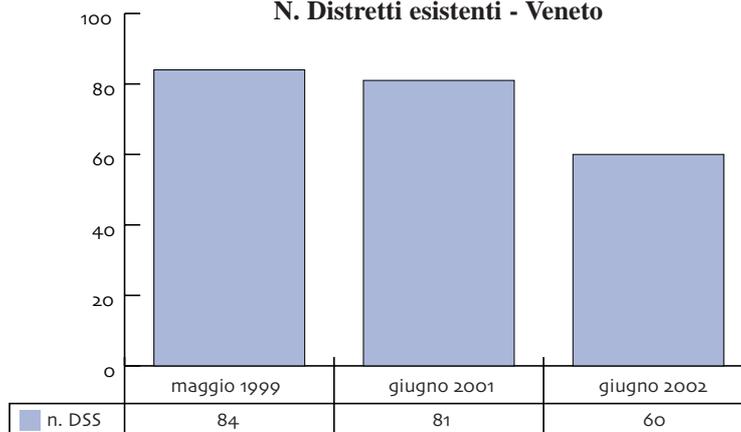


Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

QUADRO REGIONALE

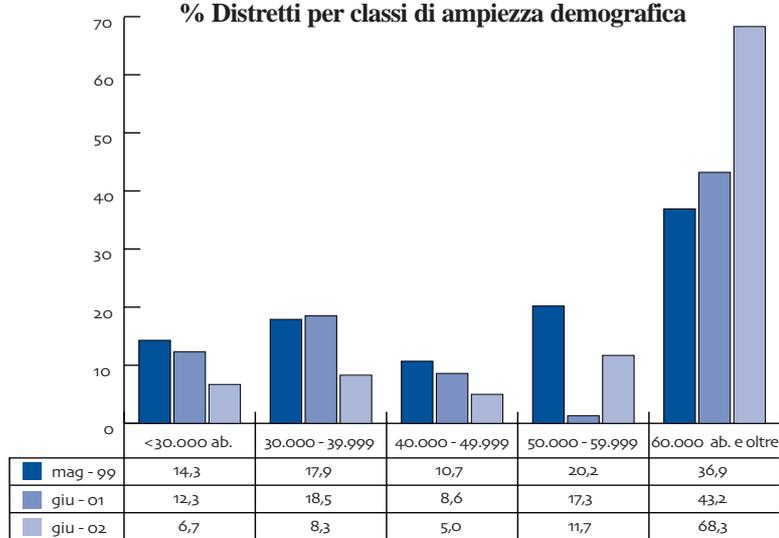
Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

N. Distretti esistenti - Veneto



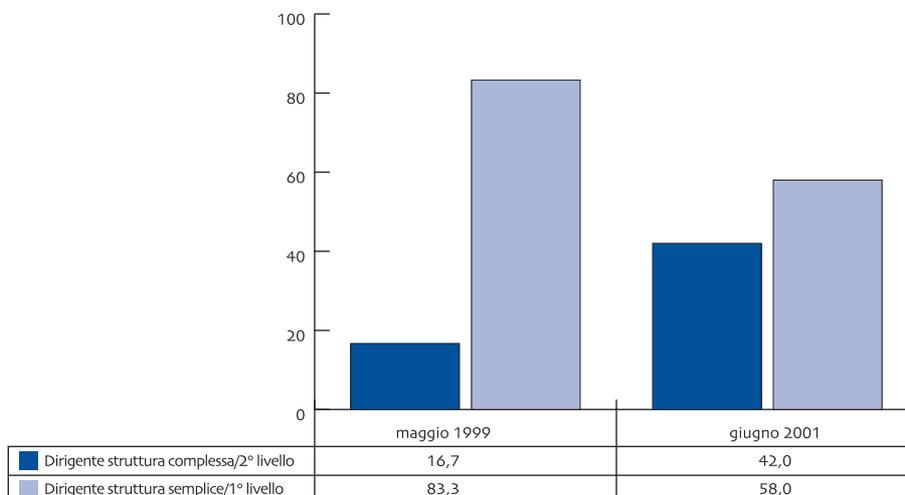
Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

% Distretti per classi di ampiezza demografica



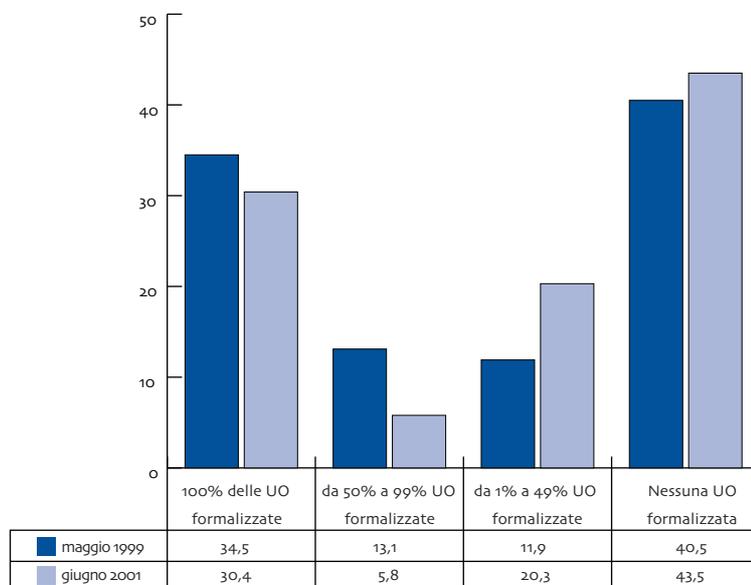
Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

% Direttori di Distretto per livello di inquadramento



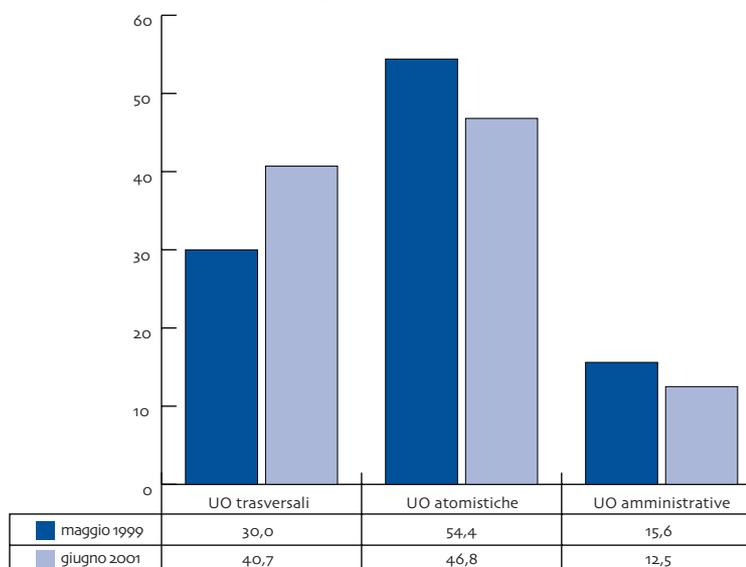
Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

% Distretti per percentuale di unità organizzative formalizzate



Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

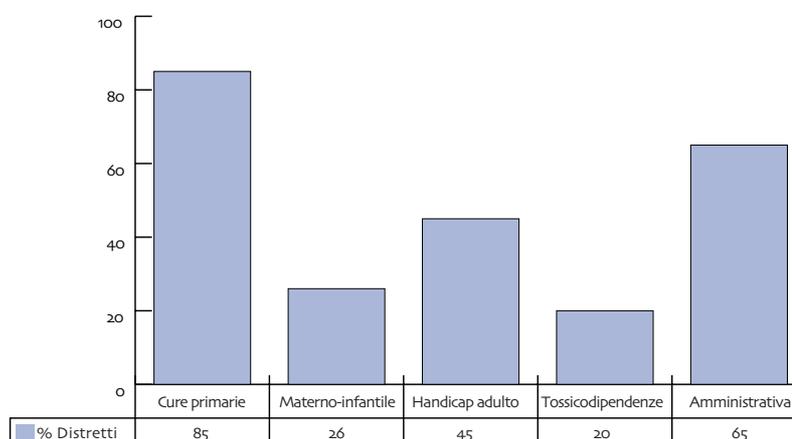
% Unità organizzative distrettuali per tipo



Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

Presenza di unità organizzative distrettuali di cui alla DGR n. 3242/01

(situazione al 30 giugno 2001)



Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

Personale assegnato ai distretti - (situazione al 30 giugno 2001)

PROFILO PROFESSIONALE	DIPENDENTI (1)			CONVENZIONATI (2)			TOTALI	
	Operatori equivalenti			Operatori equivalenti			Operatori equivalenti	
	n.	% su op. dipendenti	% su op. totali	n.	% su op. dipendenti	% su op. totali	n.	%
Medici	266	6,6	95,3	13	2,5	4,7	279	6,1
Psicologi	184	4,5	86,8	28	5,3	13,2	212	4,6
Infermieri	1390	34,2	97,0	43	8,2	3,0	1.433	31,2
Ostetriche	84	2,1	100,0	-	-	-	84	1,8
Assistenti Sanitarie Visitatrici (ASV)	204	5,0	99,5	1	0,2	0,5	205	4,5
Personale della riabilitazione	279	6,9	95,5	13	2,5	4,5	292	6,4
Assistenti sociali	234	5,8	97,9	5	1,0	2,1	239	5,2
Educatori professionali (EPA)	215	5,3	78,8	58	11,0	21,2	273	6,0
Operatori Socio-Sanitari (OSS)	86	2,1	87,8	12	2,3	12,2	98	2,1
Operatori Addetti all'Assistenza (OAA)	321	7,9	52,1	295	56,1	47,9	616	13,4
Altri operatori tecnici	195	4,8	85,5	33	6,3	14,5	228	5,0
Personale amministrativo	564	13,9	95,9	24	4,6	4,1	588	12,8
Altri operatori	38	0,9	97,4	1	0,2	2,6	39	0,9
Totale al 30 giugno 2001	4060	100,0	88,5	526	100,0	11,5	4.586	100,0
Totale a maggio 1999	3529			435			3.964	
Differenza 2001 vs 1999	v.a.	531		91			622	
%		15,0		20,9			15,7	

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

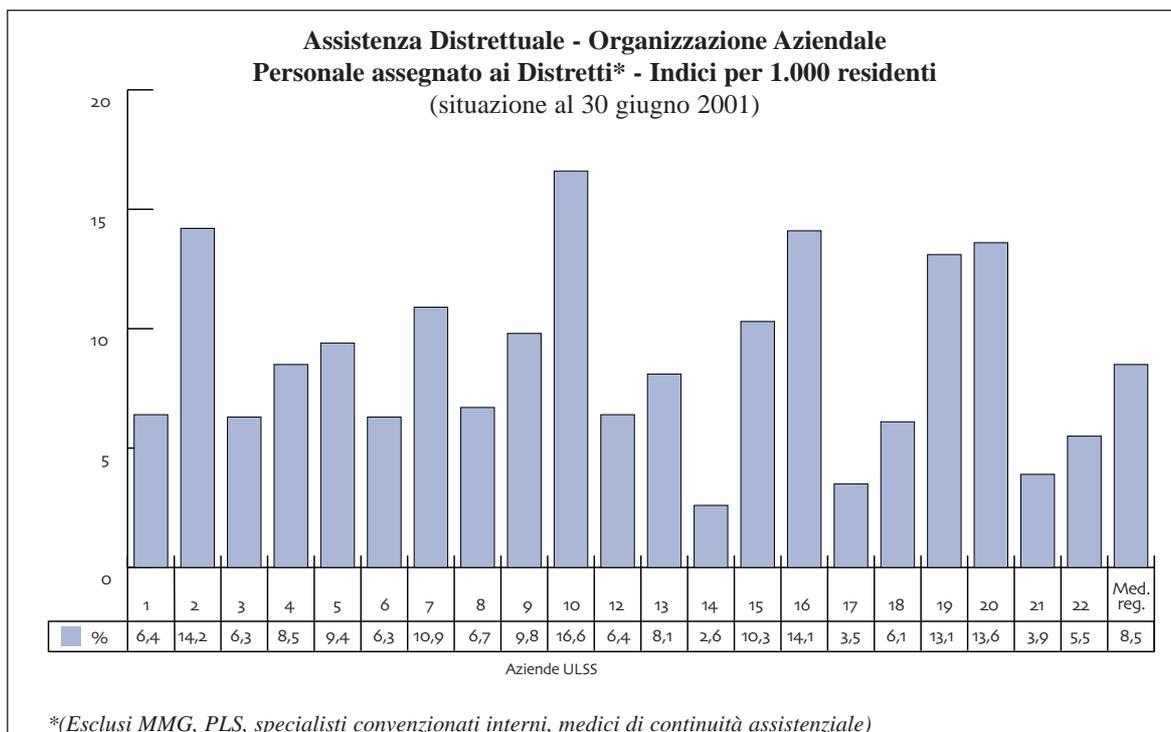
(2) Il profilo "Medici" non comprende i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli specialisti SUMAI operanti nei poliambulatori territoriali e i medici di continuità assistenziale

Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale

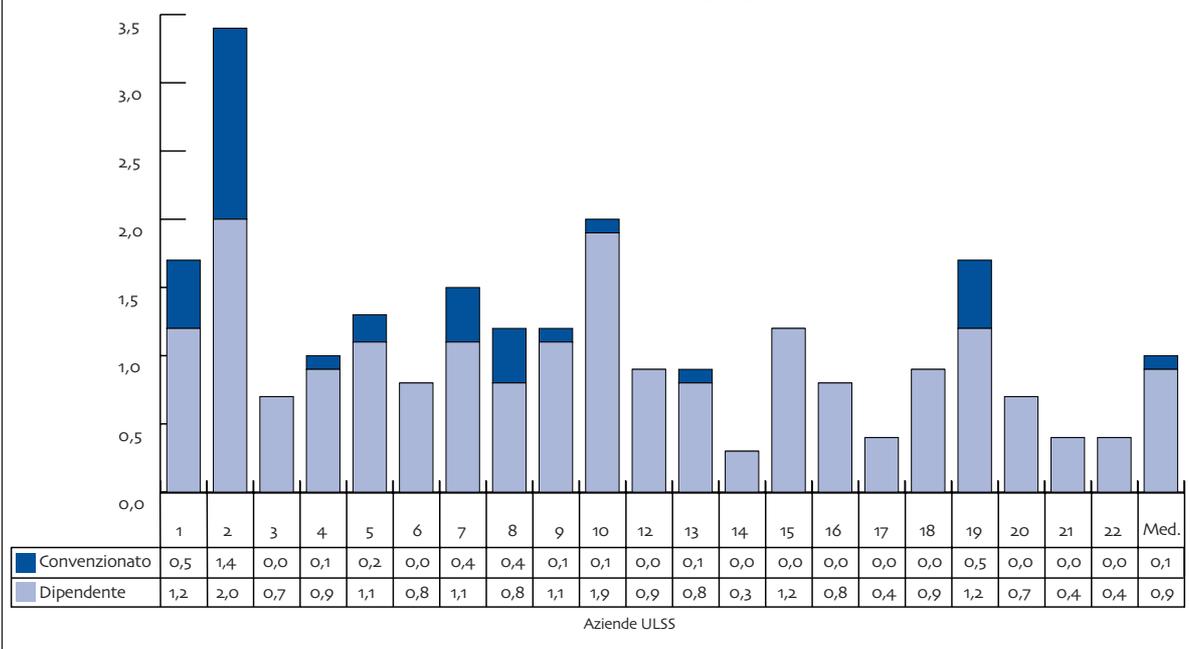
Sistema Informativo Distrettuale (situazione al 30 giugno 2001)

AREE TEMATICHE	DISPONIBILITA' INFORMAZIONI			
	Non disponibili		Disponibili	
	N. distretti	%	N. distretti	%
DATI DEMOGRAFICI				
Residenti totali	0	0,0	81	100,0
Residenti per sesso	7	8,6	74	91,4
Residenti per classi di età	8	9,9	73	90,1
Residenti stranieri	33	40,7	48	59,3
Residenti extracomunitari	49	60,5	32	39,5
DATI EPIDEMIOLOGICI				
Mortalità generale	29	35,8	52	64,2
Mortalità per cause	35	43,2	46	56,8
Malattie infettive	34	42,0	47	58,0
UTILIZZO DEI SERVIZI DA PARTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE				
Assistenza ospedaliera	24	29,6	57	70,4
Assistenza specialistica ambulatoriale	44	54,3	37	45,7
Assistenza farmaceutica	36	44,4	45	55,6
Assistenza integrativa	39	48,1	42	51,9
Assistenza protesica	45	55,6	36	44,4
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare				
Assistenza domiciliare	5	6,2	76	93,8
Consultori familiari	25	30,9	56	69,1
Ser.T	39	48,1	42	51,9
CSM - Assistenza ambulatoriale	37	45,7	44	54,3
Assistenza territoriale semiresidenziale				
Anziani	45	55,6	36	44,4
Disabili	25	30,9	56	69,1
Tossicodipendenti	48	59,3	33	40,7
Pazienti psichiatrici	47	58,0	34	42,0
Assistenza territoriale residenziale				
Anziani	27	33,3	54	66,7
Disabili - assistenza estensiva	39	48,1	42	51,9
Disabili - assistenza intensiva	52	64,2	29	35,8
Tossicodipendenti	42	51,9	39	48,1
Pazienti psichiatrici	47	58,0	34	42,0
Screening tumori femminili				
Mammella	64	79,0	17	21,0
Utero	52	64,2	29	35,8

- L'organizzazione aziendale distrettuale nel biennio 2000-2001 rimane sostanzialmente stabile. Le Aziende, infatti, salvo rare eccezioni, non hanno introdotto cambiamenti rimanendo in attesa del "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale" previsto dall'art. 13 della LR n. 5/96 (PSSR 1996/1998), che è stato rielaborato, recependo la nuova normativa nazionale in materia di Distretti (DLvo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), ed approvato con DGR n. 3242 del 30 novembre 2001. Il biennio 2000-2001 ha rappresentato comunque una fase preparatoria al cambiamento che si è concretizzato, infatti, subito dopo l'entrata in vigore della normativa regionale: i dati aggiornati al giugno 2002 indicano una forte riduzione del numero di Distretti con conseguente aumento di quelli che rispettano le indicazioni regionali relative alla dimensione demografica minima di 60.000 abitanti.
- Al 30 giugno 2001, data cui è riferito l'ultimo monitoraggio del processo di distrettualizzazione, l'organizzazione distrettuale presenta ancora importanti criticità, in particolare:
 - *Organizzazione fragile*
L'articolazione in unità organizzative risulta non ancora strutturata secondo una logica aziendale di suddivisione chiara di compiti cui corrisponde un sistema gerarchico di referenti, in particolare:
 - a) è prevalentemente informale, con unità organizzative non istituite con atto formale con conseguente nomina di un responsabile, ma individuate a partire dalle "linee produttive" esistenti e storicamente consolidate, spesso senza un responsabile e senza una assegnazione di operatori dedicati;
 - b) è di tipo prevalentemente "atomistico", legata alla organizzazione preesistente dei Settori articolati in unità organizzative di tipo verticale per singolo servizio o intervento; tale organizzazione rafforza i livelli di autonomia delle équipes storicamente consolidate che tendono ad autogovernarsi, sottraendosi di fatto dalla dipendenza gerarchica dal Direttore di Distretto.
 - *Debolezza della Direzione*
Una quota ancora consistente dei Direttori di Distretto non è collocata livello dirigenziale di struttura complessa (58%), è impegnata in attività di erogazione diretta di prestazioni (72% con un impegno medio di 19 ore settimanali), non è supportata da adeguate funzioni di staff (30% senza supporto e il rimanente 70% con un supporto limitato ad una media di 30 ore settimanali).
 - *Scarsa dotazione di risorse umane*
Gli operatori dipendenti assegnati ai Distretti rappresentano solo l'8,5% dell'organico complessivo delle Aziende ULSS.
 - *Sistema informativo inadeguato a svolgere le funzioni di gestione e di governo* (analisi dei bisogni, orientamento della domanda, controllo dei consumi dei propri residenti e valutazione delle attività dei servizi distrettuali).



Assistenza Distrettuale - Organizzazione Aziendale
% personale dipendente assegnato ai Distretti su dipendenti totali
 (Situazione al 30 giugno 2001)



- I dati aggiornati al giugno 2002 sul recepimento da parte delle Aziende ULSS della DGR n. 3242/01 segnalano che sono 8 quelle che non hanno adottato i relativi provvedimenti (Aziende ULSS n. 1, 2, 5, 7, 9, 13, 18 e 19); per 2 di queste, comunque, l'organizzazione distrettuale appare già sostanzialmente allineata al modello delineato dalla normativa regionale (Aziende ULSS n. 2 e 19).
- Alla data dell'ultimo monitoraggio sul processo di distrettualizzazione regionale (30 giugno 2001) emerge una forte disomogeneità territoriale relativamente alla organizzazione distrettuale. La dotazione di personale distrettuale in rapporto ai residenti è un indicatore di sintesi che ben rappresenta tale disomogeneità essendo collegato direttamente al modello funzionale e organizzativo dei Distretti. In particolare si sottolinea che i Distretti delle Aziende ULSS n. 2, 10, 15 e 19 sono quelli che maggiormente si avvicinano al modello indicato con DGR n. 3242/01.

Elementi di riflessione per il governo regionale

La DGR n. 3242/01 costituisce il punto di partenza fondamentale ed imprescindibile per l'attuazione di Distretti coerenti alle politiche regionali e omogenei a livello locale, ma la funzione della Regione non si esaurisce con tale provvedimento.

Considerando, da una parte, le funzioni del governo regionale (indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico alla Aziende sanitarie), e, dall'altra, il quadro dell'organizzazione distrettuale emergente dal monitoraggio del processo di distrettualizzazione, si possono ipotizzare alcune priorità che il governo regionale dovrebbe presidiare:

- la continuità al monitoraggio del processo di distrettualizzazione, non solo per il controllo di adempimenti amministrativi, ma anche per acquisire le informazioni necessarie per la valutazione del reale funzionamento del modello proposto e la sua rispondenza a criteri di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza fornita alla popolazione al fine di proporre eventuali modifiche ed integrazioni. Tra i diversi strumenti si segnalano le schede utilizzate per il monitoraggio del processo di distrettualizzazione al 30 giugno 2001.
- la definizione o l'aggiornamento di responsabilità e modalità organizzative ed operative per garantire i livelli di assistenza distrettuale. In particolare si segnalano i livelli che richiedono l'integrazione socio-sanitaria, l'assistenza specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza materno-infantile;
- l'individuazione di meccanismi economico-finanziari che consentano al Distretto di svolgere le funzioni proprie di gestione e di governo dei consumi. I risultati della sperimentazione in atto sul Budget di Distretto possono essere utilizzati a tal fine;
- i rapporti con le altre Strutture Operative aziendali, in particolare con l'Ospedale, e con i Dipartimenti

strutturali aziendali, in particolare con il Dipartimento per la Salute Mentale;

- lo sviluppo del Sistema Informativo Distrettuale. In tal senso la Regione ha già operato nel 2001 con la progettazione ed attivazione del modulo relativo all'assistenza residenziale, con la progettazione e sperimentazione (ancora in atto) del modulo relativo all'assistenza domiciliare e con la progettazione del modulo relativo all'assistenza specialistica. Oltre a portare a regime questi tre moduli vanno affrontate le principali aree ancora scoperte (assistenza materno-infantile, assistenza farmaceutica, assistenza semiresidenziale per disabili);
- l'elaborazione del Programma delle Attività Territoriali. Si tratta di sperimentare e portare a regime il modello metodologico definito a livello regionale nel corso dell'anno 2001.

Normativa

Normativa nazionale

- DL.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", artt. n. 3-quater (Distretto), n. 3-quinquies (Funzioni e risorse del Distretto), n. 3-sexies (Direttore di Distretto).

Normativa regionale

- DGR n. 3242/01 - Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale ex art. n. 13 LR n. 5/96 (PSSR 1996/1998).

Il documento normativo fornisce gli indirizzi regionali sull'assetto strutturale dei distretti, in particolare con riferimento a:

- a) Dimensione - Viene prefigurata una dimensione ampia (almeno 60.000 abitanti) in grado di garantire efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale.
- b) Modello - Al distretto spetta un ruolo di progettualità e di propulsione del sistema socio-sanitario locale in tutte le sue fasi: dall'individuazione dei problemi per le decisioni in sede competente, all'adozione delle iniziative attuative, alla rilevazione e valutazione dei risultati.

Il modello delineato si fonda prevalentemente su obiettivi di salute, che possono essere realizzati solo attraverso il coinvolgimento e l'integrazione nel distretto di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, che devono perciò essere posti al centro dell'attività distrettuale, come peraltro ribadito dagli ultimi accordi collettivi nazionale e regionale.

- c) Attività - Sono individuate le attività sanitarie, socio-sanitarie e di governo della domanda da garantirsi a livello distrettuale.
- d) Assetto organizzativo - Gli indirizzi regionali definiscono l'organigramma tipo del distretto individuando in modo chiaro le linee di comando e le funzioni rispettivamente di Direttore di distretto e Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, Unità Organizzative e relativi responsabili e Dipartimenti funzionali territoriali.
- e) Strumenti di governo - Vengono fornite indicazioni specifiche su:
 - Programma delle Attività Territoriali, che rappresenta lo strumento operativo di programmazione annuale del distretto in stretto raccordo con il budget di distretto.
 - Controllo di gestione.
 - Sistema informativo.
- f) Rapporti interni alla Azienda ULSS - Sono definiti i principi generali su cui stabilire e regolamentare i rapporti fra distretto e altre strutture aziendali (altri distretti, dipartimento di prevenzione, struttura ospedale).
- g) Rapporti tra distretto e comuni - Si individua nel Comitato dei Sindaci di distretto l'organismo che rappresenta i Comuni nei rapporti con il distretto e nel Piano di Zona dei servizi sociali, recepito nel Piano Attuativo Locale, lo strumento programmatico che regola tali rapporti.

FONTI

fonti

- Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Monitoraggio del processo di distrettualizzazione, realizzato in collaborazione con l'Azienda ULSS 20 di Verona nell'ambito del progetto "Strumenti di governo regionale del processo di distrettualizzazione" (anni 2000 - 2001)

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.0.1, TAVOLA 4.0.2, TAVOLA 4.0.3, TAVOLA 4.0.4

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

L'attivazione dei programmi di screening citologico e mammografico comprende l'adesione da parte di tutte le Aziende ULSS ad un sistema informativo comune basato su un software gestionale che consente la rilevazione continua di una serie di dati e la produzione periodica di statistiche che vengono annualmente raccolte, analizzate e confrontate con gli standard consigliati, qualora disponibili.

I dati riportati di seguito sono tratti dai Rapporti sull'attività svolta fino al 31 dicembre 2001 e predisposti dal Servizio di Epidemiologia dei Tumori dell'Azienda Ospedaliera di Padova, incaricato del coordinamento dei programmi di screening attivati nelle aziende del territorio regionale.

Le valutazioni sono affidabili nelle realtà in cui il programma è più avanzato, mentre devono essere considerate preliminari per quelle Aziende in cui il programma di screening è ancora in fase iniziale.

Il programma di screening citologico, avviato dalla Regione del Veneto, prevede che le donne fra i 25 e i 64 anni d'età vengano invitate attivamente ad eseguire un Pap-test gratuito ogni 3 anni e, quando questo evidenzi determinate anomalie, vengano effettuati a seguire gli approfondimenti necessari fino alla diagnosi e all'eventuale trattamento. Gli obiettivi prioritari del programma regionale sono:

- l'individuazione e il trattamento delle lesioni precancerose del collo dell'utero, in modo da prevenire l'insorgenza dei tumori invasivi;
- l'individuazione dei tumori invasivi in stadio iniziale al fine di poter attuare una terapia efficace e quindi migliorare comunque la prognosi.

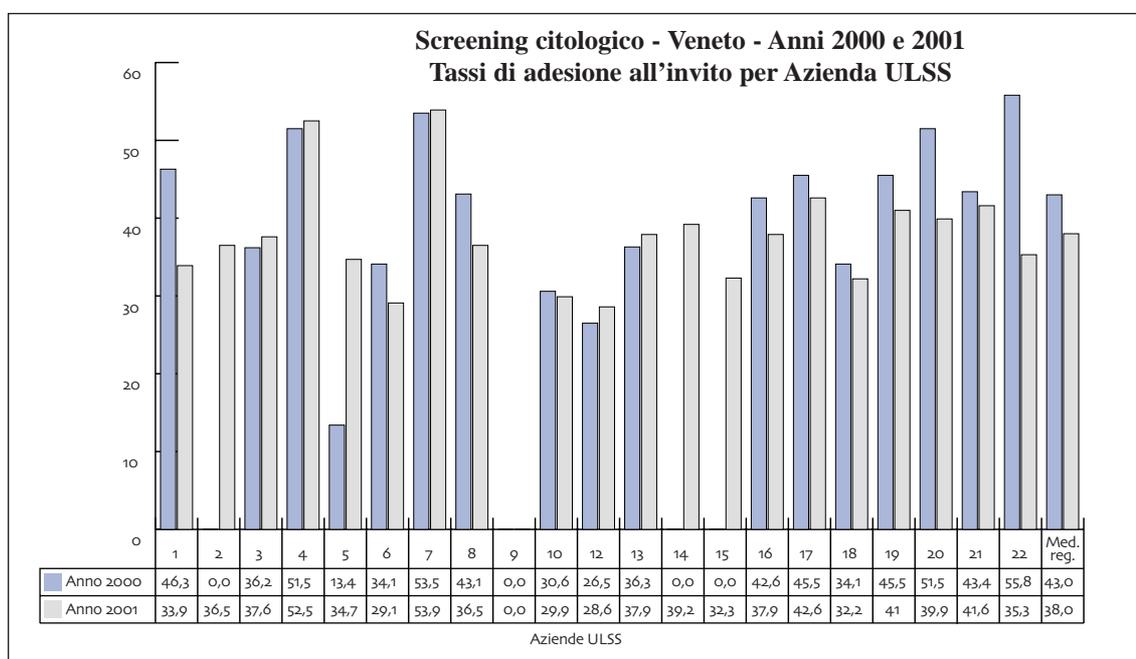
Ulteriori obiettivi risultano:

- trovare modalità specifiche più adeguate per favorire l'identificazione e l'adesione da parte di quelle donne non rispondenti che non hanno mai fatto il test oppure che non l'hanno fatto da lungo tempo (da queste derivano la quota maggiore di lesioni o carcinomi della cervice);
- la riduzione della quota – considerevole, com'è noto, in molte realtà – di donne impropriamente sovraesposte al test, anche per utilizzare meglio le risorse.

Screening citologico - Quadro regionale

	1999			2000			2001			Standard di riferimento
	N.	%	Range	N.	%	Range	N.	%	Range	
Donne residenti 25-64 anni	1.283.331	28,6	27,2 - 30,2	1.295.127	28,7	27,4 - 30,4	1.304.273	28,7	27,4 - 30,4	
Aziende ULSS coinvolte	14	66,7		17	81,0		20	95,2		100%
Popolazione target	891.256	69,4		1.068.591	82,5		1.197.578	91,8		100%
Popolazione invitata	138.725	15,6	3,2 - 39,9	193.381	18,1	2,5 - 38,4	284.607	23,8	4,8 - 40,5	31% - 35%
Donne aderenti	53.809	38,8	25,4 - 53,6	83.232	43,0	13,4 - 55,8	108.262	38,0	28,6 - 53,9	65% - 80%
Adesione spontanea	4.034	7,0		10.023	10,7		5.727	5,0		
Totale donne esaminate (1)	57.843	4,5		93.255	7,2		113.989	8,7		

(1) la percentuale è calcolata per 100 donne residenti



PREMESSA

SCREENING
CITOLOGICO

Copertura e
adesione della
popolazione

A livello nazionale si stima che i nuovi casi annui di cervico-carcinoma ammontino a circa 3.600 (22 per 100.000 donne in età 25-64 anni) e che le morti per questo tumore siano circa 1.700 (10,5 per 100.000 donne in età 25-64 anni).

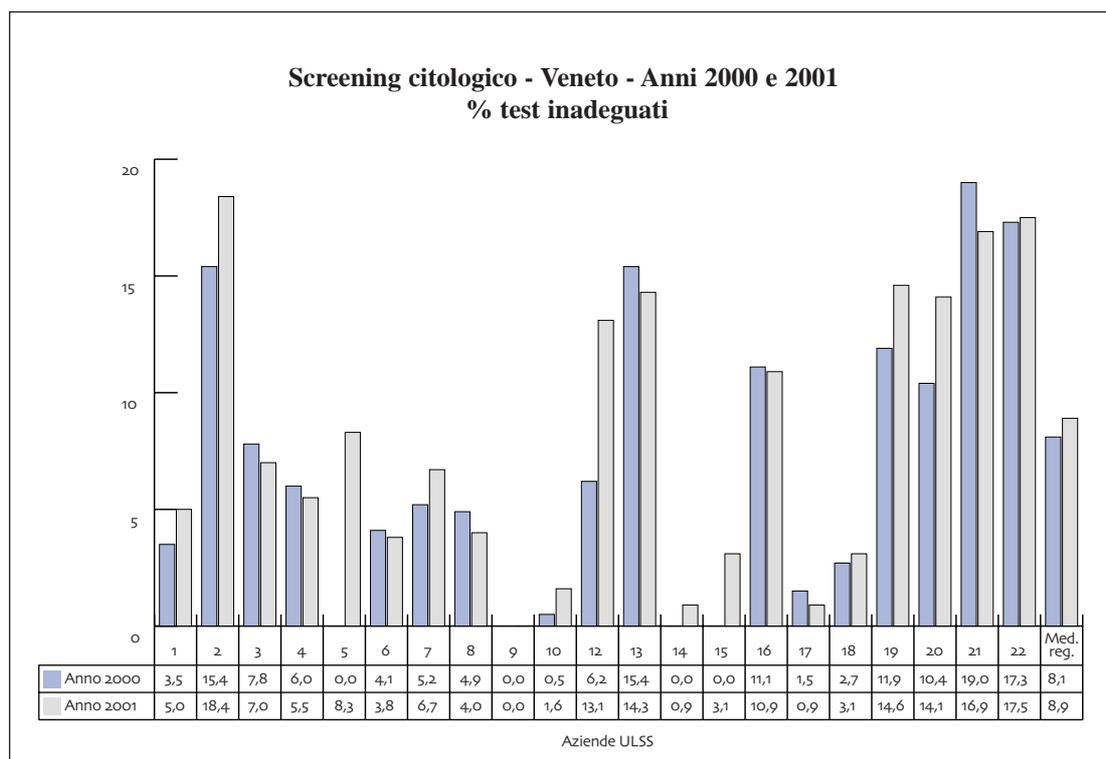
Sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero in Veneto nel 2001, siano stati circa 200 (15 per 100.000 donne in età 25-64 anni) e i decessi per questa stessa causa circa 40 (3,07 per 100.000 donne in età 25-64 anni).

Lo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero è iniziato nella regione del Veneto a partire dal 1998, con progetti pilota in 5 Aziende ULSS (3, 8, 17, 18, 20); a fine 2001 risulta attivo in 20 delle 21 Aziende ULSS, interessando oltre il 91% della popolazione femminile in età 25-64 anni residente nel Veneto.

Obiettivo fondamentale dello screening citologico, in quanto intervento di sanità pubblica, è ottenere - sia per ragioni di equità che di efficienza - la più ampia copertura della popolazione bersaglio, intesa come la proporzione di donne eleggibili che hanno eseguito un Pap-test nei tre anni precedenti, sia nel contesto che al di fuori del programma di screening. La stima della copertura regionale risulta problematica, poiché vi contribuiscono le donne che hanno aderito all'invito, quelle che si sono presentate spontaneamente e anche quelle che si sono rivolte spontaneamente ad altre strutture. Inoltre, dalla popolazione eleggibile vanno sottratte le donne precedentemente ammalate di tumore della cervice uterina e/o isterectomizzate. I differenti livelli di completezza e di attendibilità dei dati riportati dalle ULSS e il diverso grado di estensione dei programmi non rendono comparabili le stime calcolate finora.

Tuttavia si può evidenziare:

- tra le cinque ULSS pilota che hanno completato il primo round, solo le ULSS 8 e 18 hanno invitato tutta la popolazione bersaglio, raggiungendo tuttavia un tasso medio di copertura, legato al programma di screening, inferiore al 50%. Tra la fine del 2001 e l'inizio del 2002 è stata condotta nel Veneto una prima indagine campione per stimare la copertura nell'ULSS 7 – Pieve di Soligo, nella fascia di età dello screening e in prossimità della conclusione del 1° round: delle donne intervistate il 72% ha dichiarato di avere eseguito almeno un Pap-test negli ultimi tre anni, in assenza di disturbi o sintomi. Di queste, il 34% ha addotto come motivo di esecuzione del test, l'invito allo screening e il 38% altre motivazioni (adesione spontanea). Vista la difficoltà a stimare indirettamente un valore attendibile di un parametro così fondamentale sarebbe opportuno replicare tale indagine, la quale richiede un impegno di risorse relativamente modesto;
- i tassi di adesione (proporzione di donne invitate che hanno aderito all'invito) mostrano come l'adesione media regionale, sia grezza che corretta, derivi dalla composizione di valori molto diversi nelle varie ULSS. Essi indicano come vi sia ampio spazio di miglioramento in alcune realtà, pur tenendo conto del peso di diversi fattori come il grado di "pulizia" delle liste delle persone da invitare, l'età prevalente tra le invitate e la precedente copertura della popolazione con test spontanei;
- un'analisi dell'adesione grezza per età mostra un fortissimo trend crescente con l'età: dal 31% nella classe 25-29 a oltre il 46% nella classe 65a+. La spiegazione più ovvia, ma certamente non l'unica, di questo trend è il ricorso spontaneo al pap-test proporzionalmente maggiore nelle coorti più giovani.



Un indicatore di qualità del processo è rappresentato dal tempo di risposta: è importante che le donne che aderiscono al test abbiano una risposta abbastanza tempestiva anche se il risultato è normale e che l'approfondimento diagnostico (colposcopia), per quelle positive al test, avvenga in tempi adeguati. L'81% delle risposte in caso di test nega-

tivo sono state inviate alle donne entro 30 giorni dalla esecuzione dei test, ma sei ULSS (1, 7, 10, 14, 20, 21) hanno superato i 30 giorni in più del 30% dei casi.

L'82% delle colposcopie sono state eseguite entro 60 giorni dal Pap-test, ma otto ULSS (1, 3, 6, 7, 8, 10, 14, 16) hanno superato i 60 giorni in più del 25% dei casi.

Un altro importante indicatore di qualità dei programmi è rappresentato dalla qualità del prelievo:

- i valori riscontrati dimostrano un'alta percentuale di test inadeguati, superiore allo standard consigliato;
- la media regionale di test inadeguati, già superiore alla media nazionale rilevata dal GISCi (Survey 2000) è ulteriormente aumentata nel 2001 rispetto al 2000;
- 9 ULSS (1, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 17, 18) hanno tuttavia valori migliori dello standard desiderabile mentre 3 ULSS hanno ulteriormente aumentato il loro valore già fuori standard lo scorso anno.

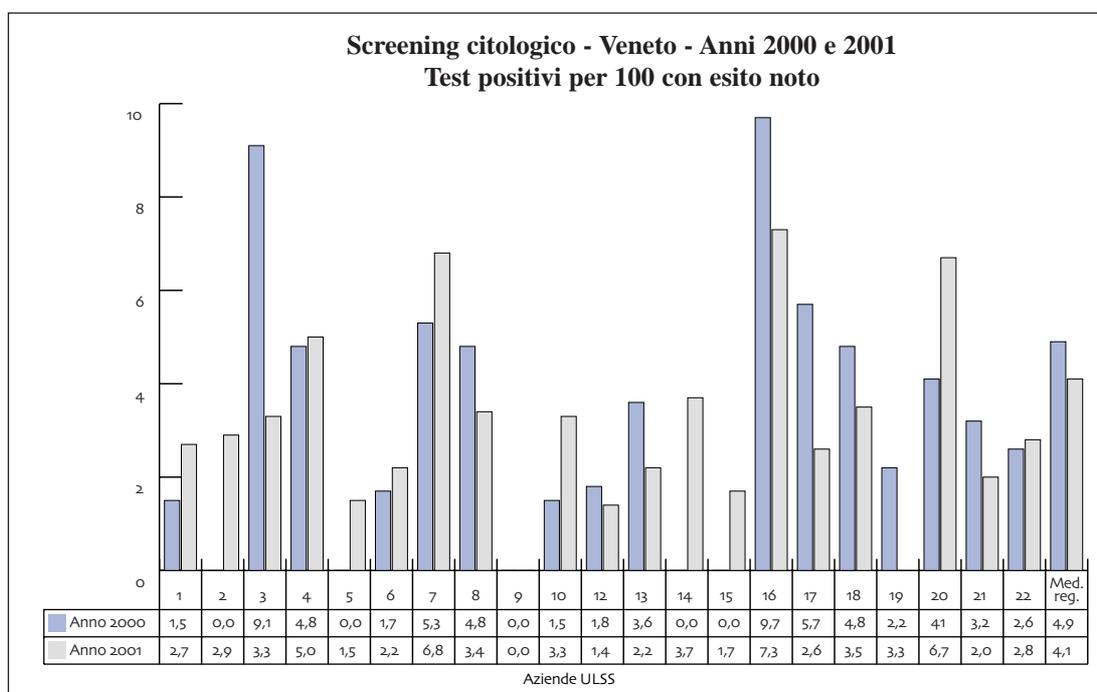
Screening citologico - Esiti

	1999		2000		2001		Standard di riferimento
	N.	%	N.	%	N.	%	
Pap-test positivi(1)	2.382	4,1	4.249	4,6	5.401	4,7	< 5%
Pap-test inadeguati(2)	4.318	7,5	7.038	8,1	11.356	8,9	< 7%
Invito ad approfondimenti(1)	3.317	5,7	6.674	7,2	6.377	5,6	
Colposcopie eseguite			4.209	4,5	4.619	4,1	
Carcinomi invasivi + in situ (3)	74	1,3	220	2,4	233	2,0	

(1) % donne esaminate

(2) % pap-test con esito noto

(3) per 1.000 donne esaminate



- I dati complessivi esaminati mostrano un tasso medio regionale di pap-test positivi, conforme allo standard GISCi (<5 per cento donne esaminate);
- i dati per età mostrano che i test positivi diminuiscono con l'età, analogamente ai test inadeguati, probabilmente per il prevalere di quadri flogistici nelle età più giovani;
- risulta eccessiva la variabilità fra ULSS (range 1,4 – 7,3%) del tasso di test positivi;
- la distribuzione delle donne con Pap-test positivo per tipo di diagnosi mostra che complessivamente nel 92% dei casi è stata riscontrata una lesione di basso grado (ASCUS o LSIL).

Il parametro di riferimento per la valutazione della qualità della citologia è la percentuale di diagnosi confermate all'istologia: delle donne sottoposte a colposcopia il 46% sono risultate sane, il 38% affette da lesioni di basso grado o condilomi e solo il 16% affette da una lesione CIN 2 o più grave.

Dai dati pervenuti, la diagnosi di lesione (CIN 2, CIN 3, Ca infiltrante, Adenocarcinoma) risulta accertata in 341 donne, pari all'8% di quelle risultate positive al test e a 2,4 ogni 1000 donne di cui è noto l'esito del Pap-test. Contrariamente alle casistiche nazionali, anche nel 2001 nel Veneto il numero di lesioni più severe (CIN 3) ha continuato ad essere superiore a quello di grado inferiore (CIN 2), configurando l'ipotesi di una sovradiagnosi. Adottando una stima conservativa è possibile affermare che circa la metà dei CIN 3 e circa il 25% dei CIN 2, se non sono trattati, evolvano in cancro invasivo. Su questa base si può stimare che tra le donne che hanno eseguito il Pap-test a seguito di un invito da parte dei programmi nel 2001, a fronte di 12 casi invasivi attesi, gli screening, oltre ad aver individuato 35 casi invasivi, hanno permesso di prevenirne altri 160. Premesso che non esistono standard di riferimento, va notata nel Veneto una tendenza al sovratrattamento dei casi con diagnosi di lesione più lieve (CIN 1): solo 131 casi su 392 (33%) non sono stati trattati, con una ulteriore diminuzione rispetto al dato

relativo all'anno precedente (38%).

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori, che nel 2001 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati più di 3.100, pari al 27,5% di tutte le neoplasie nelle donne. I decessi per questa causa sono stati 958 nel 1999, il 18% delle morti per tumore nel sesso femminile (ISTAT).

I programmi di screening mammografico sono iniziati in Italia ed in Europa tra gli anni '80 e '90, in base ai risultati di numerosi studi controllati che dimostravano una consistente riduzione della mortalità specifica grazie alla anticipazione diagnostica consentita dal controllo mammografico biennale nelle donne dai 50 ai 69 anni di età. Nel corso 2001 si è sviluppata una controversia molto aspra sull'efficacia dello screening mammografico, le conclusioni della revisione effettuata dall'Agenzia dell'OMS per la Ricerca sul Cancro (IARC) e pubblicata nel corso del 2002 riaffermano:

- l'efficacia dello screening mammografico offerto alle donne tra i 50 e i 69 anni nel ridurre la mortalità per tumore della mammella dal 25% al 35%;
- l'evidenza di efficacia per programmi di screening mammografico, per le donne di età tra i 40 e i 49 anni, appare invece limitata;
- non vi è sufficiente evidenza di efficacia per programmi di screening mammografico offerti a donne di età inferiore ai 40 anni o superiore ai 69, o per screening basati sulla palpazione o autopalpazione del seno.

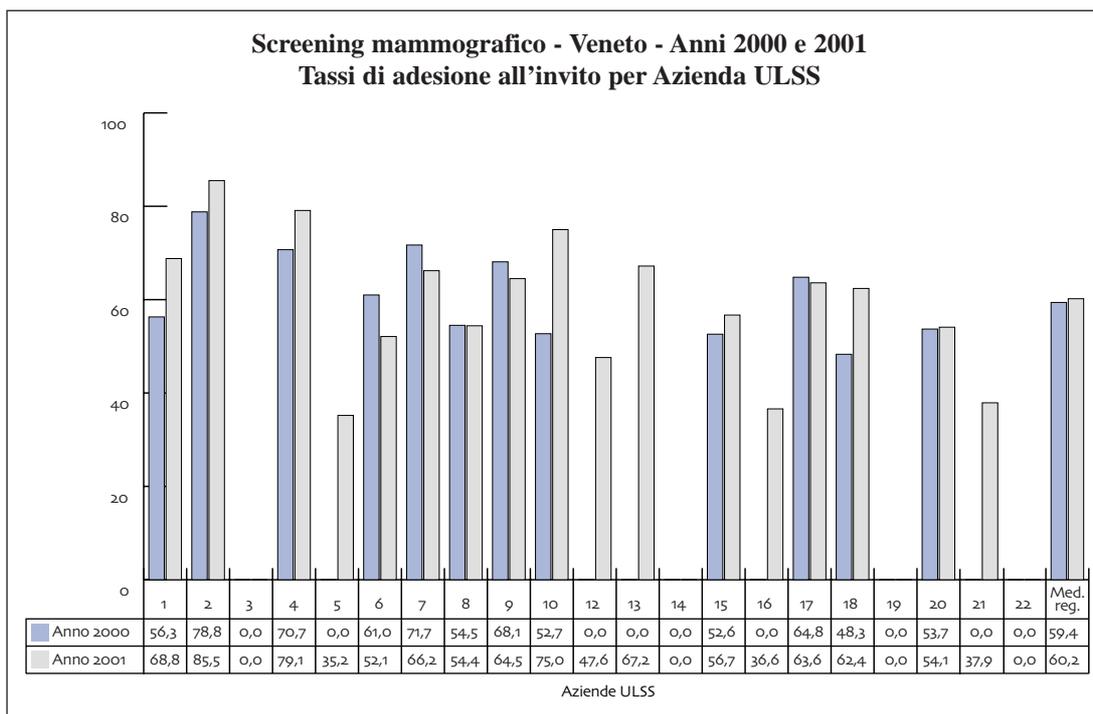
Obiettivi del programma di screening mammografico della Regione del Veneto sono:

- l'individuazione ed il trattamento dei tumori maligni della mammella in fase precoce, in modo da permettere la guarigione delle donne e quindi evitare la morte per neoplasia mammaria. I tumori devono essere individuati con il numero di esami, in particolare invasivi, più basso possibile;
- l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili per la donna affetta da tumore della mammella.

Ambedue questi obiettivi sono legati alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento dei linfonodi e senza metastasi a distanza.

Screening mammografico - Quadro regionale

	1999			2000			2001			Standard di riferimento
	N.	%	Range	N.	%	Range	N.	%	Range	
Donne residenti 50-69 anni	557.290	12,4	10,9 - 14,9	562.035	12,5	11,0 - 14,9	565.124	12,4	11,0 - 14,9	
Aziende ULSS coinvolte	10	47,6		12	57,1		17	81,0		100%
Popolazione target	241.227	43,3		321.992	57,3		492.186	87,0		100%
Popolazione invitata	35.446	14,7	1,4 - 54,2	78.032	24,2	3,1 - 49,9	101.904	20,7	0,9 - 51,4	31% - 35%
Donne aderenti	17.183	48,5	39,3 - 71,2	46.390	59,4	48,3 - 78,8	61.307	60,2	35,2 - 85,6	>50%
Adesione spontanea	1.244	6,8		4.666	9,1		6.797	10,0		
Totale donne esaminate	18.427	3,3		51.056	9,1		68.104	12,1		



Il programma di Screening per il tumore della mammella intende coinvolgere tutta la popolazione femminile di età 50-69 anni residente in Veneto, offrendo la mammografia con cadenza biennale.

Lo screening mammografico è anch'esso iniziato nel 1998 in 3 ULSS (1, 17, 18); nel 2001 il programma è stato attivato in quattro nuove ULSS (5, 13, 16 e 21) e a fine 2001 era attivo in 17 Aziende ULSS su 21 istituite nel territorio regionale. Complessivamente nei 3 anni su circa 500.000 donne eleggibili, ne sono state invitate 215.382 (38%) ed esaminate 137.587 (24,3%), di cui 12.707 (oltre il 9%) si è presentato spontaneamente.

Vi è comunque da sottolineare che solo 3 ULSS (4, 17, 21) hanno raggiunto la capacità di invitare circa metà

delle donne eleggibili in un anno. Hanno completato il primo round: l'ULSS 18 nel 2000, le ULSS 8 e 17 nel 2001 e le ULSS 2, 4, 7 nel corso del 2002.

Per quanto riguarda l'adesione delle donne, generalmente gli standard consigliati si riferiscono alla fine di un round completo. Tenuto conto del fatto che invece i dati qui presentati si riferiscono prevalentemente al primo round, in alcuni casi addirittura alle fasi di avvio dei programmi, l'adesione raggiunta è da considerare discreta. La media regionale grezza (58%), peraltro, deriva dalla composizione di valori molto variegati nelle diverse ULSS, a dimostrazione del fatto che esiste un margine di possibile miglioramento del livello di adesione al programma. L'adesione dell'ULSS 2 non è stata riportata in quanto utilizza un sistema particolare di invito e di assegnazione degli appuntamenti.

Il tasso grezzo di adesione delle tre ULSS che hanno iniziato il 2° round nel corso del 2002 è 87,7%, un risultato confortante e conforme a quello registrato generalmente dai programmi in questa fase.

Tra la fine del 2001 e l'inizio del 2002 è stata condotta nel Veneto una prima indagine campione nell'ULSS 7 – Pieve di Soligo, per stimare la copertura nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Nel periodo in cui l'indagine si è svolta il programma di screening aveva invitato circa il 70% delle donne eleggibili. Delle donne intervistate il 69% afferma di aver eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni in assenza di disturbi o sintomi, e questa è la stima più attendibile della copertura: in particolare, il 51% ha addotto come motivo dell'esecuzione del test l'invito allo screening e il 18% altre motivazioni (adesione spontanea). Vista la difficoltà di stimare indirettamente un valore attendibile di un parametro così fondamentale, sarebbe opportuno replicare tale indagine in altre realtà in cui le caratteristiche sia del programma di screening che dell'offerta sanitaria pubblica e privata siano diverse da quelle della ULSS 7.

Lo standard EUREF (European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services) considera desiderabile una risposta entro i 10 gg lavorativi e accettabile entro i 15 gg lavorativi. Nel 2001, in Veneto, il 73% delle risposte, in caso di mammografia negativa, è stato inviato alle donne entro 21 giorni dalla esecuzione del test: un valore accettabile che comunque è peggiorato rispetto al 2000. È da notare che 3 ULSS (6, 9, 13) hanno fornito più dell'80% delle risposte dopo 21 giorni, altre 3 (15, 17, 18) in almeno la metà dei casi.

Bisogna precisare che nei modelli organizzativi non standard la donna viene informata immediatamente del risultato della mammografia e successivamente le viene inviata una lettera; i tempi per gli approfondimenti si riferiscono invece alle procedure invasive.

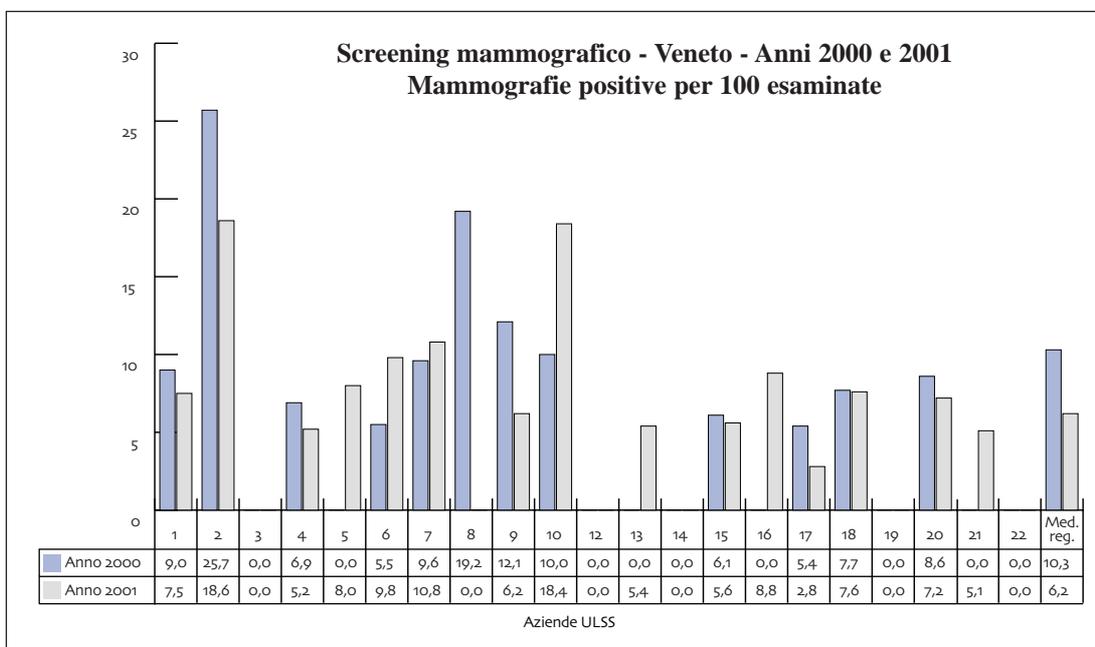
In Veneto, l'88% degli approfondimenti avviene entro 21 giorni dall'inizio dell'iter di screening, ma solo 3 ULSS non hanno riportato un tempo superiore a 21 giorni in nessun caso (2, 7, 16); la quota riportata dalle altre ULSS varia dall'1 al 71%. Anche in questo caso c'è spazio per il miglioramento, soprattutto in considerazione dell'alta variabilità territoriale dell'indicatore.

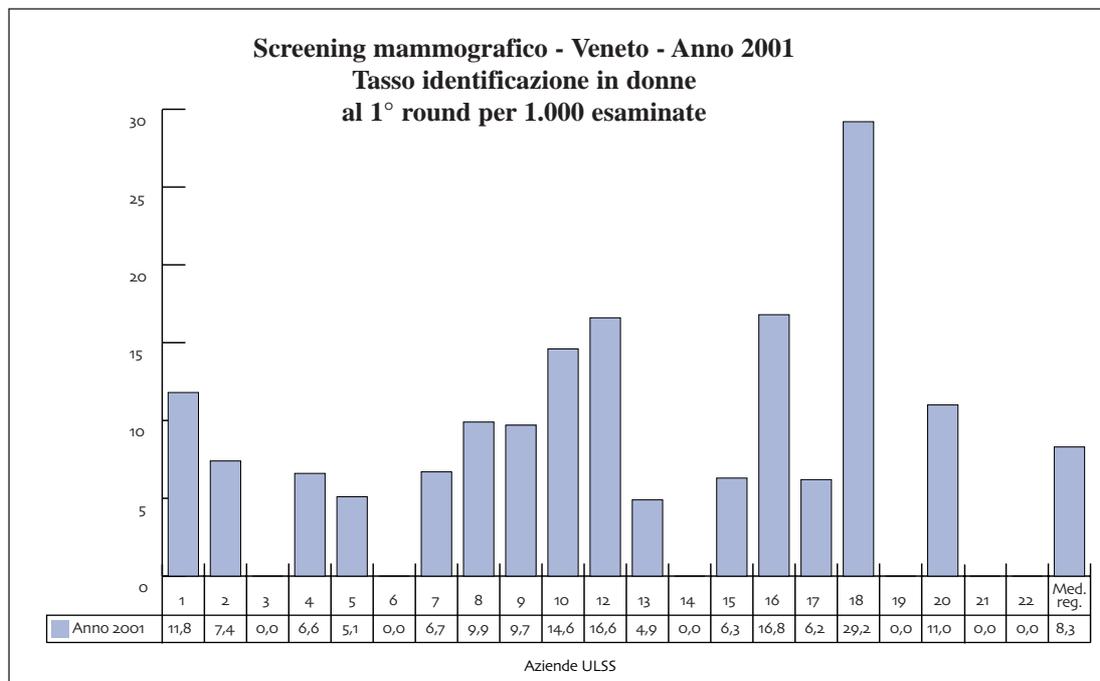
Screening mammografico - Esiti

	1999	2000	2001	Standard di riferimento
N. mammografie positive	1.577	5.234	4.210	
% mammografie positive ⁽¹⁾	8,6	10,3	6,2	< 8%
% mammografie positive (1° round)			8,0	
Neoplasie identificate	139	405	469	
Tasso di identificazione ⁽²⁾	7,5	7,9	6,9	
Tasso di identificazione (1° round)		7,9	8,3	7,35 x 1.000
Tasso di identificazione tumori invasivi fino a 10 mm. ⁽²⁾	2,2	3,2	2,3	> 1,5 x 1.000

(1) % donne esaminate

(2) per 1.000 donne esaminate





Nello screening standard si intende per risultato “positivo” della mammografia la segnalazione di qualunque lesione o anomalia che rappresenti indicazione all’approfondimento diagnostico.

La proporzione media regionale di donne positive alla mammografia è del 7,5% (1° round) e del 4,6% (2° round), con una notevole variabilità fra ULSS: tale variabilità deriva dai diversi modelli organizzativi e da un’ampia difformità dei criteri diagnostici radiologici.

Anche il tasso medio di identificazione per il 1° round è vicino allo standard, che corrisponde ad almeno 3 volte l’incidenza annuale specifica per questa fascia d’età (2,45 per 1000 donne/anno - dato del Registro Tumori del Veneto), ma è molto variabile nelle diverse ULSS: è da tener presente che alcune ULSS hanno comunque un numero di casi ancora molto basso e quindi soggetto ad importanti fluttuazioni casuali. Nelle tre realtà che hanno iniziato il II° round il tasso medio di identificazione è conforme allo standard per una ULSS, mentre è inferiore per le altre 2.

Anche la variabilità territoriale della percentuale di lesioni identificate può dipendere da diversi fattori, fra i quali i più importanti sono rappresentati dalla capacità del radiologo di identificare correttamente le lesioni, dalla abitudine all’uso della mammografia in quella popolazione prima dell’avvio del programma e dalle caratteristiche del sottogruppo di donne interessate.

Dei 469 casi trovati allo screening nel 2001 è stato riportato lo stadio per 449.

La dimensione del tumore rappresenta un ottimo parametro per predire la probabilità di buon esito della terapia. Lo screening mira ovviamente a identificare lesioni di piccole dimensioni. Dei 449 casi di cui è noto lo stadio, 222 (49%) avevano dimensione fino a 1 cm, e tra questi 74 erano in situ e 7 microinvasivi, e 13 avevano diffusione linfonodale.

I tumori in stadio 0 o I (senza invasione linfonodale) sono stati complessivamente 287 su 449 (64%). La proporzione di casi identificati allo screening (primo round) in stadio II o più avanzato è stata del 31% (standard suggerito <40%).

Elementi di riflessione per il governo regionale

- Per quanto riguarda lo screening citologico, già dal 2000 al 2001 si è verificato un piccolo miglioramento dell’adesione media corretta, passata dal 43% al 45,9%. Permangono, tuttavia, soprattutto in alcune ULSS, aree critiche per le quali sono possibili e si sono raccomandati interventi specifici soprattutto con riferimento a:
 - adesione piuttosto bassa, e insufficiente in alcune realtà;
 - inadeguata qualità dello striscio in alcune realtà;
 - variabilità eccessiva dei criteri di diagnosi citologica;
 - bassa predittività per lesione della biopsia cervicale.

In particolare si è raccomandato di studiare le non-aderenti, specie nelle realtà a bassa adesione, per poi programmare interventi specifici, dove il Servizio di Epidemiologia dei Tumori si è già reso disponibile a suggerire modelli e metodi.

E’ inoltre, in corso di realizzazione un percorso formativo per ginecologi sulla colposcopia e sulla qualità del trattamento delle lesioni “screen detected”.

- Per quanto riguarda lo screening mammografico, gli indicatori di qualità hanno evidenziato, in generale, un lieve peggioramento dal 2000 al 2001, mentre si è osservato un netto miglioramento dell’adesione media, anche se in diverse realtà il valore è ancora lontano dai livelli desiderabili.

Sono migliorati anche il tasso di identificazione di neoplasie e il tasso di cancri in fase precoce, ambedue presupposti affinché lo screening sia efficace in termini di riduzione della mortalità.

Va tuttavia evidenziata la difficoltà a valutare questi indicatori, data l'ampia difformità dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostici adottati dalle aziende.

Le aree critiche per le quali sono possibili iniziative finalizzate ad un ulteriore miglioramento, soprattutto in alcune ULSS, sono:

- l'adesione ancora piuttosto bassa;
- i tempi di risposta e di esecuzione degli approfondimenti;
- i modelli organizzativi dello screening che comportano un uso meno efficiente delle risorse;
- i percorsi diagnostici radiologici.

Per quanto riguarda la qualità del trattamento dei cancri "screen detected" è in corso un lavoro articolato con i Chirurghi Senologi del Veneto che ha portato alla formulazione di un documento di consenso su alcune aree controverse e al progetto di un database elettronico per il monitoraggio di un set specifico di indicatori di qualità del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella (OLGA).

Normativa

- DLvo 124/98.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 8.3.2001 "Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia."
- DGR n. 2284 del 21.5.1996 di approvazione delle linee guida regionali sullo screening del cancro della mammella e del collo dell'utero.
- DGR n. 1200 del 3.4.1997 di avvio e finanziamento di progetti pilota presso alcune Aziende ULSS dello screening di popolazione per il cancro della mammella e del collo dell'utero.
- DGR n. 3556 del 19.19.1999 di coordinamento funzionale e per il controllo della qualità e per gli interventi formativi collegati alle campagne di screening.
- DGR n. 1524 del 15.6.2001 che ridefinisce le principali linee di intervento a valenza regionale e il Sistema di monitoraggio e la promozione della qualità delle attività di screening dei tumori femminili (mammella e collo dell'utero).

Normativa nazionale

Normativa regionale

fonti

- Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio per le Attività Distrettuali
- Azienda Ospedaliera di Padova - Servizio di Epidemiologia dei Tumori - Registro Tumori del Veneto

FONTI

tavole in allegato

- TAVOLA 4.1.1, TAVOLA 4.1.2, TAVOLA 4.1.3

TAVOLE

Fenomeni di maggiore rilevanza / interesse

La Regione del Veneto con la definizione degli Accordi regionali ha affidato alla Medicina Convenzionata, costituita dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), l'erogazione delle cure primarie, secondo un modello organizzativo che tende a privilegiare l'attività esercitata in forma associata, superando la logica dell'offerta di singole prestazioni in favore della globalità e continuità delle cure offerte al cittadino secondo criteri di efficienza, appropriatezza ed evidenza scientifica.

Il modello per il governo della Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria nella Regione del Veneto prevede: obiettivi (fissati dal P.S.S.R. e dagli Accordi regionale e aziendali), strumenti (patti aziendali, budget, linee-guida, percorsi diagnostico-assistenziali, forme associative), attività (negoziale: Comitati regionali e aziendali; formativa: Sistema Organizzato di Formazione; tecnico-scientifica: Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria).

Esso è stato attuato nel corso del 2001 attraverso i seguenti atti:

- accordo regionale di cui agli Accordi Collettivi Nazionali resi esecutivi con i DPR 270/00, DPR 271/00, DPR 272/00;
- accordo regionale per i medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
- 21 accordi aziendali per la Medicina Generale, di cui 5 per la Continuità Assistenziale;
- 5 accordi aziendali per la Pediatria di Libera Scelta;
- 4 accordi aziendali per la Specialistica Ambulatoriale Interna;
- Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- Sistema Organizzato di Formazione;
- Elenco regionale di Animatori di Formazione;
- Commissione Formazione e Aggiornamento;
- Linee-guida regionali applicative del decreto del Ministro della Salute 10 maggio 2001, in materia di sperimentazione clinica controllata in medicina generale e in pediatria di libera scelta;
- Budget di Distretto, in attuazione dell'art.86 della legge n.388/00;
- Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.

Per quanto riguarda i dati di dotazione e attività, in attesa dell'avvio di rilevazioni specifiche si analizzano di seguito i dati forniti dalle Aziende ULSS attraverso i modelli dei Flussi Informativi del Ministero della Salute, integrati con informazioni raccolte dal Servizio Medicina Convenzionata della Regione del Veneto.

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta al 1.1.

	1998	1999	2000	2001	2002	variaz. % 02/01	variaz. % 01/00
n. medici generici	3.585	3.526	3.446	3.517	3.532	0,4	2,1
n. pediatri	496	501	515	522	527	1,0	1,4
n. totale medici	4.081	4.027	3.961	4.039	4.059	0,5	2,0
n. residenti per medico	1.095	1.114	1.139	1.124	1.125	0,1	-1,3

PREMESSA

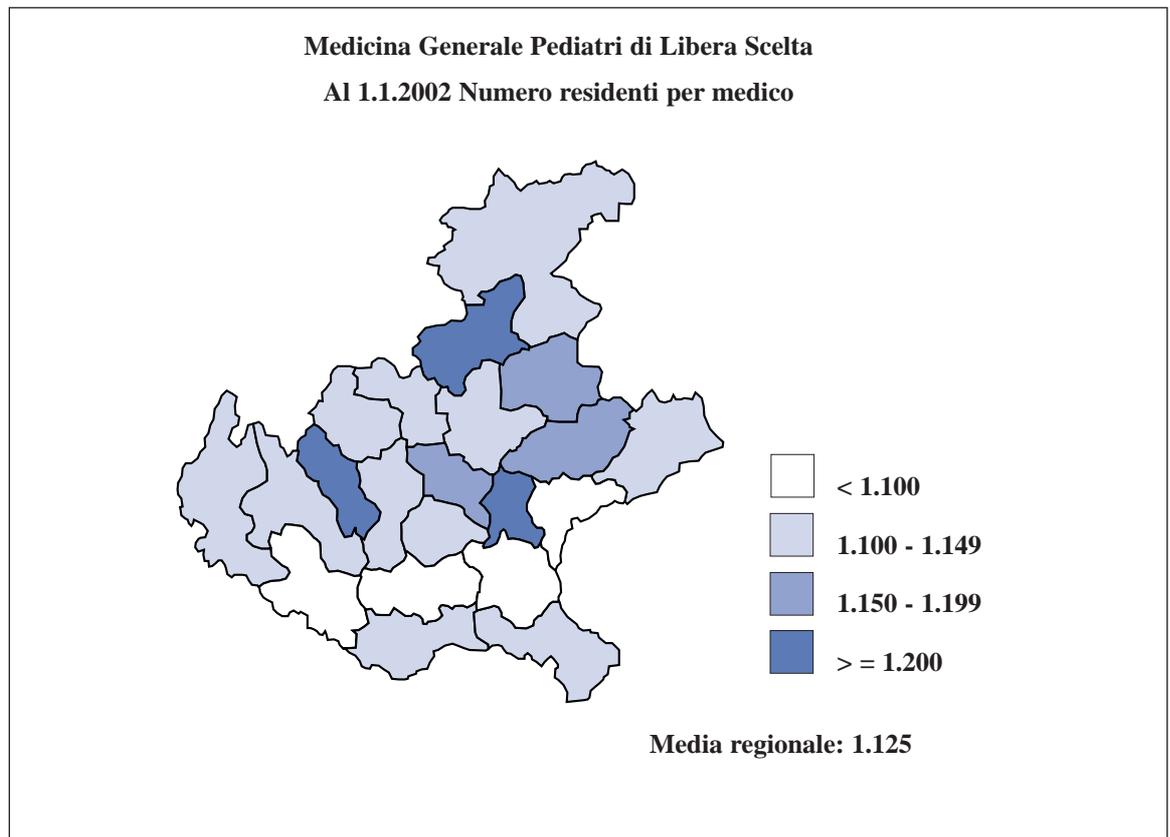
MEDICINA
GENERALE E
PEDIATRIA DI
LIBERA SCELTA
Quadro regionale

Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta - Assistiti al 1.1.

ASSISTITI	1997	1998	1999	2000	2001	variaz. % 02/01	variaz. % 01/00
in carico a medici generici	4.018.561	4.022.732	4.024.298	4.076.717	4.097.946	0,5	1,3
di cui < 14 anni	135.049	144.469	127.214	122.456	120.589	-1,5	-3,7
in carico a pediatri	381.506	405.292	420.639	442.273	453.942	2,6	5,1
totale	4.400.067	4.428.024	4.444.937	4.518.990	4.551.888	0,7	1,7
% assistiti su abitanti	98,5	98,7	98,5	99,5	99,6	0,1	1,0
n. assistiti per medico generico	1.121	1.141	1.168	1.159	1.160	0,1	-0,8
n. assistiti per pediatra	769	809	815	847	861	1,7	3,9

- La dotazione di medici, con la risoluzione dei ricorsi e l'assegnazione delle zone carenti sospese dal 1999, si attesta ad oltre 3.500 medici di medicina generale e quasi 530 pediatri di libera scelta.
- Il carico di assistiti è lievemente superiore ai massimali previsti dalla convenzione e si attesta attorno ai 1.100 residenti per i medici di medicina generale e a circa 850 per i pediatri di libera scelta.
- In generale la popolazione assistita raggiunge quasi il 100% della popolazione residente.
- In media circa il 3% della popolazione al di sotto dei 14 anni di età è assistita da medici di medicina generale anziché da specialisti in pediatria.

Analisi territoriale



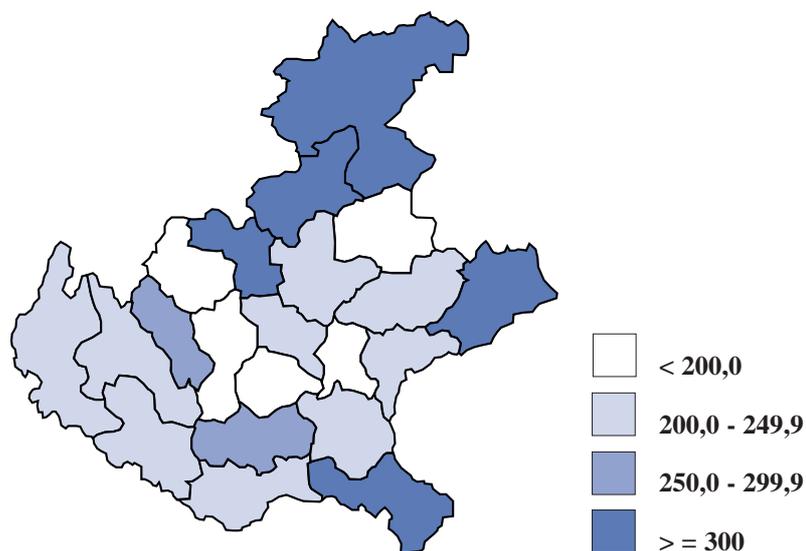
- Dall'analisi territoriale continua a rilevarsi una situazione di maggior carenza per l'ULSS 2 con più di 1.200 residenti per medico, cui nel 2000 si sono aggiunte le Aziende ULSS 5 e 13, mentre l'ULSS 14 nello stesso anno ha provveduto ad ampliare le convenzioni riducendo il carico assistenziale complessivo e diventando l'ULSS con il minor numero medio di residenti per medico.
- Nel complesso la copertura assistenziale dei residenti risulta abbastanza omogenea e superiore al 98% della popolazione residente in tutte le aziende ULSS del territorio regionale; le Aziende ULSS 4 e 21 risultano con un numero di assistiti addirittura superiore alla popolazione residente.

Continuità assistenziale - Dotazione

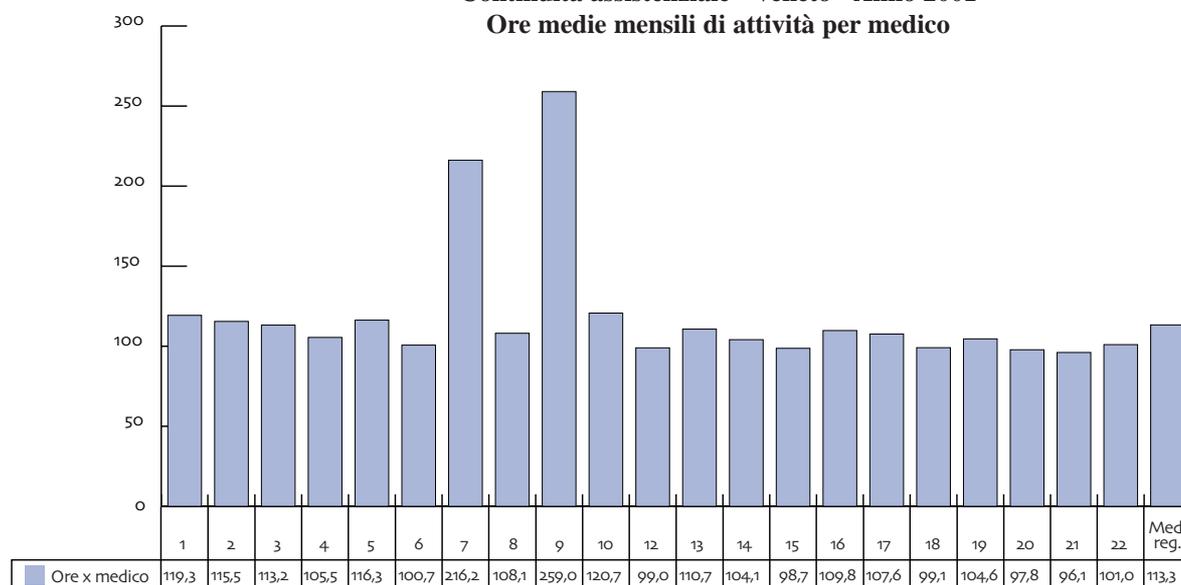
	ANNI					variaz. % 01/00	variaz. % 99/00
	1997	1998	1999	2000	2001		
n. punti	112	117	116	114	116	1,8	-1,7
n. residenti per punto	39.830	38.277	38.790	39.704	39.145	-1,4	2,4
n. medici fabbisogno dichiarato	810	810	810	810	817	0,9	0,0
n. medici titolari	399	359	253	n.d.	433		
n. medici in servizio	698	695	730	742	762	2,7	1,6

Continuità assistenziale - Anno 2001

Ore totali di attività dei medici in servizio per 1.000 residenti



Media regionale: 228,2

Continuità assistenziale - Veneto - Anno 2001
Ore medie mensili di attività per medico

Aziende ULSS

All'inizio del 2002 è stata effettuata una ricognizione del fabbisogno di medici e del personale titolare ed effettivamente in servizio. Il fabbisogno di personale risulta leggermente aumentato e coperto per circa il 53% da medici titolari e per la quota rimanente da sostituti. Complessivamente il personale in servizio copre oltre il 90% del fabbisogno.

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

Si osserva, in particolare:

- un valore minimo di copertura del fabbisogno per l'ULSS 2 pari al 22,2% e un valore massimo pari al 74,1% per l'ULSS4;
- il numero medio di ore ogni 1.000 residenti risulta particolarmente elevato per i medici in servizio nell'ULSS 1 (oltre 500 ore), ma anche nelle ULSS 2, 3, e 19 con oltre 300 ore per 1.000 residenti e particolarmente basso per le ULSS 13 e 16 (in media sotto le 150 ore totali per 1.000 residenti);
- il numero medio di ore mensili per medico è particolarmente alto per l'ULSS 9 (oltre 250 ore mensili per medico), viceversa particolarmente basso per le ULSS 12, 15, 18, 20 e 21 (inferiore alle 100 ore) a denotare il diverso carico di lavoro e di copertura del personale in servizio.

Elementi di riflessione per il governo regionale

I dati desunti dalla prassi regionale, concordi con la letteratura internazionale, indicano l'aumento progressivo della domanda di salute espressa direttamente dal cittadino, che vede la prevalenza di cause quali: l'invecchiamento della popolazione, la maggiore incidenza delle malattie cronico-degenerative, lo sviluppo e la diffusione di prestazioni ad alto contenuto tecnologico, che provocano, in un contesto di risorse limitate, ripercussioni negative sulla corretta erogazione delle cure con sovrapposizioni di interventi, allungamento delle liste di attesa, effettuazione di ricoveri impropri, non efficace continuità assistenziale, carenza di sistemi informativi ed educativi appropriati.

In questo contesto assume particolare rilevanza la necessità di:

- dare attuazione all'accordo regionale e in particolare integrare i servizi di assistenza erogata dai MMG, PLS e SAI secondo una logica di rete con gli altri servizi distrettuali ed ospedalieri;
- favorire tutte le azioni finalizzate a mantenere e sostenere le cure al domicilio del paziente, incentivare l'istituto della dimissione protetta e l'assistenza erogata al domicilio del paziente multiproblematico (ADI);
- individuare e sostenere l'Assistenza Primaria in grado di promuovere modelli di gestione innovativi, appropriati e coerenti con i cambiamenti cui è sottoposto il Sistema socio-sanitario regionale;
- attivare una adeguata fonte informativa che permetta di monitorare i bisogni di salute primari dei cittadini per una corretta programmazione sanitaria in grado di diminuire gli alti tassi di ospedalizzazione e di ridurre la sovrapposizione di interventi, le prescrizioni terapeutiche e l'effettuazione di ricoveri impropri;
- avviare un processo educativo della popolazione rivolto in particolare al corretto utilizzo del pronto soccorso, dell'ospedale e di tutti i servizi sanitari;
- migliorare l'attività di prevenzione con particolare riferimento alle malattie a carattere cronico-disabilitante e a maggior impatto socio-economico e dare un maggior sviluppo alle attività di prevenzione e riabilitazione in ambito distrettuale;
- individuare mezzi e strumenti volti alla prevenzione e tutela della salute della popolazione anziana in ambiente non protetto.

Normativa

- L.n.388/00 legge finanziaria per l'anno 2001
- DPR n.270 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale
- DPR n.271 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni (SAI)
- DPR n.272 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i pediatri di libera scelta

- DPR n.446 del 21 dicembre 2001 che disciplina i rapporti con i biologi, chimici e psicologi ambulatoriali.
- DGR n.3889/2001-Accordo regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Con il nuovo Accordo regionale per la Medicina Convenzionata, la Regione del Veneto ha inteso offrire alle Aziende e ai medici convenzionati uno strumento per raggiungere un alto livello di reciproca collaborazione, indispensabile per transitare da un rapporto costituito da una serie di prestazioni e da altrettanti compensi, ad un altro costruito su un maggiore integrazione delle funzioni del medico convenzionato con il Sistema socio-sanitario regionale.

I contenuti di tale accordo riguardano:

- la funzione insostituibile della medicina convenzionata, così come definita dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, per il conseguimento degli obiettivi di salute stabiliti dalla programmazione socio-sanitaria regionale;
 - il coinvolgimento della medicina convenzionata nel governo dell’Azienda (cfr.: “Atto aziendale” e “Programma settoriale relativo all’assistenza territoriale”);
 - la realizzazione, attraverso la medicina convenzionata, di una compiuta distrettualizzazione del territorio;
 - il coinvolgimento della medicina convenzionata in progetti e programmi, definiti con la Regione, che consentano di garantire in ogni parte del territorio regionale le stesse condizioni di assistenza primaria, attuate da ogni Azienda;
 - gli obiettivi di salute e la qualità dell’assistenza;
 - il sistema degli indicatori per misurare in tutte le Aziende gli effetti prodotti dall’ Accordo regionale;
 - il risultato inteso come miglioramento dello stato di salute e di tutela dei cittadini;
 - il meccanismo incentivante correlato al raggiungimento di risultati misurabili attraverso specifici indicatori;
 - i sistemi premianti per favorire l’impegno in regime convenzionale;
 - lo sviluppo dell’assistenza primaria attraverso la promozione e il consolidamento di tutte le forme di cooperazione tra medici e tra questi con il personale distrettuale;
 - il budget per il miglioramento continuo della qualità dei processi facendo proprio il principio che l’adozione di regole per l’appropriatezza è portatrice anche di effetti economici positivi.
- DGR n. 4550 del 15.12.1997 e successive modifiche ed integrazioni che ha istituito la "Commissione per l’aggiornamento obbligatorio e facoltativo - Formazione continua”
 - DGR n. 2632 del 27.07.1999 e successive modifiche ed integrazioni - “Sistema Organizzato di Formazione” (SOF), elaborato dalla Commissione quale modello uniforme di organizzazione e gestione della formazione dei medici di Medicina Convenzionata
 - DGR n. 2511 del 28.09.2001 - “Elenco regionale degli Animatori di Formazione dei medici di Medicina Convenzionata”.

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modelli FLS. 11, FLS. 12 e FLS. 21;
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Medicina Convenzionata - Anagrafe dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

tavole in allegato

- TAVOLA 4.2.1, TAVOLA 4.2.2, TAVOLA 4.2.3, TAVOLA 4.2.4, TAVOLA 4.2.5, TAVOLA 4.2.6

FONTI

TAVOLE

Fenomeni di maggiore rilevanza / interesse

I dati di seguito analizzati derivano da molteplici fonti informative che quindi utilizzano proprie unità di misura e definizioni. Il lavoro di omogeneizzazione dei dati consente, tuttavia, di giungere ad una confrontabile rappresentazione dell'assistenza farmaceutica e della relativa spesa sul territorio regionale.

Le fonti utilizzate sono elencate nel riquadro a fine paragrafo, di seguito si precisa che:

- per il numero delle farmacie il Servizio Farmaceutico regionale si è avvalso di una nuova procedura anagrafica messa a punto dal Servizio per il Sistema Informativo e per le Tecnologie Informatiche nel corso del 2001, pertanto il dato non era disponibile per il 2000;
- i dati di spesa e delle ricette sono rilevati per entrambi gli anni tramite un flusso informativo mensile attivato dal Servizio Farmaceutico regionale. Tali dati non si riferiscono ai consumi della popolazione residente bensì alle ricette presentate ai Servizi Farmaceutici delle Aziende ULSS dalle farmacie territoriali del Veneto per il rimborso: risultano pertanto dati di cassa spesso rettificati a fine anno e in alcuni casi differenti dai dati forniti al Ministero della Salute tramite i modelli FLS21 dalle stesse Aziende ULSS;
- per la farmacovigilanza il Servizio regionale si avvale già da molti anni della collaborazione del Servizio di Farmacologia Medica dell'Università degli Studi di Verona, che in qualità di "WHO Collaborating Centre for Education and Communication in International Drug Monitoring" raccoglie i dati delle segnalazioni spontanee di reazione avversa (ADR) del Veneto e li inserisce nel Database del Centro di Monitoraggio Internazionale del Farmaco dell'OMS con sede ad Uppsala in Svezia; dal 2000, in concomitanza con l'avvio della Rete di Farmacovigilanza del Ministero della Salute, presso il Servizio di Farmacologia Medica dell'Università di Verona è stata istituita l'Unità di Farmacovigilanza del Centro di Riferimento Regionale sul Farmaco della Regione del Veneto. Le Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto, inviano perciò direttamente, tramite rete internet, i dati contenuti nelle schede di segnalazione di ADR anche al Ministero della Salute e il Centro Regionale di Riferimento provvede all'analisi dei dati anche trimestralmente, calcolando un indicatore statistico quale il Proportional Reporting Ratio (PRR) che consente, tramite il confronto tra l'incidenza di una reazione per un determinato farmaco e l'incidenza della stessa nell'intero data-base, di valutare la probabilità che una combinazione farmaco-reazione avversa, sia un segnale di allarme;
- per l'analisi dei costi per l'acquisto di beni sanitari per l'assistenza farmaceutica ospedaliera si utilizza un modello di rilevazione dati messo a punto tramite la collaborazione con l'azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo.

Assistenza farmaceutica - Quadro sintetico

INDICATORI	1997	1998	1999	2000	2001	diff. % 97/01	diff. % 00/01
Dotazione di farmacie							
- n. farmacie aperte al pubblico	1.189	1.184	1.192	n.d.	1.206	1,4	1,2
- n. farmacie per 100.000 residenti	26,8	26,4	26,5	-	26,6	-1,2	0,3
Ricette							
- V.A. (Migliaia)	19.694	20.914	22.340	23.646	28.741	45,9	21,5
- n. ricette per residente	4,4	4,7	5,0	5,2	6,3	43,2	21,2

Assistenza farmaceutica - Quadro sintetico Spesa

INDICATORI	1997 (lire)	1998 (lire)	1999 (lire)	2000 (lire)	2001 (lire)	2001 (euro)	diff. % 97/01	diff. % 00/01
- spesa lorda (milioni)	905.810,0	1.014.635,6	1.137.079,5	1.299.943,0	1.584.008,3	818,07	74,9	21,9
- spesa netta rettificata (milioni) ⁽¹⁾	766.751,0	862.773,7	976.730,5	1.125.787,6	1.517.959,6	783,96	98,0	34,8
- % sconto su spesa lorda	3,6	3,7	3,8	3,9	4,1	-	12,8	3,8
- % ticket su spesa lorda	11,8	10,3	10,3	9,5	0,1	-	-99,2	-98,9
- spesa lorda per residente	203.052	226.564	252.697	287.199	348.835	180,16	71,8	21,5
- spesa lorda per ricetta	45.995	48.515	50.898	54.974	55.114	28,46	19,8	0,3

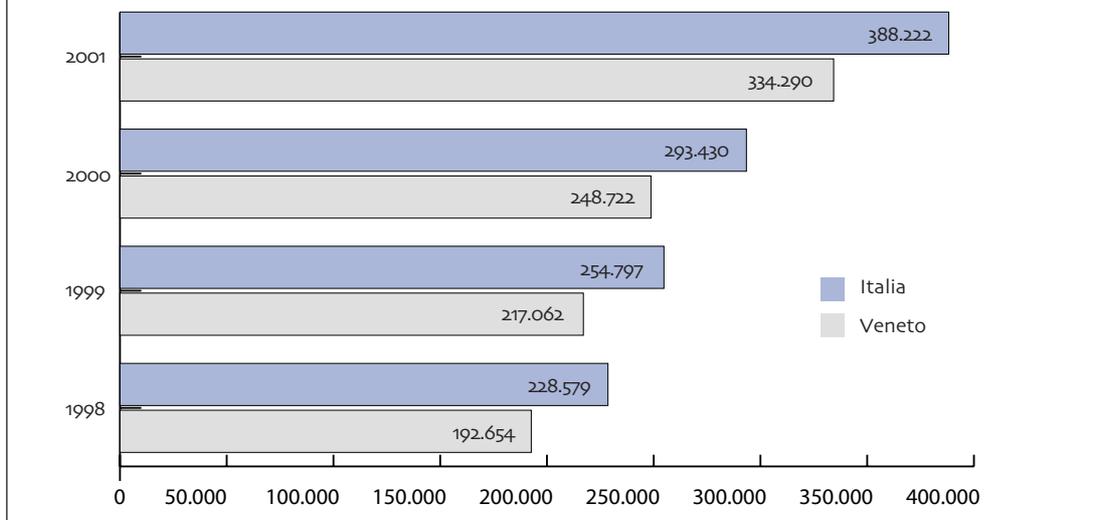
(1) - Spesa netta rettificata = spesa lorda - ticket - sconto

PREMESSA

DOTAZIONE
DI FARMACIE,
CONSUMI E SPESA

Quadro regionale

Assistenza farmaceutica - Veneto e Italia Spesa pro-capite pubblica (in lire) - Serie storica



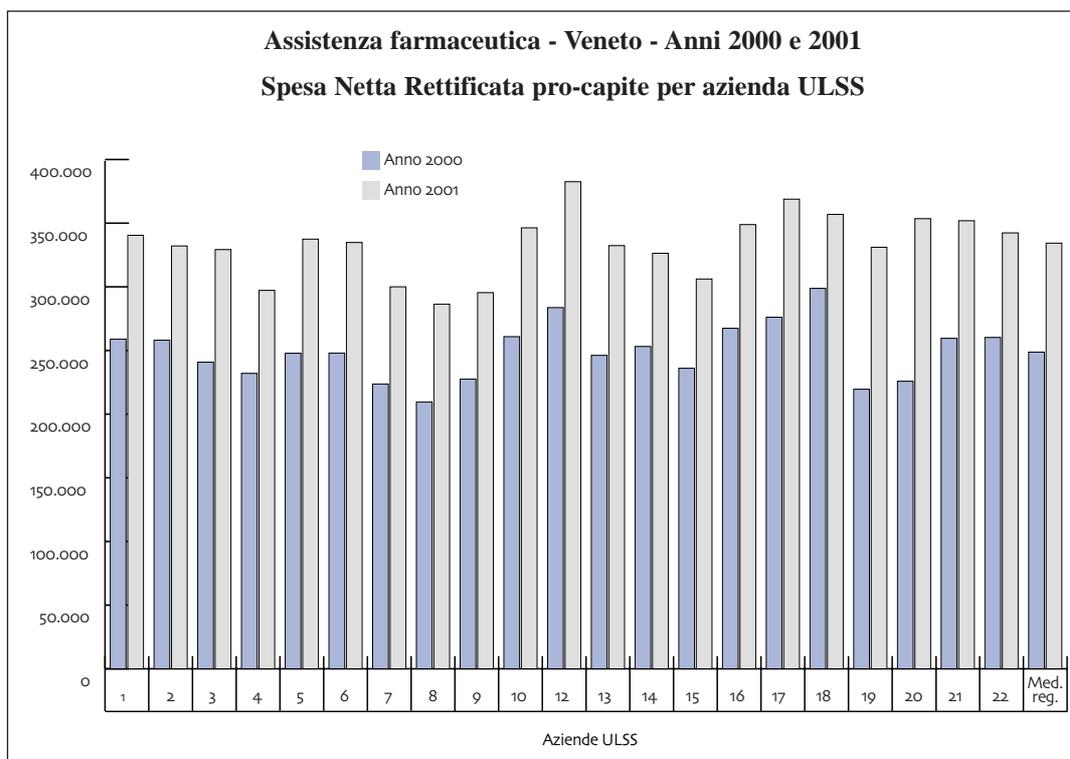
Negli ultimi anni si è assistito sia a livello nazionale che regionale, ad un continuo aumento della spesa farmaceutica complessiva.

Con riferimento alla realtà veneta, i fenomeni di maggior rilievo sono:

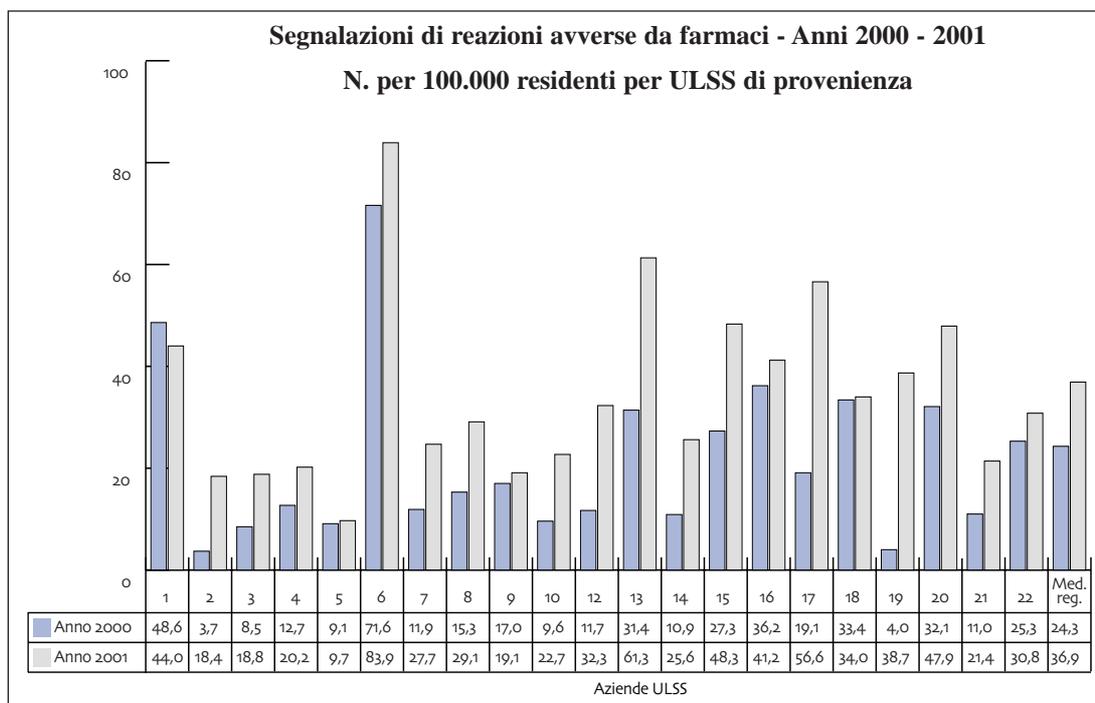
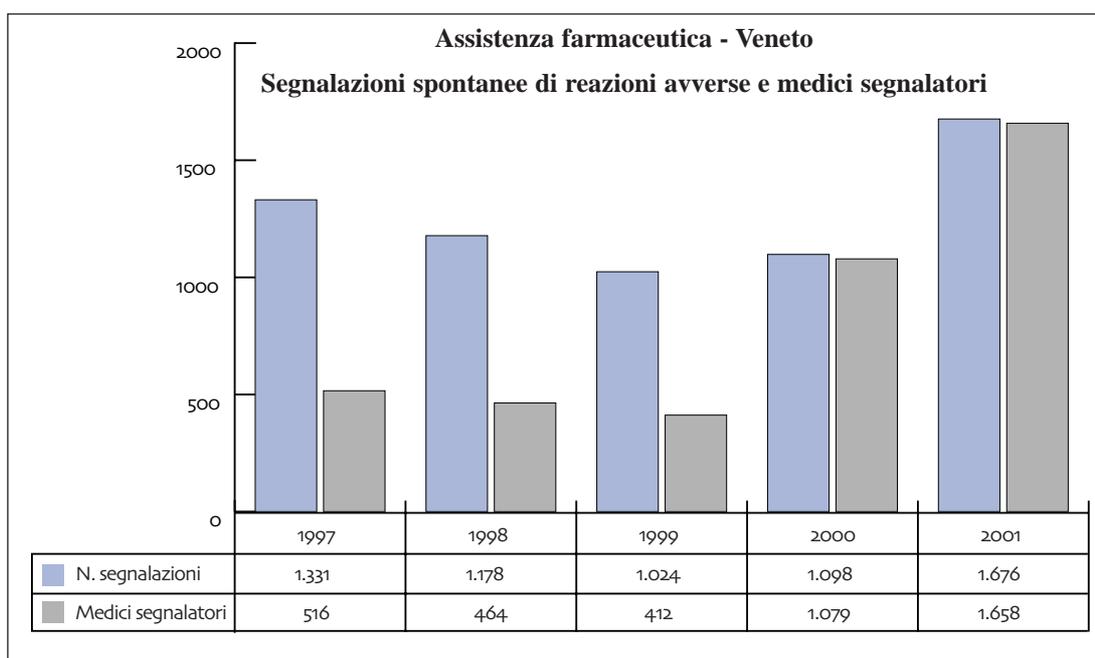
- aumento delle farmacie aperte al pubblico a seguito alla concessione regionale all'istituzione di nuove sedi e conseguente attivazione ed espletamento di una parte delle procedure concorsuali, con assegnazione delle farmacie a concorso;
- continuo aumento del numero di ricette prescritte dai medici, con un aumento considerevole nell'ultimo anno;
- aumento della spesa lorda e netta, sia totale che pro-capite;
- in particolare si osserva che l'aumento della spesa complessiva a carico del SSN è dovuto quasi esclusivamente all'abolizione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket), per effetto della norma finanziaria introdotta nel 2001;
- l'aumento del costo medio per ricetta è invece molto contenuto;
- un leggero aumento si osserva anche nel peso percentuale dello sconto effettuato alle farmacie;
- nonostante il notevole aumento, la spesa farmaceutica pubblica pro-capite del Veneto, cioè la spesa netta rettificata senza ticket e sconto per residente, rimane tra le più basse a livello nazionale, inferiore solamente a quella del Trentino Alto Adige.

Analisi territoriale

Assistenza farmaceutica - Veneto - Anni 2000 e 2001 Spesa Netta Rettificata pro-capite per azienda ULSS



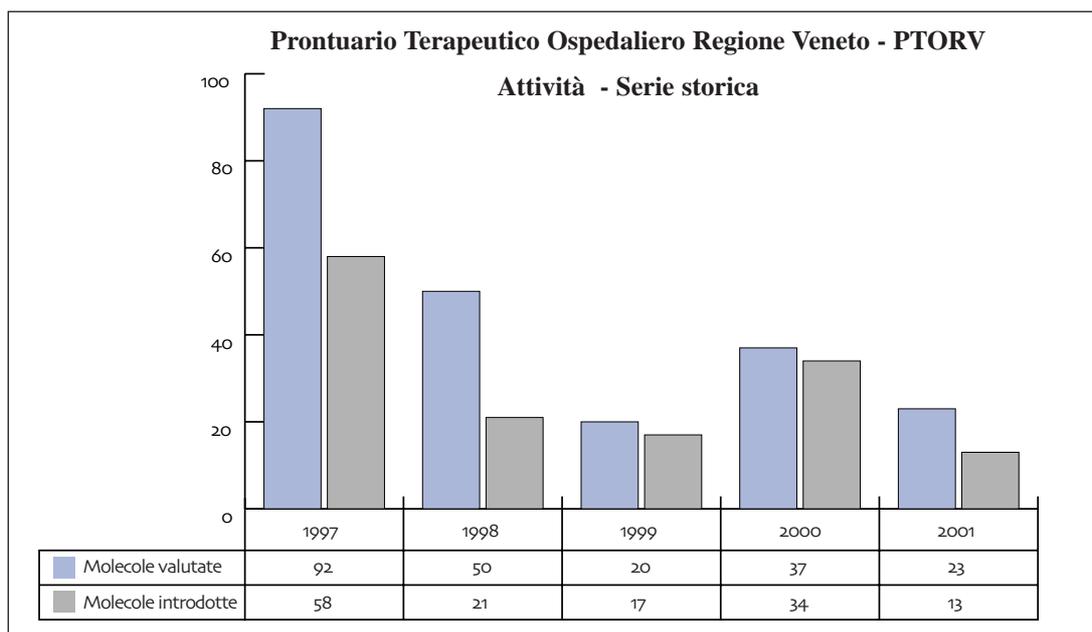
- Sebbene i valori dei consumi e quindi della spesa farmaceutica non siano omogenei sul territorio regionale, considerando gli indicatori pro-capite, la distribuzione risulta simmetrica con un valore medio pari a L. 334.290 (172,65) quasi coincidente con il valore mediano: il 50% delle Aziende hanno valori superiori alla media regionale;
- la spesa netta pro-capite varia da un minimo di L. 286.385 (147,91) nell'ULSS 8 cui si avvicinano anche le ULSS 4, 7 e 9 con valori inferiori alle L. 300.000 pro-capite (154,94), ad un massimo di L. 382.577 (197,58) nell'ULSS 12, seguita dalle ULSS 17 e 18; in generale, quindi, la variazione è contenuta entro le L. 96.000 (50);
- la spesa netta pro-capite è aumentata in tutte le Aziende per effetto, come si è già detto dell'eliminazione della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, le ULSS che hanno visto aumentare maggiormente la spesa netta pro-capite sono state le ULSS 19 e 20 mentre l'ULSS 18 che aveva già una spesa pro-capite superiore alla media regionale ha visto l'aumento più ridotto dell'intero territorio regionale;
- l'ULSS 18, seguita dall'ULSS 17, risultano essere le ULSS con il maggior numero medio di ricette per medico e pro-capite: si può ipotizzare che la spesa farmaceutica più elevata della media regionale in queste aziende possa essere attribuita ad una maggior prescrizione; non altrettanto si può affermare per l'ULSS 12 dove risulta inferiore il numero medio di ricette pro-capite e per medico ma non la spesa lorda per ricetta, inducendo a pensare ad un consumo medio di farmaci più costosi, conseguenza di una popolazione più anziana con probabili patologie o ad una maggior efficienza prescrittiva.



- Nel 2001 il numero di segnalazioni (ADR) inserite nel database è considerevolmente aumentato rispetto al passato anche se tale trend può essere attribuito al fenomeno “effetto cerivastatina”. Infatti, un incremento notevole nel numero delle segnalazioni pervenute si è avuto a partire dal mese di agosto e molte delle reazioni segnalate riferiscono effetti muscolari o alterazioni del CPK da statine. Considerando i farmaci con il maggior numero di segnalazioni (sopra a 10) e per gravità di segnalazione di reazione, si evidenzia che la cerivastatina e le altre statine sono tra i principi attivi più segnalati, ma la percentuale di segnalazioni gravi, in particolare per la cerivastatina, è molto bassa (appena 8,3%).
- Il tasso di segnalazione regionale per milione di abitanti è il più alto tasso regionale italiano, in linea con il gold standard di altri paesi europei, a dimostrazione dell'alto livello di accuratezza raggiunto dal sistema di sorveglianza regionale.
- Suddividendo le segnalazioni in base alla relazione causale farmaco/effetto, valutata in base ad un algoritmo, otteniamo una bassissima percentuale (2,4%) di segnalazioni considerate “inclassificabili”, per la mancanza di informazioni contenute nella segnalazione, indice di una più accurata compilazione delle schede da parte dei medici. Nel 75% dei casi viene segnalata la guarigione del paziente. Otto segnalazioni riferiscono esito fatale: solo in 4 casi secondo il medico segnalatore il farmaco può aver contribuito alla reazione.
- Come negli anni precedenti, anche se in diminuzione, è confermata un'ampia variabilità del tasso di segnalazione nelle diverse Aziende ULSS con un valore che varia da 97 a 839 segnalazioni per milione di abitanti. Tale dato conferma l'importanza di una stretta collaborazione tra ULSS e medici prescrittori, che permetta di considerare la Farmacovigilanza non un adempimento burocratico ma un importante contributo per un uso più razionale e sicuro del farmaco.
- E' aumentato anche il numero di medici che invia almeno una segnalazione, con un incremento del 50% rispetto al 2000 (728 medici nel 2001 rispetto a 497 nel 2000). Le schede sono pervenute prevalentemente (quasi il 65%) dal territorio (medici di base e distretti), e per il 34% da medici ospedalieri (compreso il Pronto Soccorso).
- considerando il PPR come indicatore di probabilità che una combinazione farmaco-reazione avversa sia un segnale di allarme si sono evidenziati i seguenti principi attivi:
 - ticlopidina e 10 segnalazioni di gravi reazioni ematologiche: (due granulocitopenie, tre leucopenie, una agranulocitosi, una neutropenia, una anemia megaloploastica, una emorragia e una aplasia midollare);
 - fenobarbital: una sindrome di Steven-Johnson e una sindrome di Lyell;
 - levofloxacina: 9 segnalazioni di patologie tendinee, con 3 casi di rottura del tendine. Tre le segnalazioni di aumento significativo dell'INR in pazienti trattati con levofloxacina e warfarin.

ASSISTENZA
FARMACEUTICA
OSPEDALIERA

Prontuario Terapeutico
Ospedaliero della
Regione Veneto
(PTORV)



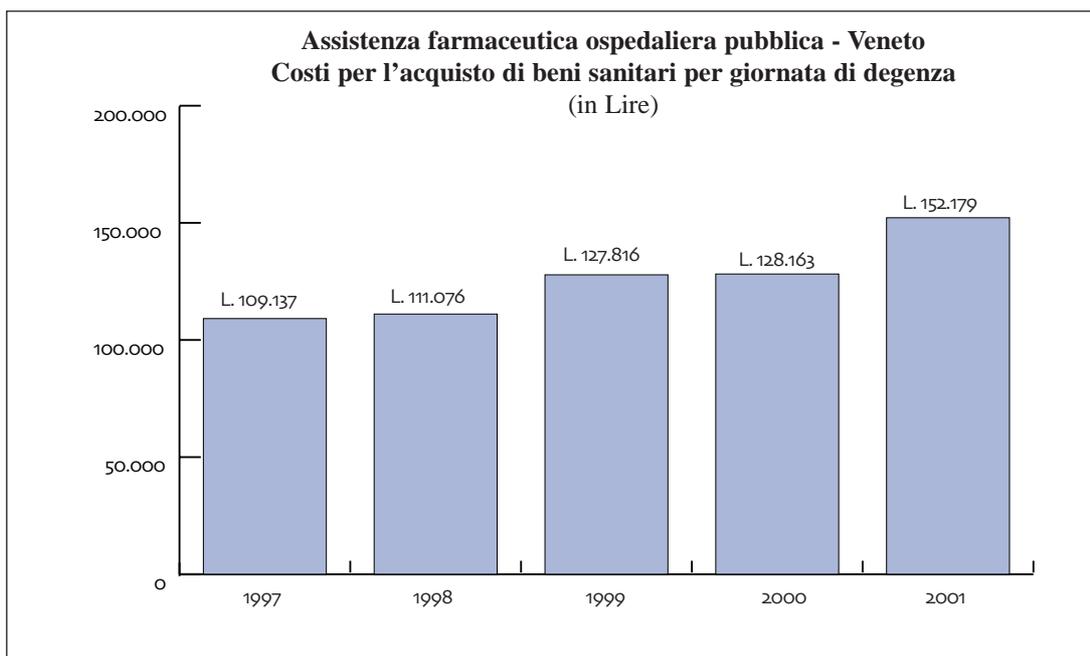
Nel biennio 2000-2001 il numero di molecole per le quali è stata chiesta l'introduzione nel Prontuario Regionale è nuovamente aumentato e la Commissione Tecnica Regionale ha valutato e introdotto nuovi principi attivi oltre a continuare nell'attività per il corretto utilizzo dei medicinali all'interno delle strutture ospedaliere, al fine anche di ottimizzarne l'uso ed evitare possibili sprechi di risorse.

Inoltre, nell'anno 2001 la Regione Veneto si è avvalsa della collaborazione del Centro di riferimento Regionale sul Farmaco - Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco (UVEF) come supporto agli Ospedali del Veneto per la valutazione delle prove di efficacia delle nuove tecnologie, con particolare riferimento al farmaco, e per il monitoraggio dell'uso dei farmaci negli Ospedali. In tale contesto l' UVEF:

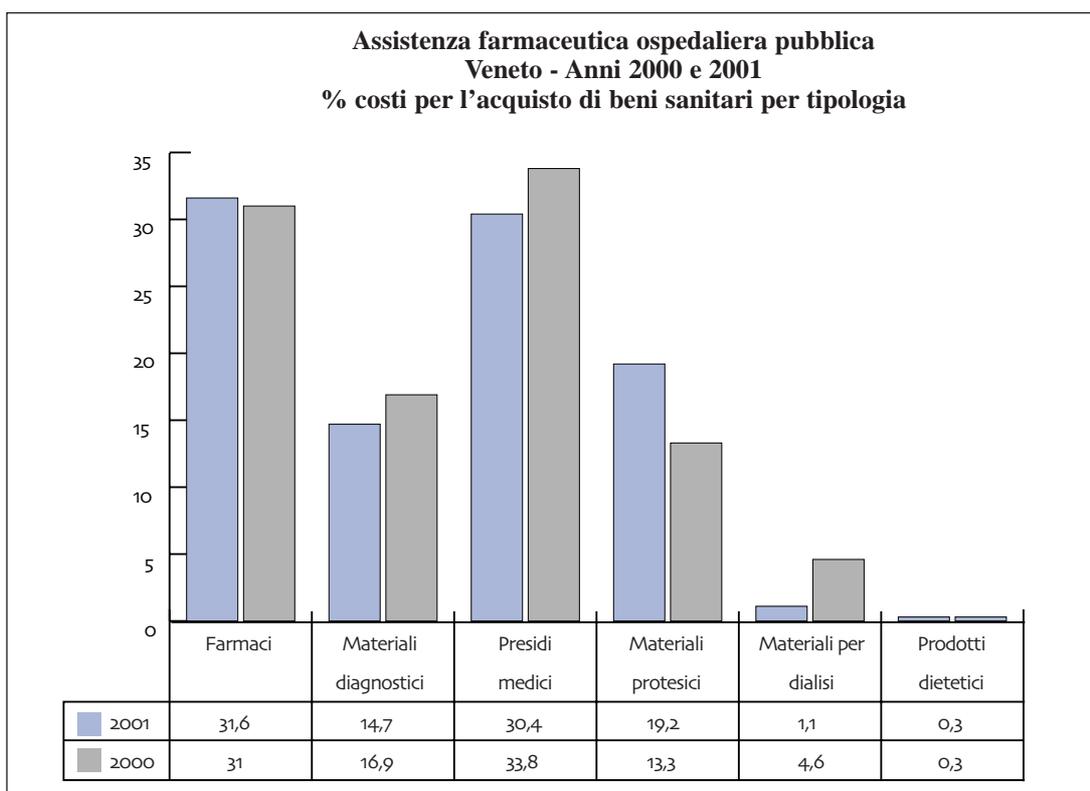
- Supporta l'attività valutativa della Commissione Tecnica Regionale per il PTORV: dato che la

Commissione Regionale è chiamata ad esprimere pareri sui nuovi farmaci, a mettere a punto linee guida sull'utilizzo di farmaci particolari e a indirizzare, in definitiva, la politica di uso del farmaco a livello regionale, l'UVEF predispone e mette a disposizione della Commissione dossier valutativi che comprendono, per ciascun principio attivo, una scheda riassuntiva delle caratteristiche, il profilo critico del farmaco e una selezione della letteratura.

- Funge da punto di riferimento per le Commissioni Terapeutiche locali in relazione all'attività della Commissione Regionale, alla quale le Commissioni Terapeutiche locali devono necessariamente adeguarsi.
- Redige un bollettino sull'attività della Commissione Terapeutica Regionale (decisioni della Commissione e profilo dei farmaci valutati). La conoscenza tempestiva delle decisioni della commissione riveste importanza fondamentale ai fini delle deliberazioni delle commissioni periferiche, specialmente se fornita tramite uno strumento che divulghi in maniera efficace, corretta ed esaustiva le motivazioni scientifiche ed economiche delle decisioni assunte, diventando pertanto un momento di condivisione di una strategia e di coinvolgimento dei diretti utilizzatori. Un archivio informatico con le decisioni assunte dalla Commissione sarà presto consultabile via internet.



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



La Regione Veneto ha attivato ormai dal 1997, in collaborazione con l'Ospedale di Conegliano (Azienda ULSS 7) un flusso dati di costo sull'assistenza farmaceutica ospedaliera che permette puntuali analisi, confronti e indicazioni per il monitoraggio continuo della spesa e la sorveglianza epidemiologica al fine dello sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva.

La raccolta dei dati, inizialmente avviata in forma sperimentale, è andata perfezionandosi negli anni successivi e consente anche un confronto con la spesa farmaceutica territoriale, al fine di avere un quadro complessivo di tutta la spesa farmaceutica a carico del SSN e per conoscere e valutare l'impiego dei farmaci nonché il grado di continuità o discontinuità prescrittiva ospedale-territorio.

Dall'avvio della rilevazione, il costo medio per giornata di degenza è aumentato del 39%, con un aumento nell'ultimo biennio di oltre il 18%, dovuto all'effetto congiunto sia dell'aumento dei costi totali che alla diminuzione delle giornate di degenza.

La distribuzione percentuale per tipologia di bene erogato, mette in evidenza come nel 2001 il peso maggiore dei costi sia assorbito dalla categoria dei "farmaci" superando la categoria dei "presidi medici" e il forte aumento della voce "materiali protesici" nonché la forte diminuzione dei "materiali per dialisi".

Sebbene l'aumento osservato per la categoria "farmaci" non sia definibile con sicurezza, può essere attribuito all'aumento medio dei prezzi degli stessi e al cosiddetto "effetto mix" cioè all'incremento imputabile allo spostamento del consumo nell'ambito degli stessi gruppi terapeutici verso specialità medicinali più costose, in analogia a quanto si è registrato nella farmaceutica territoriale; per quanto riguarda, invece, l'aumento dei "materiali protesici", si può ipotizzare più che un effettivo incremento dei costi, una maggiore qualità del dato dovuta ad una maggior precisione nella definizione della voce in occasione della rilevazione.

Elementi di riflessione per il governo regionale

Gli aumenti riscontrati negli anni 2000 e 2001 sono dovuti a diverse cause non riconducibili alle politiche di spesa adottate dalla Regione, ma ad un mix di fattori, quali:

- l'eliminazione, nell'anno 2001, di qualsiasi forma di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti;
- la revisione delle note CUF (allargamento delle indicazioni per le quali è stata ammessa la rimborsabilità) entrata in vigore all'inizio dell'anno 2001;
- l'ammissione alla rimborsabilità di nuove categorie di farmaci molto costosi (quali ad esempio i farmaci per l'Alzheimer e per l'artrite reumatoide).
- l'aumento della prescrizione di farmaci per malattie croniche

Nel corso degli anni ed in particolare a partire dall'anno 2000, la Regione del Veneto ha proceduto pertanto ad un continuo monitoraggio della spesa, controllando in particolare:

- l'appropriatezza delle prescrizioni da parte dei medici;
- la corretta applicazione delle note limitative;
- la corretta applicazione della DGR n. 4727/1998 in materia di pluriprescrizione;
- la revisione del Prontuario ospedaliero con particolare attenzione al monitoraggio di quei farmaci che hanno una ricaduta sul territorio.

Alla fine del 2001, anche in applicazione a quanto previsto dal DL n. 347/2001, successivamente convertito nella legge 405 del 16 novembre 2001, la Regione del Veneto ha iniziato ad adottare provvedimenti finalizzati al contenimento della spesa farmaceutica territoriale (DGR n. 3238 del 30 novembre 2001) con l'attenzione a non recare alcun pregiudizio all'assistenza farmaceutica del cittadino

Per quanto riguarda la farmacovigilanza, nell'intento di aumentare la sensibilità del personale sanitario sull'argomento e nell'interesse della sicurezza del cittadino, la Regione continua il finanziamento del Bollettino di Farmacovigilanza "FOCUS", aderente all'International Society of Drug Bulletins (ISDB), redatto dal Centro di Riferimento Regionale sul Farmaco - Unità di Farmacovigilanza in collaborazione con le Az. ULSS. Esso pubblica articoli di aggiornamento sul campo della sicurezza dei farmaci divulgando anche segnali di allarme provenienti da altri bollettini internazionali: è distribuito gratuitamente a tutti i medici territoriali e ospedalieri e ai farmacisti del territorio.

Normativa

- L n.475 del 2.4.1968 come modificata ed integrata dalla L n.362 del 8.11.1991 recante "Norme di riordino del settore farmaceutico"
- DPR n. 1275 del 21.8.1971 emanato in attuazione della L n.475/68
- L n. 537 del 24.12.1993 nuova classificazione dei farmaci; per alcuni medicinali delle classi a totale o parziale rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Commissione Unica del Farmaco ha proceduto ad adottare "note relative alla prescrizione e al controllo delle confezioni". Tali note vengono aggiornate e modificate annualmente al fine di adeguarle all'evoluzione delle conoscenze e rappresentano un indispensabile sostegno ad una corretta attività professionale
- DPCM n.298 del 30.3.1994 come modificato ed integrato dal DPCM n.34 del 13.2.1998, che definisce le modalità di svolgimento dei concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche

- L n.389 del 28.10.1999 recante “Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali”;
- L n. 488 del 23.12.1999, legge finanziaria per l’anno 2000
- L n. 388 del 23.12.2000, legge finanziaria per l’anno 2001:
 - abolita ogni forma di partecipazione (sia quota fissa sia ticket percentuale) al costo delle prestazioni farmaceutiche per i farmaci collocati nelle fasce A e B;
 - soppressione della fascia B e riclassificazione dei farmaci in fascia A o in fascia C;
 - individuazione dei farmaci non coperti da brevetto (generici) con l’indicazione del relativo prezzo nonché del prezzo massimo di rimborso
- L n. 405 del 16.11.2001, di conversione del DL n. 347 del 18.9.2001.

- LR n. 28 del 6.7.93 “Norme di applicazione della L n. 362/91”
- DGR 5273 del 29.12.1998 relativo all’Accordo Quadro con le Farmacie convenzionate
- DGR n. 3238 del 30 novembre 2001 “Individuazione del prezzo di rimborso dei farmaci non coperti da brevetto”.

Normativa
regionale

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Farmaceutico:
 - Rilevazioni presso le Aziende ULSS;
 - Flusso informativo sulle segnalazioni spontanee di reazioni avverse gestito dall’Università di Verona – Istituto di Farmacologia;
 - Flusso informativo sui costi per l’acquisto di beni sanitari nei presidi ospedalieri.
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche:
 - Flussi Informativi del Ministero della Sanità - Modello FLS21.

FONTI

tavole in allegato

- TAVOLA 4.3.1, TAVOLA 4.3.2, TAVOLA 4.3.3, TAVOLA 4.3.4, TAVOLA 4.3.5., TAVOLA 4.3.6, TAVOLA 4.3.7, TAVOLA 4.3.8, TAVOLA 4.3.9

TAVOLE

Fenomeni di maggior rilevanza/interesse

Assistenza Integrativa Regionale (AIR) - Quadro sintetico

INDICATORI	1997	1998	1999	2000	2001	diff. % 97/01	diff. % 00/01
- numero di ricette	310.626	343.614	372.952	420.157	451.990	45,5	7,6
- % ricette per diabetici	95,6	95,5	94,9	95,0	94,9	-0,7	-0,1
- spesa totale (milioni di lire)	20.779	25.031	27.879	32.968	40.502	94,9	22,9
- spesa totale (miliomi di euro)					20,92		
- % spesa per diabetici	81,9	83,3	86,3	86,3	87,3	6,6	1,2
- spesa per ricetta in lire	66.893	72.847	74.752	78.466	89.608	34,0	14,2
- spesa per ricetta in euro					46,28		

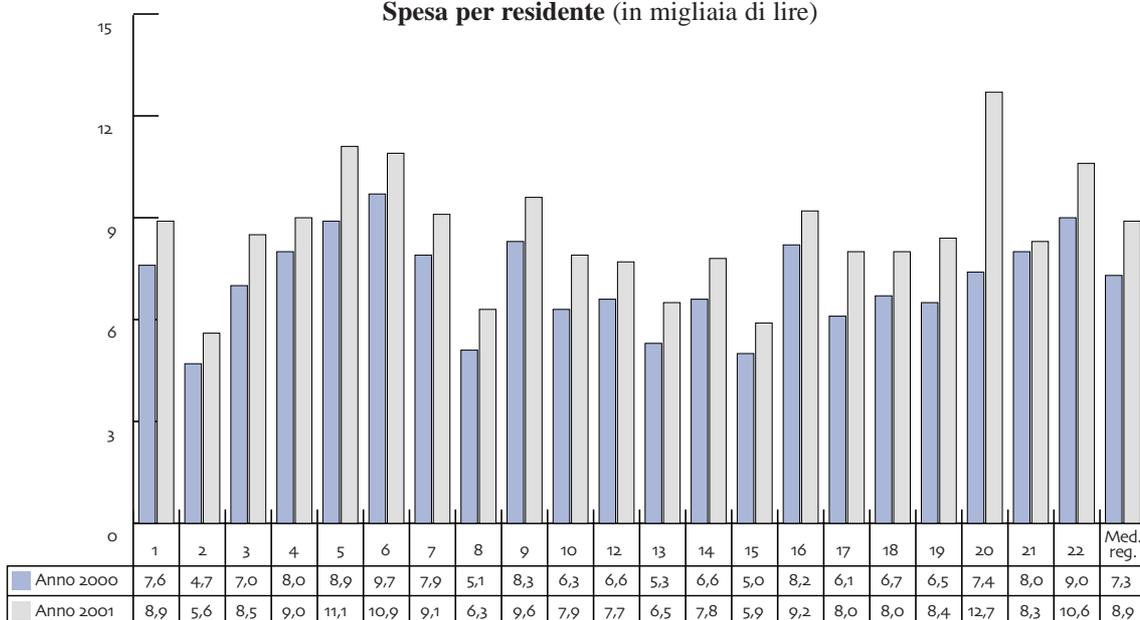
L'assistenza integrativa prevede l'erogazione di prodotti dietetici a pazienti affetti dalle patologie individuate inizialmente dal DM 1.7.1982 (morbo celiaco, errori metabolici congeniti) e sostituito dal recente DM 8.6.2001 (morbo celiaco, malattie metaboliche congenite e fibrosi cistica del pancreas) e la fornitura di presidi (siringhe, strisce reattive, ecc.) a pazienti affetti da diabete mellito. Nel biennio 2000-2001 la spesa complessiva è ulteriormente aumentata, così pure il numero di ricette e conseguentemente anche la spesa media per ricetta.

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

Ciò che maggiormente si rileva nel biennio in oggetto è un aumento consistente della spesa per diabetici (+24%) a fronte di un relativo minor aumento, rispetto a quelle per dietetici, del numero di ricette (+7%). Viceversa, tra il 2000 e il 2001, la spesa per prodotti dietetici risulta aumentata in misura inferiore (+15,6%) rispetto alla spesa per diabetici, nonostante si sia osservato un numero maggiore di prescrizioni per dietetici (+10%). La spesa per diabetici rimane quindi quella con il peso percentuale più elevato.

Assistenza integrativa - Veneto - Anni 2000 e 2001

Spesa per residente (in migliaia di lire)



Aziende ULSS

CONSUMI E SPESA

Quadro regionale

Analisi territoriale

A livello territoriale si rileva che si mantengono le differenze di spesa esistenti tra le varie ULSS negli anni precedenti: infatti permane una maggior spesa per le ULSS 5, 6 e 20 e 22 con oltre L.10.000 (5) pro-capite e all'opposto una spesa bassa, sotto le L.7.000 (4) pro-capite si osserva per le ULSS 2, 8, 13 e 15.

Le Aziende ULSS 1, 2, 3, 6, 20 e 22 presentano la spesa per ricetta più elevata superando le L.100.000 (50), presumibilmente attribuibile al peso percentuale che queste aziende presentano, superiore alla media regionale, nella spesa per dietetici.

Normativa

Normativa nazionale

- DM 8.2.1982 “Prestazioni protesiche ortopediche erogabili a norma dell’art. 1, lettera a) n. 5, del D.L. 25.1.1982 n. 16”
- L n. 115 del 16.3.1987 “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”
- DM 8.6.2001 “Assistenza Integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare”

Normativa regionale

- DGR n. 543/2000 relativa alle modalità di erogazione dei dietetici destinati ad alimentazione particolare e ai relativi tetti di spesa per patologia
- DGR n. 3936/2000 e DGR n. 3725/2002 relative all’aggiornamento dei tetti di spesa
- DGR n. 1390/2000 “ Modalità di erogazione di presidi destinati a pazienti affetti da diabete mellito”
- DGR n. 1514/2000 “ Aggiornamento prezzo siringhe e integrazione listino presidi per diabetici”

FONTI

fonti

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

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.4.1, TAVOLA 4.4.2

Fenomeni di maggiore rilevanza / interesse

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

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

Al fine di ricostruire un quadro esaustivo dell'assistenza che comporta un qualsiasi intervento di tipo sanitario, l'analisi comprende anche le forme di assistenza domiciliare riabilitativa, infermieristica e programmata di tipo "esclusivamente sanitario" o meglio quelle per cui l'integrazione con l'intervento sociale non è definita con atto formale.

Per la raccolta dei dati ai fini del governo in materia di assistenza domiciliare con presenza della componente sanitaria, in collegamento con il provvedimento di riordino di cui sopra, a partire dal 1999 è stato istituito un flusso informativo a cadenza trimestrale.

La qualità dei dati sconta i limiti propri delle rilevazioni di nuova introduzione che necessitano di un adeguato periodo di sperimentazione prima di consolidarsi; in particolare emergono limiti in relazione a:

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

Si segnala infine che il flusso, dalle Aziende ULSS agli uffici regionali, prevede l'invio di dati aggregati che consentono controlli di qualità degli stessi molto limitati.

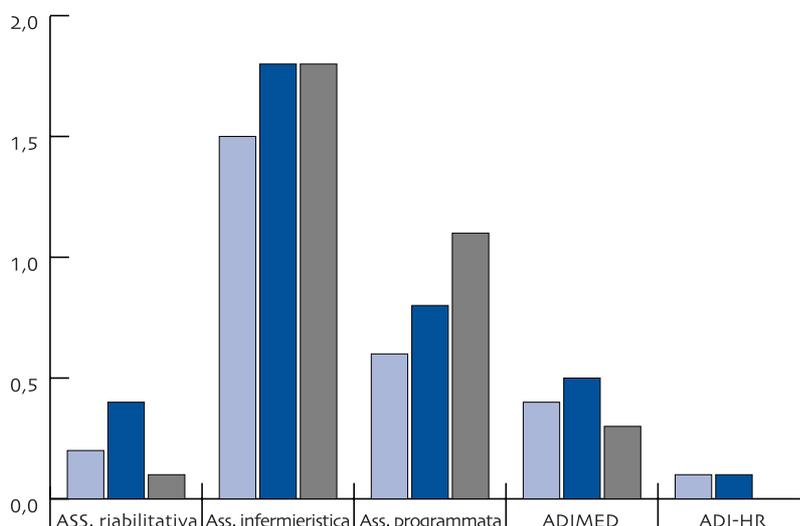
Il primo quadro che esce dai dati inviati dalle ULSS può considerarsi, comunque, sufficientemente affidabile per una valutazione dell'andamento del fenomeno nei suoi elementi essenziali a livello regionale, mentre i problemi di completezza e di disomogeneità nei criteri di classificazione consigliano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

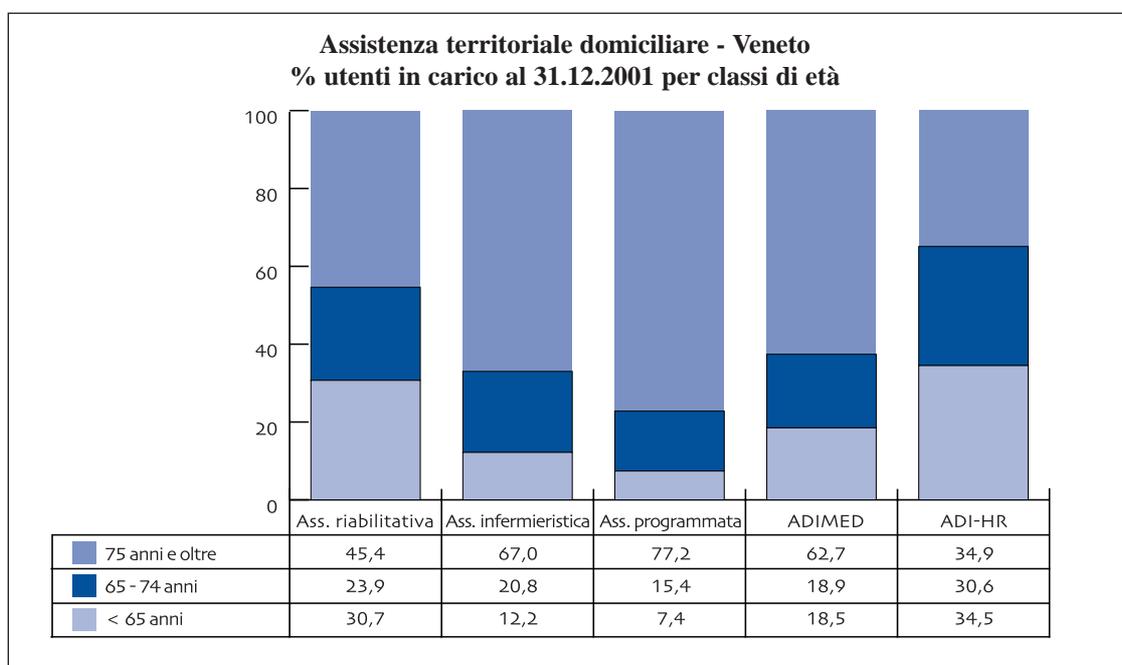
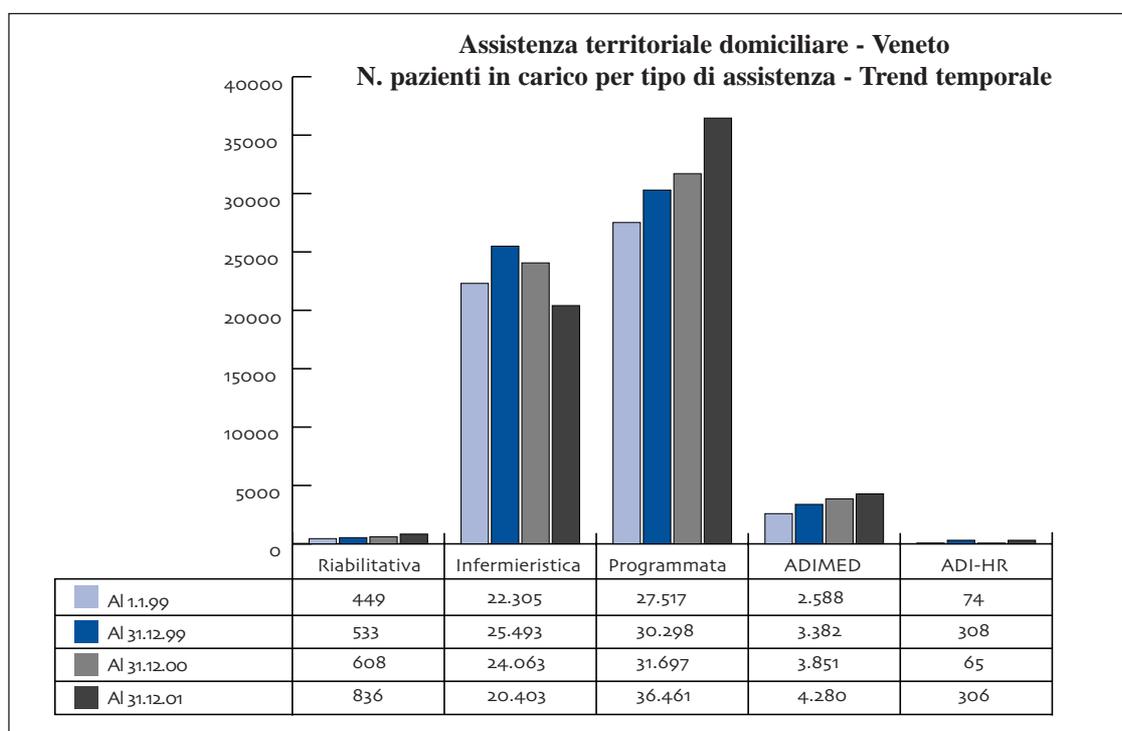
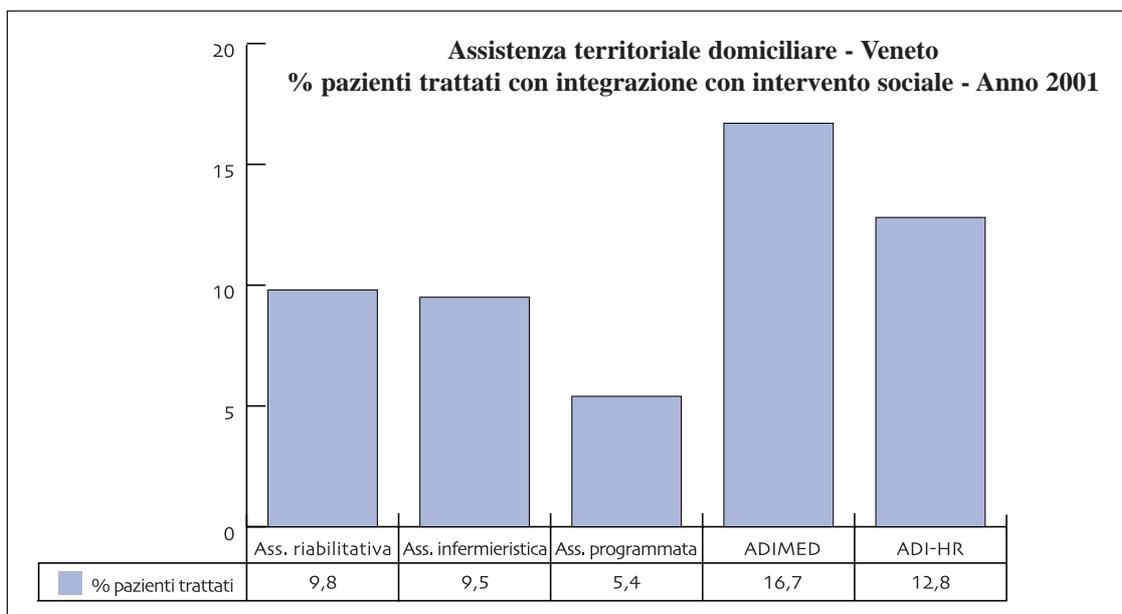
ASSISTENZA
DOMICILIARE
INTEGRATA (ADI)

Premessa
metodologica

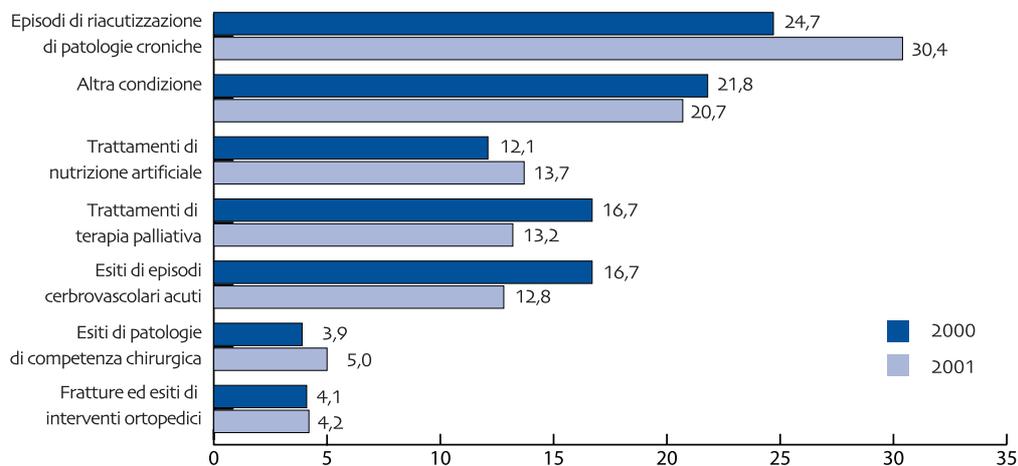
Quadro regionale

**Obiettivi di copertura (DGR n. 5273/98) e copertura reale
Veneto - Pazienti trattati nell'anno 2001
(Indici per 100 residenti)**

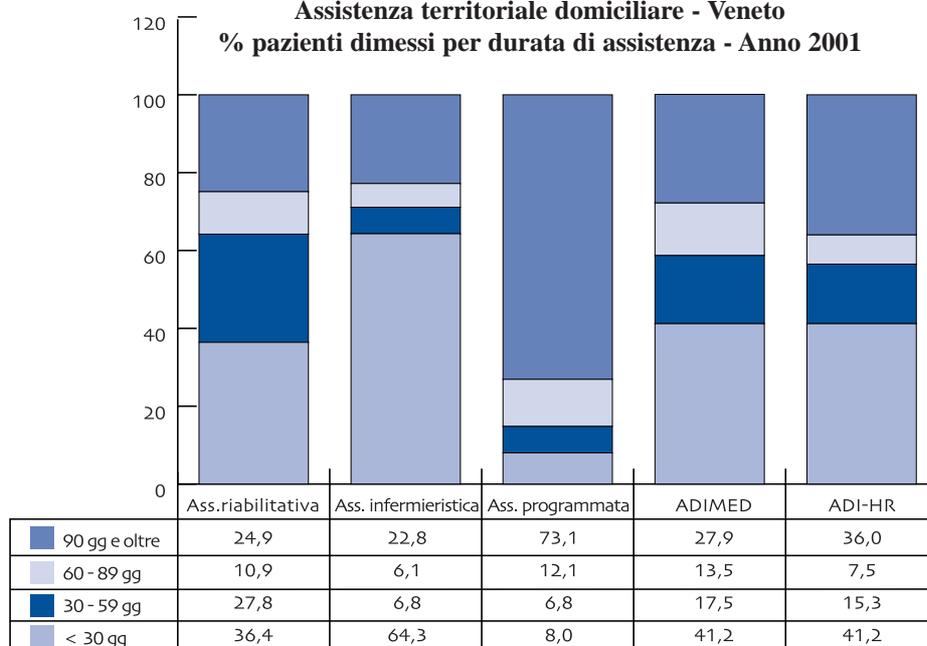




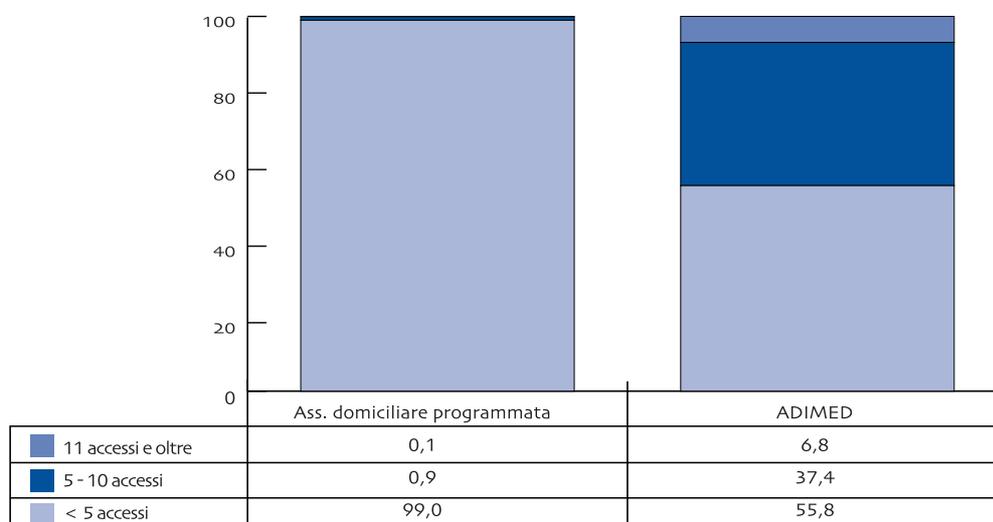
Assistenza territoriale domiciliare - ADIMED - Veneto
% pazienti in carico al 31.12 per condizione specifica - Anni 2000 e 2001



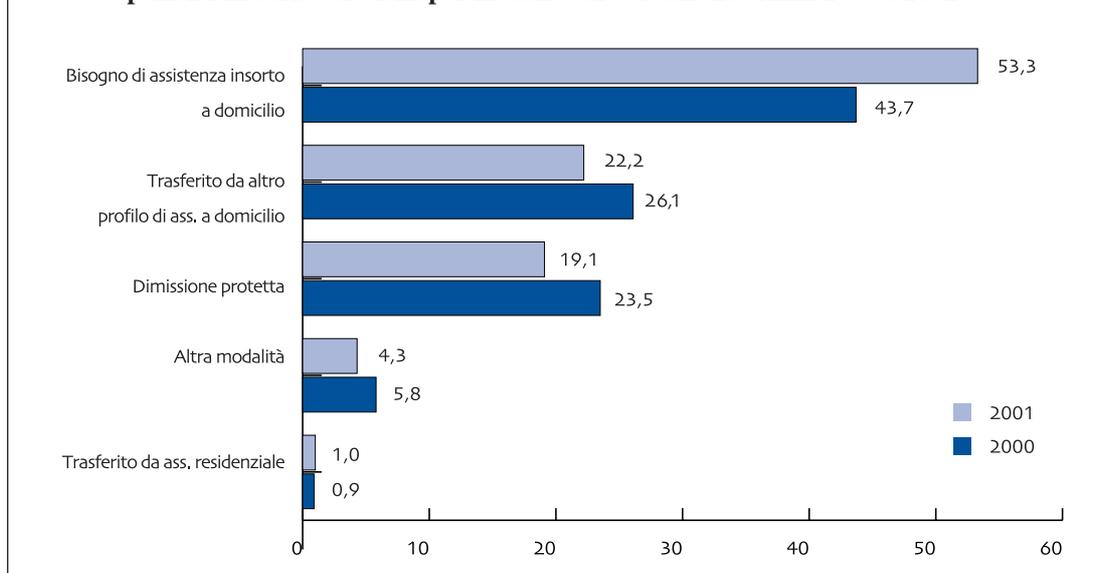
Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
% pazienti dimessi per durata di assistenza - Anno 2001



Assistenza territoriale domiciliare - Veneto
% pazienti in carico per frequenza accessi MMG al 31.12.2001



Assistenza territoriale domiciliare - ADIMED - Veneto
% pazienti in carico al 31.12 per modalità di attivazione - Anni 2000 e 2001



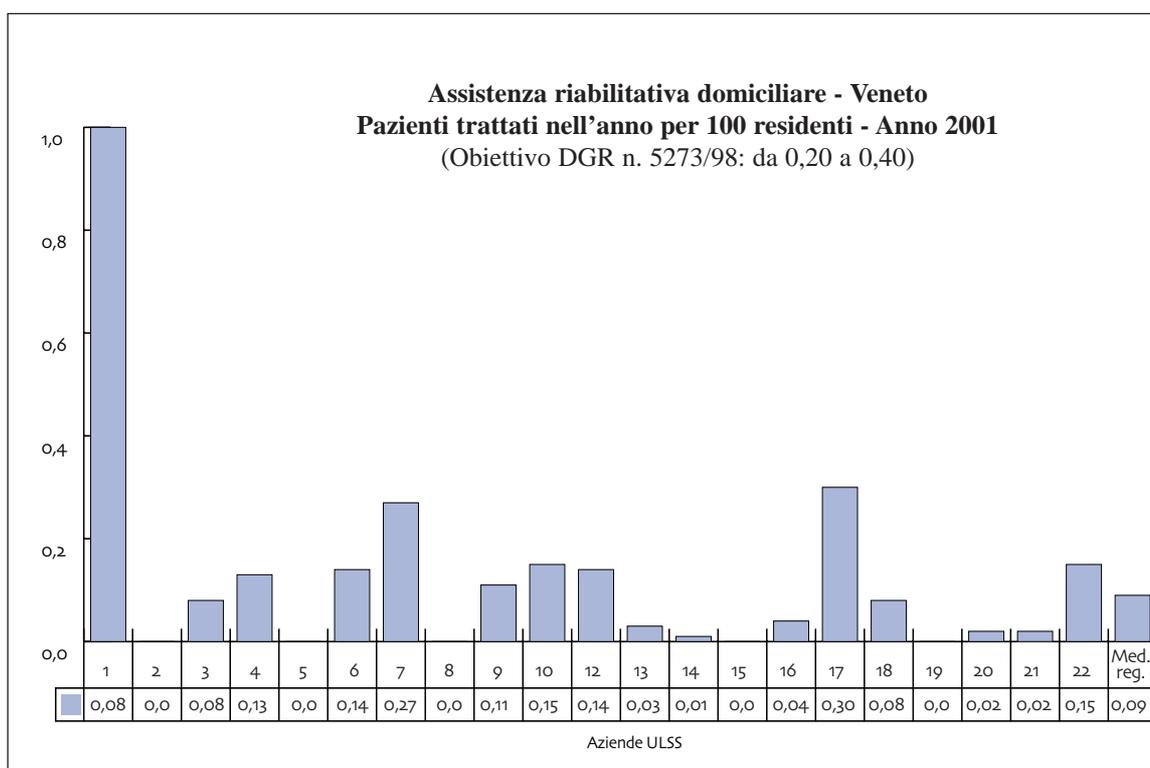
Accessi degli operatori sanitari per profilo professionale - Veneto - Anno 2001
Valori medi regionali per paziente trattato

TIPO DI ASSISTENZA / PROFILO ASSISTENZIALE	N. ACCESSI PER PAZIENTE TRATTATO				
	MMG / PLS	Medici specialisti	Personale infermieristico	Personale riabilitazione	Tutti i profili
Assistenza domiciliare riabilitativa	0,4	0,1	0,4	9,4	10,3
Assistenza domiciliare infermieristica	0,0	0,0	11,2	0,0	11,2
Assistenza domiciliare programmata	10,5	0,0	0,6	0,0	11,1
ADIMED	10,8	0,7	27,5	1,6	40,6
ADI-HR	1,6	7,3	18,7	0,5	28,2

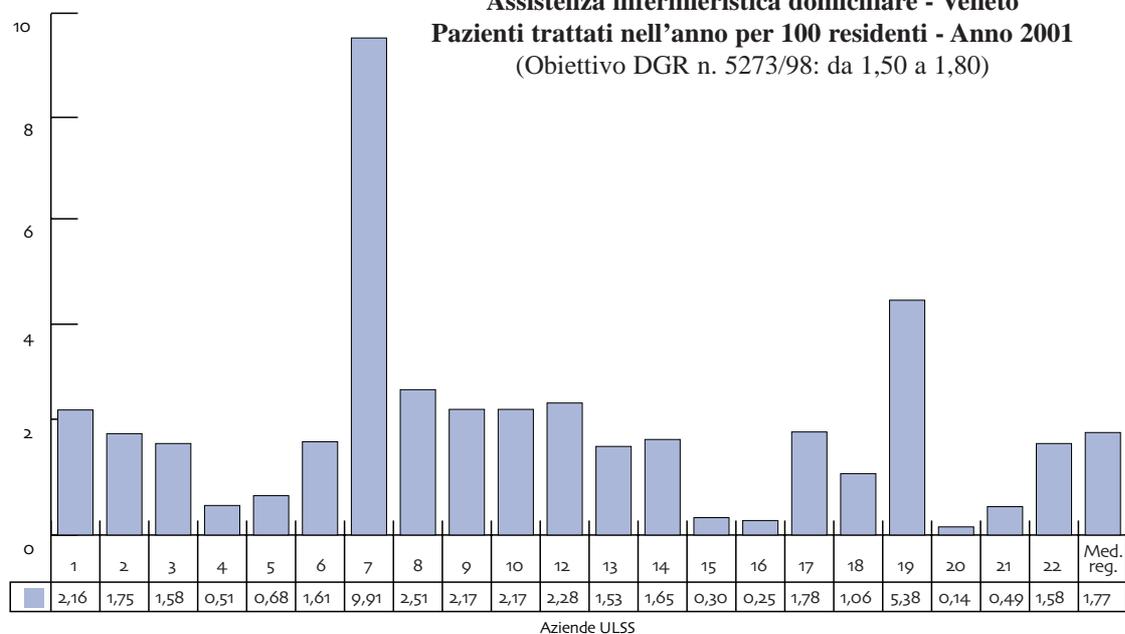
- Con l'unica eccezione dell'assistenza infermieristica, si osservano livelli di copertura reali sempre disallineati rispetto agli obiettivi indicati dalla programmazione regionale; in particolare:
 - forte sovradimensionamento dell'assistenza programmata;
 - evidente difficoltà a raggiungere gli obiettivi di copertura per assistenza riabilitativa, ADIMED e ADI-HR. Nel caso dell'assistenza riabilitativa tale difficoltà è da collegarsi alla carenza di personale della riabilitazione dedicato all'attività territoriale; lo scarso investimento in tal senso da parte delle Aziende può essere ricondotto al fatto che l'utenza potenziale del servizio è nel complesso in condizioni non gravi, ma che, in mancanza di cure riabilitative tempestive, può essere a rischio di peggioramento e cronicizzazione che portano nel tempo a forme di assistenza riabilitativa di tipo intensivo (ospedaliera o ambulatoriale). Nel caso di ADIMED ed ADI-HR la distanza dagli obiettivi di copertura può essere ricondotta, da un lato, alla difficoltà, di natura culturale ed operativa, a sviluppare modalità di lavoro in gruppo multidisciplinare e intersettoriale (ospedale-territorio) e, dall'altro, all'impegno gravoso richiesto alle famiglie quando vengono assistiti al domicilio casi complessi.
- Va sottolineato che parte delle differenze potrebbero essere legate a problemi di misclassificazione dei casi.
- L'integrazione con l'intervento sociale emerge in modo evidente come elemento critico comune a tutte le forme di assistenza al domicilio; si possono ipotizzare le seguenti spiegazioni:
 - difficoltà ad elaborare ed attuare progetti comuni con altri enti;
 - mancanza di bisogno di assistenza sociale soprattutto per i casi più semplici (es.: assistenza infermieristica di breve periodo);
 - mancata formalizzazione di situazioni in cui a livello operativo si realizza comunque qualche livello di integrazione fra operatori sanitari e sociali;
 - problemi legati alla rilevazione e al trattamento dei dati; quando le Aziende ULSS non hanno fornito dati distinti in funzione della presenza o meno dell'integrazione socio-sanitaria, nella elaborazione dei dati tutti i casi sono stati considerati senza tale integrazione.
- L'analisi temporale indica una tendenza all'allineamento alle indicazioni della programmazione regionale, per cui si prefigurano però tempi medio-lunghi, con assistenza riabilitativa e ADIMED in lento ma costante aumento, assistenza programmata in fase di assestamento e assistenza infermieristica in calo.
- Per quanto riguarda la tipologia di utenza si osserva che:
 - la composizione per età dei pazienti in carico appare coerente con le specificità assistenziali dei diversi profili: netta prevalenza di anziani, in particolare di quelli in età più avanzata, per le forme di assistenza rivolte alla cronicità o alla non autosufficienza (assistenza programmata ed infermieristica), e distribuzione più

equilibrata per quelle previste per la presa in carico di casi acuti o post-acuti (assistenza riabilitativa, ADI-MED, ADI-HR);

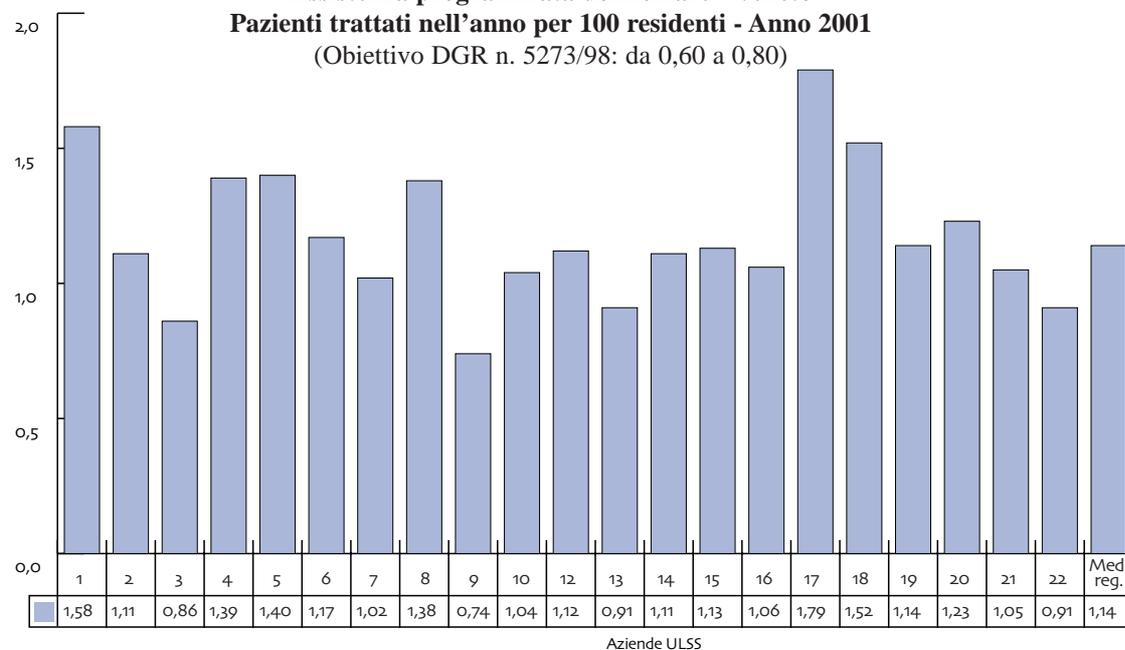
- casistica trattata in ADIMED è ancora fortemente sbilanciata verso la cronicità, presumibilmente per motivi legati sia all'offerta (servizi di assistenza domiciliare ancora non attrezzati in termini di professionalità e di strumenti adeguati ad affrontare episodi acuti) sia alla domanda (per situazioni post-acute o terminali l'ospedale rappresenta ancora il punto di riferimento privilegiato); rimane ancora elevata la quota di casi trattati per problematiche diverse da quelle indicate dalla normativa regionale.
- Anche dagli indicatori relativi alle modalità di assistenza emergono alcune considerazioni utili alla programmazione regionale:
 - la generalizzata lunga durata dei trattamenti che contraddistingue l'assistenza domiciliare programmata, unitamente al forte sovradimensionamento osservato per questo profilo assistenziale, rende necessario un approfondimento della casistica trattata e delle relative modalità assistenziali al fine di giungere ad una migliore definizione delle specificità assistenziali dello stesso sia per escludere misclassificazioni di semplici visite domiciliari da parte del Medico di Medicina Generale, sia per fornire risposte più appropriate ad eventuali bisogni di natura sociale legati alla non autosufficienza dei pazienti negli spostamenti. Necessità di approfondimento al fine di una più puntuale definizione del profilo assistenziale richiede anche la generalizzata breve durata dei trattamenti di assistenza infermieristica per escludere o comunque differenziare i casi di singoli o sporadici trattamenti infermieristici al domicilio effettuati senza specifici progetti assistenziali.
 - Per gli altri profili la durata dell'assistenza appare più differenziata coerentemente alle corrispondenti specificità assistenziali che prevedono il trattamento sia occasionale che periodico per assistenza domiciliare riabilitativa e di casi acuti e cronici per ADIMED e ADI-HR; per questi due ultimi profili l'apparente anomalia di una quota consistente di trattamenti brevi (inferiori ai 30 giorni) potrebbe essere spiegata dalle condizioni di gravità e/o di complessità dei casi trattati cui si associano livelli elevati sia di mortalità che di ricorso al ricovero ospedaliero;
 - relativamente alla frequenza di accesso del medico emerge che poco meno del 60% dei casi in ADIMED risulta inferiore a 5 accessi al mese, in contrasto con quanto indicato dalle linee guida regionali che per i bisogni assistenziali rientranti in questo profilo prevedono la necessità di più accessi settimanali del medico; anche a tal proposito si richiede quindi un intervento chiarificatore in materia di classificazione, tenendo conto anche che viene segnalato, da una parte, che spesso in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD ex UOD) i pazienti vengono assegnati a questo profilo anche per poter usufruire in modo immediato dei benefici che ne derivano (fornitura di farmaci e assistenza protesica), e, dall'altra, che alcuni casi rientranti a pieno titolo nella specificità assistenziale dell'ADIMED (es.: coma, frattura della colonna vertebrale) non richiedono una elevata frequenza di accessi del medico;
 - il percorso che porta alla presa in carico in ADIMED indica ancora una scarsa integrazione fra ospedale e territorio;
 - il numero di accessi per paziente trattato esprime in modo evidente il diverso impegno in termini sia di intensità assistenziale che di professionalità coinvolte in funzione della complessità della casistica trattata.



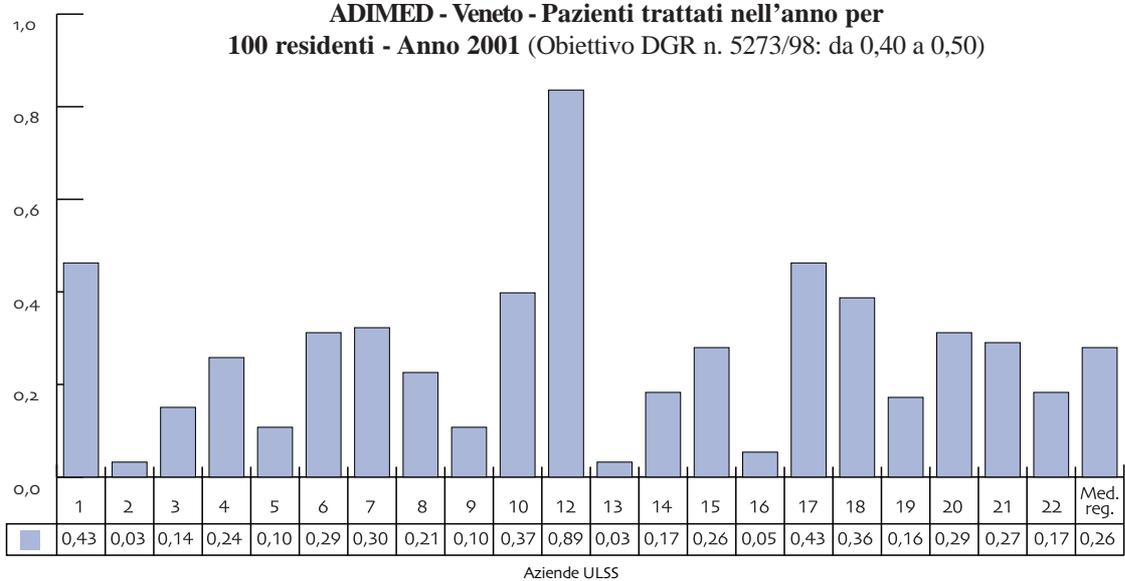
Assistenza infermieristica domiciliare - Veneto
Pazienti trattati nell'anno per 100 residenti - Anno 2001
 (Obiettivo DGR n. 5273/98: da 1,50 a 1,80)

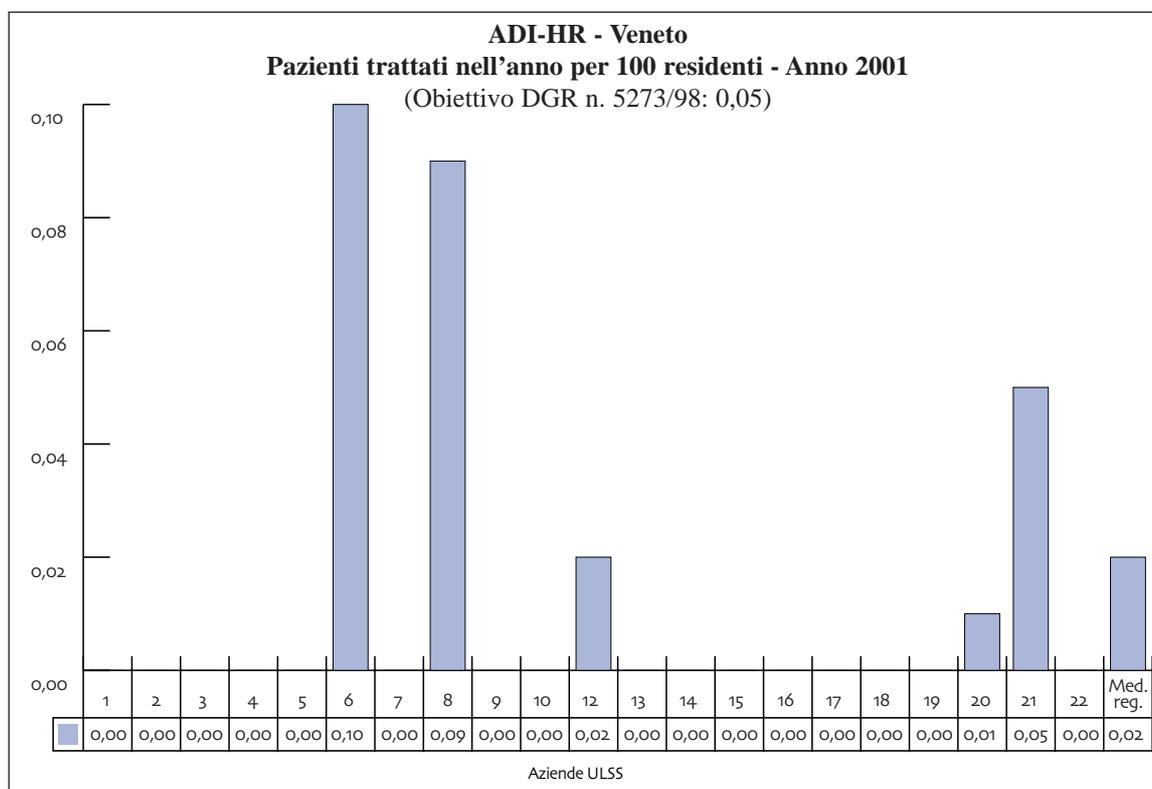


Assistenza programmata domiciliare - Veneto
Pazienti trattati nell'anno per 100 residenti - Anno 2001
 (Obiettivo DGR n. 5273/98: da 0,60 a 0,80)



ADIMED - Veneto - Pazienti trattati nell'anno per
100 residenti - Anno 2001 (Obiettivo DGR n. 5273/98: da 0,40 a 0,50)





ADI-HR - Veneto

Accessi degli operatori sanitari - Anno 2001

TIPO DI ASSISTENZA / PROFILO ASSISTENZIALE	N. ACCESSI PER PAZIENTE TRATTATO		
	Valori medi regionali	Valore minimo di Azienda ULSS	Valore massimo di Azienda ULSS
Assistenza domiciliare riabilitativa	10,3	3,5	42,6
Assistenza domiciliare infermieristica	11,2	1,9	75,2
Assistenza domiciliare programmata	11,1	4,7	23,4
ADIMED	40,6	11,1	155,3
ADI-HR	28,2	3,6	48,6

- Estrema variabilità sia dei livelli di attivazione e copertura delle diverse forme assistenziali, sia delle modalità di assistenza sintetizzate dall'indicatore relativo al numero di accessi per paziente trattato. Per l'interpretazione di tale variabilità si richiamano alcune delle considerazioni generali espresse precedentemente ed in particolare:
 - differenze di interpretazione delle linee guida regionali, con conseguente misclassificazione dei dati, che riportano alla necessità di fornire indicazioni più precise da parte della Regione;
 - livelli diversi di investimento da parte delle Direzioni aziendali nello sviluppo delle attività territoriali.
- Vanno infine segnalate alcune situazioni che presentano dati talmente anomali da esigere un immediato approfondimento (es.: Azienda ULSS 7 per l'assistenza riabilitativa ed infermieristica, Aziende ULSS 17 e 19 per assistenza infermieristica e Azienda ULSS 12 per ADIMED).

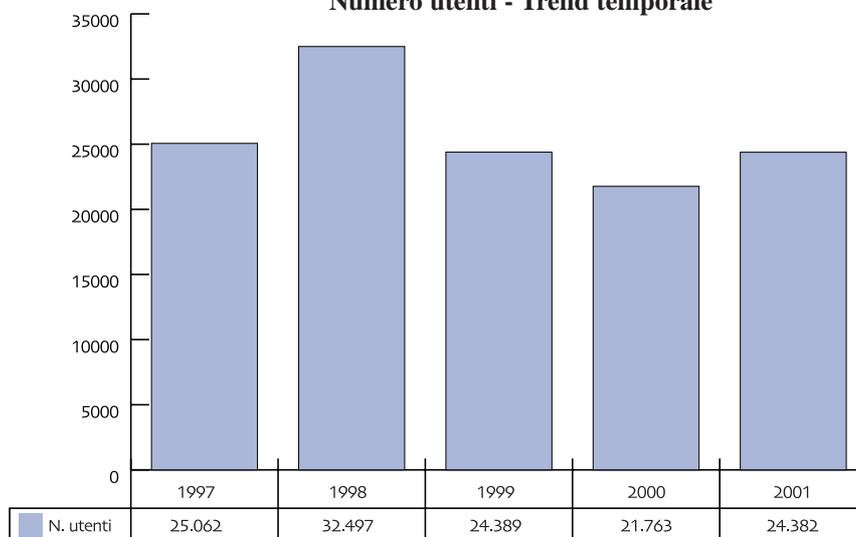
Questa forma di assistenza a domicilio si realizza attraverso una serie di "interventi, di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale, di natura assistenziale (es.: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e di risocializzazione), non collegati a condizioni patologiche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

Al fine di favorire l'integrazione socio-sanitaria, da realizzarsi coerentemente a quanto indicato dalle linee guida di cui alla DGR n. 5273/98, il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale viene in parte finanziato con fondi a carico del Fondo Sanitario Regionale.

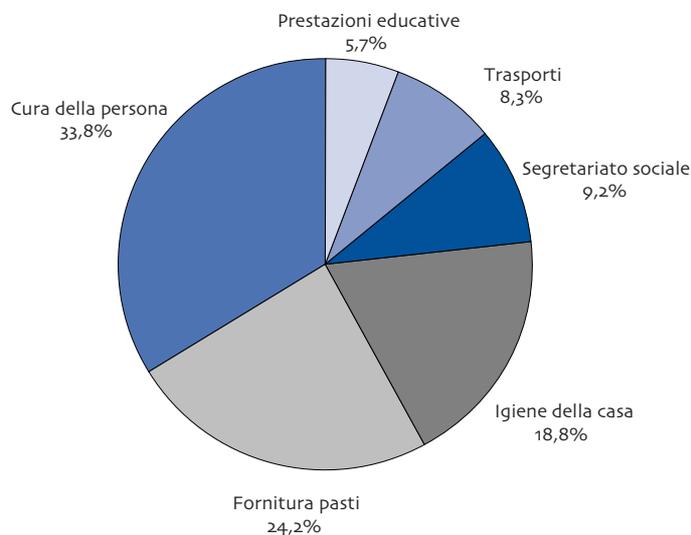
A partire dal 2001 il finanziamento è stato condizionato alla realizzazione di accordi di programma fra Aziende ULSS e Comuni sull'integrazione degli interventi sociali e sanitari, a cui ha aderito la quasi totalità dei Comuni.

La trattazione separata dai profili assistenziali analizzati ai punti precedenti è motivata dal fatto che diversa è la fonte informativa da cui sono ricavati i dati, che, per i differenti criteri di rilevazione uti-

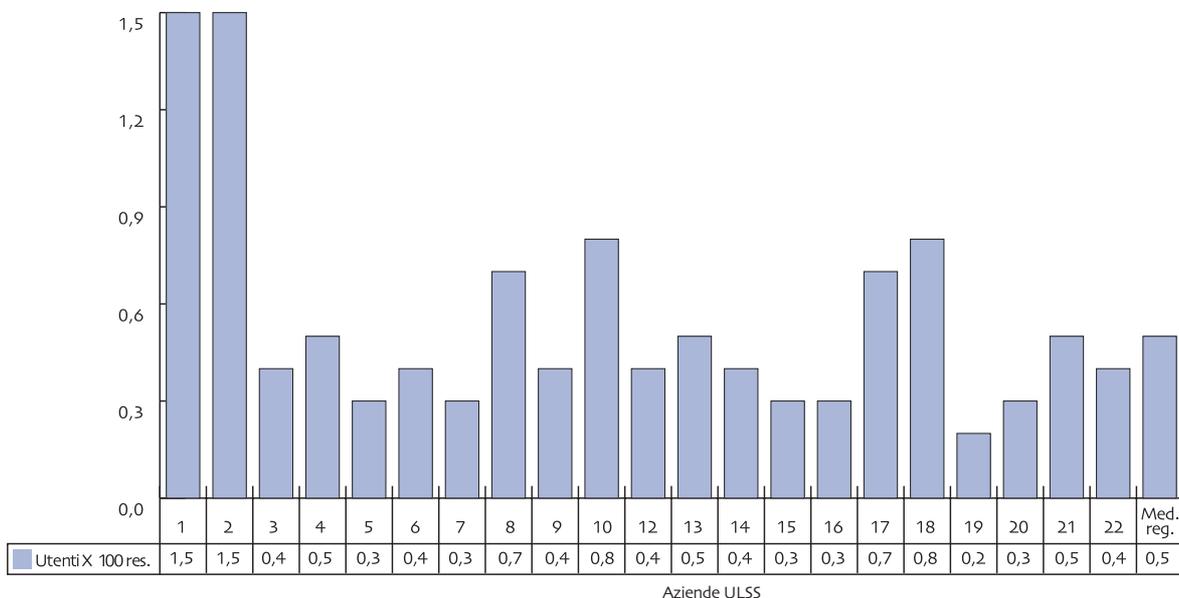
Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Veneto Numero utenti - Trend temporale



Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Veneto Prestazioni medie giornaliere per tipo - Anno 2000



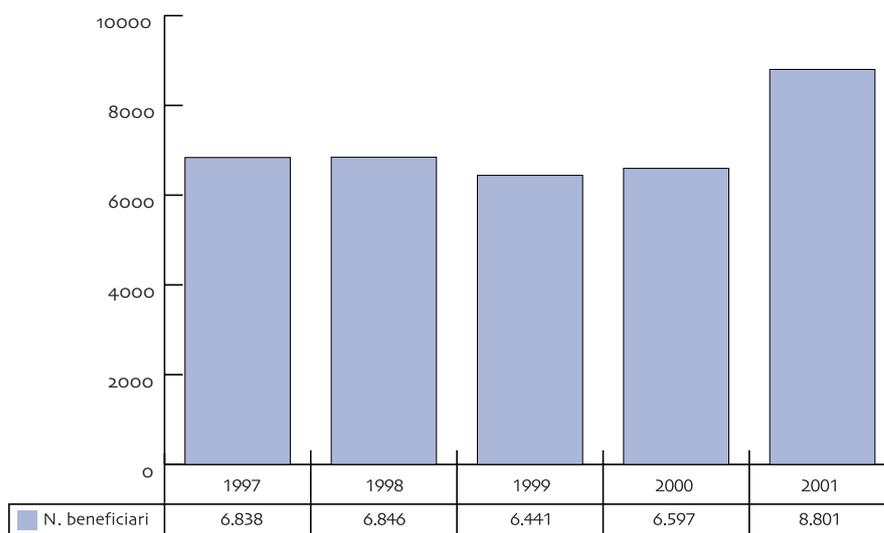
Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Veneto Utenti per 100 residenti - Anno 2000



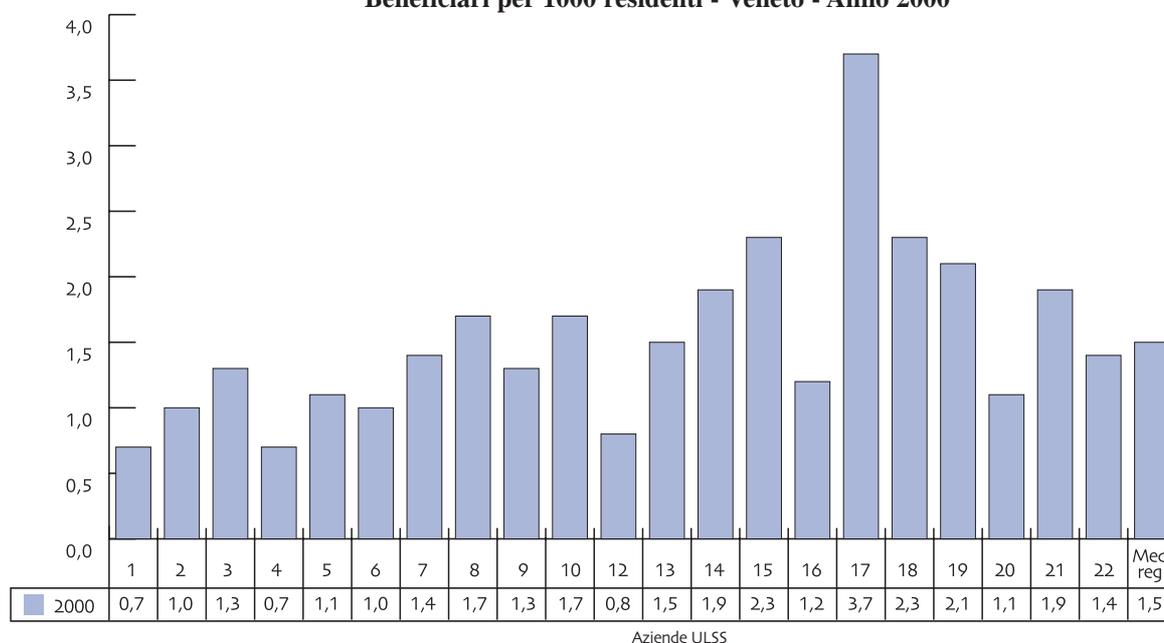
lizzati, non sono confrontabili con quelli riportati sopra.

- L'andamento temporale rivela una discreta discontinuità, che potrebbe derivare sia dai diversi criteri di finanziamento regionale adottati nel tempo, sia da diverse modalità di rilevazione dei dati.
- I dati ricavati dalle due diverse rilevazioni, relative rispettivamente ad assistenza domiciliare socio-assistenziale e ADI, non risultano coerenti: per il 2001 il numero di utenti ricavato dalla prima rilevazione risulta quasi doppio rispetto al numero di pazienti trattati con interventi integrati sanitari e sociali che emerge dalla seconda (24.382 casi contro 12.875).
- A livello territoriale emergono le situazioni anomale delle ULSS 1 e 2, spiegabili presumibilmente da una serie di condizioni peculiari di questi territori montani, come il marcato invecchiamento della popolazione e la sua forte dispersione, una consolidata tradizione di assistenza socio-assistenziale al domicilio gestita in forma consortile o delegata alle Aziende ULSS.
- Il notevole aumento dei beneficiari nel 2001 è da collegarsi ai nuovi limiti di reddito introdotti nel 2000 che hanno allargato il numero di persone aventi diritto al contributo in quanto rientranti nel punteggio di 66/100. Ne deriva che il reddito è un criterio che assume un peso determinante nella

**Provvidenze a non autosufficienti assistiti a domicilio (LR n.28/91)
Numeri beneficiari - Veneto - Trend temporale**



**Provvidenze a non autosufficienti assistiti a domicilio (LR n.28/91)
Beneficiari per 1000 residenti - Veneto - Anno 2000**



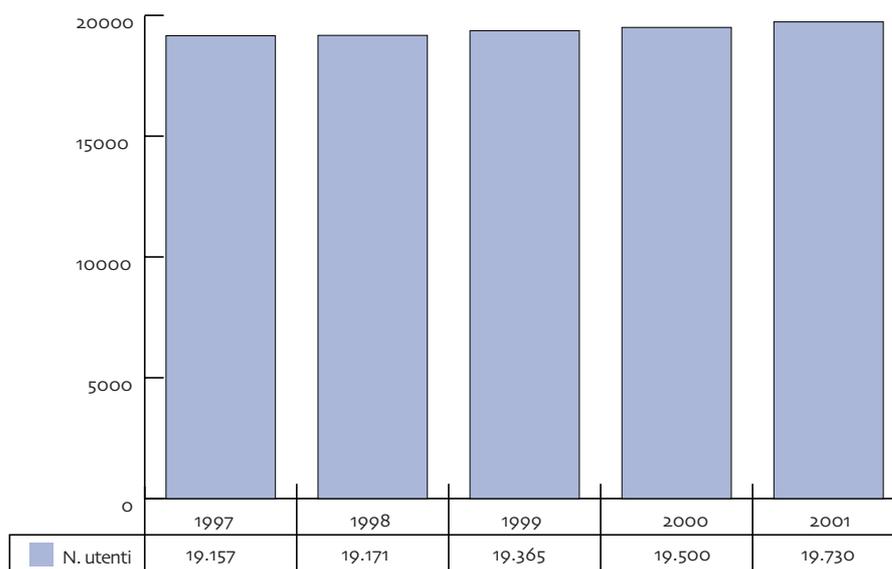
SERVIZI ED
INTERVENTI
COLLEGATI

Provvidenze
a favore di
non autosufficienti
assistiti al domicilio
(LR n. 28/91)

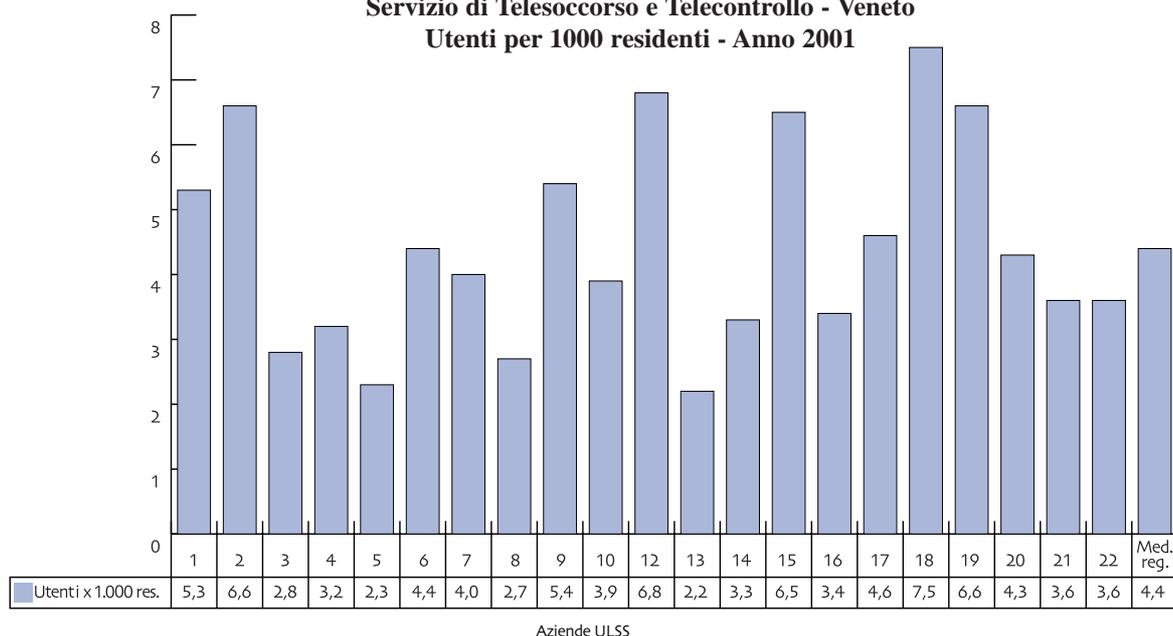
assegnazione dei contributi.

- Forte variabilità territoriale, che potrebbe essere collegata anche a una diversa diffusione dell'informazione o comunque ad un impegno differenziato dei responsabili dei servizi sociali a favorire l'accesso a questo tipo di intervento.
- Si segnala infine che nel 2001 la Regione ha attivato, in fase sperimentale, interventi a favore di famiglie che assistono al domicilio pazienti affetti dal morbo di Alzheimer con gravi disturbi comportamentali (LR n. 5/01). La peculiarità del provvedimento regionale consiste nell'erogare un contributo collegato ad un progetto che la famiglia si impegna a realizzare a sostegno del congiunto affetto dal morbo. Nel 2001 le famiglie coinvolte sono circa 1.000 e lo stanziamento è di 12 miliardi di lire (quasi 6.200.000 euro) per un contributo mensile di 1 milione di lire (circa 520 euro) per

Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo - Veneto
Numero utenti - Trend temporale



Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo - Veneto
Utenti per 1000 residenti - Anno 2001



ogni famiglia.

- Servizio ormai consolidato con utenti in progressivo lieve aumento in conseguenza dell'analogo andamento della popolazione anziana.
- Forte disomogeneità territoriale, coerente in generale ai differenti indici di invecchiamento della popolazione all'interno del territorio regionale.

Elementi di riflessione per il governo regionale

La Regione, dopo aver definito il quadro programmatico-erogativo dell'ADI in capo al Distretto Socio-Sanitario con DGR n. 5273/98, nel biennio 2000-2001, proseguendo nella sua politica diretta a garantire gli interventi assistenziali erogabili a domicilio del paziente, è intervenuta con una serie di provvedimenti che in gran parte si configurano come interventi di sostegno finanziario all'assistenza socio-sanitaria domiciliare integrata.

L'analisi precedente sui servizi erogati indica alcune priorità:

- aggiornamento della DGR n. 5273/98 - Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI, soprattutto con riferimento alla definizione più puntuale dei profili, anche attraverso indicazioni di appropriatezza del trattamento al domicilio, e i livelli di copertura o perlomeno i tempi per il loro raggiungimento;
- attivazione di un sistema informativo che consenta:
 - il monitoraggio puntuale delle indicazioni regionali
 - l'aggiornamento ed il perfezionamento delle stesse
 - l'analisi dei diversi interventi in cui si articola l'assistenza al domicilio in funzione dei fruitori, integrando in un unico disegno i diversi flussi informativi oggi esistenti;
- formazione e aggiornamento continuo degli operatori sia per acquisire capacità / competenze necessarie al trattamento domiciliare di patologie complesse sia per sviluppare il lavoro di gruppo;
- utilizzazione delle risorse già esistenti per il supporto alle famiglie in modo sempre più mirato al mantenimento al domicilio dei casi più impegnativi;
- stretto collegamento fra processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e sviluppo dell'assistenza domiciliare fornendo indicazioni relative sia allo spostamento di professionalità che a modalità e strumenti per promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale fra ospedale e assistenza al domicilio;
- promozione degli strumenti di integrazione socio-sanitaria già esistenti ed individuazione di nuovi;
- maggiore integrazione fra i diversi interventi in cui si articola l'assistenza al domicilio al fine della loro razionalizzazione.

Normativa

- DPCM 14.02.2001 e DPCM 29.11.02, Allegato C - Per ciascuna delle aree più fortemente interessate da bisogni di assistenza sanitaria integrata è indicata l'imputazione degli oneri rispettivamente al SSN (Aziende ULSS) e al Sistema sociale (Comuni). Tra queste aree figurano anche gli interventi socio sanitari resi a domicilio del paziente (ADI), per cui il DPCM 29.11.2001 stabilisce che le prestazioni afferenti alle funzioni sanitarie siano poste a totale carico del SSN, le rimanenti prestazioni assistenziali rivolte direttamente al paziente siano ripartite in misura percentuale tra il sanitario e il sociale, fermo restando che le altre prestazioni assistenziali fornite a domicilio a supporto dell'organizzazione familiare per un paziente assistito in ADI siano da imputarsi alla spesa sociale.
- Accordi nazionali intervenuti tra SSN e Medici di Medicina Generale (DPR n. 270/00) e Pediatri di Libera Scelta (DPR n. 272/00) - L'art. 39 comma 1 lettera A dell'Accordo della Medicina generale, richiamando la definizione contenuta nell'allegato H del precedente accordo, rinvia alla contrattazione regionale la regolamentazione degli interventi assistenziali che le Aziende sanitarie garantiscono a domicilio del paziente tramite i MMG e i PLS.
- DGR n. 2029/00 "Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art.1, commi 34-35 L n. 662/96 e successive modificazioni e integrazioni" - Finanziamento alle Aziende ULSS per gli interventi erogati in ADI.
- DGR n. 2989/00 "Linee di indirizzo per l'assistenza al malato neoplastico grave e in condizioni di terminalità" - Finanziamento alle Aziende ULSS per gli interventi erogati in ADI a favore di soggetti terminali.
- DGR n. 4213/00 "Finanziamento anno 2000 per la realizzazione degli interventi assistenziali ex art.17 della LR n. 21/89 - "Finanziamento ai Comuni del Veneto per gli interventi erogati a favore di soggetti non autosufficienti assistiti a domicilio. Con tale provvedimento la Giunta regionale ha disposto che i Comuni veneti utilizzino i suddetti finanziamenti previa definizione con le Aziende ULSS, di un accordo di programma.
- DGR n. 3568/01 "Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art.1, commi 34-35 L. n. 662/96 e successive modificazioni e integrazioni - seconda annualità" - Finanziamento alle Aziende ULSS per gli interventi erogati in ADI. Con il medesimo provvedimento inoltre si sono finanziate due sperimentazioni che hanno come oggetto specifici aspetti che concernono la rilevazione degli interventi domiciliari. Le due sperimentazioni affidate all'Azienda ULSS n.16 di Padova in qualità di capofila con il coinvolgimento di altre due Aziende ULSS riguardano:
 - a) la sperimentazione del flusso informativo ADI all'interno del costituendo sistema informativo di Distretto Socio sanitario
 - b) la sperimentazione per gli interventi in ADI, di metodologie georiferibili quali il GIS (Geographical Information System) e il SIT (Sistema Informativo Territoriale).
- DGR n. 3890/01 "Legge n.39/99: assegnazione alle Aziende ULSS del Veneto della quota di riserva di cui alla

Normativa nazionale

Normativa regionale

DGR n. 2989/00 - "Finanziamento alle Aziende ULSS per l'acquisto di KIT mobili (automobili attrezzate) da impiegarsi negli interventi domiciliari resi nei confronti di malati terminali.

- DGR n.2429/01 "Finanziamento anno 2001 per la realizzazione degli interventi assistenziali ex art.17 della LR n.21/89" - Finanziamento ai Comuni del Veneto per gli interventi erogati in ADI a favore di soggetti non autosufficienti. Con tale provvedimento la Giunta regionale dopo aver richiamato la necessità che i Comuni veneti utilizzino i suddetti finanziamenti previa definizione con le Aziende ULSS, della regolazione dei rapporti di organizzazione degli interventi domiciliari, attraverso lo strumento dell'accordo di programma, ha prescritto inoltre che i medesimi finanziamenti devono interessare soggetti che sono congiuntamente destinatari di interventi assistenziali domiciliari di tipo sanitario.
- DGR n. 3889/01 "Accordo Regionale per la medicina convenzionata di cui agli AA.CC.NN. resi esecutivi con DPR n. 270/00, n. 272/00 e n.271/00". Con tale accordo e i successivi accordi aziendali (patti aziendali) ai quali il medesimo rinvia, si è individuato il "Fondo per l'assistenza primaria". Tale fondo, inteso come incentivo economico finalizzato a produrre la motivazione ed ad acquisire il consenso indispensabili per aderire agli obiettivi assistenziali previsti nei programmi aziendali, è configurabile come un ulteriore strumento a supporto degli interventi domiciliari realizzabili attraverso l'apporto dei MMG e dei PLS.

FONTI

fonti

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

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.5.1, TAVOLA 4.5.2, TAVOLA 4.5.3, TAVOLA 4.5.4, TAVOLA 4.5.5, TAVOLA 4.5.6, TAVOLA 4.5.7, TAVOLA 4.5.8, TAVOLA 4.5.9, TAVOLA 4.5.10, TAVOLA 4.5.11

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

Per quanto riguarda la dotazione di presidi si precisa che:

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

Relativamente all’attività si segnala che:

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

L’indice pro-capite di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte della popolazione residente esprime la domanda di prestazioni da parte dei cittadini residenti in un determinato territorio che ha trovato soddisfazione indipendentemente dal luogo in cui la risposta sia avvenuta.

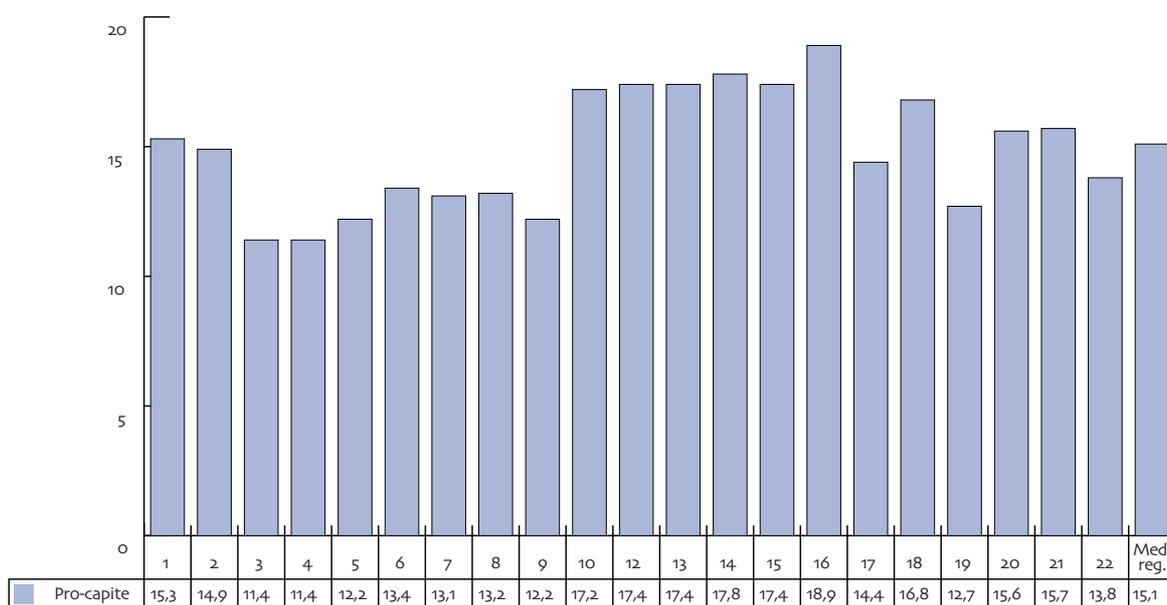
Gli indici pro-capite presentati in questa sede sono sottostimati, in quanto non comprendono:

- le prestazioni fornite a cittadini residenti in Veneto da presidi regionali ed extraregionali, pre-accreditati e non, con oneri a totale carico del paziente o, come segnalato in premessa, rientranti nella franchigia di 70.000 lire e non segnalate all’Azienda ULSS di residenza dell’assistito;
- le prestazioni fornite a cittadini residenti in Veneto da parte di presidi esteri.

PREMESSA
METODOLOGICA

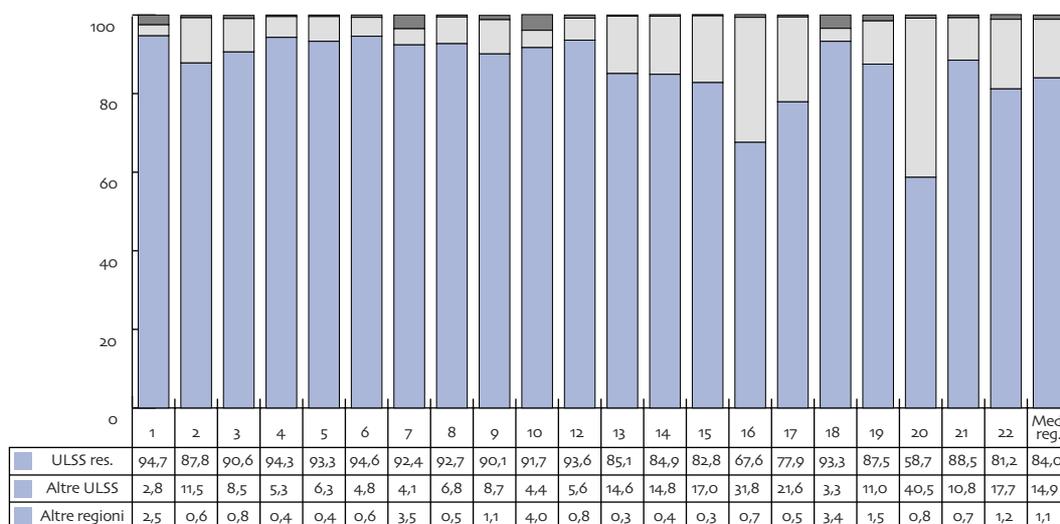
CONSUMO DI
PRESTAZIONI DELLA
POPOLAZIONE
RESIDENTE

Assistenza specialistica ambulatoriale - Veneto
Prestazioni relative alla popolazione residente - Anno 2001
Indici pro-capite



Aziende ULSS

Assistenza specialistica ambulatoriale - Veneto
Prestazioni relative alla popolazione residente - Anno 2001
Distribuzione % per luogo di fruizione



Aziende ULSS

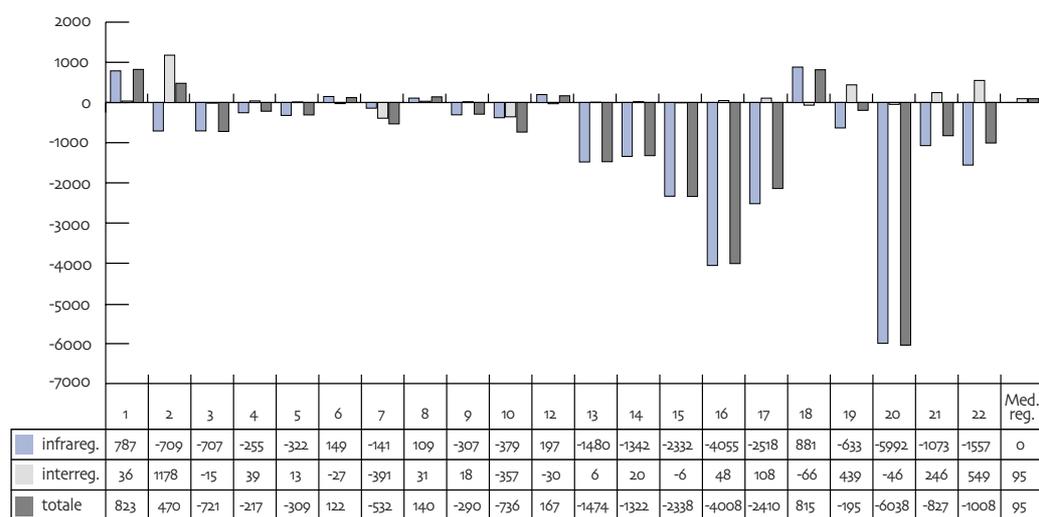
A livello medio regionale l'indice pro-capite di prestazioni specialistiche ambulatoriali si colloca ad un livello superiore al valore di riferimento di 14 indicato dai documenti di programmazione regionale.

A livello territoriale gli indici appaiono molto differenziati, in particolare emergono due opposti profili di consumo:

- tutte le ULSS delle province di Vicenza e Treviso, cui si allinea anche l'ULSS 19, con indici bassi, compresi fra 11,4 e 13,4;
- tutte le ULSS delle province di Venezia, Padova e Verona con indici elevati, cui si allinea anche l'ULSS 18, con indici elevati, compresi fra 15,6 e 18,9.

La distribuzione delle prestazioni relative ai residenti per luogo di fruizione fornisce alcuni elementi utili all'interpretazione di alcune anomalie rilevate a livello territoriale, in particolare emerge il ruolo importante giocato dalle Aziende Ospedaliere nella soddisfazione della domanda, e presumibilmente anche nella sua sollecitazione, non limitato solo alle rispettive ULSS di ubicazione ma allargato alle ULSS limitrofe; per queste ultime la fuga verso le ULSS capoluogo potrebbe essere anche influenzata dalla presenza nelle stesse di una rete di offerta particolarmente sviluppata del settore privato.

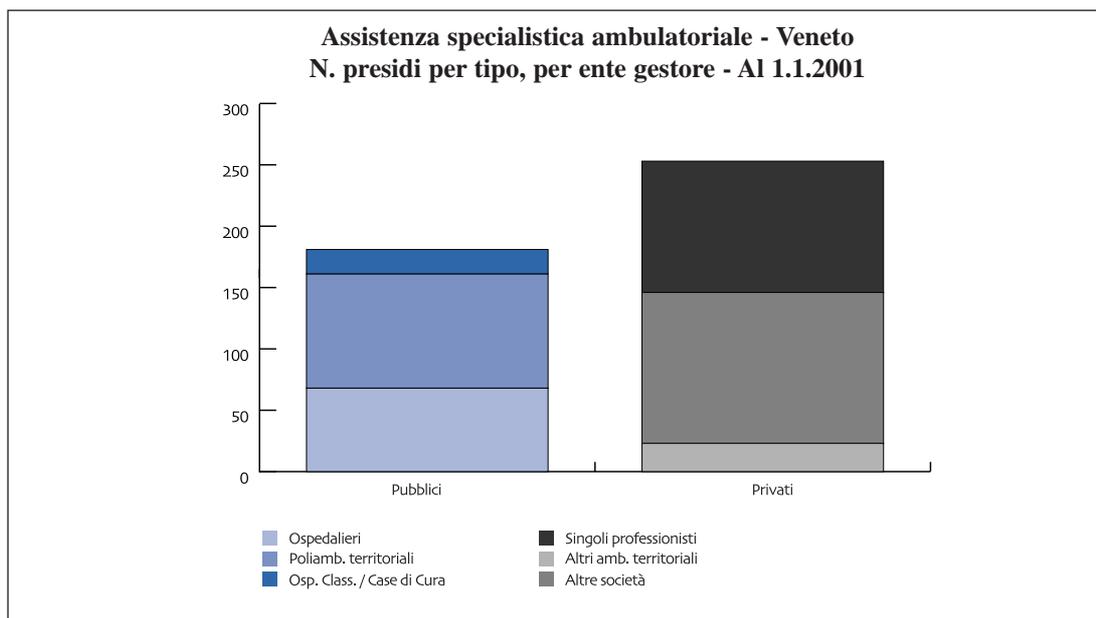
Assistenza specialistica ambulatoriale - Veneto
Saldo attrazione-fuga delle prestazioni totali - Anno 2001 - Indice per 1.000 residenti



Aziende ULSS

- A livello complessivo regionale il saldo attrazione-fuga è fortemente positivo per il Veneto, risultando le prestazioni erogate in Veneto a cittadini residenti in altre Regioni superiori di oltre il 50% a quelle eseguite in altre regioni nei confronti di cittadini residenti in Veneto (1.185.772 contro 757.530).
- La mobilità passiva del Veneto si concentra per oltre l'88% in cinque regioni/province autonome, in particolare, in ordine di importanza: Friuli-Venezia Giulia, che si aggiudica oltre un terzo dei ricoveri in fuga dal Veneto,

- Lombardia (22,6%), Emilia Romagna (17,4%), Trentino ed Alto Adige, con una quota complessiva del 12,6%.
- Per quanto riguarda invece la mobilità attiva, le prime cinque regioni/province autonome giustificano solo il 72,8% dell'attrazione complessiva, con una frammentazione maggiore rispetto alla mobilità passiva. In ordine di importanza sono coinvolte: Lombardia (con una quota del 27,8%), Emilia Romagna (con una quota del 16,1%), Trentino e Alto Adige (con una quota del 13,5%), Friuli-Venezia Giulia (con una quota del 10,9%) e infine Sicilia (con una quota del 6,1%).
 - L'analisi per ULSS fa emergere un quadro disomogeneo a livello locale. In particolare:
 - per 9 ULSS attrazione e fuga sono sostanzialmente in equilibrio, determinando un saldo prossimo allo zero (ULSS 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 19)
 - per 2 ULSS il saldo attrazione-fuga risulta positivo (ULSS 1 e 18)
 - le rimanenti 11 ULSS presentano saldi attrazione-fuga negativi, particolarmente elevati per le ULSS 16 e 20 e delle altre ULSS che rientrano nel bacino di utenza delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona
 - limitando l'analisi alla mobilità interregionale si distinguono, da una parte, le ULSS 7 e 10 con saldi negativi, e, dall'altra, le ULSS 2, 19, 21 e 22 con saldi positivi.

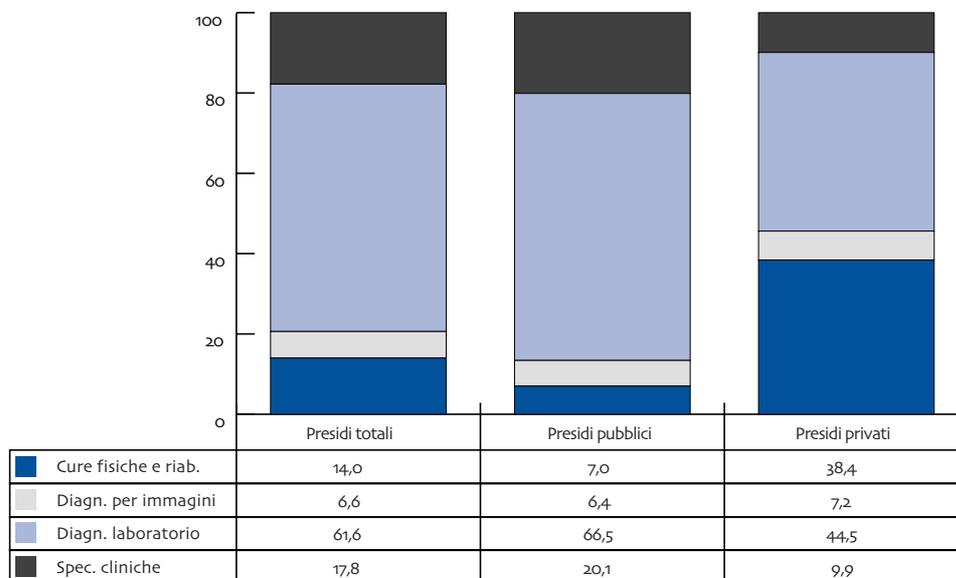


- La rete di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali è assestato intorno a valori sostanzialmente stabili nel tempo, con una distribuzione territoriale che vede una maggiore concentrazione di presidi nelle Aziende ULSS sede di capoluoghi di provincia.
- I presidi privati, che risultano in numero superiore a quelli pubblici, hanno per lo più carattere monospécialistico, a differenza di quelli pubblici che, nella quasi totalità, sono di tipo polispecialistico.
- Considerando solo i presidi pubblici, nell'anno 2001 il bacino di utenza medio è di circa 25.230 abitanti per sede; la distribuzione delle sedi poliambulatoriali pubbliche sul territorio risulta complessivamente adeguata alle differenti esigenze locali: bacini di utenza più ampi nelle Aziende ULSS ad alta densità di popolazione e bacini più ristretti nelle Aziende ULSS a forte dispersione della popolazione o con particolari problemi di viabilità.

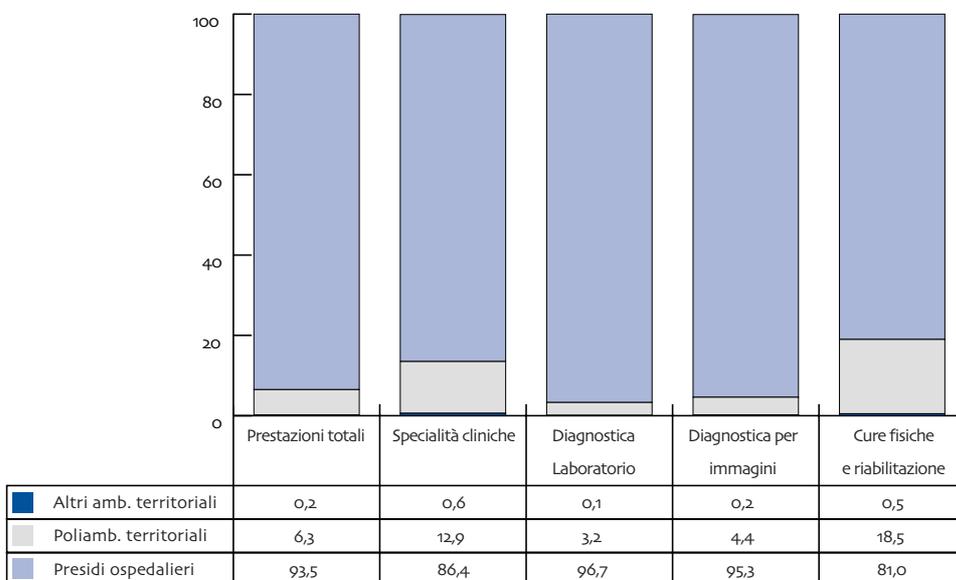
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività - Trend temporale - Veneto

						VARIAZIONI %		
		1998 in lire	1999 in lire	2000 in lire	2001 in lire	2000 vs 2001	2000 vs 1999	1999 vs 1998
Prestazioni complessive								
Totali	v.a.	58.182.541	59.198.224	63.720.948	68.657.632	7,7	7,6	1,7
	x residente	12,99	13,16	14,08	15,17	7,7	7,0	1,3
di cui:								
- specialità cliniche	%	20,7	19,4	18,8	17,8	-5,3	-3,1	-6,3
- diagn. laboratorio	%	57,7	58,6	60,3	61,6	2,2	2,9	1,6
- diagn. per immagini	%	6,1	6,2	6,5	6,6	1,5	4,8	1,6
- cure fisiche e riabilitazione	%	15,5	15,8	14,4	14,0	-2,8	-8,9	1,9
-prestazioni pubbliche	v.a.	46.276.178	46.680.137	49.010.936	53.352.030	8,9	5,0	0,9
	% su totali	79,5	78,9	76,9	77,7	1,0	-2,5	-0,9
- prestazioni private	v.a.	11.906.363	12.518.087	14.710.012	15.305.602	4,0	17,5	5,1
	% su totali	20,5	21,1	23,1	22,3	-3,4	9,2	3,3
Prestazioni pubbliche								
- specialità cliniche	% su totali	89,6	88,7	87,3	87,6	0,3	-1,6	-1,0
- diagn. laboratorio	% su totali	86,4	86,2	82,5	83,9	1,7	-4,3	-0,2
- diagn. per immagini	% su totali	77,1	74,4	74,5	75,5	1,3	0,1	-3,5
- cure fisiche e riabilitazione	% su totali	41,3	41,4	41,3	38,9	-5,8	-0,2	0,2

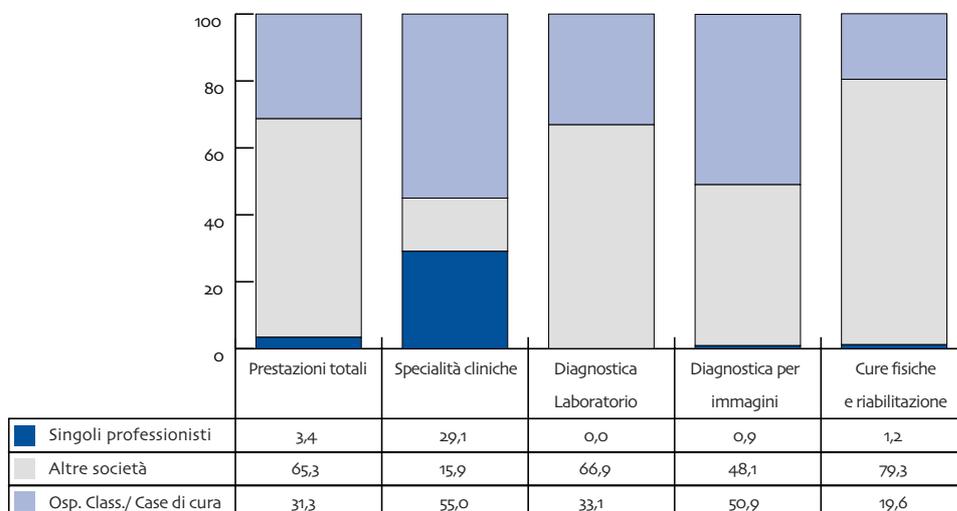
Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 2001 - Veneto
Distribuzione % per tipo, ente gestore



Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 2001 - Veneto
Distribuzione % prestazioni erogate da presidi pubblici per tipo di presidio e per tipo di prestazione

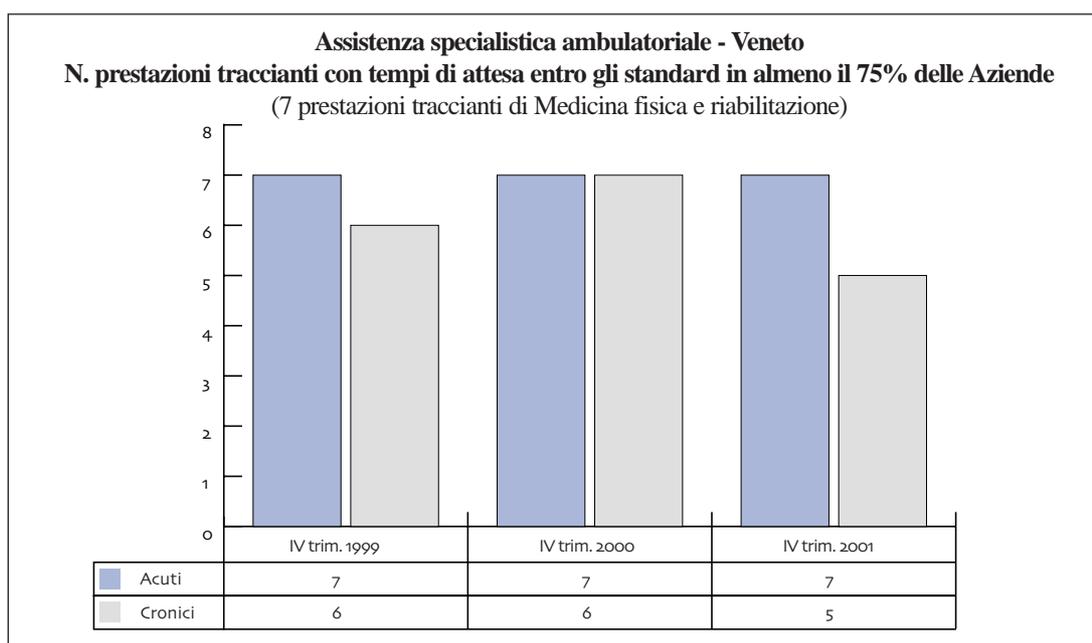
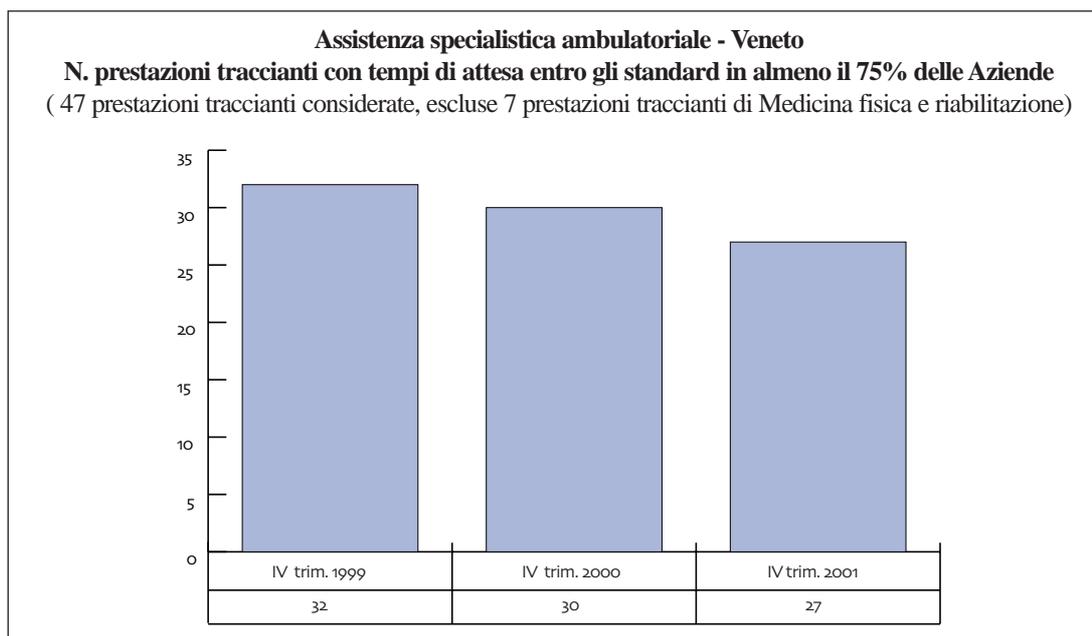


Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 2001 - Veneto
Distribuzione % prestazioni erogate da presidi privati per tipo, per tipo di presidio



- Nell'ultimo biennio si assiste ad una "esplosione" delle prestazioni ambulatoriali con incrementi annuali prossimi all'8%, che hanno interessato soprattutto le prestazioni di diagnostica di laboratorio e per immagini.
- Nel 2001 il settore pubblico copre oltre i due terzi della domanda complessiva, perdendo circa due punti percentuali rispetto al 1998.
- La distribuzione fra pubblico e privato varia sensibilmente in funzione del tipo di prestazioni: le aree delle specialità cliniche e della diagnostica di laboratorio sono erogate quasi esclusivamente dal pubblico, mentre il mercato si rivela più concorrenziale per le prestazioni di diagnostica per immagini e per quelle di medicina fisica e riabilitazione, con netta prevalenza, per queste ultime, del settore privato.
- All'interno del settore pubblico emerge il ruolo predominante degli ambulatori ospedalieri, dove viene erogato oltre il 90% delle prestazioni totali. Gli ambulatori territoriali, pur rappresentando il 51% della totalità dei presidi pubblici, soddisfano quote sempre più minoritarie del mercato pubblico, anche in quelle aree che non comportano organizzazioni e tecnologie complesse, quali la riabilitazione e le specialità cliniche, rispetto alle quali rivestono un ruolo importante limitatamente all'erogazione di prestazioni afferenti alle specialità di dermosifilopatia, oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria e psichiatria.
- Nel privato la situazione è nel complesso più diversificata, fatta eccezione per l'area della riabilitazione, che vede la presenza massiccia delle strutture societarie non di ricovero.

TEMPI DI ATTESA



Il sistema di monitoraggio trimestrale regionale, avviato per misurare il grado di raggiungimento dei risultati attesi e cioè il progressivo rientro negli standard regionali predeterminati, ha come oggetto un elenco di prestazioni definite "traccianti", in quanto ritenute di effettiva significatività clinica e sociale ed in ordine alle quali maggiormente si pone l'esigenza di verificare i tempi di attesa e di risolvere eventuali problemi di una loro eccessiva dilatazione; la rilevazione, effettuata il primo giorno ferialo di ogni inizio trimestre, segnala il minore tempo di attesa, espresso in giorni, individuato tra quelli rilevati in tutti i

presidi facenti capo all'Azienda ULSS o all'Azienda Ospedaliera riconducibile al bacino provinciale di utenza dell'Azienda stessa, per l'erogazione della prestazione richiesta dall'assistito.

Dai dati rilevati emerge in particolare:

- Con riferimento a 47 delle 54 prestazioni traccianti monitorate (escluse le prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione), nel complesso, i dati di sintesi esposti nei grafici fanno emergere prima una riduzione e successivamente una progressiva stabilizzazione delle prestazioni traccianti soddisfatte nei tempi di riferimento regionali da tutte o dalla maggioranza delle Aziende sanitarie.

Al fine di una corretta interpretazione del dato sintetico complessivo va peraltro sottolineato che:

- i tempi di attesa analizzati sono rilevati in riferimento al complesso delle prestazioni traccianti senza alcuna differenziazione collegata alla gravità della situazione clinica del paziente;
- per le prestazioni criticamente in sofferenza il confronto temporale indica un tendenziale miglioramento dei tempi di attesa. In particolare per eco(color)doppler dei tronchi sovraortici, ecografia degli arti superiori o inferiori o distrettuale arteriosa, ecografia cardiaca, ecografia muscolotendinea, ecografia osteoarticolare, mammografia bilaterale e mammografia monolaterale, dal 2000 al 2001 aumenta, seppure in misura contenuta, il numero di Aziende in grado di garantire la prestazione entro i tempi di riferimento regionali.
- Con riferimento alle 7 prestazioni traccianti di Medicina fisica e riabilitazione, per cui gli standard di riferimento regionale sui tempi di attesa e quindi anche la loro rilevazione sono differenziati per i casi acuti e per quelli cronici, si rileva che la maggioranza delle Aziende garantisce le prestazioni entro i tempi di attesa massimi per entrambe le tipologie di utenza, in particolare per i casi acuti.
- Considerando i dati relativi al IV trimestre 2001, le aree a criticità più diffusa, con tempi di attesa superiori agli standard in oltre il 30% delle Aziende, si manifestano per le seguenti prestazioni:
 - elettromiografia
 - ecografia degli arti superiori o inferiori o distrettuale arteriosa
 - eco(color)doppler dei tronchi sovraortici
 - ecografia cardiaca
 - mammografia bilaterale e monolaterale
 - angiografia con fluorosceina o angioscopia oculare
 - colonscopia con endoscopia flessibile
 - ecografia muscolotendinea.

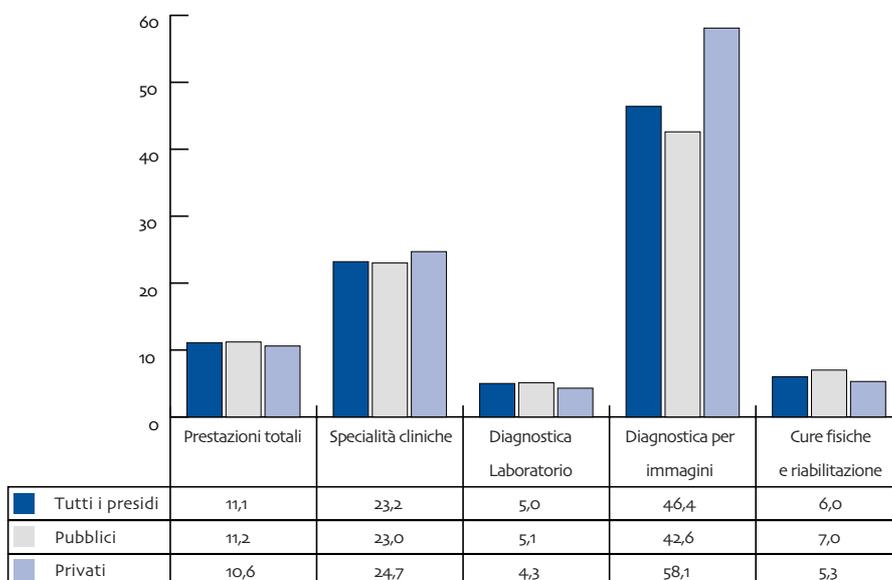
Per alcune di queste si ricorda peraltro la tendenza al miglioramento sottolineata al punto precedente.

- Tutte le Aziende garantiscono entro i tempi massimi fissati, le seguenti prestazioni "traccianti" più richieste:
 - ElettroCardioGramma
 - Terapia canalare in dente pluriradicolato
 - Visita ginecologica
 - Cistoscopia (transuretrale)
 - Uretroscopia
 - Broncoscopia con fibre ottiche
 - Spirometria semplice e globale
 - Radiografia del torace di routine.

Assistenza specialistica ambulatoriale - Valorizzazione specialistica dell'attività - Trend temporale

						VARIAZIONI %			
	1998 in lire	1999 in lire	2000 in lire	2001 in lire	2001 in Euro	2001 vs 2000	2000 vs 1999	1999 vs 1998	
Prestazioni complessive									
Totali	milioni	1.389.400	1.298.500	1.388.274	1.476.753	762,7	6,4	6,9	-6,5
	x prestazione	23.879	21.935	21.787	21.509	11	-1,3	-0,7	-8,1
di cui:						-			
- specialità cliniche	x prestazione	48.458	44.812	44.637	44.917	23	0,6	-0,4	-7,5
- diagn. laboratorio	x prestazione	10.723	10.172	9.718	9.701	5	-0,2	-4,5	-5,1
- diagn. per immagini	x prestazione	92.719	88.136	90.536	89.797	46	-0,8	2,7	-4,9
- cure fisiche e riabilitazione	x prestazione	13.059	11.507	11.696	11.550	6	-1,2	1,6	-11,9
-prestazioni pubbliche	milioni	1.145.100	1.049.100	1.091.060	1.162.069	600,2	6,5	4,0	-8,4
	x prestazione	24.745	22.475	22.262	21.781	11	-2,2	-0,9	-9,2
	% su valorizz. totale	82,4	80,8	78,6	78,7	0,0	0,1	-2,7	-2,0
- prestazioni private	milioni	244.300	249.400	297.214	314.683	162,5	5,9	19,2	2,1
	x prestazione	20.517	19.922	20.205	20.560	11	1,8	1,4	-2,9
	% su valorizz. totale	17,2	19,2	21,4	21,3	0,0	-0,5	11,5	9,2
Prestazioni pubbliche									
- specialità cliniche	x prestazione	49.000	44.695	44.518	44.505	23	0,0	-0,4	-8,8
- diagn. laboratorio	x prestazione	11.089	10.456	9.935	9.957	5	0,2	-5,0	-5,7
- diagn. per immagini	x prestazione	89.041	84.073	84.635	82.408	43	-2,6	0,7	-5,6
- cure fisiche e riabilitazione	x prestazione	13.813	13.475	13.458	13.496	7	0,3	-0,1	-2,4

Assistenza specialistica ambulatoriale - Anno 2001 - Veneto Valorizzazione media per tipo di prestazione, per ente gestore



- La valorizzazione economica complessiva si avvicina a 1.500 miliardi di lire (oltre 760 milioni di euro), evidenziando una tendenza crescente analoga a quella delle prestazioni, ma con tassi di crescita inferiori.
- 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).

Elementi di riflessione per il governo regionale

Nell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale si possono individuare le seguenti priorità per la programmazione regionale:

- individuazione chiara di responsabilità e strumenti, a livello locale e regionale, per il governo del fabbisogno assistenziale e dei conseguenti consumi, superando l'approccio limitato alla gestione dell'offerta
- riqualificazione e valorizzazione della rete dei poliambulatori territoriali, contestualmente alla razionalizzazione della rete ospedaliera e coerentemente alla politica di potenziamento del Distretto Socio-Sanitario nel governo delle prestazioni specialistiche
- definizione di linee guida per la verifica di appropriatezza delle prestazioni e individuazione di responsabilità e strumenti per la loro implementazione, coerentemente alle indicazioni contenute nella normativa nazionale e regionale sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- progettazione, sperimentazione e attivazione a regime di un sistema informativo a supporto del governo locale e regionale
- affinamento del monitoraggio e del controllo dei tempi di attesa e definizione delle responsabilità e individuazione degli strumenti per introdurre i correttivi per farli rientrare nei valori di riferimento regionali, anche alla luce delle linee guida sui criteri di priorità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al DPCM del 16.04.02.

Normativa

- L n. 388/00 (legge finanziaria per il 2001) ha previsto, nel rispetto degli adempimenti assunti dal Paese con l'adesione al patto di stabilità, che le Regioni provvedano alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione in materia sanitaria, attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva e stabilito nuove norme in materia di ticket.
- DL.vo n. 56/2000 che in attuazione della delega al Governo in materia fiscale (L n.133/99) ha previsto la revisione del sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario.
- Accordo sulla spesa sanitaria raggiunto tra le Regioni ed il Governo il 3.8.2000.
- L n.328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Accordo 8 agosto 2001 tra le Regioni e il Governo in cui viene sancito il principio dell'assunzione reciproca di responsabilità degli sfondamenti della spesa e le Regioni si impegnano a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie del settore sanitario con mezzi propri.
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 Riforma del Titolo V della Costituzione. La materia della

tutela della salute in quanto materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, vede affidata alle Regioni stesse la potestà legislativa effettiva, mentre rimane allo stato l'emanazione di norme solo di principio.

- Accordi Conferenza Stato-regioni relativi alla seduta 22 novembre 2001
- Decreto 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" pubblicato sul supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 34 del 9 febbraio 2002.
- DL.vo n. 347/01 convertito, con modifiche, nella L n. 405/01 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"
- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza": con tale documento sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, vengono indicate:
 - le prestazioni che rientrano nei LEA
 - le prestazioni totalmente escluse dai LEA
 - le prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche individuati dalle Regioni, con l'indicazione dei relativi requisiti di appropriatezza.
- DPCM 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa".
- Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste d'attesa, predisposto dal tavolo di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15) dell'accordo 8 agosto 2001, nella riunione del 26 giugno u.s. e approvato con l'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002.

Normativa regionale

- DGR n.88/00 "Regolamentazione del SERVICE per i laboratori di analisi cliniche, sia pubblici che privati; LR n. 29/85: aggiornamento allegati A e B".
- DGR n.1830/01 "Modificazioni alla DGR n.88/00: DM 7.11.91: regolamentazione del SERVICE per i laboratori di analisi cliniche, sia pubblici che privati; LR n. 29/85: aggiornamento allegati A e B".
- DGR n.253/00 quale atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.
- LR n.11/01 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31.3.1998, n.112"
- DGR n.120/01 che ha fissato, relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2001.
- DGR n.3572/01 "Aggiornamento sistema dei controlli sull'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale e modifica DGR n.4807/99.
- DGR n.617/02 che ha fissato, relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2002.
- Nota del Segretario Regionale alla Sanità e Sociale n.11034/50.01.00 del 26.febbraio 2002 con cui, in attuazione del DPCM 29 novembre 2001 sono state emanate le prime disposizioni applicative alle Aziende ULSS ed Ospedaliere della Regione Veneto.
- DGR n. 492/02 con cui sono state confermate le sopra richiamate prime disposizioni applicative disponendo altresì ulteriori integrazioni.
- DGR n. 2227/02 "DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Disposizioni applicative Secondo provvedimento"

FONTI

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Ospedalieri e Ambulatoriali - Rilevazione dei tempi di attesa presso le Aziende ULSS e Ospedaliere
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizio informativo e Tecnologie Informatiche
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità - Modelli STS.11 e STS.12
 - Flussi sulla mobilità infraregionale e interregionale

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.6.1, TAVOLA 4.6.2, TAVOLA 4.6.3, TAVOLA 4.6.4, TAVOLA 4.6.5, TAVOLA 4.6.6, TAVOLA 4.6.6, TAVOLA 4.6.7, TAVOLA 4.6.8, TAVOLA 4.6.9, TAVOLA 4.6.10, TAVOLA 46.11, TAVOLA 4.6.12, TAVOLA 4.6.13, TAVOLA 4.6.14, TAVOLA 4.6.15