

## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

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

Per una corretta interpretazione dei dati analizzati si segnala che:

- per il 2001, i ricoveri dei residenti in Veneto sono stimati: per i ricoveri dei residenti in Veneto presso strutture di altre Regioni (mobilità passiva extraregionale) è stato utilizzato il dato 2000, in quanto al momento del completamento delle elaborazioni non era disponibile il dato consolidato relativo al 2001.

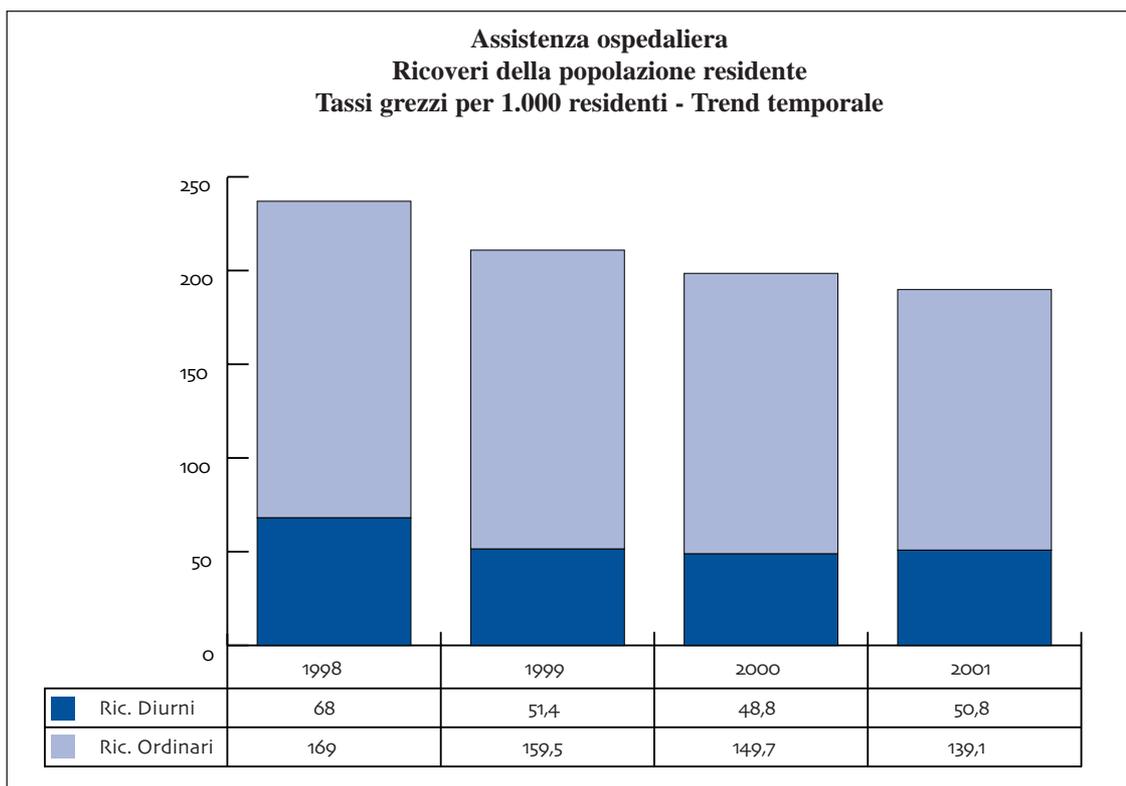
Tali dati, resi disponibili nel frattempo, risultano, da una prima analisi per il 2001 di poco superiori a quelli utilizzati per la stima (nel complesso + 1.057 ricoveri ordinari e + 619 ricoveri diurni, con una incidenza percentuale sul totale dei ricoveri dei residenti in Veneto pari rispettivamente a + 0,2% e + 0,3%). Tali differenze incidono sui tassi stimati per il 2001 e presentati di seguito in misura estremamente ridotta: 3 decimali in più per i ricoveri complessivi e al massimo 5 decimali per i ricoveri per ULSS.

Nelle tavole in allegato sono riportati i dati effettivamente rilevati nel 2001;

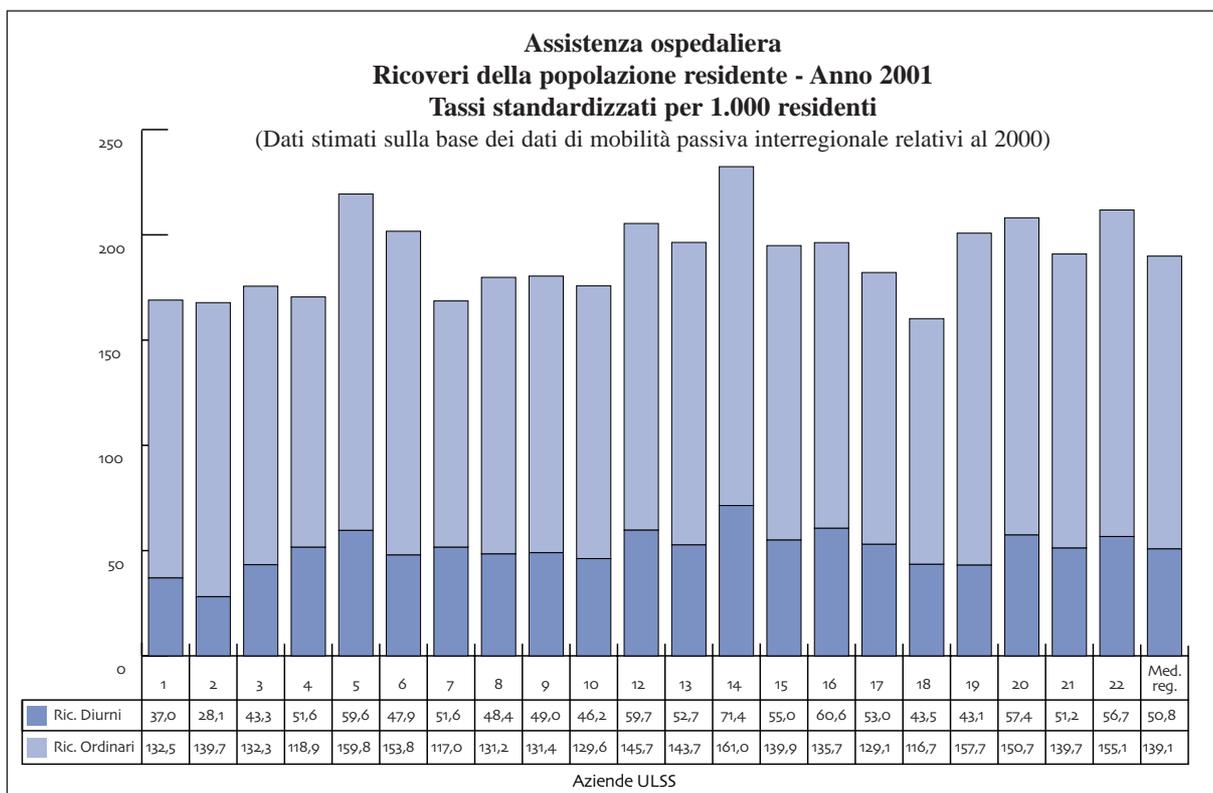
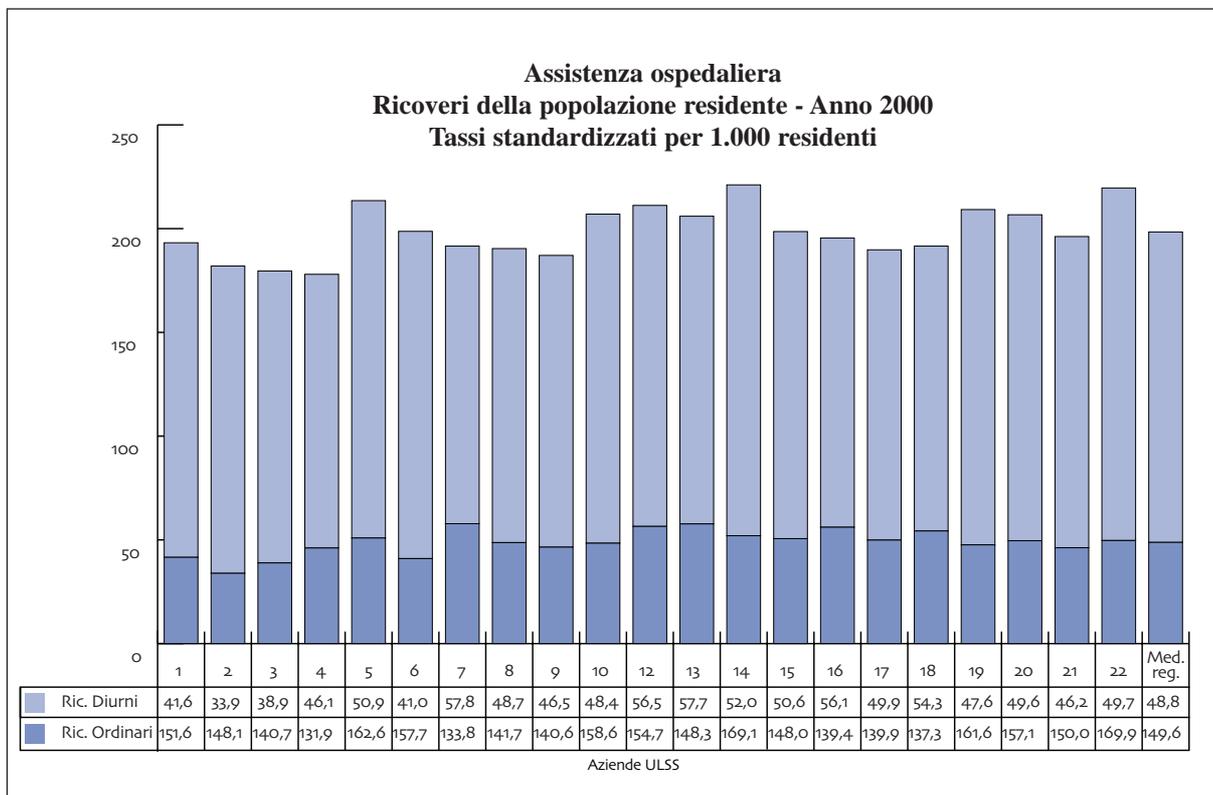
- i tassi di ricovero ospedaliero della popolazione residente in Veneto per gli anni 2000 e 2001, presentati di seguito, sono leggermente sottostimati, in quanto non comprendono:

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

Tale sottostima risulta peraltro ininfluenza sui tassi considerati nella presente analisi, tenuto conto, da una parte, del peso assolutamente residuale, a livello regionale, della dotazione strutturale per ricoveri non a carico del Servizio Sanitario Regionale, e, dall'altra, dei livelli estremamente contenuti della mobilità dei ricoveri con l'estero (gli stranieri dimessi da strutture di ricovero pubbliche e private del Veneto sono stati 6.398 nel 2001 e 6.332 nel 2000).

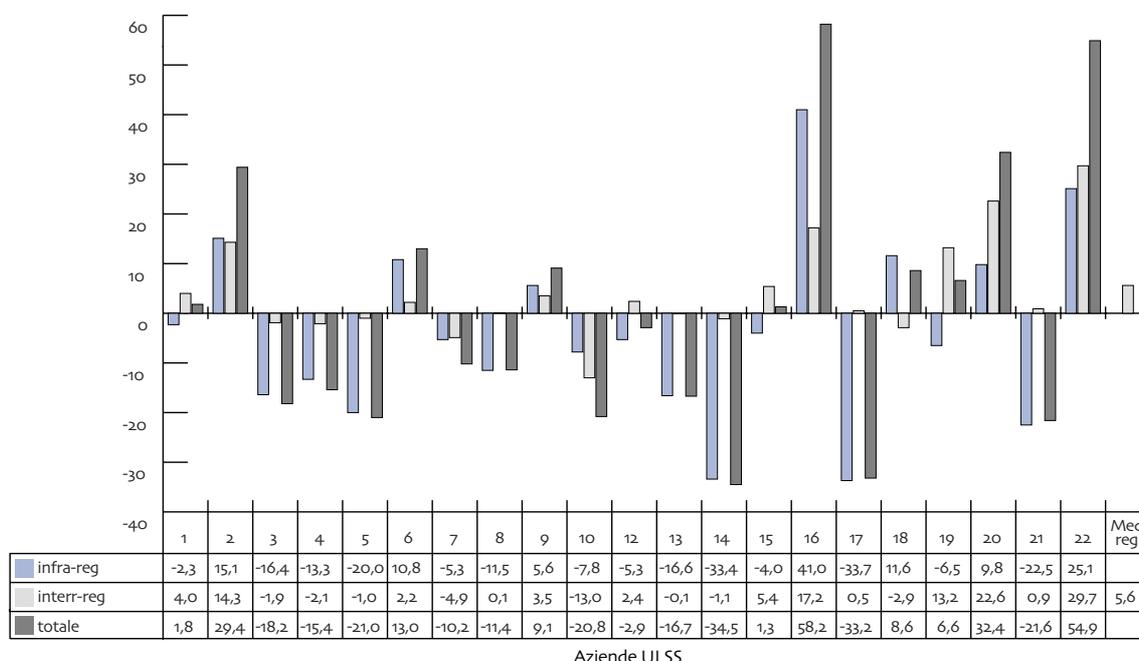


- Il tasso di ospedalizzazione rimane ancora al di sopra del livello di 160 ricoveri per 1.000 abitanti indicato come obiettivo dalla programmazione regionale e nazionale.
- Viene comunque confermata la tendenza ad una sua significativa e costante riduzione (- 20% dal 1998 al 2001). Qualora la tendenza calante continuasse ai ritmi degli ultimi due anni, la soglia del 160 per 1.000 potrebbe essere raggiunta nel 2005 / 2006.
- A partire dal 2000 la riduzione interessa esclusivamente i ricoveri ordinari, mentre quelli diurni appaiono sostanzialmente assestati.

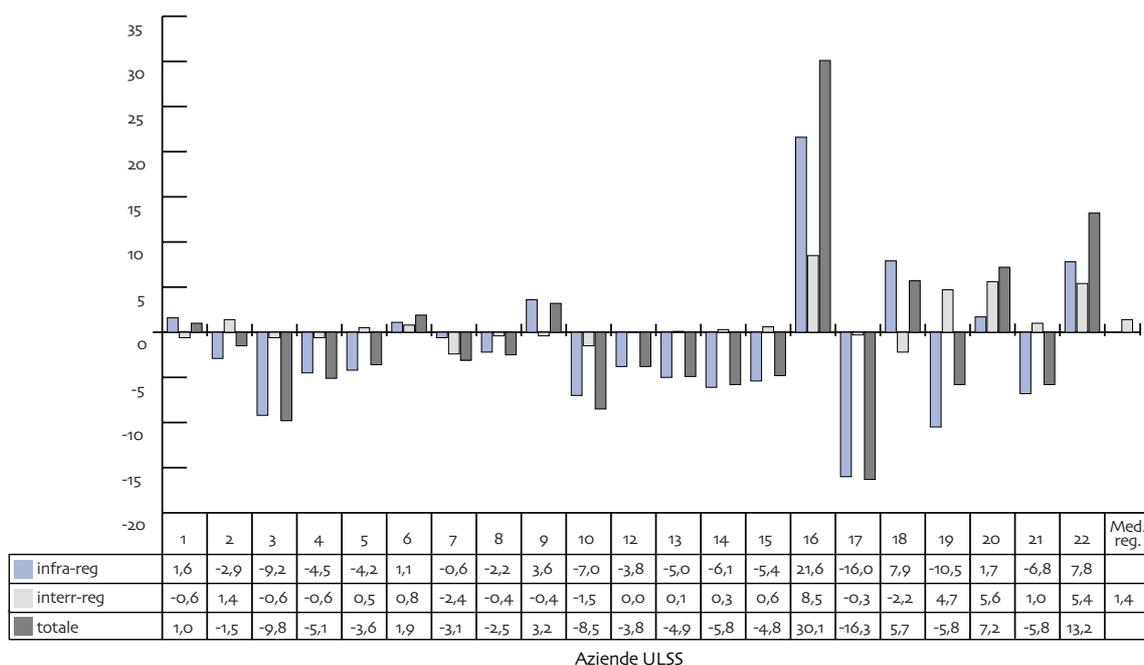


- I valori del tasso di ospedalizzazione si collocano a livelli sistematicamente più alti dello standard per tutte le ULSS.
- La variabilità massima fra i valori delle singole ULSS è del 25% circa e all'interno di questo range non emergono valori particolarmente anomali.
- Classificando le ULSS per gruppi omogenei di ospedalizzazione si ottiene il seguente quadro sintetico:
  - ULSS ad elevata ospedalizzazione: 14, 22, 5, 12, 19
  - ULSS a media ospedalizzazione: 10, 20, 13, 6, 15, 21, 16, 1, 7, 18, 8, 17
  - ULSS a bassa ospedalizzazione: 9, 2, 3, 4.

### Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - Anno 2000 Saldo attrazione-fuga per 1.000 residenti



### Assistenza ospedaliera - Ricoveri diurni - Anno 2000 Saldo attrazione-fuga per 1.000 residenti



Per quanto riguarda i ricoveri ordinari:

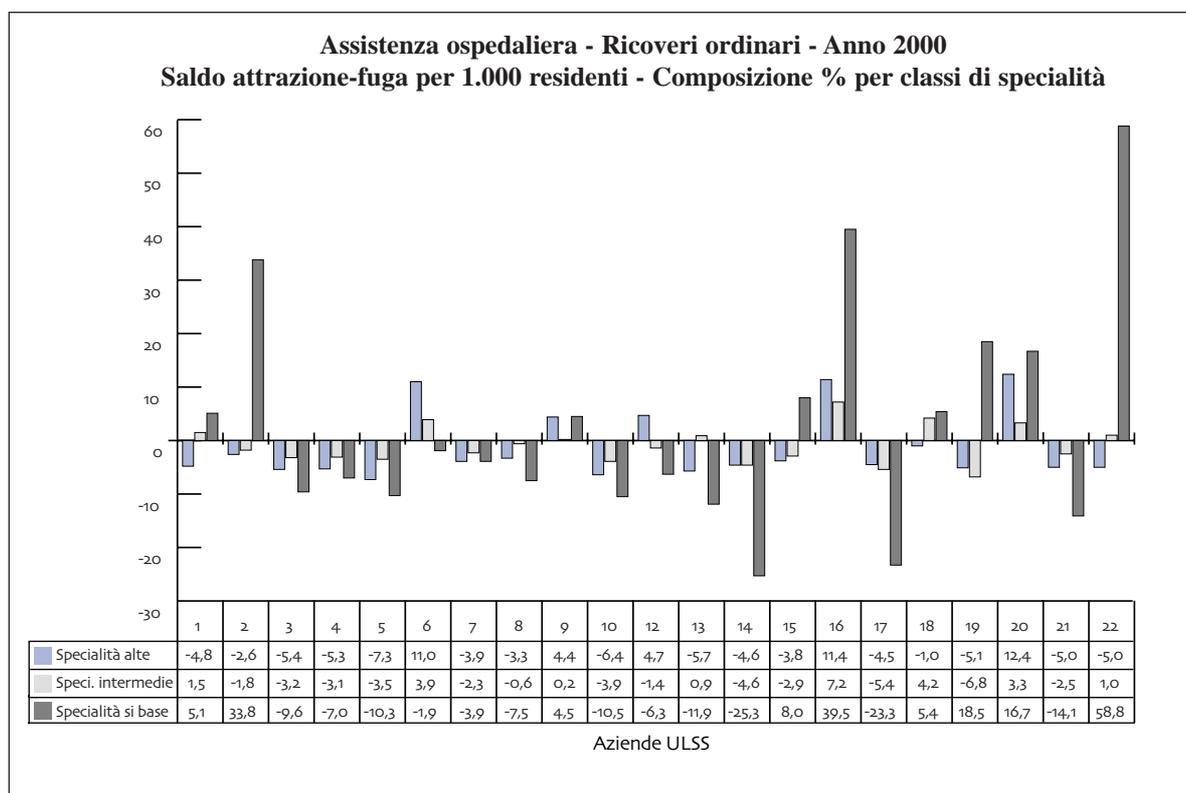
- Il saldo attrazione-fuga complessivo regionale è fortemente positivo per il Veneto, risultando la mobilità attiva interregionale quasi doppia rispetto a quella passiva.
- La mobilità passiva interregionale per il Veneto si concentra per oltre l'84,2% in cinque regioni / province autonome, in particolare, in ordine di importanza: Friuli-Venezia Giulia, che si aggiudica quasi un terzo dei ricoveri in fuga dal Veneto, e Lombardia ed Emilia Romagna, con quote rispettivamente del 22,8% e del 17%, Trentino e Alto Adige, con una quota complessiva del 13,8%.
- La mobilità attiva risulta più diversificata, le prime cinque regioni / province autonome giustificando solo il 71,7% dell'attrazione complessiva e precisamente, in ordine di importanza: Lombardia, con una quota del 21,6%, Sicilia, Emilia Romagna, Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia con quote intorno al 12-13%, da segnalare inoltre Puglia e Campania con quote intorno al 5%.
- Con le sole eccezioni di Friuli-Venezia Giulia e Alto Adige, il Veneto presenta saldi attrazione-fuga positivi nei confronti di tutte le altre regioni.

Ricoveri ordinari

- L'analisi per ULSS fa emergere un quadro disomogeneo a livello locale, in particolare:
  - per 2 ULSS attrazione e fuga sono sostanzialmente equivalenti determinando un saldo prossimo allo zero (ULSS 1 e 15);
  - per 8 ULSS il saldo attrazione-fuga risulta positivo, in misura significativa soprattutto per le ULSS 16 e 22, ma anche per le ULSS 20 e 2;
  - le rimanenti 11 ULSS presentano saldi attrazione-fuga negativi, particolarmente elevati per le ULSS 17 e 14, e comunque consistenti per le ULSS 21, 10, 5, 3 e 13.

Per quanto riguarda i ricoveri diurni:

- Il saldo attrazione-fuga complessivo regionale è fortemente positivo per il Veneto; anche in questo caso la mobilità attiva regionale risulta circa doppia rispetto a quella passiva.
- La mobilità passiva interregionale si concentra per oltre l'80% in tre regioni, in ordine di importanza: Friuli-Venezia Giulia, che attrae quasi il 40% dei ricoveri in fuga dal Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, con quote intorno al 23%.
- La mobilità attiva interregionale risulta più diversificata, rilevandosi tassi di attrazione significativi (superiori al 5% dei ricoveri in Veneto) nei confronti di sei regioni, che insieme giustificano solo il 76,1% dell'attrazione complessiva e precisamente, in ordine di importanza: Lombardia, con una quota del 23,4%, Friuli-Venezia Giulia con quota del 16,3%, Trentino e Alto Adige, Emilia Romagna e Sicilia con quote attorno al 10-12%, e Puglia con una quota del 5,1%.
- Anche per i ricoveri diurni solo il Friuli-Venezia Giulia presenta un saldo attrazione-fuga positivo nei confronti del Veneto.
- Dall'analisi per ULSS emerge:
  - per l'ULSS 16, soprattutto, e, in misura minore, per le ULSS 22, 20 e 18 saldi attrazione-fuga significativamente positivi
  - saldi negativi in particolare per le ULSS 17, 3 e 10, ma anche per le ULSS 19 e 21
  - per le restanti ULSS un maggiore equilibrio fra attrazione e fuga, nella maggior parte dei casi con saldi di segno negativo.



L'analisi della mobilità dei ricoveri è condotta separatamente rispetto alle seguenti tre classi di specialità:

- di base
- intermedie
- alte e altissime.

La suddivisione delle specialità secondo queste categorie riprende l'indirizzo regionale teso a rendere più capillarmente diffuse e quindi accessibili quelle specialità considerate di base e al tempo stesso a concentrare, per rendere più efficienti ed efficaci, le specialità medie e soprattutto alte.

L'analisi per classi di specialità è in grado di fornire indicazioni utili alla programmazione sia per rendere più adeguata la dotazione di strutture ai bacini di utenza reali sia per individuare eventuali problemi di carattere qualitativo.

In funzione delle diverse classi di specialità, le ULSS possono essere ricondotte a diversi gruppi omogenei di mobilità:

- in un primo gruppo rientrano le ULSS contraddistinte dalla capacità di attrarre ricoveri ad alta o altissima specialità. Come prevedibile, in base alle caratteristiche qualitative delle rispettive strutture, vi rientrano le ULSS dei capoluoghi di provincia e le Aziende Ospedaliere (ULSS 6, 9, 12, 16 e 20)
- in un secondo gruppo rientrano le ULSS contraddistinte dalla capacità di attrarre ricoveri a specialità di base o intermedie, comprendente le ULSS 1, 2, 7, 10, 15, 18, 19 e 22.

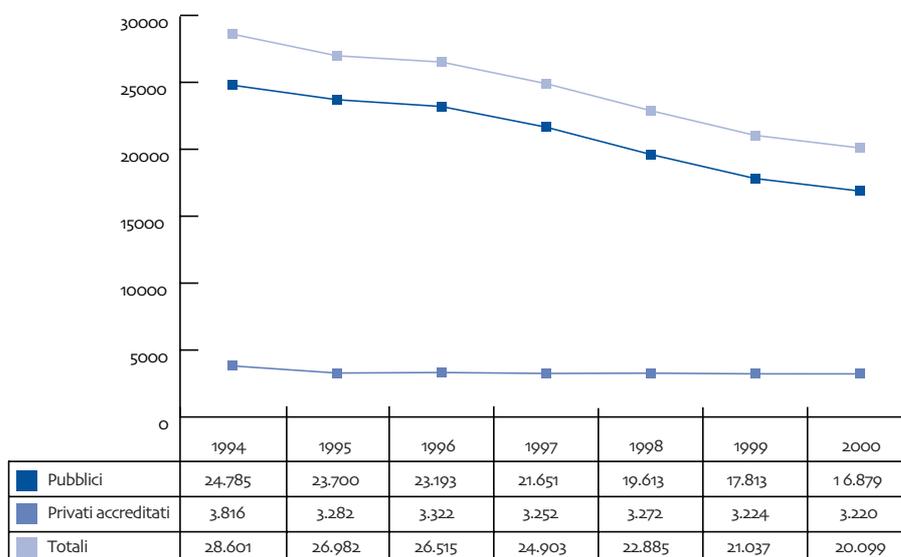
### Assistenza ospedaliera - Dotazione strutturale - Al 31.12.2000

	TIPOLOGIA DI PRESIDIO											
	Strutture Ospedaliere di ULSS	Aziende Ospedaliere	Sub-totale Tutti i presidi	pubblico di cui per acuti	Ospedali Classificati	CdC presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Sub-totale Tutti i presidi	privato di cui per acuti	Pubblico + Tutti i presidi	Privato di cui per acuti	
<b>PRESIDI</b>												
Totali	n. 63	2	65	50	7	4	16	27	17	92	67	
	% 68,5	2,2	70,7	54,3	7,6	4,3	17,4	29,3	18,5	100,0	72,8	
n. res. x presidio	72.077	2.270.425	69.859	90.817	648.693	1.135.213	283.803	168.180	267.109	49.357	67.774	
di cui:												
< 120 posti letto	n. 22		22	7	2		12	14	7	36	14	
120-249 posti letto	n. 17		17	17	4	3	4	11	8	28	25	
250-599 posti letto	n. 21		21	21	1	1		2	2	23	23	
= > 600 posti letto	n. 3	2	5	5				0		5	5	
<b>POSTI LETTO</b>												
Totali	n. 15.611	3.808	19.419	14.335	1.328	873	1.653	3.854	2.697	23.273	17.032	
	% 67,1	16,4	83,4	61,6	5,7	3,8	7,1	16,6	11,6	100,0	73,2	
x 1.000 res. (1)	3,44	0,84	4,28	3,16	0,29	0,19	0,36	0,85	0,59	5,13	3,75	
x 1.000 res. (2)	3,44	0,84	4,28	3,16	0,29	0,17	0,28	0,75	0,53	5,02	3,68	
di cui:												
in regime ordinario	n. 13.465	3.414	16.879	12.341	1.252	739	1.229	3.220	2.259	20.099	14.600	
in regime diurno	n. 1.590	364	1.954	1.466	76	54	48	178	132	2.132	1.598	
paganti	n. 556	30	586	528	0	80	376	456	306	1.042	834	
Pubblici + privati accreditati	n. 15.611	3.808	19.419	14.335	1.328	793	1.277	3.398	2.165	22.817	16.950	
di cui:												
area FO medica	n. 6.732	1.586	8.318	8.102	557	338	812	1.707	1.084	10.025	9.186	
area FO chirurgica	n. 5.414	1.562	6.976	6.872	330	357	456	1.143	1.081	8.119	7.953	
area FO materno-infantile	n. 1.795	535	2.330	2.324	95	41	26	162	151	2.492	2.475	
sub-totale acuti	n. 13.941	3.683	17.624	17.298	982	736	1.294	3.012	2.316	20.636	19.614	
x 1.000 res. (1)	3,1	0,8	3,9	3,8	0,2	0,2	0,3	0,7	0,5	4,5	4,3	
area FO riabilitativa	n. 1.670	125	1.795	1.012	346	137	359	842	381	2.637	1.393	
x 1.000 res. (1)	0,4	0,0	0,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,6	0,3	

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

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

**Assistenza ospedaliera - Veneto - Trend temporale**  
N. posti letto per degenza ordinaria



- La dotazione di posti letto risulta già pressochè in linea con l'ultimo standard fissato a livello nazionale (5,0 posti letto per 1.000 abitanti indicato dal DL 347/01, convertito nella L n. 405/01 e con la programmazione regionale).
- Emerge una prassi diffusa a differenziare i presidi ospedalieri in funzione della destinazione funzionale, distinguendo quelli per acuti da quelli a indirizzo medico-riabilitativo per l'assistenza ospedaliera in fase post-acuta.
- Il processo di riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse strutturali si realizza anche favorendo lo sviluppo del ricovero diurno. In questo senso mentre il dato riguardante le strutture pubbliche è aumentato di circa 2 punti percentuali nel corso degli ultimi due anni, raggiungendo così l'11,6% dei posti letto totali, nelle strutture private questa tendenza non è confermata perdendo nello stesso periodo più di 2 punti percentuali e posizionandosi così attorno all'attuale 5,5%.
- Per i posti letto per lungodegenza e riabilitazione, l'allineamento allo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti appare più difficoltoso, confermando per la seconda volta una dotazione effettiva di circa 0,5 posti letto per 1.000 abitanti; a parziale attenuazione della carenza rilevata va detto che i dati di struttura ed attività relativi all'Area Funzionale Omogenea (Area FO) Riabilitativa sono sottostimati, in quanto, nella realtà organizzativa dei servizi ospedalieri, le funzioni di lungodegenza e riabilitazione sono spesso aggregate a funzioni per acuti, soprattutto nell'Area FO Medica, e, spesso, i relativi posti letto e ricoveri vengono codificati secondo la disciplina principale.
- Limitando l'analisi temporale ai posti letto per degenza ordinaria, per cui è possibile ricostruire una serie storica di medio periodo, emerge con evidenza il netto ridimensionamento, a partire dall'avvio della riforma del SSN, dei posti letto complessivi attivi in Veneto: dal 1994 al 2000 diminuiscono di 8.500 unità (- 30%).

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

- ha interessato prevalentemente il settore pubblico (- 32%) e solo marginalmente il settore privato (- 15%)
- si è sviluppato in modo continuo lungo tutto il periodo e in misura relativamente costante, anche se si osserva una maggiore accelerazione in corrispondenza degli atti programmatori regionali in materia (DGR n. 2223/95 e in particolare DGR n. 740/99).
- Va segnalato che rispetto al 1999 risulta una diminuzione complessiva di 228 posti letto per ricovero diurno, di cui 97 nei presidi pubblici; ne deriva che la riduzione strutturale osservata nello stesso periodo per la degenza ordinaria, pari a 444 posti letto complessivi (440 nel settore pubblico), è reale, non essendosi tradotta in uno spostamento verso modalità di ricovero diverse.

CONFRONTO CON LA  
PROGRAMMAZIONE  
(DGR N. 740/99)

#### Assistenza ospedaliera - Posti letto pubblici al 31.12.2000

	Posti letto DGR 740/99	Posti letto esistenti al 31.12.00	Scostamenti esistente vs programmato	
			v.a.	%
Area FO medica	8.128	8.318	190	2,3
Area FO chirurgica	6.942	6.976	34	0,5
Area FO materno-infantile	2.286	2.330	44	1,9
Sub-totale acuti	17.356	17.624	268	1,5
Area FO riabilitativa	3.081	1.795	-1.286	-41,7
TOTALE GENERALE	20.437	19.419	-1.018	-5,0

#### Assistenza ospedaliera - Posti letto privati al 31.12.2000

	Ospedali classificati	CdC Presidio di ULSS	CdC pre-accreditate	Totale
POSTI LETTO DA 740/99				
- pre-accreditati	n.	1.290	760	1.227
POSTI LETTO ESISTENTI				
- pre-accreditati	n.	1.328	793	1.277
SCOSTAMENTI				
ESISTENTE vs PROGRAMMATO				
Posti letto pre-accreditati	v.a.	38	33	50
	%	2,9	4,3	4,1

**Per il settore pubblico:**

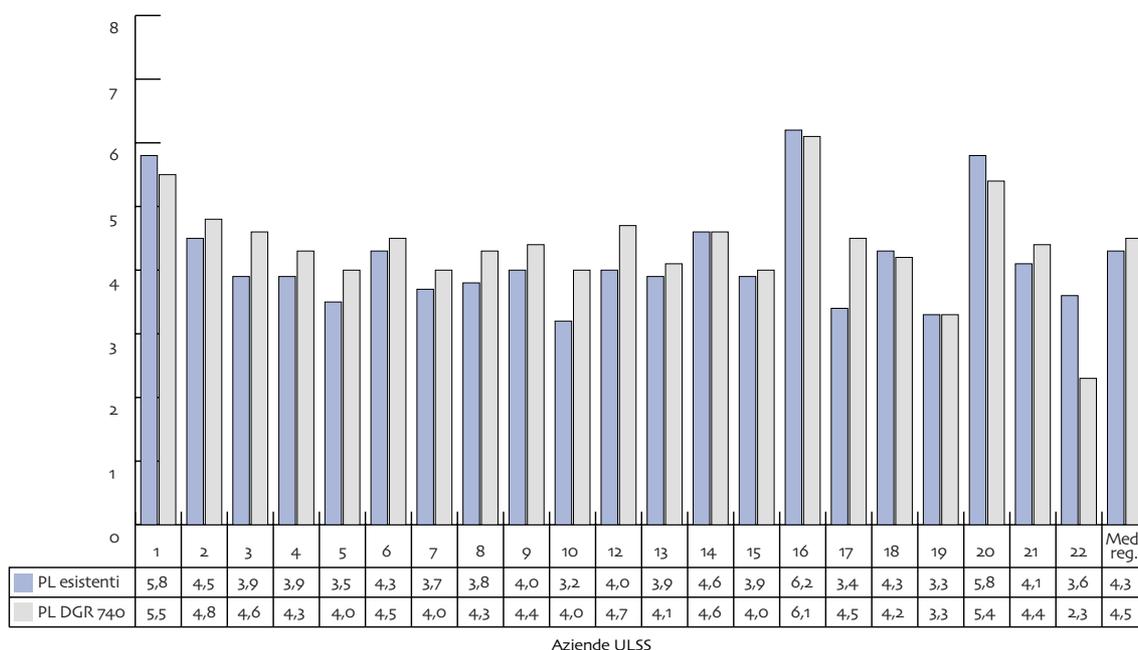
- La dotazione complessiva di posti letto rilevata al 31.12.2000 è inferiore alla dotazione programmata.
- Permangono forti squilibri nella distribuzione dei posti letto per Area FO, con situazioni di sovradimensionamento nelle Aree FO medica, soprattutto, ma anche in quelle chirurgica e materno infantile, cui fa da contrappeso la forte carenza dell'Area FO riabilitativa.

**Per il settore privato:**

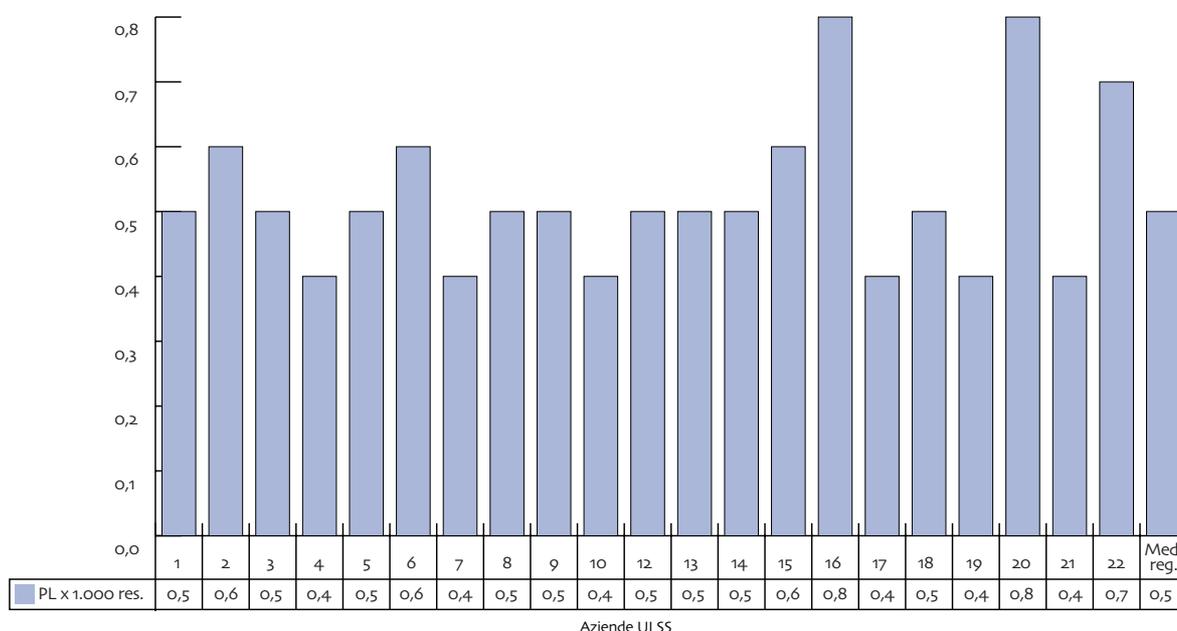
- L'eccesso di posti letto va valutato con cautela considerando la difficoltà, in alcune situazioni, ad ottenere dati affidabili.

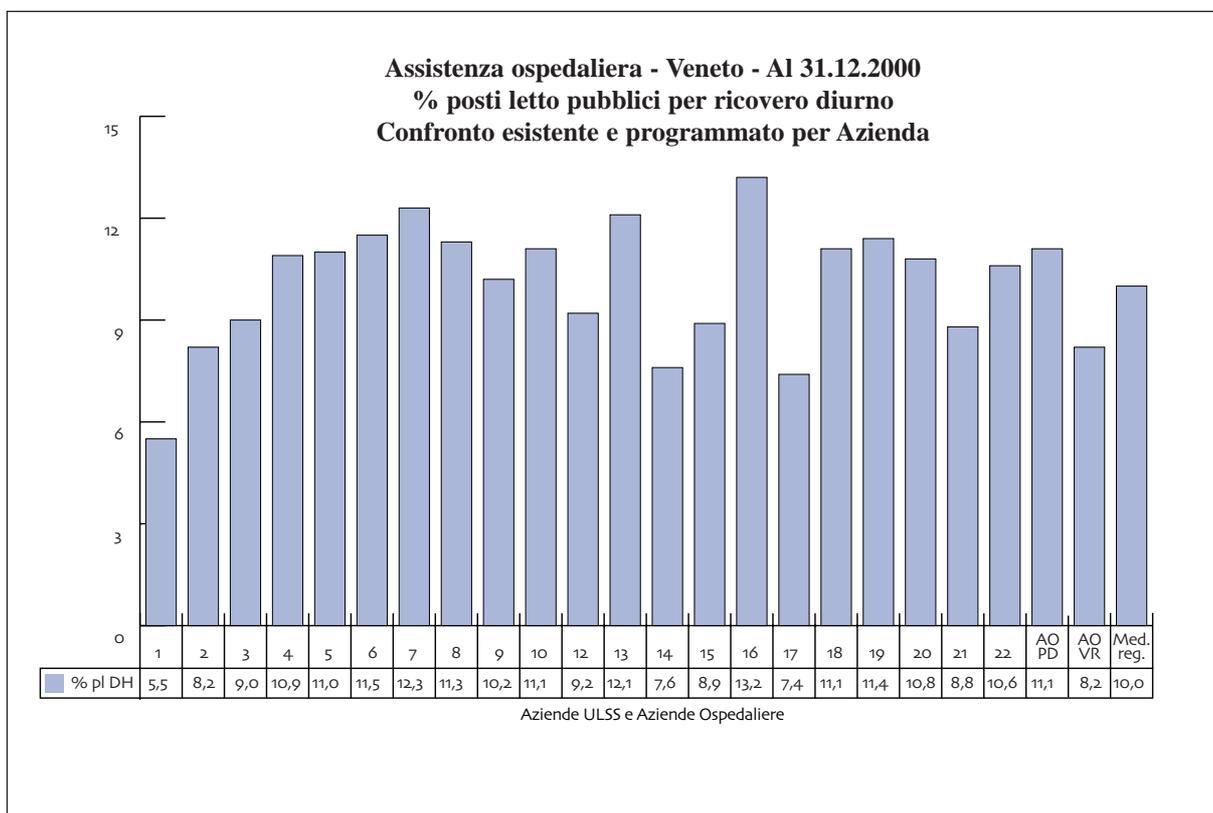
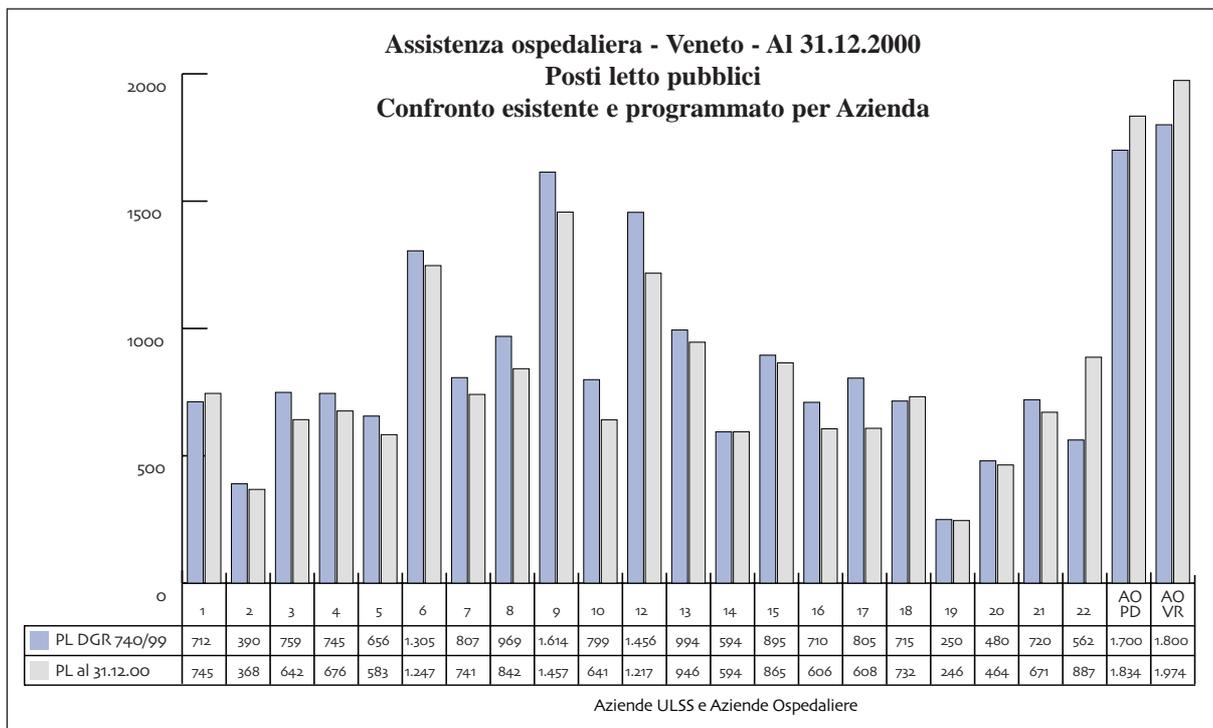
Analisi territoriale

**Assistenza ospedaliera - Posti letto pubblici per 1.000 residenti per ULSS**  
**Confronto esistenti al 31.12.2000 vs programmati (DGR n. 740/99)**



**Assistenza ospedaliera - Area FO Riabilitativa**  
**Posti letto pubblici e privati per 1.000 residenti - Al 31.12.2000**





- Le differenze territoriali nella dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione sono sostanzialmente coerenti con le indicazioni della programmazione che, nella distribuzione dei posti letto all'interno del territorio regionale, deve tener conto di diversi fattori:
  - sul versante della domanda: l'invecchiamento della popolazione e le caratteristiche geomorfologiche del territorio che richiedono dotazioni strutturali più elevate (ULSS 1 e 2);
  - sul versante dell'offerta: da una parte, l'esistenza di poli ad alta specializzazione, che spiegano l'elevato numero di posti letto delle ULSS 16 e 20, sedi di Aziende Ospedaliere, e, dall'altra, la presenza significativa di strutture private, che spiega la bassa dotazione delle ULSS 22 soprattutto, ma anche delle ULSS 10 e 19.
- Rispetto al quadro di riferimento delineato dalla programmazione vanno segnalate alcune criticità, in particolare:
  - con riferimento al solo settore pubblico, emergono limitate ma significative situazioni sia di esubero di posti letto (Azienda ULSS 22 e Azienda Ospedaliera di Verona con rispettivamente 325 e 174 posti letto in eccesso), sia di carenza (Aziende ULSS 12, 17, 10, 9, 8 e 3 con più di 100 posti letto in difetto)
  - con riferimento alla dotazione complessiva (settore pubblico e privato), si osserva che in nessuna ULSS è rispettato lo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti fissato per l'Area FO riabilitativa.

- La quota di posti letto pubblici destinati al ricovero diurno si va normalizzando all'interno di tutto il territorio regionale su valori compresi fra l'8% e il 12%; fanno eccezione, da una parte, le Aziende ULSS 1, 14 e 17 con valori inferiori, e, dall'altra, l'Azienda ULSS 16 con valori superiori.

### Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero - Anno 2000

	TIPO DI PRESIDIO					
	Presidi pubblici		Presidi privati		Presidi totali	
DIMESSI						
Totali	n.	818.051		120.768		938.819
	%	87,1		12,9		100,0
	x 1.000 res.	181,8		26,8		208,6
di cui:	N.	% dimessi	N.	% dimessi	N.	% dimessi
- regime ricovero ordinario	603.345	73,8	104.463	86,5	707.808	75,4
- regime ricovero diurno	214.706	26,2	16.305	13,5	231.011	24,6
- area FO medica	290.150	35,5	36.873	30,5	327.023	34,8
- area FO chirurgica	348.359	42,6	58.754	48,7	407.113	43,4
- area FO mat.-inf.	153.516	18,8	13.263	11,0	166.779	17,8
Sub-totale acuti	792.025	96,8	108.890	90,2	900.915	96,0
area FO acuti	26.026	3,2	11.878	9,8	37.904	4,0
GIORNATE DI DEGENZA						
Totali	n.	5.987.143		1.038.890		7.026.033
	%	85,2		14,8		100,0
	x 1.000 res.	1.330,5		230,9		1.561,4
di cui:	N.	% gg degenza	N.	% gg degenza	N.	% gg degenza
- regime ricovero ordinario	5.283.741	88,3	975.122	93,9	6.258.863	89,1
- regime ricovero diurno	703.402	11,7	63.768	6,1	767.170	10,9
- area FO medica	2.873.705	48,0	469.191	45,2	3.342.896	47,6
- area FO chirurgica	1.930.523	32,2	271.370	26,1	2.201.893	31,3
- area FO mat.-inf.	649.132	10,8	45.028	4,3	694.160	9,9
Sub-totale acuti	5.453.360	91,1	785.589	75,6	6.238.949	88,8
area FO riabil.	533.783	8,9	253.301	24,4	787.084	11,2

### Assistenza ospedaliera - Attività di ricovero - Trend temporale

		ANNI			VARIAZIONI %	
		1998	1999	2000	2000 vs 1998	2000 vs 1999
DIMESSI						
Totali	n.	1.108.693	990.140	938.819	-15,3	-5,2
di cui:						
- presidi pubblici	n.	987.733	867.772	818.051	-17,2	-5,7
- presidi privati	n.	120.960	122.368	120.768	-0,2	-1,3
- regime ricovero ordinario	n.	793.384	751.090	707.808	-10,8	-5,8
- regime ricovero diurno	n.	315.309	239.050	231.011	-26,7	-3,4
- aree FO per acuti	n.	1.075.528	954.967	900.915	-16,2	-5,7
- area FO riabilitativa	n.	33.100	35.171	37.904	14,5	7,8
GIORNATE DI DEGENZA						
Totali	n.	8.045.333	7.461.866	7.026.033	-12,7	-5,8
di cui:						
- presidi pubblici	n.	6.926.642	6.366.665	5.987.143	-13,6	-6,0
- presidi privati	n.	1.118.691	1.095.207	1.038.890	-7,1	-5,1
- regime ricovero ordinario	n.	6.975.820	6.597.528	6.258.863	-10,3	-5,1
- regime ricovero diurno	n.	1.069.513	864.338	676.170	-36,8	-21,8
- aree FO per acuti	n.	7.391.351	6.746.428	6.238.949	-15,6	-7,5
- area FO riabilitativa	n.	653.845	715.430	787.084	20,4	10,0

- Nel triennio analizzato ricoveri e giornate di degenza diminuiscono in misura significativa, anche se con andamenti differenziati, e talvolta contraddittori, in funzione di:
  - tipo di presidio, la riduzione riguardando esclusivamente i presidi pubblici;
  - regime di ricovero, con un calo relativo più consistente per il ricovero ordinario;
  - area funzionale, registrandosi la riduzione solo nelle aree funzionali per acuti, mentre aumentano ricoveri e giornate di degenza nell'area riabilitativa;
  - periodo di riferimento, con una diminuzione che tende ad attenuarsi nel tempo.
- Nel 2000 l'attività di ricovero diurno rappresenta quasi un quarto dell'attività di ricovero complessiva, con uno sviluppo nel settore pubblico più che doppio rispetto al settore privato. Considerando che una quota consistente di ricoveri ordinari con degenza inferiore ai 2 giorni è potenzialmente riconvertibile in ricoveri diurni, in futuro è da prevedersi un aumento del peso di questi ultimi; nel complesso i ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore rappresentano il 7,8% dei ricoveri ordinari totali. In particolare i DRG con numero di ricoveri brevi più elevato (oltre 1.000) sono:
  - fra i DRG medici: esofagite, gastroenterite e altri disturbi digestivi, tutte le età, senza complicazioni (DRG 183M e 184M), aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza complicazioni (DRG 139M), calcolosi urinaria senza complicazioni (DRG 324M), disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (DRG 369M)
  - fra i DRG chirurgici: aborto con dilatazione e raschiamento, isterosuzione o isterotomia (DRG 381C), dilatazione e raschiamento, conizzazione, eccetto per neoplasie maligne (DRG 364C).
- Nonostante la tendenza crescente osservata negli ultimi anni, l'attività di ricovero dell'area FO riabilitativa continua a pesare in misura residuale, in particolare nel settore pubblico.

### Assistenza ospedaliera - Ricoveri per DRG - Quadro complessivo - Trend temporale

	VENETO 2001 Ricoveri		VENETO 2000 Ricoveri		VENETO 1999 Ricoveri		VENETO 1998 Ricoveri		
	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	
COMPOSIZIONE DEI RICOVERI PER DRG									
- DRG medici	n. 430.637	119.575	466.493	119.123	500.496	135.241	525.402	227.378	
	% 64,1	46,7	65,1	49,5	66,6	56,6	66,8	72,6	
- DRG chirurgici	n. 241.313	136.413	249.658	121.535	250.889	103.871	261.605	85.843	
	% 35,9	53,3	34,9	50,5	33,4	43,4	33,2	27,4	
- DRG totali	n. 671.950	255.988	716.151	240.658	751.385	239.112	787.007	313.221	
	% 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
FREQUENZA & CUMULATA DEI PRIMI 30 DRG									
- DRG medici	% 46,4	64,2	46,0	60,8	44,6	55,3	44,3	nd	
- DRG chirurgici	% 58,5	90,3	59,1	90,3	60,4	89,0	60,8	nd	
- DRG totali	% 35,7	62,6	35,8	60,3	35,3	52,4	35,3	nd	

- Per i ricoveri ordinari:
  - netta prevalenza dei DRG medici rispetto a quelli chirurgici, ma, mentre per gli ultimi emerge una tendenza all'assettamento, per i primi si osserva una progressiva riduzione in misura significativa;
  - fra i DRG in crescita, quelli con gli avanzamenti più significativi nel triennio sono: malattie degenerative del sistema nervoso (7 posizioni), interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc (5 posizioni), interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea (5 posizioni), interventi su articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori;
  - per quanto concerne i DRG in diminuzione, c'è da segnalare un arretramento degli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (7 posizioni) e una diminuzione di prestazioni per affezioni mediche del dorso e per ipertensione (4 posizioni).
- Per i ricoveri diurni:
  - cambiamento radicale nella composizione dei ricoveri che vede il sorpasso dei DRG chirurgici rispetto a quelli medici a partire dal 2000, riconducibile alla politica regionale di sviluppo del day surgery che ha portato all'aumento dei ricoveri diurni con DRG chirurgico, mentre i DRG medici diminuiscono;
  - la netta prevalenza di DRG chirurgici nelle prime posizioni della classifica, con l'unica eccezione della chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, che si colloca al secondo posto, con una frequenza del 9,7%;
  - un buon allineamento alle indicazioni sulla appropriatezza del trattamento in ricovero diurno / day surgery espresse dal mondo scientifico e fatte proprie dalla Regione Veneto.

Ricoveri per DRG

RICOVERI ORDINARI

RICOVERI DIURNI

## Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari - 30 DRG più frequenti - Trend temporale

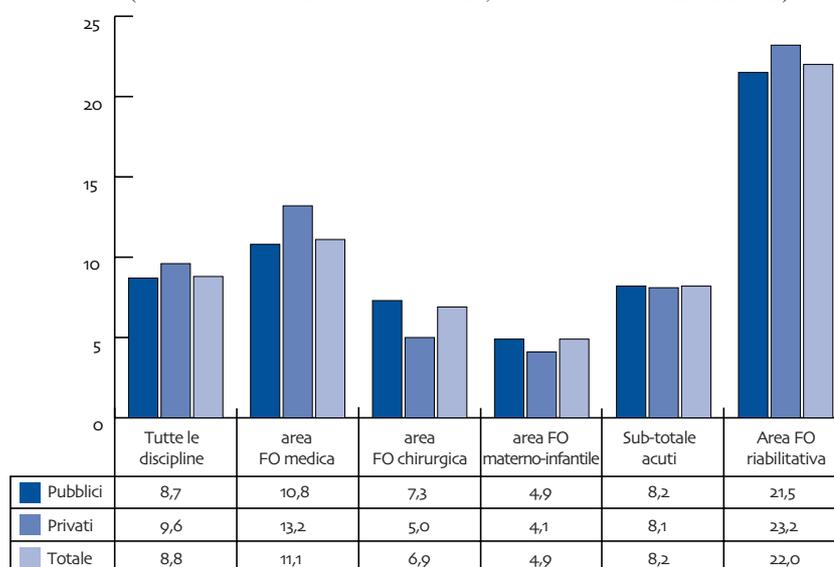
DRG		VENETO 2001			VENETO 2000		VENETO 1999	
Codice	Descrizione	N.	pos.	%	pos.	%	pos.	%
373 M	parto vaginale senza diagnosi complicanti	28.069	1	4,2	1	4,2	1	3,8
127 M	insufficienza cardiaca e shock	16.360	2	2,4	4	2,2	2	2,0
122 C	interventi sul ginocchio senza CC	13.492	3	2,0	3	2,0	5	1,9
183 M	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	10.586	4	1,6	2	1,7	3	1,9
209 C	interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	10.377	5	1,5	9	1,4	11	1,8
359 C	interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	10.046	6	1,5	11	1,4	10	1,7
014 M	malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	9.933	7	1,5	8	1,4	7	1,5
371 C	parto cesareo senza CC	9.929	8	1,5	7	1,4	9	1,3
243 M	afezioni mediche del dorso	9.546	9	1,4	5	1,6	6	1,3
430 M	psicosi	8.344	10	1,2	12	1,2	12	1,3
088 M	malattia polmonare cronica ostruttiva	8.141	11	1,2	10	1,4	8	1,2
015 M	attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	7.299	12	1,1	13	1,1	15	1,2
039 C	interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	6.965	13	1,0	6	1,4	4	1,0
012 M	malattie degenerative del sistema nervoso	6.571	14	1,0	21	0,8	24	1,0
184 M	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	6.507	15	1,0	16	0,9	17	0,9
089 M	polmonite semplice e pleurite, età > 17 con CC	6.317	16	0,9	17	0,9	20	0,9
112 C	interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	6.288	17	0,9	22	0,8	>30	0,9
119 C	legatura e stripping di vene	6.031	18	0,9	14	0,9	16	0,9
082 M	neoplasie dell'apparato respiratorio	5.842	19	0,9	15	0,9	14	0,8
139 M	aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	5.654	20	0,8	19	0,9	18	0,8
410 M	chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.548	21	0,8	20	0,8	>30	0,8
134 M	ipertensione	5.431	22	0,8	18	0,9	13	0,8
379 M	minaccia di aborto	4.799	23	0,7	26	0,7	25	
245 M	malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	4.662	24	0,7	25	0,8	21	0,7
162 C	interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza CC	4.596	25	0,7	24	0,8	22	0,7
311 C	interventi per via transuretrale, senza CC	4.536	26	0,7	28	0,7	27	0,7
219 C	interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza CC	4.483	27	0,7	34	0,6	>30	0,7
231 C	escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	4.471	28	0,7	29	0,7	>30	0,7
125 M	malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco	4.413	29	0,7	30	0,6	>30	0,7
158 C	interventi su ano e stoma, senza CC	4.342	30	0,6	31	0,6	>30	0,7
SUB-TOTALE PRIMI 30 DRG		239.578		35,7		35,6		35,3
Altri DRG		432.372		64,3		64,4		64,7
TUTTI I DRG		671.950		100		100		100

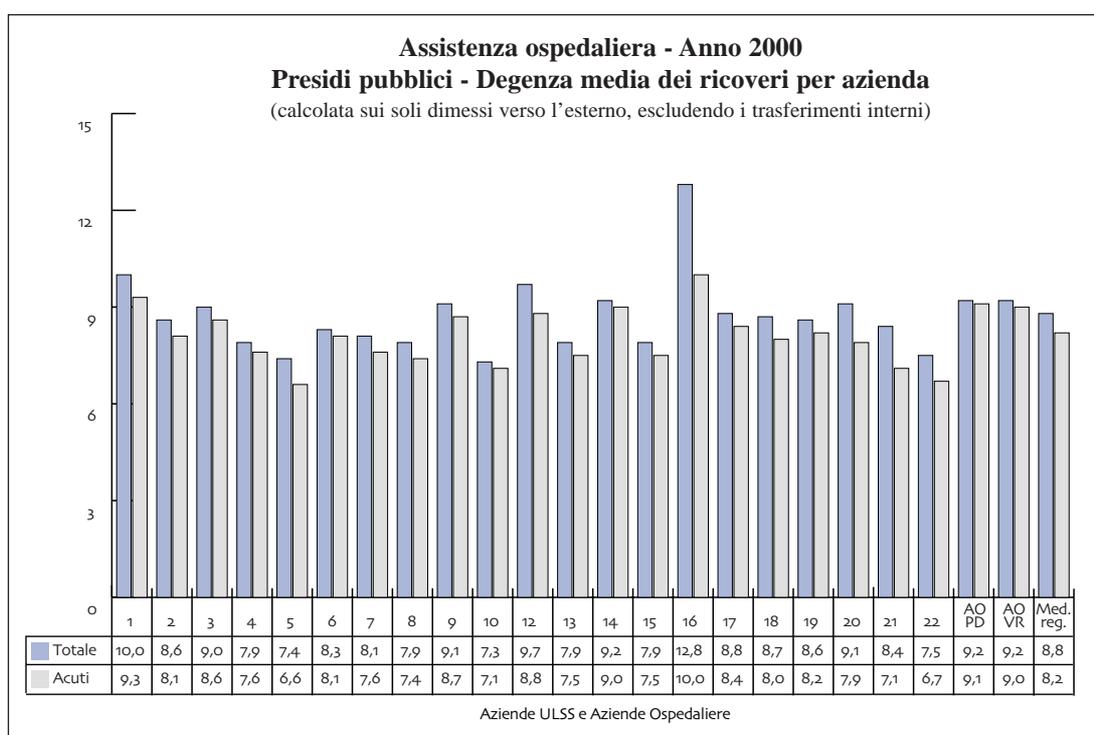
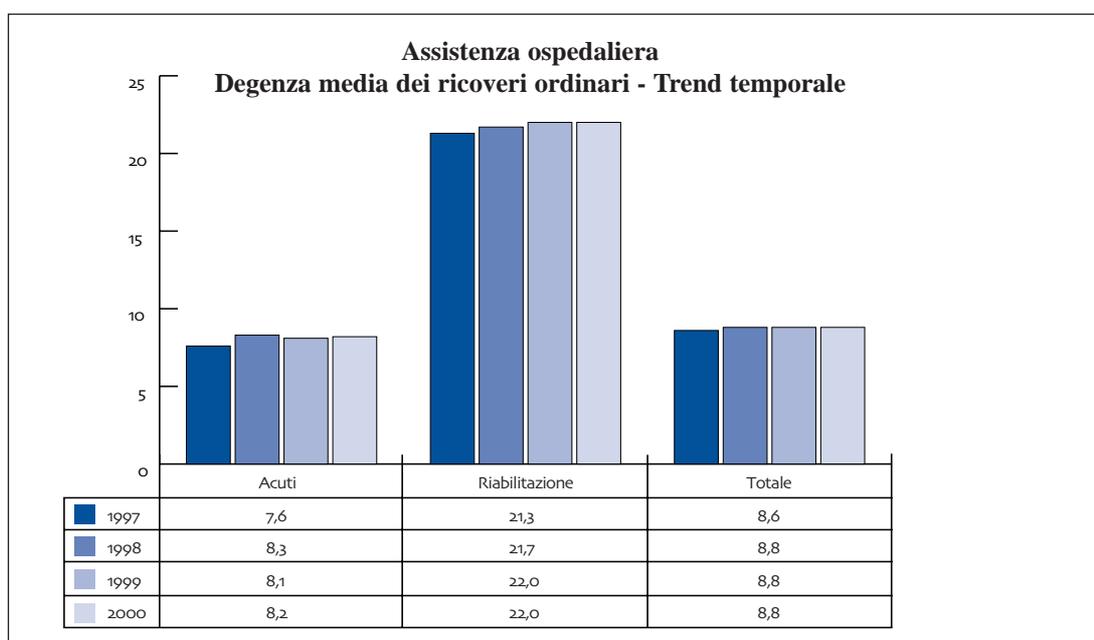
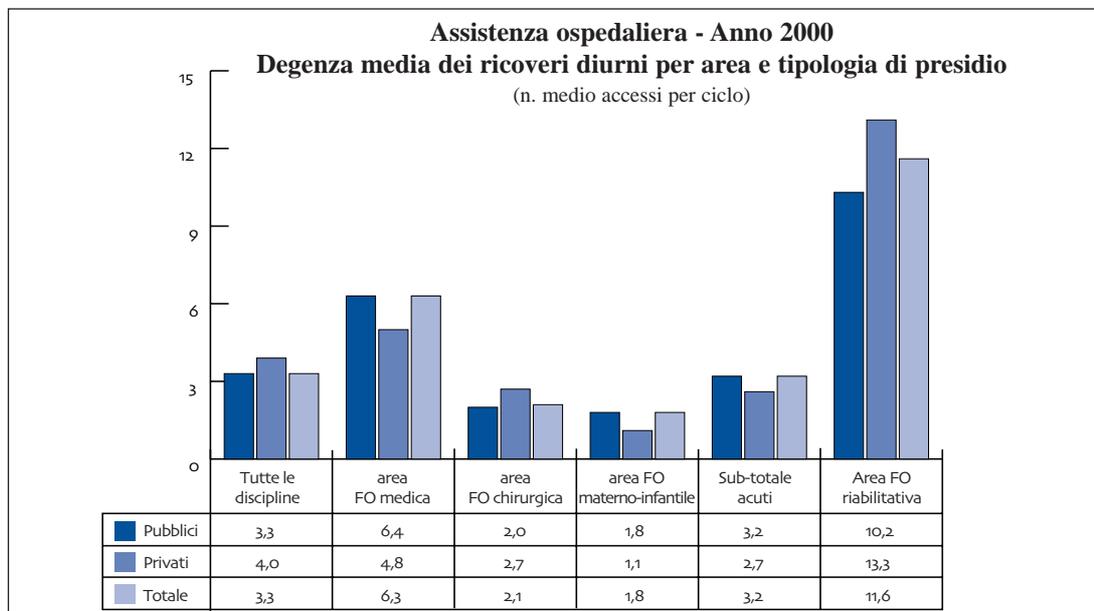
## Assistenza ospedaliera - Ricoveri diurni - 30 DRG più frequenti

DRG		VENETO 2001			VENETO 2000		
Codice	Descrizione	N.	pos.	%	pos.	%	
039	C	interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	27.121	1	10,6	1	10,6
410	M	chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	24.774	2	9,7	2	9,7
381	C	aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	9.318	3	3,6	3	3,6
162	C	interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza CC	8.915	4	3,5	6	3,5
364	C	dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	8.706	5	3,4	4	3,4
006	C	decompressione del tunnel carpale	7.689	6	3,0	5	3,0
119	C	legatura e stripping di vene	7.513	7	2,9	7	2,9
229	C	interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	5.462	8	2,1	8	2,1
222	C	interventi sul ginocchio senza CC	4.786	9	1,9	9	1,9
060	C	tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	4.564	10	1,8	10	1,8
231	C	escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggiointradollare eccetto anca e femore	3.840	11	1,5	12	1,5
270	C	altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	3.742	12	1,5	11	1,5
412	M	anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.227	13	1,3	17	1,3
266	C	trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite, senza CC	3.132	14	1,2	13	1,2
139	M	aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	2.909	15	1,1	14	1,1
158	C	interventi su ano e stoma, senza CC	2.892	16	1,1	19	1,1
409	M	radioterapia	2.800	17	1,1	47	1,1
227	C	interventi su tessuti molli senza CC	2.644	18	1,0	15	1,0
360	C	interventi su vagina, cervice e vulva	2.440	19	1,0	26	1,0
384	M	altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	2.367	20	0,9	16	0,9
131	M	malattie vascolari periferiche, senza CC	2.248	21	0,9	25	0,9
183	M	esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	2.232	22	0,9	28	0,9
359	C	interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	2.220	23	0,9	39	0,9
395	M	anomalie dei globuli rossi, età > 17	2.165	24	0,8	22	0,8
206	M	malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite colica, senza CC	2.161	25	0,8	21	0,8
262	C	biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	2.152	26	0,8	27	0,8
319	M	neoplasie del rene e delle vie urinarie	2.118	27	0,8	23	0,8
339	C	interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17	2.036	28	0,8	30	0,8
055	C	miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.991	29	0,8	32	0,8
467	M	altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.989	30	0,8	29	0,8
SUB-TUTALE PRIMI 30 DRG		160.153		62,6		62,6	
Altri DRG		95.835		37,4		37,4	
TUTTI I DRG		255.988		100		100	

Indici di  
funzionalità  
DEGENZA MEDIA

Assistenza ospedaliera- Anno 2000  
Degenza media dei ricoveri ordinari per area e tipologia di presidio  
(calcolata sui soli dimessi verso l'esterno, escludendo i trasferimenti interni)





• **Per i ricoveri ordinari:**

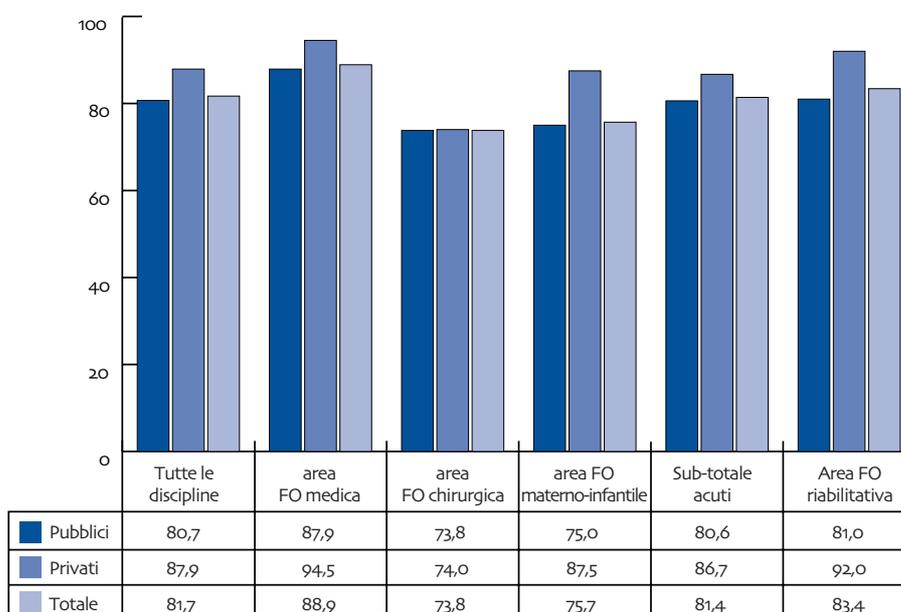
- considerando le sole funzioni per acuti, le degenze medie registrate nel settore pubblico e nel settore privato, si collocano ad un livello decisamente inferiore ai 9 giorni indicati dalla programmazione come soglia massima;
- i valori più elevati di degenza media complessiva espressi dal settore privato sono da ricondursi esclusivamente al valore molto più alto dell'area FO medica e all'area FO riabilitativa, mentre per tutte le altre aree FO la durata della degenza nelle strutture private risulta inferiore a quella nelle strutture pubbliche; le differenze emerse possono essere collegate, per le specialità chirurgiche e materno infantili, al maggior sviluppo del ricovero diurno nel settore pubblico e, per le specialità mediche, ad un diverso case mix fra i due settori, con un maggior peso relativo nel settore privato dei ricoveri con degenza più lunga (es. ricoveri psichiatrici o neurologici);
- in entrambi i settori, emerge il valore molto più alto per l'area medica, determinato presumibilmente sia da funzioni "improprie" svolte da alcune discipline afferenti a quest'area (Medicina generale, Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Reumatologia) per supplire a carenze di strutture per lungodegenza e riabilitazione, sia da problemi di accuratezza nella codifica dei ricoveri, che non distinguono le funzioni aggregate;
- nel complesso non si osservano sostanziali cambiamenti nell'ultimo triennio.

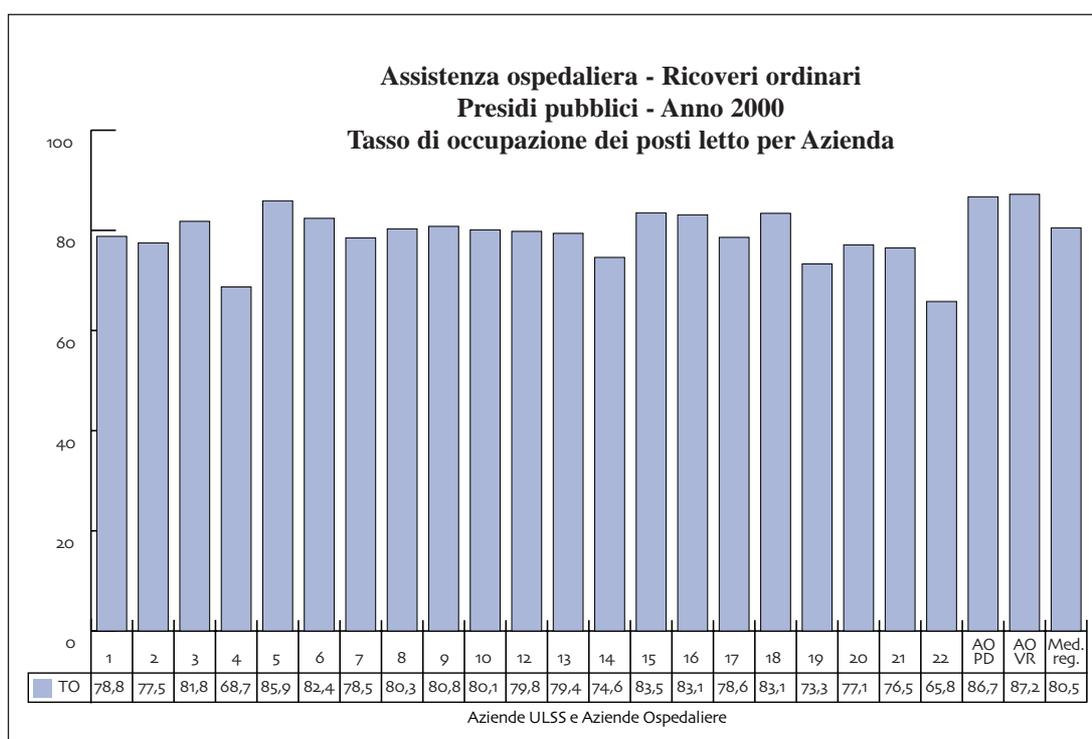
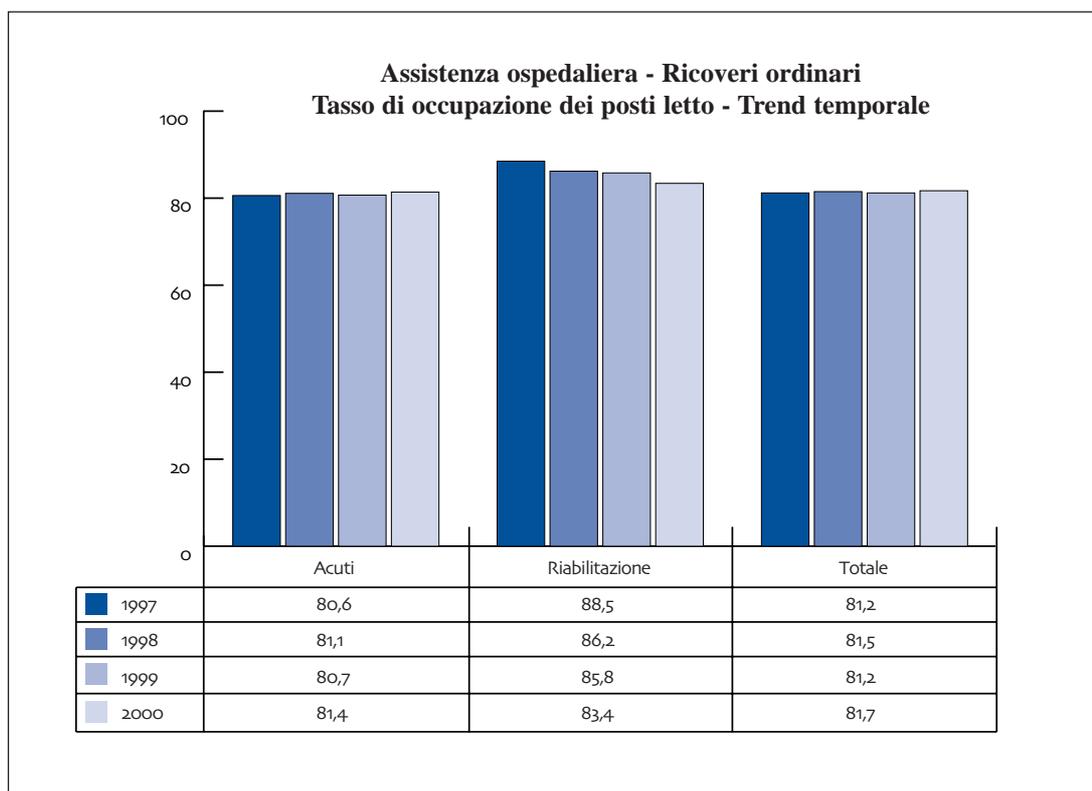
• **Per i ricoveri diurni** l'analisi della degenza media, intesa come "numero medio di accessi per ciclo", ripropone un quadro analogo a quello descritto per i ricoveri ordinari, ma con valori più che dimezzati.

• **A livello territoriale**, con riferimento al solo settore pubblico e limitatamente ai ricoveri ordinari, si osserva che:

- nel complesso la degenza media delle discipline per acuti rientra nella soglia massima di 9 giorni fissata per le discipline per acuti. I valori anomali dell'ULSS 16 possono essere spiegati dalla presenza di presidi che svolgono funzioni che afferiscono all'area FO medica, che, come evidenziato precedentemente, sono quelle che presentano degenze medie elevate;
- tre Aziende (ULSS 1 e Aziende Ospedaliere di Verona e Padova) presentano valori della degenza media al limite della soglia massima di 9 giorni, in conseguenza di degenze medie più elevate soprattutto per l'area FO medica, ma anche per quella chirurgica, che suggeriscono un approfondimento di analisi sulla appropriatezza delle giornate trascorse in ospedale;
- quattro Aziende (ULSS 5 e 22 in particolare, ma anche ULSS 10 e 21) fanno registrare valori molto bassi della degenza media per acuti; per l'ULSS 22 tali scostamenti sono spiegati da mix produttivi più spostati sulle discipline chirurgiche e materno-infantili, caratterizzate nel complesso da degenze medie brevi.

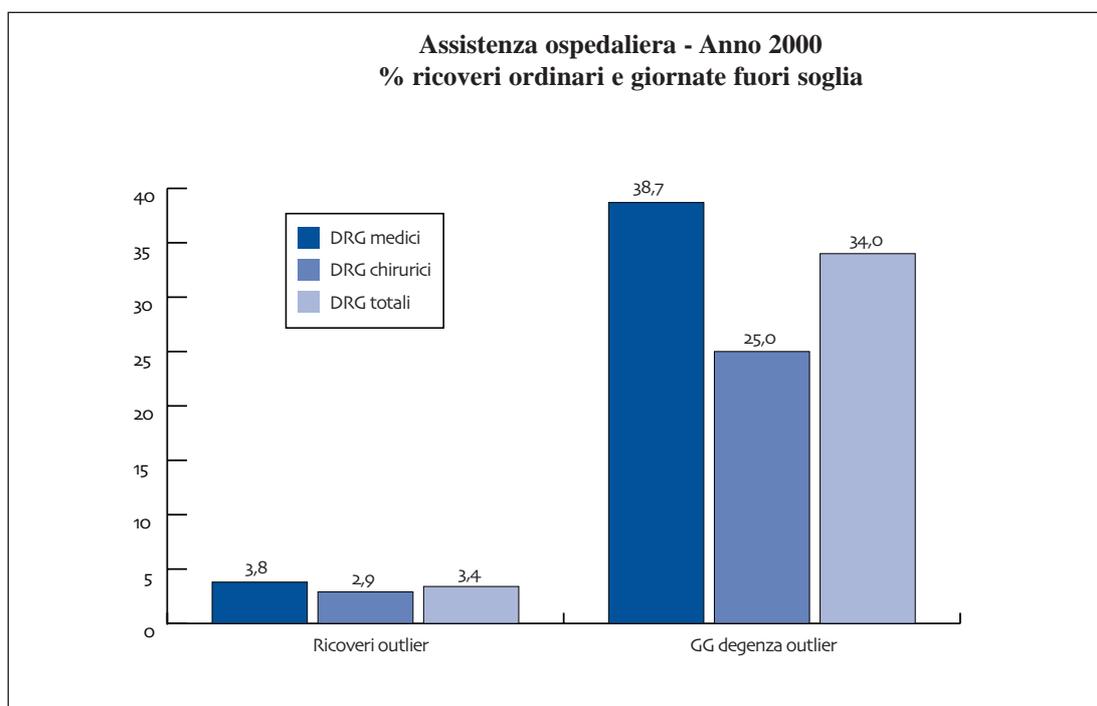
Assistenza ospedaliera - Ricoveri ordinari  
Tasso di occupazione dei posti letto - Anno 2000





- Criticità dell'area FO chirurgica, sia per il settore privato che per il settore pubblico, con un tasso di occupazione medio inferiore al valore soglia minimo del 75% indicato dalla programmazione, per cui il valore medio supera di poco tale valore; da evidenziare che nell'ultima relazione socio-sanitaria proponevano la stessa criticità.
- Criticità, limitata al settore pubblico, dell'area materno-infantile, anche se rispetto al 1999 migliora la performance con un tasso di occupazione che raggiunge il limite accettabile.
- L'utilizzo dei posti letto nel periodo analizzato, evidenzia la tendenza continua e costante ad una diminuzione dei tassi di occupazione per l'area FO riabilitativa e rileva un aumento del tasso di occupazione nell'area acuta, che si ripercuote sul tasso totale con un incremento di mezzo punto percentuale.
- Limitatamente al settore pubblico e alle funzioni per cui vale la soglia minima del 75% del tasso di occupazione dei posti letto (escluse quindi Terapia intensiva, Rianimazione, Malattie infettive, Trapianto d'organi e di midollo, Unità spinale), emerge che, fra le discipline con una discreta diffusione sul territorio regionale, le più critiche, con tassi di occupazione inferiori al 75%, sono:

- Chirurgia vascolare
- Chirurgia maxillo-facciale
- Chirurgia toracica
- Chirurgia pediatrica
- Oculistica
- Odontoiatria e stomatologia
- Ortopedia e traumatologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Ostetricia e ginecologia
- All'opposto le discipline con più elevati livelli di utilizzo dei posti letto (oltre il 90%) sono:
  - Geriatria
  - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione.
- Sempre con riferimento al settore pubblico, l'analisi a livello territoriale fa emergere la criticità delle strutture ospedaliere delle Aziende ULSS 4 e 22, ma anche 14 e 19.  
Si segnalano inoltre le due Aziende Ospedaliere con valori superiori al 85 %.



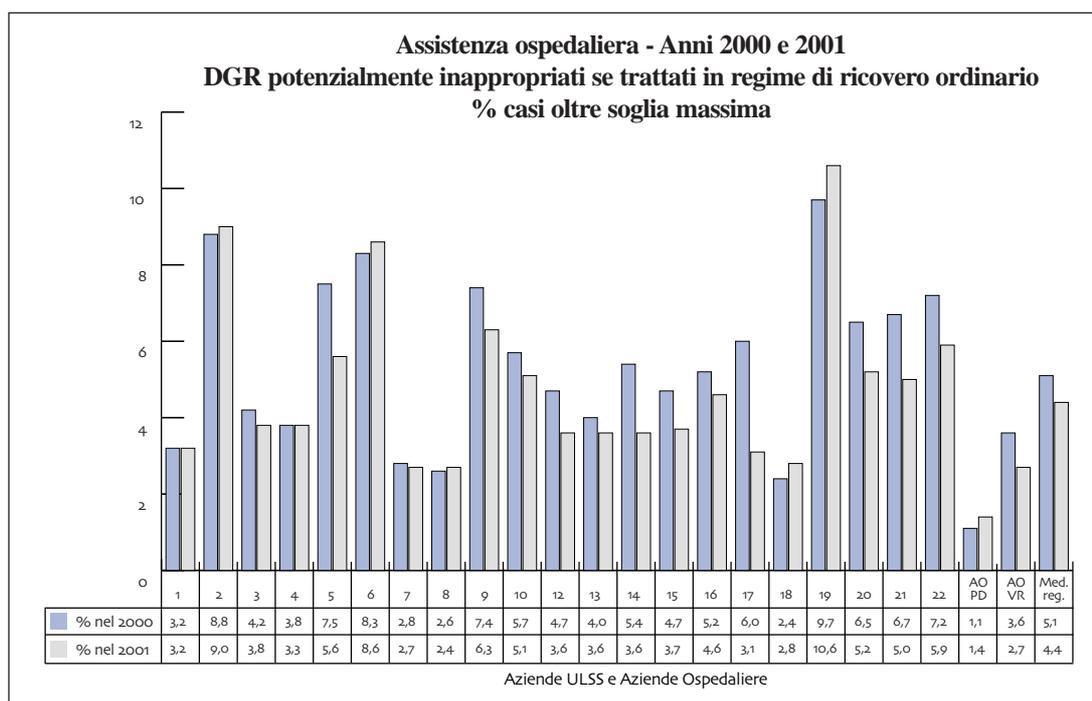
- I 31.501 ricoveri fuori soglia producono 927.938 giornate di degenza che superano la soglia massima prevista per i singoli DRG, con una media di 34 giornate in eccesso per ogni ricovero outlier. L'importanza assoluta e relativa del fenomeno impone un approfondimento di analisi al fine di verificare se e in quali casi sia da imputare a inefficienze organizzative, tecniche o operative o sia piuttosto legato al sistema DRG, in particolare ad una sua applicazione non sufficientemente adattata al contesto specifico nazionale e/o regionale.  
Fra i DRG più frequenti (con almeno 3.000 ricoveri), quote più elevate di giornate di degenza outlier (oltre il 25%), cui si associano quote di ricoveri oltre la soglia superiori alla media, si osservano per:
  - assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (DRG 249)
  - malattie degenerative del sistema nervoso (DRG 12)
  - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (DRG 410)
  - riabilitazione (DRG 462)
  - escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore (DRG 231)
  - disturbi organici e ritardo mentale (DRG 429).

## Assistenza ospedaliera

## DGR potenzialmente inappropriati se trattati in regime di ricovero ordinario

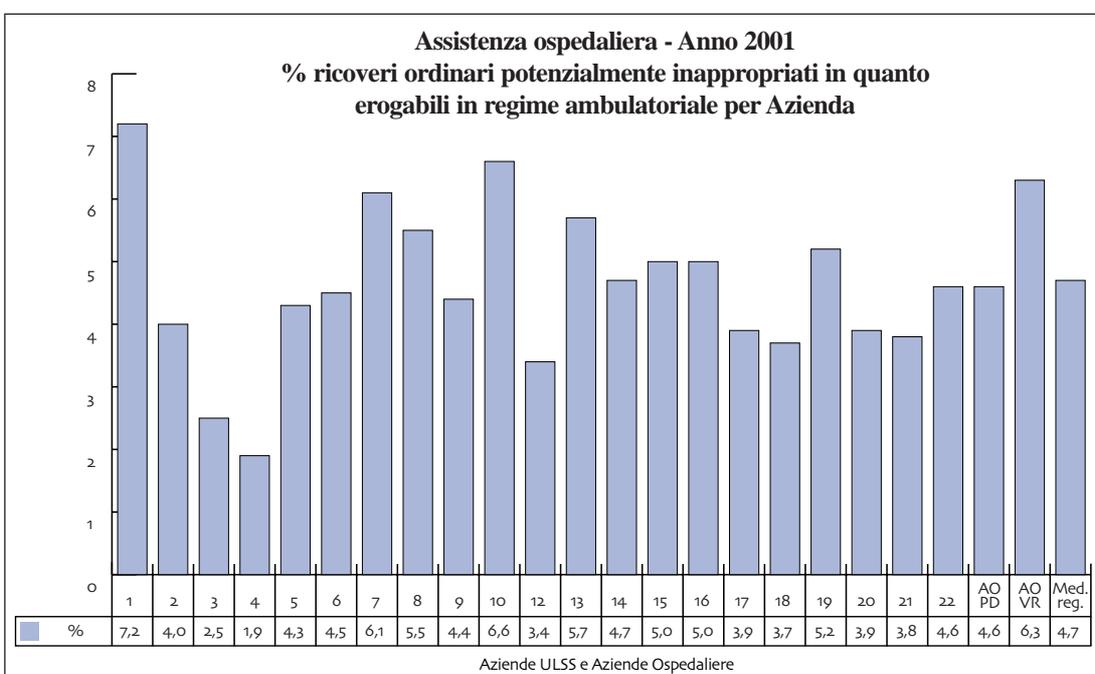
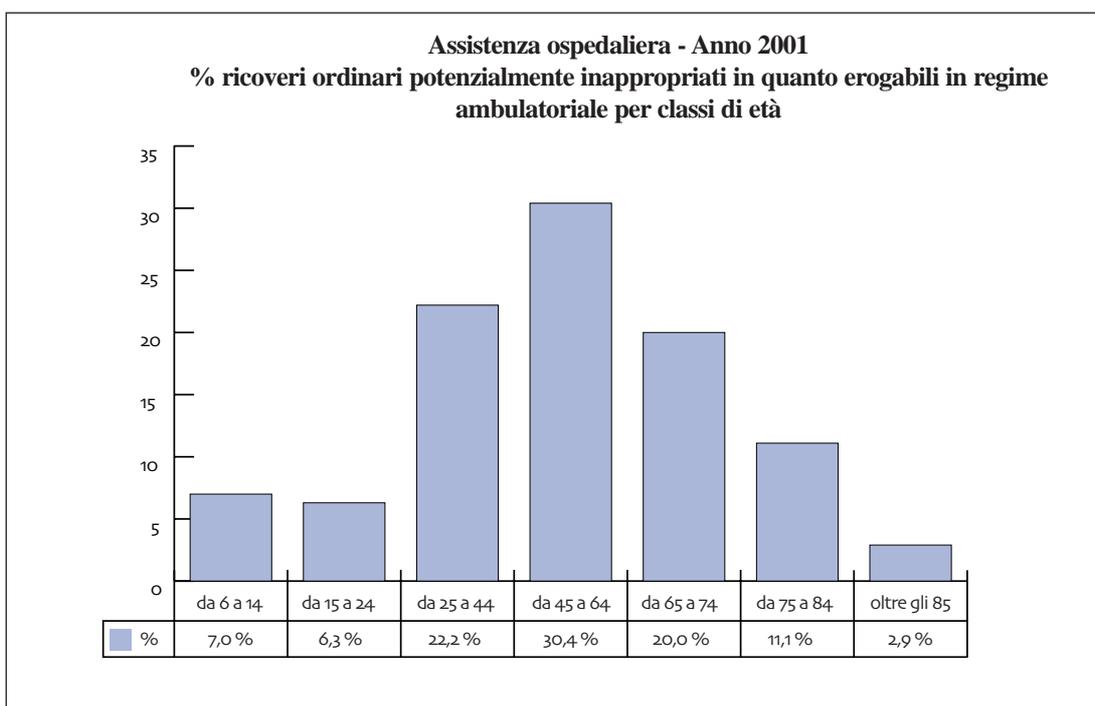
## Primi 20 DRG per frequenza di casi oltre soglia massima - Anni 2000 e 2001

DRG	Descrizione	VENETO 2001			VENETO 2000		
		casi fuori soglia	Val. %	pos.	casi fuori soglia	Val. %	pos.
119	Legatura e stripping di vene	4.175	13,6%	1	4.537	12,6%	2
222	Interventi sul ginocchio senza CC	3.583	11,7%	2	3.776	10,5%	3
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3.300	10,7%	3	5.474	15,2%	1
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC	1.805	5,9%	4	2.458	6,8%	4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza CC	1.804	3,5%	5	1.286	3,6%	5
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.001	3,3%	6	1.225	3,4%	6
158	Interventisu ano e stoma senza CC	997	3,2%	7	1.193	3,3%	7
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18	950	3,1%	8	947	2,6%	9
243	Afezioni mediche del dorso	890	2,9%	9	998	2,8%	8
006	Decompressione del tunnel carpale	633	2,1%	10	569	1,6%	16
134	Ipertensione	607	2,0%	11	705	2,0%	11
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	601	2,0%	12	759	2,1%	10
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18	588	1,9%	13	574	1,6%	15
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	578	1,9%	14	693	1,9%	12
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola, età >17	570	1,9%	15	654	1,8%	13
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età >17	552	1,8%	16	581	1,6%	14
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	538	1,7%	17	543	1,5%	18
301	Malattie endocrine senza CC	525	1,7%	18	393	1,1%	23
395	Anomalie dei globuli rossi, età >17	502	1,6%	19	434	1,2%	21
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	450	1,5%	20	469	1,3%	20



- Il numero di dimissioni che hanno superato il valore soglia fissato per i DRG potenzialmente inappropriati, se trattati in regime di ricovero ordinario (elenco di cui al DCPM 29.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza, Allegato 2) è stato pari rispettivamente a 36.047 (5,1% del totale) nel 2000 e 30.754 (4,4% del totale) nel 2001, con una riduzione di circa mezzo punto percentuale.
- I ricoveri considerati inappropriati sulla base delle indicazioni del DPCM richiamato, si concentrano per circa la metà nei primi sei DRG della classifica elaborata in funzione della frequenza.
- A livello territoriale emergono forti disomogeneità, che possono essere ricondotte a tre differenti performance:
  - alta aderenza (ricoveri potenzialmente appropriati < 3%): Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona e ULSS 7, 8 e 18.

- media aderenza (ricoveri potenzialmente inappropriati tra 3% e 6%): ULSS 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21 e 22.
- bassa aderenza (ricoveri potenzialmente inappropriati >6%): ULSS 2, 6, 9, 19.
- La tendenza alla riduzione del fenomeno è riscontrabile in quasi tutte le Aziende ad eccezione dell'ULSS 2, 6, 18, 19 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che risultano in controtendenza.



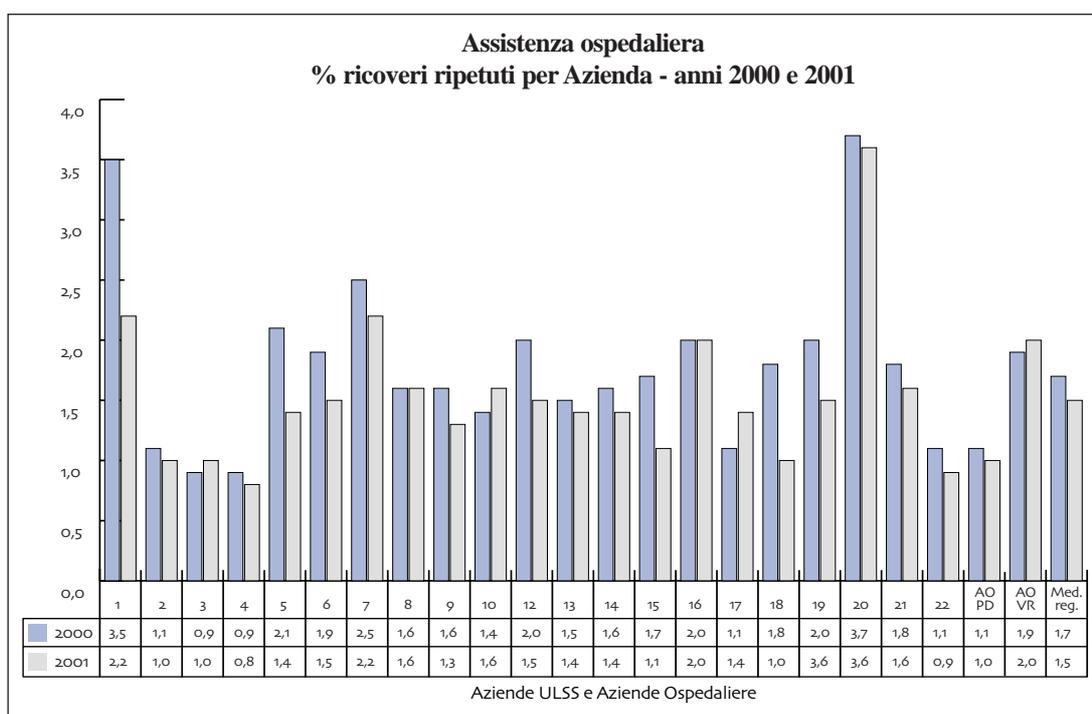
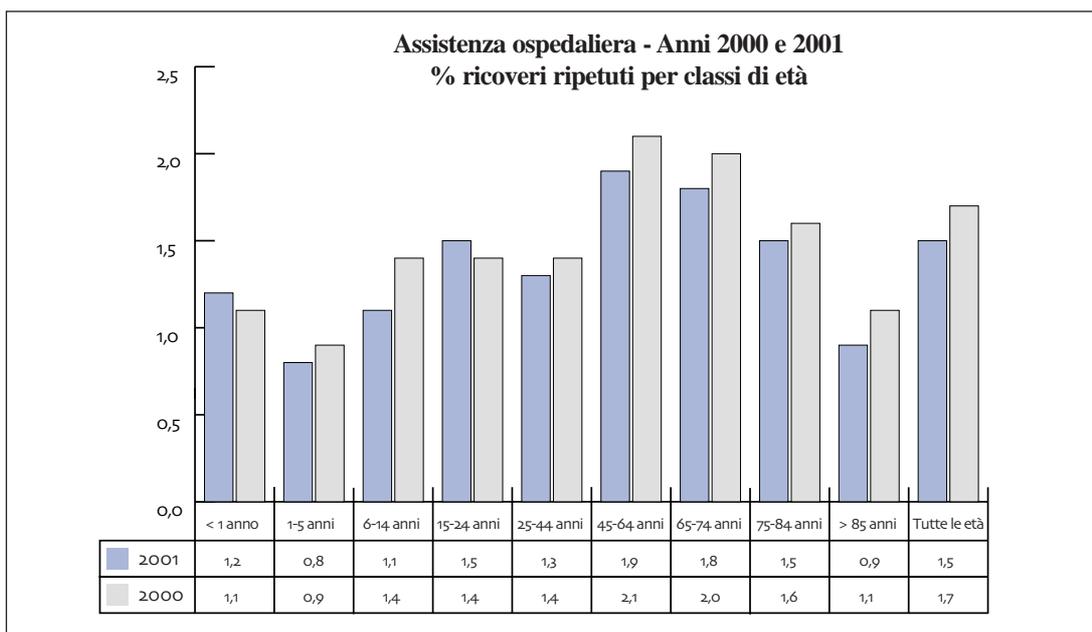
Nel documento "I controlli sull'attività di ricovero ordinario nelle strutture sanitarie pubbliche e private", elaborato in attuazione delle DGR n. 4807/99 e n. 3572/01, sono definiti potenzialmente non appropriati, perché erogabili in regime ambulatoriale, i ricoveri ordinari di durata uguale o inferiore a 3 giorni (2 notti), per pazienti con età superiore ai 6 anni, attribuiti a DRG medici.

Fanno eccezione:

- ricoveri per chemioterapia infusiva, per radioterapia esterna o metabolica
- ricoveri di pazienti auto dimessi (modalità di dimissione codice 5)
- ricoveri esitati con il decesso del paziente (modalità di dimissione codice 1)
- ricoveri in regime d'urgenza (tipo di ricovero codice 2)
- ricoveri con parto (codice DRG 370-375)
- ricoveri per minaccia d'aborto o falso travaglio (codice DRG 379 e 382)
- ricoveri con prestazioni contenute nell'elenco allegato (prestazioni definite dalle DGR n. 5272/98 e n. 1887/99, in tutti i campi intervento).

- Nel 2001 il numero di dimissioni a rischio di appropriatezza secondo la definizione riportata sopra è stato pari a 32.756 (4,7% sul totale), interessando più frequentemente la classe di età centrale.
- L'analisi territoriale segnala la presenza di problemi di appropriatezza nell'uso dell'ospedale, che interessano tutto il territorio regionale, anche se con livelli di intensità assai differenziati; in particolare:
  - 4 ULSS e un'Azienda Ospedaliera (1, 7, 10, 13 e AO di Verona) presentano livelli di rischio di inappropriata superiorità alla media regionale
  - 6 ULSS (2, 3, 4, 12, 18, 21) si collocano invece al di sotto dei valori medi regionali per tutti gli indicatori di inappropriata analizzati.

Ricoveri ripetuti



Nel documento, già citato, "I controlli sull'attività di ricovero ordinario nelle strutture sanitarie pubbliche e private", elaborato in attuazione delle DGR n. 4807/1999 e 3572/2001, sono definiti "ricoveri ripetuti" i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio, per i quali la categoria della diagnosi principale (definita dalle prime tre cifre della codifica ICD-9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

Non sono considerati come ricoveri ripetuti:

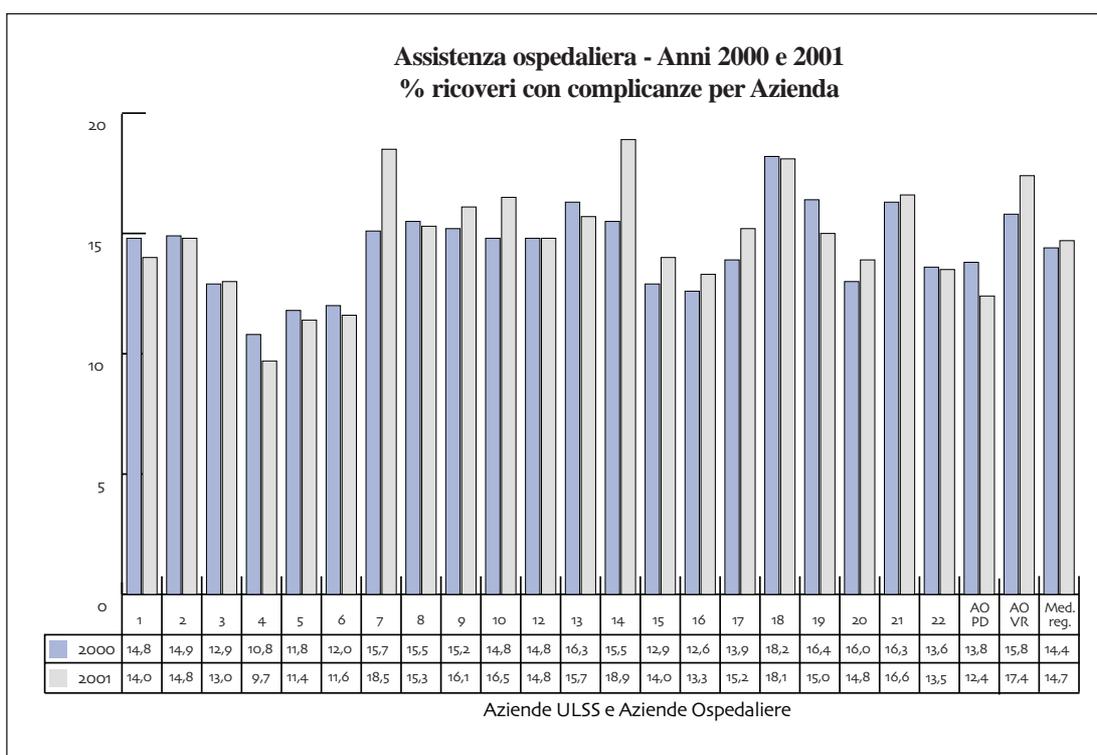
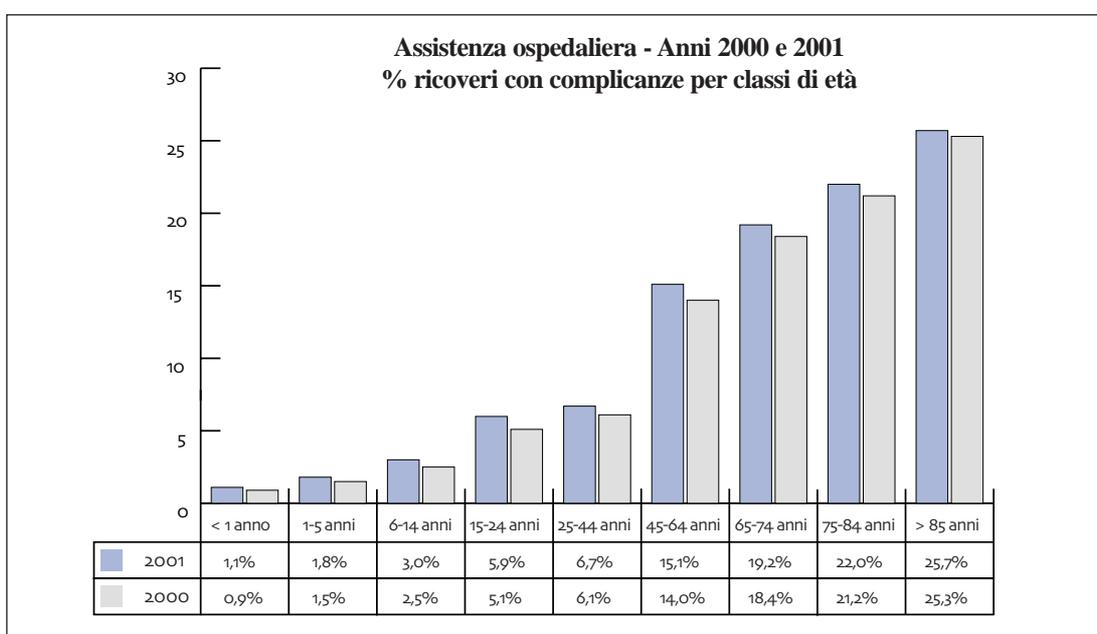
- ricoveri per i quali lo schema terapeutico preveda un trattamento ciclico o frazionato, erogabile solo in regime di ricovero, come i ricoveri per chemioterapia infusione (codice diagnosi principale V581) o i ricoveri per sessioni di radioterapia esterna (codice diagnosi principale V580) o di radioterapia metabolica (come diagnosi principale: la condizione morbosa)
- ricoveri con DRG chirurgico (TIPO DRG = C)
- ricoveri con prestazioni contenute nell'elenco allegato (presenza di una delle prestazioni di cui alle DGR n.

- 5272/98 e n. 1887/99 in un qualsiasi campo intervento)
- ricoveri di pazienti auto dimessi (modalità di dimissione codice 5)
  - ricoveri esitati con il decesso del paziente (modalità di dimissione codice 1)
  - i ricoveri in regime d'urgenza (tipo di ricovero codice 2)
  - i ricoveri nei reparti di lungo degenza/riabilitazione (Codice specialità 28, 56, 60, 75) che seguono nello stesso giorno una dimissione da un reparto per acuti.

Dall'analisi dei dati si evidenzia in particolare:

- Il numero di ricoveri ripetuti risulta relativamente contenuto, pari rispettivamente a 11.194 (1,7% del totale) nel 2000 e 9.427 (1,5% del totale) nel 2001, evidenziando una lieve riduzione.
- Le età adulte ed anziane, ad eccezione degli ultraottantaquattrenni, sono più frequentemente interessate dal fenomeno; la tendenza alla sua riduzione appare comune a tutte le classi di età, con le sole eccezioni dei bambini di età inferiore all'anno e dei giovani di età compresa fra 15 e 24 anni.
- A livello territoriale emergono forti disomogeneità, limitate a poche situazioni per quanto riguarda l'incidenza dei ricoveri ripetuti (in particolare va segnalato il valore decisamente anomalo dell'ULSS 20 e, limitatamente al 2000 quello dell'ULSS 1), più diffusi per quanto riguarda le variazioni temporali (in particolare si segnala la forte riduzione del fenomeno nell'ULSS 1 soprattutto, ma anche nelle ULSS 5, 12 e 19, e gli andamenti in controtendenza rispetto a quello calante registrato a livello medio regionale delle ULSS 3, 10, 16, 17 e dell'Azienda Ospedaliera di Verona).

Ricoveri con  
complicanze



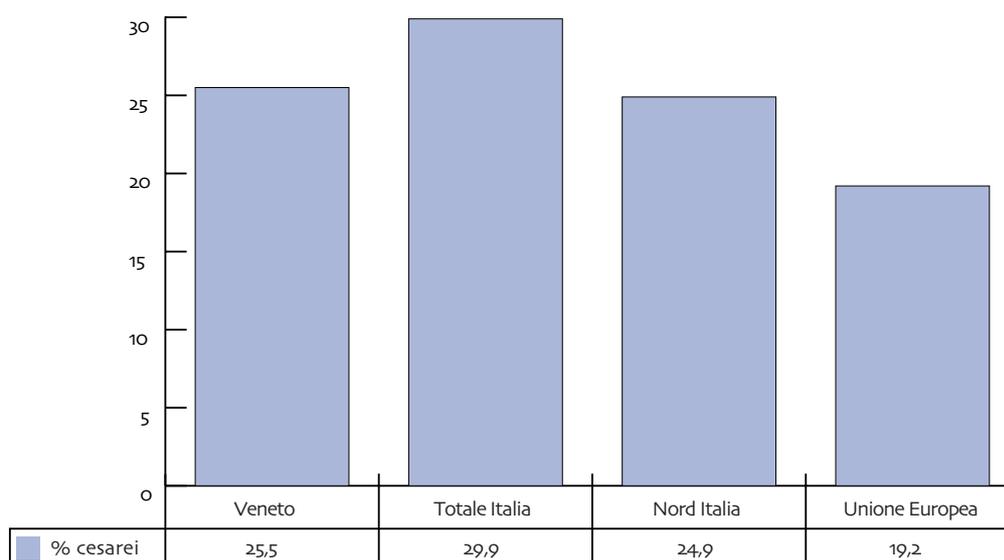
Nel documento, più volte richiamato, sono definiti “ricoveri con complicanze” i ricoveri riconducibili ad un DRG nella cui descrizione compare la locuzione “con CC”.

Si evidenzia in particolare:

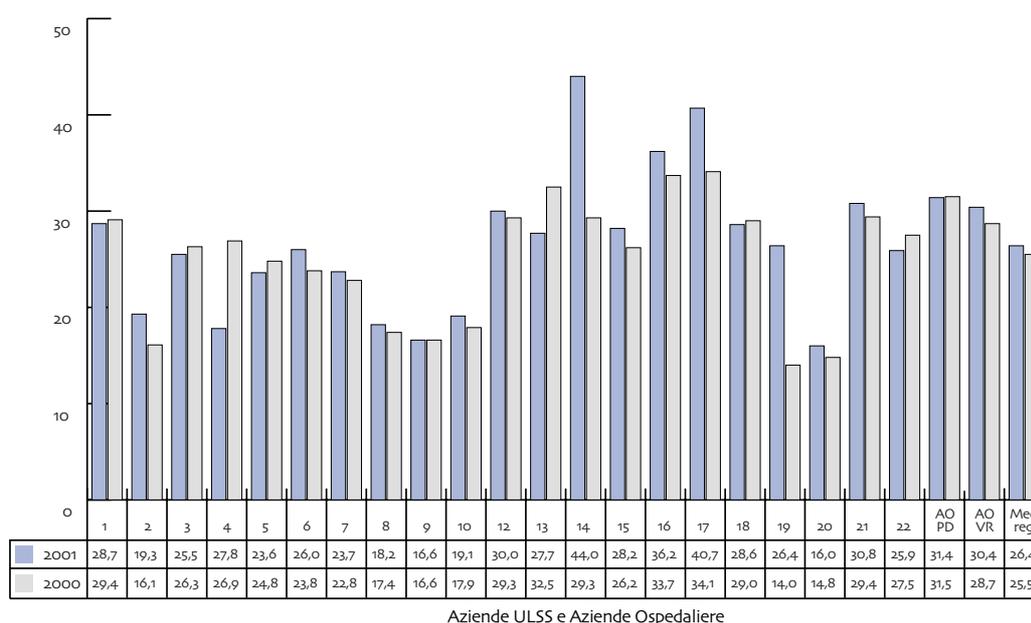
- Il fenomeno è piuttosto diffuso, con rispettivamente 92.752 casi (14,4% del totale) nel 2000 e 92.669 (14,7% del totale) nel 2001, evidenziando una lieve aumento.
- Esiste una chiara correlazione lineare tra età del paziente e probabilità di incorrere in complicanze.
- A livello territoriale emergono forti disomogeneità, limitate a poche situazioni per quanto riguarda l'incidenza dei ricoveri con complicanze (in particolare va segnalato il valore anomalo dell'ULSS 18 e, limitatamente al 2001 quelli delle ULSS 7 e 14), più diffusi per quanto riguarda le variazioni temporali (in particolare si segnalano i forti incrementi delle ULSS 7 e 14 e gli andamenti in controtendenza rispetto a quello crescente registrato a livello medio regionale delle ULSS 1, 4, 5, 6, 8, 13, 19 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova).

Parti cesarei

**Assistenza ospedaliera - Confronti territoriali**  
**% parti cesarei su parti totali - Anno 2000**



**Assistenza ospedaliera**  
**% parti cesarei su parti totali per Azienda - Anni 2000 e 2001**



- La frequenza di parti cesarei in Veneto, pur risultando inferiore a quella media nazionale, si colloca ad un livello molto più elevato della frequenza media dei paesi dell'Unione Europea, allineati ai valori

soglia indicati in letteratura (15-20%). Da sottolineare inoltre che, a livello regionale, il fenomeno manifesta una tendenza crescente nel biennio analizzato.

- A livello territoriale emergono alcune situazioni con valori allineati o inferiori a quello considerato come “normale” in entrambi gli anni considerati (ULSS 2, 8, 9, 10 e 20) e all’opposto alcune situazioni con valori particolarmente e costantemente elevati (ULSS 16, 17 e Azienda Ospedaliera di Padova). Le variazioni temporali sono di segno diverso e nel complesso di scarso rilievo, fatta eccezione per l’aumento decisamente anomalo soprattutto nelle ULSS 14 e 19, ma anche nelle ULSS 16 e 17.

### Elementi di riflessione per il governo regionale

Tra le aree critiche che emergono dall’analisi precedente si segnalano le seguenti priorità:

- superamento del modello di offerta ospedaliera attuale, che vede la presenza diffusa di presidi, prevalentemente di piccole dimensioni, non caratterizzati funzionalmente, valorizzando le vocazioni specialistiche di ogni presidio;
- organizzazione della funzione ospedaliera a livello locale in modo unitario e integrato, superando le inefficienze legate ad esempio alla duplicazione dei servizi sia di tipo amministrativo che clinico o alla concorrenza tra i diversi presidi della stessa Azienda;
- ulteriore razionalizzazione e qualificazione dell’offerta di posti letto, sia in termini di conversione dei posti per acuti in posti per lungodegenza e riabilitazione, che in termini di ulteriore sviluppo di day hospital e day surgery;
- applicazione delle linee guida regionali e nazionali in materia di appropriatezza dei ricoveri, con definizione delle responsabilità e individuazione degli strumenti per l’introduzione degli opportuni correttivi; la riduzione dei ricoveri inappropriati è l’elemento strategico, innanzitutto per il miglioramento dell’assistenza sanitaria, ma anche per la riduzione del tasso di ospedalizzazione e quindi per il raggiungimento dell’obiettivo di 160 ricoveri per 1.000 abitanti;
- adeguamento del sistema informativo alle nuove esigenze conoscitive del governo regionale e locale, in particolare con riferimento agli aspetti strutturali ed organizzativi.

### Normativa

#### Normativa nazionale

- L.n. 388/00 - Legge finanziaria per il 2001 che stabilisce nuove norme in materia di ticket.
- DL n. 347/01 convertito, con modifiche, nella L n. 405/01 “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria” - Le Regioni sono chiamate a programmare l’erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati preaccreditati, con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale, delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero e a definire l’insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.
- DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”
- DM 12.12.2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”

#### Normativa regionale

- DGR n. 444/00 e DGR n.178/01 – Definizione dei volumi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private pre-accreditate.
- DGR n. 740/99 integrata con DGR n. 1180/00 e DGR n. 1686/01 - Aggiornamento delle schede di dotazione ospedaliera.
- DGR n. 4807/99 integrata con DGR n. 3572/01 - Regolamentazione per i controlli sull’appropriatezza dell’attività sanitaria della Regione approvando un documento tecnico-organizzativo per la verifica ed il controllo di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.
- DGR n. 447/00 - Approvazione, in sede di prima attuazione, quanto disposto dall’art. 8 ter del DLvo 229/99 e cioè le modalità relative al rilascio di autorizzazioni alla realizzazione ed all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie nonché i criteri ed i vincoli programmatori cui subordinare il rilascio delle autorizzazioni stesse.
- DGR n. 253/00 - Atto di indirizzo e coordinamento per l’organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.
- DGR n. 3574/01 - Disposizioni per l’istituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti e delle aree omogenee per le Aziende ULSS e Ospedaliere.

#### FONTI

##### fonti

- Regione Veneto:
  - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali - Normativa
  - Direzione Risorse Socio Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche:
    - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modelli HSP.12, HSP.13, HSP.22bis
    - Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO
    - Progetto DATAWAREHOUSE - Modulo Dati Ospedalieri

#### TAVOLE

##### tavole

- TAVOLA 5.1.01, TAVOLA 5.1.02, TAVOLA 5.1.03, TAVOLA 5.1.04, TAVOLA 5.1.05, TAVOLA 5.1.06, TAVOLA 5.1.07, TAVOLA 5.1.08, TAVOLA 5.1.09, TAVOLA 5.1.10, TAVOLA 5.1.11, TAVOLA 5.1.12, TAVOLA 5.1.13, TAVOLA 5.1.14, TAVOLA 5.1.15, TAVOLA 5.1.16, TAVOLA 5.1.17, TAVOLA 5.1.18, TAVOLA 5.1.19, TAVOLA 5.1.20, TAVOLA 5.1.21, TAVOLA 5.1.22, TAVOLA 5.1.23, TAVOLA 5.1.24, TAVOLA 5.1.25, TAVOLA 5.1.26, TAVOLA 5.1.27, TAVOLA 5.1.28, TAVOLA 5.1.29, TAVOLA 5.1.30, TAVOLA 5.1.31, TAVOLA 5.1.32, TAVOLA 5.1.33, TAVOLA 5.1.34, TAVOLA 5.1.35

## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

La Regione del Veneto, in attuazione agli indirizzi in materia definiti dal Piano Nazionale Sangue Plasma per gli anni 1999-2001, fin dal 2000 ha messo in atto azioni specifiche finalizzate alla realizzazione di una rete informativa dedicata al monitoraggio dell'obiettivo di mantenimento dell'autosufficienza regionale in sangue, emocomponenti ed emoderivati. L'obiettivo è la costituzione di un "nuovo" flusso informativo regionale mediante il quale gestire una serie di dati analitici la cui valutazione comparata consentirà, anche in relazione allo sviluppo delle politiche del buon uso del sangue e degli obiettivi assistenziali, di costruire un piano di produzione regionale di sangue, emocomponenti e plasma, in grado di razionalizzare e programmare, secondo criteri oggettivi e dati certi, la raccolta, i consumi, le cessioni intra ed extra regione nonché il sistema di produzione e distribuzione di farmaci emoderivati.

I dati per il momento a disposizione e di seguito presentati, consentono dunque di trarre indicazioni di carattere generale e non analisi specifiche.

Nel triennio 1996-1998, nel panorama trasfusionale veneto, si è constatato un aumento dei consumi di sangue, trend confermato nell'anno 1999, durante il quale il consumo di sangue (globuli rossi) negli ospedali del Veneto è cresciuto di circa il 4%.

I dati registrati nel 1999 e nel 2000 hanno confermato un'ulteriore espansione regionale dei consumi.

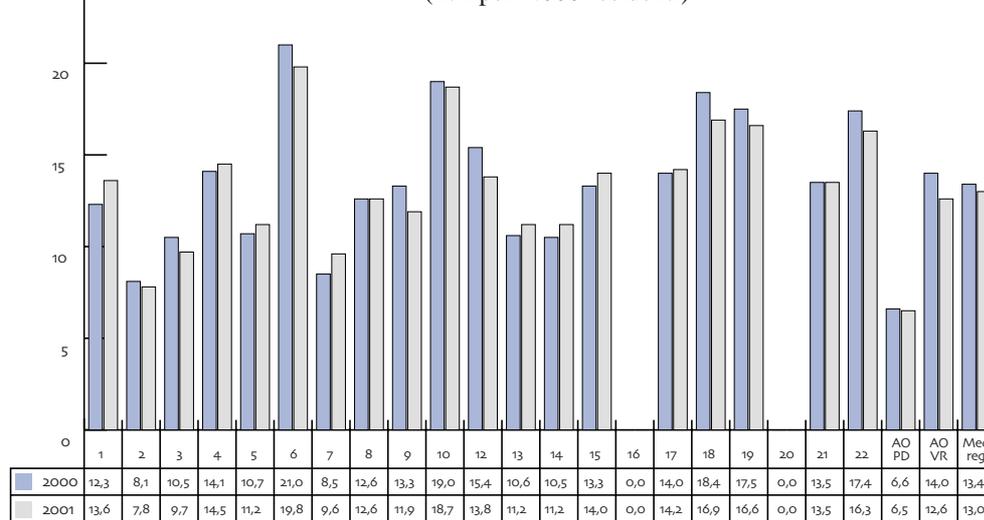
Il trend di crescita dei consumi è dovuto essenzialmente a quattro ragioni:

- maggiore vita media della popolazione;
- incremento dei grandi interventi chirurgici fra cui i trapianti;
- aumentato tasso di incidenti stradali;
- migliore qualità della sanità in generale.

## Piano Sangue Veneto - Donazioni di sangue

Anni	Unità di sangue	Variazione		Unità x milione di ab.
		n. unità	%	
1996	179.070			40.483,8
1997	182.025	2.955	1,7	40.984,6
1998	186.334	4.309	2,4	41.607,6
1999	194.747	8.413	4,5	43.280,6
2000	200.187	5.440	2,8	44.227,7
2001	203.853	3.666	1,8	44.893,1

**Piano Sangue Veneto - Anni 2000 e 2001**  
Plasma inviato al frazionamento per Azienda ULSS di provenienza  
(litri per 1.000 residenti)

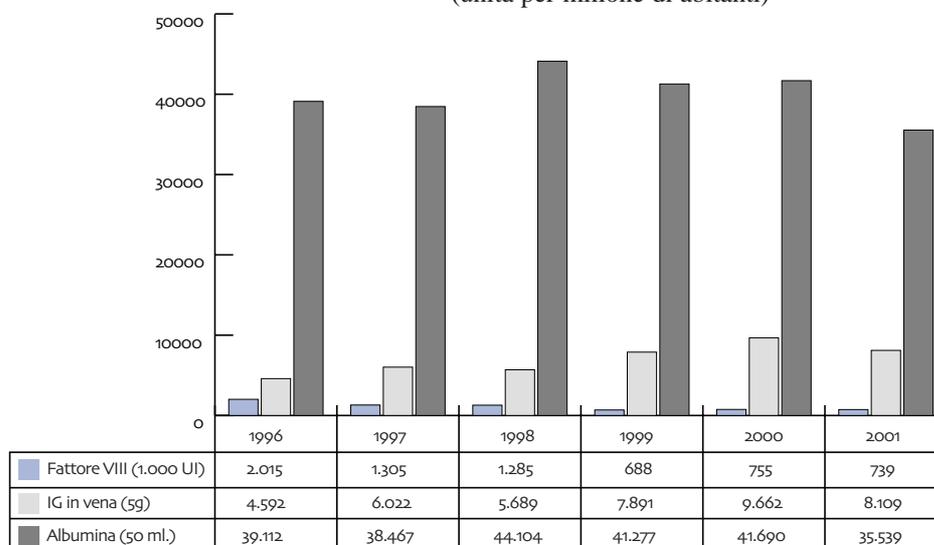


Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere

PREMESSA

FABBISOGNO,  
DONAZIONI E  
RACCOLTA

**Piano Sangue Veneto - Anni 1996 - 2001**  
**Consumo emoderivati per alcune tipologie**  
 (unità per milione di abitanti)



L'aumento dei consumi è stato affrontato positivamente grazie ad un aumento delle donazioni in quasi tutte le Province del Veneto.

I dati relativi alla raccolta sangue intero, plasma da aferesi e alla cessione intra ed extraregionale indicano un continuo incremento con un volume complessivo di raccolta di sangue attestato sulle 200.000 unità, volume finora mai raggiunto nella Regione Veneto. Il valore di riferimento OMS e 2° PSNP del fabbisogno (40.000 unità/mln abitanti) è stato ampiamente coperto dalla raccolta e tiene conto anche delle esigenze sanitarie regionali connesse con la mobilità interregionale dei pazienti (più di 44.000 unità raccolte/mln abitanti).

Gli elementi maggiormente significativi del biennio 2000-2001 sono:

- la raccolta di plasma da aferesi ha mostrato nel 2000 un forte incremento (+8.0%) con una importante positiva ricaduta sulla produzione di emoderivati e quindi sullo scambio dei prodotti finiti (albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione) fra aziende sanitarie e fra regioni;
- nel medesimo anno i consumi hanno subito un incremento di +2.31%, pari a 3.900 unità, sostanzialmente in equilibrio con l'offerta del sangue donato;
- il trend della raccolta (incremento unità raccolte per anno), pur rallentando nel 2000 rispetto al 1999, si stabilizza sul trend dei consumi (incremento unità trasfuse per anno); anche quest'ultimo parametro mostra contestualmente segni di rallentamento della velocità; risulta, altresì, assicurata una ampia compatibilità con le esigenze di cessione extraregionali;
- la cessione di emazie extraregionale fissata su accordi stabilizzati (convenzioni e atti di intesa fra Aziende sanitarie) mostra nel 2000 un incremento del +16.7% con un teorico volume annuo di 17.000 unità;
- i dati relativi al consuntivo della raccolta emocomponenti anno 2001, evidenziano un favorevole aumento di emazie raccolte rispetto all'anno 2000, +1,8% (+3.500 unità di sangue intero raccolte), a fronte di un "contenuto" incremento dei consumi di +1,4% (+2.500 unità di sangue intero).

Posto che il concetto di rischio è insito in qualsiasi attività umana e che il rischio zero in via assoluta non può esistere, si può affermare che le trasfusioni hanno raggiunto un livello di sicurezza molto elevato.

Oggi la trasfusione è tra le pratiche mediche, ad elevato impegno specialistico, a più basso rischio.

In particolare, negli ultimi tempi si assiste sempre più, alla introduzione nel "campo" specifico della attività trasfusionale di nuove tecnologie per migliorare la sicurezza e la qualità della medicina trasfusionale italiana.

La Regione del Veneto ha disposto, in ottemperanza della circolare del Ministero della Sanità n.17 del 30/10/2000 "Adeguamento dei livelli di sicurezza trasfusionale in presenza di metodiche atte alle indagini sui costituenti virali per HCV" fin dal maggio 2001 l'obbligo della ricerca di costituenti virali dell'HCV, quale ulteriore criterio di validazione delle unità di sangue e suoi componenti per l'impiego clinico diretto o per la trasformazione industriale in emoderivati, presso tutti i servizi trasfusionali della Regione Veneto e da novembre 2001 l'introduzione della ricerca di costituenti virali dell'HCV, mediante tecnica di amplificazione degli acidi nucleici (NAT) sul sangue e gli emocomponenti destinati ad uso trasfusionale, a garanzia della sicurezza dei pazienti.

Considerato che il fabbisogno europeo e nazionale di cellule cordonali è stimato rispettivamente in 100.000 unità e 15.000 unità, la Regione del Veneto con DGR n.3317/2001 ha articolato un programma quinquennale (2001-2005) di sviluppo delle attività delle Banche, con previsione di specifici obiettivi quali-quantitativi, e un piano di riparto per l'assegnazione nell'anno 2001 dei relativi contributi. L'obiettivo regionale è di disporre, nell'arco temporale di cinque anni, di un inventario di 4.000 unità di cellule cordonali con inserimento di tutti i relativi dati nel Registro Europeo dei donatori di midollo osseo e di unità di sangue funicolare gestito dal BMDW di Leiden.

La Regione si prefigge di operare all'interno del Progetto per la costituzione di Banche di Sangue Placentare per il Trapianto (BONE MARROW DONORS WORLDWIDE -BMDW-): l'intera attività sarà collegata, a livello informativo, con tutti i centri nazionali ed internazionali operanti nel settore in esame con l'obiettivo di creare un registro unico di cordoni ombelicali pena l'impossibilità di utilizzare i cordoni raccolti.

Al fine di una migliore applicazione della legislazione nazionale e regionale in materia e di qualificare ulteriormente l'attività di plasmaderivazione, la Regione del Veneto ha promosso, fin dal 1998, un progetto di collaborazione tra Regioni e Provincie che si è formalizzato in un "Accordo interregionale".

L'"Accordo", potenzialmente "aperto", coinvolge attualmente un territorio di diciotto milioni di abitanti; vi aderiscono infatti dieci Regioni e Provincie autonome: il Veneto, regione capofila, Abruzzo, Basilicata (dal 1.1.2002), Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria (dal 1.1.2002), Toscana (dal 1.1.2001), Valle d'Aosta (dal 1.1.2000) e Provincie Autonome di Bolzano e Trento.

L'Accordo Interregionale per la plasmaderivazione si qualifica come:

- uno strumento efficiente per affrontare, a livello interregionale, i problemi dell'autosufficienza, qualità ed economicità nella gestione, nella raccolta del plasma e nella produzione di emoderivati;
- un patto interregionale per acquisire maggiore forza contrattuale nei confronti della Ditta aggiudicataria del servizio e per armonizzare e regolare i rapporti di interscambio dei prodotti farmaceutici ottenuti dalla lavorazione del plasma;
- un "patto di solidarietà" per la salute, quale diritto fondamentale della persona, che vede coinvolti e attivi i principali attori del sistema trasfusionale: Regioni, Associazioni dei donatori di Sangue e donatori;
- un patto sociale, che è quello di mettere a disposizione di tutta la comunità del consorzio, frutto di una partecipazione libera, volontaria e paritaria, il capitale etico, amministrativo e, in caso di necessità ed urgenza, la risorsa plasma di ciascuna regione consorziata;
- potenzialmente è "aperto" a tutte le regioni d'Italia (previo consenso espresso di tutte le parti dell'accordo).

In attuazione all'Accordo, la Regione del Veneto, in qualità di regione capofila e a seguito di appalto pubblico per la fornitura del servizio in oggetto, ha stipulato apposita convenzione di durata biennale, dal 01.1.1999 al 31.12.2001, successivamente rinnovata, per ulteriori due anni (fino al 31.12.2002).

I risultati dell'attività "consortile", a tre anni dall'inizio dell'attività in comune, hanno significato un robusto passo avanti verso l'autosufficienza, in particolare si sono raggiunte:

- migliori condizioni contrattuali con la ditta aggiudicataria per quanto riguarda costi e rese; si sono inoltre creati i presupposti industriali per avere una maggiore continuità nella lavorazione del plasma e nella fornitura dei prodotti finiti;
- scambi dei prodotti finiti tra gli enti aderenti all'Accordo (cessioni intraconsorzio);
- aumento della raccolta del plasma associato all'aumento, sensibile, delle rese di lavorazione per chilogrammo di plasma

## Elementi di riflessione per il governo regionale

La Regione del Veneto da sempre si contraddistingue nella ricerca ed applicazione di strategie basate sulla consapevolezza che la risorsa sangue è indispensabile e insostituibile nell'affrontare i problemi di salute dei pazienti e che una eventuale situazione di carenza di tale risorsa, fortunatamente non ancora esistente nella nostra Regione, grazie alla generosità del volontariato veneto, è in grado di mettere in crisi l'intero settore sanitario in termini di capacità di rispondere alle esigenze degli ammalati. La strada, a livello mondiale ed europeo, oltre che nazionale, non va certamente verso una diminuzione dell'utilizzo di sangue e derivati, ma verso un cospicuo aumento soprattutto nei paesi e nelle regioni più avanzate dove la chirurgia è sempre più efficiente.

Anche in Veneto, la "criticità" del punto di equilibrio fra raccolta e consumi, nonostante il "raffreddamento" nel 2001 del tendenziale trend di aumento di quest'ultimi registrato negli ultimi anni, comporta la necessità di mantenere alto il livello di attenzione.

Posto che la funzione trasfusionale ha valenza regionale e, quindi sovraziendale, è indiscutibile che il mantenimento dell'autosufficienza in sangue, plasma ed emoderivati, basata sulla donazione anonima, volontaria, periodica, responsabile e non remunerata sia un valore da perseguire e consolidare sulla base anche di una speci-

fica attività di programmazione regionale. Rimane pertanto necessario proseguire nella strada già imboccata attraverso la predisposizione di piani regionali che devono basarsi sempre più su dati affidabili e confrontabili, costruendo dunque uno specifico flusso informativo dedicato, stabile ed efficiente.

## Normativa

### Normativa Europea

- Raccomandazione Europea - Committe for Proprietary Medicinal Products - CPMP7BWP7390797: introduce dal 1° luglio 1999 l'obbligo per le industrie produttrici di effettuare sul plasma destinato alla lavorazione un controllo ulteriore con la tecnologia NAT PCR sul virus dell'epatite C, ciò al fine di aumentare la sicurezza trasfusionale relativamente agli emoderivati.

### Normativa Nazionale

- L.n. 107/90 - Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati.
  - Legge quadro di riferimento in materia, riafferma il principio che l'attività trasfusionale è di competenza esclusiva delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e disciplina la donazione del midollo osseo e delle cellule staminali. Indica i seguenti obiettivi:
    - raggiungimento dell'autosufficienza;
    - riorganizzazione dei servizi trasfusionali e avviamento del modello organizzativo dipartimentale;
    - attuazione della pratica del buon uso del sangue;
    - definizione dei requisiti per la lavorazione del plasma;
    - possibilità da parte delle Regioni di stipulare convenzioni con aziende produttrici di emoderivati per la lavorazione del plasma.
- Circolare del Ministero della Sanità n.17 del 30/10/2000 "Adeguamento dei livelli di sicurezza trasfusionale in presenza di metodiche atte alle indagini sui costituenti virali per HCV".
- Ordinanza Ministero della Salute 11.01.2002: "Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale": il disposto contenuto nell'ordinanza vieta l'istituzione di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale presso strutture sanitarie private anche accreditate ad esclusione di quelle individuate dall'art.18 (strutture trasfusionali pubbliche) della legge n.107/90. In tal modo risulta ribadita ulteriormente la volontà del Legislatore di attribuire, in via esclusiva, un ruolo prioritario e di responsabilità al Servizio Trasfusionale per tutto quanto concerne l'attività trasfusionale, compresa ovviamente, la "raccolta di sangue da cordone ombelicale" e, conseguentemente di escludere ogni iniziativa relativa all'attività in esame da parte di altre strutture sanitarie.
- Decreto Ministero della Salute 01.03.2000 - 2° Piano Nazionale Sangue e Plasma 1999-2001

### Normativa Regionale

- LR n. 65/94 "Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati"
- LR n. 38/99 "Norme regionali in materia di istituzione di banche per la conservazione di cordoni ombelicali a fini di trapianto". Riconosce l'alto valore scientifico e sociale della costituzione di banche per la conservazione del sangue dei cordoni ombelicali ai fini della produzione di cellule staminali emopoietiche, quale alternativa al trattamento di trapianto di midollo osseo e, in coerenza con la Legge n. 107/1990, individua espressamente nel servizio trasfusionale la struttura deputata al supporto trapiantologico di tessuti, mediante cellule staminali da cordone ombelicale, con il compito di provvedere alla raccolta, tipizzazione e conservazione (banking) delle stesse.
- DGRV n.3317/2001 - Progetto regionale finalizzato al perseguimento delle finalità indicate nella LR n.38/99. Il progetto, elaborato preliminarmente dai competenti Uffici regionali, con il supporto tecnico-scientifico di un Gruppo di esperti, individuati e nominati in seno alla Commissione Regionale per il Servizio Trasfusionale e, successivamente, valutato ed approvato nel suo testo definitivo dalla stessa Commissione, individua le strutture trasfusionali, specificamente accreditate, idonee quali Banche di sangue da cordone ombelicale crioconservato a scopo di trapianto e riconosce, al contempo, alle Associazioni dei donatori un ruolo importante per la divulgazione della conoscenza delle cellule staminali e di promozione della donazione. Le strutture in possesso di particolari requisiti che potenziano le possibilità di concreta attuazione in tempi brevi degli obiettivi individuati dalla LR n. 38/1999 sono state individuate nei Servizi Trasfusionali dell'Azienda ULSS n. 9 Treviso, dell'Azienda Ospedaliera Padova e dell'Azienda Ospedaliera Verona.

## FONTI

### fonti

- Regione Veneto - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali – Servizio per le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e Piano Sangue

Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

La tradizione trapiantologica è da tempo consolidata nella Regione del Veneto, nella quale sono attivi quattro importanti Centri di Trapianto d'organo (Padova, Verona, Vicenza, Treviso) i cui standard sono riconosciuti pari ai migliori standard europei.

Di seguito vengono presentati gli elementi costitutivi della rete regionale così come si sono andati strutturando storicamente e in seguito all'adozione dei provvedimenti normativi adottati.

L'entrata in vigore della Ln.91 del 1.4.1999 ha costituito motivo per una ricognizione dell'organizzazione veneta in materia di prelievo e di trapianto di organi e tessuti e valorizzare le risorse esistenti.

L'organizzazione del sistema trapianti, regolamentata a livello nazionale dalla legge suddetta, prevede un centro nazionale, dei centri interregionali, che presiedono l'insieme delle attività e, in particolare, la gestione delle liste d'attesa e l'assegnazione degli organi, i centri regionali e i Coordinatori Locali con funzione di coordinamento delle strutture locali per i prelievi, per la conservazione e per il trapianto degli organi e tessuti.

Con DGR n.3948 del 15.12.2000, è stato avviato un processo di riordino del "Sistema Trapianti" nel Veneto, prevedendo e istituendo un Centro Regionale Trapianti (CRT), afferente in termini di indirizzo e monitoraggio alla Direzione Regionale per i Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali e con sede organizzativa ed operativa presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e rafforzando il ruolo dei Coordinatori Locali delle Aziende ULSS.

Per quanto riguarda il Centro Interregionale, la Regione del Veneto afferisce, insieme alle regioni Liguria, Lombardia, Prov.di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche, al centro interregionale NITp - Nord Italia Transplant program - Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti con sede presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

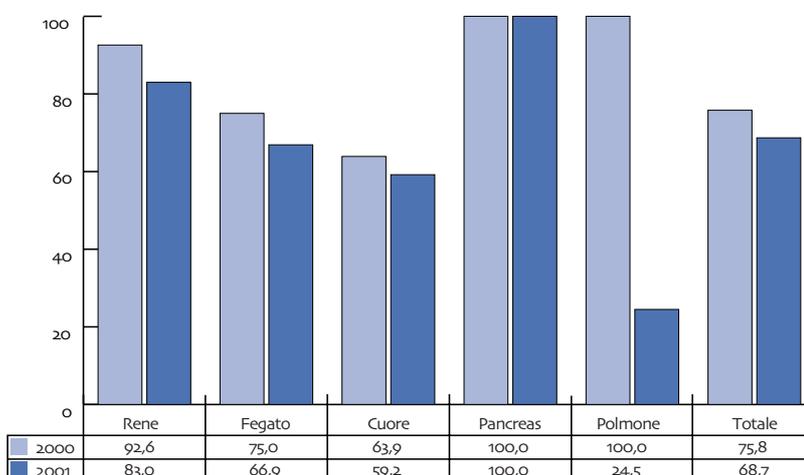
Per quanto riguarda, invece il sistema veneto, il CRT si avvale, data la numerosità delle funzioni attribuite, anche della riconosciuta competenza professionale sviluppata sia dalla Fondazione per l'Incremento Trapianti di Organo (F.I.T.O.) che dalla Fondazione Banca degli Occhi, soprattutto per le attività di informazione e formazione permanente degli operatori e al fine di incentivare il prelievo di organi e tessuti.

A completamento del quadro regionale, con DGR n. 1141 del 17.5.2001, sono stati nominati i componenti del Comitato Regionale per i Trapianti (CoRT), in adempimento a quanto disposto dalla citata Ln. 99/99.

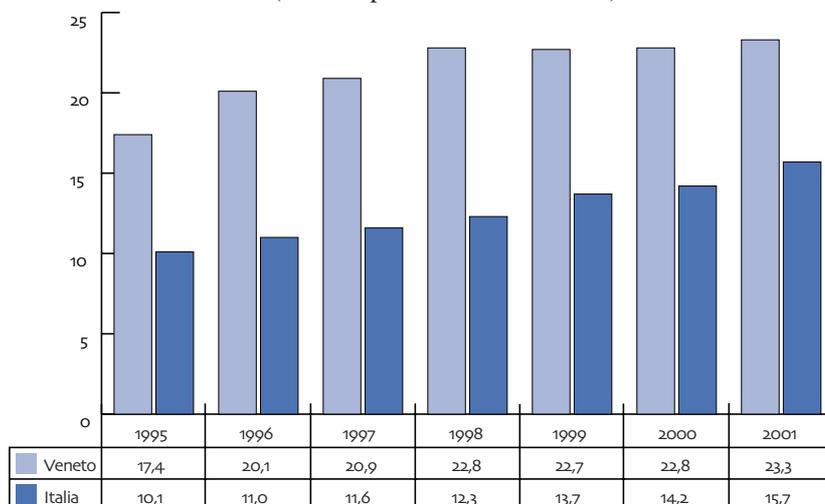
Attività di trapianto per organo - Veneto e Italia - Sede storica

ANNO	RENE		FEGATO		PANCRAS E RENE-PANCREAS		CUORE E CUORE- POLMONE		POLMONE		TOTALE		VENETO/ ITALIA
	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	%
1995	189	1.042	61	404	4	19	83	389	4	41	341	1.895	18,0
1996	183	1.121	53	426	8	27	64	345	6	55	314	1.954	16,1
1997	194	1.190	45	473	3	25	75	367	10	74	327	2.129	15,4
1998	181	1.260	62	518	7	91	66	356	9	79	325	2.304	14,1
1999	198	1.350	58	572	4	53	48	434	18	119	326	2.528	12,9
2000	200	1.308	62	728	7	43	47	293	13	56	329	2.428	13,6
2001	208	1.447	78	792	8	79	48	316	16	62	358	2.696	13,3
Var. %	4,0	10,6	25,8	8,8	14,3	83,7	2,1	7,8	23,1	10,7	8,8	11,0	

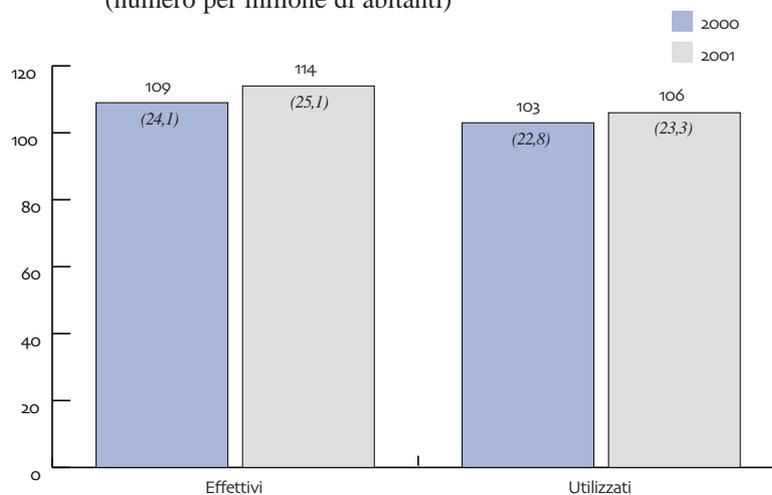
Attività di Trapianto - Veneto - Anni 2000 e 2001  
% organi utilizzati su procurati per tipo



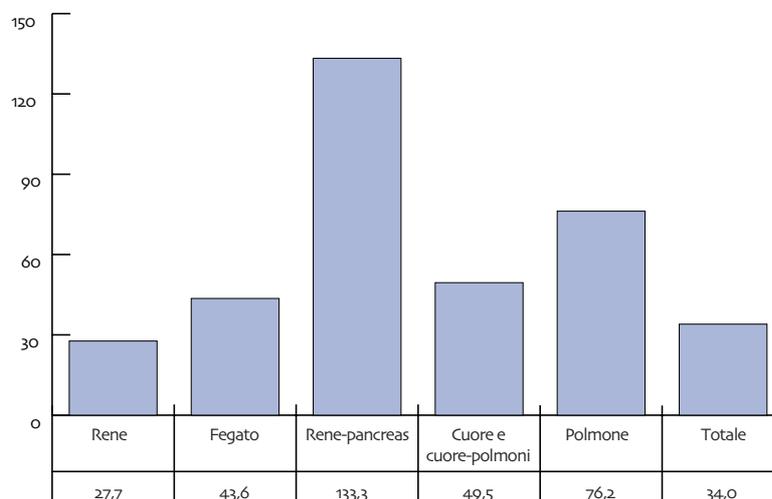
### Attività di Trapianto - Veneto e Italia Donatori Utilizzati - Serie storica (numero per milione di abitanti)

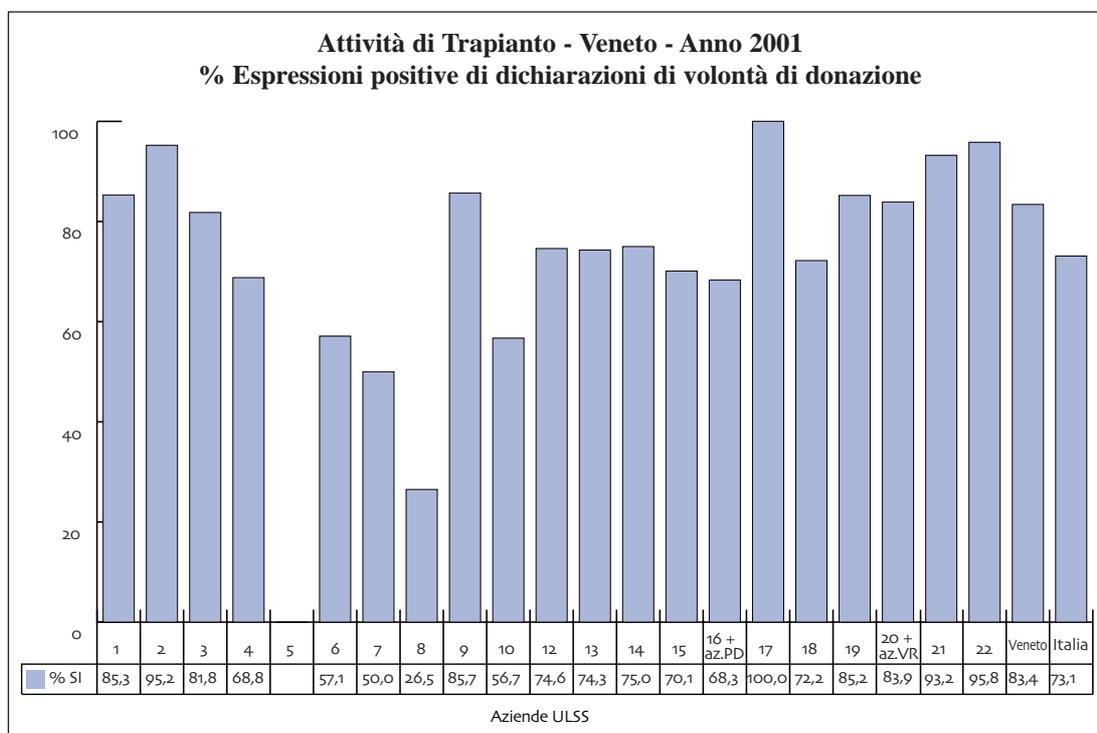


### Attività di Trapianto - Veneto - Anni 2000 e 2001 Numero Donatori Effettivi e Utilizzati (numero per milione di abitanti)

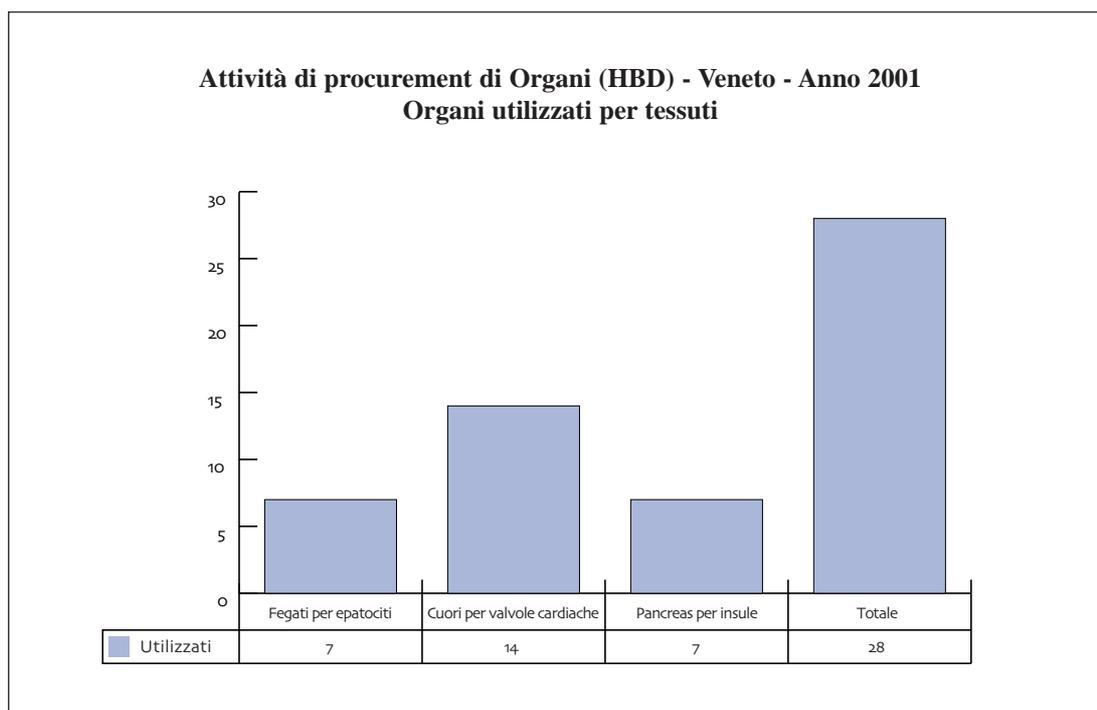


### Attività di Trapianto - Veneto - Anno 2001 % soddisfazione lista d'attesa per organo

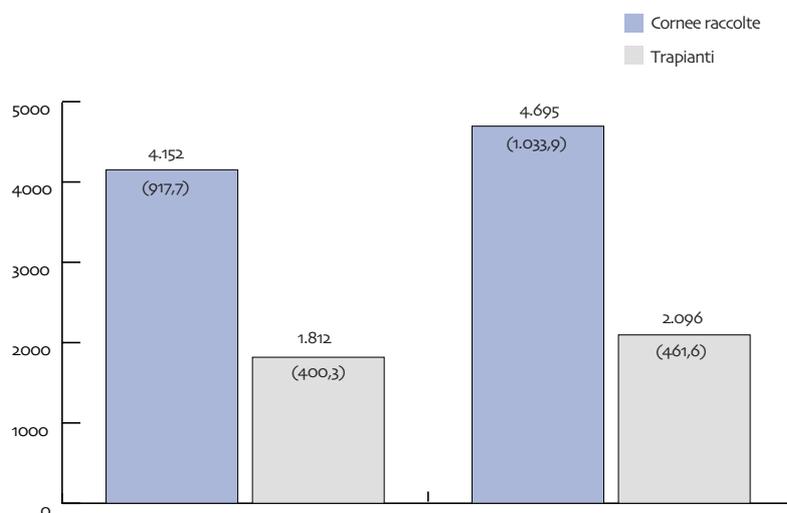




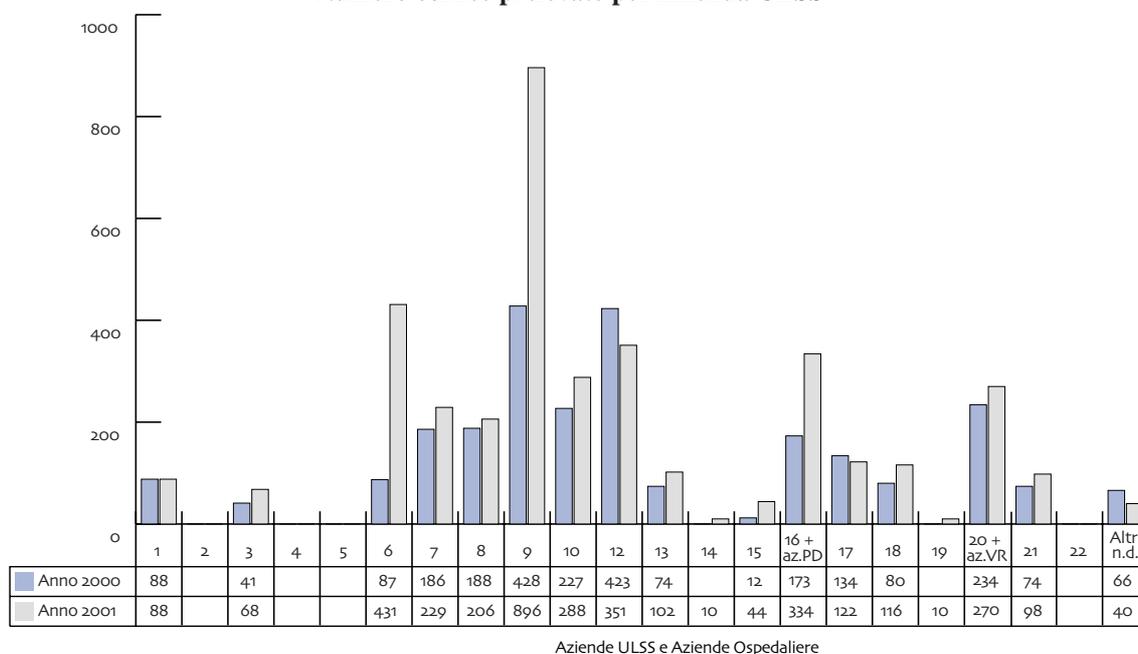
- Nel corso del 2001 è ancora aumentato il numero di trapianti effettuato in Veneto (+8,8%), rappresentando il 13% di quelli effettuati in Italia.
- L'esperienza più consolidata è nel trapianto di rene: quasi il 60% dei trapianti effettuati in Veneto sono di questo organo.
- Nel 2001 l'aumento più consistente si è riscontrato per i trapianti di fegato che nell'ultimo anno sono cresciuti di oltre il 25% arrivando a superare il 20% del totale di trapianti effettuati in Veneto.
- Gli organi procurati in generale nel corso del 2001 sono stati 485 con un aumento del 16% rispetto al 2000; ne sono stati utilizzati 333, il 5% in più rispetto al 2000.
- Il Veneto è tra le regioni europee dove è più avanzata la "cultura" della donazione d'organi: a fronte una media europea di 16,5 donatori effettivi per milioni di abitanti (pma) e di una media nazionale pari a 17,6 pma, in Veneto nel 2001 si sono calcolati 25,1 donatori effettivi pma, con una percentuale di utilizzo di quasi il 93%.
- L'indice di soddisfazione delle liste d'attesa ha raggiunto il 34%, con punte del 76,2% per il polmone e addirittura del 91,3% per il rene pediatrico.
- Il Veneto è anche la regione dove le espressioni positive di dichiarazioni di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto, ai sensi del recente DM 8.4.2000, sono state oltre l'83%, rappresentando l'11% di quelle raccolte a livello nazionale, variamente distribuite in 160 diversi punti di accoglimento sul territorio regionale.



### Attività di Trapianto di cornee - Veneto - Anni 2000 e 2001 Numero Donazioni e Trapianti (numero per milione di abitanti)



### Attività di Trapianto di cornee - Veneto - Anni 2000 e 2001 Numero cornee prelevate per Azienda ULSS



Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere

- Quasi tutte le Aziende sanitarie vedono al loro interno un Centro per il trapianto delle cornee.
- Stanno sorgendo in molte di queste Aziende anche Centri che si specializzano nel trapianto di altri tessuti.
- La sempre maggiore sensibilizzazione alla cultura della donazione sia della popolazione sia dei medici che del personale infermieristico ha permesso di raggiungere nel 2001 eccellenti risultati, portando l'Italia ad essere il primo paese in Europa, con oltre 13.000 cornee raccolte dalle 10 Banche degli Occhi nazionali. La Fondazione Banca degli Occhi del Veneto ne ha analizzate 4.695 con un incremento del 13% rispetto al 2000.
- Il maggior numero di donazioni ha permesso di aumentare anche il numero di trapianti (+15,7%) con la logica conseguenza di una riduzione delle liste d'attesa.
- Gli ospedali di Treviso, Vicenza e Padova, dove i coordinamenti locali si sono strutturati in centri di coordinamento, con risorse dedicate all'attività di "procurement", hanno ottenuto risultati molto importanti. L'ospedale di Treviso è il primo in Veneto con più di 800 cornee raccolte, mentre l'ospedale di Vicenza, che ha avviato il centro di coordinamento solo nel 2001, ha quintuplicato il numero di donazioni passando da 87 nel 2000 a 400 nel 2001.
- Va evidenziata anche la netta ripresa degli ospedali di Legnago, Portogruaro, Bassano e Montebelluna ed un ottimo inizio di attività dell'ospedale di Cittadella, grazie all'impulso del repar-

to di rianimazione.

- Oltre il 99,5% dei trapianti effettuati si sono conclusi con esito positivo.

### Elementi di riflessione per il governo regionale

L'obiettivo principale dell'atto deliberativo approvato nel corso del 2000 è stato quello di creare i presupposti per armonizzare tutte le attività realizzate sul territorio regionale, secondo il principio del riconoscimento professionale delle competenze e della "messa in rete" delle medesime, nel rispetto della libertà delle iniziative scientifiche e delle specifiche autonomie aziendali.

In questo contesto, gli strumenti con cui perseguire questi scopi sono apparsi essere fondamentalmente due:

- un adeguato livello di programmazione finanziata;
- l'individuazione di specifici livelli di responsabilità organizzativa.

Questi strumenti sono stati tradotti nell'adozione del finanziamento a funzione, cioè di un finanziamento erogato a fronte di una programmazione verificabile, e nell'individuazione di un organismo regionale - Centro Regionale Trapianti - a cui affidare il mandato di suggerire e realizzare le linee programmatiche, d'intento con le Aziende Sanitarie.

A tal fine sono stati suggeriti come possibili modelli di strutturazione in tutte le Aziende Sanitarie:

- a) Coordinatori Locali, medici a tempo parziale o in "over time" dipendenti funzionalmente dalla Direzione Ospedaliera, con ruolo riconosciuto e retribuzione (di posizione o di risultato);
- b) Uffici di Coordinamento diversamente dimensionati nei 7 principali Ospedali (Belluno, Mestre, Padova, Rovigo, Treviso, Verona, Vicenza), creati con l'utilizzo di professionalità infermieristiche ;
- c) Coordinatori Locali, medici a tempo parziale o in "over time" nelle restanti aziende, dove si utilizzano le risorse economiche su "progetti", in collaborazione se necessario con altre figure professionali con analogo modello d'impiego.

Poiché nessun modello può avere speranza di successo se non è ragionevolmente condiviso, la scelta di costituire un Comitato Regionale, sufficientemente ampio da rappresentare tutte le istanze del mondo trapiantologico, è apparsa la soluzione più consona allo scopo di dotare il Centro Regionale di uno spazio in cui consentire il confronto di idee, processi, azioni.

Il Centro Regionale Trapianti ha intensamente lavorato, d'intesa con la Direzione Regionale per i Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali, alla realizzazione di buona parte degli obiettivi organizzativi previsti dall'atto deliberativo.

In generale, il sistema appare ragionevolmente articolato sia sul versante delle attività di reperimento che su quello delle attività di trapianto, sia di organi che di tessuti, si tratta ora di avviare la messa in opera di quegli aspetti programmatici che sono essenziali per far fare al sistema quell'ulteriore salto qualitativo già indicato nella Ln. 91/99.

### Normativa

- Ln. 301 del 12 agosto 1993, "Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea". La legge ha sostituito le precedenti Leggi e i DMS relativi al prelievo e al trapianto di cornee.
- Ln. 578 del 29 dicembre 1993, "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte", definisce che la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. Stabilisce per tutti i soggetti e non solo per i potenziali donatori di organi, i criteri per l'accertamento della morte. Impone di sospendere il trattamento rianimatorio alla scadenza del periodo di osservazione.
- DMS n. 582 del 22 agosto 1994 "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte". Il decreto definisce quali debbano essere i criteri per accertare la morte, scaturisce da una Consensus Conference delle Società Medico-Scientifiche del settore.
- DPR n. 694 del 9 novembre 1994, Regola le norme sulla semplificazione del procedimento di autorizzazione al trapianto
- Ln. 91 del 1 aprile 1999 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti". La legge regola tutta la materia in tema di prelievo e di trapianto di organi e tessuti comprese le modalità con cui si deve esprimere la propria volontà ad essere o no donatori di organi e tessuti. Sono definiti i compiti dei Centri Regionali ed Interregionali, nonché del Centro Nazionale per i trapianti e istituiti i Coordinatori Locali e Regionali. Dovranno essere pubblicati i D.M.S. applicativi.
- DMS 8 aprile 2000 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti" attuativo delle "prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto".
- Ln. 483 del 16 dicembre 1999 "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato". La legge ammette di disporre, a titolo gratuito, del fegato al fine di trapianto tra persone viventi.

Normativa nazionale

- DGR n. 3948 del 15 dicembre 2000 “Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e di tessuti. Attuazione” con la quale la Giunta Regionale recepisce e dà attuazione alla Ln. 91/99, calando sul territorio regionale la struttura organizzativa articolata su due livelli: regionale e locale. Con tale DGR l'Amministrazione Regionale ha inteso creare un sistema organizzativo partendo dalla ricognizione e valorizzazione delle risorse esistenti.
- DGR n. 1141 del 17 maggio 2001 viene istituito e nominati i componenti del Comitato Regionale per i Trapianti (CoRT) previsto dall'art. 11 comma 2 della L. 91/99, composto dai responsabili, o loro delegati, delle strutture per i prelievi e per i trapianti presenti nell'area di competenza.
- DGR n.3052 del 16 novembre 2001 “Istituzione del Centro di formazione e studi (CFS) per i trapianti di tessuti”.
- DGR n.3442 del 7 dicembre 2001 “Accordo tra Regione del Veneto e Regione Friuli Venezia Giulia per il prelievo e la conservazione dei tessuti a scopo di trapianto”.

## FONTI

## fonti

- Regione Veneto:
  - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali
  - Azienda Ospedaliera di Padova - Centro Regionale per i Prelievi ed i Trapianti di Organi e Tessuti
- Fondazione Banca degli Occhi del Veneto - Venezia Mestre - Bollettino d'informazione n. 2/2001 e n.1/2002
- Fondazione per l'incremento dei Trapianti di Organo - Padova
- Ministero della Salute - Centro Nazionale Trapianti - Attività donazione - Anno 2000 e 2001