

PARTE SECONDA
Assicurazione dei livelli uniformi di assistenza

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

3.1 Profilassi delle malattie infettive e diffuse

VACCINAZIONI

Quadro generale

A partire dal 1995 nella Regione Veneto è stato istituito il rilevamento delle coperture vaccinali nella popolazione infantile nel primo e nel secondo anno di vita.

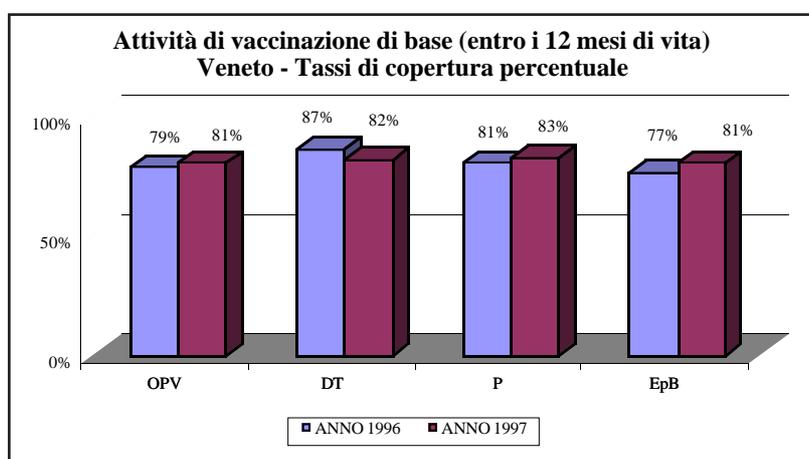
I Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS trasmettono ogni anno alla Direzione Regionale per la Prevenzione i dati relativi alle coperture vaccinali, assieme al numero di dosi di vaccino somministrate.

La copertura vaccinale, definita come la percentuale di bambini che hanno ricevuto il ciclo completo di vaccinazione (tre dosi per la vaccinazione contro la poliomielite, la difterite, il tetano, la pertosse e l'epatite B, una dose per la vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia), viene rilevata sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate.

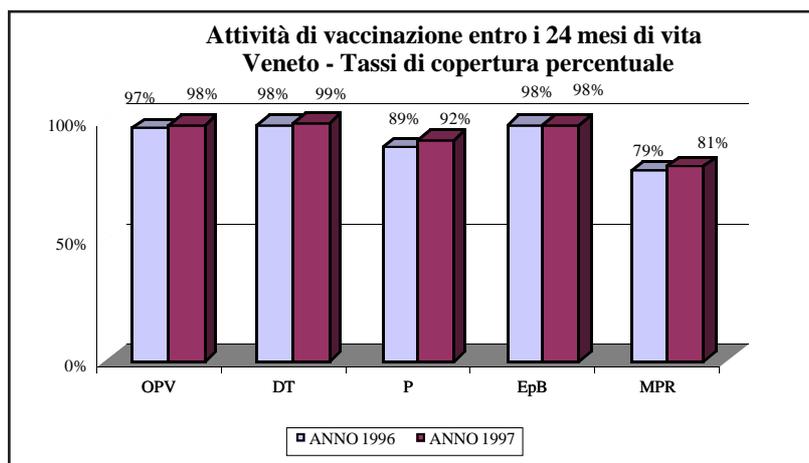
La copertura vaccinale a 12 mesi, che rappresenta la quota di bambini vaccinati rispettando i tempi del calendario vaccinale classico (tre dosi somministrate nel corso del 3°, 5° e 11° mese di vita), è un ottimo indicatore dell'efficienza dei servizi nell'offerta delle vaccinazioni; esso, infatti, è espressione della capacità organizzativa delle attività vaccinali, dalle modalità di invito alla vaccinazione alla capacità di recuperare i ritardatari, della qualità dei rapporti tra il servizio vaccinale e i medici pediatri e del livello di informazione della popolazione.

La copertura vaccinale a 24 mesi rappresenta un indicatore di risultato, che valuta l'adeguatezza del controllo delle malattie infettive prevenibili con interventi di immunoprofilassi attiva.

Il rilevamento della quota di vaccinati a 12 e 24 mesi non è stato effettuato da tutte le ULSS del Veneto, ma è comunque migliorato come completezza nel 1997 rispetto al 1996; tali dati, infatti, non sono di facile rilevamento se la gestione delle attività di vaccinazione (anagrafe vaccinale, registrazione delle vaccinazioni somministrate, ecc.) non è supportata da un sistema informatizzato.



Legenda: OPV = Vaccinazione anti poliomielite P = Vaccinazione anti pertosse
DT = Vaccinazione anti difterite e tetano EpB = Vaccinazione anti epatite B



Legenda: OPV = Vaccinazione anti poliomielite P = Vaccinazione anti pertosse
DT = Vaccinazione anti difterite e tetano EpB = Vaccinazione anti epatite B
MPR = Vaccinazione anti morbillo, parotite e rosolia

Nel Veneto, globalmente, nel 1997 il livello di copertura vaccinale raggiunto a 12 e a 24 mesi è risultato migliorato rispetto al 1996 per tutti i vaccini del calendario dell'infanzia, ad esclusione della vaccinazione anti-difterite e tetano a 12 mesi, perché quest'ultima viene eseguita associata alla vaccinazione anti-emofilo a cavallo del dodicesimo mese.

Relativamente alle vaccinazioni obbligatorie, la copertura vaccinale raggiunta nei bambini al compimento del secondo anno di vita appare soddisfacente, altrettanto non si può dire per le vaccinazioni raccomandate (pertosse, morbillo, parotite e rosolia) anche se i livelli raggiunti risultano abbastanza alti.

FONTI

- *Regione Veneto:*
 - *Direzione per la Prevenzione - Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica*
 - *Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistica*

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- *TAVOLA 3.1.1/R, TAVOLA 3.1.2/R*

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

3.2 Prevenzione, accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro

PREMESSA METODOLOGICA

Si ricorda che:

- I dati relativi al personale occupato negli SPISAL si riferiscono al numero assoluto degli operatori, senza tener conto che vi possono essere situazioni in cui questi svolgono solo parzialmente la loro attività presso gli SPISAL (part-time, scavalchi, ecc.).
- Con riferimento all'attività svolta dagli SPISAL, in assenza di protocolli procedurali comuni, vi possono essere delle difformità nell'imputazione dei dati relativi.
- Per addetti e unità produttive sono stati utilizzati i dati ricavati dal "Censimento generale dell'industria e dei servizi - Anno 1991" e dal "Censimento generale dell'agricoltura - Anno 1990", nell'impossibilità di ricavare informazioni attendibili da altre fonti, quali gli archivi delle Camere di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, per le carenze delle stesse in riferimento al rilevamento del numero delle aziende e degli occupati nel comparto "pubblico" ed in agricoltura.
- Per quanto riguarda gli infortuni, i dati trasmessi dall'INAIL devono essere selezionati per anno di accadimento; allo stato attuale, sono disponibili con ottima completezza soltanto i dati relativi al 1994, ricavati dai dati definiti nel 1994, 1995 e 1996. I dati INAIL, raccolti a scopo assicurativo, riguardano esclusivamente gli infortuni con più di tre giornate di inabilità e non rappresentano, pertanto, l'universo degli infortuni sul lavoro.
- Al fine di poter fornire dati di prevalenza degli infortuni sul lavoro in funzione degli occupati per comparto sono state effettuate delle aggregazioni in comparti compatibili con le diverse classificazioni adottate dall'ISTAT e dall'INAIL, utilizzando delle transcodifiche prodotte dal "Gruppo di Studio Regionale sugli Infortuni sul Lavoro". I raggruppamenti per comparto così realizzati appaiono quanto di meglio possibile allo stato attuale. Il problema delle diverse classificazioni, peraltro, andrà prossimamente a risolversi con l'adozione, da parte dell'INAIL della classificazione ISTAT "ATECO 91".
- Non sono per ora disponibili dati attendibili relativi alle malattie professionali, essendo incomplete le informazioni raccolte dall'INAIL; la Regione Veneto, peraltro, con il Piano Triennale per la Promozione della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 1999-2001 ha previsto l'istituzione di un osservatorio epidemiologico regionale per le malattie professionali.

INTRODUZIONE

I Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), nello svolgere la propria attività istituzionale di informazione ed assistenza alle aziende e ai lavoratori, consulenza nei confronti delle associazioni di categoria e vigilanza sul rispetto della normativa relativa alla sicurezza del lavoro, perseguono l'obiettivo di salute di riduzione dei due fenomeni negativi possibili nel mondo del lavoro: gli infortuni e le malattie professionali.

Mentre per le malattie professionali non sono disponibili dati correnti utili, nel quinquennio 1990-1994 si assiste ad una importante diminuzione degli infortuni sul lavoro (-14,4%).

In mancanza di dati precisi sulla dinamica dell'occupazione nel corrispondente periodo, tale andamento non rappresenta necessariamente un indicatore affidabile della corrispondente diminuzione dei rischi lavorativi, anche se la dimensione del fenomeno fa propendere verso tale ipotesi. Analizzando i dati separatamente, per industria e servizi da una parte e artigianato dall'altra, si rileva che nei settori industria e servizi si è verificata una diminuzione del 20,9% degli infortuni, mentre nell'artigianato si manifesta nello stesso periodo un aumento del 3,6%.

Tale andamento contraddittorio merita ulteriori approfondimenti, ma appare verosimile dipendere prevalentemente dal fenomeno dell'outsourcing, con trasferimento delle lavorazioni a maggior ri-

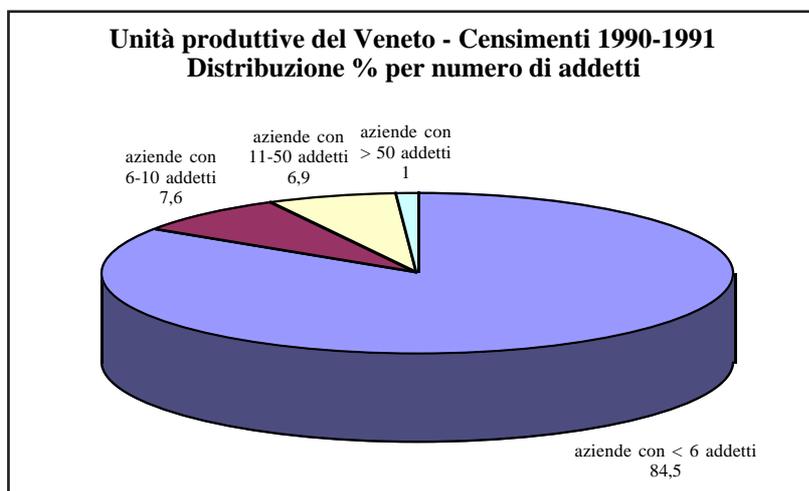
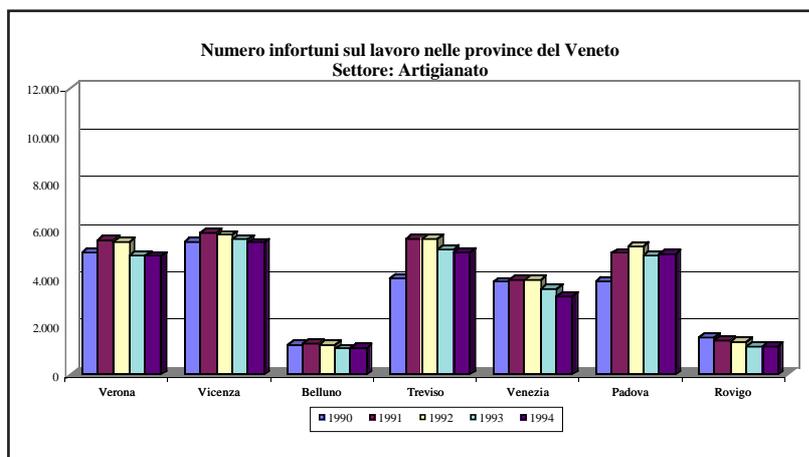
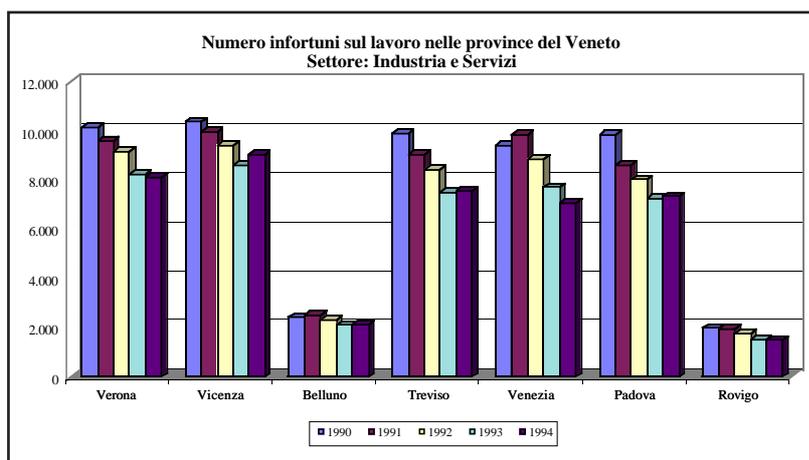
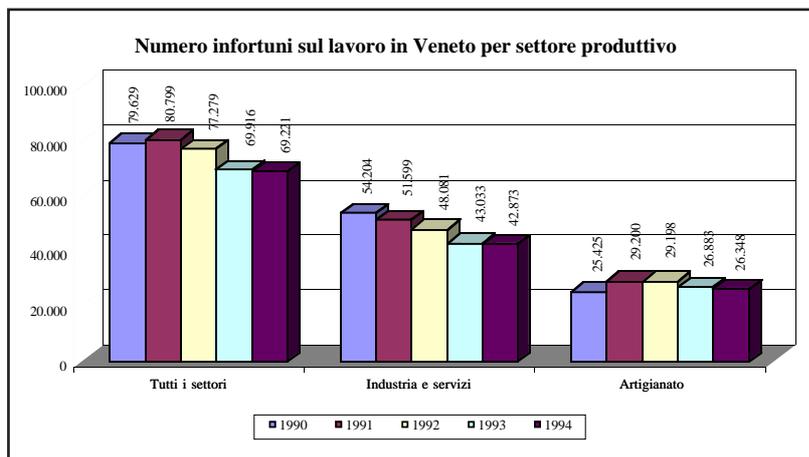
**TARGET
DEGLI
INTERVENTI**
*Unità
produttive e
addetti per
fasce di
occupazione*

schio dalle medie e grandi aziende alle piccole. Questi risultati, rapportati all'obiettivo dell'ultimo PSSN 1998-2000 di giungere, nel triennio, ad una riduzione del 10% degli infortuni sul lavoro, comportano la necessità di ridefinire correttamente l'obiettivo, che dovrebbe essere costituito certamente dalla riduzione degli eventi (da riportare però all'andamento dell'occupazione), ma soprattutto dalla riduzione della loro gravità (in termini di infortuni mortali e con postumi permanenti).

Caratteristica peculiare del contesto produttivo veneto è la netta prevalenza di aziende di piccola dimensione che, a differenza della maggior parte delle aree geografiche del Nord Italia, assorbe il maggior numero di occupati.

La distribuzione di aziende ed addetti riportate nelle Tavole in allegato fornisce le informazioni di contesto ai fini della programmazione e del monitoraggio delle attività degli SPISAL.

Le aziende di piccole dimensioni sono diffuse in misura omogenea sull'intero territorio regionale con pesi relativi compresi all'interno di un range ristretto (80,9-89,4), mentre le aziende di grandi dimensioni sono concentrate in un numero ridotto di ULSS (n. 16, 20 e 12) per cui si rileva il maggior numero di occupati.

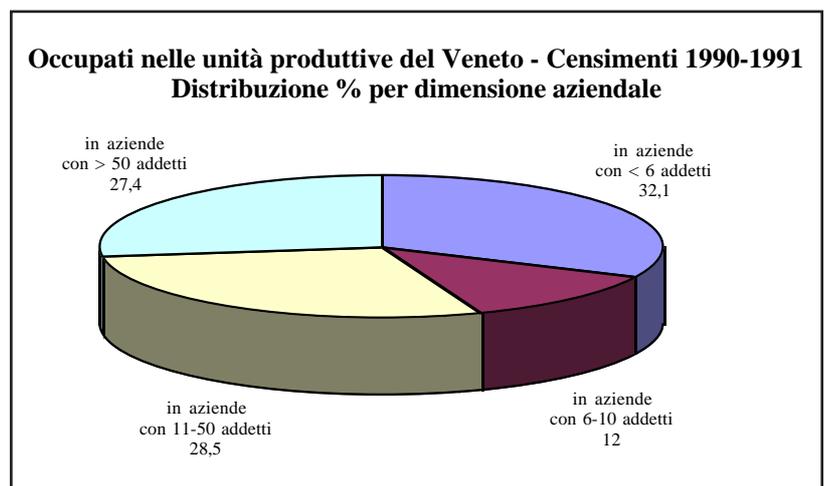


All'interno del territorio regionale si possono distinguere diverse vocazioni produttive:

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

I comparti dell'industria metalmeccanica, tra le più rappresentate, sono omogeneamente diffusi in quasi tutta la regione, così come il comparto edile.

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

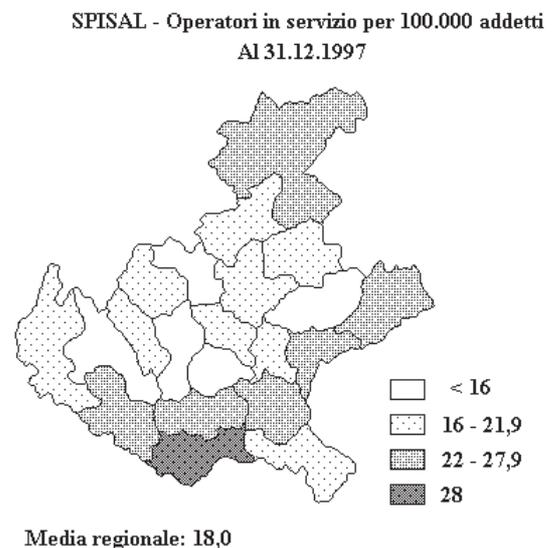


DOTAZIONE DI PERSONALE

L'informazione relativa alla dotazione organica degli SPISAL rappresenta uno degli strumenti più importanti per comprendere la situazione esistente in termini di prevenzione negli ambienti di lavoro, in quanto, soltanto mediante l'analisi del rapporto operatori addetti alla prevenzione/soggetti della prevenzione (target) è possibile procedere alla pianificazione e programmazione dell'attività preventiva.

Nel complesso gli operatori in servizio negli SPISAL del Veneto alla fine del 1997 sono 304, 1 ogni 1.160 aziende e 18 ogni 100.000 addetti.

Correlando il numero dei soggetti comunque addetti alla vigilanza alla popolazione attiva complessiva e al numero di unità produttive si rileva una notevole difformità di situazioni, per quanto riguarda il rapporto operatori SPISAL / lavoratori e aziende / operatori SPISAL tra le varie ULSS: con riferimento al primo rapporto si osservano infatti variazioni fino al 300% tra le diverse situazioni territoriali. Sulla base di tale rilievo appare opportuno sottolineare come sia necessario giungere ad una precisa definizione degli standard degli organici degli SPISAL, anche riferiti alle diverse figure professionali, in rapporto al target cui i Servizi si rivolgono. Inoltre, localmente si osservano notevoli diversità nella percentuale di operatori con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, a testimonianza di diverse impostazioni dell'azione di vigilanza nelle diverse Aziende.



ATTIVITÀ
*Attività di
vigilanza*

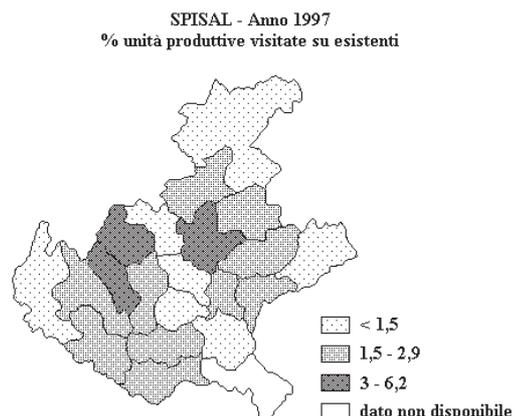
L'intervento diretto nelle aziende è funzione essenziale per gli SPISAL in quanto induce miglioramenti delle condizioni di lavoro sia direttamente, portando alla rimozione dei fattori di rischio rilevati, sia indirettamente, diffondendo la percezione dell'esistenza dei controlli che favorisce l'adozione di misure di prevenzione degli infortuni e delle malattie da lavoro, non foss'altro che per non incorrere in sanzioni in occasione di eventuali controlli.

I livelli di copertura, attraverso attività di controllo, dell'universo di riferimento (aziende esistenti) in un determinato territorio può essere considerato un buon indicatore di efficienza e di efficacia organizzativa del Servizio, e a tale analisi dovrebbe essere associato il rapporto personale SPISAL / aziende visitate.

In Veneto nel 1997 è stato visitato l'1,9% delle aziende esistenti; trasformando questo dato in probabilità per le aziende di essere sottoposte ad un intervento nella loro sede, si raggiunge la probabilità di un sopralluogo ogni 52,6 anni.

Emerge una notevole diversità tra le ULSS nei livelli di copertura del territorio, con valori che variano dallo 0,7% al 6,2% di aziende visitate; peraltro appare estremamente difforme anche il numero di ditte visitate per operatore SPISAL.

Questi dati portano ad una prima considerazione sulla scarsità, in termini assoluti, di "copertura" del territorio, e sulla necessità di giungere, come precedentemente detto, a degli standard negli organici e nelle procedure (difformità nei rapporti verbali / sopralluoghi e prescrizioni / sopralluoghi).

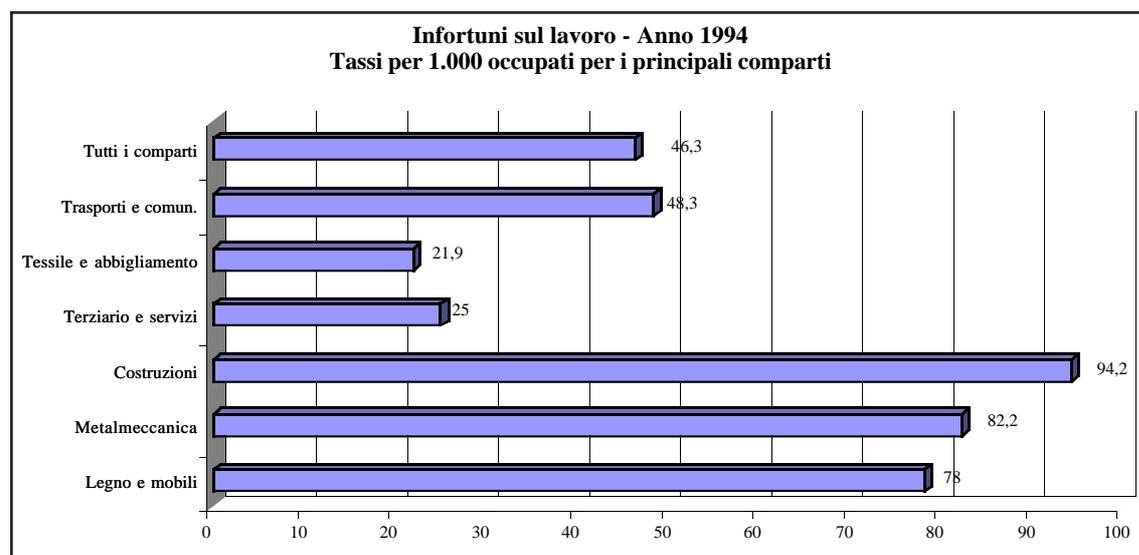


Gli SPISAL del Veneto riescono a svolgere inchieste nel 4,9% degli infortuni occorsi, con un range dal 2,1% al 9,7%. Le 3.584 inchieste infortuni vanno peraltro rapportate ai 13.633 infortuni gravi (con inabilità superiore ai 40 giorni, con postumi permanenti o mortali) occorsi nel 1994 (anno di riferimento per il denominatore), evidenziando interventi nel 26,3% di questi.

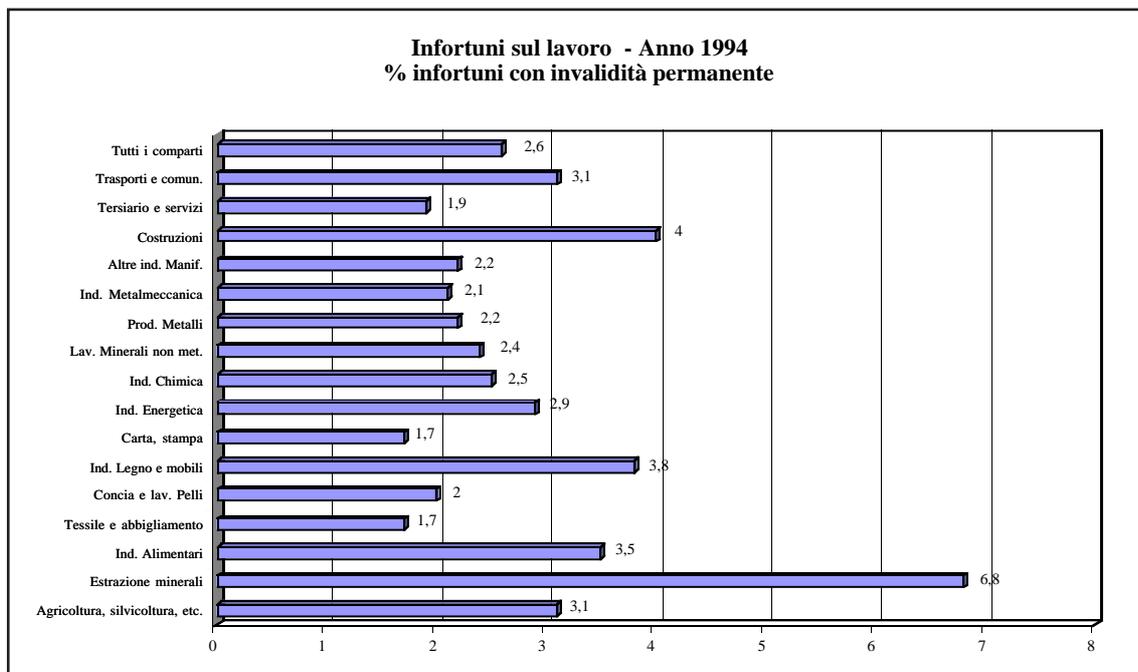
Pur non potendo, per le considerazioni sopra riportate, riportare il numero delle indagini a seguito delle segnalazioni di malattie professionali al numero totale delle stesse (non reperibile), si osserva all'interno del territorio regionale una notevole diversità nel numero di indagini espletate, diversità molto spesso dovuta a differenze procedurali, di registrazione e, in alcuni casi, anche a carenze di organico con riferimento al personale medico.

*Inchieste
infortuni e
malattie
professionali*

**STATO DI
SALUTE
DELLA
POPOLAZIONE
LAVORATIVA**
*Infortuni sul
lavoro*



I comparti territorialmente prevalenti determinano nel complesso il maggior numero di infortuni in valore assoluto, anche se si osservano livelli di rischio estremamente differenziati fra di essi.

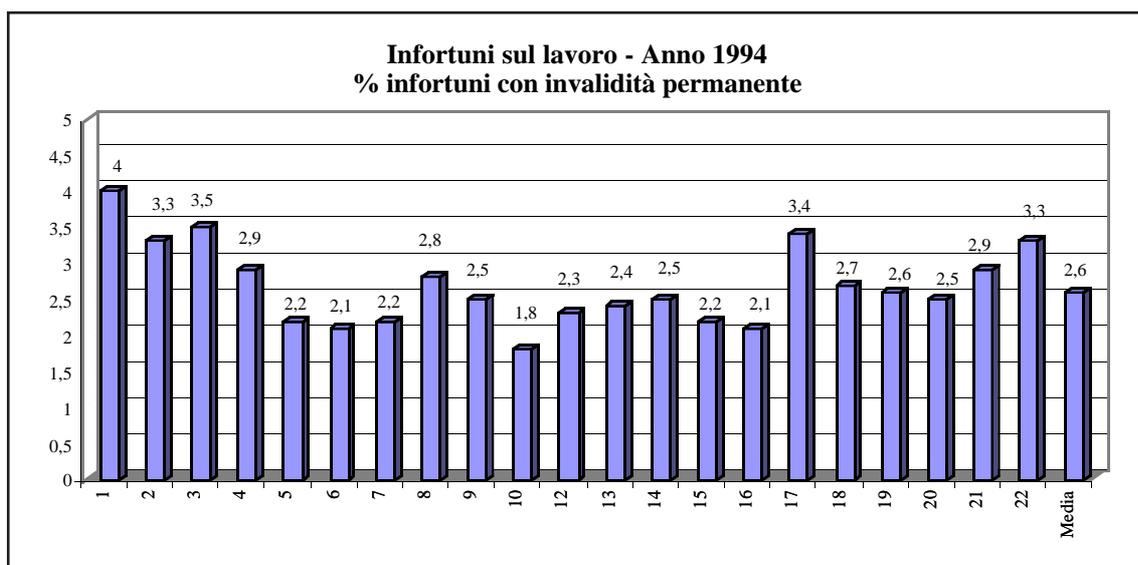


L'incidenza di infortuni con esiti permanenti sugli infortuni totali permette di individuare i comparti a maggiore rischio di eventi infortunistici gravi.

A sorpresa non è il terziario e servizi il comparto con minor rischio, bensì il tessile, ma su questo rilievo pesa moltissimo il fatto di non poter scorporare correttamente gli infortuni sul lavoro legati a incidenti stradali, anche "in itinere"; l'INAIL, infatti, non trasmette tale informazione alle Regioni.

Spostando l'analisi a livello territoriale, si può osservare come nelle diverse ULSS, a differenza del numero assoluto degli eventi, gli infortuni più gravi, cioè con esiti permanenti, molto spesso risultino mediamente inferiori (in termini relativi) rispetto alla entità degli occupati per comparto.

Tale dato non deve sorprendere: in primo luogo dipende, come detto, dalla diversa entità dei rischi nei diversi comparti, ma, in seconda istanza, rappresenta la dimostrazione dell'efficacia degli interventi preventivi svolti dagli SPISAL, che, nella maggior parte dei casi, si rivolgono ai comparti più diffusi sul proprio territorio, garantendo una discreta "copertura" dello stesso.



Deve invece far riflettere se sia opportuno rivolgere l'attenzione ai comparti marginali nelle singole ULSS, che sfuggono all'azione di prevenzione e vigilanza e, in rapporto agli occupati, sono i più colpiti dal fenomeno infortunistico.

Tuttavia, la scelta di indirizzare le forze nei confronti dei comparti a maggior rischio e diffusio-

**PROSPETTIVE
PER IL
TRIENNIO
1999-2001**

ne appare l'unica in grado di incidere sufficientemente sul fenomeno generale.

Appare difficile effettuare delle speculazioni sull'andamento degli infortuni mortali per singola ULSS, in quanto, data la "rarietà" del fenomeno, può essere soggetto a variazioni casuali, legate anche ad un singolo caso.

Potrebbe essere utile spostare l'analisi a livello provinciale, ove risulta che la prevalenza maggiore di infortuni mortali si verifica nella provincia di Rovigo (2 infortuni mortali su 1.000) seguita dalle province di Treviso e Padova.

Tale dato non trova tuttavia riscontro nell'andamento per provincia degli infortuni con esiti di invalidità permanente, più diffusi nella provincia di Belluno (3,67%), mentre Treviso e Padova sono le province in cui tali eventi sono meno frequenti (2,5% e 2,4%, rispettivamente).

Volendo dare una dimensione al "bisogno di prevenzione", la prevalenza degli eventi con esiti permanenti sul totale per area appare un indicatore più affidabile.

La Regione Veneto ha approvato il 28.12.1998 il "Piano triennale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro" che pone le basi per la programmazione delle attività preventive.

Principali obiettivi del piano sono:

- favorire lo sviluppo di una cultura della sicurezza nel mondo del lavoro, rispondente anche alle esigenze introdotte dalle direttive europee
- intervenire con azioni sistematiche e coordinate nell'ambito del territorio regionale nei confronti delle situazioni di rischio occupazionale più grave e diffuso
- promuovere la qualificazione e la omogeneizzazione degli SPISAL. attraverso azioni sistematiche di formazione degli operatori
- realizzare un sistema integrato e partecipato di promozione della salute negli ambienti di lavoro, attraverso la messa in rete di tutti i soggetti coinvolti nella difesa della salute nel mondo del lavoro.

Costituiscono obiettivi minimi di attività al fine di garantire l'efficacia delle azioni svolte dagli SPISAL:

- indagini su tutti gli infortuni mortali e gravi
- indagini su tutte le malattie professionali segnalate
- interventi di prevenzione annuali completi nel 5% delle aziende agricole, industriali ed artigianali, nel 20% delle aziende edili, nel 5% delle aziende del terziario con rischi significativi
- interventi di assistenza pari al numero di aziende viste ogni anno
- visite mediche su almeno il 2% dei lavoratori (minori, gravidanze, comparti a rischio) per anno
- gestione del coordinamento degli accertamenti sanitari periodici su almeno il 20% dei lavoratori esposti
- valutazione di tutte le domande relative ai nuovi insediamenti produttivi e dei piani di bonifica dall'amianto
- realizzazione di almeno un progetto di informazione ed educazione sanitaria all'anno.

Tali obiettivi potranno essere raggiunti attraverso un'azione di standardizzazione delle risorse e delle procedure a livello territoriale, azione nella quale la Regione vede il suo massimo impegno.

FONTI

- ISTAT - *Censimento generale della popolazione - Anno 1991 - Censimento generale dell'industria e dei servizi - Anno 1991 - Censimento generale dell'agricoltura - Anno 1990, per i dati su unità produttive e occupati. Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistica.*
- INAIL - *Dati trasmessi alla Regione ai sensi del DPCM. 9.1.1986, riferiti ai casi definiti entro due anni dall'accadimento. Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistica.*
- Regione Veneto - *Direzione per la Prevenzione - Servizio Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.*

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 3.2.1/A, TAVOLA 3.2.2/A, TAVOLA 3.2.3/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 3.2.4/R, TAVOLA 3.2.5/R, TAVOLA 3.2.6/R, TAVOLA 3.2.7/R, TAVOLA 3.2.8/R

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

3.3 Sanità pubblica veterinaria

PATRIMONIO ZOOTECNICO PER SPECIE

In seguito all'istituzione dell' "Anagrafe degli insediamenti zootecnici", prevista dal DPR 317/96, la qualità dei dati relativi al patrimonio zootecnico è notevolmente migliorata.

In Veneto, per consentire la costituzione di tale anagrafe, è stato distribuito ai Servizi Veterinari di 17 Aziende ULSS, un software ideato e realizzato dal Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria che ha permesso di censire tutti gli allevamenti zootecnici della regione e raccogliere tutte le informazioni in un'unica banca dati regionale. Per le rimanenti realtà territoriali sono invece state realizzate delle procedure automatiche di scarico dei dati dal software delle Aziende ULSS alla banca dati regionale.

Per adeguarsi al dettato del Regolamento Comunitario n. 820 del 21 aprile 1997, è prevista la realizzazione di una banca dati sul singolo capo bovino in cui registrare tutte le nascite, le importazioni da Paesi Terzi, gli scambi tra Paesi Comunitari e le macellazioni di tutti gli animali della specie bovina. Allo stato attuale la realizzazione di tale banca dati è in avanzato stadio di progettazione e alla fine del 1999 tutti i servizi veterinari del Veneto saranno collegati in rete. Con questo Regolamento Comunitario si vuole contrastare la crisi di sfiducia dei consumatori conseguente al verificarsi del caso "mucca pazza".

Per il futuro tale strumento potrà fornire, oltre a informazioni di tipo sanitario, anche numerosi dati di tipo sia produttivo che statistico utili all'attività di programmazione svolta dalla Regione.

Sanità pubblica veterinaria - Patrimonio zootecnico al 31.12.1997

SPECIE	Allevamenti	Capi	UBE	Allevamenti	UBE	N. medio UBE	N. medio capi
	n.	(1) n.	(1) (2) n.	%	%	per allevamento	per allevamento
Bovini e bufalini	30.204	1.134.486	1.134.486	84,1	75,5	38	38
Suini	505	324.788	64.958	1,4	4,3	129	643
Equini	1.263	3.139	3.139	3,5	0,2	2	2
Ovi-caprini	2.090	40.656	4.066	5,8	0,3	2	19
Avicoli	1.163	29.336.463	293.365	3,2	19,5	252	25.225
Conigli	708	20.137	2.001	2,0	0,1	3	28
Tutte le specie	35.933	30.859.669	1.502.015	100,0	100,0	42	859

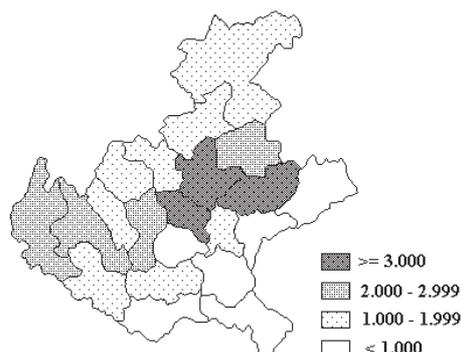
(1) Il "n. capi" e il corrispondente "n. UBE" è riferito al singolo ciclo di produzione

(2) UBE = Unità Bovino Equivalenti

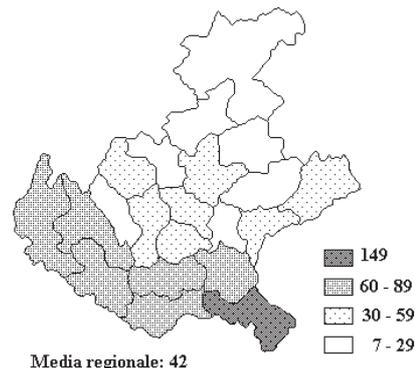
Nel 1997, i dati relativi agli insediamenti zootecnici confermano la vocazione del Veneto all'allevamento bovino, consistente per i due terzi in bovini da carne e per un terzo in bovini da riproduzione.

L'allevamento da riproduzione, contrariamente ad altre regioni, è rappresentato per lo più da piccole unità produttive con una media di 22 capi per struttura; rispetto agli anni precedenti si assi-

Sanità Pubblica Veterinaria - Anno 1997
N. allevamenti totali



Sanità Pubblica Veterinaria - Anno 1997
N. medio Unità Bovine Equivalenti per allevamento



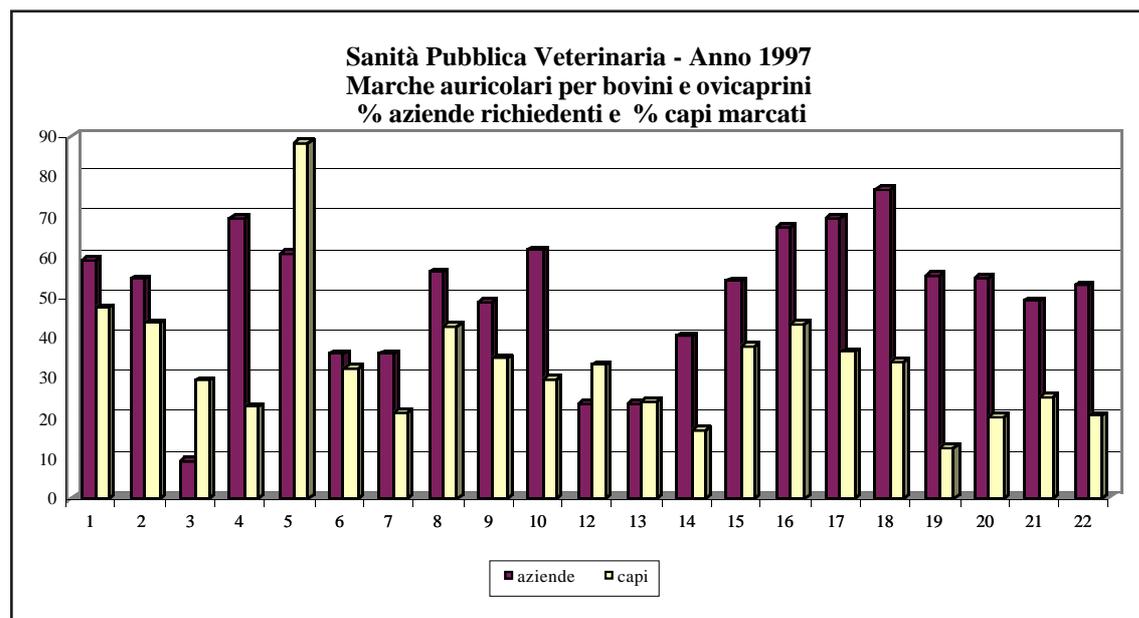
**MARCHE
AURICOLARI
BOVINI**
Fornitura e
distribuzione

ste ad una costante diminuzione delle aziende da riproduzione, le quali in molti casi vengono “ri-convertite” in aziende da carne.

Altro settore rilevante nella zootecnia è quello avicolo con un patrimonio concentrato per il 79% nell'allevamento da carne.

Nelle ULSS 8, 9 e 15 si concentra circa un terzo di tutti gli allevamenti presenti sul territorio regionale (4.708 allevamenti pari al 13% nelle sola ULSS 8); all'opposto si distinguono per il minor numero di allevamenti, oltre all'ULSS 12 (165), le ULSS 18 e 19 (556 e 356).

Per conformarsi alle Direttive comunitarie, che prevedono l'identificazione univoca dei capi bovini e ovicaprini, la Regione Veneto nel 1997 ha appaltato la fornitura di marche auricolari e i Servizi Veterinari delle ULSS hanno provveduto a distribuire le stesse ai singoli allevatori che ne facevano richiesta.



Per l'anno 1997, nel complesso meno della metà (48,6%) degli allevamenti ha richiesto marche auricolari per un totale di 345.257 marche distribuite dai Servizi veterinari delle ULSS (30% del patrimonio bovino veneto), con rilevanti disomogeneità a livello territoriale.

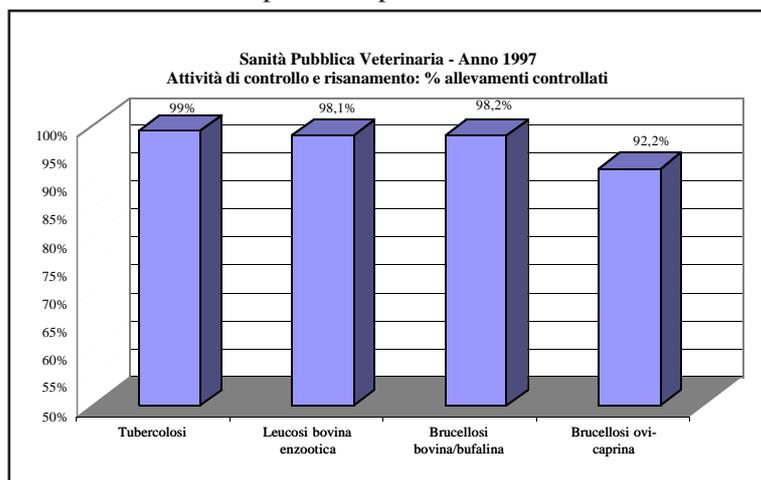
Il basso livello di copertura può essere spiegato dal fatto che, per il 1997, anche le APA (Associazioni Provinciali Allevatori) potevano distribuire marche per i propri iscritti; inoltre è previsto che gli animali provenienti da paesi comunitari mantengano le proprie marche.

**ATTIVITÀ DI
CONTROLLO E
RISANAMENTO
DEGLI
ALLEVAMENTI**

L'impegno che assorbe le maggiori risorse dei Servizi di Sanità pubblica veterinaria è il controllo annuale di tutti gli allevamenti bovini, bufalini e ovicaprini da riproduzione al fine di eradicare alcune importanti malattie che possono essere trasmesse all'uomo (tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina) e una importante malattia di interesse zootecnico (leucosi bovina enzootica).

Buona la performance e positivi i risultati dell'attività dei Servizi veterinari delle ULSS:

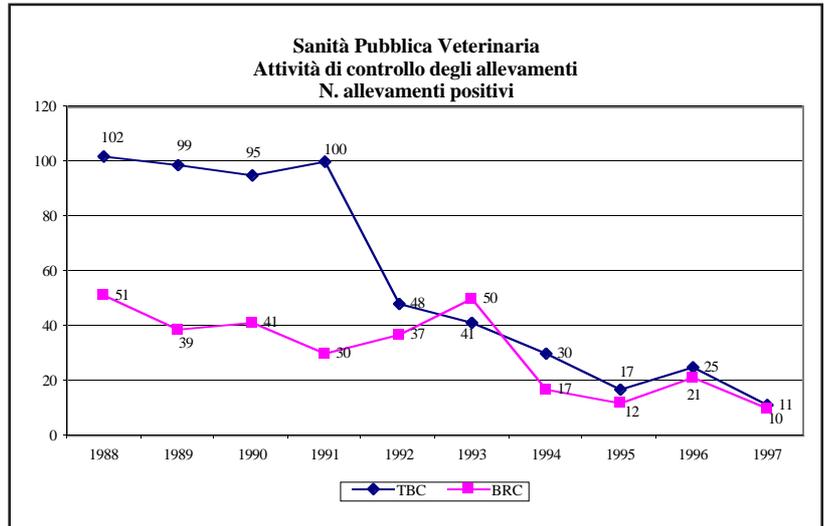
- elevata copertura degli allevamenti suscettibili di controllo, anche se per-



mangono margini di miglioramento in alcune situazioni territoriali (ULSS 21 per tubercolosi, leucosi e brucellosi bovina, ULSS 22 per leucosi e ULSS 7 in particolare, ma anche ULSS 16 per brucellosi ovicaprina)

- continua riduzione del numero di allevamenti positivi per le malattie interessate.

Questi risultati, con ogni probabilità, permetteranno di passare da una fase di controlli annuali ad una di controlli ogni due anni, con una consistente riduzione dei costi.



DENUNCE DI MALATTIE INFETTIVE

Il fenomeno di maggior rilievo nel biennio analizzato è l'insorgenza nell'autunno del 1997 di 7 focolai di influenza aviaria, una pericolosa malattia che colpisce le più importanti specie avicole allevate (polli e tacchini) e che può risultare pericolosa anche per l'uomo.

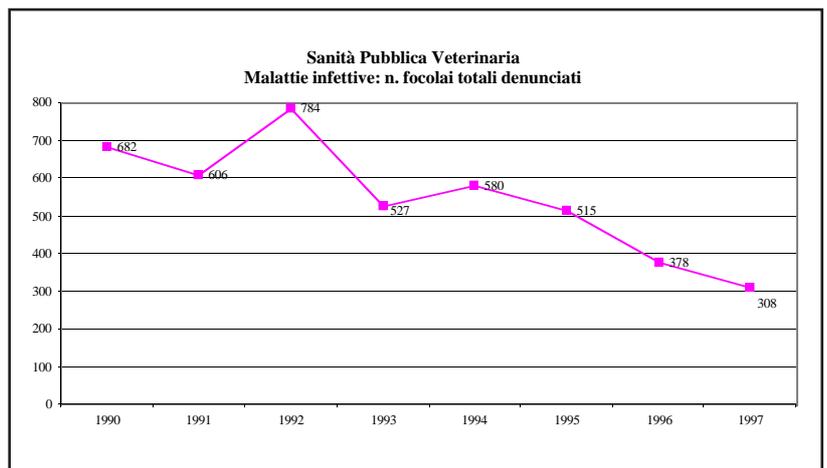
Sebbene assente dal territorio nazionale da diversi decenni, questa patologia è stata prontamente individuata dai Servizi Veterinari e dai laboratori delle diverse Sezioni dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. Tutti i focolai sono stati sottoposti a rigidi controlli veterinari che hanno permesso di eradicare velocemente la malattia.

L'attività di eradicazione è stata complicata dalla notevole consistenza del patrimonio avicolo della regione e dalla concomitante diffusione delle notizie relative a diversi casi di influenza aviaria ad Hong Kong, che avrebbero portato alla morte di diverse persone.

L'Istituto Superiore di Sanità, al fine di escludere la possibilità di trasmissione della malattia all'uomo, ha prontamente contattato le competenti autorità regionali e ha seguito con attenzioni l'evolversi dei focolai.

Per quanto riguarda le altre malattie infettive, si assiste ad una complessiva diminuzione delle denunce.

Emerge l'importanza che assumono mixomatosi e malattia emorragica, malattie che colpiscono pesantemente il comparto cunicolo, ma va segnalata la loro drastica riduzione nel biennio 1996-97, in particolare per la mixomatosi.



Sanità pubblica veterinaria - Principali malattie infettive

MALATTIE INFETTIVE	N. FOCOLAI DENUNCIATI			DIFFERENZA %	
	1995	1996	1997	1996 vs 1995	1997 vs 1996
Brucellosi	38	45	30	18,4	-33,3
Leptosirosi	16	8	6	-50,0	-25,0
Leucosi bovina enzootica	22	23	22	4,5	-4,3
Malattia emorragica virale	86	52	50	-39,5	-3,8
Mixomatosi	235	145	119	-38,3	-17,9
Peste americana	62	53	42	-14,5	-20,8
Salmonellosi aviare	14	18	2	28,6	-88,9
Tubercolosi bovina	9	23	10	155,6	-56,5

FONTI

- Regione Veneto - Direzione per la Prevenzione - Servizio Sanità Animale e Igiene Zootecnica:
 - Anagrafe degli insediamenti zootecnici
 - Bollettino epizozie
 - Rilevazioni presso i Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS e presso l'azienda produttrice di marche auricolari bovine

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 3.3.1/A, TAVOLA 3.3.2/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 3.3.3/R, TAVOLA 3.3.4/R, TAVOLA 3.3.5/R, TAVOLA 3.3.6/R

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

3.4 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti

**IGIENE
DEGLI
ALIMENTI
DI ORIGINE
ANIMALE
E NON
ANIMALE
Premessa**

L'attività di vigilanza sugli alimenti viene effettuata, per quanto concerne la parte ispettiva, dai Servizi Veterinari (alimenti di origine animale) e dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (alimenti di origine non animale) delle Aziende ULSS e, per la parte di controllo analitico, dai Presidi Multizonali di Prevenzione (PMP), successivamente entrati a far parte dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV) e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZS).

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

Per quanto attiene ai prodotti di origine animale, per le attività di macellazione, la vigilanza si esplica mediante sopralluoghi in fase di rilascio del numero di riconoscimento CEE e successivamente attraverso un'attività ispettiva costante da parte dei veterinari pubblici deputati a vigilare, per legge, durante le lavorazioni. Per le altre attività, oltre ai sopralluoghi per il rilascio delle autorizzazioni e dei numeri di riconoscimento CEE, l'attività di vigilanza successiva è effettuata mediante sopralluoghi periodici.

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

Queste peculiarità, assieme alla connotazione territoriale delle attività economiche di trasformazione, distribuzione, trasporto e somministrazione degli alimenti presenti nelle varie ULSS, alla ancora recente riforma organizzativa cui sono state sottoposte le ULSS stesse, con i relativi problemi di accorpamento, contribuiscono non poco a rendere poco omogenea l'attività di vigilanza sulle strutture preposte, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo.

Inoltre, il computo di atti, effettuati in fase ispettiva, non strettamente collegati alla classificazione tipologica dove sono stati inseriti (es.: formulazione di prescrizioni inserite come infrazioni o come provvedimenti) o anche la constatazione di situazioni di fatto, a seguito di provvedimenti adottati da altre amministrazioni (es.: revoca autorizzazione da parte dell'Amministrazione Comunale per cessata attività) o ancora la previsione, nelle schede ministeriali utilizzate per la rilevazione dei dati, di tipologie generiche onnicomprensive (es.: n. sequestri) rendono notevolmente eterogenee le modalità di acquisizione, memorizzazione ed elaborazione dei dati e delle informazioni.

Conseguentemente i dati e gli indicatori calcolati risentono di queste differenze tra le varie ULSS, nonché tra i Servizi Veterinari ed i SIAN delle stesse, rendendo complessa la gestione dei risultati e la valutazione sulle attività effettuate.

**IGIENE
DELLE
ACQUE
Quadro
normativo**

Con l'approvazione del DLvo n. 530/92 "Attuazione della direttiva CEE 91/492 che stabilisce le norme sanitarie applicabili alla produzione e commercializzazione di molluschi bivalvi vivi", le competenze regionali in materia di molluschi bivalvi destinati al consumo umano, sono transitate alla Direzione Regionale per la Prevenzione, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione.

La nuova normativa sanitaria stabilisce:

- i requisiti igienico-sanitari che devono possedere i molluschi bivalvi vivi per essere considerati idonei al consumo umano, senza trascurare l'osservazione sull'habitat, necessario per ga-

rantire le condizioni di vita all'ecosistema costituito da fitoplancton e microorganismi filtratori;

- le modalità di trattamento dei molluschi bivalvi vivi, in caso di presenza di cariche batteriche superiori a quelle previste per la zona A, zona in cui il prodotto per le peculiarità sanitarie può essere conferito direttamente ad un centro di spedizione riconosciuto.

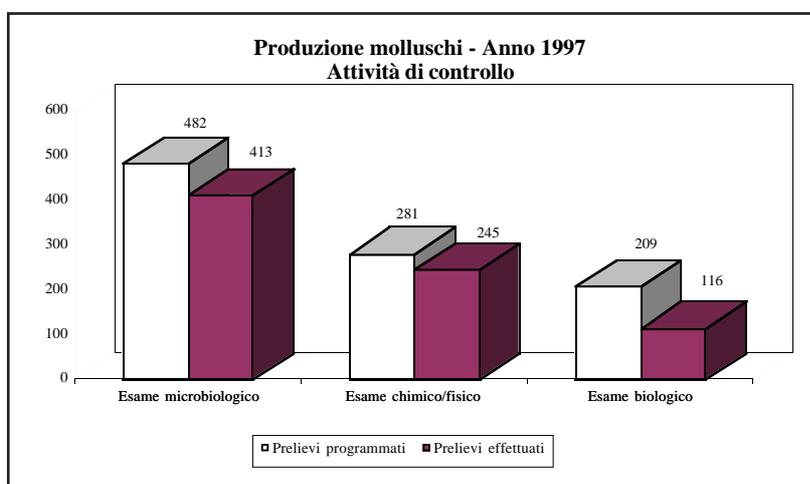
Il 1997 ha rappresentato, pertanto, un anno di transizione in cui, nelle more del regolamento previsto all'art. 15 del DLvo n. 530/92, la Direzione Regionale per la Prevenzione di concerto con le Aziende ULSS marine ha messo a punto un apposito piano di monitoraggio volto ad acquisire tutte quelle informazioni necessarie alla formulazione di un giudizio d'idoneità del prodotto allevato e/o pescato sia in ambito lagunare che marino-costiero e addivenire, così, alla classificazione regionale delle zone di produzione e di stabulazione ai sensi dell'art. 4 del DLvo n. 530/92.

Degli oltre 64.000 ettari complessivi di specchi acquei lagunari regionali, non considerando le aree sommerse, le barene, i canneti, le valli da pesca, ecc. rimangono circa 30-40.000 ettari di singoli ambiti lagunari (Lagune di Caorle, Laguna di Venezia, Lagune del Polesine) che potrebbero essere maggiormente valorizzati per la pesca e/o allevamento di mitili e soprattutto di tapes (vongole veraci); queste ultime stanno conoscendo un periodo di sviluppo notevole, tanto che in pochi anni dalla prima sperimentazione (1989), hanno condizionato la programmazione delle altre attività di pesca lagunare. Oggi in ambito lagunare le superfici regionali autorizzate risultano occupare solo lo 0,4%, risultando pertanto insufficienti per uno sviluppo regolamentato del settore.

Produzione di molluschi - Anno 1997

Spazi acquei in concessione	Numero	Superficie ettari (Ha).
Totali	68	1.144,8
marini	11	881,0
lagunari	57	263,8
di cui:		
per Mitili	48	63,4
per Tapes	9	200,4

L'attività di monitoraggio ha interessato le zone di produzione date in concessione, nonché altri ambiti lagunari e marino-costieri di interesse per presenza di prodotto: le aree/stazioni oggetto di prelievo sono state in tutto 87 di cui 67 (77%) lagunari. È opportuno evidenziare che, sotto l'aspetto organizzativo, soprassendendo alla competenza



territoriale di ciascuna Azienda ULSS, l'attività di monitoraggio 1997 è stata sostenuta per lo più dal personale ispettivo del Servizio Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS n.12 Veneziana e dall'Azienda ULSS n. 19 di Adria.

Produzione di molluschi - Attività di controllo effettuata - Anno 1997

Aziende ULSS	Prelievi effettuati totali per tipologia					
	Esame microbiologico		Esame chimico/fisico		Esame biologico	
	n.	% programm.	n.	% programm.	n.	% programm.
10	16	57,1	9	40,9	17	38,6
12	141	84,9	79	76,7	65	59,1
13	18	75,0	13	108,3		0,0
14	105	105,0	53	101,9	9	81,8
19	133	81,1	91	98,9	25	56,8
Totale regione	413	85,7	245	87,2	116	55,5

NOTE:

- In via straordinaria l'attività di sorveglianza igienico sanitaria sulle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi ricadenti sotto la giurisdizione territoriale delle ULSS n. 13 di Dolo e n.14 di Chioggia, sono state eseguite dal personale ispettivo dell'ULSS 12 Veneziana.

La numerosità delle stazioni/aree di prelievo, la frequenza con cui si sono eseguiti i prelievi, di molluschi e di acqua, e i conseguenti referti prodotti nel corso dell'anno 1997 superano di gran lunga le disposizioni in materia di sorveglianza e controllo periodico sulle zone di produzione stabilite dalla normativa nazionale prevista. Infatti, il carico di lavoro condotto nel 1997 doveva rispondere principalmente agli obiettivi prefissati dal piano (DGR n. 1484/97), fornire cioè una ricognizione sulle varie realtà produttive locali ed un approfondimento delle tematiche ambientali e sanitarie connesse.

Nell'insieme i prelievi effettuati sono risultati l'80% di quelli programmati, con percentuali più alte per gli esami chimico-fisico e microbiologico, più basse per quelli biologici.

Analizzando i dati per ULSS, si osserva che tra attività programmata e l'attività realmente effettuata, ci sono forti divergenze: significative sono le differenze tra attività programmata ed effettuata nell'ambito delle laguna di Caorle (ULSS n.10) e di Venezia (ULSS n. 14).

Queste differenze sono imputabili per lo più ad avversità atmosferiche che impediscono le uscite ed il successivo recupero, ad altre situazioni di precarietà in generale, nonché a possibili problemi organizzativi all'interno del Servizio preposto.

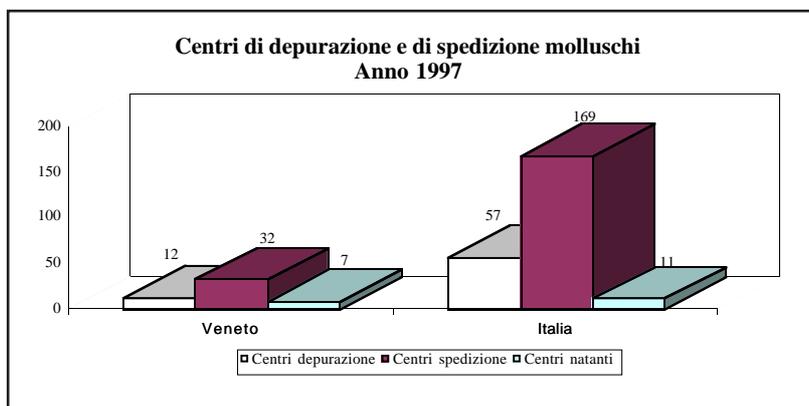
L'attività analitica è stata effettuata dalle strutture laboratoristiche dell'ARPAV ex Presidi Multizonali di Prevenzione delle Azienda ULSS n.12 Veneziana e n.18 di Rovigo ed ha riguardato la ricerca dei parametri microbiologici, chimici e fisici.

In particolare, sono state 19 (78% delle quali sono marine) le stazioni/aree di prelievo per il controllo biologico per la ricerca delle biotossine algali, potenzialmente tossiche nei molluschi bivalvi. Detta attività ha interessato quasi esclusivamente i mitili "cozze" provenienti da ambiti marino-costieri in quanto detta specie, secondo le esperienze acquisite ed i dati scientifici in possesso si è dimostrata sensibile alla tossina, tanto che può diventare in certi periodi dell'anno un potenziale pericolo per il consumatore.

In conseguenza dei controlli effettuati, nel 1997 sono state emanate dal Presidente della Giunta Regionale ben 5 provvedimenti (ordinanze) urgenti, a tutela della salute pubblica, in cui veniva posto il divieto di raccolta e commercializzazione di molluschi bivalvi (mitili) fino al ripristino delle condizioni d'idoneità sanitaria del prodotto, interessando tutto l'arco costiero.

Il periodo medio di chiusura delle zone oggetto di ordinanze è stato quantificato per il 1997 in circa 100 giornate.

Il Veneto è la seconda regione d'Italia per numero di Centri di Depurazione (CDM) e di Centri di Spedizione (CSM) operanti, seconda solo alla Regione Puglia. L'ULSS n.14 di Chioggia è quella che ne detiene in numero maggiore.



FONTI

- Regione Veneto - Direzione per la Prevenzione - Servizio Igiene Alimenti e della Nutrizione
- Rilevazione presso le Aziende ULSS - Modelli VIG1, VIG2, ANLI - Ministero della Sanità
- Rilevazione presso le Aziende ULSS per la cartografia della molluschicoltura

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 3.4.1/R, TAVOLA 3.4.2/R, TAVOLA 3.4.3/R, TAVOLA 3.4.4/R, TAVOLA 3.4.5/R, TAVOLA 3.4.6/R, TAVOLA 3.4.7/R, TAVOLA 3.4.8/R, TAVOLA 3.4.9/R, TAVOLA 3.4.10/R, TAVOLA 3.4.11/R, TAVOLA 3.4.12/R, TAVOLA 3.4.13/R, TAVOLA 3.4.14/R, TAVOLA 3.4.15/R, TAVOLA 3.4.16/R, TAVOLA 3.4.17/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.0 Strutture operative: Distretti

NORMATIVA

Richiamando in sintesi il nuovo ruolo del Distretto in Veneto, come prefigurato dalla legge di organizzazione (LR n. 56/94), dalle sue direttive esplicative, dal Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996-98 (LR 3/96) e dalla proposta di programma settoriale relativo all'assistenza territoriale (DGR 19 CR del 25.02.97) all'esame della V Commissione consiliare, si può definire il suo mandato su quattro aree fondamentali:

- il Distretto deve gestire direttamente l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale riferita alla popolazione anziana e alla popolazione disabile, i consultori familiari e i servizi per l'infanzia e l'età evolutiva, i Ser.T e i servizi e gli interventi per la salute mentale, l'assistenza specialistica ambulatoriale extra-ospedaliera, l'assistenza protesica e termale, le attività socio-assistenziali delegate dai Comuni;
- il Distretto deve garantire l'accesso ai servizi territoriali non direttamente gestiti e ai servizi di ricovero ospedaliero e specialistici;
- il Distretto deve assicurare tutte le attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, sia specifiche che in termini integrati. Deve pertanto "concertare" con il Dipartimento di Prevenzione l'attività di prevenzione e l'erogazione di tutte le attività territoriali. Deve inoltre perseguire una integrazione con il presidio ospedaliero al fine di assicurare l'accesso e l'integrazione delle attività specialistiche, con particolare riferimento ai servizi dell'area materno-infantile (ostetricia e ginecologia e pediatria ospedaliera), dell'area psichiatrica (psichiatria ospedaliera) ed a quelli dell'area anziana (geriatria e lungodegenza ospedaliera). Deve infine integrare i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e residenziali con i servizi socio-sanitari dei Comuni attraverso gli strumenti delle deleghe, delle convenzioni e del Piano di Zona;
- il Distretto deve avere capacità di lettura e di orientamento della domanda, deve quindi assicurare la risposta ai bisogni e garantire la continuità terapeutica ai propri residenti, indipendentemente dalle sedi di trattamento. Il Distretto, inoltre, attraverso i MMG ed i PLS deve governare la prescrizione di assistenza specialistica, ospedaliera, protesica e termale e, quindi, governare la spedalizzazione e più in generale il consumo di risorse dell'area specialistica di II e III livello diagnostica, di cura e di riabilitazione.

Da questo mandato discendono implicazioni di ordine generale, ovvero insite nel nuovo modello normativo ed organizzativo, attinenti al quadro dirigente del Distretto, alle sue competenze ed agli strumenti di cui deve dotarsi, e di tipo specifico per ciascuna delle tre aree in cui si è articolato il suo mandato.

Il monitoraggio del processo di distrettualizzazione costituisce l'oggetto di uno specifico Progetto di Ricerca Sanitaria Regionale Finalizzata i cui risultati, previsti per il luglio 1999, metteranno in grado la Regione di conoscere se, come e con quali difficoltà le Aziende ULSS si stanno muovendo verso il nuovo modello di Distretto "forte" prefigurato dalla normativa.

Di seguito si riportano alcune generali informazioni ricavate da una prima rilevazione, effettuata nei primi mesi del 1988, a livello di Azienda ULSS.

IL PROCESSO DI DISTRETTUALIZZAZIONE IN VENETO Articolazione delle Aziende ULSS in Distretti

A livello medio regionale più del 40% dei Distretti veneti ha una popolazione inferiore al bacino di utenza minimo indicato dalla normativa (50.000 abitanti); in particolare ambiti distrettuali di ridotte dimensioni demografiche sono prevalenti nelle ULSS 1, 3, 10, 12, 21 e 22, con più della metà dei Distretti che non raggiungono i 50.000 abitanti.

Condizionando la dimensione demografica un efficace ed efficiente organizzazione ed operatività del Distretto sembra di poter affermare che esistono ancora ampi spazi per interventi di razionalizzazione dell'articolazione del territorio regionale in Distretti.

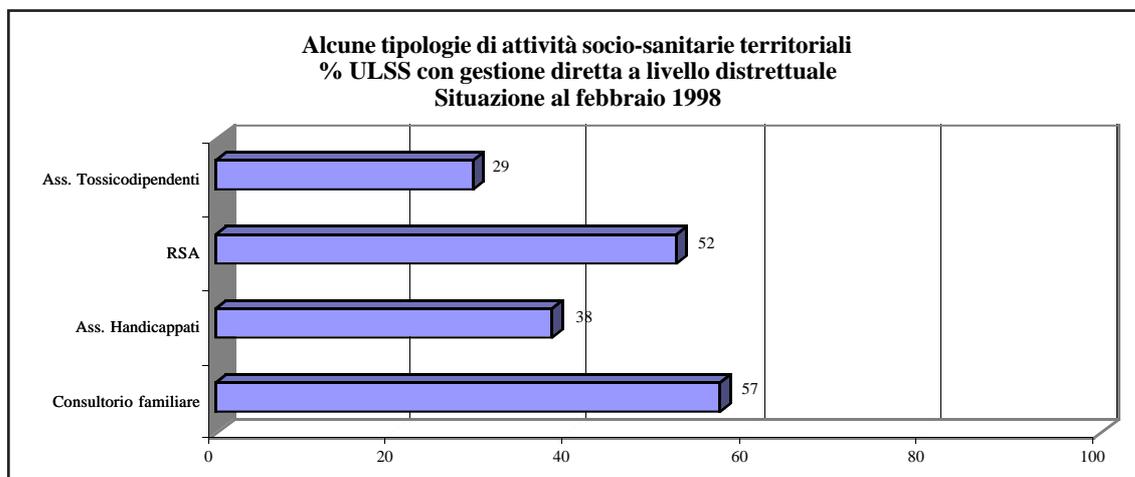
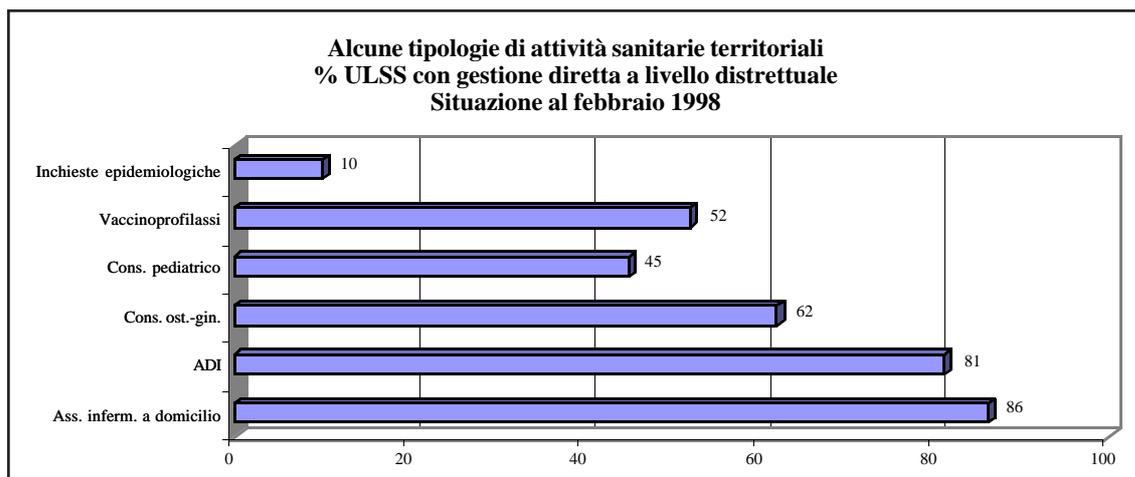
Le attività ad elevata integrazione socio-sanitaria risultano scarsamente gestite a livello distrettuale, organizzandosi presumibilmente ancora secondo il modello precedente di organizzazione verticale per settori.

Infine, la bassa percentuale di ULSS in cui i Distretti svolgono attività sociali può essere spiegato sia da un limitato ricorso alla delega da parte dei Comuni che dal permanere di una gestione accentrata aziendale di tali funzioni.

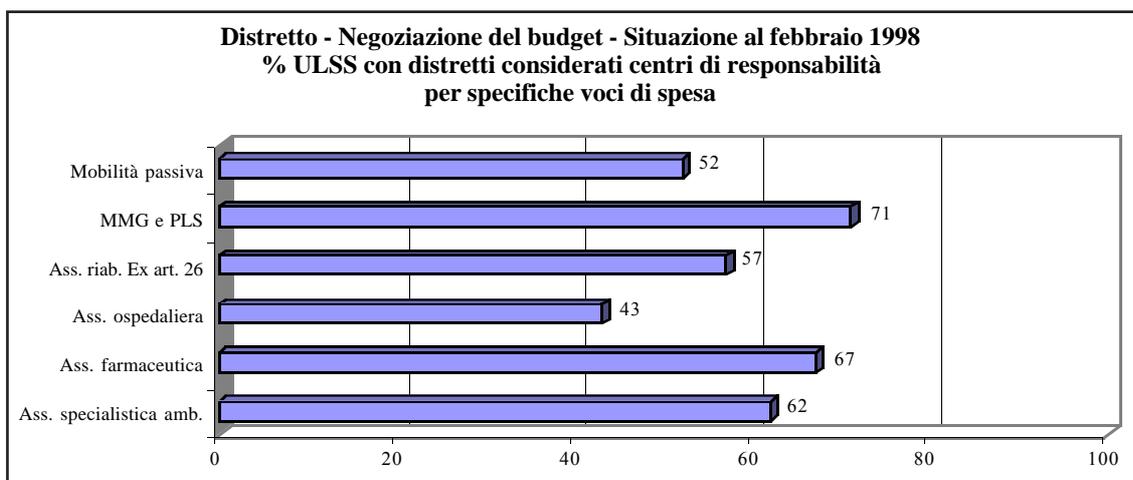
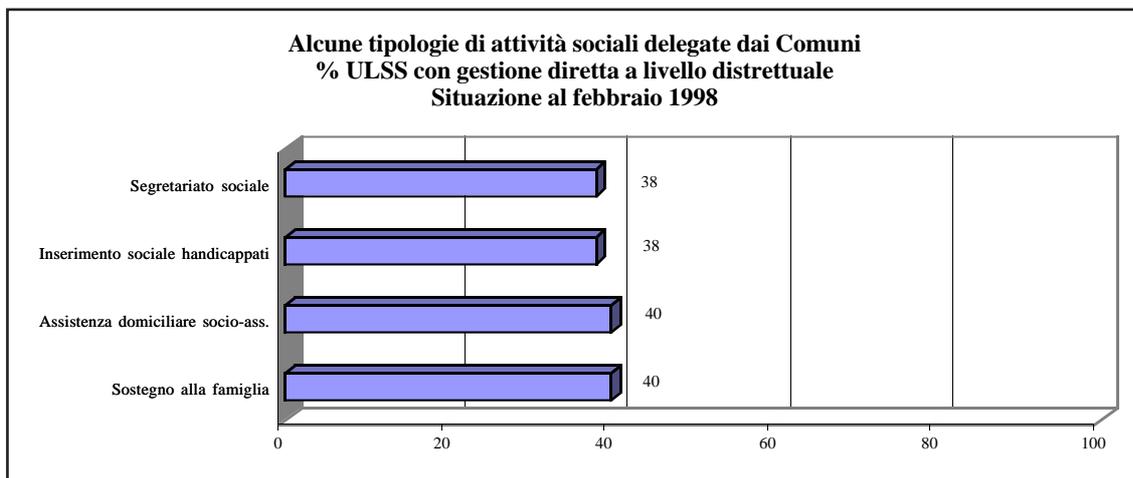
Regione Veneto - Articolazione delle Aziende ULSS in Distretti - Anno 1997

Aziende ULSS	Distretti deliberati			Istituzione coordinamento Distretti (*) (1=si, 0=no)
	Totali	di cui < 50.000 abitanti		
		n.	n.	
1	3	2	66,7	1
2	1		0,0	1
3	4	3	75,0	1
4	3	1	33,3	0
5	3	1	33,3	1
6	6	3	50,0	1
7	3	1	33,3	1
8	4	2	50,0	1
9	6	1	16,7	1
10	5	3	60,0	1
12	7	4	57,1	1
13	4	2	50,0	1
14	3	1	33,3	1
15	4	2	50,0	1
16	6		0,0	1
17	4	2	50,0	0
18	2		0,0	0
19	1		0,0	1
20	7	2	28,6	1
21	4	3	75,0	1
22	5	3	60,0	1
Totale regionale	85	36	42,4	18

(*) Dato riferito al febbraio 1997



Governo della spesa



Sembrerebbe relativamente diffusa l'attribuzione ai Distretti della funzione di governo della spesa, anche se va approfondito il significato di quanto dichiarato dalle ULSS in termini di strumenti a disposizione dei Distretti per incidere realmente sui livelli di spesa.

Gestione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e centro di riferimento per i cittadini

In 13 ULSS (65%) è garantita la prenotazione delle visite specialistiche presso le sedi distrettuali, mentre sono solo 5 (25%) le ULSS in cui è possibile prenotare le prestazioni di diagnostica strumentale presso le stesse sedi; rimane comunque da verificare se la prenotazione a livello decentrato riguarda tutte le prestazioni o solo una parte.

Infine, sono solo 7 le ULSS in cui i Distretti svolgono direttamente funzioni di pubblica tutela in collegamento con gli Uffici Relazioni con il Pubblico centrali aziendali.

FONTI

- Regione Veneto - Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie - Rilevazione presso le Aziende ULSS tramite questionario autocompilato su "Ruolo e attività dei Distretti"

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.1 Assistenza sanitaria di base

NORMATIVA

Coerentemente al nuovo assetto istituzionale del S.S. avviato con i DLvi 502/92 e 517/93, gli Accordi Collettivi Nazionali, entrati in vigore rispettivamente con DPR 484/96 e DPR 613/96, hanno attuato una riorganizzazione complessiva dell'area della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta, accentuando il ruolo delle Regioni, cui sono stati riservati, per la prima volta, ampi ed esclusivi ambiti di contrattazione decentrata.

Con DGR 2996 del 28 agosto 1997, sono stati infatti formalizzati gli Accordi regionali della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta per la Regione Veneto.

La trattativa che ha preceduto la stipula di tali Accordi si è posta l'obiettivo di corresponsabilizzare i medici e i pediatri di base nell'uso delle risorse disponibili, attraverso una maggiore integrazione degli stessi nel nuovo assetto aziendale e precisamente nel Distretto.

Oltre alle scelte assunte a livello regionale da attuarsi obbligatoriamente presso tutte le Aziende ULSS, gli Accordi regionali hanno gettato le basi per la realizzazione di progetti demandati alla valutazione delle singole Aziende, finalizzati soprattutto alla deospedalizzazione (ADI) ed, in generale, alla valorizzazione della medicina di base sul territorio.

MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

La dotazione di medici al 31.12.1997, confrontata con la situazione dell'anno precedente, mostra un lieve aumento sia nel numero dei medici di medicina generale che dei pediatri di libera scelta, conseguentemente diminuisce il numero medio di residenti per medico.

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta

	ANNI		differenza % media annua
	1996	1997	
- n. medici generici	3.550	3.585	1,0
- n. pediatri	493	496	0,6
- n. totale medici	4.043	4.081	0,9
- n. residenti per medico	1.101	1.095	-0,5

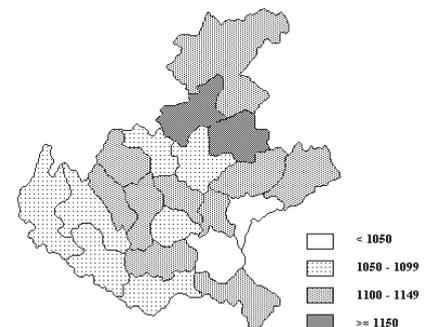
Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta - Assistiti

ASSISTITI	ANNI		differenza % media annua
	1996	1997	
- in carico a medici generici	4.013.912	4.018.561	0,1
di cui < 14 anni	139.554	135.049	-3,2
- in carico a pediatri	360.335	381.506	5,9
- totale	4.374.247	4.400.067	0,6
- % assistiti su abitanti	98,2	98,5	0,3
- n. assistiti per medico generico	1.131	1.121	-0,9
- n. assistiti per pediatra	731	769	5,2

Nello stesso periodo, si osserva un lieve aumento del numero degli assistiti totali sia in valore assoluto che in percentuale sulla popolazione residente in Veneto. In particolare, aumenta il numero medio di assistiti per pediatra mentre diminuisce il numero medio di assistiti per medico generico e soprattutto il numero di assistiti in età inferiore a 14 anni in carico ai medici di medicina generale.

Nell'analisi territoriale si rileva una situazione di maggior carenza per l'ULSS 2 con più di 1200 residenti per medico, dovuta alla storica mancanza di me-

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta - Anno 1997
N. residenti per medico



Media regionale: 1095

Analisi territoriale

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

dici generici, mentre i pediatri sono vicini ai valori medi regionali. Delle altre ULSS interessate da situazioni di carenza di medici di base, solo la 7 e la 15 devono questa condizione alla scarsità di pediatri.

Nel corso del 1998 è stata effettuata una ricognizione del numero di punti di guardia medica e del fabbisogno di medici per coprire tutti i turni previsti: l'indagine ha evidenziato una diminuzione dei punti e un fabbisogno di personale più che doppio rispetto al numero di medici titolari in servizio.

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

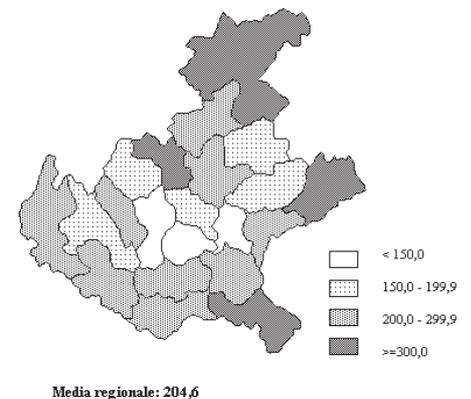
Si osserva in particolare, un numero medio di ore ogni 1.000 residenti particolarmente elevato per i medici in servizio nell'ULSS 1 (oltre 500 ore), ma anche nelle ULSS 3, 10 e 19 con oltre 300 ore per 1.000 residenti e particolarmente basso per l'ULSS 16 (75,5 per 1.000 residenti).

Considerando il numero medio di ore per medico, si osserva un numero di ore particolarmente alto per l'ULSS 14 e per l'ULSS 6.

Continuità assistenziale - Dotazione

	ANNI		differenza % media annua
	1995	1997	
- n. punti	116	112	-1,7
- n. residenti per punto	38.216	39.830	2,1
- n. medici fabbisogno dichiarato		810	
- n. medici titolari in servizio	726	399	-22,5

Continuità assistenziale - Anno 1997
Ore totali dei medici per 1.000 residenti



ASSISTENZA PROGRAMMATTA Premessa

Per "assistenza programmata", si sono considerati in questa sede, gli interventi di assistenza sanitaria di base effettuati a domicilio.

Nella Regione Veneto, l'assistenza a domicilio è stata oggetto di regolamentazione nel corso del 1998, distinguendo le diverse configurazioni che essa può assumere:

- esclusivamente socio-assistenziale;
- esclusivamente sanitaria (infermieristica, riabilitativa, programmata, integrata fra diverse professionalità sanitarie, ospedalizzazione domiciliare);
- integrata socio-sanitaria per tutte le diverse articolazioni che prevedono un intervento di tipo sanitario.

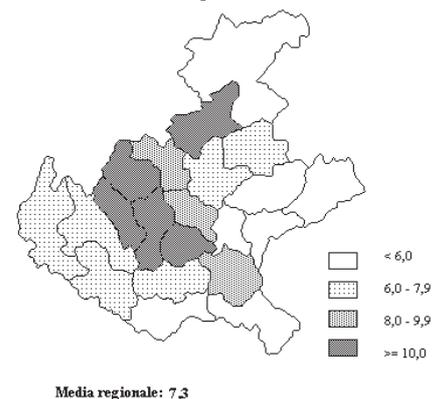
È stato, quindi, progettato un flusso informativo per l'acquisizione dei dati a livello regionale che sarà attivato nel corso del 1999, consentendo una più ampia conoscenza di quest'area di intervento che si rivela strategica nel processo di riorganizzazione, razionalizzazione e umanizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'analisi che segue è limitata all'assistenza programmata esclusivamente sanitaria effettuata dai medici di medicina generale ad assistiti non ambulabili, secondo la definizione prevista all'art.39, allegato G, della Convenzione di Medicina Generale (DPR 484/96).

Nel corso del 1997, i medici che hanno attivato protocolli di assistenza domiciliare a pazienti non ambulabili sono stati il 65% dei medici di medicina generale. Le autorizzazioni concesse sono state in tutto 32.788, pari a poco più di 7 ogni 1.000 residenti e in media a 14 per medico autorizzato.

La distribuzione sul territorio regionale appare piuttosto disomogenea e risente certamente della non ancora uni-

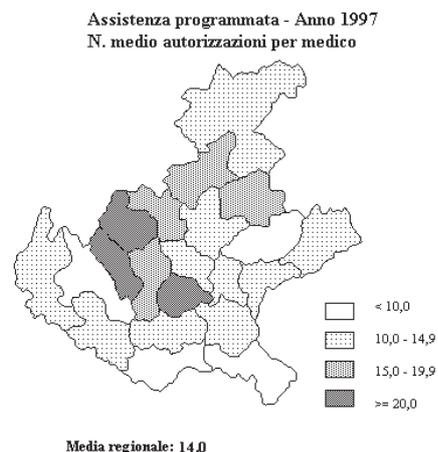
Assistenza programmata - Anno 1997
N. autorizzazioni per 1.000 residenti



Quadro generale e analisi territoriale

forme caratterizzazione e definizione, anche dal punto di vista informativo, di questo tipo di intervento assistenziale avvenuto, come si è detto, nel corso del 1998.

Le ULSS con il maggior numero di medici coinvolti nell'attività di assistenza programmata, sono risultate le ULSS 2, 6, 14, 15, 18 e 22, con una percentuale superiore all'80% dei medici di medicina generale convenzionati. Il più alto numero medio di autorizzazioni per medico si è osservato nelle ULSS 4, 5 e 16. Al di sotto dei valori medi regionali, sia considerando la percentuale di medici che il numero medio di autorizzazioni per medico, si situano le ULSS 1, 8, 10, 12 e 13.



FONTI

- Regione del Veneto:
 - UP Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modelli FLS. 11, FLS. 12 e FLS. 21
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Convenzioni Assistenza Sanitaria - Anagrafe dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.1.1/A, TAVOLA 4.1.2/A, TAVOLA 4.1.3/A, TAVOLA 4.1.4/A.

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 4.1.1/R, TAVOLA 4.1.2/R, TAVOLA 4.1.5/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.2 Assistenza farmaceutica

NORMATIVA

I cambiamenti normativi intervenuti nel biennio 1996-97 hanno condizionato l'evolversi del quadro regionale relativo all'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata; i più importanti sono:

1996

Finanziaria

- Estensione dell'esenzione a: familiari di pensionati sociali, pensionati al minimo e disoccupati, mantenendo fermo per le ultime due categorie il requisito del reddito familiare, portatori di patologie neoplastiche e pazienti in attesa di trapianto.

D.L. 553 del 29.12.1995

- Introduzione dell'esenzione per le persone danneggiate da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.
- Confermato lo sconto del 3% (1,5% per le farmacie rurali) sull'importo dei medicinali al lordo del ticket da parte delle farmacie al SSN.
- Dall'1.4.1996 i farmaci di classe A e B a base dello stesso principio attivo, con uguale via di somministrazione e uguale forma farmaceutica, sono posti a carico del SSN al prezzo più basso fra quelli dei farmaci con le stesse caratteristiche.

1997

Finanziaria

- Differenziazione dello sconto da parte delle farmacie al SSN sulla base del prezzo delle specialità medicinali:
 - fino a 49.999 sconto del 3,75%
 - da 50.000 a 99.9999 sconto del 6%
 - da 100.000 a 199.999 sconto del 9%
 - da 200.000 sconto del 12,5%
- Invariato lo sconto per le farmacie rurali e previste riduzioni del 60% dello sconto per farmacie con fatturato annuo inferiore a 500 milioni.
- Aumento dell'IVA su tutti i medicinali (dal 4% al 10%).

DOTAZIONE DI FARMACIE, CONSUMI, SPESA Quadro regionale

Assistenza farmaceutica - Quadro sintetico

INDICATORI	ANNI							DIFFERENZA %	
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1996 vs 1995	1997 vs 1996
Dotazione di farmacie									
- n. farmacie aperte al pubblico	1.117	1.172	1.159	1.187	1.187	1.189	1.189	0,2	0,0
- n. abitanti per farmacia	3.732	3.744	3.754	3.723	3.735	3.737	3.752	0,1	0,4
Ricette									
- V.A. (migliaia)	34.734	33.747	23.675	20.144	20.887	20.843	19.694	-0,2	-5,5
- n. ricette per residente	8,0	7,7	5,4	4,6	4,7	4,7	4,4	0,0	-6,4
Spesa									
- spesa lorda (miliardi)	1.050,6	1.140,6	990,9	795,0	761,6	829,8	905,8	9,0	9,2
- spesa netta (miliardi) (1)	869,9	915,7	888,3	696,0	650,5	718,3	798,9	10,4	11,2
- spesa netta rettificata (miliardi) (1)					630,4	696,5	766,8	10,5	10,1
- % sconto su spesa lorda					2,6	2,6	3,6	-0,5	35,2
- % ticket su spesa lorda	17,2	19,7	18,4	12,5	14,5	13,4	11,8	-7,6	-11,9
- spesa lorda per residente (lire)	249.667	259.959	224.925	179.922	171.794	186.766	203.052	8,7	8,7
- spesa lorda per ricetta (lire)	30.246	33.803	41.852	39.468	36.462	39.811	45.995	9,2	15,5
Costi sottolivello di assistenza									
- costi totali con rettifiche mobilità (miliardi)							765,4		
- costi con rettifiche mobilità per residente (lire)							171.583		
- saldo di mobilità (mobilità attiva - mobilità passiva) (miliardi)							-1,3		

(1) - Spesa netta = spesa lorda - ticket

- Spesa netta rettificata = spesa lorda - ticket - sconto

I fenomeni di maggior rilievo nel biennio 1996-97 sono la diminuzione dei consumi (ricette), consistente soprattutto nel 1997, cui si contrappone il sensibile aumento della spesa in entrambi gli anni, aumento più accentuato per la spesa a carico del SSR (spesa netta rettificata) in conse-

guenza di una contemporanea diminuzione del gettito dei ticket collegata alla estensione dell'esenzione prevista dalla normativa.

L'andamento contraddittorio di consumi e spesa suggerisce alcune considerazioni:

- la conferma del trend calante delle ricette sta a testimoniare l'efficacia della politica delle Aziende nella razionalizzazione della spesa farmaceutica, ma limitatamente agli aspetti quantitativi dei consumi;
- l'aumento della spesa, in netta controtendenza rispetto al triennio precedente, è spiegato solo in parte e solo per il 1996 all'aumento dell'IVA (+6%) e deve quindi essere ricondotto ad un consistente incremento del prezzo dei farmaci, conseguente all'utilizzo di farmaci di più recente commercializzazione e di più alto costo.

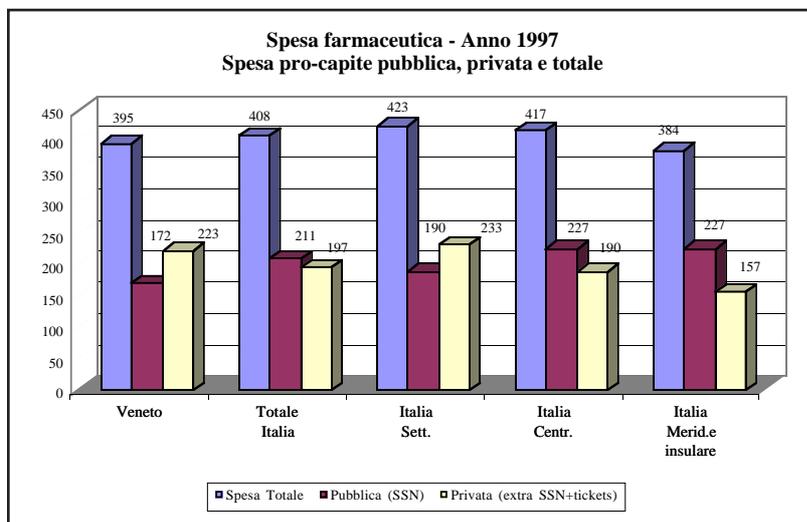
Il consistente aumento del costo medio per ricetta, soprattutto nel 1997, l'esaurimento nello stesso anno della norma che prevedeva prezzi uguali per farmaci uguali (in vigore fino al 30.6.1997) e l'incremento della percentuale media di sconto con l'introduzione della sua progressività in funzione del prezzo dei farmaci sono gli elementi conoscitivi a sostegno di questa interpretazione.

Si può concludere che la politica di razionalizzazione della spesa farmaceutica per essere efficace non può limitarsi al controllo sugli aspetti quantitativi dei consumi, ma deve misurarsi con gli aspetti qualitativi attraverso azioni di indirizzo a livello centrale (es. indicazioni derivanti da studi di farmacoeconomia) e azioni a livello locale che garantiscano la partecipazione e la condivisione dei prescrittori.

Per garantire l'assistenza farmaceutica ai residenti in regione il SSR spende 765,4 miliardi pari a 171.583 lire pro-capite.

Nel complesso il Veneto presenta un saldo fra mobilità attiva (rimborsi per prestazioni di assistenza farmaceutica da parte di ULSS del Veneto a residenti in altre regioni) e mobilità passiva (costi sostenuti dalle ULSS del Veneto per il rimborso di prestazioni di assistenza farmaceutica a propri residenti da parte di altre regioni) positivo (+1,3 miliardi), confermando l'attrazione esercitata dai servizi sanitari regionali.

La spesa farmaceutica pubblica del Veneto è, in termini relativi, tra le più basse a livello nazionale, superiore solo a quelle di Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta. I cittadini veneti spendono però più della media dei propri connazionali per l'acquisto di farmaci al di fuori del SSN (992 miliardi) accollandosi il 56,5% della spesa farmaceutica complessiva contro un'incidenza del 48,5% a livello medio nazionale.

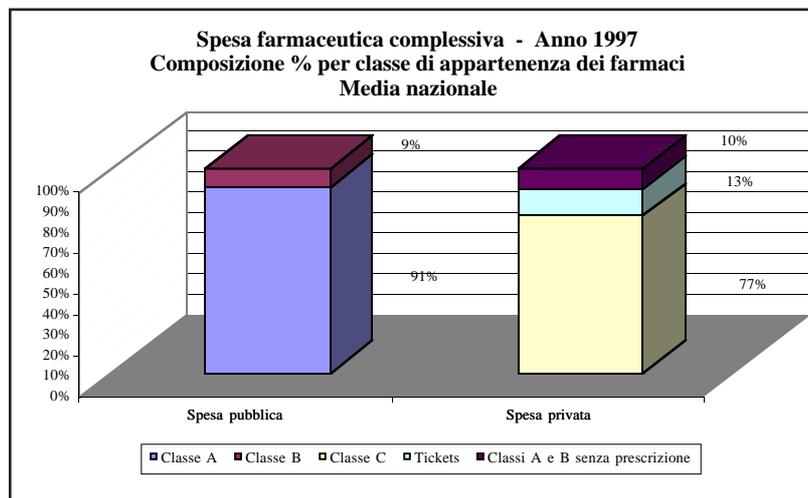


Per quanto riguarda spesa complessiva e sua distribuzione fra soggetti paganti, il Veneto presenta un profilo in linea con quello dell'Italia settentrionale nel suo complesso, con una netta prevalenza della spesa a carico dei privati, al contrario dell'Italia centrale e dell'Italia meridionale e insulare in cui il SSN sostiene la maggior quota di spesa.

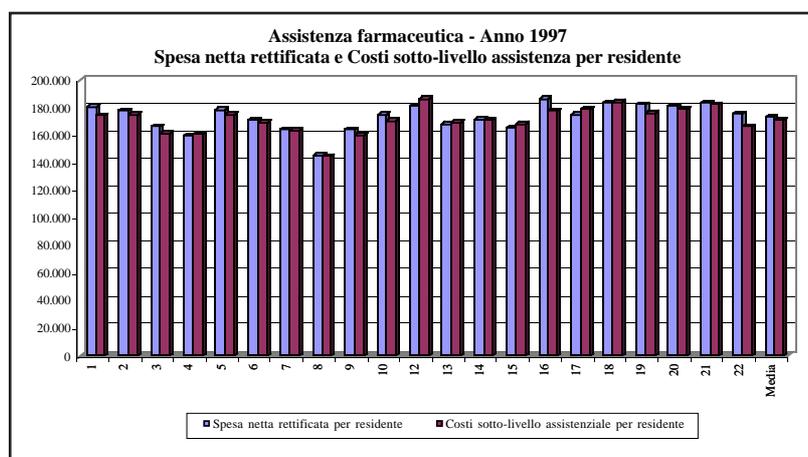
I due opposti profili di spesa sono da ricondurre principalmente a disomogeneità presenti all'interno del territorio nazionale rispetto a:

- livelli di reddito
- dotazione strutturale e organizzazione dell'assistenza sanitaria pubblica
- atteggiamenti culturali nei confronti dei prodotti farmaceutici e della loro efficacia.

La composizione a livello nazionale della spesa farmaceutica privata, letta alla luce del profilo di spesa espresso dal Veneto nella distribuzione fra intervento pubblico e privato, consente di ipotizzare che in regione oltre il 10% della spesa a carico dei cittadini, per una cifra complessiva di oltre 10 miliardi, riguarda farmaci che dovrebbero essere garantiti dal SSR.



Partendo dai costi sostenuti dalle diverse ULSS per garantire l'assistenza farmaceutica ai propri residenti emerge con evidenza la situazione anomala della ULSS 8 che, con un costo di 145.148 lire pro-capite, si colloca ad un livello di gran lunga inferiore rispetto al resto della regione.



Escludendo questa Azienda la differenza fra i valori estremi (ULSS 12 con 186.611 lire pro-capite e ULSS 9 con 160.660 lire pro-capite) si riduce a meno di 16.000 lire, indicando una relativa omogeneità dei costi sostenuti a livello territoriale per il sotto-livello assistenziale.

Le differenze territoriali non trovano spiegazioni sempre univoche, anche se emerge una associazione forte fra livelli di consumo e costi pro-capite:

- fra le ULSS con i più elevati costi pro-capite, per l'ULSS 12 si osservano valori sopra la media sia dei consumi (4,7 ricette pro-capite) sia del costo medio per ricetta (47.031 lire) e un valore inferiore alla media dell'incidenza dei ticket, mentre per le ULSS 18 e 21 i costi pro-capite più elevati sono totalmente riconducibili a maggiori consumi (rispettivamente 5,4 e 4,8 ricette pro-capite);
- fra le ULSS con i costi pro-capite più bassi si segnala: per l'ULSS 8 il consumo più basso a livello regionale (3,8 ricette pro-capite), cui si associa un costo per ricetta al di sotto della media; per l'ULSS 9 un consumo molto contenuto (3,9 ricette pro-capite) cui però si contrappone un elevato costo per ricetta (47.982 lire); per le ULSS 3 e 4 consumi inferiori alla media (4,2 ricette pro-capite).

La mobilità relativa alle prestazioni farmaceutiche è nel complesso contenuta e di segno positivo; emergono alcune situazioni territoriali quali:

- l'ULSS 12 con una consistente mobilità passiva
- le ULSS 16, 19 e 22 con una discreta mobilità attiva.

Il DL n. 44 del 22.2.1997 modifica i tempi per la segnalazione di sospette reazioni avverse da farmaci (Adverse Drug Reaction - ADR) e introduce anche per i farmacisti l'obbligo di segnalare eventuali reazioni avverse relative a farmaci non soggetti a prescrizione medica.

Viene, inoltre, introdotto un sistema sanzionatorio per medici, farmacisti, sanitari e legali rap-

presentanti delle Aziende USL e delle Direzioni Sanitarie che non ottemperano all'obbligo della segnalazione.

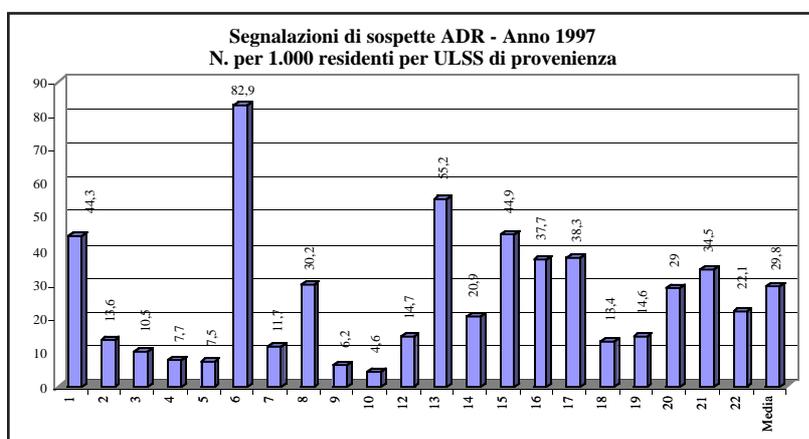
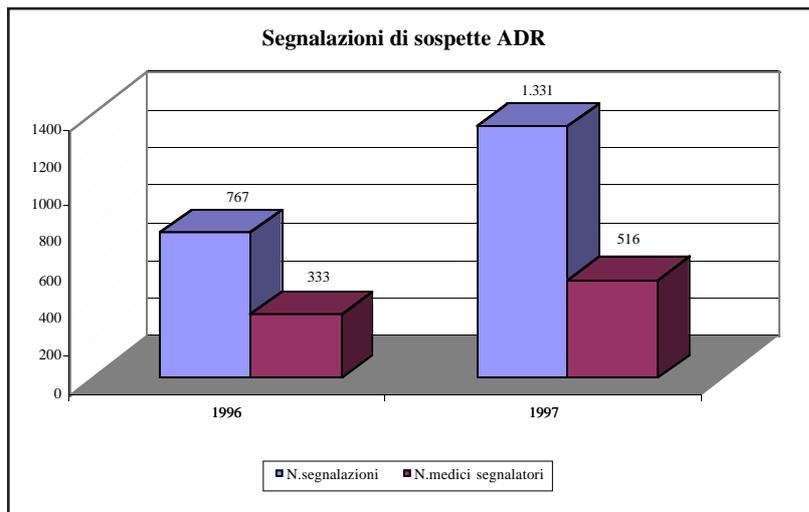
L'impennata di segnalazioni e di medici segnalatori registrata in Veneto nel 1997, letta alla luce delle nuove regole introdotte dalla normativa, va ricondotta certamente ad un più diffuso rispetto dell'obbligo di segnalazione più che un aumento reale del fenomeno ADR.

Il drastico incremento di segnalazioni deriva principalmente da un maggiore numero di medici segnalatori, ma anche da un maggior numero di segnalazioni per medico (da 2,2 segnalazioni medie per medico nel 1996 a 2,5 nel 1997).

Anche nel 1997 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta continuano ad inviare più segnalazioni rispetto ai colleghi ospedalieri (57,3% contro 39,1%), mentre rimane marginale la quota di segnalazioni provenienti da altri soggetti (3,6%), anche se in crescita rispetto al 1996 (2,2%), in conseguenza dell'estensione dell'obbligo di segnalazione ai farmacisti.

Nel 1997 i principi attivi con più di dieci segnalazioni sono 28, contro i 9 del 1996, e indicano come maggiori responsabili di reazioni avverse sia molecole il cui consumo è ormai consolidato sia molecole di nuova utilizzazione; amoxicillina sola e associata con acido clavulanico e nimesulide sono i principi attivi che si distaccano nettamente da tutti gli altri per la frequenza di segnalazioni (55 e oltre) rappresentando insieme il 12,5% del fenomeno complessivo.

L'estrema variabilità territoriale delle segnalazioni di ADR in rapporto alla popolazione residente suggerisce il permanere di un radicato comportamento di evasione all'obbligo di segnalazione, in particolare nelle ULSS 10, 9, 5, 4, 3, 7, 18, 2, 19 e 12.



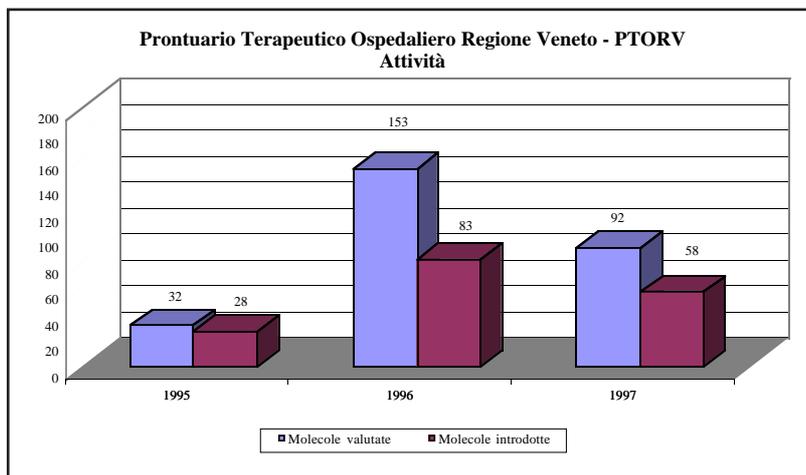
**PRONTUARIO
TERAPEUTICO
OSPEDALIERO
DELLA
REGIONE
VENETO
(PTORV)**

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

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

Nel 1996 l'attività della Commissione è stata particolarmente intensa, in quanto, proprio in previsione della trasformazione del Prontuario in strumento vincolante, si è reso necessario proce-

dere ad una sua revisione complessiva; a tale scopo sono state acquisiti i prontuari delle diverse Aziende al fine di elaborare il nuovo Prontuario Farmaceutico Ospedaliero della regione, in cui sono stati incluse le molecole che rispondevano al criterio di essere presenti in almeno cinque prontuari aziendali.



FONTI

- Regione Veneto - Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Farmaceutico:
 - Rilevazioni presso le Aziende ULSS
 - Flusso informativo sulle segnalazioni spontanee di reazioni avverse gestito dall'Università di Verona - Istituto di Farmacologia

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.2.1/A, TAVOLA 4.2.2/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 4.2.1/R, TAVOLA 4.2.2/R, TAVOLA 4.2.3/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.3 Assistenza integrativa

CONSUMI E SPESA Quadro regionale

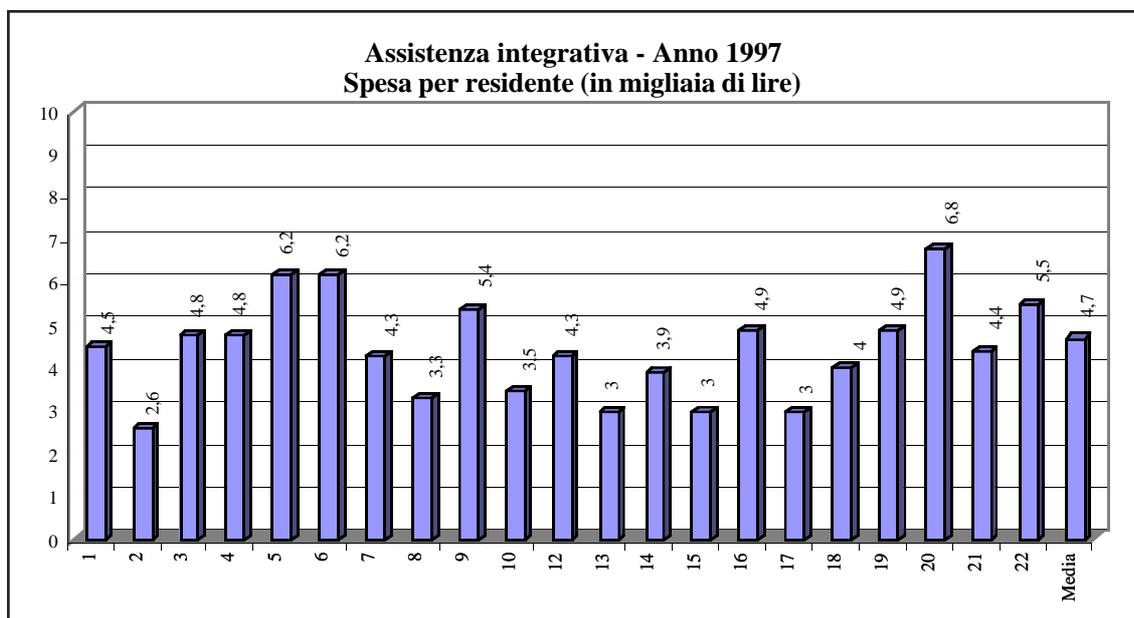
Assistenza Integrativa Regionale (AIR) - Quadro sintetico

	1994	1995	1996	1997	Diff. % 1996/1995	Diff. % 1997/1996
- numero di ricette	250.549	241.388	252.757	310.626	4,7	22,9
- % ricette per diabetici	81,9	82,6	81,5	81,9	-1,3	0,5
- % ricette per dietetici	18,1	17,4	18,5	18,1	6,3	-2,2
- spesa totale (milioni)	11.467	12.346	15.436	20.779	25,0	34,6
- spesa per ricetta	45.767	51.148	61.069	66.893	19,4	9,5

L'assistenza integrativa prevede l'erogazione di prodotti dietetici a pazienti affetti dalle patologie individuate dal DM 1.7.1982 (morbo celiaco, errori metabolici congeniti, fibrosi cistica del pancreas) e la fornitura di presidi (siringhe, strisce reattive, ecc.) a pazienti affetti da diabete mellito (DM 8.2.1982 e L n° 115 del 16.3.1987).

Nel biennio 1996-97 si assiste ad un continuo drastico incremento della spesa per assistenza integrativa che per l'anno 1996 è prevalentemente imputabile all'aumento del costo medio per ricetta associato all'aumento dei pezzi dei prodotti erogati mentre per l'anno 1997 è imputabile ad un aumento dei consumi, che potrebbe essere ricondotto a nuove e più sofisticate metodologie di diagnosi che portano all'individuazione di un maggior numero di pazienti affetti dalle patologie per le quali sono previste prestazioni di assistenza integrativa.

Analisi territoriale



A livello territoriale permane fortemente anomala la situazione dell'ULSS 20 che presenta il livello di spesa pro-capite più elevato, spiegato totalmente da un costo per ricetta assolutamente fuori dalla "norma": quasi 126.000 lire a fronte delle circa 67.000 lire medie regionali, mentre i consumi appaiono inferiori alla media (5,4 ricette per 100 residenti contro una media di 7); l'anomalia dell'ULSS 20 si ripropone anche nella distribuzione della spesa (57,7% per prodotti per diabetici e 42,3% per prodotti dietetici a fronte di valori medi regionali rispettivamente di 81,9% e 18,1%).

Le altre situazioni territoriali che si distinguono per elevati livelli di spesa (ULSS 5 e 6) presentano sia consumi che costi per ricetta superiori alla media.

All'opposto i valori bassi di spesa pro-capite (ULSS 2, 13, 15, e 17) sono sempre associati a

consumi e costi per ricetta che si collocano sotto la media.

Pur trattandosi di un capitolo di spesa marginale del bilancio delle Aziende ULSS, la crescita “fuori controllo” della spesa e le forti disomogeneità territoriali, in termini sia quantitativi che qualitativi, segnalano la necessità di azioni mirate di monitoraggio delle prestazioni di assistenza integrativa.

FONTI

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

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.3.1/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 4.3.1/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.4 Assistenza specialistica ambulatoriale

NORMATIVA

Nel 1997 viene portata a compimento in Veneto l'attuazione, iniziata verso la metà dell'anno precedente, delle innovazioni normative intervenute a livello nazionale in tema di assistenza specialistica ambulatoriale, che, nell'ambito del graduale superamento delle convenzioni, hanno riguardato i rapporti tra erogatori privati e Servizio Sanitario Regionale.

Nelle more della regolamentazione ed instaurazione dei definitivi rapporti di cui all'art. 8 del DL 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale, con successivi provvedimenti (DGR 301/96 e DGR 749/96) ha introdotto le seguenti disposizioni:

- **Libero accesso dei cittadini** che, a decorrere dal 1° marzo 1996, senza la preventiva autorizzazione dell'Azienda ULSS, ma semplicemente su prescrizione/proposta del medico di fiducia redatta su modulario del SSN, possono rivolgersi direttamente a istituzioni e professionisti sanitari privati già convenzionati, per l'erogazione delle prestazioni comprese nella branca specialistica convenzionata, e contrassegnate dalla lettera "C" del DM del 7.11.91.
- Determinazione del **nuovo sistema di remunerazione tariffaria**, caratterizzato dalla remunerazione delle prestazioni erogate sulla base dei preventivi piani di attività annualmente individuati. Detti piani sono oggetto di contrattazione e, secondo i criteri individuati a livello regionale, tra le Aziende ULSS e ciascun soggetto erogatore pubblico e privato provvisoriamente accreditato, stabiliscono quantità presunte e tipologie di prestazioni da riconoscere a ciascuno di essi, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile nel rispetto dei livelli annualmente determinati. Il sistema prevede inoltre meccanismi per la remunerazione delle prestazioni eventualmente eccedenti, con regressione in considerazione delle economie di scala ed anche a tutela della qualità delle prestazioni prodotte.
- Individuazione dei professionisti e delle strutture aventi provvisoriamente titolo **all'accreditamento con il SSN**, in quanto, come previsto dall'art. 6, 6° comma, della L 724/94, già titolari di rapporti convenzionali con le Aziende ULSS ed avendo accettato il nuovo sistema di remunerazione tariffaria determinato dalla DGR n. 301/96 con decorrenza 1.3.96.

Le norme che regolano la partecipazione alla spesa da parte del cittadino rimangono immutate: franchigia di 70.000 lire per ricetta per i non esenti e quota fissa di 6.000 per ricetta per gli esenti, fatte salve le sole quattro categorie di grandi invalidi cui non spetta neppure il pagamento di quest'ultima.

PREMESSA METODOLOGICA

Per quanto riguarda la **dotazione di presidi** va precisato che:

- per "presidio" si intende qualsiasi sede di erogazione di una o più tipologie di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il censimento di tali presidi, ricavato dal modello STS.11 dei Flussi informativi del Ministero della Sanità, comprende le strutture classificate come "ambulatorio e laboratorio", escludendo, per ragioni di omogeneità, tutti gli altri tipi di strutture territoriali quali i centri di salute mentale, i consultori familiari, i centri idrotermali, i servizi di neuropsichiatria infantile.

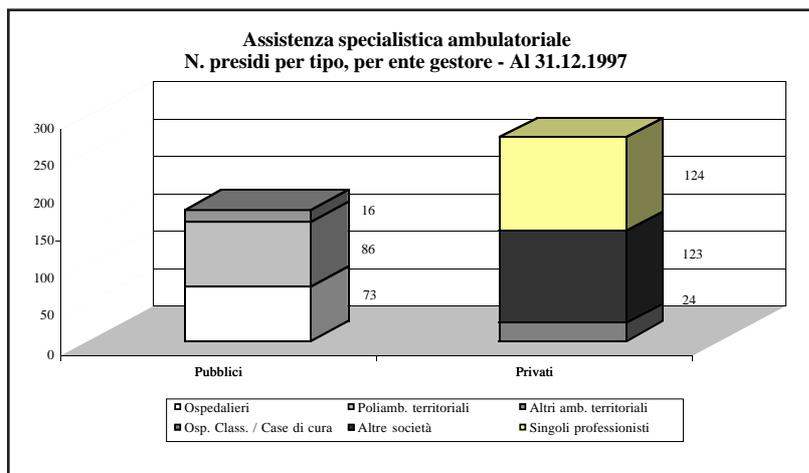
Rispetto all'**attività** si segnala che:

- a partire dal 1997 la rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale tramite i Flussi informativi del Ministero della Sanità (Modello STS.21) è stata allineata alla classificazione per branche specialistiche indicata dal DM del 22.07.1996 ai fini dell'applicazione dei limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Allegato 3); l'analisi che segue si limita quindi al 1997, dal momento che i cambiamenti intervenuti non consentono confronti omogenei con gli anni precedenti;
- le prestazioni rilevate sottostimano i reali consumi in quanto non comprendono:
 - le prestazioni prescritte su ricettario regionale ma erogate a totale carico dell'assistito in quanto rientranti nella franchigia delle 70.000 lire; queste infatti, quando erogate nel setto-

DOTAZIONE STRUTTURALE

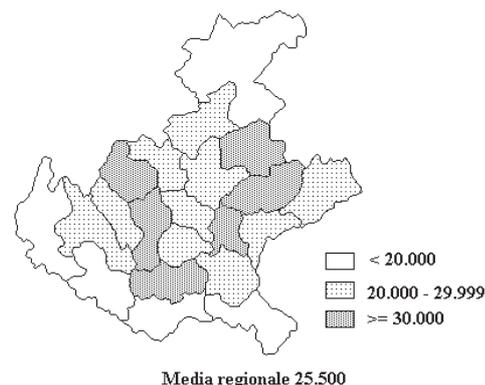
- re privato, non vengono rilevate dal flusso informativo da cui sono stati ricavati i dati;
- le prestazioni dei presidi pubblici classificati diversamente da “ambulatorio e laboratorio”, ma che comunque erogano prestazioni che rientrano nel sistema di remunerazione tariffaria.

Dal punto di vista puramente quantitativo i presidi privati sono nettamente prevalenti (271 contro 175 pubblici), ma nella quasi totalità dei casi si tratta di strutture a carattere monospécialistico (singoli professionisti e la maggior parte delle società), mentre nel settore pubblico prevalgono nettamente le strutture a carattere polispecialistico, in particolare quelle ospedaliere ad elevata capacità produttiva. Si sottolinea, inoltre, la concentrazione dei presidi privati nelle ULSS sede di capoluogo di provincia, in particolare nella ULSS 16 di Padova con la presenza di 104 strutture private.



Considerando solo i presidi pubblici, il bacino di utenza medio è di circa 25.500 abitanti per sede, con una distribuzione sul territorio complessivamente adeguata alle differenti esigenze locali: bacini di utenza più ampi nelle ULSS ad alta densità di popolazione e bacini di utenza più ristretti nelle ULSS a forte dispersione della popolazione o con particolari problemi di viabilità.

Assistenza specialistica ambulatoriale - Bacini di utenza dei presidi (N. residenti per presidio) - Al 31.12.1997



Analizzando la diffusione delle branche specialistiche garantite dal settore pubblico a livello distrettuale, si osserva che nessuna specialità è presente nella totalità dei Distretti:

- le specialità di anestesia, cardiologia, chirurgia generale, dermosifilopatia, oculistica, odontostomatologia / chirurgia maxillo-facciale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, ORL e radiologia diagnostica risultano garantite in oltre il 70% dei Distretti;
- le specialità di neurochirurgia, diagnostica di laboratorio, medicina nucleare, radioterapia, medicina fisica e riabilitazione sono presenti in un numero limitato di distretti (meno del 30%).

Nel complesso la copertura territoriale delle diverse specialità cliniche appare coerente con la diffusione del bisogno / domanda da una parte e con esigenze specifiche legate all'efficienza e alla qualità delle prestazioni; diversamente deve valutarsi la bassa copertura territoriale (27,5% dei Distretti) della medicina fisica e riabilitazione, che è da ritenersi sottodimensionata, tenuto conto delle necessità assistenziali della popolazione che ricorre ad essa, e la forte concentrazione degli analoghi presidi privati esclusivamente in alcuni centri; in media è presente un presidio pubblico di medicina fisica e riabilitazione ogni 50.000 residenti.

ATTIVITÀ

Nel corso del 1997 sono state rilevate oltre 56 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali; tale cifra non comprende le prestazioni erogate nell'ambito dell'Azienda ULSS 18 per cui non sono risultati disponibili i dati.

Nell'ipotesi che la popolazione di questa Azienda esprima consumi che si attestino sulla media regionale, il relativo numero di prestazioni specialistiche è stimato in 2.250.000 circa, portando

ad una stima di 58,5 milioni di prestazioni specialistiche erogate all'interno dell'intero territorio regionale.

Si ricorda che tale dato risulta sottostimato per i motivi indicati precedentemente.

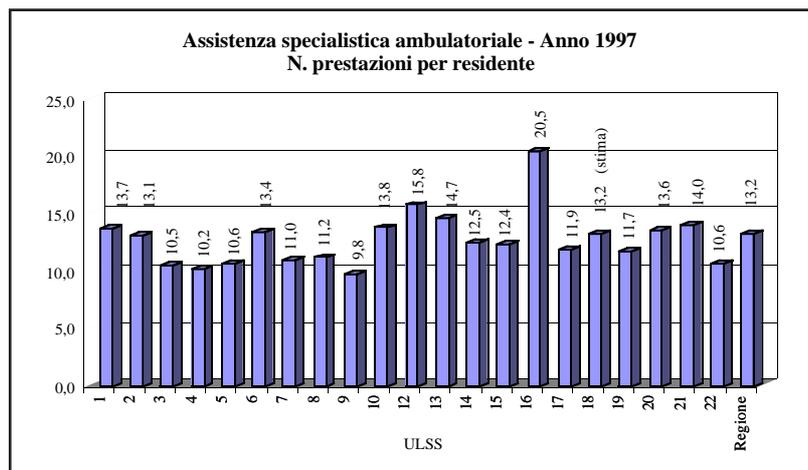
In rapporto alla popolazione residente risulterebbe un consumo di poco più di 13 prestazioni specialistiche pro-capite; si ricorda che tale dato non tiene conto della mobilità interregionale, il cui saldo, in termini economici, risulta peraltro positivo per il Veneto, anche se in misura molto contenuta e quindi sostanzialmente ininfluenza sui livelli complessivi di consumo.

La distribuzione di questo indicatore sul territorio presenta alcune sostanziali differenze, non facilmente e univocamente spiegabili; esse potrebbero infatti essere determinate sia dalle caratteristiche della popolazione residente, sia dalla dotazione strutturale delle aziende, sia all'appropriatezza nell'utilizzazione delle tecnologie sanitarie.

Le situazioni limite sono rappresentate, da una parte, dalla ULSS 16 di Padova in cui alla concentrazione del privato pre-accreditato si aggiunge la presenza dell'Azienda Ospedaliera, configurandosi come forte polo di attrazione, con 20,5 prestazioni per residente, all'opposto si segnala in particolare l'ULSS 9 di Treviso, con solo 9,8 prestazioni per residente, ma anche le ULSS 3, 4, 5 e 22, tutte con consumi pro-capite al di sotto delle 11 prestazioni.

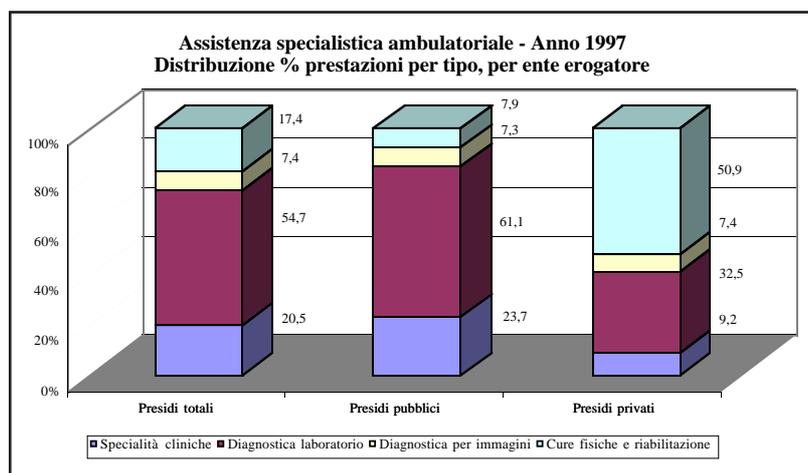
Nel complesso, poco meno del 78% dell'attività specialistica viene erogata dai servizi pubblici; tale quota varia sensibilmente in funzione del tipo di prestazioni: le aree delle specialità cliniche e della diagnostica di laboratorio sono erogate quasi esclusivamente dal pubblico, con percentuali di copertura pari rispettivamente a 90,1% e 86,9%, mentre per le prestazioni di diagnostica per immagini e per quelle di medicina fisica e riabilitazione il mercato si rivela più concorrenziale, per le ultime, in particolare, con una netta prevalenza del settore privato (64,7%).

Il diverso peso dei set-



Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 1997
% prestazioni erogate da presidi pubblici

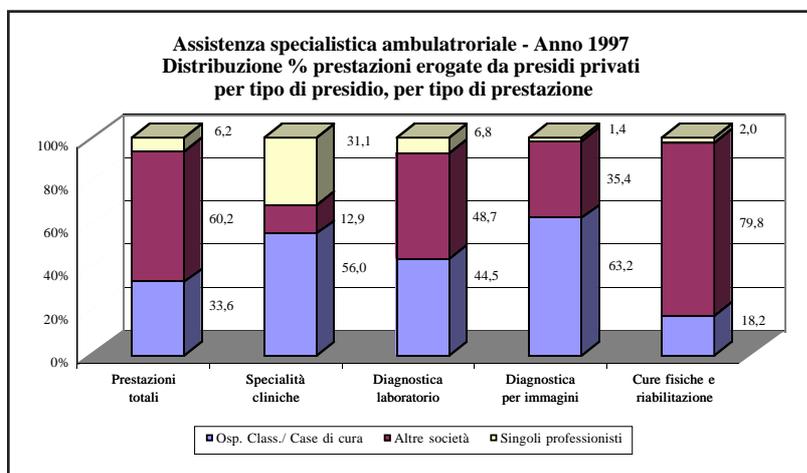
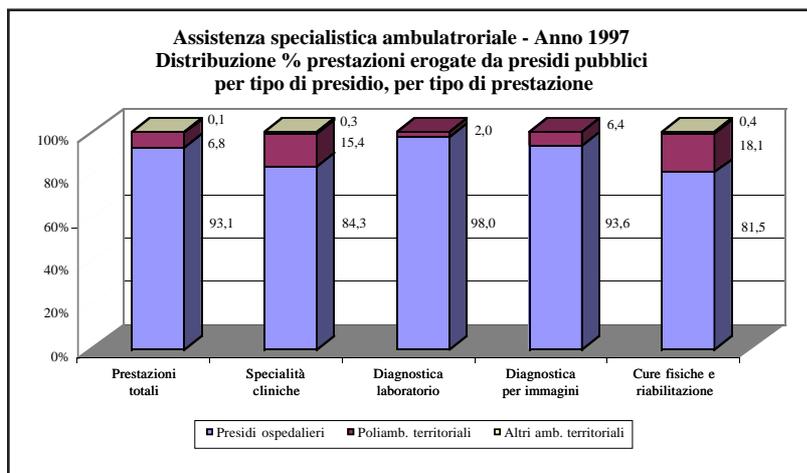
TIPO DI PRESTAZIONI	% prestazioni pubbliche
- Prestazioni totali	77,9
- Specialità cliniche totali	90,1
di cui: - odontostomatologia	71,9
- neurologia	73,7
- dermosifilopatia	80,4
- cardiologia	84,3
- chirurgia vascolare - angiologia	84,4
- Diagnostica di laboratorio	86,9
- Diagnostica per immagini e trattamenti radiologici	78,0
- Medicina fisica e riabilitazione	35,3



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

All'interno del settore pubblico emerge il ruolo predominante degli ambulatori ospedalieri, mentre i poliambulatori territoriali, pur rappresentando il 49% della totalità dei presidi pubblici, soddisfano quote sempre di gran lunga minoritarie del mercato pubblico, anche in quelle aree che non comportano organizzazioni e tecnologie complesse, quali la riabilitazione e le specialità cliniche, rispetto alle quali rivestono un ruolo importante limitatamente all'erogazione di prestazioni afferenti alle specialità di dermosifilopatia, oculistica, odontostomatologia e otorinolaringoiatria.

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



TEMPI DI ATTESA Materiali e metodi

Il DPCM del 19.5.1995 relativo alla Carta dei Servizi e la Legge 724/94 (art.3, comma 8), hanno introdotto la previsione della gestione e del controllo dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quali indicatori sia della capacità di soddisfare la domanda da parte degli erogatori pubblici, sia come percezione della qualità e dell'efficienza del servizio da parte dell'utente.

In previsione dell'attuazione degli adempimenti regionali previsti dal DL 124/98, è stata effettuata, con riferimento all'anno 1997, una prima rilevazione sperimentale dei tempi di attesa relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche.

Per "tempo di attesa" si sono considerati i giorni intercorrenti fra il momento della richiesta della prestazione e il primo giorno utile nel quale questa può essere fornita in una qualsiasi struttura gestita direttamente dall'Azienda pubblica, supponendo che il sistema di prenotazione dell'Azienda stessa possa orientare il richiedente presso la struttura che presenta il minore tempo di attesa e che il paziente possa comunque optare, a sua discrezionalità, per un'altra sede che presenta tempi di attesa più lunghi.

La rilevazione è stata circoscritta ad un elenco di prestazioni "traccianti", in quanto ritenute di effettiva significatività clinica e sociale ed in ordine alle quali maggiormente si pone l'esigenza di verificare i tempi di attesa e di risolvere eventuali problemi derivanti da una loro eccessiva dilatazione.

Primi risultati

È stato inoltre fissato come standard un tempo di attesa massimo di 30 giorni (salvo alcune prestazioni per le quali è previsto uno standard di 45 giorni), ritenuto congruo sulla base di criteri di efficacia e di appropriatezza del livello di assistenza da garantire, da una parte, e di soddisfazione delle aspettative dei cittadini, dall'altra.

Dall'analisi dei tempi di attesa segnalati dalle 23 Aziende regionali (21 Aziende ULSS e 2 Aziende Ospedaliere) emerge che:

- Le aree di criticità più diffusa, con tempi di attesa superiori allo standard in oltre il 50% delle Aziende, si manifestano per le seguenti prestazioni:
 - mammografia bilaterale e monolaterale ed ecografia dell'addome superiore ed inferiore (branca di radiodiagnostica)
 - elettromiografia (branca di neurologia)
 - ecografia cardiaca (branca di cardiologia)
 - eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (branca di angiologia)
- In particolare si segnalano le seguenti situazioni in cui i tempi di attesa superano il doppio dello standard:
- per la mammografia bilaterale (standard 45 giorni): 9 Aziende, con un massimo di 278 giorni
 - per la mammografia monolaterale (standard 45 giorni): 8 Aziende, con un massimo di 222 giorni
 - per l'ecografia dell'addome superiore (standard 30 giorni): 11 Aziende, con un massimo di 180 giorni
 - per l'ecografia dell'addome inferiore (standard 30 giorni): 10 Aziende, con un massimo di 180 giorni
 - per l'elettromiografia (standard 30 giorni): 12 Aziende, con un massimo di 240 giorni
 - per l'ecografia cardiaca (standard 30 giorni): 11 Aziende, con un massimo di 210 giorni
 - per l'eco(color)doppler dei tronchi sovraortici (standard 30 giorni): 10 Aziende, con un massimo di 300 giorni.
- Le branche specialistiche con tutte le prestazioni "traccianti" garantite entro i tempi fissati come standard in almeno l'80% delle Aziende sono:
 - dermosifilopatia
 - odontostomatologia
 - ostetricia e ginecologia
 - otorinolaringoiatria
 - pneumologia
 - medicina nucleare
 - urologia, esclusa la visita generale.
 - La maggior parte delle Aziende garantisce inoltre entro i tempi massimi fissati le seguenti prestazioni "traccianti" più richieste:
 - elettrocardiogramma
 - radiografia del torace di routine
 - elettroencefalogramma
 - test funzionali obiettivi dell'occhio

In mancanza di dati di consumo complessivi riferiti alla popolazione residente e di dati puntuali sulla dotazione di risorse dedicate alla erogazione delle diverse prestazioni risulta impossibile giungere ad una valutazione corretta dei dati descritti precedentemente.

Va innanzitutto considerato che si tratta di una prima rilevazione sperimentale, oltretutto effettuata su dati retrospettivi, che inevitabilmente sconta l'inadeguatezza o l'impreparazione dei sistemi informativi aziendali a rispondere ad ogni nuova richiesta di dati e le possibili diverse interpretazioni a livello locale.

Da un primo confronto con i dati di consumo segnalati dalle diverse Aziende non emerge nessuna correlazione significativa né diretta né inversa, anche se nel complesso parrebbe che ad eleva-

ti tempi di attesa siano più frequentemente associati bassi livelli di consumo, il che suggerirebbe la necessità di operare sul fronte dell'offerta, razionalizzandone l'organizzazione, piuttosto che sul fronte della domanda, contenendone la pressione.

La **valorizzazione economica**, e cioè il valore della produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel territorio regionale a carico del SSR, calcolato sulla base delle tariffe del Tariffario Regionale vigente al 1997, è stimata all'incirca in poco meno di 890 miliardi di lire (la cifra comprende anche la stima relativa alla produzione dell'Azienda ULSS di Rovigo sulla base dei valori medi regionali sia di consumo che di valore).

Tale valorizzazione è da ritenersi sottostimata per i motivi riportati nella "Premessa metodologica".

La quota relativa al settore privato pre-accreditato rappresenta circa il 18% del totale (164 miliardi circa).

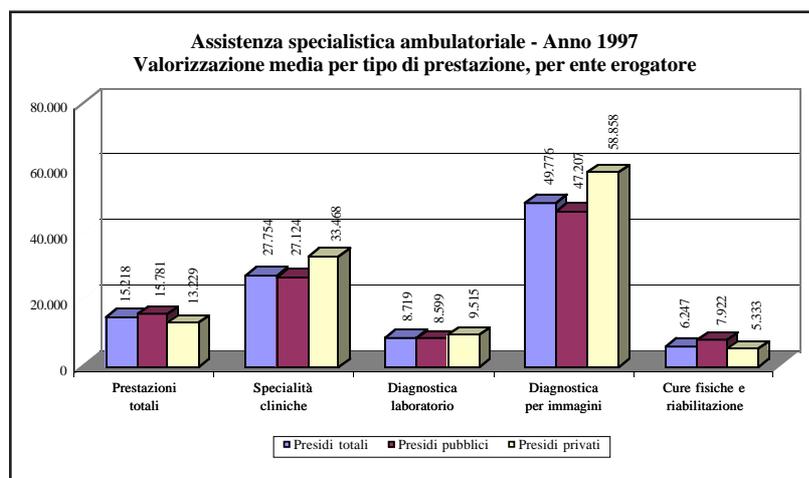
La minore valorizzazione media complessiva delle prestazioni erogate dal privato è associata al corrispondente mix produttivo, caratterizzato da un peso superiore rispetto al pubblico delle prestazioni a più bassa valorizzazione (cure fisiche e riabilitazione).

Passando all'analisi per grandi classi di prestazioni omogenee emerge una generalizzata mag-

giore valorizzazione media delle prestazioni erogate dai presidi pre-accreditati, fatta eccezione per la medicina fisica e riabilitazione.

È verosimile che tali differenze siano da attribuire al mancato conteggio, fra le prestazioni private, di quelle erogate al di sotto della franchigia di 70.000 lire, anche se non si può escludere che possano derivare da una maggiore accuratezza degli operatori privati nella registrazione delle prestazioni rese o ad una selezione a favore delle prestazioni più complesse o a più ampio margine di reddito.

La **spesa** sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale per garantire il livello di assistenza specialistica ambulatoriale ai propri residenti (depurato della mobilità interregionale attiva e passiva) ammonta complessivamente, per l'anno 1997, a circa 800 miliardi; per l'analisi a livello territoriale si rimanda al capitolo successivo "Impatto economico-finanziario delle politiche assistenziali".



FONTI

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

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.4.1/A, TAVOLA 4.4.2/A, TAVOLA 4.4.3/A, TAVOLA 4.4.4/A, TAVOLA 4.4.5/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 4.4.5/R, TAVOLA 4.4.6/R, TAVOLA 4.4.7/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.5 Assistenza riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78

PREMESSA

La trattazione che segue riguarda servizi e interventi di assistenza riabilitativa rivolti ad un'utenza indifferenziata o mista, mentre per quelli a favore di fasce di popolazione con problematiche specifiche (tossicodipendenti, pazienti psichiatriche, anziani, portatori di handicap) si rimanda alla successiva analisi per progetti obiettivo; in particolare il presente paragrafo prende in considerazione:

- *Assistenza specialistica in regime ambulatoriale* - Centri ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78
- *Prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno* - Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali ex art. 26 L. 833/78

DOTAZIONE STRUTTURALE, ATTIVITÀ, PERSONALE

Le strutture sono distribuite in misura equilibrata a livello provinciale, fatta eccezione per la provincia di Rovigo che non ha nessuna struttura per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78.

Limitando l'analisi alle 11 strutture per cui sono disponibili dati di utenza, attività e personale si segnalano le seguenti caratterizzazioni di questo tipo di assistenza:

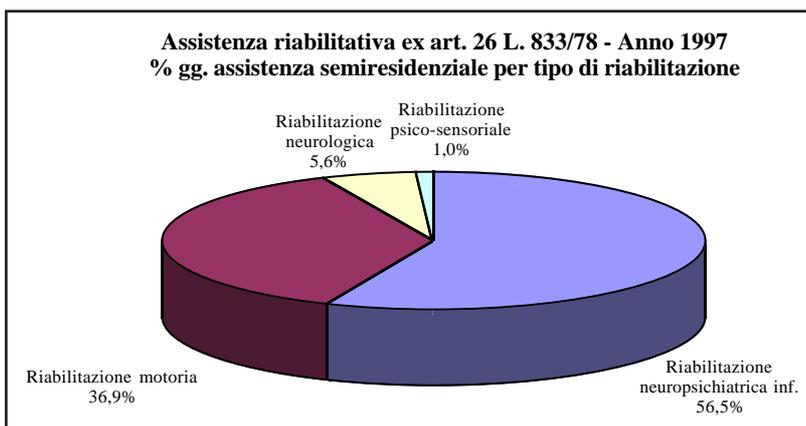
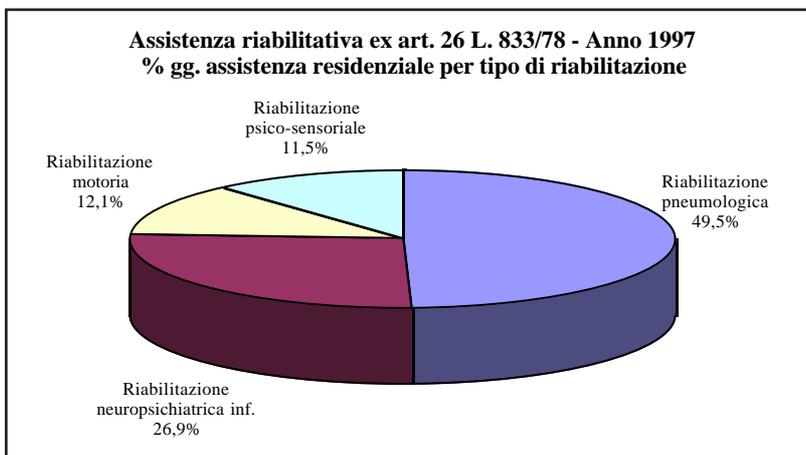
- la quasi totalità delle strutture garantisce l'assistenza ambulatoriale (unica eccezione è data dall'Istituto Pio XII di Misurina - ULSS 1), mentre solo 7 strutture assicurano assistenza semiresidenziale e solo 5 assistenza residenziale;
- nel complesso, la maggior parte dell'attività è dedicata alla riabilitazione a bambini con problemi di natura neuropsichiatrica e a persone con problemi motori; in particolare

Assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78 - Quadro sintetico - Anno 1997

Dotazione strutturale al 31.12		
- n. strutture		14
Utenza (*)		
- n. utenti	assistenza residenziale	406
	assistenza semiresidenziale	410
Attività (*)		
- n. gg. assistenza	assistenza residenziale	30.541
	assistenza semiresidenziale	70.274
- n. accessi ambulatoriali		131.384
Personale (*)		
- n. ore lavorate totali		729.621

(*) Mancano i dati relativi a 3 strutture:

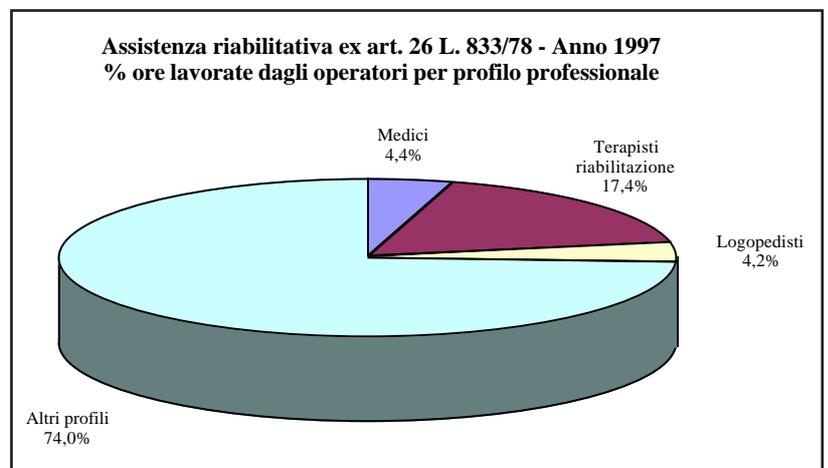
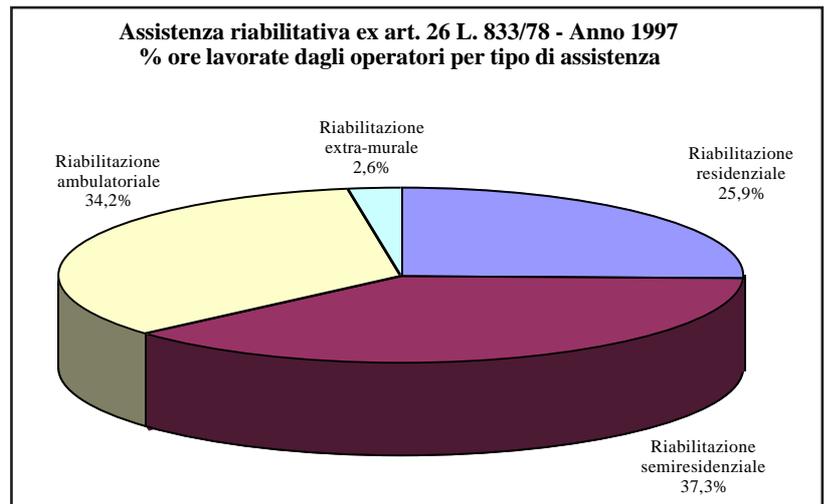
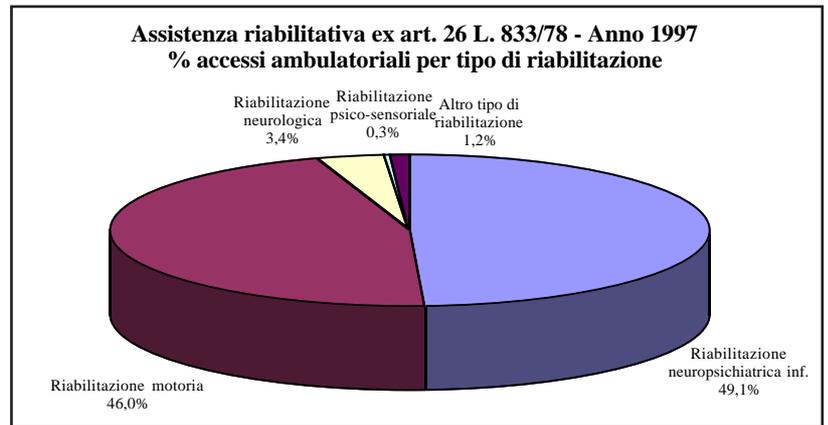
- AISM di Rosà - ULSS 3, AISM e UILDM di Padova - ULSS 16



questi due tipi di riabilitazione assorbono la quasi totalità degli interventi svolti in regime semiresidenziale e ambulatoriale, mentre l'assistenza residenziale risulta più diversificata, con l'esclusiva per la riabilitazione pneumologica, ma rispondendo anche in misura significativa alla domanda di riabilitazione, oltre che per problemi di natura neuropsichiatrica infantile e motoria, anche per problemi psico-sensoriali. Da segnalare, infine, l'assenza in questo tipo di strutture di attività di riabilitazione cardiologica;

- l'impegno degli operatori è equamente distribuito fra assistenza residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, mentre residuale è quello assorbito dall'assistenza extramurale e domiciliare;
- la distribuzione delle ore lavorate per profilo, con la netta prevalenza di professionalità non specifiche per la riabilitazione,

parrebbe suggerire modelli di intervento finalizzati alla custodia e mantenimento più che al recupero e alla rieducazione funzionale.



FONTI

- Regione Veneto - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Servizio Informatico Socio-Sanitario - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modello RIA.11

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.5.1/A, TAVOLA 4.5.2/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 4.5.3/R, TAVOLA 4.5.4/R

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

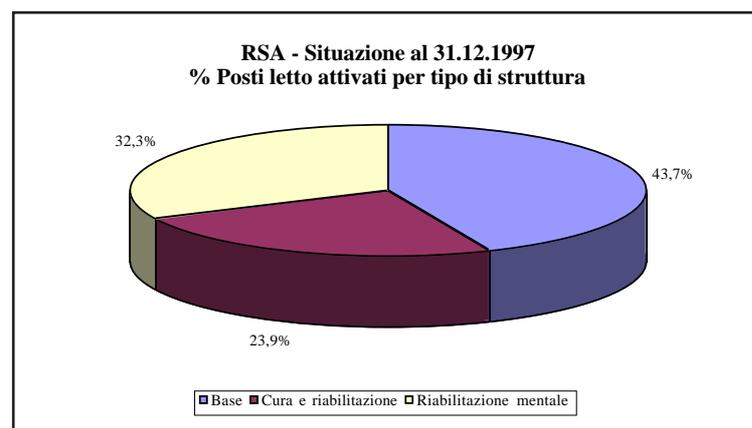
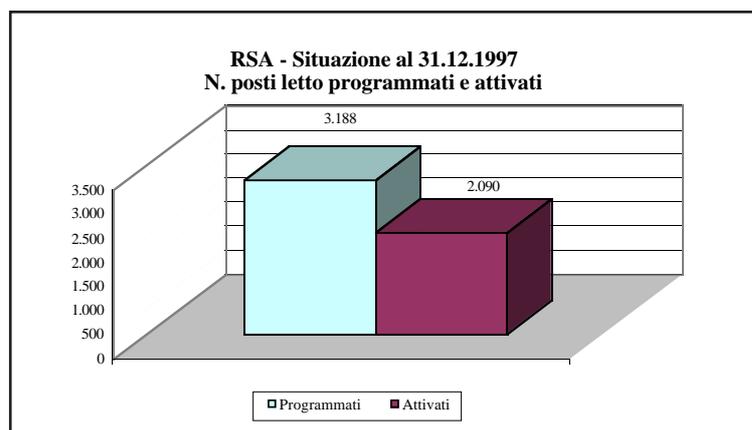
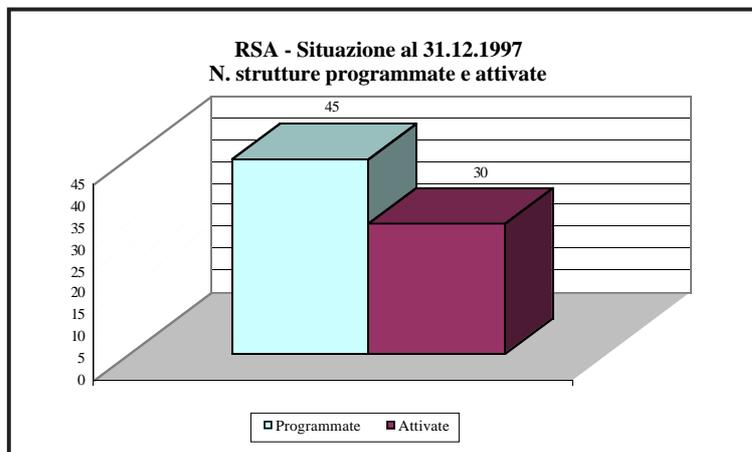
4.6 Assistenza in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

La DGR n. 3056/95 individua il procedimento amministrativo di autorizzazione all'attivazione di RSA, nonché a fornire linee guida alle Aziende ULSS per la prima fase di avvio e di attività delle stesse, derivanti dalla riconversione, totale o parziale, di strutture ospedaliere, compresi Ospedali Psichiatrici e Case di Salute, pubbliche e private convenzionate. Il provvedimento individua nella Giunta regionale l'Ente autorizzativo, sulla base di istruttorie effettuate dalle Aziende ULSS, circa il possesso degli standard strutturali e organizzativi (personale).

DOTAZIONE STRUTTURALE

A livello medio regionale il processo di attivazione delle RSA è giunto a tre quarti del completamento, ma la situazione è diversificata a livello territoriale:

- le ULSS 3, 4, 5, 9, 12, 16, 18, e 22 hanno attivato tutte le RSA previste
- nelle ULSS 1, 6 e 15 devono ancora essere attivate 2 o più strutture
- per le altre ULSS, fatta eccezione per le ULSS 10, 19 e 21 per cui non sono previste RSA, rimane da attivare 1 struttura.p



FONTI

- Regione Veneto - Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.4.1/A

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.1 Assistenza in regime di ricovero ordinario e diurno

NORMATIVA

Con DGR n. 2223/95, in attuazione della LR n. 39/93, si è compiuta un'ulteriore fase del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata del Veneto riducendo lo standard complessivo a 6,4 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 5,6 per il pubblico pari a 24.774 posti letto e 0,8 per il privato pari a 3.277 posti letto.

Successivamente, la legge finanziaria per l'anno 1996 (L n. 549/95), relativamente all'assistenza ospedaliera, ha stabilito:

- una dotazione media di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui l'1 per 1.000 riservato a riabilitazione e a lungodegenza post-acuzie;
- l'obbligo per le Regioni di disattivare o riconvertire gli ospedali che non raggiungono la dotazione minima di 120 posti letto, esclusi quelli specializzati;
- un'organizzazione interna secondo il modello dipartimentale.

In sede di conversione del DL n. 280/96, la L n. 382/96 ha disposto, tra l'altro, che: "le Regioni entro il 31 dicembre 1996 con apposito atto programmatico di carattere generale anche a stralcio del Piano Sanitario Regionale, provvedono a ristrutturare la rete ospedaliera, prevedendo l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% in media annua ed adottando lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui l'1 per 1.000 riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, con un tasso di ospedalizzazione di 160 per mille". Alla mancata adozione del predetto atto programmatico a decorrere dal 1997 e fino all'adozione dello stesso, è stata collegata una penalizzazione economica per la Regione in sede di riparto del fondo sanitario nazionale pari al 2% della quota spettante. Gli standard predetti sono stati recepiti, al fine dell'adeguamento, con LR n. 6/97.

A completamento del quadro normativo sopra illustrato, si ricorda che la legge finanziaria per l'anno 1997 (L n. 662/96) prevede che:

- nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera, i direttori generali delle aziende ospedaliere o delle Unità Sanitarie Locali interessate provvedono alla riduzione dei posti letto nelle unità operative che nell'ultimo triennio hanno mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore al 75%, fatta eccezione per terapia intensiva, rianimazione, malattie infettive, attività di trapianto di organi e di midollo osseo e unità spinali, in misura tale da assicurare il rispetto di detto tasso di occupazione, e rideterminano, conseguentemente, le dotazioni organiche, anche in deroga, al solo fine della loro riduzione. Fino a quando non sono esperite le suddette procedure è fatto divieto di procedere alle assunzioni di personale. Nel rispetto del tasso di ospedalizzazione del 160 per mille, i direttori generali delle aziende ospedaliere o delle unità sanitarie locali assicurano che la riduzione prevista non sia inferiore al 20% del numero dei posti letto per ciascuna unità operativa ospedaliera interessata;
- le Regioni possono fissare un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 75% destinando una quota parte dei risparmi derivanti dalla conseguente riduzione dei posti letto all'assistenza domiciliare medicalmente assistita. Le Regioni possono altresì fissare un tasso di occupazione di posti letto inferiore al 75% negli ospedali situati nelle isole minori e nelle zone montane particolarmente disagiate;
- i posti letto riservati all'esercizio della libera professione intramuraria e all'istituzione delle camere a pagamento, concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti.

Per quanto concerne quest'ultimo punto, si ricorda che il DLvo n. 517/93 stabilisce che: "all'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione in una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento".

Al fine di coordinare le iniziative dei Direttori Generali, responsabili insieme alle Regioni dell'applicazione delle predette norme, con il processo di programmazione regionale della rete ospe-

**DOMANDA
DI RICOVERO
ESPRESSA E
SODDISFATTA**

daliera pubblica e privata, con DGR n. 723/97 la Regione Veneto ha emanato specifiche direttive che, fra l'altro, prevedono la riorganizzazione delle dotazioni ospedaliere di ciascuna azienda in applicazione degli standard relativi al tasso di occupazione di posti letto non inferiore al 75% e del tasso di ospedalizzazione del 160 per mille abitanti.

Per il 1997, per la prima volta, è possibile calcolare il tasso di ospedalizzazione per la popolazione residente nel Veneto.

Tale indicatore esprime la domanda di ricovero ospedaliero espressa dai cittadini veneti che ha trovato soddisfazione, indipendentemente dal luogo dove ciò è avvenuto.

Il valore del tasso di ospedalizzazione dei residenti in regione, presentato di seguito, risulta leggermente sottostimato in quanto non comprende:

- i cicli di ricovero diurno che cittadini veneti hanno effettuato presso ospedali di altre regioni;
- i ricoveri all'estero, in regime di ricovero ordinario e diurno;
- i ricoveri presso le case di cura non accreditate, che non hanno inviato le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Per quanto riguarda il primo punto, che rappresenta sicuramente la quota più consistente della sottostima, nell'ipotesi che la fuga di residenti in Veneto verso strutture ospedaliere di altre regioni per ottenere trattamenti di ricovero diurno sia pari all'attrazione di cittadini di altre regioni per lo stesso tipo di prestazioni, la sottostima sarebbe dell'ordine di 17.000 cicli circa, pari all'1,6 per 1.000 dei ricoveri complessivi considerati, e quindi di fatto ininfluenza sul tasso considerato nella presente analisi.

Il tasso di ospedalizzazione totale dei residenti in Veneto ammonta a 238 ricoveri/cicli per 1.000 residenti, valore che supera di oltre il 48% lo standard del 160 per 1.000, indicato dalla programmazione regionale e nazionale.

L'analisi territoriale mostra valori sistematicamente più alti per tutte le ULSS e, fatta eccezione per poche situazioni, una relativa omogeneità dei tassi complessivi di ricovero;

gli scostamenti più significativi dalla media riguardano, da una parte, le ULSS 14 e 18, con i valori più elevati e, dall'altra, le ULSS 4, 6 e 9, con i valori più bassi.

Considerando i dimessi per regime di ricovero, si osserva un rapporto medio di 3 a 1 fra degenza ordinaria e trattamento in ricovero diurno.

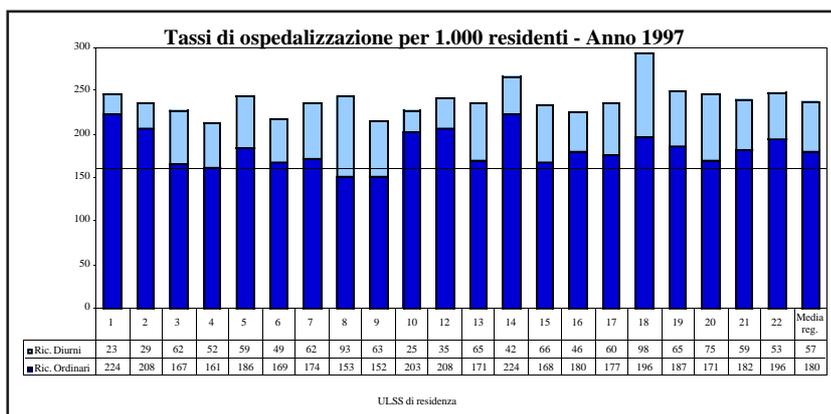
Dall'analisi a livello territoriale dei tassi di ospedalizzazione per tipologia di regime di ricovero, emerge una forte disomogeneità fra le ULSS, legata presumibilmente sia alle scelte specifiche di programmazione locale (verso un maggior o minor sviluppo dell'attività di ricovero diurno), sia alle diverse caratteristiche geo-morfologiche e demografiche.

In particolare si nota come il tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario dei residenti nelle ULSS 8 e 9 sia leggermente inferiore al 160 per 1.000, mentre i più alti tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario si hanno tra i residenti nelle ULSS 14 e 1.

Per quanto riguarda il ricovero diurno, i tassi di ospedalizzazione più alti si osservano per le ULSS 8 e 18, dove si ha più di un ricovero diurno ogni 2 ricoveri ordinari, mentre i valori più bassi si hanno nelle ULSS della provincia di Belluno e nell'ULSS 10, in cui il rapporto fra ricoveri diurni e ricoveri ordinari è dell'ordine di 1 a 10.

L'analisi della mobilità dei ricoveri ospedalieri riveste un notevole interesse, in particolare sotto due punti di vista:

- consente di individuare i bacini di utenza reali dei singoli presidi ospedalieri, facendo emer-



**MOBILITÀ
DEI RICOVERI**

gere eventuali incongruenze nella suddivisione territoriale in ULSS;

- può fornire utili indicazioni di massima sulla adeguatezza quantitativa, ma anche qualitativa nella dotazione di servizi ospedalieri dei diversi territori, cogliendo indirettamente il grado di soddisfazione da parte dei cittadini.

Nel 95% dei casi la domanda di ricovero ordinario espressa da cittadini veneti ha trovato soddisfazione presso presidi ospedalieri della regione. Del rimanente 5% (40.151 residenti in Veneto dimessi da strutture ospedaliere di altre regioni) circa il 75% si è rivolto ad ospedali della regione Friuli Venezia Giulia (35%), Lombardia ed Emilia-Romagna (rispettivamente ciascuna poco più del 20%), mentre le altre regioni appaiono “attrarre” solo marginalmente e occasionalmente i residenti in Veneto (percentuali di dimessi extraregione tutte sotto il 5%).

Considerando i flussi di ricovero in uscita sia infraregionali (verso altre ULSS del Veneto) sia extraregionali (verso altre regioni italiane), le percentuali più alte di fuga di residenti, con oltre il 30% dei ricoveri fuori ULSS, si osservano per le ULSS 2, 10, 13, 14, 17, 19 e 21.

Mentre per l’ULSS 10

più della metà dei residenti che si ricoverano fuori ULSS, si rivolge a strutture fuori Veneto (47% verso il Friuli Venezia Giulia), per le altre ULSS prevale la fuga infraregionale.

Considerando ancora la fuga verso altre regioni, oltre ai residenti dell’ULSS 10, emerge la percentuale di ricovero fuori regione particolarmente elevata (quasi tripla rispetto alla media regionale), per i residenti nell’ULSS 18 che si sono rivolti nel 40% dei casi verso strutture ospedaliere della regione Emilia Romagna e per un altro 7% verso la regione Lombardia.

Il fenomeno della fuga infraregionale risulta consistente per la maggioranza delle ULSS: le percentuali più elevate sono espresse dai residenti nelle ULSS 2, 5, 13, 14, 15, 17, 19 e 21, con oltre un quarto di ricoveri in altre ULSS della regione, mentre, all’opposto, i livelli di fuga infraregionale più contenuti, inferiori al 15%, sono registrati per i residenti nelle ULSS 1, 7, 16 e 18.

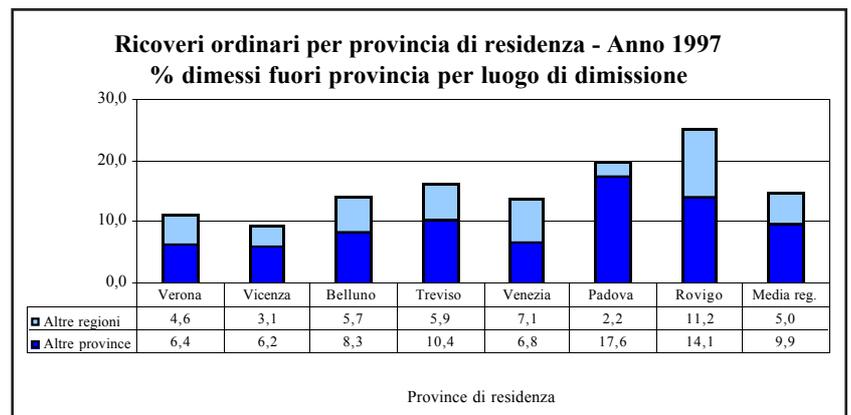
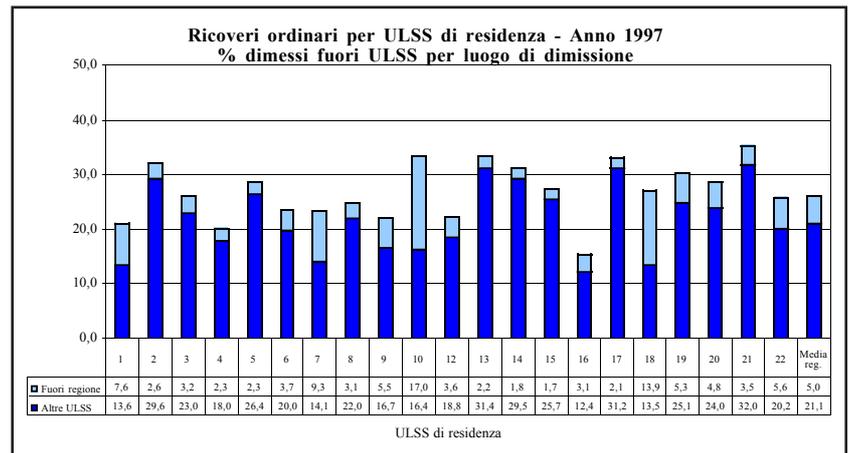
Spostando l’analisi a livello provinciale, gli indici di fuga infraregionale si dimezzano: per la metà dei ricoveri in uscita verso altre ULSS si tratterebbe quindi di “fughe programmate” verso i poli regionali con funzioni sovrazionali.

Il fenomeno della fuga dei ricoveri nel suo

complesso (infra ed extraregionale) a livello provinciale fa emergere due situazioni critiche:

- la provincia di Rovigo con indici di fuga elevati sia verso altre provincie della regione, sia, soprattutto, verso strutture di altre regioni;
- la provincia di Padova con il più elevato indice di fuga infraregionale, in particolare verso la provincia di Venezia, cui si accompagna il più basso indice di fuga extraregionale.

La provincia di Venezia ha anch’essa una fuga fuori regione superiore alla media regionale, so-



ATTRAZIONE

prattutto verso il Friuli Venezia Giulia (ULSS 10), ma anche verso Lombardia ed Emilia Romagna (ULSS 12 e 14), mentre la fuga infraregionale è più bassa e allineata a Vicenza e Verona. Quest'ultime due provincie, avendo anche una fuga fuori regione inferiore alla media regionale, si situano ai livelli più bassi nella graduatoria di fuga. Treviso, e Belluno si caratterizzano per una fuga infraregionale ed extra regionale equivalente ai valori medi regionali.

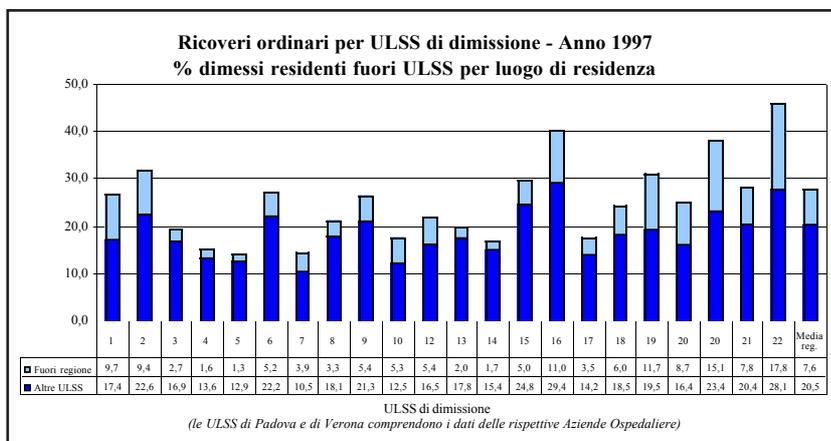
L'esame dei dimessi da presidi ospedalieri delle ULSS regionali per provenienza consente di individuare i bacini di utenza reali degli stessi.

Dagli indici di attrazione si osserva nel complesso una buona capacità attrattiva delle strutture ospedaliere del Veneto: il 7,6% dei dimessi proviene

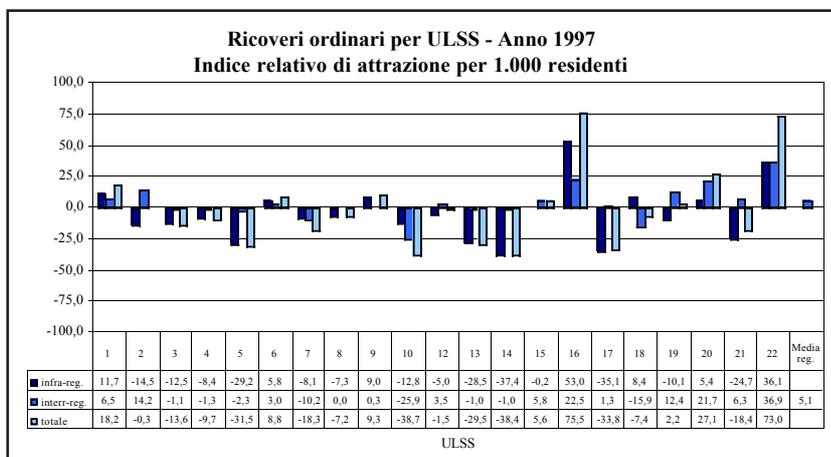
da altre regioni, determinando un saldo complessivo positivo per la regione.

Oltre il 50% dell'attrazione extraregionale è spiegato dalle due Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona e dall'ULSS 22, per cui appaiono determinanti nell'attrarre ricoveri due importanti presidi privati (Ospedale classificato Sacro Cuore di Negrar e Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda) che attraggono dalle regioni confinanti con il Veneto (Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna), ma anche in modo particolare da Puglia e Sicilia.

Anche a livello infraregionale i livelli di attrazione più elevati sono esercitati dalle due Aziende Ospedaliere e dai presidi privati dell'ULSS 22.



Per cogliere la capacità di polarizzazione delle strutture sui propri residenti e il bacino d'utenza effettivo della struttura, occorre tenere in considerazione oltre all'attrazione di non residenti anche il grado di "non soddisfazione", esemplificato dalla fuga verso altre strutture, dei residenti.



Risulta, perciò, un buon indicatore della capacità di attrazione della popolazione residente, la differenza tra le persone che preferiscono rivolgersi a quell'ospedale anche se non del proprio territorio e coloro che dal proprio territorio si sono rivolti al di fuori; tale indice, rapportato alla popolazione residente che potenzialmente potrebbe fruire del servizio, consente di sintetizzare la "polarizzazione" del presidio ospedaliero, cioè determinare il numero di persone che mediamente si rivolgono alla struttura sanitaria rispetto ai propri residenti.

Dall'analisi territoriale emerge che 4 provincie (Verona, Vicenza, Belluno e Venezia) sono poli attrattivi per i propri residenti, mentre Rovigo, ma anche Padova e Treviso lo sono meno; in particolare:

- la provincia di **Verona** risulta senza dubbio un polo attrattivo per i residenti in altre regioni, un po' meno per i propri residenti per cui si osserva un saldo attrazione-fuga negativo; L'ULSS che attrae di più è l'ULSS 22 che attrae in eguale misura sia all'interno della regio-

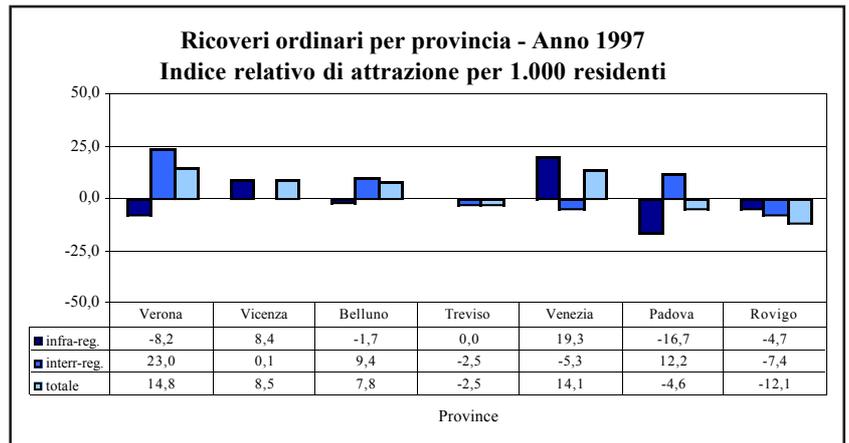
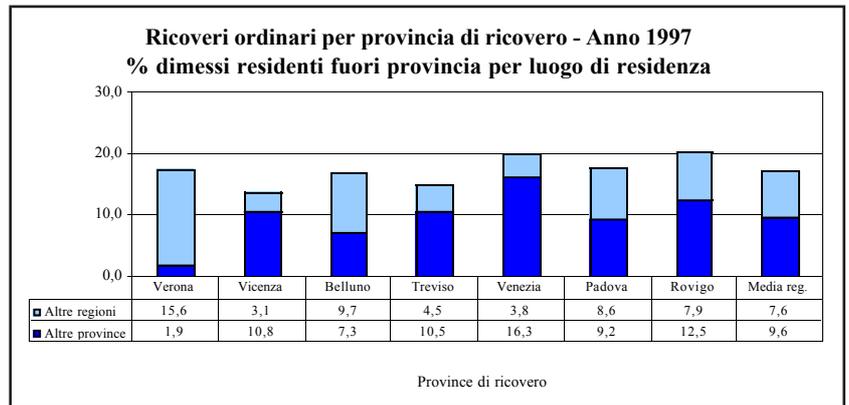
INDICE SINTETICO ATTRAZIONE-FUGA

ne, soprattutto dall'ULSS 21, che da fuori regione;

- la provincia di **Belluno** risulta anch'essa un polo attrattivo soprattutto extraregionale, in quanto entrambe le ULSS attraggono da fuori regione, mentre, pur essendo l'ULSS 1 un forte polo attrattivo all'interno della regione soprattutto nei confronti dell'ULSS 2, persiste una fuga da entrambe le ULSS verso altre province;

- la provincia di **Vicenza** risulta essere un polo attrattivo solo infraregionale e in particolare l'ULSS 6, capoluogo di provincia, attrae i residenti nelle ULSS confinanti;

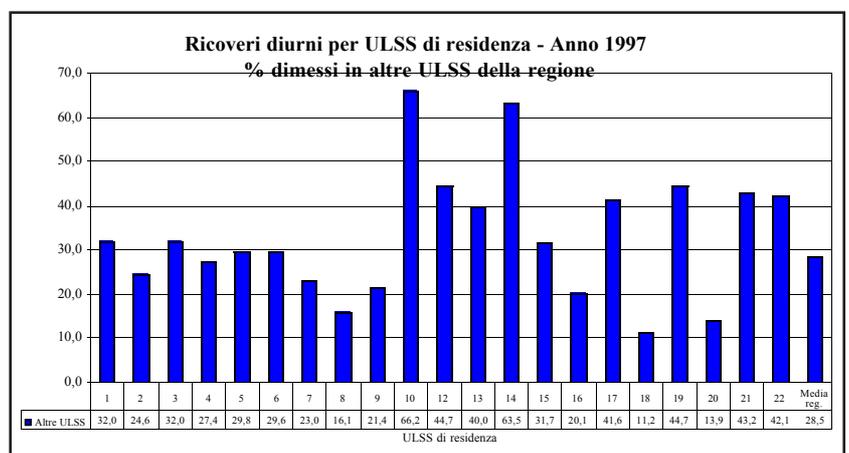
- la provincia di **Venezia** risulta un polo attrattivo per i propri residenti e come per Vicenza, l'ULSS 12, capoluogo di provincia, attrae molto dalle ULSS limitrofe e all'interno della regione;
- la provincia di **Padova**, pur essendo un forte polo attrattivo extraregionale, grazie soprattutto all'Azienda Ospedaliera che risulta anche polo di richiamo infraregionale e in parte all'ULSS 15, non appare in generale un polo attrattivo per i propri residenti che preferiscono rivolgersi a strutture fuori provincia;
- la provincia di **Treviso** non risulta un polo attrattivo in quanto non riesce a compensare la forte fuga dei residenti, soprattutto dell'ULSS 7, verso il Friuli-Venezia Giulia, mentre l'ULSS 9, capoluogo di provincia risulta un polo attrattivo anche per le ULSS confinanti;
- la provincia di **Rovigo** non è un polo attrattivo per i propri residenti sebbene l'ULSS 18 attragga la popolazione delle due ULSS limitrofe (ULSS 17 e 19) e l'ULSS 19 attragga anche dalla confinante regione Emilia Romagna.



Ricoveri diurni FUGA

L'analisi dei tassi di fuga per i ricoveri in regime diurno è possibile limitatamente ai ricoverati in strutture sanitarie della regione Veneto.

Gli indici di fuga infraregionale mettono in evidenza una maggior mobilità dei cittadini per ricovero diurno rispetto a quanto osservato per il ricovero ordinario e una maggior disomogeneità tra le ULSS.

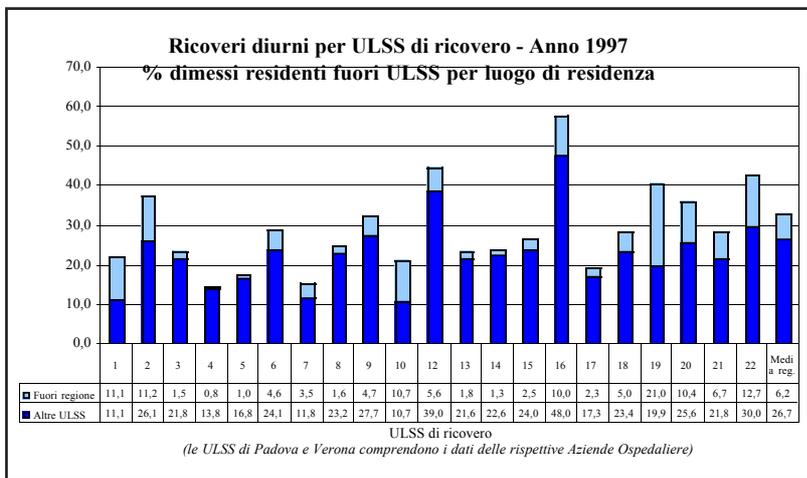


ATTRAZIONE

Come già detto, tale maggiore disomogeneità a livello territoriale è presumibilmente legata sia alle scelte specifiche di programmazione locale (verso un maggior o minor sviluppo di questa attività) che all'accuratezza di una rilevazione su un'attività avviata da pochi anni. Come per i ricoveri ordinari, gli indici di fuga più elevati sono fatti registrare dai residenti nelle ULSS 10 e 14, che gravitano rispettivamente verso l'ULSS 9, i primi e verso l'Azienda Ospedaliera di Padova, i secondi, mentre quelli più contenuti si osservano per le ULSS 18, 20 e 8, situazioni che hanno sviluppato maggiormente l'attività di ricovero diurno.

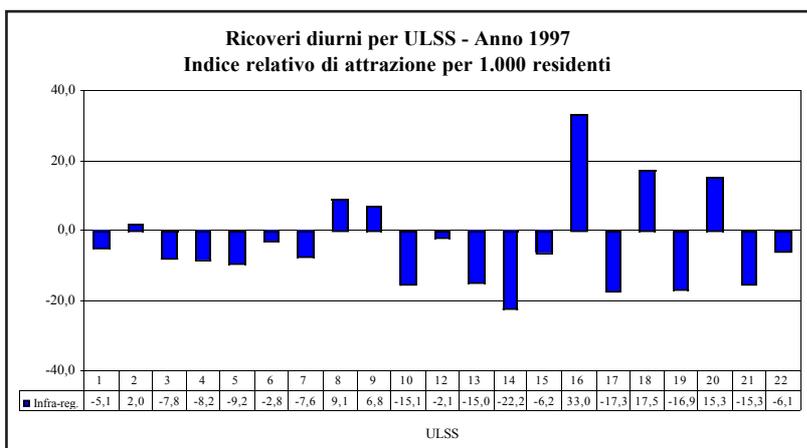
Gli indici di attrazione extraregione per ricovero diurno appaiono inferiori a quelli registrati per ricovero ordinario, in conseguenza evidentemente della minore disponibilità da parte dei cittadini, prevalentemente anziani, ad affrontare i disagi di ripetuti trasferimenti per cicli di prestazioni di un giorno.

L'ULSS che attrae maggiormente da fuori regione è l'ULSS 19, seguita ancora dall'ULSS 22 e dalle due ULSS con l'Azienda Ospedaliera.



INDICE SINTETICO ATTRAZIONE-FUGA

L'indice relativo di attrazione evidenzia probabilmente proprio la capacità delle ULSS di sviluppare questo tipo di attività: sono solo sei le ULSS che risultano polo di attrazione infra-regionale.



DOTAZIONE STRUTTURALE Quadro regionale

Il quadro dei servizi di ricovero ospedaliero riferito al 1997 conferma alcune peculiarità generali del modello organizzativo veneto:

- una dotazione complessiva di posti letto ancora al di sopra dello standard fissato a livello nazionale (6,1 posti letto per 1.000 abitanti contro i 5,5 indicato dalla Legge finanziaria per il 1996);
- la netta prevalenza del pubblico, che gestisce direttamente più dell'86% dei posti letto complessivi;
- la diffusione capillare dei servizi, con un bacino di utenza medio di 47.500 abitanti circa, riferito ai presidi totali, e di 66.700 abitanti con riferimento al solo settore pubblico;
- collegata a quest'ultima caratteristica è, infine, la presenza consistente di presidi di dimensione medio-piccola (oltre la metà dei presidi pubblici e la quasi totalità dei presidi privati ha meno di 250 posti letto).

Per quanto riguarda gli aspetti più orientati all'innovazione e all'adeguamento dell'organizzazione ospedaliera ai nuovi bisogni di assistenza e all'esigenza di controllo e razionalizzazione della spesa si segnalano alcune importanti carenze nella dotazione di:

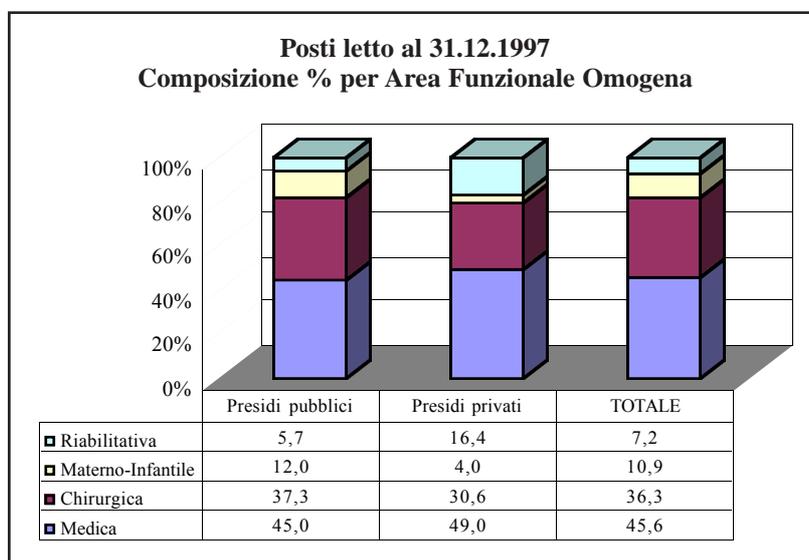
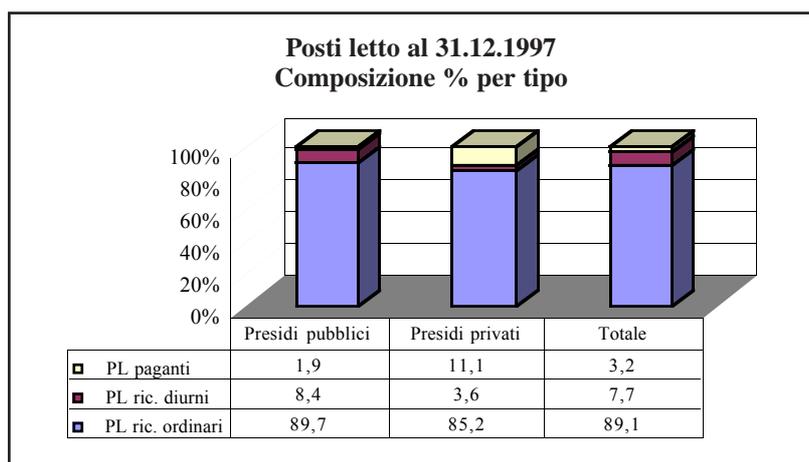
Assistenza ospedaliera - Dotazione strutturale - Al 31.12.1997

		TIPOLOGIA DI PRESIDIO							Presidi totali
		Strutture Ospedaliere di ULSS	Aziende Ospedaliere	Sub-totale presidi pubblici	Ospedali Classificati	CdC presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Sub-totale presidi privati	
PRESIDI									
- Totali	n.	65	2	67	7	4	16	27	94
	%	69,1	2,1	71,3	7,4	4,3	17,0	28,7	100,0
	n. res. x presidio	68.756	2.234.578	66.704	638.451	1.117.289	279.322	165.524	47.544
di cui:									
< 120 posti letto	n.	14		14	2		11	13	27
120-249 posti letto	n.	22		22	4	3	5	12	34
250-599 posti letto	n.	20		20	1	1		2	22
=> 600 posti letto	n.	9	2	11				0	11
POSTI LETTO									
- Totali	n.	18.871	4.761	23.632	1.373	792	1.650	3.815	27.447
	%	68,8	17,3	86,1	5,0	2,9	6,0	13,9	100,0
	x 1.000 res. (1)	4,22	1,07	5,29	0,31	0,18	0,37	0,85	6,14
	x 1.000 res. (2)	4,22	1,07	5,29	0,31	0,16	0,29	0,76	6,05
di cui:									
in regime ordinario	n.	16.830	4.361	21.191	1.303	698	1.251	3.252	24.443
in regime diurno	n.	1.675	306	1.981	70	35	33	138	2.119
paganti	n.	366	94	460	0	59	366	425	885
di cui:									
area FO medica	n.	8.585	2.054	10.639	595	342	934	1.871	12.510
area FO chirurgica	n.	6.874	1.932	8.806	359	333	474	1.166	9.972
area FO materno-infantile	n.	2.105	734	2.839	97	39	16	152	2.991
Sub-totale acuti	n.	17.564	4.720	22.284	1.051	714	1.424	3.189	25.473
	x 1.000 res. (1)	3,9	1,1	5,0	0,2	0,2	0,3	0,7	5,7
area FO riabilitativa	n.	1.307	41	1.348	322	78	226	626	1.974
	x 1.000 res. (1)	0,3	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4

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

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

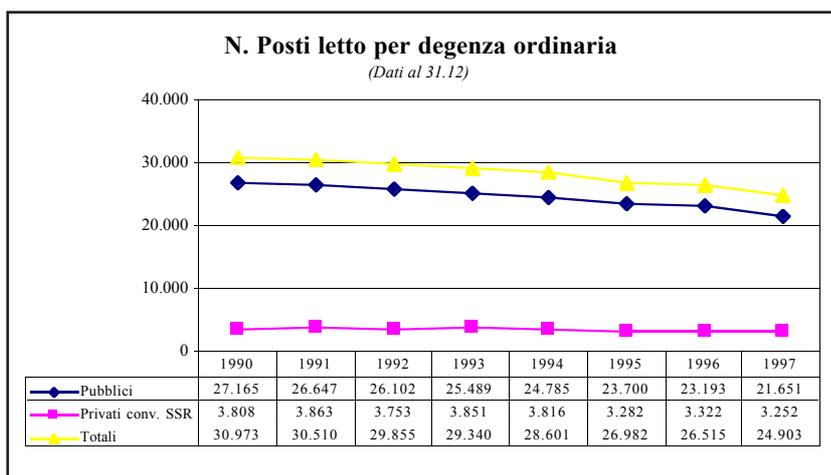
- posti letto per lungodegenza e riabilitazione (0,4 posti letto per 1.000 abitanti a fronte dell'1 per 1.000 indicato dalla programmazione nazionale); a parziale attenuazione di questa forte carenza va detto che i dati di struttura ed attività relativi a lungodegenza e riabilitazione sono presumibilmente sottostimati, in quanto, nella realtà organizzativa dei servizi ospedalieri, tali funzioni sono spesso aggregate a discipline per acuti, soprattutto dell'area medica, e in questi casi, salvo rare eccezioni, posti letto e prestazioni di ricovero di lungodegenza e riabilitazione vengono codificati secondo la disciplina principale;
- posti letto per paganti, ovvero riservati alla libera professione intramuraria, che, con una quota dell'1,9%, sono molto lontani dall'allineamento alle indicazioni del DL.vo



517/93 di valori compresi fra il 5% e il 10%; l'attivazione di posti letto per paganti è più frequente nelle aree Funzionali Omogenee (aree FO) chirurgica e riabilitativa (2,3%), mentre nell'area FO medica si osserva il valore più basso (1,6%) e nell'area FO materno-infantile un valore allineato alla media.

In fase di maggiore sviluppo e consolidamento, soprattutto nel settore pubblico, appare la dotazione di posti letto dedicati al ricovero diurno (nel complesso il 7,7% dei posti letto totali, ma fino all'8,4% nel settore pubblico); l'analisi per area FO, limitatamente ai soli posti letto pubblici, evidenzia una dotazione elevata di posti letto per ricovero diurno nell'area medica (10,4%), mentre nelle aree riabilitativa e chirurgica si osservano i valori più bassi (rispettivamente 5,9% e 6,5%) e nell'area materno-infantile un valore intermedio (8,0%).

Limitando l'analisi ai posti letto per degenza ordinaria, per cui è possibile ricostruire una serie storica di medio periodo, si osserva che dall'inizio degli anni 90, in Veneto, i posti letto pubblici sono diminuiti di oltre il 20%, mentre per i privati la riduzione è stata di poco meno del 15%.



Nel settore pubblico

la riduzione è stata continua e relativamente costante, anche se si osserva una maggiore accelerazione nei periodi immediatamente successivi alla emanazione dei due atti programmatici a livello regionale (LR 39/93 e DGR 2223/95).

Va segnalato che dal 1995 al 1997 risulta un aumento complessivo di 137 posti letto per ricovero diurno, di cui 79 nei presidi pubblici; ne deriva che la riduzione nella dotazione strutturale osservata per la degenza ordinaria, che nello stesso periodo è stata di 2.079 posti letto complessivi (2.049 nel settore pubblico), è reale, non essendosi tradotta in uno spostamento verso modalità di ricovero diverse.

Confronto con la programmazione (DGR 2223/95)
SETTORE PUBBLICO

Assistenza ospedaliera - Posti letto pubblici al 31.12.1997
CONFRONTO CON PROGRAMMAZIONE (DGR 2223/95)

	Posti letto DGR 2223/95	Posti letto esistenti al 31.12.97	Scostamenti esistente vs programmato	
			v.a.	%
Area FO Medica	10.104	10.639	535	5,3
Area FO Chirurgica	9.564	8.806	-758	-7,9
Area FO Materno-infantile	2.724	2.839	115	4,2
<i>Sub-totale acuti</i>	<i>22.392</i>	<i>22.284</i>	<i>-108</i>	<i>-0,5</i>
Area FO Riabilitativa	2.382	1.348	-1.034	-43,4
TOTALE GENERALE	24.774	23.632	-1.142	-4,6

Nel complesso i posti letto esistenti alla fine del 1997 sono inferiori a quelli previsti dalla DGR 2223/95 di 1.142 unità.

Lo scostamento è da collegarsi alle leggi finanziarie per gli anni 1996 e 1997 (L n. 549/95 e L n. 662/96), la prima indicando una dotazione massima di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti e la seconda stabilendo che le unità operative con tasso di occupazione inferiore al 75% dovessero ridurre i posti letto in misura tale da rientrare entro questo tetto di utilizzazione, ed è coerente alla tendenza ad un'ulteriore riduzione dello standard di posti letto già manifestatasi in alcune situazioni regionali, che hanno adottato uno standard di 4 posti letto per acuti per 1.000 abitanti, e

SETTORE PRIVATO

imposta da un progressivo allineamento alla media europea, che si attesta su una dotazione media intorno a 3,5 posti letto per acuti per 1.000 abitanti.

Tali considerazioni valgono con riferimento al complesso dei posti letto, mentre vanno diversificate in relazione alle singole aree FO; in particolare rispetto a quanto indicato dalla DGR 2223/95 si osservano due situazioni opposte:

- un eccesso nella dotazione di posti letto per le aree FO medica e materno-infantile, dell'ordine del 4-5%;
 - una pesante carenza di posti letto per l'area FO riabilitativa, in cui risultano attivati solo poco più della metà dei posti previsti, e più contenuta per l'area FO chirurgica (-7,9% posti letto).
- Alla luce delle nuove tendenze e di quanto emerge dalla analisi degli indicatori di funzionalità delle strutture ospedaliere riportata di seguito, gli scostamenti osservati non possono essere valutati in modo univoco:
- per le aree medica e chirurgica essi vanno nel senso delle nuove tendenze e del conseguente aggiornamento della programmazione ospedaliera regionale portato a termine nei primi mesi del 1999 (DGR 740 del 19.3.1999);
 - per l'area riabilitativa, al contrario, lo scostamento è reso più drammatico dalla necessità di un suo ancor maggiore potenziamento;
 - anche per l'area materno-infantile lo scostamento va in senso contrario alle nuove linee programmatiche, ma in misura decisamente meno preoccupante rispetto a quella rilevata per l'area riabilitativa.

Rispetto a quanto indicato dalla DGR 2223/95, per il complesso dei presidi privati si osservano più posti letto convenzionati / pre-accreditati e meno posti letto autorizzati.

Gli scostamenti, tuttavia, sono di entità talmente ridotta da non rappresentare particolari criticità.

Assistenza ospedaliera - Posti letto privati al 31.12.1997
CONFRONTO CON PROGRAMMAZIONE (DGR 2223/95)

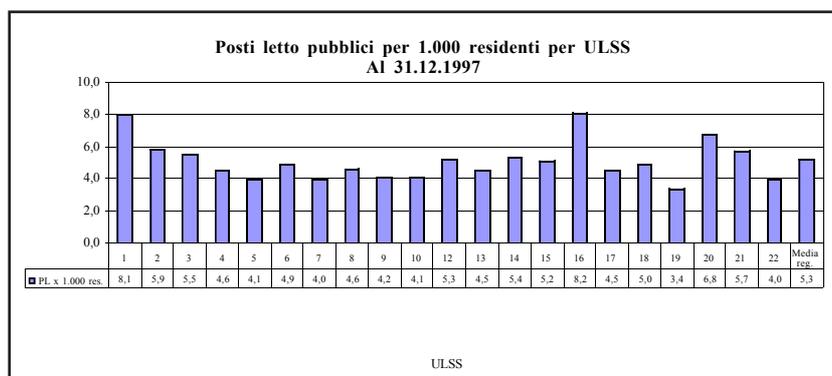
	Ospedali Classificati	CdC Presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Totale
<i>POSTI LETTO DA DGR 2223/95</i>				
Autorizzati	n. 1.325	835	1.721	3.881
di cui: Convenzionati SSR	n. 1.325	720	1.235	3.280
<i>POSTI LETTO ESISTENTI</i>				
Totali	n. 1.373	792	1.650	3.815
di cui: Convenzionati SSR	n. 1.373	733	1.284	3.390
<i>SCOSTAMENTI ESISTENTE vs PROGRAMMATO</i>				
Posti letto totali autorizzati	v.a. 48	-43	-71	-66
	% 3,6	-5,1	-4,1	-1,7
di cui: Convenzionati SSR	v.a. 48	13	49	110
	% 3,6	1,8	4,0	3,4

Analisi territoriale

A livello territoriale la dotazione di posti letto pubblici in rapporto alla popolazione residente risulta molto disomogenea, ma sostanzialmente coerente con le indicazioni della programmazione regionale.

Le differenze sono infatti giustificate da diversi fattori, che possono essere raggruppati in due grandi famiglie:

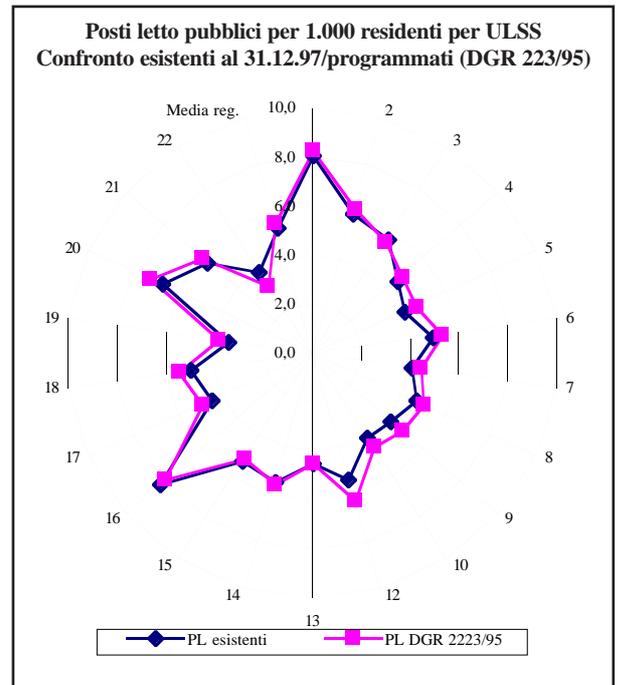
- fattori legati alla domanda, come l'invecchiamento della popolazione e le caratteristiche geomorfologiche del territorio, che spiegano in gran parte l'elevata dotazione delle ULSS 1 soprattutto, ma anche delle ULSS 2 e 12;
- fattori legati all'offerta, quali:
 - l'esistenza di poli ad alta specializzazione, che spiegano l'elevato numero di posti letto delle



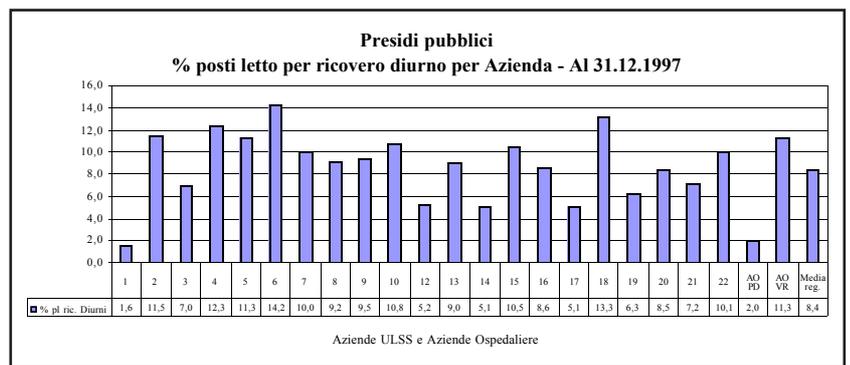
ULSS 16 e 20, sedi di Aziende Ospedaliere, ma anche delle ULSS sede di ospedali con funzioni sovrazonali (ULSS 1, 2, 3, 6, 12 e 18);

- la presenza di strutture private, che spiegano la bassa dotazione delle ULSS 19 soprattutto, ma anche dell'ULSS 7;
- una sovradotazione strutturale consolidata, che richiede tempi lunghi di razionalizzazione (es. ULSS 14 e 21).

Considerando il complesso dei posti letto (pubblici e privati) solo 3 ULSS rispettano lo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti fissato per lungodegenza e riabilitazione (ULSS 2, 12 e 22), mentre le altre si posizionano su valori decisamente bassi, compresi fra 0,1% e 0,3%, ad eccezione delle ULSS 3, 6 e 16 che fanno registrare quote più elevate (rispettivamente 0,7%, 0,5% e 0,4%)

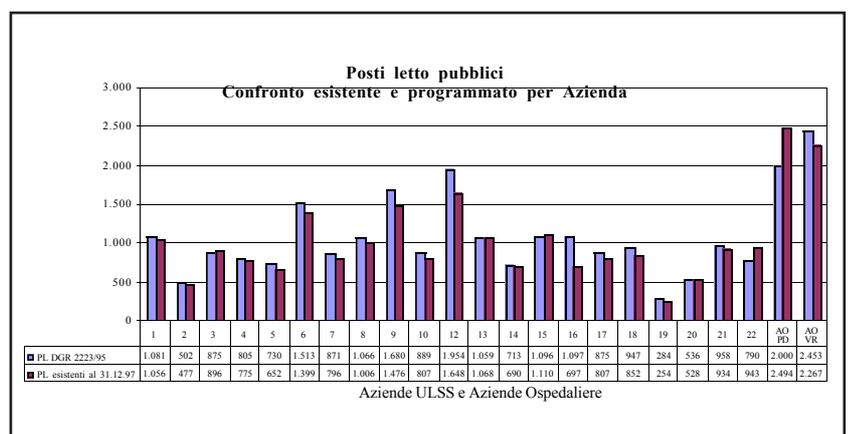


Estremamente disomogenea a livello territoriale risulta la quota di posti letto dedicata all'attività di ricovero diurno, determinando, come si è visto precedentemente, una netta differenziazione degli indici di utilizzo di questo tipo di prestazioni da parte della popolazione residente nelle diverse ULSS; in particolare vanno segnalate le situazioni di particolare carenza dell'ULSS 1 soprattutto, ma anche delle ULSS 12, 14 e 17 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova.



Per quanto riguarda i posti letto per paganti all'interno dei presidi pubblici, risulta che la maggioranza delle aziende (14 su 23) non ha proceduto affatto alla loro attivazione; delle restanti 9 aziende sono solo tre quelle che rispettano la quota compresa fra il 5% e il 10% (ULSS 1, 3 e 12), mentre le altre si attestano su valori inferiori al 5% (ULSS 15, 16, 21 e 22 e Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona).

Il confronto fra numero di posti letto pubblici esistenti e programmati a livello di singola azienda fa emergere due situazioni critiche, che vanno nel senso opposto alla linea di tendenza diffusa verso una dotazione di posti letto inferiore a quella programmata:



- l'Azienda Ospeda-

**ATTIVITÀ DI
RICOVERO**
Premessa

liera di Padova, il cui eccesso di posti letto però parrebbe compensare le carenze della struttura Ospedale dell'ULSS 16;

- l'ULSS 22, per cui l'eccesso di posti letto è presumibilmente da ricondursi alle difficoltà a procedere alla razionalizzazione della rete ospedaliera in un territorio storicamente sovradotato (6 presidi pubblici, 1 ospedale classificato e 2 case di cura private).

Infine, per quanto riguarda l'ULSS 12, che risulta fortemente carente, il confronto non è corretto, in quanto effettuato sulla somma dei posti letto programmati per due aziende distinte (ex ULSS 11 ed ex ULSS 12), che in seguito all'accorpamento hanno correttamente operato nel senso della razionalizzazione dei servizi ospedalieri.

A partire dalla presente Relazione Sanitaria, relativa agli anni 1996 e 1997, ai fini dell'analisi dell'attività dei servizi ospedalieri regionali (ricoveri e giornate di degenza) sono stati utilizzati i dati ricavati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), mentre fino al 1995 sono stati considerati i dati inviati dalle Aziende tramite i Flussi informativi del Ministero della Sanità (Modelli HSP.22, HSP.23 e HSP.24).

Le diverse modalità di rilevazione adottate dai due flussi informativi (sui dimessi per le SDO e sugli entrati per i Flussi ministeriali, rilevazione separata per gli entrati ed usciti nello stesso giorno dai singoli reparti nei Flussi ministeriali, per quanto riguarda il ricovero ordinario e limitata agli accessi, per quanto riguarda il ricovero diurno) non consentono la ricostruzione di serie storiche omogenee.

Si segnala inoltre che il flusso informativo relativo alle SDO, con riferimento soprattutto al 1996, presenta ancora alcuni problemi di qualità, in particolare per quanto riguarda la completezza e l'allineamento con i corrispondenti dati di struttura rilevati attraverso i Flussi informativi del Ministero della Sanità (Modelli HSP.11, HSP.12 e HSP.13).

Ne deriva che gli andamenti temporali, quando proposti, assumono un valore puramente indicativo di tendenza generale e vanno comunque interpretati con molta cautela.

*Ricoveri
complessivi e
per regime di
ricovero*

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero - Anno 1997

	TIPO DI PRESIDIO					
	Presidi pubblici		Presidi privati		Presidi totali	
DIMESSI						
- Totali	1.004.395		113.473		1.117.868	
	89,8		10,2		100,0	
	225,15		25,44		250,59	
- di cui:	N.	%	N.	%	N.	%
		<i>dimessi</i>		<i>dimessi</i>		<i>dimessi</i>
regime ricovero ordinario	733.148	73,0	103.967	91,6	837.115	74,9
regime ricovero diurno	271.247	27,0	9.506	8,4	280.753	25,1
area FO medica	381.884	38,0	43.653	38,5	425.537	38,1
area FO chirurgica	414.927	41,3	49.748	43,8	464.675	41,6
area FO mat.-inf.	186.333	18,6	9.755	8,6	196.088	17,5
<i>Sub-totale acuti</i>	<i>983.144</i>	<i>97,9</i>	<i>103.156</i>	<i>90,9</i>	<i>1.086.300</i>	<i>97,2</i>
area FO riabil.	21.200	2,1	10.317	9,1	31.517	2,8
GIORNATE DI DEGENZA						
- Totali	7.017.989		1.092.206		8.110.195	
	86,5		13,5		100,0	
	1.573,2		244,8		1.818,0	
- di cui:	N.	% gg	N.	% gg	N.	% gg
		<i>degenza</i>		<i>degenza</i>		<i>degenza</i>
regime ricovero ordinario	6.129.189	87,3	1.045.032	95,7	7.174.221	88,5
regime ricovero diurno	888.800	12,7	47.174	4,3	935.974	11,5
area FO medica	3.458.215	49,3	561.104	51,4	4.019.319	49,6
area FO chirurgica	2.411.656	34,4	286.227	26,2	2.697.883	33,3
area FO mat.-inf.	746.140	10,6	37.287	3,4	783.427	9,7
<i>Sub-totale acuti</i>	<i>6.616.011</i>	<i>94,3</i>	<i>884.618</i>	<i>81,0</i>	<i>7.500.629</i>	<i>92,5</i>
area FO riabil.	401.901	5,7	207.588	19,0	609.489	7,5

I dati di attività relativi al 1997 confermano ed anzi rafforzano alcune considerazioni emergenti dall'analisi precedente sulla dotazione strutturale:

- il peso del settore pubblico nell'attività di ricovero sale a poco meno del 90%;
- nel complesso l'attività di ricovero diurno rappresenta ormai un quarto dell'attività di ricovero totale, con uno sviluppo nel settore pubblico di oltre tre volte superiore a quanto registrato per il settore privato. I ricoveri diurni hanno fatto registrare un sensibile incremento rispetto al 1996, quando l'incidenza complessiva è stata del 17,7% (19,4% per il settore pubblico e 2,6% per il settore privato). Considerando i ricoveri ordinari con degenza inferiore ai 2 giorni come potenzialmente riconvertibili, almeno nella maggioranza dei casi, in ricoveri diurni, tale tendenza all'espansione sembra destinata a proseguire anche negli anni successivi: nel 1997, infatti, i ricoveri ordinari di durata inferiore alle 48 ore rappresentano ancora il 10,6% dei ricoveri complessivi (11,7% fra i DRG medici e 8,3% fra quelli chirurgici). In particolare, nel 1997, fra i principali DRG medici quelli con la percentuale più elevata (oltre il 20%) di ricoveri ordinari inferiore a 2 giorni sono nell'ordine: disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (DRG 369M), fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni, senza complicazioni (DRG 254M), calcolosi urinaria senza complicazioni (DRG 324M), assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (DRG 249M) e stato stuporoso e coma di origine traumatica inferiore a un'ora, età > 17 anni, senza complicazioni (DRG 29M); fra i principali DRG chirurgici percentuali di ricoveri brevi superiori al 20% si osservano per: aborto con dilatazione e raschiamento (DRG 381C), tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni (DRG 60C), interventi su mano e polso, eccetto interventi maggiori su articolazioni, senza complicazioni (DRG 229C) e dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto per neoplasie maligne (DRG 364C);
- la bassa incidenza sul totale dei ricoveri nei reparti di lungodegenza e riabilitazione, in particolare nel settore pubblico, e la sua sostanziale stabilità rispetto al 1996 (2,6% nel complesso: 1,8% nel settore pubblico e 9,1% nel settore privato).

Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari per DRG - Anno 1997

QUADRO COMPLESSIVO

		VENETO 1997	VENETO 1996	ITALIA 1996
Composizione dei ricoveri per tipo di DRG				
- DRG medici	n.	561.118	576.867	6.182.404
	%	67,0	67,6	68,3
- DRG chirurgici	n.	272.755	276.010	2.808.888
	%	32,6	32,3	31,0
- Diagnosi non valida (DRG 469)	n.	3.877	1.023	58.930
o non raggruppabile (DRG 470)	%	0,5	0,1	0,7
- DRG totali	n.	837.750	853.900	9.050.222
	%	100,0	100,0	100,0
Frequenza % cumulata dei primi 30 DRG				
- DRG medici	%	44,0	44,2	44,1
- DRG chirurgici	%	62,8	64,3	65,0
- DRG totali	%	35,1	35,1	34,0

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

- la netta prevalenza dei DRG medici, che giustificano oltre i due terzi dei ricoveri, ma che, a livello regionale, manifestano una tendenza alla riduzione del peso relativo;
- una maggiore importanza relativa dei DRG chirurgici in Veneto rispetto alla media nazionale e, specularmente, una situazione opposta per i DRG medici;
- una qualità della codifica delle SDO più che accettabile, soprattutto a livello regionale; si deve infatti segnalare che l'aumento registrato nel 1997 rispetto all'anno precedente è attribuibile per oltre l'85% ad un unico presidio ospedaliero (ospedale civile di Mestre), per cui si sono incontrati problemi di incompatibilità di software;
- una relativa concentrazione dei ricoveri in un numero limitato di DRG (il 6% dei DRG giustifica il 35% dei ricoveri regionali e il 34% di quelli nazionali); a livello regionale, sia per i

Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - Elenco dei 30 DRG più diffusi

D.R.G.		DIMESSI TOTALI				
Codice	Descrizione	VENETO 1997			VENETO 1996	
		N.	Posizione	Frequenza %	Posizione	Frequenza %
373 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	28.503	1	3,4	1	3,3
39 C	Interventi sul cristallino	19.357	2	2,3	2	2,2
183 M	Esofagite, gastroenterite, etc. età > 17 anni	17.447	3	2,1	3	2,1
243 M	Affezioni mediche del dorso	16.294	4	1,9	4	2,0
127 M	Insufficienza cardiaca e shock	13.538	5	1,6	5	1,4
222 C	Interventi sul ginocchio senza cc	13.196	6	1,6	6	1,4
88 M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	10.750	7	1,3	8	1,2
14 M	Malattie cerebrovascolari specifiche, eccetto attacco ischemico transitorio	10.655	8	1,3	10	1,2
134 M	Ipertensione	10.005	9	1,2	9	1,2
359 C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	9.601	10	1,1	12	1,1
162 C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, senza cc	9.459	11	1,1	7	1,3
430 M	Psicosi	9.266	12	1,1	14	1,1
119 C	Legatura e stripping di vene	8.964	13	1,1	11	1,1
371 C	Parto cesareo senza cc	8.574	14	1,0	19	0,9
82 M	Neoplasie apparato respiratorio	8.125	15	1,0	15	1,1
245 M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	7.976	16	1,0	16	1,1
15 M	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	7.536	17	0,9	20	0,9
381 C	Aborto con dilatazione e raschiamento	7.524	18	0,9	13	1,1
184 M	Esofagite, gastroenterite, etc., età <18	7.523	19	0,9	18	0,9
209 C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	7.470	20	0,9	24	0,8
139 M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	7.395	21	0,9	22	0,8
364 C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto per neoplasie maligne	7.005	22	0,8	17	1,0
324 M	Calcolosi urinaria, senza cc	6.760	23	0,8	25	0,8
249 M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.571	24	0,8	21	0,9
198 C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	6.129	25	0,7	27	0,7
12 M	Malattie degenerative del sistema nervoso	5.877	26	0,7	35	0,7
311 C	Interventi per via transuretrale, senza cc	5.866	27	0,7	31	0,7
379 M	Minaccia di aborto	5.797	28	0,7	29	0,7
131 M	Malattie vascolari periferiche, senza cc	5.718	29	0,7	28	0,7
65 M	Alterazioni dell'equilibrio	5.551	30	0,7	34	0,7
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG		294.432		35,1		35,1
Altri DRG		543.318		64,9		64,9
TUTTI I DRG		837.750		100,0		100,0

DRG medici che per quelli chirurgici, si osserva una tendenza ad una maggiore dispersione dei ricoveri, presumibilmente collegata a maggior accuratezza nella compilazione delle SDO.

A livello regionale, nel biennio analizzato si rileva che:

- il parto vaginale senza complicazioni rimane saldamente al primo posto della classifica per frequenza dei DRG complessivi, staccando in misura netta gli interventi sul cristallino, che si collocano al secondo posto; per i DRG seguenti in ordine di importanza le differenze di frequenza si attenuano progressivamente;
- i primi 6 DRG (oltre a parto vaginale senza complicazioni e interventi sul cristallino, esofagite e gastroenterite, età > 17 anni, affezioni mediche del dorso, insufficienza cardiaca e shock e interventi sul ginocchio senza complicazioni) mantengono inalterate le proprie posizioni;
- fra i DRG in crescita, quelli con gli avanzamenti più significativi (5 o più posizioni) sono: parto cesareo senza complicazioni e, soprattutto, malattie degenerative del sistema nervoso;
- all'opposto aborto con dilatazione e raschiamento e conizzazione, eccetto per neoplasie maligne, arretrano entrambi di 5 posizioni, presumibilmente in conseguenza di un progressivo spostamento di questo tipo di interventi in regime di ricovero diurno.

Il confronto con il livello medio nazionale si riferisce al 1996, ultimo anno per cui sono disponibili i dati per l'intero territorio italiano, e fa emergere:

- il quasi perfetto allineamento dei due diversi territori nella graduatoria e nel peso relativo dei primi 5 DRG;
- frequenze relative sensibilmente più elevate a livello regionale per interventi al ginocchio senza complicazioni, malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza complicazioni, legature e stripping delle vene, assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo scheletrico e del

Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - Elenco dei 30 DRG più diffusi - Confronto Veneto - Italia

D.R.G.		DIMESSI TOTALI				
Codice	Descrizione	VENETO 1996			ITALIA 1996	
		N.	Posizione	Frequenza %	Posizione	Frequenza %
373 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	28.442	1	3,3	1	3,2
39 C	Interventi sul cristallino	18.836	2	2,2	3	2,2
183 M	Esofagite, gastroenterite, etc. età > 17 anni	17.696	3	2,1	2	2,1
243 M	Affezioni mediche del dorso	17.420	4	2,0	4	2,0
127 M	Insufficienza cardiaca e shock	12.068	5	1,4	5	1,4
222 C	Interventi sul ginocchio senza cc	11.613	6	1,4	22	0,8
162 C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17, senza cc	10.730	7	1,3	7	1,3
88 M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	10.341	8	1,2	6	1,3
134 M	Ipertensione	10.240	9	1,2	8	1,3
14 M	Malattie cerebrovascolari specifiche, eccetto attacco ischemico transitorio	9.884	10	1,2	11	1,1
119 C	Legatura e stripping di vene	9.633	11	1,1	20	0,8
359 C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	9.565	12	1,1	13	1,0
381 C	Aborto con dilatazione e raschiamento	9.415	13	1,1	9	1,2
430 M	Psicosi	9.363	14	1,1	15	0,9
82 M	Neoplasie apparato respiratorio	9.201	15	1,1	17	0,8
245 M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	9.055	16	1,1	> 30	< 0,7
364 C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto per neoplasie maligne	8.663	17	1,0	18	0,8
184 M	Esofagite, gastroenterite, etc., età <18	7.924	18	0,9	12	1,0
371 C	Parto cesareo senza cc	7.825	19	0,9	10	1,2
15 M	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	7.408	20	0,9	29	0,7
249 M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	7.279	21	0,9	> 30	< 0,7
139 M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	6.840	22	0,8	27	0,7
60 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18	6.805	23	0,8	23	0,8
209 C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	6.602	24	0,8	> 30	< 0,7
324 M	Calcolosi urinaria, senza cc	6.424	25	0,8	16	0,9
133 M	Aterosclerosi, senza cc	6.314	26	0,7	24	0,8
198 C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	6.199	27	0,7	25	0,7
131 M	Malattie vascolari periferiche, senza cc	6.171	28	0,7	> 30	< 0,7
379 M	Minaccia di aborto	6.074	29	0,7	> 30	< 0,7
202 M	Cirrosi ed epatite alcolica	6.013	30	0,7	> 30	< 0,7
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG		300.043		35,1		34,0
Altri DRG		553.857		64,9		66,0
TUTTI I DRG		853.900		100,0		100,0

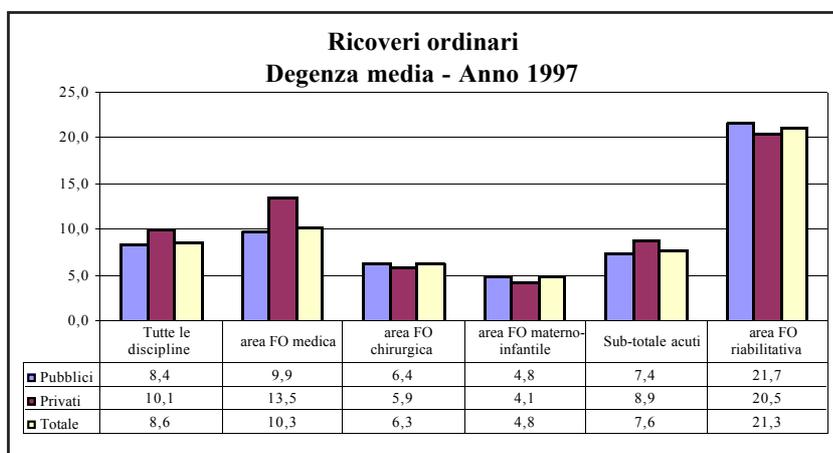
tessuto connettivo, interventi su articolazioni maggiori e reimpianti degli arti inferiori, attacco ischemico transitorio e occlusioni paracerebrali;

- fra i DRG con pesi relativi inferiori a livello regionale, i più significativi (almeno 0,2 punti percentuali in meno) sono: parto cesareo senza complicazioni e fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio e gamba, eccetto piede, età > 17 anni, senza complicazioni.

Indici di funzionalità DEGENZA MEDIA

Per quanto riguarda la degenza media relativa ai ricoveri ordinari, calcolata sui ricoveri totali, compresi i ricoveri ordinari di 1 giorno, emerge che:

- con riferimento alle sole funzioni per acuti il valore registrato per il settore pubblico si colloca ad un livello decisamente inferiore



ai 9 giorni indicati dalla programmazione come soglia massima, mentre il settore privato si attesta sostanzialmente su questo valore;

- i valori più elevati di degenza media per acuti e di degenza media complessiva registrati per il

settore privato sono totalmente spiegati dalla degenza media molto più elevata per l'area FO medica, mentre in tutte le altre aree FO il privato evidenzia una durata della degenza inferiore al pubblico; tali differenze possono essere collegate, per le specialità chirurgiche e materno-infantili, al maggior sviluppo della modalità di ricovero diurno nel settore pubblico, e, per le specialità mediche, ad un diverso case mix fra i due settori, con un maggiore peso relativo nel settore privato dei ricoveri con degenza più lunga (es. ricoveri psichiatrici o neurologici);

- rispetto al 1996 si osserva una riduzione della degenza media dei ricoveri per acuti sia per il settore pubblico (da 7,6 a 7,4) che per il settore privato (da 9,1 a 8,9), mentre la degenza media complessiva rimane stabile nel settore pubblico (8,4) e ancora in diminuzione per il privato (da 10,5 a 10,1);
- emergono, infine, all'interno delle funzioni per acuti, i valori molto più elevati che caratterizzano l'area medica, da ricondursi presumibilmente sia a funzioni "improprie" svolte da alcune discipline afferenti a questa area (Medicina generale, Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Reumatologia) per supplire a carenze di posti letto per lungodegenza e riabilitazione, sia ad una codifica dei ricoveri poco accurata, che non tiene conto delle funzioni aggregate.

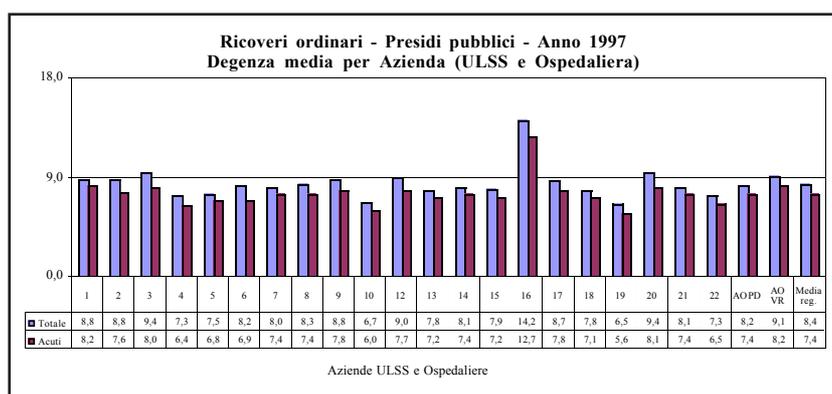
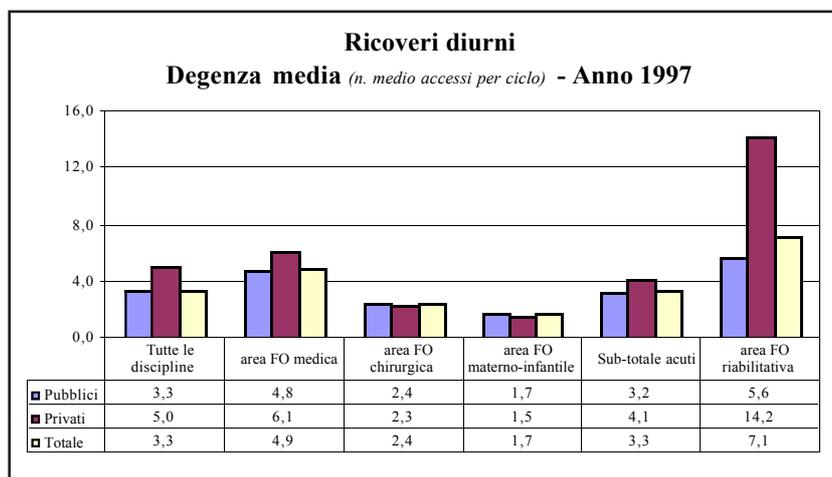
L'analisi della degenza media dei ricoveri in ricovero diurno, intesa come "numero di accessi medi per ciclo", ripropone un quadro analogo a quello descritto per i ricoveri ordinari, ovviamente con valori più che dimezzati, fatta eccezione per l'area riabilitativa dove emerge il valore molto elevato del settore privato.

Fatta eccezione per l'Azienda ULSS 16, tutte le strutture Ospedale delle altre Aziende ULSS e le due Aziende Ospedaliere presentano una durata della degenza media dei ricoveri ordinari per acuti al di sotto dei 9 giorni indicati come soglia massima.

Il valore anomalo dell'Azienda ULSS 16 deriva dal fatto che, sempre considerando solo i ricoveri per acuti, i presidi da questa direttamente gestiti svolgono quasi esclusivamente (ad eccezione di ortopedia e terapia intensiva) funzioni che rientrano nell'area medica, che, come già sottolineato in precedenza, sono quelle che più frequentemente presentano degenze medie elevate; in particolare va segnalato il valore molto elevato relativo alla geriatria (18,2 giorni di degenza media), che con oltre la metà dei posti letto relativi alle discipline per acuti, ne condiziona pesantemente la relativa degenza media.

Riguardo alle altre Aziende emergono i valori molto bassi della degenza media per acuti dei presidi delle ULSS 19, soprattutto, ma anche delle ULSS 10, 4 e 22.

Per le ULSS 19 e 22 tali scostamenti sono spiegati da mix produttivi più spostati sulle discipline chirurgiche e materno infantili, caratterizzate da degenze medie brevi; infatti, a fronte di una quo-



ta media regionale dei posti letto di queste discipline pari al 53%, per le due situazioni locali segnalate si osservano valori molto più elevati (70% per l'ULSS 19 e 66% per l'ULSS 22). Tale spiegazione vale solo in parte per le ULSS 4 e 10, dove i posti letto delle aree chirurgica e materno-infantile rappresentano quote rispettivamente del 59% e del 60%, per cui i bassi valori della degenza potrebbero essere determinati anche da altri fattori, quali, ad esempio, frequenti dimissioni precoci o elevata frequenza di ricoveri a degenza breve.

L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto per degenza ordinaria (compresi i posti letto per solventi) fa emergere la criticità dell'area materno-infantile con valori medi inferiori al 75% sia per il settore pubblico che per quello privato e, solo per il settore pubblico, dell'area chirurgica, con un valore medio di poco superiore al 75%.

Limitatamente al settore pubblico e alle discipline per cui è fissato un valore minimo del tasso di occupazione del 75% (escluse quindi Terapia intensiva, Rianimazione, Malattie infettive, attività di trapianto d'organi e di midollo, Unità spinale), circa il 30% delle Unità Operative rilevate presenta un tasso di occupazione dei posti letto inferiore; in particolare, fra le discipline con una discreta diffusione (almeno 5 reparti nella regione), le più critiche (con una percentuale di reparti al di sotto della soglia minima uguale o superiore al 50%) sono:

- Chirurgia maxillo-facciale
- Oculistica
- Ostetricia e ginecologia
- Urologia
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia plastica

Si segnalano inoltre le discipline Lungodegenti, Pediatria, Chirurgia generale, Odontoiatria, Radioterapia e Ortopedia e traumatologia, con oltre il 30% dei reparti con tasso di occupazione inferiore al 75%.

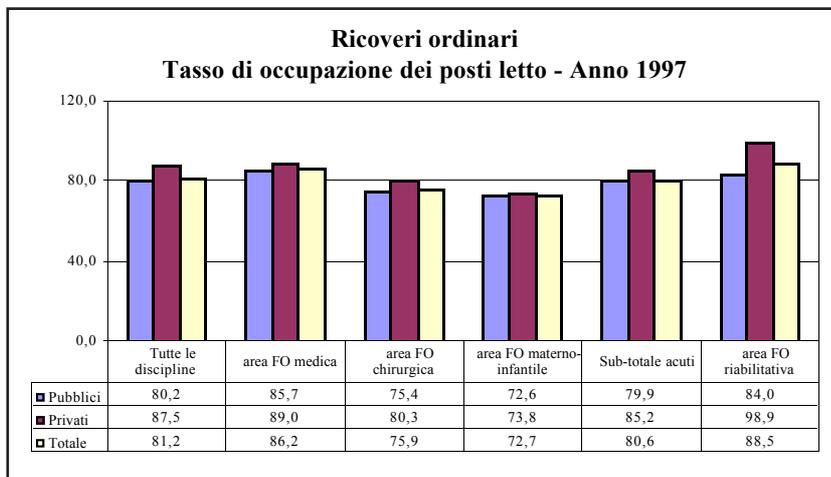
All'opposto le funzioni per cui meno frequentemente (20% o meno delle UO) si osservano tassi di occupazione dei posti letto inferiori al 75% sono nell'ordine:

- Geriatria
- Medicina generale
- Recupero e rieducazione funzionale
- Pneumologia
- Chirurgia vascolare
- Oncologia.

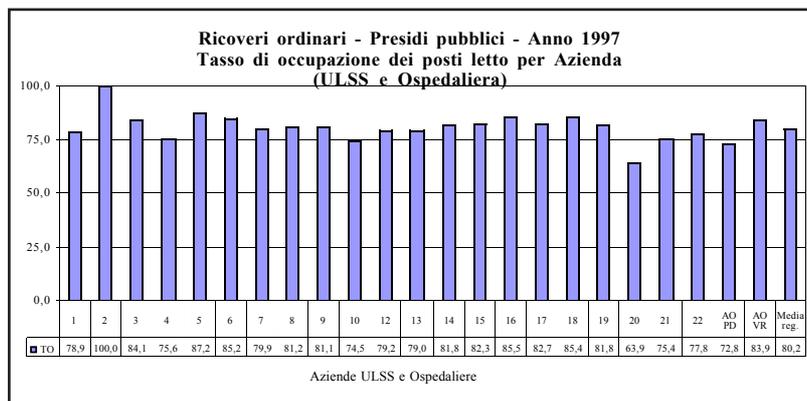
Per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto ordinari pubblici emergono le situazioni critiche dei presidi dell'ULSS 20 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova, con valori medi al di sotto del 75%, ma anche delle ULSS 4 e 21 con tassi di occupazione medi solo di poco al di sopra di tale soglia.

Oltre all'Azienda Ospedaliera di Padova, altri 17 presidi, localizzati in 10 ULSS, fanno registrare un tasso di occupazione inferiore al 75%, e precisamente:

- ospedale di Cortina (ULSS 1)
- ospedale di Asiago (ULSS 3)
- ospedale di Thiene (ULSS 4)



- ospedale di Valdobbiadene (ULSS 8)
- ospedali di Motta di Livenza e di Oderzo (ULSS 9)
- ospedale di Portogruaro (ULSS 10)
- ospedale di Dolo (ULSS 13)
- ospedali di Cologna Veneta, di S. Bonifacio, di Soave e di Tregnago (ULSS 20)
- ospedali di Legnago e di Nogara (ULSS 21)
- ospedali di Caprino Veronese, di Bussolengo e di Isola della Scala (ULSS 22).



Infine, per quanto riguarda l'ULSS 2, con un tasso di occupazione complessivo pari al 100%, si segnala che per la quasi totalità delle discipline si osservano valori molto elevati, oltre il 95%, e per Recupero e rieducazione funzionale un valore del 113%, che potrebbe essere determinato sia da un cronico sovraffollamento delle relative Unità Operative, sia, più verosimilmente, da un non corretto conteggio dei posti letto di questa disciplina o da una loro errata segnalazione.

L'analisi degli indici di funzionalità ricavabili dalla classificazione dei ricoveri per DRG è limitata ai ricoveri in regime di degenza ordinaria e viene effettuata all'interno di classi omogenee di presidi ospedalieri, sia in relazione alle funzioni svolte, sia in relazione alla dimensione degli stessi.

a) Presidi che svolgono solo funzioni di medicina, geriatria e riabilitazione

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI AREA OMOGENEA DI MEDICINA, GERIATRIA E RIABILITAZIONE

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Auronzo	0,96	1,16	1.233	6,8	3,7	11,9	4,3
Ospedale civile di Lamon	0,73	1,65	897	0,4	6,9	14,5	0,0
Ospedale civile di Mezzaselva di Roana	0,88	1,51	779	1,4	9,0	22,2	0,1
Ospedale civile di Lonigo	0,95	1,52	1.202	5,2	11,6	37,0	14,4
Ospedale civile di Valdobbiadene	0,92	1,44	1.211	4,5	9,5	27,0	12,8
Ospedale civile di Cavarzere	0,90	1,44	1.689	2,4	6,3	18,4	4,9
Ospedale Geriatrico di Padova	0,93	1,81	6.346	5,6	14,9	43,4	9,7
Ospedale civile di Conselve	0,93	1,45	2.086	5,3	7,3	25,9	7,0
Ospedale civile di Cologna Veneta	0,91	1,32	874	5,5	6,3	15,9	7,8
Ospedale civile di Tregnago	0,94	1,08	983	5,8	4,7	15,9	10,0
Ospedale civile di Marzana	1,08	1,80	1.221	1,8	13,8	36,7	7,5
Ospedale civile di Zevio	0,91	1,35	1.581	2,7	6,7	15,8	9,7
Ospedale civile di Valeggio sul Mincio	0,84	1,42	1.437	2,7	9,1	30,3	0,9
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS							
Ospedale Classificato S. Camillo - Treviso	0,91	1,13	3.809	2,2	4,4	8,9	1,6
Ospedale Classificato Fatabenfratelli - Venezia	0,82	2,47	1.965	0,6	12,6	17,6	1,8
Ospedale Classificato Villa S. Giuliana - Verona	0,90	2,02	1.082	1,9	15,3	33,7	0,1
CASE DI CURA PRIVATE PRE-ACCREDITATE							
Casa di Cura Villa Margherita - Arcugnano (Vi)	0,94	2,89	1.047	1,1	11,1	47,3	0,6
Casa di Cura Park Villa Napoleon - Preganziol (Tv)	0,84	1,64	952	0,6	6,0	9,0	0,0
Casa di Cura Parco dei Tigli - Castigliola di Teolo (Pd)	0,92	1,62	1.364	1,8	4,0	9,3	0,0
Casa di Cura Città di Rovigo - Rovigo	0,88	1,22	1.606	1,8	2,2	6,7	10,6
Casa di Cura Chierago e Perbellini - Verona	0,92	1,22	1.389	3,1	2,7	7,0	5,2
Casa di Cura Villa S. Chiara - Verona	0,90	1,32	1.257	1,8	0,2	0,4	0,2
Casa di Cura Villa Garda - Garda (Vr)	0,97	1,27	1.786	0,6	1,3	3,9	0,2
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

Sono nel complesso caratterizzati da una casistica poco complessa (ICM inferiori a 1) e da una bassa efficienza (ICP superiore a 1).

L'analisi per tipologia di presidio indica inoltre che la maggioranza dei presidi pubblici e degli ospedali classificati presenta quote di ricoveri e di giornate di degenza oltre la soglia anche sensibilmente più elevate della media, mentre, salvo un'unica eccezione, queste si attestano molto al di sotto della media per le case di cura private.

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

- gli ospedali pubblici di Lamon, Mezzaselva di Roana, Lonigo, Geriatrico di Padova e Marzana
- gli ospedali classificati Fatebenefratelli di Venezia e Villa Santa Giuliana
- le case di cura Villa Margherita di Arcugnano (VI), Park Villa Napoleon di Preganziol (TV) e Parco dei Tigli di Castiglion di Teolo (PD).

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

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI CON NUMERO DI POSTI LETTO < 249

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Agordo	0,94	1,15	3.895	16,0	6,4	26,4	3,2
Ospedale civile di Cortina d'Ampezzo	1,18	0,90	2.803	12,0	9,3	26,6	0,3
Ospedale civile di Pieve di Cadore	0,85	0,81	3.764	13,6	2,7	10,7	3,0
Ospedale civile di Asiago	0,98	0,94	3.885	11,9	2,7	9,2	2,8
Ospedale civile di Arzignano	0,87	0,76	8.079	10,0	3,3	9,0	3,0
Ospedale civile di Montecchio Maggiore	0,95	0,81	6.299	9,5	3,9	13,2	1,2
Ospedale civile di Noventa Vicentina	0,85	0,95	4.762	8,6	5,5	14,8	4,0
Ospedale civile di Sandrigo	1,01	1,44	2.294	15,0	6,0	30,4	2,2
Ospedale civile di Motta di Livenza	0,83	1,13	4.899	12,4	3,9	13,4	4,4
Ospedale civile di Oderzo	1,09	0,99	4.827	15,6	4,2	13,9	2,9
Ospedale civile di Jesolo	0,85	0,81	5.503	28,3	2,5	11,2	2,6
Ospedale "Al Mare" - Venezia Lido	0,85	1,42	4.590	6,2	8,7	27,5	5,9
Ospedale civile di Noale	1,01	1,38	5.783	9,0	6,6	26,5	6,8
Ospedale Sant'Antonio - Padova	1,06	1,18	6.737	9,6	5,5	18,7	2,4
Ospedale civile di Este	1,00	0,83	9.892	7,9	2,7	9,7	3,3
Ospedale civile di Montagnana	0,98	1,29	3.111	4,1	5,3	24,3	6,1
Ospedale S. Luca di Trecenta	0,86	0,93	7.871	18,8	2,9	15,0	4,3
Ospedale civile di S. Bonifacio	1,01	0,97	4.643	9,2	3,9	14,7	1,7
Ospedale civile di Soave	0,77	1,03	3.682	15,4	4,5	14,8	2,3
Ospedale civile di Bovolone	0,89	0,91	5.362	11,7	3,6	11,3	3,0
Ospedale civile di Nogara	0,93	1,03	2.456	15,3	4,8	20,0	5,0
Ospedale civile di Isola della Scala	0,82	0,90	5.881	10,9	3,4	10,2	2,0
Ospedale civile di Caprino Veronese	0,91	1,06	3.533	5,3	3,8	13,0	6,1
Ospedale civile di Malcesine	1,00	0,94	4.648	6,1	5,3	8,9	0,0
Ospedale civile di Villafranca di Verona	0,88	0,83	5.672	6,0	2,9	7,4	2,5
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS							
Ospedale Classificato De Gironcoli - Conegliano	1,01	0,94	4.935	3,4	3,3	9,1	4,2
Ospedale Classificato S. Camillo - Alberoni (Ve)	1,11	2,91	895	0,4	23,0	44,2	0,2
Ospedale Classificato Villa Salus - Mestre	0,91	1,23	7.507	1,3	3,0	10,8	1,0
Casa di cura San Marco - Mestre	0,95	1,14	5.047	2,2	3,5	12,1	6,5
Casa di Cura Abano Terme - Abano Terme	0,90	0,93	8.865	8,1	2,8	12,7	2,4
Casa di Cura Madonna della Salute - Porto Viro	0,92	0,98	5.214	5,8	2,6	7,0	3,7
CASE DI CURA PRIVATE PRE-ACCREDITATE							
Casa di Cura Villabruna Bellati - Feltre	0,88	1,34	3.481	1,7	7,7	18,9	2,1
Casa di Cura Eretenia - Vicenza	1,06	0,86	2.697	2,6	0,9	2,6	1,2
Casa di Cura Villa Berica - Vicenza	0,82	1,10	3.286	2,7	2,6	8,5	0,9
Casa di Cura Giovanni XXIII - Monastier	1,04	0,85	5.301	2,5	0,8	1,9	1,0
Casa di Cura S. e A. Rizzola - S. Donà di Piave	0,81	1,06	4.218	0,4	2,5	6,2	2,5
Casa di Cura Villa Maria - Padova	0,83	1,50	1.691	4,8	11,6	27,3	6,6
Casa di Cura Trieste - Padova	0,48	0,66	923	5,6	2,7	8,0	0,0
Casa di Cura S. Maria Maddalena - Occhiobello (Ro)	0,84	0,95	1.765	7,0	2,0	5,3	4,0
Casa di Cura S. Francesco - Verona	0,99	0,67	2.043	4,3	0,7	2,2	0,0
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

Costituiscono la classe più numerosa, per cui nella maggior parte dei casi ad una casistica di complessità inferiore alle media si accompagna una performance su livelli medio-bassi e si osserva un numero ancora consistente di presidi con quote molto al di sopra della media di ricoveri e giornate di degenza outliers.

Situazioni particolarmente critiche si riscontrano per i seguenti presidi:

- ospedali pubblici di Sandrigo, "Al Mare" di Venezia Lido e Noale
- ospedale classificato S. Camillo di Venezia Alberoni
- case di cura private Villabruna Bellati di Feltre e Villa Maria di Padova

Si segnala la situazione decisamente anomala dell'ospedale di Cortina con una complessità della casistica molto al di sopra della media cui si associa una buona performance.

Altri presidi con discrete performance in rapporto alla casistica sono gli ospedali pubblici di Arzignano, Montecchio Maggiore ed Este.

c) *Presidi di dimensioni medio-piccole (tra 250 e 399 posti letto), medie (tra 400 e 599 posti letto) e medio grandi (tra 600 e 799 posti letto)*

**Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI CON NUMERO DI POSTI LETTO COMPRESO FRA 250 E 399**

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Schio	0,89	0,90	13.397	14,3	3,7	14,1	3,1
Ospedale civile di Thiene	0,94	0,91	12.298	12,2	3,2	12,0	3,9
Ospedale civile di Valdagno	0,86	0,98	9.063	9,2	4,9	15,6	3,8
Ospedale civile di Vittorio Veneto	0,96	1,01	9.946	10,3	3,7	12,7	3,7
Ospedale civile di Portogruaro	0,95	0,91	11.042	15,1	2,8	12,8	3,2
Ospedale civile di S. Donà di Piave	0,83	0,83	12.265	22,1	4,1	12,1	2,6
Ospedale civile di Mirano	1,07	0,95	13.039	10,6	4,3	14,8	2,0
Ospedale civile di Chioggia	0,82	0,97	10.241	15,0	5,1	17,3	3,9
Ospedale civile di Piove di Sacco	0,88	1,00	12.142	11,0	4,0	11,5	3,1
Ospedale civile di Monselice	1,04	1,02	11.134	5,3	4,6	14,1	3,3
Ospedale civile di Adria	0,82	0,86	10.383	14,3	2,5	9,1	2,8
Ospedale civile di Bussolengo	0,80	0,91	11.070	15,4	3,7	13,2	1,5
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS							
Casa di Cura Pederzoli - Peschiera del Garda	0,99	0,77	11.664	3,7	1,8	4,1	1,7
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

**Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI CON NUMERO DI POSTI LETTO COMPRESO FRA 400 E 599**

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Feltre	0,99	0,99	12.449	8,2	4,1	12,3	3,6
Ospedale civile di Conegliano	0,90	0,94	16.077	8,2	3,6	14,0	3,8
Ospedale civile di Castelfranco Veneto	0,97	1,01	16.643	11,4	4,4	19,3	3,5
Ospedale civile di Montebelluna	0,94	0,94	13.614	8,1	3,4	11,0	3,2
Ospedale civile di Dolo	0,88	1,06	14.636	5,3	5,2	14,6	3,9
Ospedale civile di Camposampiero	0,88	1,09	19.512	11,5	5,1	19,7	2,7
Ospedale civile di Cittadella	1,02	0,95	17.664	8,3	3,5	14,6	2,8
Ospedale civile di Legnago	0,99	0,95	17.361	10,3	6,0	15,0	2,8
OSPEDALI CLASSIFICATI E CASE DI CURA PRESIDI DI ULSS							
Ospedale Classificato Sacro Cuore - Negrar	0,93	1,00	18.086	4,2	3,8	17,8	2,0
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

**Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI CON NUMERO DI POSTI LETTO COMPRESO FRA 600 E 799**

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Belluno	0,97	1,08	20.337	23,4	7,3	24,8	3,3
Ospedale civile di Bassano del Grappa	0,95	1,17	20.232	6,2	6,4	21,8	3,5
Ospedale civile di Venezia	0,92	1,00	20.530	16,0	4,7	15,7	3,5
Ospedale civile di Mestre	0,96	0,94	25.108	10,9	3,9	14,8	3,8
Ospedale civile di Rovigo	1,01	0,96	21.855	14,5	4,1	15,9	3,3
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

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

Fanno eccezione le performance critiche degli ospedali pubblici di Camposampiero e Dolo, nella classe di dimensioni minori, e di Bassano e Belluno, nella classe a maggiori dimensioni.

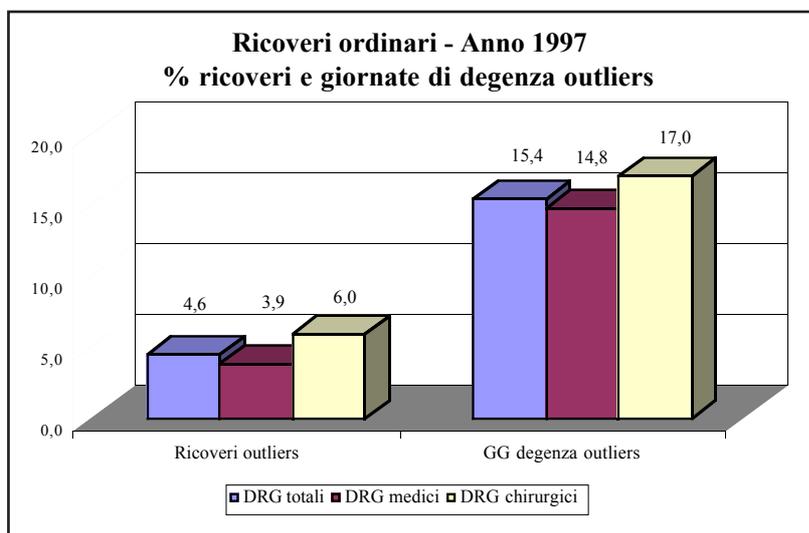
d) *Presidi di grandi dimensioni (800 e più posti letto)*

I quattro presidi che compongono questa classe sono tutti caratterizzati da una casistica molto complessa, in quanto poli di riferimento regionale per le alte specialità, e da una buona performance, con quote di ricoveri e di giornate di degenza outliers che si attestano intorno ai valori medi regionali.

Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero ordinario - Principali indicatori derivati dall'analisi per DRG - Anno 1997
PRESIDI CON NUMERO DI POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA => 800

PRESIDI	ICM	ICP	N. dimessi totali	% dimessi		% gg. degenza outliers	% decessi su dimessi
				< 2 gg.	outliers		
PRESIDI PUBBLICI							
Ospedale civile di Vicenza	1,14	0,93	36.326	9,5	4,2	16,4	3,7
Ospedale civile di Treviso	1,21	0,99	37.689	11,7	4,4	20,4	4,1
Azienda Ospedaliera di Padova	1,16	0,91	76.233	16,5	4,7	17,6	2,3
Azienda Ospedaliera di Verona	1,25	1,03	65.179	7,9	5,5	17,6	3,0
Totale Regione	1,00	1,00	837.750	10,6	4,6	16,7	3,2

Le più elevate percentuali di ricoveri e di giornate di degenza outliers riscontrate per i dimessi per DRG chirurgico segnalano la presenza di maggiori criticità nell'area chirurgica nel rispettare le soglie massime di degenza, che, oltre che ad inefficienze gestionali ed operative, potrebbero essere legate al sistema DRG, in particolare ad una sua applicazione



non sufficientemente contestualizzata alla situazione specifica nazionale e/o regionale.

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

- interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni (DRG 40C)
- stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni, senza complicazioni (DRG 27M)
- interventi su vagina, cervice e vulva (DRG 360C)
- interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza complicazioni (DRG 229C)
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare, eccetto anca e femore (DRG 231C)
- assistenza riabilitativa per malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (DRG 249M)
- trapianti pelle e/o sbrigliamenti, eccetto per ulcere pelle/cellulite con complicazioni (DRG 266C)
- interventi su tessuti molli senza complicazioni (DRG 227C).

FONTI

- Regione Veneto - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Servizio Informatico Socio-Sanitario:
 - Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) – Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistica
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli HSP.12, HSP.13, HSP.22, HSP.23

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 5.1.1/A, TAVOLA 5.1.2/A, TAVOLA 5.1.3/A, TAVOLA 5.1.4/A, TAVOLA 5.1.5/A, TAVOLA 5.1.6/A, TAVOLA 5.1.7/A

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA TAVOLA 5.1.8/R, 5.1.9/R, TAVOLA 5.1.10/R, TAVOLA 5.1.11/R

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.2 Servizi di urgenza ed emergenza

NORMATIVA

Con DGR n.1779/94, secondo le indicazioni del DPR 27.3.1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", è stata approvata l'organizzazione del sistema di allarme sanitario e del sistema di accettazione ed emergenza medica, individuando gli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS) e di Dipartimento di Emergenza (DE).

Con successiva DGR n.1705/95 si è provveduto a "gerarchizzare" le strutture ospedaliere rispetto alle risposte da dare all'urgenza e/o emergenza sanitaria e dotare il sistema veneto di una struttura intermedia fra il PS e il DE, istituendo il sistema di allarme sanitario assicurato dalla Centrale Operativa (CO), cui fa riferimento il numero telefonico unico nazionale "118" e il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM).

A seguito dell'approvazione da parte delle Conferenza Stato-Regioni, nell'aprile del 1996, delle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza/urgenza, è stato avviato anche in Veneto il processo di aggiornamento e revisione del SUEM.

Inoltre, l'attribuzione alle Regioni di maggiori competenze e responsabilità nell'ambito della pianificazione e della organizzazione dei servizi sanitari, l'avvio delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere, le nuove modalità di gestione e la riorganizzazione della rete ospedaliera hanno imposto, anche nel sistema dell'emergenza, una rivalutazione critica dei risultati raggiunti ed un aggiornamento degli indirizzi organizzativi.

Perciò, tenendo conto della recente evoluzione legislativa e considerando anche i criteri e gli obiettivi del processo di revisione della rete ospedaliera in corso, in attuazione del PSSR 1996-1998, nonché di quanto previsto dalle norme statali in materia (in particolare la L. 382/96 e la L. 662/96) è stata approvata con DGR n.1229/98, la riorganizzazione del SUEM inserendolo nel più ampio sistema di allarme ed intervento sanitario.

La vigente programmazione regionale in materia di urgenza ed emergenza medica prevede l'attivazione di sette Centrali Operative provinciali e di un punto di ascolto dell'emergenza ubicato in Venezia insulare, in considerazione della peculiarità di quest'ultima.

Le CO, cui dovrebbero affluire tutte le richieste di intervento per emergenza ed urgenza sanitaria, hanno il compito di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento. La recente riorganizzazione del SUEM, prevede, altresì, l'istituzione di punti di "Primo Intervento", dei servizi di Pronto Soccorso Ospedaliero nonché dei Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza (DEU) ospedalieri; questi ultimi, innovati rispetto ai precedenti Dipartimenti di Emergenza, diventano punto di riferimento provinciale per le funzioni di più alta qualificazione e hanno sede presso gli ospedali in cui è collocata la CO.

DOTAZIONE STRUTTURALE E ATTIVITÀ

SUEM – Centrali Operative

Di seguito si riportano i dati relativi agli anni 1997 e 1998, anni in cui ancora non era stata attivata la riorganizzazione sopra accennata, ma ugualmente interessanti per cogliere l'esperienza maturata e l'attività sviluppata.

Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica - Attività delle Centrali Operative

Provincia	Anno 1997			Anno 1998			Tasso x 1.000 res Var. %
	Richieste d'intervento			Richieste d'intervento			
	Numero	%	x 1.000 res.	Numero	%	x 1.000 res.	
BELLUNO	18.828	9,2	88,9	26.033	9,7	123,1	38,4
VICENZA	29.979	14,6	38,8	30.863	11,5	39,8	2,6
TREVISO	31.310	15,3	40,8	53.234	19,8	69,2	69,4
VENEZIA	20.707	10,1	25,4	38.558	14,3	47,3	86,3
PADOVA	40.150	19,6	47,8	52.975	19,7	63,0	31,9
ROVIGO	8.565	4,2	35,0	9.500	3,5	38,8	10,9
VERONA	55.637	27,1	68,8	57.801	21,5	71,5	3,9
TOTALE	205.176	100,0	46,0	268.964	100,0	60,3	31,1

Trattandosi dei primi anni di rilevazione e di analisi e presentazione di questi dati, occorre porre una certa cautela nella lettura dei risultati, in quanto in parte non completi e perciò stimati.

Nel 1998 le richieste d'intervento giunte alle CO, cui è seguito un intervento sul territorio regionale, sono aumentate del 31% rispetto al 1997, arrivando ad un numero medio di 60 interventi ogni 1.000 residenti.

La provincia con il numero maggiore di richieste ogni 1.000 residenti è Belluno. Tale dato può essere attribuito sia alle caratteristiche geo-morfologiche della provincia che comporta una maggior dispersione territoriale della popolazione e dei servizi, che alla composizione demografica della popolazione (con una elevata incidenza di anziani) maggiormente a rischio e difficilmente in grado di spostarsi per raggiungere i servizi in caso di urgenza/emergenza. Oltre a ciò occorre considerare la vocazione turistica della provincia che attrae popolazione non residente facendo salire il numero delle chiamate. Se l'indicatore di domanda espressa e soddisfatta, privilegia la provincia di Belluno, l'indicatore di attività dei servizi vede al primo posto le province dove sono ubicati i più importanti poli ospedalieri.

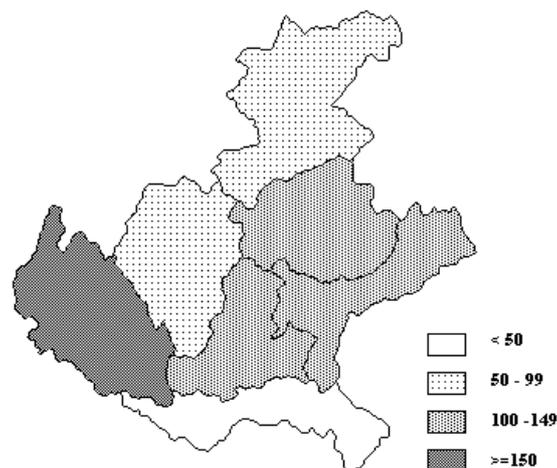
A livello complessivo regionale, nel 1998 sono stati effettuati 737 interventi al giorno; il numero più alto è stato effettuato nella provincia di Verona, seguita da Treviso e Padova, dove, a fronte di una media regionale di più di 100 chiamate per CO, nel 1998 ci sono state rispettivamente 158, 146 e 145 interventi al giorno. Venezia, con 106 interventi al giorno, presenta un'attività in linea con il valore medio, mentre decisamente sotto si trovano le CO di Vicenza, Belluno e Rovigo, rispettivamente con 85, 71 e 26 interventi/die. Nella lettura di questi dati occorre comunque considerare che risulta non indifferente il diverso modello adottato dalle Aziende ULSS nell'organizzazione dei servizi di continuità assistenziale.

Tenuto conto che le informazioni sulle caratteristiche e sui risultati degli interventi presenta-

no ancora problemi di completezza, relativamente al 1998 risulterebbe che:

- oltre il 60% degli interventi sono avvenuti in luogo chiuso o al domicilio; va però segnalato che mancano i dati relativi alla provincia di Treviso che nell'anno precedente aveva riportato i valori percentuali più alti di interventi su strada;
- il "Codice Rosso", ossia i casi considerati più gravi, è stato attribuito al 18% della casistica complessiva;
- quasi il 30% degli interventi totali sono stati seguiti da un ricovero ospedaliero.

Centrali Operative SUEM - Anno 1998
N.medio interventi al giorno



Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica - Dotazione Ambulanze - Anno 1998

PROVINCIA	In dotazione alle Aziende ULSS			In dotazione alle Assoc. di Volontariato			Totale
	Numero	di cui tipo "A"		Numero	di cui tipo "A"		
		Numero	%		Numero	%	
Belluno	17	17	100,0	36	29	80,6	53
Vicenza	31	n.d.	n.d.	0	0	0,0	31
Treviso	31	12	38,7	29	4	13,8	60
Venezia	52	23	44,2	24	2	8,3	76
Padova	25	14	56,0	55	19	34,5	80
Rovigo	8	2	25,0	18	5	27,8	26
Verona	12	n.d.	n.d.	92	n.d.	n.d.	104
Totale Regione	176	68	38,6	254	59	23,2	430

La rilevazione sulle ambulanze in dotazione alle ULSS, ha evidenziato a fine '98, una maggior disponibilità di mezzi di emergenza nelle ULSS della provincia di Venezia, mentre, includendo anche le Associazioni di volontariato, si osserva una maggior dotazione nelle ULSS della pro-

vincia di Padova e Treviso. Nella provincia di Belluno è anche da più tempo in funzione il servizio di elisoccorso, che interviene in media nel 3% dei casi.

In generale, la disponibilità di informazioni sulla dotazione e l'attività delle Centrali Operative, anche se ancora incomplete, consente di evidenziare un aumento dell'attività in tutte le provincie e in particolare una lieve ripresa in quelle provincie come Venezia, Rovigo e Vicenza, finora ai margini del servizio di emergenza.

Considerando che l'intervento di riorganizzazione del servizio è stato avviato nel corso del 1998 si può comunque interpretare questo aumento, non solo effetto della maggior disponibilità di informazioni, ma anche in linea con l'intento programmatico di affidare alle CO il compito di garantire un'adeguata risposta all'emergenza sul territorio.

Nel 1997, i servizi di Pronto Soccorso ospedaliero (pubblico e privato convenzionato) attivi sul territorio regionale sono stati 70, con una concentrazione superiore al 20% nella provincia di Verona e inferiore al 10% nelle provincie di Belluno e Rovigo.

Con riferimento allo stesso anno, il numero di accessi al PS risulta 10 volte superiore al numero di interventi delle CO; si può, pertanto, notare come i cittadini in caso di richiesta di prestazioni sanitarie urgenti privilegiano ancora il ricorso diretto ai servizi ospedalieri.

Anche nel caso del Pronto Soccorso Ospedaliero, le province dove la popolazione ricorre maggiormente al servizio e quindi con i più alti tassi di accesso per 1.000 residenti sono quelle di Belluno e Verona seguite da Rovigo e Venezia.

L'alto tasso di ricorso al PSO da parte dei residenti può essere messo in relazione ancora una volta con le caratteristiche demografiche e geo-morfologiche del territorio, nonché con la vocazione turistica; per Verona, inoltre, si segnalano i valori medio-bassi, rispetto alla media regionale, del numero di ore di assistenza sanitaria di base effettuate all'anno per 1.000 residenti e il numero elevato di zone carenti di medicina generale.

Risulta, pertanto, necessario coinvolgere i servizi territoriali di medicina generale e di continuità assistenziale per garantire una maggior appropriatezza di assistenza sanitaria in caso di urgenza/emergenza, direzione verso cui si sta muovendo il Comitato permanente regionale per l'emergenza sanitaria, di nuova istituzione, attraverso la stesura di linee guida e protocolli operativi per il coordinamento degli interventi sul territorio regionale.

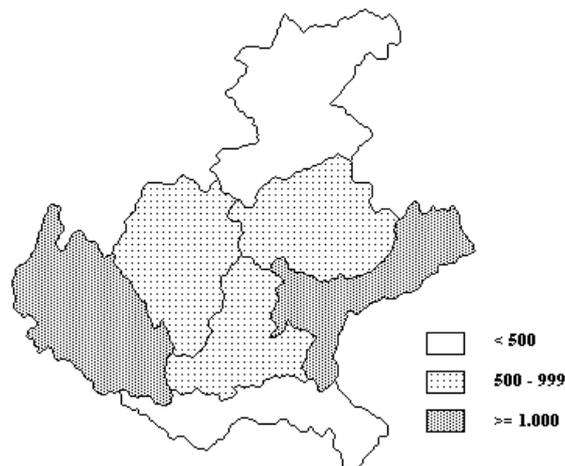
Mediamente in Veneto gli accessi al FSO sono 5.567 al giorno; emerge l'alto numero della provincia di Verona e in particolare l'Azienda Ospedaliera di Verona spicca con più di 400 accessi di Pronto Soccorso al giorno, seguita a distanza dall'Azienda Ospedaliera di Padova con 285 accessi, dall'Ospedale di Treviso (279 accessi) e dall'Ospedale di Vicenza (229).

La distribuzione per esito mostra un'alta percentuale di accessi non seguita da ricovero, mentre in generale si osserva che il 60% dei dimessi dagli ospedali del Veneto è in precedenza passato dal servizio di Pronto Soccor-

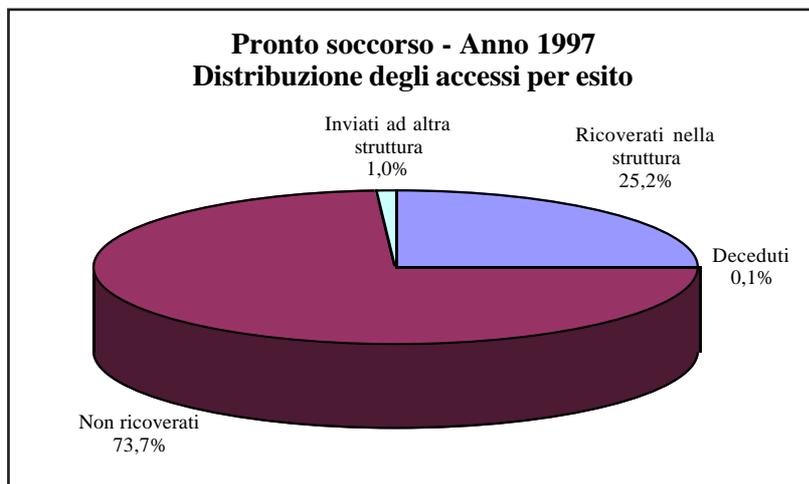
Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica - Pronto Soccorso Ospedaliero

Provincia	N. Servizi	Accessi Totali		
		Numero	%	x 1.000 res.
BELLUNO	6	123.859	6,1	584,8
VICENZA	11	338.699	16,7	438,5
TREVISO	9	273.110	13,4	356,3
VENEZIA	14	404.724	19,9	495,8
PADOVA	9	291.385	14,3	346,7
ROVIGO	4	131.135	6,5	535,7
VERONA	17	469.200	23,1	580,3
TOTALE	70	2.032.112	100,0	455,5

Pronto Soccorso Ospedaliero - Anno 1997
N. medio accessi al giorno



so. Sembra, quindi, che tale servizio ospedaliero sia connotato da una doppia valenza: accettazione ospedaliera e ambulatorio specialistico per prestazioni urgenti.



FONTI

- Regione del Veneto:
 - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali – Rilevazione presso C.O e Associazioni di Volontariato
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario – Servizio Informatico Socio-Sanitario - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modelli HSP.24

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 5.2.1/A

TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 5.2.1/R, TAVOLA 5.2.2/R