

IRES VENETO

Il sistema socio-sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione

Un'analisi su sette Aziende ULSS

pubblicato su:


ALLEGATI

IRES VENETO

Il sistema socio-sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione

Un'analisi su sette Aziende ULSS

ALLEGATO A

DATI DEMOGRAFICI, EPIDEMIOLOGICI E SUL GRADO DI REALIZZAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

Indice

Premessa	P.5
1. Contesto territoriale di riferimento: dati demografici ed epidemiologici	
1.1 Analisi dei bisogni: <u>IL VENETO</u> : i bisogni di integrazione relativi alle patologie croniche	7
1.2 La cronicità: Veneto	9
1.2.1 Scopenso cardiaco	10
1.2.2 Diabete mellito	12
1.2.3 Cardiopatia Ischemica	14
1.2.4 IMA	16
1.2.5 BPCO	18
1.2.6 Fibrillazione atriale	20
1.2.7 Sintesi	22
2. Analisi del grado esistente di Integrazione	23
2.1 Analisi dei bisogni: le 7 A-Ulss	23
2.2 Le patologie	27
2.3 Gli strumenti di integrazione previsti dal Piano	28
2.3.1 La COT	29
2.3.2 Le strutture intermedie	30
2.3.3 Le dimissioni protette	33
2.3.4 ADI	33
2.3.5 PDTA	33
2.3.6 La nuova assistenza territoriale	34
3. Conclusioni	36

Si ringraziano sentitamente quanti hanno collaborato alla raccolta delle informazioni contenute in questa Appendice, in particolare:

Dott. Saugo (Regione Veneto), Dott.ssa Ghiotto (Regione Veneto), Dott.ssa Maria Chiara Corti (Regione Veneto), Dott.Decol (A-Ulss 1), Dott. Angelo Tanzarella (A-Ulss 1), Dott.ssa Silvia Pierobon (A-Ulss 6), Dott.Ferrarese Stefano (A-Ulss 6), Dott.Mauro Ramigni (A-Ulss 9), Dott.ssa Cinzia Piovesan (A-Ulss 9), Dott.Chiara Gatto (A-Ulss 9), Dott. Claudio Bizzarri (A-Ulss 9), Dott. Ubaldo Scardellato (A-Ulss 9), Dott.ssa Flavia Iazzoni, (A-Ulss 9), Dott. Enrico Franchi (A-Ulss 9), Dott.Domenico Bagnara (A-Ulss 12), Dott.Claudio Beltrame (A-Ulss 12), Dott.Federico Munarin (A-Ulss 12), Dott. Alessandro Pigatto (A-Ulss 16), Dott.ssa Lorella Marsili (A-Ulss 16), Dott. Stefano Vicari (A-Ulss 16), Dott.ssa Manuela Baccarin (A-Ulss 18), Dott.ssa Nicoletti Manuela (A-Ulss 18), Dott.Roberto Borin (A-Ulss 20), Dott.Frazzngaro (A-Ulss 20), Dott.ssa Iolanda Mozzetta (Nebo Ricerche PA), Dott.ssa Serena Pecchioli (Genomedics), Dott.ssa Giulia Dal Co (Agenas), Dott.ssa Elisa Rossi (Cineca), Dott. Iacopo Cricelli (Health Search).

Premessa

Le informazioni raccolte in questa **Appendice** consentono di evidenziare quali sono le caratteristiche principali dei contesti di riferimento relativi alle 7 A-Ulss selezionate e valutare lo stato di integrazione presente nella rete dei servizi territoriali, cercando altresì di seguire il percorso del paziente cronico dall'ospedalizzazione al domicilio nel suo "passaggio" attraverso la rete dei servizi territoriali. Tutto ciò consentirà di delineare quali sono gli elementi dei vari contesti territoriali e di ciascuna politica che stanno caratterizzando la transizione verso il modello di cura integrato, oggetto di sintesi e di valutazione nel Rapporto Finale.

PATOLOGIE	ICD-9
Scopenso cardiaco	428, 402.91, 404.91, 402.01, 402.11, 404.01
Diabete mellito	250
Cardiopatìa Ischemica	414.9
IMA (infarto acuto del miocardio)	410
BPCO	491.2, 496
Fibrillazione atriale	427.31

Tabella I. Patologie e classificazione ICD-9

Ambito	Indicatori	Livello di analisi	Fonte
Demografia	Popolazione 65 anni e più	Regionale, Provinciale, A-Ulss	http://demo.istat.it/
	Indice dipendenza strutturale	Regionale, Provinciale, A-Ulss	
	Indice dipendenza anziani	Regionale, Provinciale, A-Ulss	
	Indice di vecchiaia	Regionale, Provinciale, A-Ulss	
	Età media	Regionale, Provinciale, A-Ulss	
Rischio per patologia	Cronicità	Regionale	ISTAT (anni 2001-2013)
	Prevalenza	Nazionale, regionale	Health Search (2013),
		A-Ulss	ACG (2014)
	Incidenza		Dati aziendali (2014)
Mortalità evitabile ¹	Provinciale	MES (2013)	

Tabella II. Indicatori complessivi identificati nel percorso del paziente cronico
continua:

¹ Il termine "mortalità evitabile" (ME) è stato utilizzato per descrivere un metodo, basato sulla popolazione, per contare le morti premature, e non ineluttabili, da malattie per le quali sono disponibili interventi efficaci di sanità pubblica o medici, o entrambi. Studi sui trend storici della ME sono stati usati per stimare il contributo dei sistemi sanitari alla riduzione della mortalità e per confrontare l'efficacia dei sistemi sanitari fra paesi o regioni. In quasi tutti i paesi industrializzati studiati i tassi di ME sono gradualmente diminuiti negli ultimi decenni, suggerendo che l'assistenza sanitaria ha un impatto significativo sulla mortalità

segue:

Ambito	Indicatori	Livello di analisi	Fonte
Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione oltre 30 gg	A-Ulss	MES (2013)
	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	A-Ulss	MES (2013)
	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	A-Ulss	MES (2013)
	Efficienza della degenza ospedaliera (Σ degenze osservate- Σ degenze attese)	A-Ulss	MES (2013)
	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni	A-Ulss	MES (2013)
	Mobilità passiva acuti	A-Ulss	SER (2012)
	Mobilità passiva riabilitazione e lungodegenza		SER (2012)
Percorso ospedale – territorio	Tasso di Ospedalizzazione per patologia	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Ricoveri entro 30 giorni dimissione (%)	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Degenza media	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Dimissione ordinaria domicilio paziente	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Trasferimento paziente ad altro istituto di ricovero e cura (%)	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Trasferimento paziente ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza (%)	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
	Dimissione ordinaria paziente con attivazione di assistenza domiciliare integrata	A-Ulss	Dati aziendali (2014)
Presenza in carico territoriale	PDTA attivati	A-Ulss	Regione Veneto (2014)
	ADI	A-Ulss	Regione Veneto (2014)
	Strutture intermedie	A-Ulss	Delibere Aziendali (2014-2015)
	COT	A-Ulss	Regione Veneto (2015)
	Dimissioni Protette		Dati Aziendali (2014)

Tabella II. Indicatori complessivi identificati nel percorso del paziente cronico

1. Il contesto regionale di riferimento

1.1 Analisi dei bisogni: [Veneto](#)

	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
VERONA	194.389	21,1	55,0	32,6	145,7	43,9
VICENZA	178.148	20,5	54,5	31,7	138,5	43,6
BELLUNO	51.893	25,0	59,4	39,8	203,1	46,8
TREVISO	183.106	20,6	55,1	32,0	138,6	43,8
VENEZIA	201.253	23,5	57,4	36,9	180,5	45,8
PADOVA	199.313	21,2	54,2	32,8	152,9	44,5
ROVIGO	58.795	24,2	55,4	37,7	212,9	47,1
Veneto	1.066.897	21,7	55,4	33,6	154,8	44,6

Tabella 1.1. Indicatori epidemiologici provinciali (anno 2015)

Fonte: ISTAT: Demografia in cifre (<http://demo.istat.it/>)

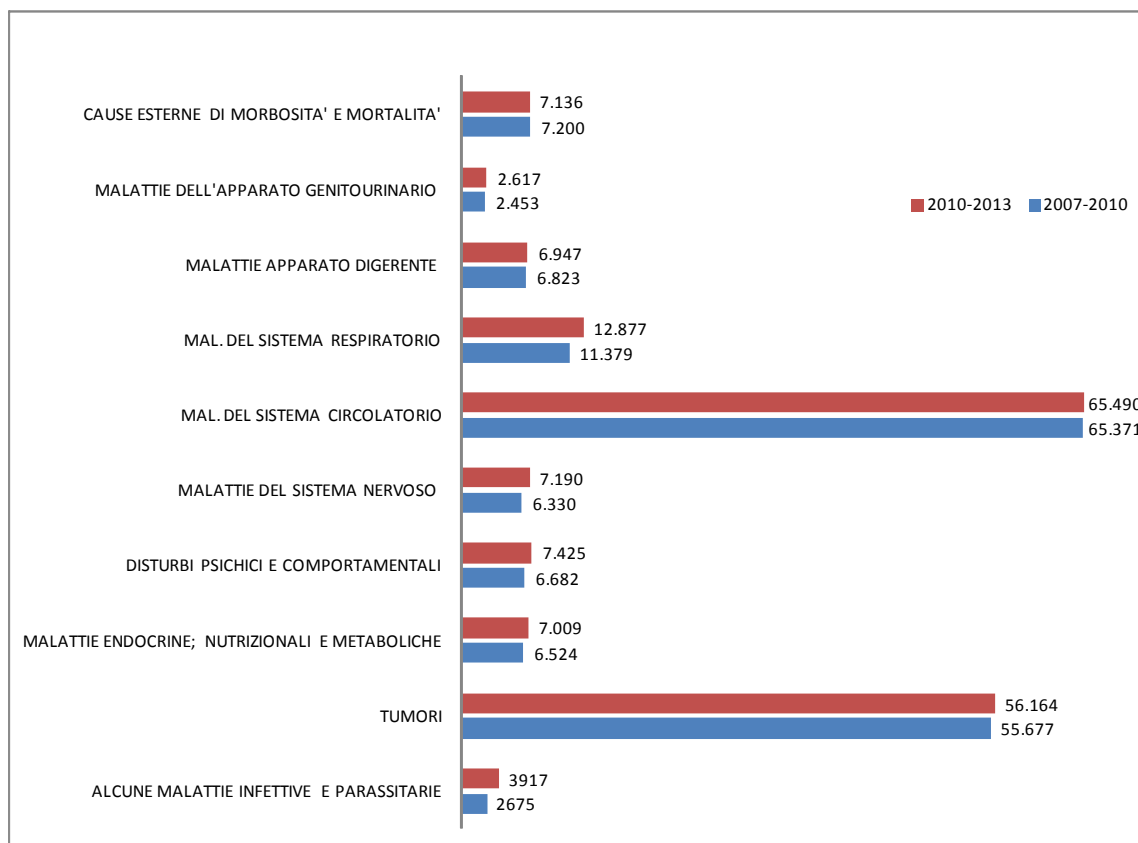


Figura 1.1. Decessi in Veneto per grandi gruppi di cause 2010-2013

Fonte : *Relazione Socio Sanitaria del Veneto 2015.*

La definizione del quadro epidemiologico e socio demografico è fondamentale per valutare l'efficacia dei servizi territoriali nel garantire l'assistenza del paziente durante la fase post acuta della malattia cronica. A livello regionale si evidenzia come i malati cronici siano in costante aumento e con un'incidenza del 40,9%². Il paziente cronico nel 26% dei casi ha almeno una esenzione per patologia, il 65% degli ultra 65enni è esente per almeno una patologia cronica, il 15% ha almeno due patologie co – presenti e il 7% ne ha almeno 3. Vivono a casa da soli il 43,3% delle femmine e il 13,8% dei maschi di 75-84 anni, e il 44,2% delle femmine e il 23,2% dei maschi con più di 85 anni (Censimento ISTAT VENETO 2011). Tutto ciò determina un crescente bisogno di presa in carico dei pazienti e necessità di continuità dell'assistenza.

² Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%), seguono, Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%) (2011).

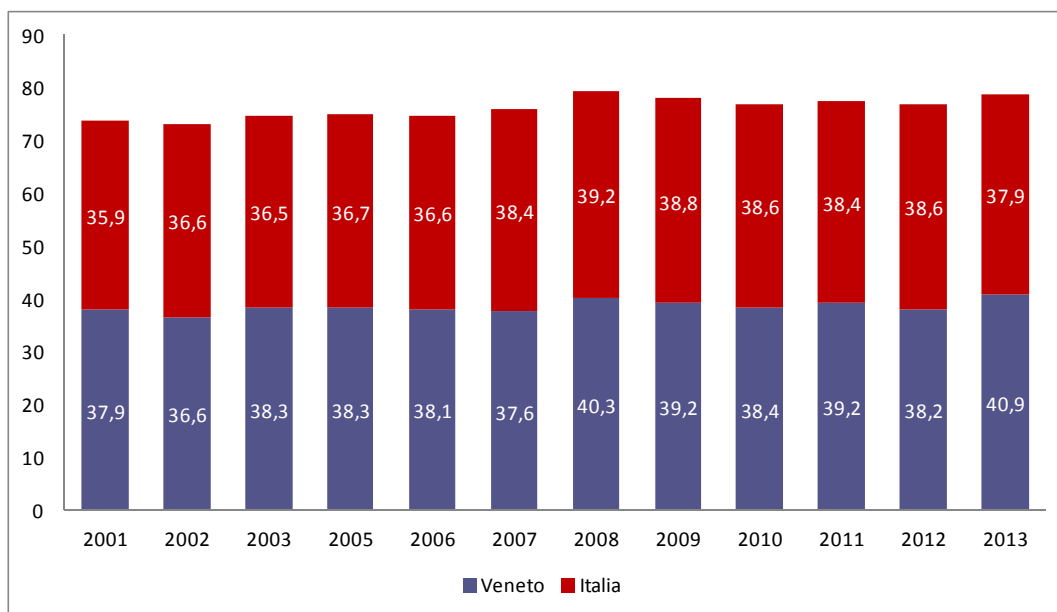


Figura 1.2. Persone con almeno una malattia cronica (anni 2001-2013)

Fonte: Istat

1.2 La cronicità: [Veneto](#)

		Stato di salute per 100 persone: anni 2001-2013											
VENETO /ITALIA		2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Persone con almeno una malattia cronica	Veneto	37,9	36,6	38,3	38,3	38,1	37,6	40,3	39,2	38,4	39,2	38,2	40,9
	Italia	35,9	36,6	36,5	36,7	36,6	38,4	39,2	38,8	38,6	38,4	38,6	37,9
Persone con almeno due malattie croniche	Veneto	18,6	17,9	18,4	18,4	18,2	17,5	18,7	19,2	18,7	18,1	18,3	
	Italia	18,8	19,2	19,9	19,3	19,6	20,7	20,5	20,3	20,1	20	20,4	20
Persone con diabete	Veneto	3,8	3,5	3,1	3,9	3,9	4,1	4,1	4,2	4,2	3,4	4,4	4,7
	Italia	3,9	3,9	3,9	4,2	4,5	4,6	4,8	4,8	4,9	4,9	5,5	5,4
Persone con ipertensione	Veneto	12,9	13,4	13,8	13,6	14,2	15,3	16,4	15,8	16,2	14,9	15,3	16,9
	Italia	11,8	12,7	13,2	13,8	14,2	15,3	15,8	15,8	16	15,9	16,4	16,7
Persona con bronchite cronica	Veneto	6,6	5,8	5,9	5,8	6,1	5,8	5,4	5,6	5,2	5,8	5,7	5,5
	Italia	6,3	6,5	6,6	6,4	6,4	6,7	6,4	6,2	6,1	6,1	6,1	5,9
Persone con malattie del cuore	Veneto	3,8	3,6	4	4,2	3,9	3,6	3,2	3,7	3,7	2,9	3,9	4,4
	Italia	3,8	3,8	4	3,7	3,9	4	3,6	3,6	3,7	3,6	3,5	3,7

Tabella 1.2. Stato di salute per 100 persone: anni 2001-2013

Fonte: ISTAT (anni 2001-2013)

Punteggio di Barthel al ricovero (%) ³								
Classe di età	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	NR	N totale SDO
15-29	11,6	1,7	4,1	10,5	59,3	0,1	12,7	39.953
30-44	10,1	1,9	4,1	10,4	62,0	0,1	11,5	81.352
45-59	12,5	4,1	4,8	12,3	56,7	0,1	9,6	72.392
60-74	12,7	5,7	6,7	18,0	46,8	0,1	10,0	129.866
75-89	20,1	13,5	11,7	21,7	22,0	0,1	11,0	142.335
90+	37,2	22,0	12,6	12,6	4,1	0,0	11,8	20.143
Totale	15,3	7,4	16,1	16,1	42,8	0,1	10,8	486.041

Tabella 1.3. SDO per classe di età e punteggio di Barthel al ricovero (%). Anno 2011

Fonte: *Lo scompenso cardiaco nell'anziano: prevenire le riospedalizzazioni (SER 2014)*

1.2.1 Le patologie in Veneto : SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome cronica, a significativo impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità. In Veneto costituisce una delle principali condizioni morbose che porta al ricovero ospedaliero con circa 22.000 ricoveri annui nella regione Veneto (2008). Secondo quanto riportato nelle Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco Cronico della European Society of Cardiology, "un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni e la mortalità".

I pazienti con SC cronico possono presentare riacutizzazioni della malattia tali da rendere frequente il ricovero ospedaliero che spesso è connesso a fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili ; ciò sembra confermare come possa essere necessaria una gestione integrata territoriale ed ospedaliera della patologia sulla base delle necessità del singolo paziente e tale da poter essere seguito, nelle fasi di stabilità della malattia a livello ambulatoriale dal team Chronic Care Model (CCM), mentre nelle fasi avanzate può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI) o come quella ospedaliera.

La medicina generale, da questo punto di vista ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, soprattutto se attiva l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona.

3. L'Indice di Barthel fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi d'incontinenza, anche saltuari. Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza.

Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

Prevalenza Scopenso Cardiaco⁴	Maschi		Femmine		Totale	
	n	Prev %	n	Prev %	n	Prev %
Fasce di Eta'						
15-24	10	0,02	4	0,01	14	0,01
25-34	29	0,04	14	0,02	43	0,03
35-44	63	0,07	48	0,05	111	0,06
45-54	249	0,26	123	0,12	372	0,19
55-64	688	0,87	338	0,41	1026	0,64
65-74	1573	2,41	1029	1,44	2602	1,90
75-84	2491	6,15	2590	4,53	5081	5,21
>=85	1521	12,03	2922	10,78	4443	11,18
Regione						
Piemonte/Aosta	331	0,95	316	0,85	647	0,90
Liguria	303	1,87	284	1,57	587	1,71
Lombardia	1400	1,62	1341	1,49	2741	1,55
Trentino/FVG	402	1,37	538	1,67	940	1,53
Veneto	521	1,31	447	1,05	968	1,18
Emilia Romagna	472	1,70	603	1,90	1075	1,81
Toscana	457	1,69	422	1,47	879	1,58
Umbria	184	1,18	227	1,33	411	1,25
Marche	133	1,08	160	1,25	293	1,17
Lazio	392	0,97	391	0,86	783	0,91
Abruzzo/Molise	214	1,26	265	1,42	479	1,35
Campania	454	0,95	550	1,04	1004	1,00
Puglia	333	0,85	390	0,94	723	0,90
Basilicata/Calabria	285	1,25	331	1,38	616	1,31
Sicilia	663	1,44	719	1,42	1382	1,43
Sardegna	80	0,64	84	0,62	164	0,63
TOTALE	6624	1,29	7068	1,27	13692	1,28

Tabella 1.4. Prevalenza Scopenso. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).
Fonte: Health Search

⁴ Per definire la prevalenza dello Scopenso Cardiaco e delle altre patologie considerate, si sono utilizzate le rilevazioni di Health Search. La cartella del medico di medicina generale (MMG), infatti, rappresenta una fonte di dati sulla prevalenza delle patologie croniche che è entrata a far parte del panorama epidemiologico italiano attraverso la pubblicazione dei rapporti Health Search, istituto di ricerca della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale).

1.1.1 Le patologie in Veneto : Il DIABETE MELLITO

Secondo i dati dell'Istat, nel 2013 è diabetico il 5,4% degli italiani, cioè circa 3,3 milioni di persone. Tenendo conto del cambiamento nella composizione per età e sesso della popolazione italiana nel corso degli anni, il tasso standardizzato della prevalenza del diabete è aumentato dal 4,0% del 2005 al 4,8% nel 2013. La patologia riguarda prevalentemente la popolazione di sesso maschile (5,6%, vs 5,3%) e la sua prevalenza aumenta con l'età, fino a raggiungere il 20,7% tra gli uomini e il 20,1% tra le donne over 74.

Se non opportunamente trattato, il diabete può pregiudicare la funzionalità di diversi organi ed apparati, con conseguenze rilevanti sulla qualità e l'aspettativa di vita dell'individuo. L'assistenza al cittadino diabetico necessita, per questo, di una rete di servizi integrati finalizzati a prevenire, diagnosticare e curare questa patologia. Nel decennio 2001-2010 il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario appare in riduzione in tutte le regioni italiane, passando da 52,7 a 32,1 per 100.000 a livello nazionale. Con riferimento al biennio 2011-2012, il tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere per diabete mellito si è ridotto da 81,77 a 77,6640: ciò è stato possibile grazie ad una migliore applicazione delle Linee Guida e da una più efficiente organizzazione delle cure territoriali (Meridiano Sanità Rapporto 2014).

I residenti del **Veneto** identificati come diabetici dalle varie fonti utilizzate (farmaci, esenzioni ticket, ricoveri) sono circa 275.000 persone con prevalenza del 5,6% e aumento dei casi di circa il 70% in 15 anni. Il 60% dei diabetici in Veneto ha un'età pari o superiore a 65 anni ma almeno 100 mila sono quelli in età lavorativa. Il confronto tra l'uso delle risorse sanitarie di un diabetico rispetto a non diabetico evidenzia come il tasso di ricovero è circa il doppio nei diabetici rispetto ai non diabetici, il numero di confezioni di farmaco più che il doppio, e così le prestazioni prescritte ai diabetici sono quasi doppie rispetto ai non diabetici (34 contro 19 ogni anno). Il costo complessivo dei trattamenti e degli esami è più che doppio nei diabetici rispetto ai non diabetici (2.800 rispetto ai 1300), e dovuta per il 53% ai ricoveri, 15% specialistica, 20% farmaci diversi da antidiabetici e 7% farmaci antidiabetici (Bonora, Arno 2014). (Deliberazione della Giunta Regionale n. 613 del 29 aprile 2014: Protocolli regionali per la terapia insulinica con microinfusore nei pazienti adulti e pediatrici affetti da diabete di tipo 1).

Sulla base dei dati attualmente disponibili, è possibile concludere che la gestione integrata del diabete da parte dei team diabetologici e dei MMG con PDTA condivisi, è la strategia assistenziale di riferimento. Tale strategia è stata inclusa anche dal Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 che prevede la realizzazione di progetti regionali finalizzati a prevenirne le complicanze croniche del diabete. Con queste premesse è stato promosso dall'Istituto Superiore di Sanità il progetto I.G.E.A. che definisce i requisiti minimi per la gestione integrata del diabete mellito.

Nel Veneto l'assistenza specialistica al diabetico viene fornita da unità operative (UO) complesse di endocrinologia e/o metabolismo e/o diabetologia oppure da UO semplici di diabetologia o da ambulatori specialistici inseriti in dipartimenti o in UO di medicina interna o geriatria. In Veneto sono presenti circa 60 centri/ambulatori di diabetologia, ciascuno dotato di un variabile numero di medici (da 1 a 6), infermieri (da 0 a 8), dietisti (da 0 a 3) e figure amministrative (da 0 a 3), ciascuno erogante un numero di prestazioni (visite, prelievi di sangue, test dinamici, esami strumentali, medicazioni, ecc.) variabile da qualche centinaio ad oltre 100 mila all'anno. Il costo di gestione di questi centri/ambulatori di diabetologia, che varia in funzione della pianta organica, del numero di pazienti assistiti, del numero e della complessità delle prestazioni erogate può essere stimato da un minimo di circa 25.000 euro/anno, nel caso sia presente un unico specialista parzialmente dedicato ai pazienti. Vari studi epidemiologici, in certi casi condotti proprio nel Veneto, hanno mostrato che gran parte dei pazienti con diabete ha in atto una o più complicanze croniche. Ciò indica quanto sia importante eseguire con regolarità uno screening e una stadiazione del danno d'organo conseguente al diabete.

Al momento la percentuale di soggetti che periodicamente viene sottoposta a screening/stadiazione delle complicanze croniche (microalbuminuria, visita oculistica, ecc.) è molto **inferiore a quanto previsto dagli standard di riferimento** e ciò dipende in parte da un'insufficiente attenzione a questo aspetto e in parte

dalle difficoltà a ottenere l'esecuzione di alcuni esami strumentali su un maggior numero di pazienti (Progetto obiettivo: Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, Regione Veneto 2009)

	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>	
Prevalenza Diabete	n	Prev %	n	Prev %	n	Prev %
Fasce di Eta'						
15-24	99	0,18	149	0,29	248	0,23
25-34	299	0,42	540	0,75	839	0,59
35-44	1182	1,27	1456	1,53	2638	1,40
45-54	5014	5,17	2988	2,97	8002	4,05
55-64	10940	13,88	6973	8,50	17913	11,13
65-74	15209	23,26	11780	16,47	26989	19,72
75-84	10087	24,91	11520	20,16	21607	22,13
>=85	2454	19,41	4985	18,39	7439	18,71
Regione						
Piemonte/Aosta	2631	7,55	2381	6,39	5012	6,95
Liguria	1344	8,29	1263	7,00	2607	7,61
Lombardia	7174	8,29	5795	6,45	12969	7,35
Trentino/FVG	2434	8,30	2065	6,40	4499	7,31
Veneto	3355	8,44	2706	6,37	6061	7,37
Emilia Romagna	2439	8,76	2108	6,66	4547	7,64
Toscana	2349	8,70	1948	6,79	4297	7,72
Umbria	1382	8,83	1156	6,75	2538	7,74
Marche	972	7,91	791	6,19	1763	7,04
Lazio	3509	8,65	3343	7,38	6852	7,98
Abruzzo/Molise	1600	9,45	1478	7,95	3078	8,66
Campania	4614	9,62	4199	7,94	8813	8,74
Puglia	3660	9,35	3602	8,70	7262	9,01
Basilicata/Calabria	2188	9,58	2130	8,86	4318	9,21
Sicilia	4623	10,02	4561	9,02	9184	9,50
Sardegna	1010	8,12	865	6,39	1875	7,22
TOTALE	45284	8,78	40391	7,26	85675	7,99

Tabella 1.5. Prevalenza Diabete. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).

Fonte: Health Search

1.1.2 Le patologie in Veneto : La CARDIOPATIA ISCHEMICA

La cardiopatia ischemica rientra come caratteristica anamnestiche dei soggetti in relazione ai ricoveri in cardiologia come condizione morbosa di tipo cardiologico (Lo scompenso cardiaco nel Veneto SER 2010). Infatti può dar luogo ad eventi acuti come nel caso dell'infarto del miocardio ed è la causa principale dello scompenso cardiaco cronico. Gli ultimi dati pubblicati, relativi a un progetto di ricerca su persone che soffrono di scompenso cardiaco che vivono in regione Veneto, evidenziano come dei 155.605 pazienti dei medici coinvolti nel progetto denominato Re.V.A.N. (Regione Veneto Audit Net - 2009), 1.905 di questi pazienti sono stati diagnosticati come affetti da scompenso. Di questi il 4,8% ha più di 65 anni e il 7,5% ha più di 75 anni. L'età media è di 76 anni negli uomini e 81 anni nelle donne. La metà dei pazienti è generalmente visitata a domicilio, non è autonoma e necessita di assistenza. Il 14% vive in un difficile contesto sociale e familiare. Circa la metà di tutti i pazienti con Congestive Heart Failure (CHF) hanno avuto almeno un ricovero per CHF nei precedenti tre anni. Il ricorso a test diagnostici, trattamenti farmacologici e ricovero è fortemente associato a età, sesso, disabilità, contesto di cura e alle relative questioni di assistenza connesse. L'ipertensione (52%), malattia coronarica (45%), fibrillazione atriale (43%), diabete mellito (32%), BPCO (25%) e insufficienza renale (creatinina - 1,5 mg / dl) (24%) sono le malattie correlate più frequenti nei pazienti affetti da CHF, oltre alla demenza (16%). Questi dati evidenziano con molta chiarezza i bisogni di assistenza di molte persone caratterizzate da età avanzata, comorbidità, ridotta autonomia nelle attività della vita quotidiana. Esse necessitano di periodici controlli sanitari per monitorare alcuni parametri e registrare dati relativi al loro stato di salute. A causa della loro ridotta autonomia o disabilità queste persone hanno difficoltà nell'accedere periodicamente e con regolarità a controlli sanitari ambulatoriali. Non sempre è possibile garantire un puntuale monitoraggio domiciliare da parte di personale sanitario, a causa dell'elevata prevalenza di pazienti che hanno questa necessità e degli elevati carichi di lavoro cui sono sottoposti medici e infermieri impegnati nella primary care.

Prevalenza Cardiopatia Ischemica	Maschi		Femmine		Totale	
	n	Prev %	n	Prev %	n	Prev %
Fasce di Eta'						
15-24	3	0,01	2	0,00	5	0,01
25-34	21	0,03	9	0,01	30	0,02
35-44	187	0,20	41	0,04	228	0,12
45-54	1089	1,12	262	0,26	1351	0,68
55-64	3228	4,10	902	1,10	4130	2,57
65-74	4900	7,50	2014	2,82	6914	5,05
75-84	4125	10,19	3075	5,38	7200	7,38
>=85	1340	10,60	1998	7,37	3338	8,40
Regione						
Piemonte/Aosta	888	2,55	392	1,05	1280	1,78
Liguria	361	2,23	196	1,09	557	1,63
Lombardia	2250	2,60	1061	1,18	3311	1,88
Trentino/FVG	764	2,61	451	1,40	1215	1,97
Veneto	891	2,24	421	0,99	1312	1,60
Emilia Romagna	806	2,89	505	1,60	1311	2,20
Toscana	602	2,23	342	1,19	944	1,70
Umbria	449	2,87	287	1,68	736	2,25
Marche	299	2,43	178	1,39	477	1,90
Lazio	1163	2,87	708	1,56	1871	2,18
Abruzzo/Molise	433	2,56	236	1,27	669	1,88
Campania	2186	4,56	1477	2,79	3663	3,63
Puglia	1056	2,70	502	1,21	1558	1,93
Basilicata/Calabria	727	3,18	351	1,46	1078	2,30
Sicilia	1774	3,84	1038	2,05	2812	2,91
Sardegna	244	1,96	158	1,17	402	1,55
TOTALE	14893	2,89	8303	1,49	23196	2,16

Tabella 1.6. Prevalenza Cardiopatia Ischemica . Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).

Fonte: Health Search

1.1.3 Le patologie in Veneto: IMA

Prevalenza IMA	Maschi		Femmine		Totale	
	n	Prev %	n	Prev %	n	Prev %
Fasce di Eta'						
15-24	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25-34	19	0,03	2	0,00	21	0,02
35-44	154	0,17	34	0,04	188	0,10
45-54	795	0,82	147	0,15	942	0,48
55-64	2028	2,57	329	0,40	2357	1,47
65-74	2276	3,48	660	0,92	2936	2,15
75-84	1755	4,33	978	1,71	2733	2,80
>=85	559	4,42	705	2,60	1264	3,18
Regione						
Piemonte/Aosta	429	1,23	175	0,47	604	0,84
Liguria	318	1,96	121	0,67	439	1,28
Lombardia	1370	1,58	518	0,58	1888	1,07
Trentino/FVG	412	1,41	199	0,62	611	0,99
Veneto	541	1,36	225	0,53	766	0,93
Emilia Romagna	519	1,86	213	0,67	732	1,23
Toscana	562	2,08	200	0,70	762	1,37
Umbria	255	1,63	91	0,53	346	1,06
Marche	180	1,47	76	0,60	256	1,02
Lazio	465	1,15	176	0,39	641	0,75
Abruzzo/Molise	198	1,17	80	0,43	278	0,78
Campania	714	1,49	223	0,42	937	0,93
Puglia	450	1,15	139	0,34	589	0,73
Basilicata/Calabria	329	1,44	96	0,40	425	0,91
Sicilia	701	1,52	269	0,53	970	1,00
Sardegna	143	1,15	54	0,40	197	0,76
TOTALE	7586	1,47	2855	0,51	10441	0,97

Tabella 1.7. Prevalenza Diabete. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).
Fonte: Health Search

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci.

Nella Regione Veneto vengono annualmente ospedalizzati oltre 7.000 casi di IMA, il 67% dei quali con un sopra livellamento del tratto ST (IMA-STEMI), con una mortalità intraospedaliera di circa il 15%. La trombolisi precoce e angioplastica primaria si sono dimostrate efficaci nel ridurre significativamente la mortalità per IMA (SER 2005).

Con la DGR n. 4299 del 29.12.2004, è stato adottato il documento denominato "*Istituzione della Rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (Fibrinolisi ed Angioplastica)*" affidando contestualmente al CREU la realizzazione di una campagna di informazione tesa ad un miglior uso del Sistema 118, e la definizione di un percorso comune per i soggetti attori della rete IMA, e al Servizio Epidemiologico Regionale (SER) l'istituzione di un Registro regionale per monitorare sia il processo che i risultati delle azioni intraprese.

Con Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale n. 22 del 01.04.2007, è stata istituita la Commissione Regionale "Rete interospedaliera e trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)", presieduta dal Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Tale Commissione ha individuato come obiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi, sia presso le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC), che presso i laboratori di emodinamica e nel corso degli interventi del Servizio Urgenza Emergenza 118 (SUEM 118).

La gestione appropriata dei soggetti con IMA è finalizzata alla riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, alla maggior diffusione dell'uso della trombolisi precoce e all'aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche, con la garanzia dell'accesso all'angioplastica (Allegato alla DGR 4550 del 28 Dicembre 2007).

1.1.4 Le patologie in Veneto: BPCO

Nel Veneto le malattie croniche delle basse vie respiratorie sono causa di 1.200 decessi anno (2,8% del totale). La BPCO è una patologia prevenibile e trattabile, si può intervenire per rallentarne l'evoluzione. Viene sottolineata l'affermazione "prevenibile e curabile" nell'ottica di fornire una prospettiva positiva ai pazienti, di incoraggiare la comunità sanitaria ad acquisire un ruolo più attivo nello sviluppo di programmi di prevenzione e di trattamento per i pazienti. Le malattie respiratorie richiedono una gestione continua dei pazienti causata dalle frequenti riacutizzazioni e, pertanto, numerosi ricoveri con un peggioramento della qualità della vita. Partendo dall'analisi multifattoriale del bisogno assistenziale, si dovrebbe arrivare a definire forme alternative alla tradizionale assistenza di tipo ospedaliero, che portino ad un miglioramento della qualità della vita da una parte e una riduzione dei costi sanitari dall'altra. Sicuramente diventa fondamentale l'integrazione tra ospedale e servizi erogati sul territorio nell'ottica della continuità assistenziale e dell'ottimizzazione dei servizi offerti ai cittadini/utenti. Un aspetto molto rilevante per l'assistenza sanitaria dei pazienti con BPCO è costituito dalla presenza di comorbidità, in particolare la frequente concomitanza di una cardiopatia ischemica che è fonte di rilevanti problemi nell'impostazione della terapia (vedi allegato alla Dgr n°206 del 24 febbraio 2015)

Prevalenza BPCO						
	Maschi		Femmine		Totale	
	n	Prev %	n	Prev %	n	Prev %
Fasce di Eta'						
15-24	108	0,19	75	0,15	183	0,17
25-34	169	0,24	133	0,19	302	0,21
35-44	448	0,48	360	0,38	808	0,43
45-54	1291	1,33	1027	1,02	2318	1,17
55-64	3110	3,95	2064	2,52	5174	3,22
65-74	5761	8,81	3658	5,12	9419	6,88
75-84	6095	15,05	4236	7,41	10331	10,58
>=85	2295	18,16	2272	8,38	4567	11,49
Regione						
Piemonte/Aosta	889	2,55	546	1,47	1435	1,99
Liguria	526	3,24	334	1,85	860	2,51
Lombardia	2810	3,25	1886	2,10	4696	2,66
Trentino/FVG	715	2,44	569	1,76	1284	2,09
Veneto	881	2,22	623	1,47	1504	1,83
Emilia Romagna	1169	4,20	1073	3,39	2242	3,77
Toscana	1158	4,29	747	2,61	1905	3,42
Umbria	533	3,41	386	2,25	919	2,80
Marche	375	3,05	216	1,69	591	2,36
Lazio	1486	3,66	1439	3,18	2925	3,41
Abruzzo/Molise	830	4,90	576	3,10	1406	3,96
Campania	2532	5,28	2062	3,90	4594	4,55
Puglia	1891	4,83	1152	2,78	3043	3,78
Basilicata/Calabria	1055	4,62	672	2,79	1727	3,68
Sicilia	1953	4,23	1209	2,39	3162	3,27
Sardegna	474	3,81	335	2,48	809	3,11
TOTALE	19277	3,74	13825	2,48	33102	3,09

Tabella 1.8. Prevalenza BPCO. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).
Fonte: Health Search

1.1.6 Le patologie in Veneto: Fibrillazione atriale

La FA rappresenta l'aritmia sostenuta più frequente nella pratica clinica, con una prevalenza nella popolazione generale dello 0,5-1% (0,95% nello studio nord-americano ATRIA 1 e 0,87% nello studio scozzese di Murphy et al. 2). Pur essendo relativamente bassa tra i giovani, aumenta con l'avanzare dell'età: 4,8% tra i 70 e 79 anni, 8,8% tra 80 e 89 anni 3. In Italia i dati del Progetto Cuore collocano la prevalenza della FA nella popolazione generale allo 0,8% per gli uomini e allo 0,7% per le donne che sale per gli ultra sessantacinquenni (65-74 anni) al 2,5% per gli uomini e al 2,4% per le donne. L'età mediana dei pazienti è di 75 anni, di cui il 70% circa ha un'età compresa tra i 65 e gli 85 anni. Un MMG con 1.500 assistiti avrà mediamente 27 pazienti con FA. Ogni anno 2-3 pazienti svilupperanno FA.

In Veneto si stima una prevalenza pari al 1,7% nella popolazione generale (1,8% nei maschi e 1,7% nelle femmine), con valori relativi al sesso e all'età coerenti con i dati di letteratura.

Esiste una certa variabilità in ambito regionale sulla prevalenza di fibrillazione atriale che per i maschi va da 1,5% nell'Azienda ULSS 4 a 2,3% nell'Azienda ULSS 19 e per le femmine va da 1,2% a 2,5% nelle Aziende ULSS 4 e 19 (rispettivamente figure 2 e 3) (IES 2009).

Gli studi condotti per valutare il costo del trattamento dei pazienti con FA sono molto pochi e in qualche modo i risultati spesso risultano essere solo indicativi; infatti, al di là delle cure iniziali necessarie al momento della diagnosi dell'aritmia, il costo complessivo è fortemente influenzato dalla gestione cronica di questi pazienti. Gli studi condotti al riguardo hanno evidenziato che il maggior peso dei costi di gestione dell'aritmia è dovuto, però, all'incremento delle ospedalizzazioni e delle giornate di degenza. Lo studio francese COCAF ha infatti documentato che il 52% della spesa è rappresentato dalle ospedalizzazioni, mentre il rimanente 48% viene così suddiviso: 23% farmaci, 9% visite, 8% ulteriori indagini diagnostiche, 6% perdite di giornate lavorative, 2% procedure paramediche (SIMG, Fibrillazione atriale in Medicina Generale 2013). (Vedi Costi diretti dei pazienti in TAO, terapia anticoagulante orale in Veneto) .

Prevalenza Fibrillazione Atriale	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>	
	<i>n</i>	<i>Prev %</i>	<i>n</i>	<i>Prev %</i>	<i>n</i>	<i>Prev %</i>
Fasce di Eta'						
15-24	25	0,04	6	0,01	31	0,03
25-34	98	0,14	23	0,03	121	0,08
35-44	295	0,32	100	0,11	395	0,21
45-54	845	0,87	371	0,37	1216	0,62
55-64	1661	2,11	961	1,17	2622	1,63
65-74	3451	5,28	2642	3,69	6093	4,45
75-84	4354	10,75	4955	8,67	9309	9,54
>=85	1920	15,19	3415	12,60	5335	13,42
Regione						
Piemonte/Aosta	889	2,55	820	2,20	1709	2,37
Liguria	460	2,84	451	2,50	911	2,66
Lombardia	2123	2,45	1983	2,21	4106	2,33
Trentino/FVG	874	2,98	863	2,68	1737	2,82
Veneto	1229	3,09	1095	2,58	2324	2,83
Emilia Romagna	909	3,26	919	2,90	1828	3,07
Toscana	758	2,81	779	2,72	1537	2,76
Umbria	456	2,91	411	2,40	867	2,65
Marche	263	2,14	264	2,07	527	2,10
Lazio	929	2,29	876	1,93	1805	2,10
Abruzzo/Molise	398	2,35	366	1,97	764	2,15
Campania	918	1,91	1042	1,97	1960	1,94
Puglia	811	2,07	900	2,17	1711	2,12
Basilicata/Calabria	411	1,80	485	2,02	896	1,91
Sicilia	953	2,07	943	1,87	1896	1,96
Sardegna	268	2,15	276	2,04	544	2,09
TOTALE	12649	2,45	12473	2,24	25122	2,34

Tabella 1.9. Prevalenza Fibrillazione Atriale. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).

Fonte: Health Search

1.1.7 Le patologie in Veneto: Sintesi

Il quadro che sembra emergere dalle rilevazioni effettuate da Health Search, evidenzia come, tra le patologie considerate, sia il diabete la patologia prevalente, sia a livello regionale che nazionale. Ciò che si evidenzia, soprattutto, è come ciascuna delle patologie considerate, soprattutto se associata all'età o alla comorbidità di ciascun paziente, richieda la continuità assistenziale del paziente cronico e dunque l'integrazione tra ospedale e servizi erogati sul territorio nell'ottica della continuità assistenziale e dell'ottimizzazione dei servizi offerti. Ciò è possibile solamente in presenza di una rete di servizi integrati finalizzati a prevenire, diagnosticare e curare ogni patologia.

Patologia	PREVALENZA Veneto (%)	PREVALENZA Italia (%)
SCOMPENSO CARDIACO	1,18	1,28
DIABETE MELLITO TIPO 2	7,37	7,99
CARDIOPATIA ISCHEMICA	1,60	2,16
IMA	0,93	0,97
BPCO	1,83	3,09
FIBRILLAZIONE ATRIALE	2,83	2,34

Tabella 1.10. Prevalenza Patologie. Popolazione attiva al 31/12/2013 del campione degli 800 medici Health Search (N=1.072.218).

Fonte: Health Search

2. Analisi del grado esistente di integrazione

La necessità di una rete di servizi integrati in grado di assicurare una presenza continuativa a fianco del paziente cronico ci spinge a valutare quanto sia integrata la rete dei servizi territoriali all'interno di 7 A-Ulss del territorio regionale. Il PSSR si pone come scopo⁵ quello di favorire *“l'integrazione territoriale implementando modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, per garantire la continuità dell'assistenza”*. E' dunque necessario approfondire quali sono gli aspetti dei contesti territoriali che rendono necessario tale cambiamento e verificare se, e in che modo, tale cambiamento si sta implementando.

2.1 Analisi dei bisogni: le 7 A-Ulss

Dagli indicatori demografici che esprimono le caratteristiche principali delle popolazioni relative alle 7 A-Ulss considerate emerge come le A-Ulss 1, 12, 18, hanno indicatori di vecchiaia più elevati rispetto alle altre Aziende considerate. L'indice di dipendenza strutturale, più elevato all'interno delle A-Ulss 9 e 16, ha una specifica valenza dal punto di vista economico-sociale perché risente della struttura economica delle popolazioni e indica, superiore al 50 per cento in ciascun territorio, il peso sostenuto dalla popolazione in età lavorativa nel sostenere i soggetti inattivi.

Demografia	Popolazione > 65 anni	Popolazione > 65 anni (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
ULSS 1	31.203	24,83	58,74	39,45	204,42	44,9
ULSS 6	64.685	20,23	53,68	31,09	137,63	41,7
ULSS 9	84.240	20,13	70,1	40,19	134,42	41,8
ULSS 12	79.700	26,27	62,77	42,77	213,95	46,1
ULSS 16	107.780	21,93	72,32	44,63	161,22	43,6
ULSS 18	40.083	25,21	54,27	36,25	201,24	45,1
ULSS 20	103.458	22,1	56,46	34,27	154,5	42,7
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6	42,6
Italia	13.014.942	21,41	54,59	33,1	154,06	42,6

Tabella 2.1. Indicatori demografici 7 A-Ulss

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

⁵ Non è casuale la distinzione tra scopo che rappresenta aspirazione non quantificabile, e l'obiettivo che in qualche modo è rappresentato da un indicatore quantitativo che esprime il risultato da raggiungere in ogni processo di valutazione.

Popolazione Straniera	Numero	60 e oltre (%)	% stranieri su popolazione totale
ULSS 1	7.348	7,4	5,8
ULSS 6	36.104	4,2	11,3
ULSS 9	45.810	3,9	11,0
ULSS 12	34.778	4,8	11,5
ULSS 16	56.319	4,3	11,5
ULSS 18	16.106	4,3	9,3
ULSS 20	62.019	3,7	13,1
Veneto	514.592	4,2	10,4

Tabella 2.2. Popolazione straniera residente per Provincia e ULSS al 1° Gennaio 2014: distribuzione per età >60 anni classi di età e percentuale sulla popolazione totale. Fonte: ISTAT

Gli indicatori di mortalità evitabile completano il quadro di analisi delle caratteristiche dal punto di vista della domanda delle Aziende selezionate. Il termine “mortalità evitabile” (ME) viene utilizzato per descrivere un metodo, basato sulla popolazione, per contare le morti premature, e non ineluttabili, da malattie per le quali sono disponibili interventi efficaci di sanità pubblica o medici, o entrambi (Piano strategico della prevenzione azienda A-Ulss 6). La distinzione tra cause di morte “evitabili” ed “inevitabili” fornisce un utile strumento per identificare aree che potrebbero portare ad un miglioramento della salute generale della popolazione, se si agisce su di esse; in particolare quando una percentuale di molte morti precedentemente categorizzate come inevitabili nel tempo, divengono potenzialmente evitabili, come alcuni tumori comuni. Il dato provinciale rivela come la provincia di Belluno abbia, tra le aziende considerate, la più elevata percentuale di pazienti sia maschile che femminile con mortalità evitabile, seguita da Rovigo e Venezia (Tab. 2.3).

Tassi standardizzati di mortalità evitabile								
Maschi					Femmine			
	Totale	Sistema circolatorio	Mal. app. respiratorio	Mal. endocrine, nutriz. e metaboliche	Totale	Sistema circolatorio	Mal. app. respiratorio	Mal. endocrine, nutriz. e metaboliche
Belluno	213,7	49,2	9,4	4,5	103,5	19,9	6,1	2,5
Padova	179,9	46,8	7,0	6,5	89,4	14,9	3,5	2,4
Rovigo	215,8	55,7	10,6	8,3	98,8	20,7	5,6	4,6
Treviso	174,4	43,1	5,6	5,9	88,3	16,0	2,8	2,4
Venezia	194,7	46,3	8,5	7,8	95,1	17,1	3,0	2,4
Verona	183,3	44,8	8,6	6,2	90,0	15,8	4,0	2,6
Vicenza	184,6	47,2	7,9	6,1	87,6	16,1	4,1	2,7
Regione Veneto	186,4	46,3	7,8	6,5	91,4	16,4	3,7	2,6
Italia	206,8	53,9	10,9	7,8	103,3	21,1	4,7	4,4

Tabella 2.3. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74 anni) per genere e principali gruppi diagnostici (2009-2011)
Fonte : MEV (2009-2011)

Le tabelle 2.4, 2.5 e 2.6 evidenziano il profilo di ricovero dei residenti all'interno delle 7 A-Ulss e mostrano la percentuali di ospedalizzazione dei residenti erogate in strutture delle Aziende, in A-Ulss della stessa provincia, fuori provincia o fuori Regione. Quasi tutte le A-Ulss hanno un'attrattività provinciale complessiva di circa l'80%; in particolare l' A-Ulss 20 tende a costituire un'area a se stante con il 90% dei ricoverati all'interno della provincia mentre il limite inferiore è rappresentato dalle aziende A-Ulss 1, 18, con il 70% dei ricoveri interprovinciali.

Disaggregando il dato della mobilità complessiva nelle due componenti rappresentate dall'ospedalizzazione per acuti e quella riabilitativa/lungodegenza si evidenzia come l'Aulss 20 mantenga invariata tale percentuale di attrattività (il 90%), affiancata dall'A-Ulss 1 (ma solo per i ricoveri per acuti). Le A-Ulss 1, 6, 18 registrano il valore più basso di attrattività per attività riabilitativa e lungodegenza con circa il 30% dei ricoverati fuori provincia o fuori regione.

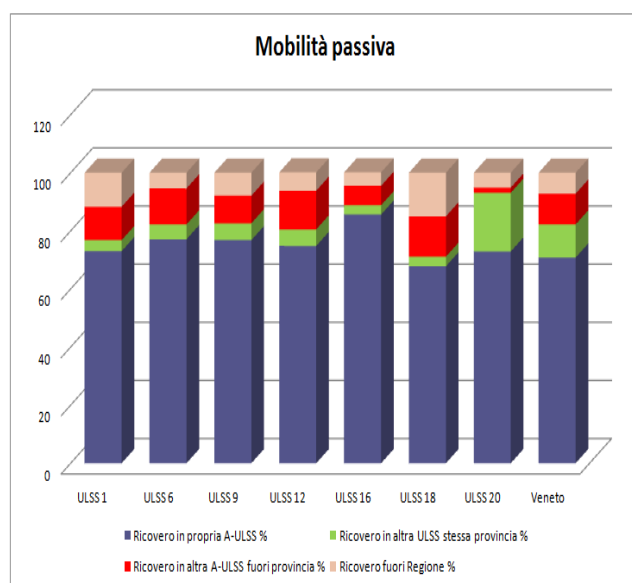
Mobilità passiva (totale ricoveri)	Ricovero in propria A-ULSS		Ricovero in altra ULSS stessa provincia		Ricovero in altra A-ULSS fuori provincia		Ricovero fuori Regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
ULSS 1	13.026	73,0	686	3,8	2.046	11,5	2.093	11,7	141,4
ULSS 6	30.144	77,1	1.986	5,1	4.845	12,4	2.122	5,4	124,3
ULSS 9	41.954	76,8	3.193	5,8	5.164	9,5	4.295	7,9	132,7
ULSS 12	34.465	74,8	2.618	5,7	6.111	13,3	2.908	6,3	154,2
ULSS 16	60.424	85,6	2.240	3,2	4.695	6,7	3.211	4,6	146,6
ULSS 18	17.129	67,8	842	3,3	3.502	13,9	3.782	15,0	147,6
ULSS 20	51.542	72,9	14.265	20,2	1.294	1,8	3.584	5,1	153,6
Veneto	478.588	70,8	77.037	11,4	71.432	10,6	48.831	7,2	139,2

Tabella 2.4. Dettaglio mobilità passiva –Totale ricoveri

Fonte: Rapporto SDO 2006-2012 (SER)

Mobilità passiva (acuti)	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori Regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ULSS 1	12.343	90,47	158	1,16	495	3,63	647	4,74
ULSS 6	29.353	78,01	1.884	5,01	4.488	11,93	1.903	5,06
ULSS 9	39.337	76,71	2.839	5,54	4.951	9,66	4.150	8,09
ULSS 12	31.494	74,27	2.559	6,03	5.608	13,23	2.742	6,47
ULSS 16	57.608	86,22	2.168	3,24	3.996	5,98	3.046	4,56
ULSS 18	15.774	67,45	777	3,32	3.347	14,31	3.488	14,91
ULSS 20	48.892	73,67	12.925	19,48	1.231	1,85	3.317	5
Veneto	454.085	71,23	71.942	11,29	65.936	10,34	45.533	7,14

Tabella 2.5. Dettaglio mobilità passiva –Acuti Fonte: Rapporto SDO 2006-2012 (SER)



Mobilità passiva (riabilitazione e lungodegenza)	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori Regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ULSS 1	683	55,94	131	10,73	300	24,57	107	8,76
ULSS 6	791	53,85	102	6,94	357	24,30	219	14,91
ULSS 9	2617	78,61	354	10,63	213	6,40	145	4,36
ULSS 12	2971	80,32	59	1,60	503	13,60	166	4,49
ULSS 16	2816	75,05	72	1,92	699	18,63	165	4,40
ULSS 18	1465	74,03	65	3,28	155	8,29	294	15,73
ULSS 20	2650	59,95	1340	30,32	63	1,43	367	8,30
Veneto	24503	63,82	5096	13,27	5496	14,32	3298	8,59

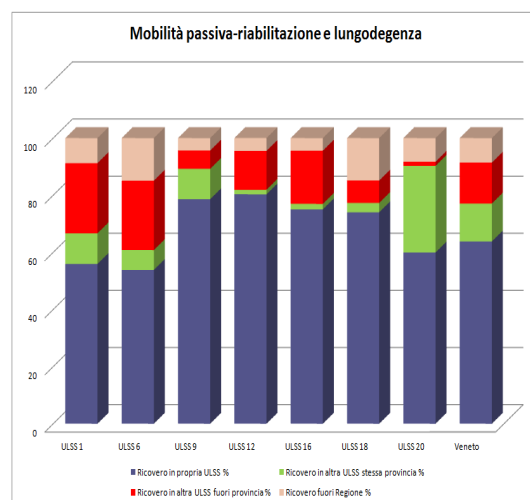


Tabella 2.6. Dettaglio mobilità passiva –Riabilitazione e lungodegenza

Fonte: Rapporto SDO 2006-2012 (SER)

Gli indicatori di ospedalizzazione che si sono considerati consentono di confrontare le A-Ulss dal punto di vista dell'appropriatezza dei ricoveri. L'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione i 30 giorni, oltre a quello dell'efficienza della degenza e alla percentuale di pazienti ricoverati oltre soglia di età >65 anni, è più rimarcato nelle Aziende 1, 12.

Si tratta di indicatori che oltre a segnalare le situazioni critiche dal punto di vista dell'offerta ospedaliera, possono dare un'indicazione della necessità di interventi efficaci per ridurle. Tra quelli spesso evidenziati, la presa in carico tempestiva e follow-up da parte delle cure primarie, la presenza di una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, la necessità di istruzioni di dimissione "patient-centered" e di transition coaches⁶ per assisterlo nella fase di dimissione (Hansen LO, Young RS 2011).

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera (Σdegenze osservate/Σdegenze attese)	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
	ULSS 1	1,67	133,78	96,88	1,14
ULSS 6	1,45	122,04	96,53	0,83	3,62
ULSS 9	1,72	132,87	96,37	0,74	4,52
ULSS 12	3,24	137,27	98,69	1,76	7,08
ULSS 16	1,22	137,60	98,54	0,83	3,20
ULSS 18	1,01	141,53	93,41	0,57	3,52
ULSS 20	1,31	145,88	94,36	1,70	1,71
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Tabella 2.7. Indicatori ospedalizzazione

Fonte: MES (2013)

⁶ Letteralmente "istruttori nella fase di transizione", si identificano con il personale infermieristico che fornisce specifiche istruzioni al paziente prima della dimissione e che dopo la sua dimissione esegue le visite domiciliari.

Riammissione a 30 giorni	Scompenso Cardiaco	Diabete mellito	Cardiopati a ischemica	IMA	BPCO	Fibrillazione atriale
ULSS 6	10,12	8,21	5,84	1,22	6,69	3,69
ULSS 12	9,39	7,46	4,52	6,67	11,68	5,70
ULSS 16	11,26	7,35	6,61	7,10	10,41	7,15

Tabella 2.8. Progetto Mattoni

Fonte: Dati Aziendali (2014)

2.2 LE PATOLOGIE ALL'INTERNO DELLE A-ULSS CONSIDERATE

L'analisi fin qui svolta ha permesso di evidenziare, anche se non suffragata da alcun tipo di analisi multivariata, che vi è un'associazione forte tra la cronicità di alcune patologie croniche, la loro evitabilità, i fattori demografici, le difficoltà di tipo economico, l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera e l'attrattività dei servizi ospedalieri all'interno dei vari territori .

Tutto ciò definisce, a livello generale e di singole Aziende, le caratteristiche dei vari sistemi di offerta, e dunque, rivelandone le criticità, evidenzia quali possono essere gli ambiti di intervento di una politica di integrazione che intenda assicurare la presa in carico del paziente in situazioni di cronicità. Rimane da esplorare l'aspetto relativo a come si sta sviluppando il "percorso del paziente cronico" all'interno dei vari territori, cioè il processo assistenziale nella logica proprio della continuità delle cure, che abbracci sia la componente ospedaliera che quella propriamente territoriale. Tale percorso ha dunque come oggetto specifico un problema di salute, ciascuna delle patologie considerate, e cerca di definire come si sviluppa la gestione del paziente all'interno della realtà delle singole Aziende.

Dai dati forniti sulla base delle rilevazioni SDO delle diverse aziende emerge che la patologia che determina un maggior tasso di ospedalizzazione, tra quelle censite, è rappresentata dallo scompenso cardiaco e dalle patologie legate al sistema cardiocircolatorio (fibrillazione atriale, IMA), seguita dal diabete e BPCO. Si rileva un tasso di ospedalizzazione complessivo superiore per le Aziende 16, 20, 1, 6.

Il paziente diabetico ricoverato nella struttura ospedaliera, viene dimesso al domicilio con una percentuale superiore all'80%, analogamente in caso di ricovero per fibrillazione atriale. Il trasferimento in un altro istituto di ricovero e cura avviene più frequentemente per pazienti affetti da patologie cardiache così come il trasferimento in altro reparto di riabilitazione e lungodegenza interno o esterno alla struttura ospedaliera. La dimissione con attivazione di assistenza domiciliare viene attivata in particolare per i pazienti affetti da scompenso cardiaco e cardiopatia ischemiche.

Analizzando la rilevanza dei percorsi all'interno delle 7 Aziende coinvolte, si evidenzia come l'attivazione di percorsi di assistenza domiciliare privilegi in qualche modo l'Azienda 6 . Tale percorso è meno rilevante per l'A-ULSS 9 e 18. Ad eccezione dell'Azienda 16, tutte le aziende coinvolte trasferiscono il paziente verso strutture o reparti di riabilitazione e cura nel 5% dei casi. Il trasferimento verso altro istituto di ricovero avviene più frequentemente da parte delle Aziende 1, 12, 18, è ciò probabilmente a causa dell'invecchiamento della popolazione.

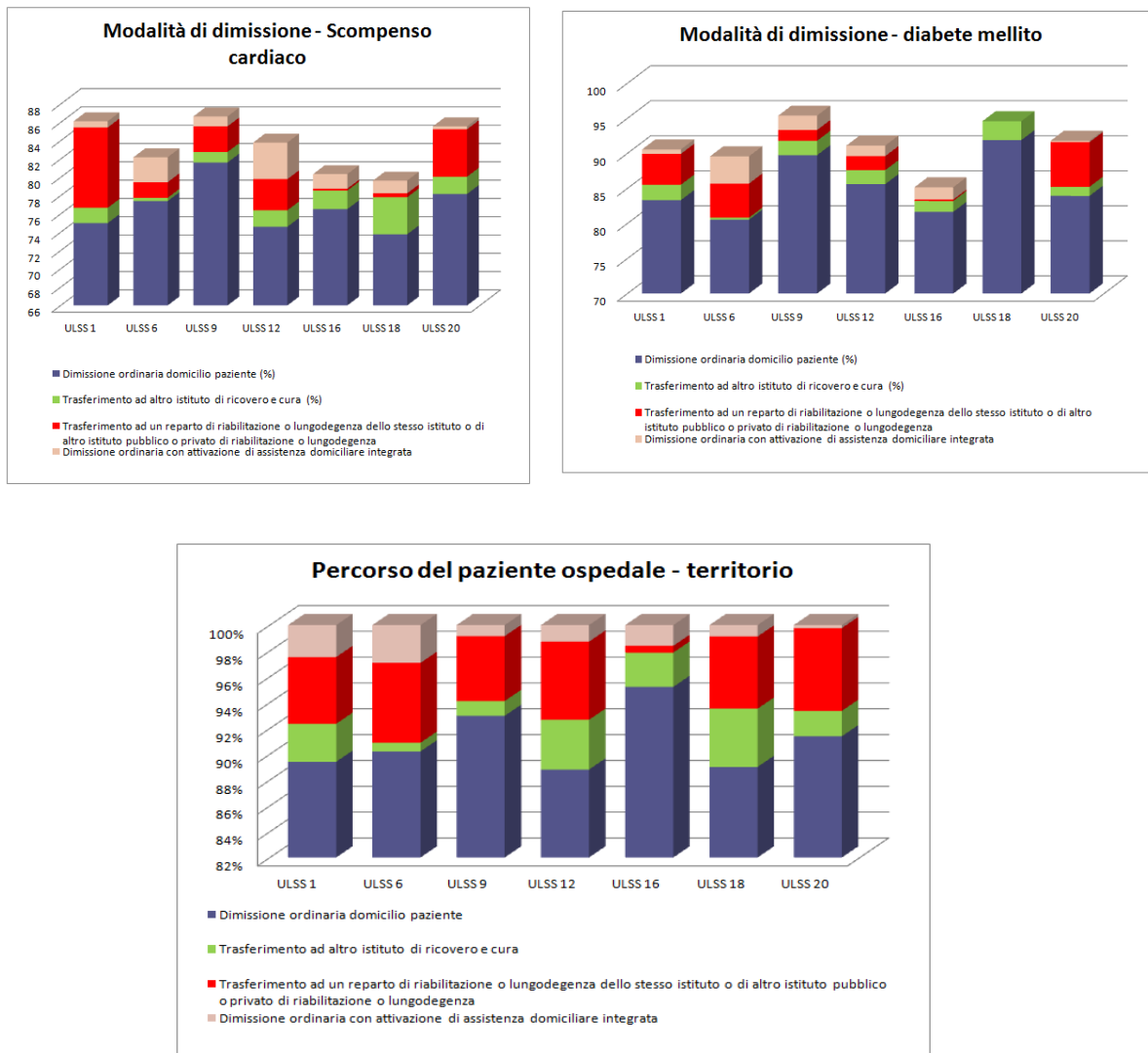


Figura 2.1. Modalità dimissione paziente per patologie: Scenpso, IMA, Fibrillazione, Diabete, Cardiopatia, BPCO
 Fonte: Dati Aziendali (2014)

2.3 Gli strumenti di integrazione previsti dal Piano

Il PSSR intende sviluppare l'integrazione attraverso "l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, che garantiscano la continuità dell'assistenza". Il modello di integrazione prevede, dunque, una rete territoriale rivolta ad una popolazione definita (distretto), l'implementazione di una centrale operativa che garantisca la ricezione delle istanze ed il costante collegamento con i pediatri per assicurare la continuità dell'assistenza, strutture intermedie in grado di accogliere temporaneamente il paziente dimesso e in condizione di fragilità, oltre all'estensione delle Medicine di Gruppo Integrate per garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti e superare differenze territoriali ed organizzative (PSSR Veneto 2012-2016).

2.3.1 La COT

La COT rappresenta, nel modello di integrazione proposto a livello regionale l'elemento cardine, poiché avendo come compito di coordinare la presa in carico del paziente, dovrebbe altresì agevolare il raccordo tra i vari soggetti coinvolti nella rete assistenziale. La COT a livello regionale nasce dalle esperienze territoriali delle varie centrali operative dell'Assistenza Domiciliare Integrata, dei Punti Unici di accesso, dei Servizi di Dimissioni Protette. Questo suo precedente ruolo ne ha un condizionato l'iter e lo sviluppo all'interno dei diversi territori perché in ciascuno tende ad avere una funzione non definita univocamente e non in tutti i territori è in grado di garantire una risposta multi professionale 24 ore al giorno e 7 giorni su 7, eccetto che in A-Ulss 16.

MONITORAGGIO ATTIVITA' COT ⁷							
AZIENDA ULSS	A-Ulss1	A-Ulss6	A-Ulss9	A-Ulss12	A-Ulss16	A-Ulss18	A-Ulss20
Inizio attività COT	1/04/2014	04/08/2014	20/04/2015	01/07/2013	5/05/2014	-	24/07/2014
N° Attivazioni medie mensili	558	222	2777	137	359	-	198
Orario : Lunedì - Venerdì	8:00-15:00	8:00-16:00	07:00-20:00	8:00-19:00 7 gg su 7	h24 7 gg su 7	-	08:00-16:00
Orario:Sabato			08:00-12:00			-	08:00-13:00

Tabella 2.9. Monitoraggio COT

Fonte: Regione Veneto

SOGGETTI CHE ATTIVANO LA COT							
PAZIENTI / FAMILIARI	36,5%	5,0%	93,04%	2,9%	50,0%	-	
COMUNE	2,7%	1,0%	0,03%			-	
MMG	36,3%	1,0%	0,85%	30,3%	13,0%	-	5,06%
OSPEDALE	8,4%	90,0%	5,10%	59,6%	12,0%	-	94,94%
TERRITORIO	16,1%	3,0%	0,37%		18,0%	-	
STRUTTURE RESIDENZIALI			0,61%	0,9%	1,0%	-	
SUEM 118				2,0%	6,0%	-	
STRUTTURE E SERVIZI EXTRA ULSS				4,3%		-	

Tabella 2.10. Monitoraggio COT

Fonte: Regione Veneto (Dati forniti dalle aziende durante gli incontri plenari: 11.05.2015)

⁷ Il numero di attivazioni non varia unicamente in funzione al bacino di utenza e ai bisogni della popolazione, bensì, trovandoci in una fase di avvio di queste attività, anche di diverso significato attribuito da ciascuna azienda al concetto di **attivazione della COT** e alle **modalità di registrazione del dato** (es. alcune aziende registrano ciascun "contatto" tra soggetto attivatore e COT, mentre altre registrano per numero di pazienti presi in carico e all'interno dello stesso registrano i vari contatti, diminuendo notevolmente il numero di attivazioni)

2.3.2 Le strutture intermedie

Le strutture di ricovero intermedie sono principalmente finalizzate a garantire le cure necessarie a quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo. Esse devono, dunque, essere in grado di offrire una "risposta polifunzionale" offrendo al paziente un trattamento finalizzato alla sua stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palli azione (Allegato al DGR 127 dell'11/2/2013). Il progetto di attivazione delle strutture intermedie è iniziato nel 2012 e, basandosi sullo standard definito (1,2 ‰ posti letto/abitanti sopra i 42 anni), prevede una progressione nell'attivazione con un piano a scorrimento annuale.

In assenza di informazioni ufficiali disponibili si è fatto affidamento sulle delibere aziendali per ricostruire il numero dei posti letto in strutture intermedie presenti all'interno dei vari territori. Si tratta comunque di informazioni che non danno una visione certa dei posti letto attivati perché rappresentano sostanzialmente l'obiettivo previsto all'interno dei Piani Aziendali.

Nelle tabelle che seguono si evidenzia il tasso di realizzazione dei posti letto con riferimento a ODC, URT e Hospice.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 1													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC ,URT, Hospice				ODC ,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC ,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS1	18	5	8	10	20	38		7	20	27	65	38/65	58,46%

Tabella 2.11. Strutture Intermedie A-ULSS 1.

Fonte: Delibera 179 del 6/3/2014

In base alla Delibera 179 del 6/3/2014 i posti letto in strutture intermedie da attivare nell'A-ULSS 1 sono 27, di cui 20 in Ospedale di Comunità e 4 URT. Nel 2015 risultano attivati i 4 posti letto dell'ODC di Agordo. Non risultano, attualmente, ancora attivati i 16 posti letto di Belluno e i 7 di URT.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 6													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC ,URT, Hospice				ODC ,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC ,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS6	39	12	7	62		69	4	15	53	72	141	69/141	48,94%

Tabella 2.12. Strutture Intermedie A-ULSS 6

Fonte: Delibera 178 del 6/3/2014

In base alla Delibera n°178 del 06/03/2014, risultavano da attivare all'interno del territorio dell'A-Ulss 6, 69 posti letto in strutture intermedie. Con delibera n° 756 del 17/10/2014 si delibera di dare avvio alle procedure per l'attivazione di 20 PL in ODC e attivazione dell'URT mediante la riconversione di 30 PL di

N.A.I.S.S. Attualmente sono in corso interventi di manutenzione straordinaria del Centro Polifunzionale di Sandrigo, come da del. 517 del 23/7/2015. Relativamente ai posti in ODC programmati si segnala la mancata autorizzazione da parte della Regione Veneto dei 15 posti letto ODC presso l'IPAB di Vicenza.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 9													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS9	36	10	12	31		43	(6)	(20)	(40)	160	203	43/203	21,18%

Tabella 2.13. Strutture Intermedie A-ULSS 9

Fonte: DGR 1340 del 28/7/2014

In base al DGR 1340 del 28/7/2014, nell'A-ULSS 9, risultano da attivare 160 posti letto in strutture intermedie; l'A-ULSS ha però programmato l'attivazione solo di 66 posti letto sui 160 da realizzare: 6 in Hospice, 40 ODC, e 20 URT. In data 5/10/2015 è stato pubblicato l'avviso per l'individuazione di due nuclei di ODC di 10 PL ciascuno. Non risultano ancora attivi i 6 posti di potenziamento dell'Hospice "Casa dei Gelsi".

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 12													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS12	44	13	41	75	40	156			76	76	232	156/232	67,24%

Tabella 2.14 Strutture Intermedie A-ULSS 12

Fonte: DGR 603/2014

I posti letto in strutture intermedie da attivare sono 76, inclusivi di 26 posti di ODC a Cavallino Treponti e Quarto d'Altino (allegato alla Dgr 603/2014). Nei documenti inviati dall'Azienda si fa riferimento alla programmazione di 232 PL in strutture intermedie (ODC, URT e Hospice), quindi 26 PL in più rispetto a quelli previsti dalla DGR 2122/2013.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 16													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS16	84	19	26	26	60	112	4	46	50	100	212	112/212	52,83%

Tabella 2.15. Strutture Intermedie A-ULSS 16

Fonte: DGR 603/2014

In base a quanto riportato nel documento di Ripianificazione del PDZ 2011-2015 dell'A-ULSS 16, al 2014 risultavano attivati 215 posti su 315 (incluso tutte le tipologie di strutture intermedie), di cui 60 in ODC.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 18													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS18	24	7	8	10		18			69	69	87	18/87	20,69%

Tabella 2.16. Strutture Intermedie A-ULSS 18

Fonte: Informazioni aziendali

Relativamente all'A-Ulss 18, occorre rilevare come con decreto 217 del 29/12/2015 si conferma la realizzazione di un l'Ospedale di Comunità da 29 posti letto al terzo piano, ala sud, dell'ospedale di Trecenta.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
A-ULSS 20													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS20	59	18	21	80	30	131		28	54	82	213	131/213	61,50%

Tabella 2.17. Strutture Intermedie A-ULSS 20

Fonte: Delibera aziendali

Con Comunicato dell'A-ULSS 20, del 4 dicembre 2015 si comunica l'imminente attivazione sia dei posti letto in ODC che in URT.

STRUTTURE INTERMEDIE: HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITA', UNITA' RIABILITAZIONE TERRITORIALE													
SINTESI													
	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014						POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOTALI PROGRAMMATI (A+B)	POSTI LETTO ATTIVATI/PROGRAMMATI (A/A+B)	TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)
	CTPR, EX ART.26		ODC,URT, Hospice				ODC,URT, Hospice						
	CTPR	Ex Art.26	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI ATTIVATI ODC,URT, Hospice (A)	HOSPICE	URT	ODC	TOTALI DA ATTIVARE (B)	ODC, URT, Hospice		
A-ULSS1	18	5	8	10	20	38		7	20	27	65	38/65	58,46%
A-ULSS6	39	12	7	62		69	4	15	53	72	141	69/141	48,94%
A-ULSS9	36	10	12	31		43	(5)	(20)	(40)	160	203	43/203	21,18%
A-ULSS12	44	13	41	75	40	156			76	76	232	156/232	67,24%
A-ULSS16	84	19	26	26	60	112	4	46	50	100	212	112/212	52,83%
A-ULSS18	24	7	8	10		18			69	69	87	18/87	20,69%
A-ULSS20	59	18	21	80	30	131		28	54	82	213	131/213	61,50%
TOTALE	304	84	123	294	150	567	(8)	(96)	(322)	586	1153	567/1153	49,18%

Tabella 2.18. Strutture Intermedie nelle sette A-ULSS

2.3.3 Le dimissioni protette

Il PSSR 2012-2016 definisce come obiettivo di salute prioritario la diffusione e il consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette, supportati da protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio. Tra le diverse tipologie di dimissioni ospedaliere, la dimissione precoce, la dimissione ritardata e la dimissione difficile, rappresenta un elemento di qualità aggiunta, poiché la valutazione del bisogno socio sanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico sono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali del paziente e dei caregiver (AIDA 2013). Tale modalità di dimissione dovrebbe consentire una riduzione dei ricoveri e del tasso di ospedalizzazione accompagnando il paziente e la famiglia nel passaggio dall'ospedale al territorio.

Relativamente alle DP, le informazioni fornite dalle diverse aziende e relative alla "Dimissione ordinaria del paziente con attivazione di assistenza domiciliare" si evidenzia come, e mediamente per le patologie considerate, l'attivazione di tale modalità di dimissione avviene nel 1% dei casi. L'indicatore è più rilevante per le Aziende 6, 16. La "procedura" per la presa in carico in dimissione protetta è definita in maniera specifica nel caso dell'A-Ulss 20.

2.3.4 ADI

CURE DOMICILIARI⁸									
	2012			2013			2014		
	Pop al 01.01.2012 >=65 anni	N assistiti >=65 anni	% anziani in CD	Pop al 01.01.2013 >=65 anni	N assistiti >=65 anni	% anziani in CD	Pop al 01.01.2014 >=65 anni	N assistiti >=65 anni	% anziani in CD
A-Ulss 1	30.014	806	2,7%	30.550	587	1,9%	31.203	931	3,0%
A-Ulss 6	61.635	626	1,0%	63.106	696	1,1%	64.685	733	1,1%
A-Ulss 9	79.948	438	0,5%	82.052	562	0,7%	84.240	613	0,7%
A-Ulss 12	77.910	637	0,8%	78.246	1.660	2,1%	79.700	955	1,2%
A-Ulss 16	102.986	2.134	2,1%	104.384	2.329	2,2%	107.780	1.909	1,8%
A-Ulss 18	39.341	444	1,1%	39.824	459	1,2%	40.665	562	1,4%
A-Ulss 20	99.048	622	0,6%	100.134	1.075	1,1%	103.458	1.528	1,5%

Tabella 2.19. Cure Domiciliari

Fonte: Regione Veneto

2.3.5 PDTA

I PDTA rappresentano lo strumento con cui le Aziende attuano l'assistenza centrata sul paziente con la sua presa in carico attuata rispetto al contesto e alle risorse disponibili, e la valutano in termini di qualità e di aderenza alle guide scientifiche nei diversi passaggi clinico assistenziali (Tozzi, V.D, Longo, F.2014). I PDTA territoriali riguardano in gran parte le patologie croniche, proprio perché caratterizzate da lunga durata e prive di cura definitiva per questo richiedenti un costante monitoraggio in modo da evitare l'acuzie e la successiva ospedalizzazione. Nei modelli di integrazione proposti dalle diverse Regioni i PDTA sono

⁸ Assistiti in Cure Domiciliari >=65 anni con almeno 8 accessi/mese per almeno un mese nell'anno residenti nell'ULSS

particolarmente rilevanti proprio perché prevedono la presa in carico e la “continuità assistenziale” non solo nei comportamenti attesi tra i nodi della rete ma nel complesso dei sistemi per governarla in modo unitario, il che richiede un’attenzione particolare ai processi primari per ciascun problema di salute.

I PDTA relativi alle patologie croniche considerate sono attivati solamente in parte (mediamente due su quattro). In alcune realtà territoriali come in A-Ulss 6 nessun protocollo è attualmente attivo.

PDTA							
	ULSS 1	ULSS 6	ULSS 9	ULSS 12	ULSS 16	ULSS 18	ULSS 20
Diabete mellito	-	-	X	X	X	X	X
BPCO	X	-	-	-	-	X	X
Scompenso Cardiaco	-	-	X	-	-	-	-
Ipertensione arteriosa	-	-	-	X	-	-	-

Tabella 2.20. Stato di attivazione PDTA

Fonte: Regione Veneto

2.3.6 Nuova assistenza territoriale

Nel nuovo quadro programmatico regionale definito dal PSSR, la Regione Veneto identifica come “*obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni, ed in conformità a quanto previsto dalla L. n.189/2012*” (Del. 751 14/05/2015). Tale modello, costituito da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, ha come finalità di:

- erogare un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurare un'assistenza h24, 7gg su 7;
- assumere responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.
- garantire una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento e strutturando una integrazione effettiva con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24;
- garantire una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali.

Le Medicine di Gruppo Integrate, così definite, vengono, dunque a costituire il “*fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale in conformità alle linee strategiche delineate dal Piano Socio-Sanitario Regionale*” (Del. Giunta Regionale 751 del 14/05/2015).

Attualmente lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate appare in ritardo in tutte le Aziende considerate e implementata in misura apprezzabile solamente in 3 delle Aziende considerate, l’A-Ulss 6, 9, 18 (Figura 2.2)

SITUAZIONE CURE PRIMARIE - 2011								
A-Ulss	Medico singolo	Associazione semplice	Rete dei medici	Medicina di gruppo	Medicina di gruppo integrata	UTAP	Forme miste	Totali aziendali
1	6	58	6	5	-	15	-	90
6	34	56	55	58	-	15	-	218
9	68	102	29	65	-	6	-	270
12	34	96	7	82	12	3	-	234
16	60	131	48	84	-	-	-	323
18	26	61	27	18	-	-	-	132
20	81	103	4	119	-	7	-	314
Regione Veneto	608	1121	417	970	22	257	-	3395

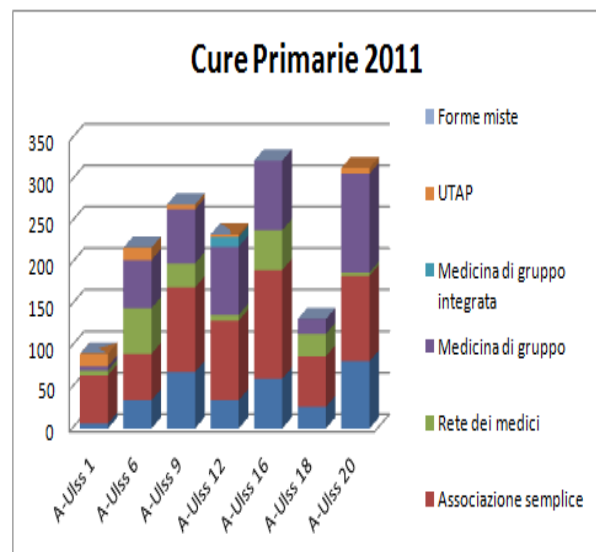


Tabella 2.21. Cure Primarie. Situazione al 22/12/2011 (Fonte: Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie)

SITUAZIONE CURE PRIMARIE - 2015								
A-Ulss	Medico singolo	Associazione semplice	Rete dei medici	Medicina di gruppo	Medicina di gruppo integrata	UTAP	Forme miste	Totali aziendali
1	4	0	62	5	0	13	0	84
6	52	34	46	61	11	7	0	211
9	23	0	115	103	13	0	0	254
12	15	3	69	120	0	15	0	222
16	60	55	89	66	0	0	50	120
18	28	50	0	19	31	0	0	128
20	48	8	103	128	0	7	13	307
Regione Veneto	477	341	930	1077	176	181	90	3272

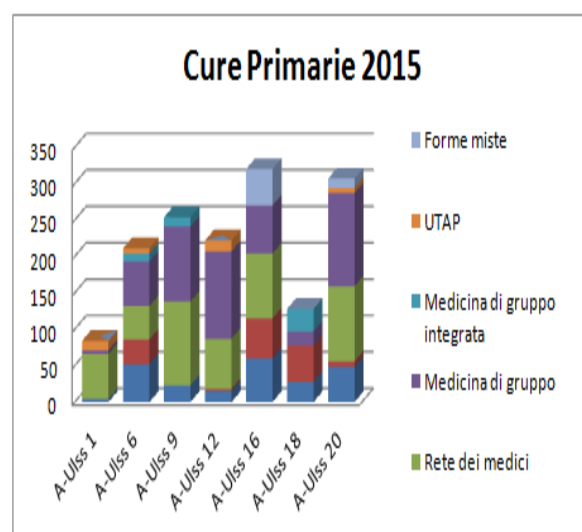


Tabella 2.22. Cure Primarie. Situazione al 15/16/2015 (Fonte: Anagrafe Unica Regionale)

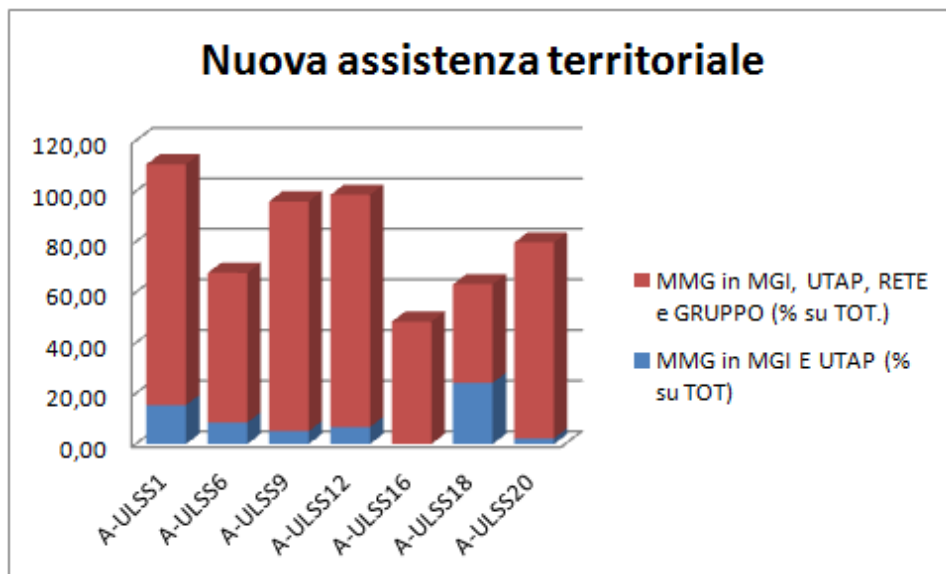


Figura 2.2 Ripartizione MMG al 15/06/2015 (Fonte: Anagrafe Unica Regionale)

3 Conclusioni

Più volte si è ribadito che l'integrazione ospedale-territorio è fondamentale per garantire la continuità di cura ai pazienti e dare loro risposte tempestive e appropriate, e per migliorare le condizioni dell'offerta ospedaliera con un uso appropriato dell'ospedale e del pronto soccorso allocando altresì le risorse disponibili in modo più efficace.

Integrando flussi informativi diversi si è cercato di costruire il percorso del paziente che, inserito all'interno di uno dei 7 contesti territoriali di riferimento, attraversa all'atto della dimissione la rete dei servizi territoriali. Questo suo "passaggio" può offrire una visione sistemica dei servizi offerti consentendo di evidenziarne altresì le criticità, e generando spunti di riflessione per possibili miglioramenti. Questa Appendice, completa quanto è oggetto di analisi nella parte principale di questo report, poiché se la prima, misura, attraverso un set di indicatori i vari ambiti dell'integrazione socio sanitaria, quest'ultima sposta l'attenzione dai criteri di identificazione dei bisogni ai destinatari, i pazienti, che costituiscono l'oggetto principale della politica stessa.

IRES VENETO

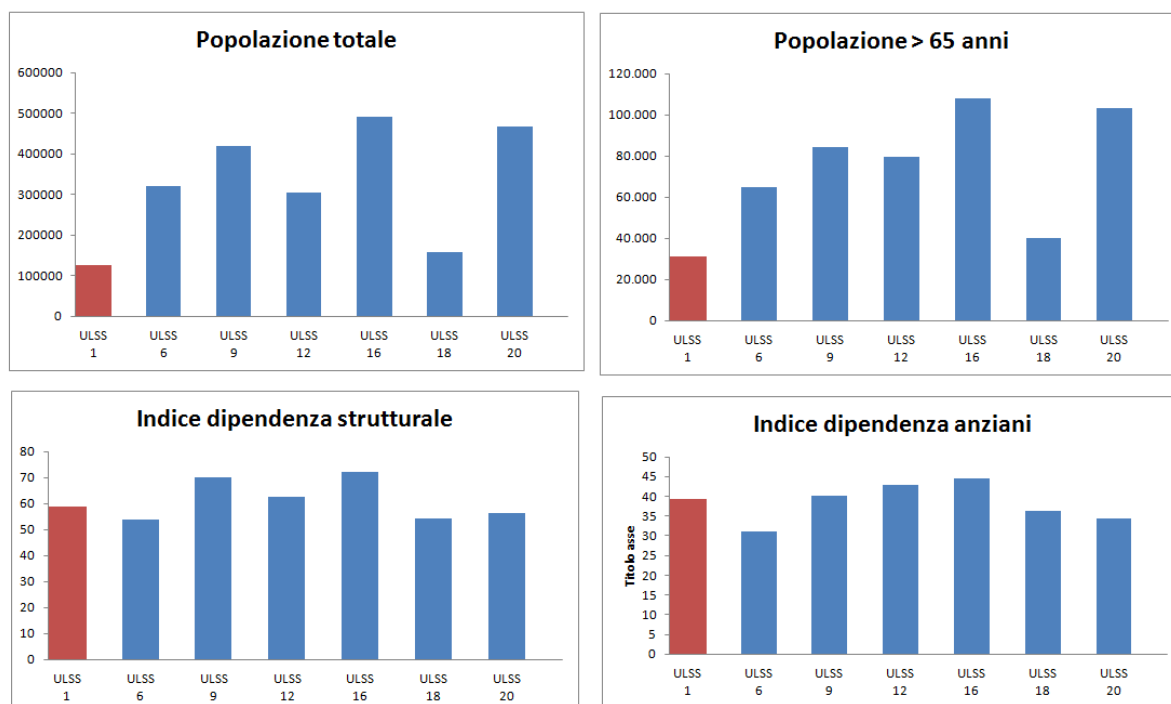
Il sistema socio-sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione

Un'analisi su sette Aziende ULSS

ALLEGATO B

SCHEDE DI A-ULSS

1.1 A-ULSS 1



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss1	31.203	24,83	58,74	39,45	204,42
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità A-ULSS 1	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	13.026 (73,0%)	686 (3,8%)	2.046 (11,5%)	2.093 (11,7%)	141,4
Mobilità acuti	12.343	158	495	647	131,7
	454.085	71.942	65936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	683	131	300	107	9,7
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

**Mobilità
passiva
post acuto
riabilitazione**

	A.O. di Padova	Osp. Vittorio Veneto	Osp. Ca' Foncello (Treviso)	Osp. S. Martino (Belluno)	Osp. C. S. Camillo (Treviso)	Osp. di Agordo	Pres. Istituto Codivilla (Cortina)	Casa Di Cura Polispecialistica e ermale	Altre strutture	San Candido	Altre strutture e altre regioni	Totale
Rivascolarizzazioni e arti inferiori	1		7	7	1	-			1	-	1	18
Frattura Collo del Femore	-		-	143	-	47	17		17	-	11	235
Frattura Tibia e Perone	-	3		18	-	9	8		2	-	2	42
Sostituzione del ginocchio	-		-	40		24	98	12	22	22	19	237
Totale	1	3	7	208	1	80	123	12	42	22	33	532

Fonte: PNE 2015

Ospedalizzazione A-Ulss 1	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-Ulss1	1,67	133,78	96,88	1,14	4,19
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Rapporto SDO 2006-2012 (SER)

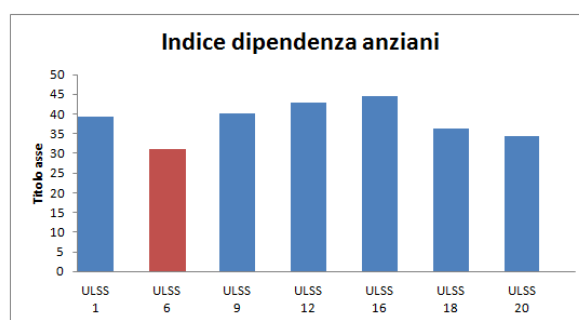
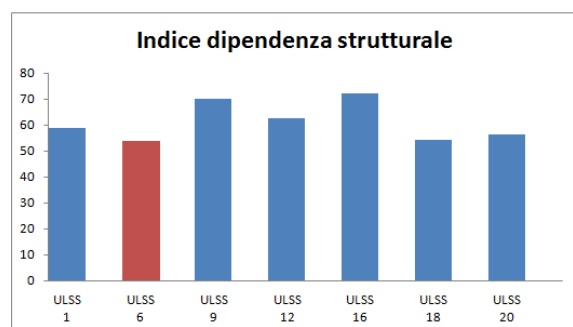
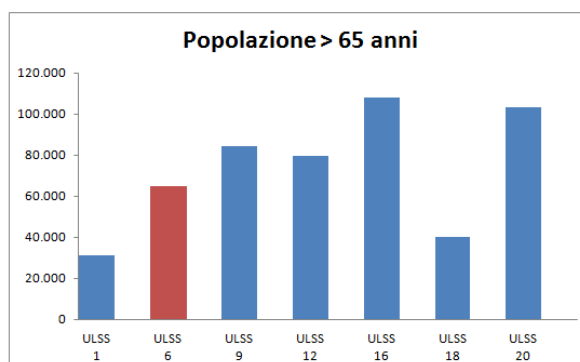
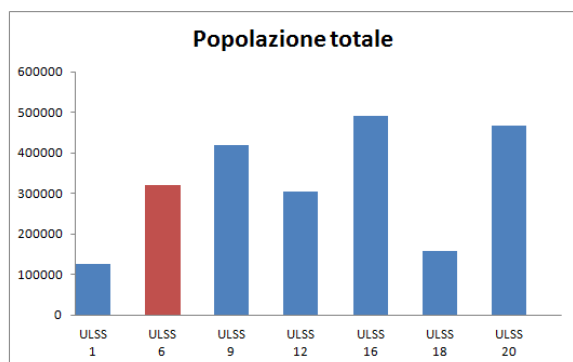
Ospedalizzazione per patologia A-Ulss 1	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi	419	178	263	83	220
Ricoverati femmine	481	143	78	48	126
Degenza media	13,08	15,16	8,83	8,90	12,87

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia A-Ulss 1	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Deceduto	101	21	5	16	28
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	675	265	219	103	292
Dimissione protetta presso strutture extraospedaliere	23	6	2	2	7
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	0	0	0	0	1
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	1	1	0	0	1
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura per acuti	15	7	14	7	3
Trasferimento ad altro reparto di riabilitazione e lungodegenza dello stesso istituto	79	2	0	0	0
Dimissione protetta con attivazione di ADI	6	2	1	3	3
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	0	14	5	0	11

Fonte: Dati Aziendali (2014)

1.2 A-ULSS 6



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss 6	64.685	20,23	53,68	31,09	137,63
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità A-Ulss 6	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	30.144	1986	4845	2122	124,3
Mobilità acuti	29.353	3.482	7.786	3.534	119,6
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	791	102	357	219	4,6
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	Ospedale di Vicenza	Ospedale di Padova	CC Villa Berica	CC Villa Eretenia	Altre Strutture	Pres. Casa di Cura Polispeca- listica e Termale (Abano)	Sacro Cuore (Negrar) ULSS 21	Altre strutture altre regioni	Totale
Rivascolarizzazione arti inferiori	33	3	-	-	2		-	5	43
Frattura Collo del Femore	385				24			9	418
Frattura Tibia e Perone	46				14			5	65
Sostituzione del ginocchio	116		40	104	66	35	41	27	429
Totale	580	3	40	104	106	35	41	46	955

Fonte: PNE 2015

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-UISS6	1,45	122,04	96,53	0,83	3,62
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Mes (2013)

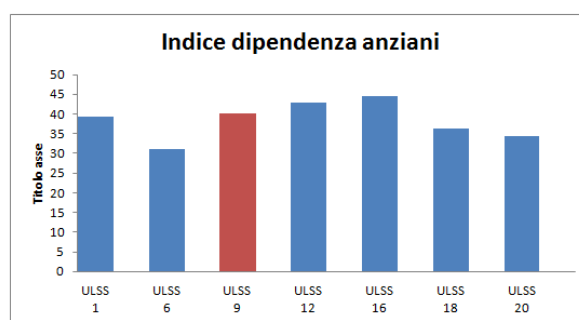
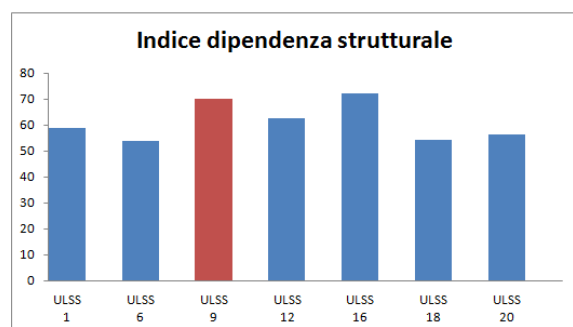
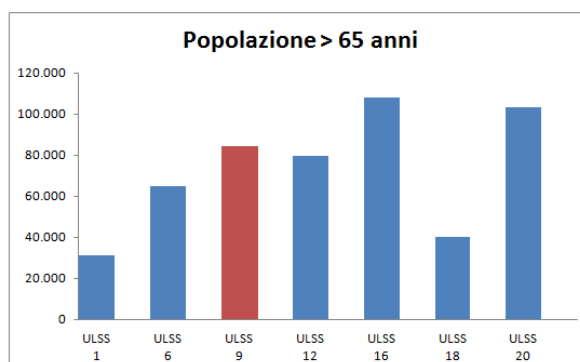
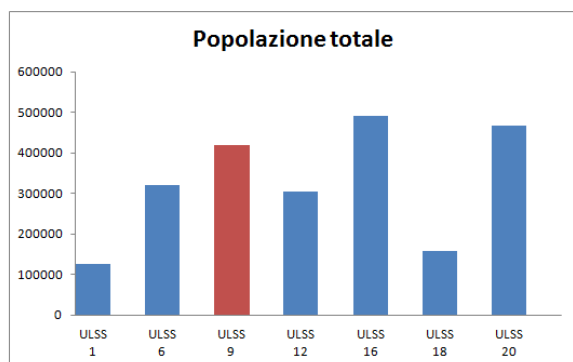
Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi	796	548	675	257	380
Ricoverati femmine	850	480	343	166	281
Degenza media	13,40	13,13	12,92	12,30	13,10

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Deceduto	256	74	101	54	71
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	1274	828	753	331	520
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	27	29	18	5	20
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	0	0	0	0	0
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	8	3	3	1	2
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	6	3	13	2	1
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	2	1	1	0	2
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	28	50	108	29	14
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	45	40	21	1	31

Fonte: Dati Aziendali (2014)

1.3 A-ULSS 9



Popolazione 65
anni e più

Popolazione 65
anni e più (%)

Indice dipendenza
strutturale

Indice dipendenza
anziani

Indice di
vecchiaia

	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-ULSS 9	84.240	20,13	70,1	40,19	134,42
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A- ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	41.954	3.193	5.164	4.295	132,7
Mobilità acuti	39.337	2839	4951	4150	124,6
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	2.617	354	213	145	8
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	Osp. Ca' Foncello	CCA Giovanni XXIII (Monastier)	Osp.C. S. Camillo	Osp. di Oderzo	Osp. di Montebelluna	Pres. Casa di Cura Polispeciali stica e Termale (Abano)	Altre strutture	Altre strutture fuori Regione	TOTALE
Rivascolarizzazione arti inferiori	51	10	7				3	2	73
Frattura Collo del Femore	426		42	123			68	8	667
Frattura Tibia e Perone	47			20			18	3	88
Sostituzione del ginocchio		265	34	27	35	34	77	57	529
Totale	524	275	83	170	35	34	166	70	1357

Fonte: PNE (2015)

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-UIss 9	1,72	132,87	96,37	0,74	4,52
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Mes (2013)

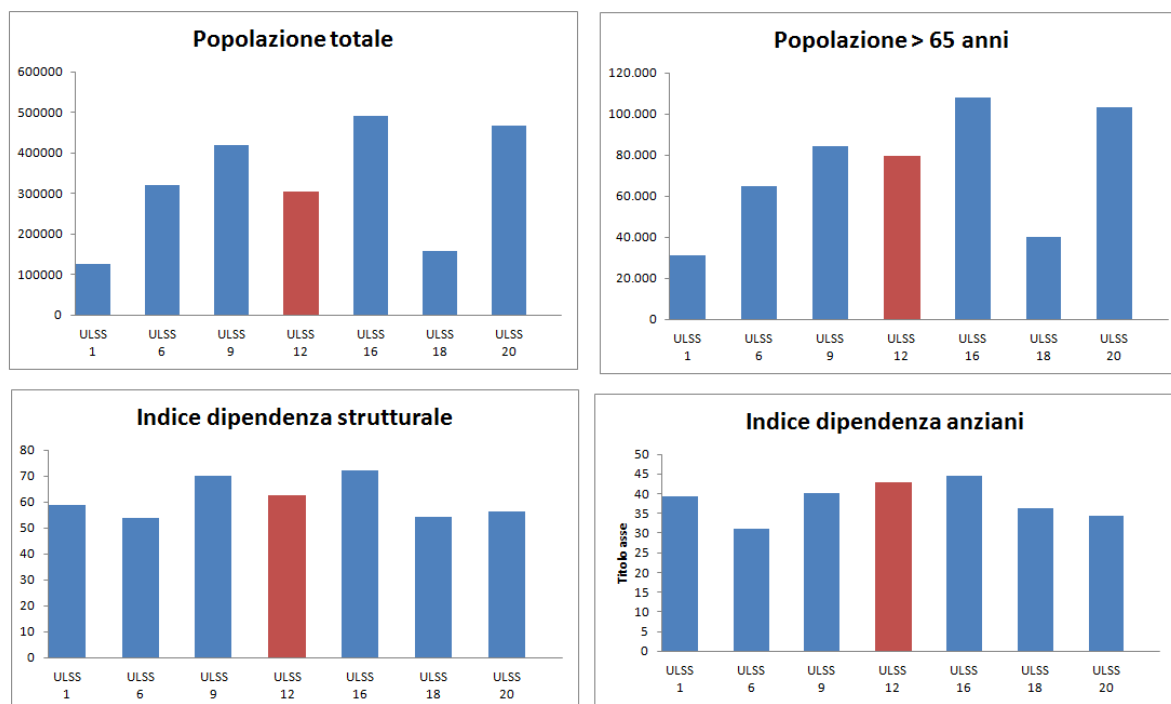
Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi >65	709	106	112	146	161
Ricoverati femmine >65	848	77	32	112	121
Degenza media	11,06	9,75	10,37	7,36	8,99

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Deceduto	169	94	267	115	86
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	1283	175	152	281	257
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	44	4	1	2	5
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	0	0	0	0	0
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	4	2	0	0	0
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	18	4	2	3	1
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	6	1	9	1	0
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	44	3	26	34	2
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	17	4	0	0	4

Fonte: Dati Aziendali (2014)

1.4 A-ULSS 12



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss 12	79.700	26,27	62,77	42,77	213,95
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	34.465	2618	6111	2908	154,2
Mobilità acuti	31.494	2.559	5.608	2.742	141,8
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	2971	59	503	156	12,3
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	Osp. Civile (Mira no)	Osp. dell'Angelo (Venezia)	Osp. Civile (Venezia)	Osp. Ca' Foncello (Treviso)	CCA Giovanni XXII I (Treviso)	CCA Giovanni XXII I (TV)	Pres. S. Marco (Ve)	Osp. Villa Salus	Osp. C. Fatebenefratelli (VE)	Pres. Casa di Cura Polispecialistica e Termale (AbanoT)	Altre strutture	CCA S. Giorgio SPA (Pordenone)	Altre strutture Fuori Regione	Totale
Rivascolarizzazione arti inferiori	2	22	3	6	3						1			37
Frattura Collo del Femore		266	172				45	139	153		49		20	844
Frattura Tibia e Perone		42	13								12		8	75
Sostituzione del ginocchio			43			80	179			49	82	37	64	534
Totale	2	330	231	6	3	80	224	139	153	49	144	37	92	1490

Fonte: PNE (2015)

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-Ulss 12	3,24	137,27	98,69	1,76	7,08
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Mes (2013)

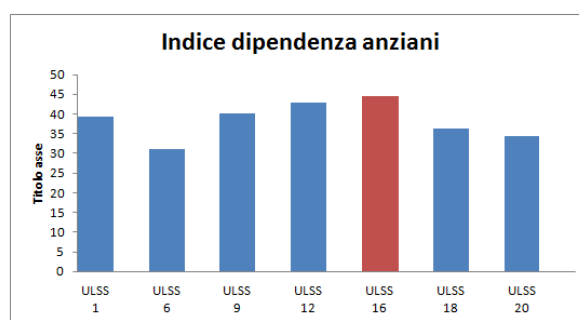
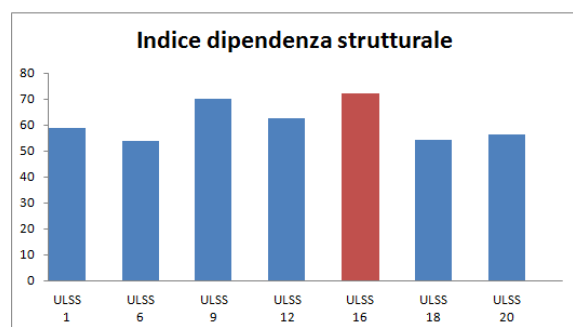
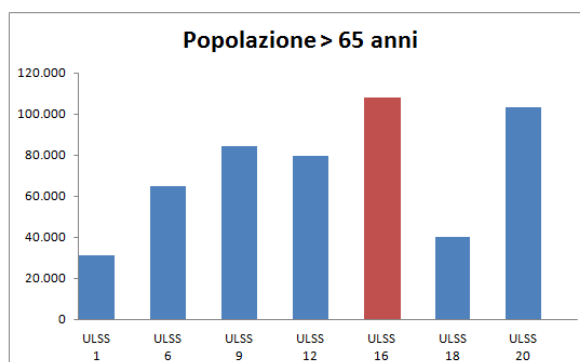
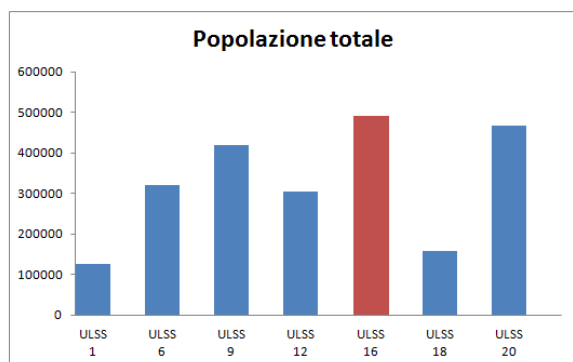
Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi >65	594	110	452	336	194
Ricoverati femmine >65	546	90	145	174	157
Degenza media	13,6	10,6	11,5	9,6	12,6

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Deceduto	122	6	13	51	5
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	851	172	439	336	286
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	50	2	7	8	15
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	0	1	0	0	1
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	4	4	2	3	4
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	20	4	22	56	6
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	50	5	13	14	24
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	39	4	98	42	7
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	4	3	3		3

Fonte: Dati Aziendali (2014)

1.5 A-ULSS 16



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss 16	107.780	21,93	72,32	44,63	161,22
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	60.424	2.240	4.695	3.211	146,6
Mobilità acuti	57608	2168	3996	3046	138,7
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	2816	72	699	165	7,8
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	Ospedale di Padova	Ospedale S .Antonio	Osp. Immacolata Concezione	Casa di Cura Polispecial istica e Termale (Abano)	Altre Strutture Stessa Regione	Pres. San Marco (Venezia)	Altre strutture altre regioni	Totale
Rivascolarizzazione arti inferiori	38	24			3		4	69
Frattura Collo del Femore	352	126	59	77	24		14	652
Frattura Tibia e Perone	64	19	11	12	11		3	120
Sostituzione del ginocchio	67			317	119	54	39	596
Totale	521	169	70	406	157	54	60	1437

Fonte: PNE (2015)

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-Ulss 16	1,22	137,60	98,54	0,83	3,20
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

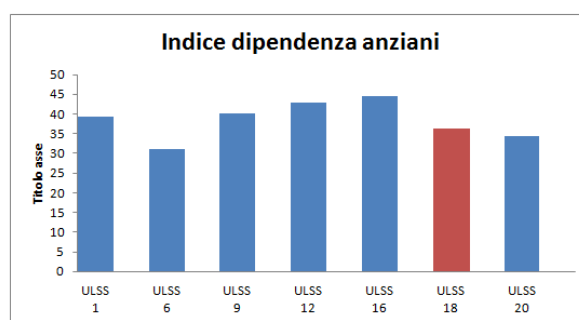
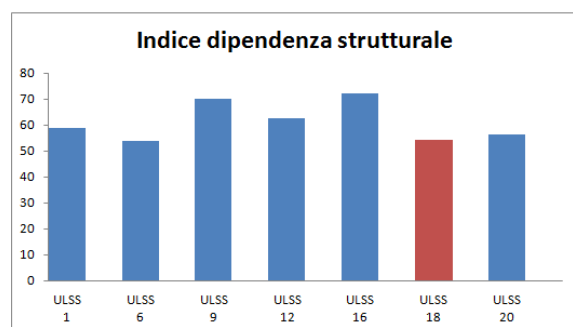
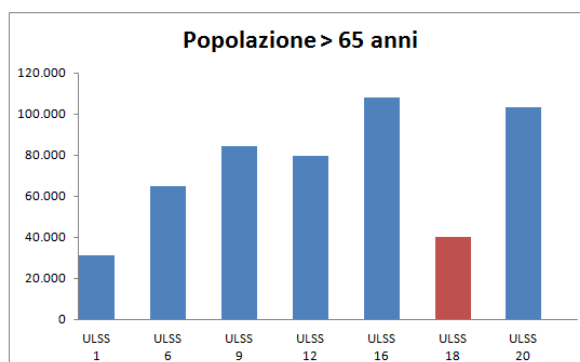
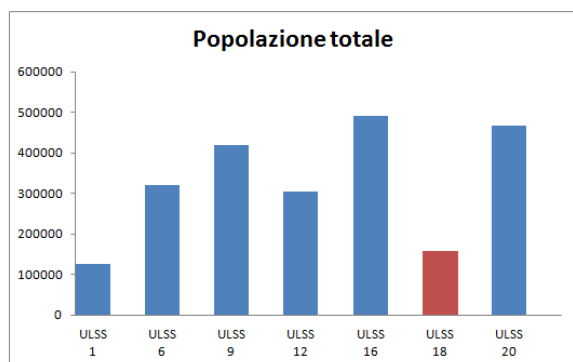
Fonte: Mes (2013)

Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi	1.787	1.135	1.314	534	802
Ricoverati femmine	2.050	866	621	368	687
Degenza media	12,04	12,05	10,74	10,09	11,62

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
DECEDUTO	516	114	118	101	123
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	2936	1634	1559	705	1184
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	50	34	11	7	12
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	3	2	1		1
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	28	10	11	5	11
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	78	31	27	42	32
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	157	137	171	38	85
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	8	4	16	2	12
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	61	35	21	2	29

1.6 A-ULSS 18



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss 18	40.083	25,21	54,27	36,25	201,24
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	17.129	842	3.502	3.782	147,6
Mobilità acuti	15.774	777	3.347	3.488	136,7
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	1355	65	155	294	10,9
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	Ospedale di Rovigo	Trecenta	Porto Viro	Occhiobello	Cura polispécialistica e termale	Ospedale di Legnago	Altre strutture	CCA Salus (Fe)	Ferrara	Altre Strutture ferrari	TOTALE
Rivascolarizz. arti inferiori	26					3	1	2	2	1	35
Frattura Collo del Femore	246						9			10	265
Frattura Tibia e Perone	32						1		3	3	39
Sostituzione del ginocchio	12	32	33	50	38		29			31	225
Totale	316	32	33	50	38	3	40	2	5	45	564

PNE (2015)

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-Ulss 18	1,01	141,53	93,41	0,57	3,52
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Mes (2013)

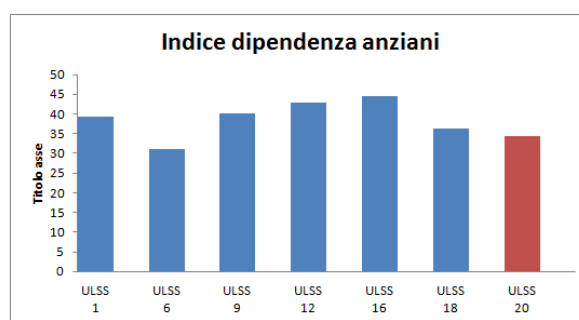
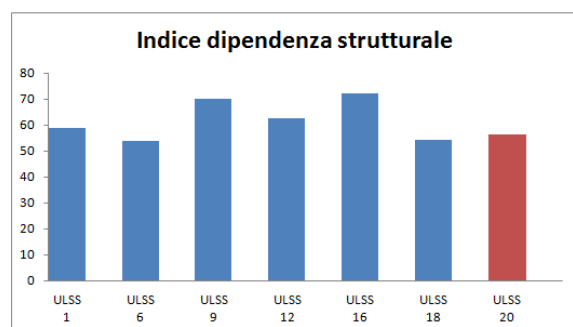
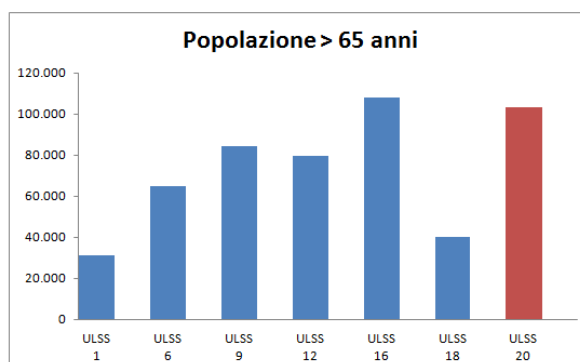
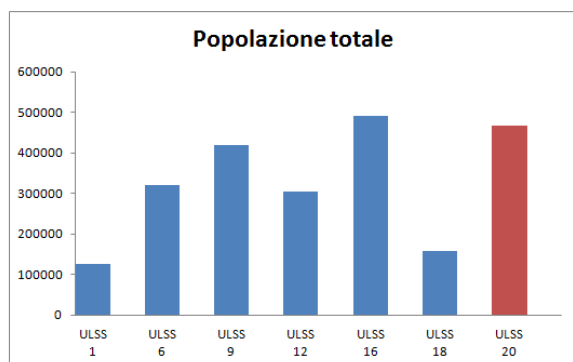
Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi >65	387	40	31	72	49
Ricoverati femmine >65	551	34	54	112	32
Degenza media	13,14	7,77	11,03	11,19	11,37

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
DECEDUTO	120	3	7	26	3
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	692	68	111	222	68
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	21	0	2	1	2
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	2	0	1	0	0
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	1	1	0	1	0
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	38	0	4	27	4
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	47	2	4	3	3
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	4	0	51	2	1
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	13	0	5	2	0

Fonte: Dati Aziendali (2014)

1.7 A-ULSS 20



	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
A-Ulss 20	103.458	22,1	56,46	34,27	154,5
Veneto	1.047.367	22,1	54,74	32,89	150,6

Fonte: ns elaborazioni su dati Demolstat (2014)

Mobilità	Ricoveri in propria A-ULSS	Ricoveri in altra A-ULSS stessa provincia	Ricoveri in altra ULSS fuori provincia	Ricoveri fuori Regione	Tasso grezzo (per 1000)
Mobilità totale	51.542	14.265	1.294	3.584	153,6
Mobilità acuti	48892	12925	1231	3217	144
	454.085	71.942	65.936	45.533	131,2
Mobilità post acuti	2650	1340	63	367	9,6
	24.503	5.095	5.496	3.298	8

Fonte: SER (2012)

Mobilità Post acuto Riabilitazione	A.O.U.U. Policlinico	A.O.U.U. Ospedale Civile Maggiore	Osp. dell'Est Veronese	Osp.C. Sacro Cuore (Negrar)	CCA S. Francesco (verona)	Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli (Peschiera)	Altre Strutture	Altre strutture altre regioni	Totale
Rivascolarizzazione arti inferiori	40	17	33	9			4	4	107
Frattura Collo del Femore									
Frattura Tibia e Perone		375	201				65	4	645
Sostituzione del ginocchio		64	44	142	220	44	43	78	635
Totale	40	439	245	142	220	44	108	82	1280

PNE (2015)

Ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione e oltre 30 gg	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti std per età e sesso	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std per età e sesso	Efficienza della degenza ospedaliera	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > 65 anni
A-Ulss 20	1,31	145,88	94,36	1,70	1,71
Veneto	1,47	136,13	96,97	0,66	4,02

Fonte: Mes (2013)

Ospedalizzazione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
Ricoverati maschi	1732	1624	1198	428	105
Ricoverati femmine	2068	1326	677	307	93
Degenza media	15,0	14,5	12,7	11,23	10,27

Fonte: Dati Aziendali (2014)

Modalità di dimissione per patologia	SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO	CARDIOPATIA ISCHEMICA	IMA	BPCO
DECEDUTO	446	170	129	86	10
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente	2971	2476	1460	590	174
Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	46	29	12	2	2
Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	5	1	1	0	0
Dimissione volontaria - contro il parere del medico	14	15	7	1	4
Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura	72	38	35	26	2
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	37	27	15	3	3
Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza	197	188	212	26	3
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	12	6	4	1	0

Fonte: Dati Aziendali (2014)

IRES VENETO

Il sistema socio-sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione

Un'analisi su sette Aziende ULSS

ALLEGATO C

FONTI BIBLIOGRAFICHE E NORMATIVE

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agenas. Scheda di patologia: diabete mellito II (<http://www.agenas.it>)

Agenas. Scheda informativa del Progetto MATRICE (<http://www.agenas.it>)

AIDA (2013) Linee guida Nazionali per l'Integrazione Socio Sanitaria.

Armitage, Gail D., et al. "Health systems integration: state of the evidence." *International Journal of Integrated Care* 9.2 (2009).

Comitato Regionale per la Bioetica – Regione del Veneto (2014), *Le politiche per la sostenibilità del sistema socio-sanitario veneto: implicazioni bioetiche*, 17 giugno.

Corte dei Conti – Sezione Regionale di Controllo per il Veneto (2014), *Esito del controllo delle relazioni sui bilanci d'esercizio 2012 delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Veneto, dell'Istituto Oncologico Veneto e della G.S.A., trasmessi ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005 n. 266*

CREA – Sanità (2014), *Una misura di performance dei SSR*, Università di Roma Tor- Vergata, Sidera Edizioni.

CREA – Sanità (2015), *11° Rapporto Sanità*, Università di Roma Tor- Vergata.

Department of Health Policy and Management at the John Hopkins University (2014), *ACG® System: Release Notes. Version 11.0*, Bloomberg School of Public Health, November.

EPICENTRO, *Portale dell'Epidemiologia per la Sanità Pubblica* (2013). *Rapporto Nazionali Passi*, <http://www.epicentro.iss.it/passi>

The European House Ambrosetti (2015), *Meridiano sanità – Le coordinate della salute: Rapporto 2015*.

Ghiotto M.C., Gandolfo E., Boscolo Camiletto S., Rizzolo Y. (2015), *“Sviluppo delle cure primarie attraverso la diffusione del modello di MGI e primi risultati del monitoraggio COT”*, Regione del Veneto - Giunta Regionale - Area Sanità e Sociale - Settore Assistenza distrettuale e Cure Primarie, *Presentazione all'Incontro con le Direzioni Generali*, Montecchio Precalcino, 16 giugno.

- Ghiotto M.C., Gandolfo E., Boscolo Camiletto S. (2016), "Progetto per lo sviluppo delle cure primarie attraverso la diffusione del modello di MGI: DGR n. 751/2015", Regione del Veneto - Giunta Regionale - Area Sanità e Sociale - Settore Assistenza distrettuale e Cure Primarie, Presentazione, Montecchio Precalcino, 10 marzo.
- Gini, R., et al. "L'assistenza ospedaliera agli anziani con frattura di femore." Bollettino Informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto 5 (2007): 5-7.
- Gittell, Jody Hoffer, et al. "Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients." Medical care 38.8 (2000): 807-819.
- Goodwin, Nick. "Understanding Integrated Care: a complex process, a fundamental principle." International journal of integrated care 13.1 (2013).
- Ham C. (2010), "The Ten Characteristics of the High Performing Chronic Care System", Health Economics, Policy and Law, 5, pp. 71-90.
- Hansen, Luke O., et al. "Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review." Annals of internal medicine 155.8 (2011): 520-528.
- HEALTH SEARCH - Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (2014), VIII Report.
- Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley, and Elena Rusticelli. Improved Health System Performance through better Care Coordination. No. 30. OECD Publishing, 2007.
- Laboratorio MeS (2015), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Report 2014, Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, <http://meslab.sssup.it>
- Longo F. et al. (2012), Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione. Modelli teorici ed evidenze empiriche, Egea, Milano.
- Mapelli V. (a cura di) (2007), I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali, Formez, Roma.
- Mapelli V. (2012), Il sistema sanitario italiano, Il Mulino, Bologna 2012.

- Ministero della Salute (2015), Programma Nazionale Esiti – PNE. Edizione 2015. Sintesi dei risultati, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), Roma.
- Muraro G., Rebba V. (a cura di) (2009), Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali ed estere, Franco Angeli, Milano.
- Osservasalute (2015), Rapporto Osservasalute 2014: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.
- OSSERVATORIO ARNO DIABETE (2014) Il Diabete In Veneto.
- Pammolli F., Porcelli., Vidoli F., Borà G. (2015), “La spesa sanitaria delle Regioni in Italia” – SaniRegio 2015”, CERM – Competitività, Regole, Mercati, Working Paper 01-2015.
- Porter M.E. (2010), “What Is Value in Health Care?”, The New England Journal of Medicine, 363(26), pp. 2477-2481.
- Rebba V. (2013), “Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità”, in Agostini F. (a cura di), La Regione del Veneto a quarant'anni dalla sua istituzione: Storia, politica, diritto, F. Angeli, Milano, 2013, pp. 278-319.
- Regione del Veneto (2012), Piano Socio-sanitario Regionale 2012-2016, Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012.
- Regione del Veneto (2013a), Progetto ACG® - Il Sistema Adjusted Clinical Groups: Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione (DGR del 16.04.2013).
- Regione del Veneto (2013b), DGR 2122 del 19 novembre 2013: “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”.
- Regione del Veneto (2014), Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - (dati 2012-2013).
- Regione del Veneto (2015), Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - (dati 2013-2014).
- Rizzato E. (2014), La Regione Veneto e i PDTA (2014): Convegno Inter Regionale. Treviso 5 dicembre

- SER – Regione del Veneto (2010), Lo scompenso cardiaco nel Veneto, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto.
- SER – Regione del Veneto (2012), Le cure domiciliari nella Regione del Veneto Anni 2012-2013, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, ottobre.
- SER – Regione del Veneto (2013), La mortalità nella Regione del Veneto - Periodo 2007-2010, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, marzo.
- SER – Regione del Veneto (2013), La mortalità nella Regione del Veneto - Aggiornamento 2011, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, marzo.
- SER – Regione del Veneto (2014), I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, febbraio.
- SER – Regione del Veneto (2014), La mobilità ospedaliera in Veneto dal 2006 al 2013, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, dicembre.
- SER – Regione del Veneto (2015), Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, giugno.

FONTI NORMATIVE E DELIBERE

LEGGI NAZIONALI

DPCM 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

L. n. 189/2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute".

LEGGI E DELIBERE DELLA REGIONE DEL VENETO

LR 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

Legge regionale 11 novembre 2011, n. 24: "Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica".

LR 23/2012 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

DGR 3318/2008 "Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice".

Deliberazione della Giunta regionale (DGR) n. 2718 del 24 dicembre 2012 "Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22".

DGR 127 dell'11/2/2013 "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2012. - Accordo Rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281.

Delibera della Giunta Regionale n. 1427 del 6 agosto 2013 "Presenza d'atto dei bilanci d'esercizio 2012 delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato del SSR Veneto".

Delibera della Giunta Regionale della Regione Veneto n. 2268 del 13 novembre 2012 "Preso d'atto dei risultati d'esercizio delle aziende sanitarie del Veneto del bilancio d'esercizio 2011".

Delibera della Giunta Regionale Veneto n. 2122 del 19 novembre 2013 " Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie". PSSR 2012-2016. Delibera n. 68/CR del 18 giugno 2013.

DGR 2108 del 10 novembre 2014 L.R. 29 giugno 2012 n.23 art. 10 "Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o sociosanitarie o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario".

DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014- "Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22".

DGR n. 751 del 14 maggio 2015 "Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013"

Delibera della Giunta Regionale n. 865 del 13 luglio 2015 "Preso d'atto dei conti economici consuntivi anno 2014 delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e del Consolidato del SSR Veneto".

DGR n. 2091 del 30 dicembre 2015 "Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie. DGR 2621/2012 e DGR 2718/2012".

DELIBERE E DOCUMENTI AZIENDALI

Delibera A-Ulss 1 n. 179 del 06 marzo 2014: Piano Aziendale attuazione DGR n.2122 del 19 novembre 2013 ad oggetto “ Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie”. PSSR 2012-2016. Delibera n. 68/CR del 18 giugno 2013.

A-Ulss 1: “Atto Aziendale 2014”

Delibera A-Ulss 1 n. 386 del 29 aprile 2014 “Approvazione del Programma delle Attività Territoriali e recepimento della Ripianificazione del Piano di Zona 2011-2015 per l’anno 2014”.

A-Ulss 1 (2014): “Programma delle Attività Territoriali”.

A-Ulss 1 (2014): “Piano di Zona 2011-2015”.

A-Ulss 1 (2012): “Stato di Salute”.

A-Ulss 6 (2013-2011): “Piano Strategico della Prevenzione” .

A-Ulss 6 (2014):“ Ripianificazione del Piano di Zona” .

A-Ulss 6 (2013):“Atto Aziendale “.

Delibera A-Ulss 6 n. 15 del 03 febbraio 2014: Modifica degli Ambiti Territoriali della Medicina Generale;

Delibera A-Ulss 6 n. 605 del 04 agosto 2014: Attivazione della "Centrale Operativa Territoriale" (COT) nell'Azienda ULSS n.6 Vicenza"

Delibera A-Ulss 6 n. 178 del 06 marzo 2014: “Modifica degli Ambiti Territoriali della Medicina Generale: approvazione del Piano Aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale”.

Delibera A-Ulss 6 n. 216 del 18/03/2014 n. 2122 del 19.11.2013: Medicine di gruppo avanzate ‘Medici Insieme Vicenza’ e “Gruppo Medici di Sovizzo”: riclassificazione in medicine di gruppo integrate e approvazione del contratto di esercizio”.

A-Ulss 6: “Piano Attuativo Aziendale D.G.R 2122 del 2013”.

Delibera A-Ulss 9 n. 514 del 05/06/2014: “Applicazione della metodica di budget alle unità organizzative della medicina generale e conseguenti determinazioni “.

Delibera A-Ulss 9 n. 704 del 28/07/2014 “Atto aziendale: nuovo assetto distrettuale e conferimento incarichi di direzione distretto socio-sanitario nord e distretto socio-sanitario sud”.

Delibera A-Ulss 9 n. 1244 del 31/12/2014 “Approvazione del piano strategico triennale 2015-2017 e piano operativo annuale 2015”.

Delibera A-Ulss 12 n. 603 del 10/03/2014: Approvazione del Piano Aziendale di attuazione del DRG 2122/2013.

A-Ulss 12 : Piano di Zona 2011-2015.

A-Ulss 12: “Monitoraggio Piani di zona- Relazione Valutativa Anno 2013”.

Delibera A-Ulss 16 n. 262 del 07/03/2014 “Proposta di Piano Aziendale”.

A-Ulss 16 :“Atto Aziendale 2014”.

Delibera A-Ulss 16 n. 1185 del 31/12/2014 “Piano Aziendale per il potenziamento delle cure primarie”.

A-Ulss 16 :“Piano di Zona 2011-2015- Ripianificazione” .

Delibera A-Ulss 18 n. 254 del 09/05/2014: “Piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale in attuazione del DRG 2122/2013”.

Delibera A-Ulss 18 n. 94 del 17/03/2015: “Approvazione contratto di esercizio per la costituzione di Medicina di gruppo sperimentale Trecenta-Ceneselli”.

Delibera A-Ulss 18 n. 798 del 29/12/2012: “Approvazione contratto di esercizio tra l’azienda Ulss e la medicina di gruppo integrata sperimentale “medici più” di Lendinara”.

A-Ulss 18: “Piano Aziendale per il potenziamento dell’assistenza primaria 2014-2015.

Delibera A-Ulss 18 n. 181 del 09/04/2014: “Approvazione Aggregazioni Funzionali Territoriali e Piano per il potenziamento dell’Assistenza Primaria”.

A-Ulss 18 (2011) :“Relazione Socio Sanitaria A-Ulss 18”

A-Ulss 18 :”Percorsi assistenziali A-Ulss 18” –CERISMAS.

A-Ulss 20: “Piano di Zona 2011-2015- Ripianificazione”.

Delibera A-Ulss 20 n. 127 del 10/03/2014: “Proposta di attuazione del DGR 2122/2013 “;

Delibera A-Ulss 20 n. 439 del 29/07/2014: “Piano attuativo locale per le Cure Primarie” ;

A-Ulss 20: “Bilancio Sociale 2008-2012”;

Delibera A-Ulss 20 n. 406 del 24/07/2014: Attivazione della Centrale Operativa Territoriale”.

SITI WEB PER APPROFONDIMENTI

Sito web dedicato alle Cure Intermedie della Regione del Veneto: <http://cureintermedie.regione.veneto.it/>