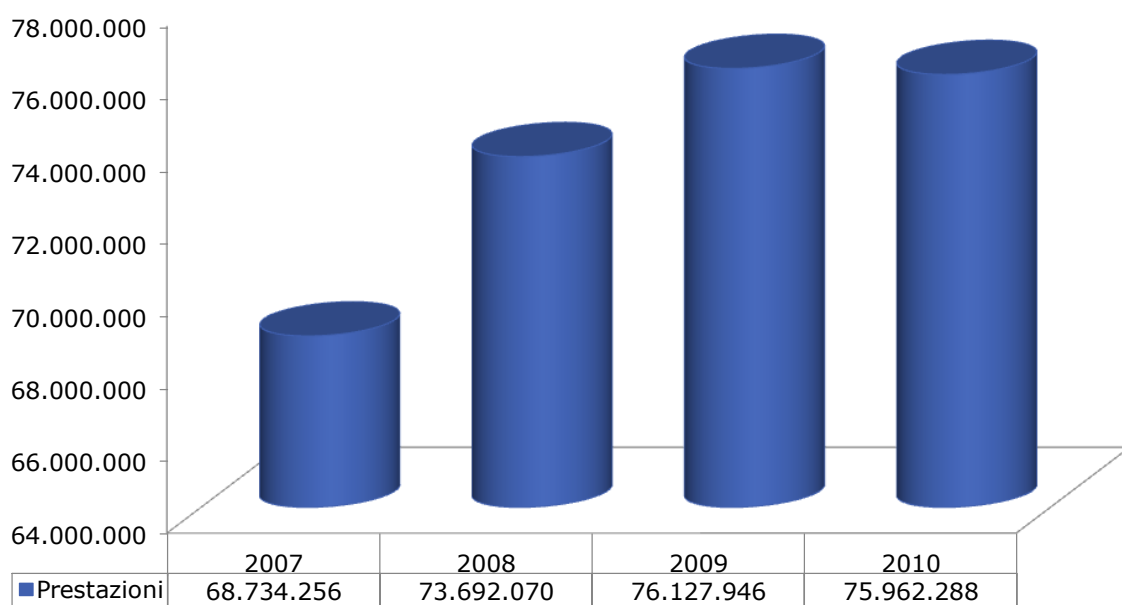
- *DAE del sistema SUEM 118*: sono quelli presenti a bordo dei mezzi di soccorso di proprietà delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ovvero di enti pubblici e privati accreditati che svolgono attività nell'ambito del Servizio Urgenza Emergenza Medica o che svolgono servizi di trasporto per conto del Servizio Sanitario Regionale.
- *DAE inseriti nella rete di allertamento del sistema SUEM 118*: sono compresi in questa categoria i DAE che possono essere attivati dalla Centrale Operativa del SUEM 118 per eseguire interventi sul territorio in un determinato bacino di utenza, quali ad esempio i DAE a bordo di mezzi non sanitari adibiti a servizi di emergenza o i DAE al servizio di ambiti territoriali quali comuni o quartieri per i quali vi sia la disponibilità di personale attivabile per l'effettuazione di interventi di soccorso in tempi inferiori rispetto a quelli garantiti dai mezzi del SUEM.
- *DAE al servizio della collettività*: sono compresi in questa categoria i DAE al servizio di luoghi pubblici di accesso libero e ad elevata frequentazione, nei quali a causa del grande afflusso di pubblico vi è la concreta possibilità che possa verificarsi un arresto cardiaco, quali stazioni ferroviarie principali, aeroporti, autostazioni del trasporto pubblico, uffici pubblici ad elevato afflusso.
- *DAE ad uso locale*: sono compresi in questa categoria i defibrillatori destinati ai dipendenti ed agli utenti di strutture pubbliche e private quali impianti sportivi, centri natatori, strutture ricreative, centri commerciali, aziende, uffici pubblici, residenze sanitarie assistite, stabilimenti balneari, etc. Sono altresì compresi i DAE utilizzati da enti ed associazioni che erogano a soggetti pubblici e privati servizi di trasporto e soccorso con ambulanza non di competenza del sistema SUEM.

Così, secondo principi di concreta sussidiarietà orizzontale molti soggetti presenti nella società (ed i cittadini stessi) diventano protagonisti di situazioni di soccorso, in un sistema regionale di emergenza-urgenza in evoluzione, quale nodo fondamentale della programmazione regionale.

5.5 Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nell'ambito dei servizi sanitari, l'assistenza specialistica ambulatoriale sta assumendo un ruolo sempre più importante in termini sia quantitativi, che qualitativi, quale risposta appropriata alle esigenze di salute dei cittadini. Il continuo aumento della richiesta di prestazioni offerte dalle strutture ambulatoriali, sia territoriali che ospedaliere, è conseguenza di una combinazione di fattori, quali l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie, le maggiori aspettative di salute dei cittadini, circostanze che generano un incremento costante nell'utilizzazione dei servizi. Secondo un diverso profilo, invece, tale aumento è anche conseguenza dell'adozione di nuovi modelli organizzativi, volti a migliorare l'efficienza dell'assistenza sanitaria e a garantire al sistema la sostenibilità finanziaria.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ai residenti in Veneto (2007-2010)



Infatti, ai fini dell'erogazione e del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza in tutto il territorio nazionale, le Regioni sono state chiamate ad intervenire sul tema dell'appropriatezza erogativa delle prestazioni, al fine di prevenire e controllare l'improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale a discapito di altri, realizzando così anche l'equilibrio tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni. La Regione del Veneto ha negli ultimi anni intrapreso numerose azioni mirate a valutare, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo

delle risorse, le prestazioni sanitarie incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo e/o modalità erogative potenzialmente inappropriate, al fine di definire il più appropriato setting assistenziale con identico beneficio di salute per il paziente e con minor impiego di risorse. In tale prospettiva la Regione Veneto ha provveduto a ricondurre anche al regime ambulatoriale alcune prestazioni effettuate prima solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali il progredire delle tecniche medico chirurgiche permette l'erogazione ambulatoriale con uguale garanzia di sicurezza per il paziente e per gli operatori. Più precisamente, già nel 2006 sono state inserite a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale le prestazioni di inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta, di liberazione del tunnel carpale, di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore. Successivamente, nel 2007 sono state ricondotte al regime ambulatoriale anche le prestazioni di chemioterapia e di radioterapia e sono state dettate disposizioni per favorire l'erogazione anche nel regime ambulatoriale di interventi di ernia inguinale e femorale. Tale razionalizzazione dei servizi ha evidenziato, nel corso degli anni 2008-2010, effetti positivi in ordine alla diminuzione dei ricoveri, a parità di qualità clinica dell'assistenza. Va poi messo in evidenza che il trasferimento delle prestazioni anche in regime ambulatoriale ha favorito l'erogazione delle prestazioni, rendendo più efficiente ed accessibile il sistema che riesce ad assicurare i vari interventi ad un numero maggiore di utenti in un medesimo arco temporale. Tra le azioni rivolte ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse e ad una maggiore qualità dell'assistenza sanitaria è ascrivibile, inoltre, il Day Service Ambulatoriale, innovativo modello di assistenza sanitaria complessa e integrata che, oltre a consentire la riduzione del tasso di ospedalizzazione, ha, tra gli altri, come obiettivi:

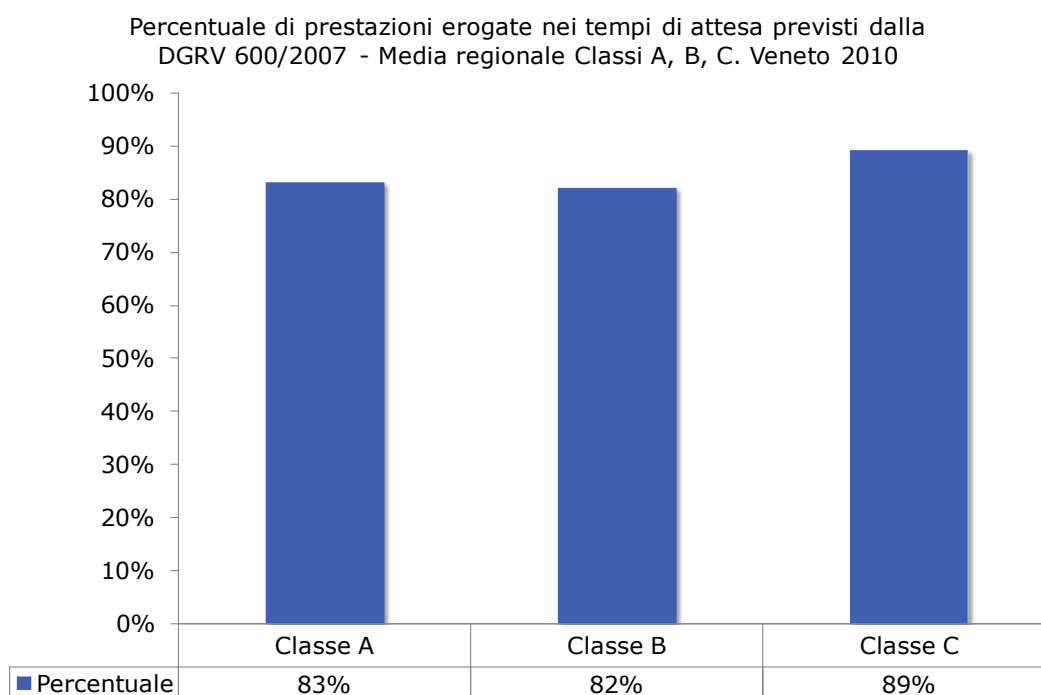
- offrire al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale, per formulare in breve tempo diagnosi, o effettuare terapie, che richiedono interventi multidisciplinari, ma che escludono la necessità di sottoporre il paziente ad osservazione clinica in regime di ricovero ordinario o diurno e, contestualmente, realizzare l'ampliamento dell'offerta di servizi con diminuzione delle giornate complessive di degenza;
- la presa in carico del paziente e, dunque, la sua gestione coordinata, con la riduzione del frazionamento delle prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali e del relativo carico burocratico.

Tale modello organizzativo di assistenza ambulatoriale, introdotto sempre nel 2007, ha previsto dei tempi tecnici di organizzazione, al fine di permettere alle Aziende Sanitarie la sua attuazione mediante l'individuazione di protocolli diagnostico-clinici e di pacchetti di prestazioni specialistiche da erogare. La Regione, nel 2009, ha autorizzato le Aziende

sanitarie che ne avevano fatto richiesta ad attivare l'erogazione di pacchetti di prestazioni di day service ambulatoriale conformi alle direttive ed ai criteri stabiliti dai provvedimenti regionali. Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale assume particolare rilievo il tema delle modalità di accesso alle prestazioni, diagnostiche e terapeutiche e, quindi, delle liste di attesa. La Regione ha da tempo posto in essere azioni, con riguardo ai diversi profili della domanda, dell'offerta sanitaria e della comunicazione, volte a rendere effettivo il principio della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati dagli accordi Stato-Regione e, da ultimo, dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa. In tal senso, la Regione Veneto, al fine di garantire il governo clinico, organizzativo e prescrittivo, ha introdotto l'utilizzo delle "classi di priorità" quale strategia fondamentale per la gestione della domanda. Inoltre, ha disposto un graduale mutamento del sistema di programmazione dell'offerta, coinvolgendo tutti gli attori del sistema: Aziende ULSS e Ospedaliere, erogatori privati provvisoriamente accreditati, medici prescrittori e cittadini utenti, tutti chiamati ad interagire sinergicamente attraverso l'assunzione di impegni comuni, da concretizzare anche mediante l'attivazione, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di processi di organizzazione del lavoro specificamente dedicati. Trasparenza, qualità delle prestazioni e tempi certi nell'erogazione delle prestazioni sono, pertanto, i punti fondamentali dell'impostazione del Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'Attesa che ha posto il cittadino al centro del sistema sanitario. Ciascuna Azienda, infatti, nella strategia utilizzata, è tenuta a garantire, ai propri assistiti nonché agli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale), per le prestazioni specificamente indicate nel Piano, il rispetto dei tempi massimi di attesa stabiliti in base alle diverse classi di priorità, in uno dei punti di erogazione dalla stessa individuati. Ora, il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, prevede che le Regioni recepiscono l'intesa e adottino i propri Piani Attuativi che saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza. Il Nuovo Piano Nazionale, in continuità con quello precedente, propone di condividere un percorso per il governo delle liste d'attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, con il rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli. In particolare, gli elementi di maggior rilievo riguardano l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio piano, l'individuazione delle aree cardiovascolare ed oncologica quali aree prioritarie per lo

sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) con la determinazione dei tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, lo sviluppo e l'implementazione dell'attività di monitoraggio quale strumento di verifica delle azioni adottate da parte delle Regioni. Il Veneto è sostanzialmente in linea con i nuovi indirizzi nazionali sin dal 2007, anno in cui è stato approvato un articolato provvedimento in materia che definisce le classi di priorità, i criteri di governo della domanda e dell'offerta ed una specifica campagna di comunicazione rivolta ai cittadini utenti. Oggi, secondo il Piano Nazionale, sono quattro le classi di priorità: le prestazioni ambulatoriali urgenti dovranno essere garantite in 72 ore, quelle indifferibili in 10 giorni, le visite differibili entro 30 giorni, gli accertamenti entro 60. Viene inoltre assegnato un ruolo strategico ai Centri Unici Prenotazione (CUP), e creato un percorso preferenziale per le patologie cardiovascolari e oncologiche. Grande importanza assumono poi i controlli: massima sorveglianza sull'attività in intramoenia dei medici, con flussi informativi diversificati per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri, e monitoraggio ad hoc anche per la comunicazione sulle liste d'attesa da parte delle strutture, anche attraverso i rispettivi siti web. In questi ultimi anni gli obiettivi regionali sono stati quelli di verificare la validità e l'efficacia delle strategie adottate, di consolidare i risultati raggiunti, di valorizzare ulteriormente il rapporto con il cittadino. Coerentemente con tali obiettivi sono state adottate ulteriori iniziative per quanto riguarda i vari aspetti dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie e con riferimento al diverso ambito, non meno importante, dell'informazione e comunicazione all'utenza. Le Aziende Sanitarie sono state chiamate a perfezionare il Sistema Unificato di Prenotazione. Il vigente sistema già consente ai cittadini veneti la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro Unico di Prenotazione (CUP) sia a livello aziendale, che provinciale. Inoltre, in questi ultimi anni la Regione ha inteso sviluppare un percorso che conduca all'integrazione su tutto il territorio regionale dell'intera offerta pubblica e privata accreditata (tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati in rete per tutte le tipologie di prestazioni). Tale obiettivo dell'integrazione dell'offerta privata con quella pubblica nei sistemi CUP, già di fatto presente in alcune aziende, è stato ribadito nei successivi provvedimenti annuali di determinazione dei tetti di spesa. È stata svolta altresì un'azione riguardante la formazione e lo sviluppo di una specifica professionalità. In tal senso, nell'ambito della realizzazione e gestione del sistema CUP, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, si è provveduto alla definizione della figura professionale, delle attività e delle competenze del *"Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali"* a completamento dell'iter di individuazione e formazione della figura originariamente chiamata CUP Manager. Le Aziende possono quindi avvalersi anche di queste ulteriori professionalità nell'ambito dei sistemi di

prenotazione anche per rivedere la propria organizzazione dell'offerta. L'utilizzo di tale personale così formato negli uffici di front office, back office e front-end per la prenotazione delle prestazioni ha portato ad un significativo miglioramento della qualità dell'informazione e della comunicazione sulla tematica dei tempi di attesa e sulle modalità di accesso e fruizione del Servizio Sanitario Regionale. La trasparenza delle regole e la consapevolezza da parte dell'utente delle condizioni di godimento dei livelli essenziali di assistenza hanno migliorato il servizio, rendendo a volte per il paziente anche meno onerosa la stessa "attesa". Nel 2009 è stata approvata l'adesione della Regione al Progetto "Linea Amica", network dei Contact Center e URP, che si propone di uniformare, a livelli di eccellenza, gli standard qualitativi delle prestazioni offerte mediante una rilevazione costante del grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi resi dalle Amministrazioni. Nel corso dell'anno tutte le Aziende ULSS sono state coinvolte nella partecipazione alla formazione degli operatori "Front Office chiavi in mano". Tale percorso formativo, rivolto a coloro che sono impegnati nell'attivazione o nel potenziamento dei servizi di attenzione al cittadino, è stato utilizzato nella prospettiva dell'abbattimento delle liste d'attesa.



CLASSE A - Da eseguirsi entro 10 giorni

Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.

CLASSE B - Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.

Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità.

CLASSE C - Da eseguirsi entro 180 giorni.

Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità.

Le scelte strategiche della Regione si sono orientate anche nell'attività di controllo. Si è infatti provveduto a perfezionare ulteriormente il sistema dei controlli dell'attività sanitaria, ridefinendo ed ampliando alcune modalità e specifiche di verifica, finalizzate a controllare proprio gli adempimenti previsti dal Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa. Con specifico riferimento all'assistenza ambulatoriale è stato disposto che i controlli devono, tra le altre cose, riscontrare:

- la corretta compilazione in ricetta, da parte dei medici prescrittori, del campo "prioritarizzazione" e la presenza, nella stessa, del quesito diagnostico al fine di accertare che la domanda di prestazioni sia appropriata;
- le esenzioni per patologia, con particolare riguardo alla corretta richiesta delle prestazioni correlate.

Dai controlli di merito effettuati, è emerso che l'80% delle prescrizioni è conforme a quanto su esposto. Il dato rilevato costituisce garanzia della concreta prospettiva che la maggior parte degli utenti veneti riceva, in rapporto alle proprie condizioni di salute, la prestazione clinicamente più appropriata con il minor consumo di risorse. Progressi sono stati fatti anche sui sistemi di rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali cosiddette "traccianti". Il monitoraggio regionale nell'anno 2008 ha visto, da una parte, la stabilizzazione e l'aumento di affidabilità del dato per quanto riguarda la rilevazione a campione sulle prenotazioni effettuate (TAPS) e, dall'altra, la messa a regime del flusso SPS (Schede Prestazioni Specialistica) che rileva, invece, informazioni analitiche per ogni prestazione specialistica ambulatoriale erogata nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale del Veneto, consentendo un'analisi dei tempi di attesa con maggior livello di dettaglio e con riferimento all'universo delle prestazioni. Dalle elaborazioni effettuate, in base al sistema di rilevazione regionale posto in essere (SPS), emerge che le Aziende ULSS hanno migliorato la propria performance erogativa con un significativo contenimento delle liste di attesa.

Fonti

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

Unità Complessa Assistenza Ospedaliera pubblica e privata
affidente alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Palazzo Molin, San Polo 2513 - 30125 Venezia
Telefono: 041/2791443 Fax: 041/2791683
E-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it
Sito internet:
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Servizi+sanitari/Assistenza+Ospedaliera.htm>

CRAT Coordinamento regionale Attività Trasfusionali
Passaggio Gaudenzio, 1
35131 Padova (PD)
Per contatti utilizzare il Sito Internet: <http://www.crat.veneto.it/>

CREU Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza
Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE)
Sito Internet:
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sociale/http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Servizi+sanitari/CREU.htm>

Coordinamento Regionale per i Trapianti del Veneto
c/o Azienda Ospedaliera di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Telefono: 049 8218124 - Fax: 049 8218126
E-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it
Sito Internet: <http://www.srtveneto.it/>

Servizio Sistema Informatico SSR

affidente alla Direzione Controlli e Governo SSR

Ex Ospedale Giustinian - Dorsoduro, 1454 - 30120 Venezia

Telefono: 041-2793438 - Fax: 041 2793423

E-mail: sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it