pubblicato su:
SOSSANITÀ

IRES VENETO

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

Un'analisi su sette Aziende ULSS

22 aprile 2016

Il gruppo di lavoro

Lo studio è stato condotto da:

- **Vincenzo Rebba** (coordinatore scientifico), professore ordinario di Scienza delle Finanze e docente di Economia Sanitaria del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali "Marco Fanno" dell'Università di Padova;
- **Barbara Bonvento**, collaboratrice di ricerca del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali dell'Università di Ferrara;
- **Emilio Tanzi**, docente dell'Area Public Management and Policy presso SDA Bocconi School of Management e nell'ambito del Settore Non-Profit e Socio-Sanitario del CERGAS (Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sociale e Sanitaria), Università Bocconi di Milano.

Hanno collaborato alla ricerca **Manuela Nicoletti** dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo e **Camilla Costa** di IRES Veneto.

Lo studio è stato coordinato dal punto di vista organizzativo da **Alfiero Boschiero** di IRES Veneto.

Indice

p.

Introduzione: Obiettivi e contenuti della ricerca …… *3*

1. Analisi dei sistemi socio-sanitari di sette Aziende ULSS del Veneto: indicatori di domanda e di offerta …… *7*

Appendici al Capitolo 1 …… *66*

2. Il sistema socio-sanitario del Veneto: il punto di vista degli stakeholder sullo stato di attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale …….. *71*

Appendici al Capitolo 2 …… *102*

3. Considerazioni conclusive …….. *108*

Riferimenti bibliografici…… *116*

Ringraziamenti *119*

Allegati:
A - Dati demografici, epidemiologici e sul grado di realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale.
B - Schede di A-ULSS.
C - Fonti bibliografiche e normative

Introduzione:
Obiettivi e contenuti della ricerca

Nel sistema socio-sanitario il concetto di *integrazione* si riferisce al coordinamento delle attività e delle funzioni tra le varie unità operative, con l'obiettivo di massimizzare la qualità dei servizi offerti agli utenti e l'efficienza dell'intero sistema, soprattutto con riferimento alla gestione delle patologie croniche (Gittell et al., 2000; Muraro e Rebba, 2009; Ham, 2010; Porter, 2010).

L'i*ntegrazione socio-sanitaria* è intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, secondo progetti assistenziali personalizzati. Tale coordinamento riguarda l'interazione tra servizi sanitari e servizi sociali, l'assistenza sanitaria territoriale e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L'*integrazione ospedale-territorio* tende, in particolare, a garantire la continuità della cura ai pazienti e a dare una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni di salute attraverso modelli organizzativi che promuovono l'integrazione e il coordinamento assistenziale e favoriscono gli interventi al domicilio dei pazienti.

Soprattutto per quanto riguarda le situazioni di maggiore fragilità (persone con malattie croniche, disabilità e in condizioni di non autosufficienza) la mancanza di adeguato coordinamento tra servizi e tra operatori socio-sanitari può determinare, oltre che una risposta inadeguata ai bisogni, effetti negativi sull'efficienza dei sistemi socio sanitari, quali l'aumento delle prestazioni specialistiche, degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri inappropriati, nonché l'allungamento dei tempi di attesa per chi si trova in situazioni di maggiore bisogno assistenziale.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 del Veneto pone l'integrazione socio-sanitaria e quella tra ospedale e territorio al centro delle politiche socio-sanitarie regionali con il "riconoscimento della persona nella sua globalità e in rapporto con i propri contesti di vita".

Con specifico riferimento all'integrazione ospedale–territorio e al coordinamento tra i servizi socio-sanitari territoriali, il PSSR fa riferimento a modelli organizzativi, sia a livello

professionale che gestionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed efficiente delle risorse all'interno di una vera e propria *filiera dell'assistenza territoriale*. Una filiera che vede l'attivazione di COT (Centrali Operative Territoriali), Strutture Intermedie e Medicine di Gruppo Integrate (MGI) territoriali, come strumenti per rendere efficaci i percorsi assistenziali (dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali - PDTA), eliminandone o attenuandone le discontinuità. Il nuovo modello prefigurato dal PSSR è centrato sulla presa in carico "proattiva" e integrata del paziente cronico, sulla continuità assistenziale e sulla condivisione di percorsi di cura e di accesso ai servizi socio-sanitari (Rebba, 2013).

Pur consapevoli della difficoltà di ricondurre le diverse esperienze territoriali all'interno di uno schema semplificato, l'obiettivo della presente analisi è quello di esaminare come, e in che misura, le Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (A-ULSS) corrispondenti ai territori dei sette capoluoghi provinciali veneti, stiano sviluppando il modello di integrazione e la filiera dell'assistenza territoriale prefigurati dal PSSR della Regione del Veneto. A tale scopo sono state considerate le seguenti sette Aziende ULSS: 1 (Belluno), 6 (Vicenza), 9 (Treviso), 12 (Veneziana), 16 (Padova), 18 (Rovigo), 20 (Verona).
Le A-ULSS scelte possono essere considerate, in una certa misura, rappresentative dell'intero sistema socio-sanitario del Veneto. I loro territori comprendono circa il 47% della popolazione residente nella Regione (in base ai dati Istat al 1° gennaio 2015) e coprono aree piuttosto diversificate in termini geomorfologici: l'area a bassa densità abitativa del Polesine (A-ULSS 18), i territori della gronda lagunare (A-ULSS 12) e dell'area montana (A-ULSS 1), i contesti territoriali urbani e a maggiore densità abitativa (le restanti A-ULSS); inoltre nel territorio dell' A-ULSS 16 sono presenti l'Azienda ospedaliera universitaria di Padova e l'IRCCS – Istituto Oncologico Veneto, mentre nel territorio dell'A-ULSS 20 è presente l'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona.

L'analisi si è fondata, in primo luogo, sull'esame dei bisogni specifici di ciascun territorio (indicatori demografici, di mortalità evitabile e di prevalenza delle principali patologie croniche) e sulla capacità di risposta a tali bisogni da parte dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali misurata sulla base di una batteria di indicatori di offerta. Con specifico riferimento agli indicatori di offerta, l'analisi dei sette contesti territoriali si è fondata in

particolare sulla rilevazione del grado di attivazione dei servizi della filiera assistenziale territoriale previsti dal PSSR della Regione del Veneto per garantire l'integrazione e la continuità assistenziale (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT, Medicine di Gruppo Integrate - MGI, Strutture Intermedie, Centrali Operative Territoriali - COT).

A un'analisi precisa e puntuale delle informazioni raccolte a livello territoriale, è seguita una serie di interviste semi-strutturate con i principali portatori di interessi delle sette Aziende ULSS considerate (Direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale, rappresentanti sindacali dei Medici di Medicina Generale, rappresentanti sindacali CGIL dei lavoratori e dei pensionati), con l'obiettivo di verificare il grado di attuazione del PSSR, individuando nel contempo i nodi critici nel processo di implementazione dei nuovi servizi territoriali, le difficoltà organizzative e le resistenze da parte di operatori con diverse culture professionali, nonché gli elementi e i fattori che potessero facilitare la transizione verso un modello integrato dei servizi socio-sanitari. Lo scopo di questo secondo livello di analisi era duplice: da un lato, rilevare il punto di vista dei principali *stakeholder* circa lo stato di attuazione della nuova filiera dell'assistenza socio-sanitaria territoriale prevista dal PSSR; dall'altro, effettuare una sintesi tra i dati emersi dalla rielaborazione delle interviste e quelli relativi agli indicatori selezionati in modo da verificare lo stato dell'arte rispetto al nuovo modello di assistenza socio-sanitaria territoriale e individuare i principali fattori esplicativi del livello di integrazione e di continuità assistenziale sia all'interno dei vari territori che a livello regionale (si veda lo schema rappresentato in Fig. 1.1).

Il presente Rapporto è articolato in tre capitoli.

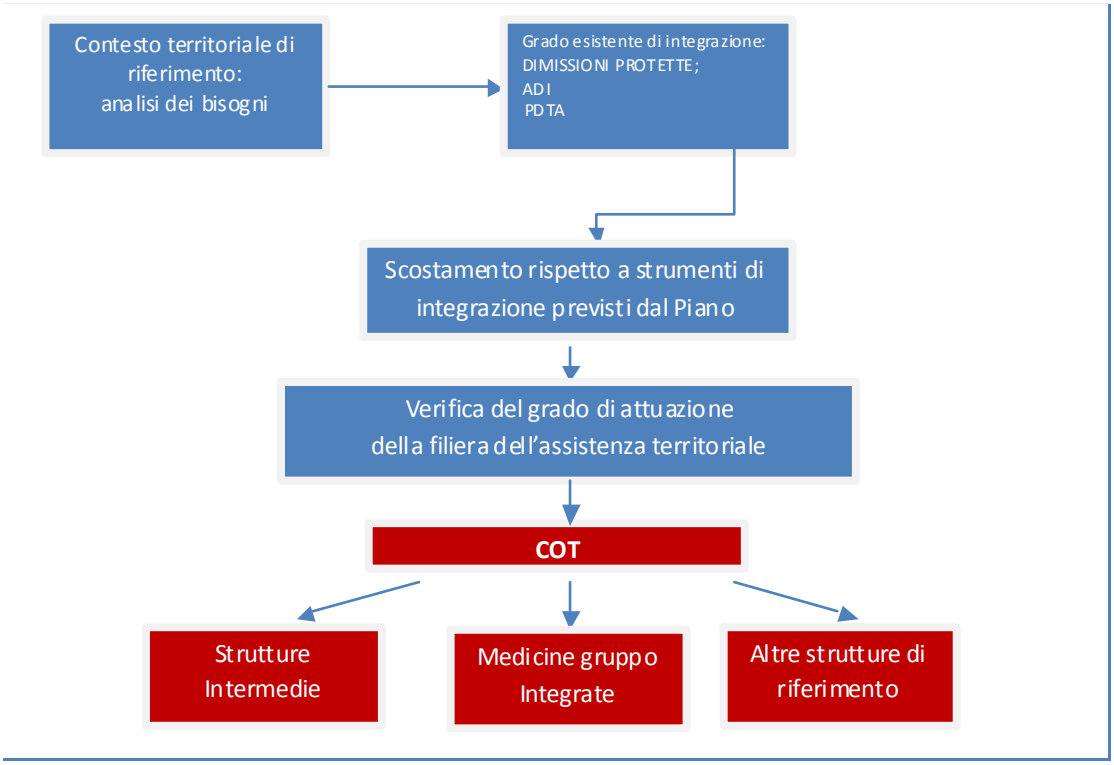
Nel capitolo 1 viene effettuata una ricognizione della situazione attuale della domanda e dell'offerta di assistenza socio-sanitaria nei territori delle sette A-ULSS considerate allo scopo di identificare i possibili elementi di criticità (gap tra domanda e offerta), con un focus soprattutto sul grado di realizzazione della nuova filiera dell'assistenza sanitaria territoriale prevista dal PSSR. Il capitolo è corredato da due Appendici che riportano, per ciascuna delle sette A-ULSS, informazioni e dati di dettaglio relativi alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione e alla situazione dell'offerta ospedaliera e territoriale.

Nel capitolo 2 viene sviluppata un'analisi delle opinioni dei principali *stakeholder* delle A-ULSS esaminate (dirigenti, rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale,

rappresentanti sindacali CGIL dei lavoratori e dei pensionati) sui punti di forza e sulle criticità sperimentate nella implementazione del nuovo modello di assistenza territoriale prevista dal PSSR.

Infine, nel capitolo 3, si offrono alcune considerazioni conclusive sulle problematiche e sulle prospettive future dell'applicazione del nuovo modello nei territori delle sette A-ULSS oggetto di analisi.

Figura 1.1 – Schema concettuale dell'analisi del grado di attuazione del nuovo modello di filiera di assistenza socio-sanitaria territoriale secondo il PSSR 2012-2016



1. *Analisi dei sistemi socio-sanitari di sette Aziende ULSS del Veneto: indicatori di domanda e di offerta*

1.1. Metodologia adottata

Per ciascuna delle sette Aziende ULSS oggetto di analisi sono stati elaborati una serie di indicatori di domanda (bisogni di assistenza), di offerta territoriale e di offerta ospedaliera. Ciascuna A-ULSS è stata quindi analizzata secondo tre dimensioni di analisi (domanda, offerta territoriale, offerta ospedaliera) utilizzando una batteria di 20 indicatori: 7 indicatori di domanda, 7 indicatori di offerta territoriale e 6 indicatori di offerta ospedaliera.

Ognuna delle Aziende ULSS considerate ha fornito i dati necessari per elaborare gli indicatori proposti con vario grado di dettaglio e completezza. In alcuni casi si è proceduto ad integrare i dati ottenuti con le informazioni ufficiali disponibili presso altre fonti.

Al fine di rappresentare in maniera sintetica gli indicatori relativi ai diversi ambiti di analisi considerati per ciascuna A-ULSS (bisogni e domanda assistenziale, offerta territoriale, offerta ospedaliera), i valori effettivi (VE) degli indicatori, espressi in decimali, sono stati trasformati assegnando un punteggio variabile tra un minimo di 1 (valore "più basso" tra le sette A-ULSS) e un massimo di 10 (valore "più alto" tra le sette A-ULSS). Tutti gli indicatori proposti sono stati quindi standardizzati nell'intervallo (1-10) per poter effettuare comparazioni tra le A-ULSS considerate. [1]

Il processo di assegnazione del valore standardizzato (VS) per ciascun indicatore richiede, in primo luogo, la determinazione della *Scala*, che viene calcolata nel modo seguente:

$$Scala = \frac{(Valore\ effettivo\ Max. - Valore\ effettivo\ Min.)}{(Punteggio\ Max. - Punteggio\ Min.)} = \frac{(Valore\ effettivo\ Max. - Valore\ effettivo\ Min.)}{(10-1)}$$

[1] La metodologia trae spunto da quella del *Meridiano Sanità Regional Index* per la misurazione delle performance dei sistemi sanitari regionali sviluppata nel Rapporto Meridiano sanità 2015 (The European House Ambrosetti, 2015).

Dopo aver fissato la Scala, il valore standardizzato (VS) di uno specifico indicatore relativo ad una generica A-ULSS X viene così calcolato:

$$Valore\ standardizzato\ Indicatore\ AULSS\ X = \frac{(Valore\ effettivo\ AULSS\ X - Valore\ effettivo\ Min.)}{Scala} + 1$$

A titolo esemplificativo, l'indicatore "percentuale della popolazione residente in età superiore ai 65 anni" (POP 65), presenta i seguenti valori effettivi (VE) per le sette A-ULSS (si veda anche la tabella 1.4 nel paragrafo 1.2):

A-ULSS	POP>65 (%)
1	25,3
6	20,7
9	20,5
12	26,5
16	22,3
18	23,9
20	22,2

Il valore standardizzato (VS) di tale indicatore è quindi pari a 1,00 per l'A-ULSS 9, che registra il più basso VE dell'indicatore POP>65, mentre è pari a 10,00 per la A-ULSS 12, che registra il più alto VE dell'indicatore POP>65. I valori standardizzati delle altre cinque A-ULSS sono compresi tra questi due estremi e si ottengono considerando le formule sopra specificate. Ad esempio, nel caso dell'A-ULSS 18, si ottiene:

$$Valore\ standardizzato\ Indicatore\ POP > 65\ AULSS18 = \frac{(0,239 - 0,205)}{0,00\overline{6}} + 1 = 6,10$$

Tra i possibili metodi utilizzabili per fornire una sintesi valutativa sullo stato dei sistemi socio-sanitari territoriali a partire dagli indicatori prescelti (standardizzati nell'intervallo 1-10), si è scelto quello del *radar chart*, che consente di rappresentare la domanda e l'offerta di assistenza sanitaria all'interno dei territori selezionati in un'ottica multidimensionale. La media dei punteggi ottenuti dalle Aziende nei tre ambiti considerati (domanda, offerta territoriale, offerta ospedaliera) consente inoltre di evidenziare la situazione/performance complessiva di ciascun territorio attraverso un *Indice Sintetico di Performance* (ISP).

Nei radar, i punti che si trovano vicino alla frontiera vanno interpretati:

- relativamente agli indicatori di domanda, come segnale di maggiori bisogni di assistenza socio-sanitaria;

- relativamente agli indicatori di offerta territoriale e ospedaliera, come segnale di conseguimento di elevato livello di dotazione e/o di performance.

Va chiarito preliminarmente che la batteria di venti indicatori utilizzata può fornire un quadro comunque molto parziale del rapporto tra domanda di assistenza socio-sanitaria e risposte offerte dalla rete dei servizi territoriali e ospedalieri. Si tratta infatti di indicatori che si concentrano essenzialmente su quelle componenti di domanda e offerta che sono più direttamente legate agli obiettivi di integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio a cui si è ispirato il Piano regionale 2012-2016. Essi dunque non possono rappresentare in maniera esaustiva l'intera gamma dei bisogni di assistenza e delle risposte offerte dalle A-ULSS attraverso le diverse tipologie di servizi socio-sanitari erogati. Pur con questo limite, si può ritenere che l'analisi qui offerta possa contribuire a fornire alcuni segnali utili ad individuare i punti di forze e le aree di criticità presenti nei diversi territori oggetto di analisi.[2]

La logica che sottende il presente Rapporto è infatti quella di ottenere indicazioni ed evidenze sullo stato dell'integrazione in risposta ai bisogni assistenziali dei territori analizzati attraverso diversi strumenti informativi, non solo di tipo quantitativo (come gli indicatori esaminati nel presente capitolo) ma anche di tipo qualitativo. Gli indicatori quantitativi elaborati attraverso la metodologia appena descritta verranno quindi opportunamente integrati con altre informazioni sui costi e sulle risorse impegnate (dotazioni strutturali e personale) dalle A-ULSS (informazioni contenute nel successivo paragrafo 1.3 e negli Allegati A e B del Rapporto), nonché con le indicazioni emerse dalle interviste e dai *focus group* con i testimoni privilegiati delle aziende (direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale, rappresentanti dei medici di medicina generale, rappresentanti locali del sindacato), considerate nel capitolo 2. Nel complesso le diverse informazioni raccolte ed elaborate potranno consentire di formulare una prima valutazione degli ambiti ove si rilevano le maggiori criticità nella risposta delle A-ULSS

[2] In particolare, va precisato che gli indicatori di offerta territoriale e ospedaliera considerati sono funzionali rispetto all'obiettivo di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi di integrazione e continuità assistenziale del Piano socio-sanitario del Veneto 2012-2016 e non sono dunque raffrontabili con la più ampia batteria di indicatori utilizzati per la verifica degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte delle Regioni.

all'attuazione del modello di integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio delineato dal PSSR 2012-2016.

Procediamo ora a specificare i tre insiemi di indicatori che sono stati rilevati per ogni Azienda ULSS , con riferimento agli anni più recenti disponibili.

1.1.1 Indicatori di domanda

L'analisi della domanda rappresenta il punto di partenza della valutazione relativa allo stato dell'integrazione e della continuità assistenziale sul territorio perché, al di là delle indicazioni contenute nel PSSR, ciascuna Azienda interpreta poi le indicazioni regionali in modo adeguato ai bisogni specifici del proprio contesto territoriale. I sette indicatori considerati, descritti in Tabella 1.1, definiscono il bisogno di assistenza in relazione a quattro dimensioni:

- invecchiamento della popolazione (percentuale della popolazione residente di età superiore ai 65 anni);
- prevalenza delle principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, BPCO-bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva) misurata come percentuale dei residenti con tali patologie in rapporto alla popolazione totale, rilevata dalla banca dati del sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) adottato dalla Regione del Veneto[3];

[3] Il sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) adottato dalla Regione del Veneto (2013a) con il supporto della *John Hopkins University* consente di categorizzare la popolazione per singole patologie o per patologie correlate in base all'organo/apparato. Queste categorie vengono denominate EDCs (*Expanded Diagnosis Clusters*) e vengono utilizzate per descrivere la popolazione da un punto di vista epidemiologico o per selezionare sottogruppi di popolazione con specifiche patologie. Il sistema ACG calcola per ogni assistito un marcatore che indica la presenza della patologia e le fonti informative (diagnosi cliniche, farmaci o entrambi) che hanno consentito l'individuazione della stessa. I dati sulle diagnosi cliniche (codificati con ICD9, ICD10 e ICPC) sono contenuti nel "*Medical Services File*" e vengono raccolti a partire da eventi sanitari come ricoveri, accessi al pronto soccorso, certificazioni per esenzioni, ecc. I dati di diagnosi basati sulle prescrizioni farmaceutiche e sul consumo di farmaci sono invece contenuti nel "*Pharmacy File*". Gli EDCs non sono mutuamente esclusivi e ad una stessa persona possono essere associati più EDC. In base a questa classificazione, le malattie più frequenti nella popolazione veneta sono l'ipertensione, il diabete, le patologie cardiache croniche e i tumori. Occorre precisare che il sistema ACG è stato applicato alle banche dati derivanti dai flussi informativi correnti, che tipicamente sottostimano la reale prevalenza delle patologie nella popolazione, anche se consentono di rilevare le condizioni di malattia più onerose per il sistema sanitario regionale. In particolare, la BPCO viene rilevata sostanzialmente attraverso i ricoveri ospedalieri, gli accessi al Pronto Soccorso e le cure domiciliari, non essendo prevista una specifica esenzione per tale patologia come invece avviene per il diabete.

- mortalità evitabile nella popolazione al di sotto dei 75 anni (distinta per sesso) misurata in termini di tasso standardizzato per 100.000 residenti dei decessi potenzialmente evitabili dovuti a carenze nella prevenzione primaria, nella diagnosi precoce delle malattie e/o a carenze nell'assistenza sanitaria; tasso rilevato dalla banca dati MEV(i) – "Mortalità evitabile (con intelligenza)" (Nebo Ricerche PA);
- pressione della domanda, misurata attraverso l'incidenza percentuale dei grandi utilizzatori di servizi socio-sanitari (persone con un consumo atteso di risorse assistenziali elevato e/o molto elevato) sul totale della popolazione; nello specifico, l'indicatore considerato rappresenta la percentuale di residenti classificati in una RUB (*Resource Utilization Band*) superiore a 4 (RUB 4 e 5) secondo il sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) adottato dalla Regione del Veneto[4].

Valori elevati di tali indicatori di domanda tendono dunque a segnalare la necessità di una risposta relativamente più forte ai bisogni di salute del territorio attraverso interventi di sanità pubblica adeguati ed efficaci.

[4] Nel sistema ACG, le RUBs (*Resource Utilization Bands*) rappresentano sei categorie omogenee di abitanti classificati in base al consumo *atteso* di risorse assistenziali. Sono costituite dai seguenti gruppi: 0- Nessuna diagnosi, nessun costo, 1-Utilizzatori sani, 2-Basso consumo di risorse, 3-Moderato consumo di risorse, 4-Alto consumo di risorse, 5-Molto alto consumo di risorse. Va chiarito che le RUBs non misurano il consumo effettivo di risorse, ma il carico di malattia derivante dalle diagnosi co-presenti nella popolazione. Infatti esse vengono definite come aggregazioni di ACG, che a loro volta sono attribuiti in base alle diagnosi, all'età e al sesso e non in base ai costi. La denominazione "*Resource Utilization Bands*" fa quindi riferimento al consumo di risorse *atteso* dato il carico di malattia. Le RUBs non vengono utilizzate per descrivere i profili di malattia ma per offrire una misura del grado atteso di utilizzo delle risorse assistenziali; attraverso le RUBs può essere infatti valutata la proporzione attesa di risorse assorbite dalla popolazione appartenente alle diverse classi di severità. Per ogni A-ULSS, l'indicatore di pressione di domanda considerato rapporta il totale di residenti con consumo atteso alto e molto alto di risorse, classificati quindi in un RUB superiore a 4 (RUB 4 e 5), al totale della popolazione residente.

Tabella 1.1 – Indicatori di domanda

TIPOLOGIA	INDICATORE	ANNO	FONTE
Demografia	Popolazione 65 anni e più (%)	2015	Relazione Socio Sanitaria Regione Veneto
Epidemiologia	Tasso di prevalenza malattie cardiache (% della popolazione)[5]	2014	Regione Veneto ACG
	Tasso di prevalenza BPCO (% della popolazione)[6]	2014	Regione Veneto ACG
	Tasso di prevalenza Diabete Tipo 2 (% della popolazione)[7]	2014	Regione Veneto ACG
	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74 anni) e principali gruppi diagnostici) (MASCHI) per 100.000 residenti	2009-2011	Banca dati MEV(i) Mortalità evitabile (con intelligenza) (Nebo Ricerche PA)
	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74 anni) per genere e principali gruppi (FEMMINE) per 100.000 residenti	2009-2011	Banca dati MEV(i) Mortalità evitabile (con intelligenza) (Nebo Ricerche PA)
Pressione della Domanda	Percentuale di residenti con elevato consumo atteso di risorse socio-sanitarie (% popolazione con RUB 4-5)	2014	Regione Veneto ACG

[5] In base al sistema ACG, si considerano gli individui affetti dalle seguenti patologie cardiovascolari: cardiopatie ischemiche con esclusione di infarto miocardico acuto (codice EDC: CAR03); insufficienza cardiaca congestizia (CAR05); cardiopatie valvolari (CAR06); aritmie cardiache (CAR09); aterosclerosi (CAR10); infarto miocardico acuto (CAR 12), altre cardiopatie (CAR16).

[6] In base al sistema ACG, si considerano gli individui affetti da BPCO, broncopneumopatia cronico-ostruttiva (EDC: RES04).

[7] In base al sistema ACG, si considerano gli individui affetti da diabete di tipo 2 senza e con complicazioni (EDC:END06, END07).

1.1.2 Indicatori di offerta territoriale

L'analisi di questo secondo insieme di indicatori rappresenta il "focus" dell'analisi del livello di integrazione e del grado di realizzazione della filiera dell'assistenza sanitaria territoriale prevista dal Piano socio-sanitario, perché evidenzia la misura degli interventi attivati all'interno dei territori per migliorare la qualità dei servizi territoriali e, dunque, spostare il baricentro dell'azione assistenziale dall'ospedale al territorio.

I sette indicatori selezionati all'interno di questo ambito (Tabella 1.2) consentono di monitorare gli interventi attivati relativamente a:

- implementazione delle strutture intermedie (numero di posti letto in Ospedali di Comunità, Unità di Riabilitazione Territoriale e Hospice attivati in base a delibera aziendale sul totale dei posti letto programmati dalla Regione)[8];
- attivazione e operatività della Centrale Operativa Territoriale – COT (percentuale di copertura del servizio sulle 24 ore);
- riorganizzazione delle cure primarie in termini di percentuale di medici di medicina generale operanti secondo modalità organizzative previste dalla programmazione regionale , quali le Medicine di Gruppo Integrate, le UTAP, la Medicina di Gruppo e le Reti di medici[9];

---

[8] La programmazione dei posti letto da attivare per le cure intermedie è contenuta nella DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, applicativa del PSSR 2012-2016. Gli ospedali di comunità (ODC) e le Unità Riabilitative Territoriale (URT) sono regolati dalla DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014, che specifica i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, il contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, il tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e gli indicatori di attività e risultato di tali strutture. La DGR n. 2091 del 30 dicembre 2015 delinea poi le modalità di tariffazione giornaliera delle strutture per le Cure intermedie con riferimento agli standard definiti dalla programmazione regionale. Gli *hospice* sono centri residenziali territoriali di cure palliative per accogliere prioritariamente pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitino di cure palliative non erogabili adeguatamente a domicilio o in altri *setting* di cura. La definizione dei requisiti strutturali tecnologici degli *hospice* trova fonte nel DPCM 20 gennaio 2000 mentre la DGR 3318/2008 definisce le caratteristiche dei pazienti eleggibili per l'*hospice*. La DGR n. 2851 del 28 dicembre 2012 regola infine il flusso Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli *hospice* e modifica la scheda per la valutazione di accessibilità all'*hospice*. Il successivo paragrafo 1.3.4 contiene ulteriori elementi di analisi relativamente alle strutture intermedie.

[9] Il modello delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) adottato dalla Regione del Veneto, in coerenza, con quanto previsto dalla L. n. 189/2012 (c.d. "legge Balduzzi"), dovrebbe garantire agli assistiti: 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; una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali. Il processo di sviluppo delle cure primarie attraverso la diffusione delle MGI - verso cui dovrebbero convergere progressivamente UTAP, Medicine di gruppo e Reti di medici - viene regolato dalla DGR n. 751 del 14 maggio 2015 che definisce (nell'Allegato A) i contenuti del contratto di esercizio che recepisce l'accordo, sottoscritto in data 2 marzo 2015 dalla Regione Veneto e dalle OO.SS. della Medicina generale

- diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche;
- utilizzo delle dimissioni protette come strumento di continuità assistenziale (percentuale di dimissioni protette sul totale con riferimento ai ricoveri per patologie croniche);
- ricorso all' assistenza domiciliare integrata – ADI - per la popolazione residente anziana (percentuale di ultrasessantacinquenni seguiti in ADI).

Tabella 1.2 – Indicatori di offerta territoriale

TIPOLOGIA	INDICATORE	ANNO	FONTE
Grado di realizzazione PSSR	STRUTTURE INTERMEDIE: posti letto attivati secondo delibera/totale posti letto programmati (Hospice, ODC, URT)	2014	Delibere Aziende-ULSS
	COT: ore di apertura programmate/24 ore (%)	2015	Regione Veneto
	ASSISTENZA PRIMARIA: Medici in Medicina di Gruppo Integrata + Medici UTAP/Totale Medici Medicina Generale	2015	Regione Veneto (Ghiotto et al., 2015)
	ASSISTENZA PRIMARIA: Medici in Medicina di Gruppo Integrata + Medici UTAP + Medici in Rete + Medici in Gruppo)/ Totale Medici Medicina Generale	2015	Regione Veneto (Ghiotto et al., 2015)
Continuità assistenziale	PDTA: Patologie con PDTA/Numero totale PDTA previsti	2015	Regione Veneto
	DIMISSIONI PROTETTE: Numero di Dimissioni Protette varie patologie*100/TOT dimissioni	2014	Dati Aziende-ULSS
	ADI: (Assistiti ADI >65)*100/pop >65	2014	Regione Veneto

convenzionata, sulle modalità di attuazione del progetto di sviluppo delle cure primarie. La DGR 751/2015 specifica che i finanziamenti previsti per lo sviluppo delle cure primarie (25 milioni/anno tra 2015 e 2018) dovranno essere utilizzati per implementare prioritariamente le MGI ed in subordine i gruppi e le reti, in conformità a quanto stabilito dal vigente Piano Socio-Sanitario Regionale.

1.1.3 Indicatori di offerta ospedaliera

In tale ambito si considerano sei indicatori di efficienza (riferiti ai ricoveri per acuti), di appropriatezza (riferita all'utilizzo del Pronto Soccorso) e di capacità di risposta della rete ospedaliera ai bisogni relativi alla lungodegenza e riabilitazione.

La scelta operata ha tenuto conto del fatto che, nel caso delle A-ULSS 16 Padova e 20 Verona, l'analisi dell'offerta ospedaliera attraverso indicatori quantitativi viene inevitabilmente influenzata, almeno in parte, dalla presenza di un'azienda ospedaliera universitaria con un bacino di utenza molto più ampio del territorio di riferimento. Pertanto la considerazione di un insieme completo di indicatori di offerta ospedaliera - includendo anche i tradizionali indicatori di offerta ospedaliera, quali il tasso di spedalizzazione, l'indice di occupazione dei posti letto, ecc. - avrebbe reso non pienamente confrontabili gli indicatori rilevati per queste due Aziende con quelli delle restanti cinque A-ULSS.

Gli indicatori considerati si concentrano esclusivamente su alcuni aspetti inerenti al rapporto tra ospedale e territorio, nell'ottica della continuità assistenziale e dell'efficace raccordo tra servizi di ricovero e servizi di tipo territoriale. Come tali, tendono a risentire meno dell'effetto "azienda ospedaliera" per quanto riguarda le A-ULSS 16 e 20, anche se offrono ovviamente una rappresentazione piuttosto parziale dell'assistenza ospedaliera erogata nelle A-ULSS considerate.

I sei indicatori scelti, descritti in Tabella 1.3, rilevano l'attributo analizzato (efficienza nella degenza media dei DRG medici, appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso, capacità di risposta ai bisogni di riabilitazione e lungodegenza) in senso negativo. In altri termini, valori elevati di tali indicatori segnalano problemi di inefficienza, inappropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza e bassa capacità di risposta ai bisogni locali per la riabilitazione e la lungodegenza (quest'ultima misurata con la mobilità passiva extra provinciale ed extra regionale, che nella fattispecie non dovrebbe essere ascrivibile, se non in parte, alla presenza di A-ULSS "di confine").

Di conseguenza, i relativi indicatori standardizzati sono correlati negativamente ai valori effettivi degli indicatori: ad esempio, una percentuale elevata di codici bianchi negli accessi al Pronto Soccorso corrisponderà ad un valore basso dell'indicatore standardizzato nell'intervallo (1-10).

Tabella 1.3 – Indicatori di offerta ospedaliera

TIPOLOGIA	INDICATORE	ANNO	FONTE
Efficienza	Efficienza della degenza ospedaliera DRG Medici =(∑giornate degenza osservate-∑giornate di degenza attese)/N.dimissioni [10]	2013	Laboratorio MeS (2015)
	Degenza media Patologie Croniche (ricoveri per Scompenso cardiaco, Infarto miocardico acuto, Cardiopatia ischemica, Fibrillazione atriale, Diabete Mellito, BPCO)	2014	Dati SDO Aziende-ULSS
Appropriatezza	Accessi al PS per A-Ulss di residenza /triage (% codici bianchi)	2013	SER - Regione Veneto (2015) Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto
	Tasso standardizzato di accesso al PS per A- Ulss di residenza /triage (N. accessi codici bianchi e verdi per 1.000 ab.)[11]	2013	SER - Regione Veneto (2015) Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto
Capacità di risposta	Mobilità passiva ricoveri fuori Provincia per riabilitazione e lungodegenza (% ricoveri totali)	2012	SER - Regione Veneto (2014) I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012
	Mobilità passiva ricoveri fuori Regione per riabilitazione e lungodegenza (% ricoveri totali)	2012	SER - Regione Veneto (2014) I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012

[10] Si tratta dell'indice di performance degenza media per acuti – DRG medici. Rappresenta il rapporto tra la differenza tra il totale delle giornate osservate e quelle attese (ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero di dimessi con lo stesso DRG), e il numero totale delle dimissioni. Si veda al riguardo il Report 2014 del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MES, 2015, pp. 180-181).

[11] Il tasso standardizzato rilevato dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER) della Regione Veneto viene calcolato senza distinguere tra codici bianche e codici verdi (SER - Regione Veneto, 2015).

1.2. I risultati dell'analisi comparativa per le sette Aziende-ULSS

1.2.1 Domanda di assistenza socio-sanitaria

Come si evidenzia dalla Tabella 1.4 e dalla Figura 1.2, le A-ULSS considerate presentano valori dell'indicatore composito di domanda piuttosto diversificati (l'indicatore è ottenuto aggregando gli otto indicatori selezionati e viene riportato nell'ultima colonna della Tab. 1.4). L'indicatore aggregato di domanda è particolarmente elevato e superiore alla media regionale nel caso delle A-ULSS 1, 12, e 18, che registrano una quota elevata di persone ultrasessantacinquenni, le prevalenze più elevate relativamente alle patologie cardiache e i tassi di mortalità evitabile più alti. La A-ULSS 18 registra inoltre i valori più elevati della prevalenza di BPCO e dell'indice di pressione della domanda, che misura l'incidenza percentuale dei grandi utilizzatori di servizi sanitari sul totale della popolazione. Inoltre, la prevalenza del diabete di tipo 2 appare elevata ancora una volta nelle A-ULSS 18 e 12 ma anche nella A-ULSS 6.

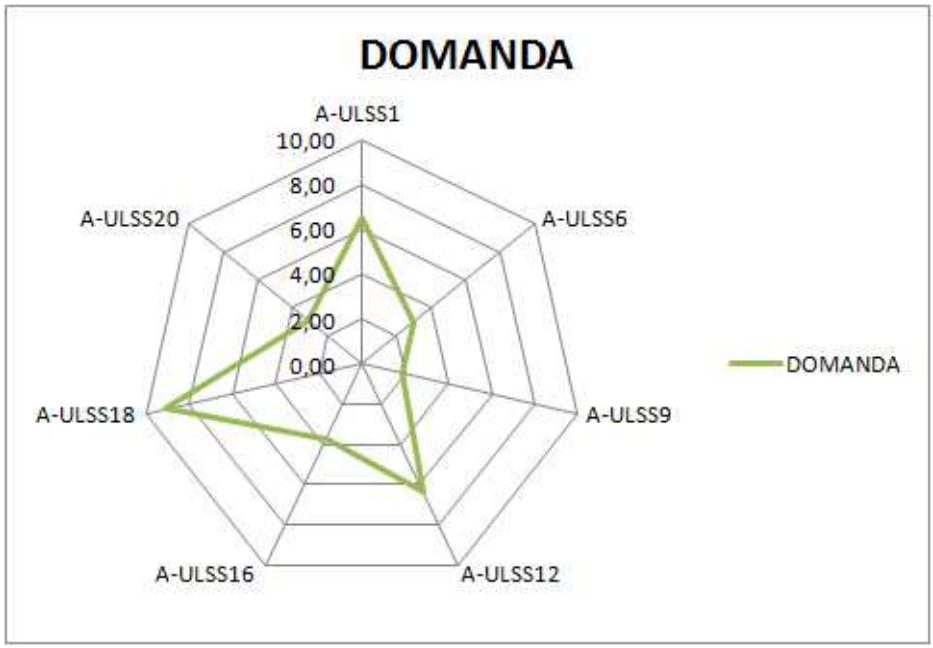
Tabella 1.4 – Indicatori di domanda per le sette A-ULSS

A-ULSS		POP>65 (%)	Mortalità Evitabile (maschi)	Mortalità Evitabile (fem)	Preval. Malattie Cardiache (% Pop.)[12]	Preval. BPCO (% Pop.)	Preval. Diabete tipo2 (% Pop.)	Pressione Domanda (% Pop. RUB 4-5)	INDICATORE AGGREGATO DOMANDA
1	VE	25,3	213,7	103,5	11,15	0,76	4,81	3,40	-
	VS	8,20	9,54	10,00	9,70	3,45	3,80	1,00	**6,53**
6	VE	20,7	184,6	87,6	8,34	0,66	5,14	3,87	-
	VS	1,30	3,22	1,00	4,39	1,00	6,16	3,56	**2,94**
9	VE	20,5	174,4	88,3	8,07	0,68	4,41	3,81	-
	VS	1,00	1,00	1,40	3,89	1,52	1,00	3,27	**1,87**
12	VE	26,5	194,7	95,1	10,67	0,73	5,06	4,46	-
	VS	10,00	5,41	5,25	8,78	2,73	5,59	6,86	**6,38**
16	VE	22,3	179,9	89,4	9,69	0,70	4,73	4,27	-
	VS	3,70	2,20	2,02	6,95	1,99	3,26	5,82	**3,70**
18	VE	23,9	215,8	98,8	11,31	1,03	5,69	5,03	-
	VS	6,10	10,00	7,34	10,00	10,00	10,00	10,00	**9,06**
20	VE	22,2	183,3	90	6,53	0,66	4,77	4,52	-
	VS	3,55	2,93	2,36	1,00	1,00	3,54	7,18	**3,08**

VE = valore effettivo dell'indicatore
VS = valore standardizzato dell'indicatore nell'intervallo (1-10)

[12] La prevalenza delle malattie cardiache è stata ottenuta conteggiando una e una sola volta le persone affette da almeno una delle patologie corrispondenti alle EDC considerate (CAR03, CAR05, CAR06, CAR09, CAR10, CAR12, CAR16).

Figura 1.2 – Radar Chart: Indicatori di domanda per le sette A-ULSS



1.2.2 Offerta territoriale

Come si evidenzia dalla Tabella 1.5 e dalla Figura 1.3, vi è una forte disomogeneità nell'attivazione dei principali strumenti della filiera dell'assistenza socio-sanitaria territoriale previsti dal PSSR per garantire integrazione e continuità assistenziale. Per quanto riguarda le strutture intermedie, per cui è stata deliberata l'attivazione mediamente nel 70% dei casi (con riferimento alle sette aziende considerate), si registra una maggiore uniformità, mentre prevalgono differenze più marcate per quanto riguarda gli altri strumenti di *transitional care* che gestiscono il passaggio del paziente tra i diversi ambiti di cura. Tra di essi, l'elemento perno sarebbe costituito dalla COT (Centrale Operativa Territoriale) che è attivata h24 solo nell'A-ULSS 16 mentre, ad esempio, non è ancora stata attivata nell'A-ULSS 18.

Nel complesso, comunque, le due A-ULSS 1 e 12 in condizioni di elevato bisogno assistenziale (come visto nel paragrafo 1.2.1) sembrano avere attivato in maniera soddisfacente alcuni degli strumenti di integrazione e continuità assistenziale: la A-ULSS 1 evidenzia come punti di forza l'ADI per gli ultrasessantacinquenni e la medicina territoriale in rete; la A-ULSS 12 ha proceduto all'attivazione di una quota rilevante dei posti letto in strutture intermedie previsti dal PSSR e ha attivato i PDTA per il 50% delle

principali patologie croniche. Malgrado una buona risposta sul piano dell'offerta territoriale, soprattutto per quanto riguarda la A-ULSS 1 (che registra l'indicatore aggregato di offerta territoriale relativamente più elevato), queste due A-ULSS registrano tuttavia alcune criticità nel fronteggiare adeguatamente i bisogni emergenti del territorio, come verrà meglio esplicitato nel paragrafo 1.2.4.

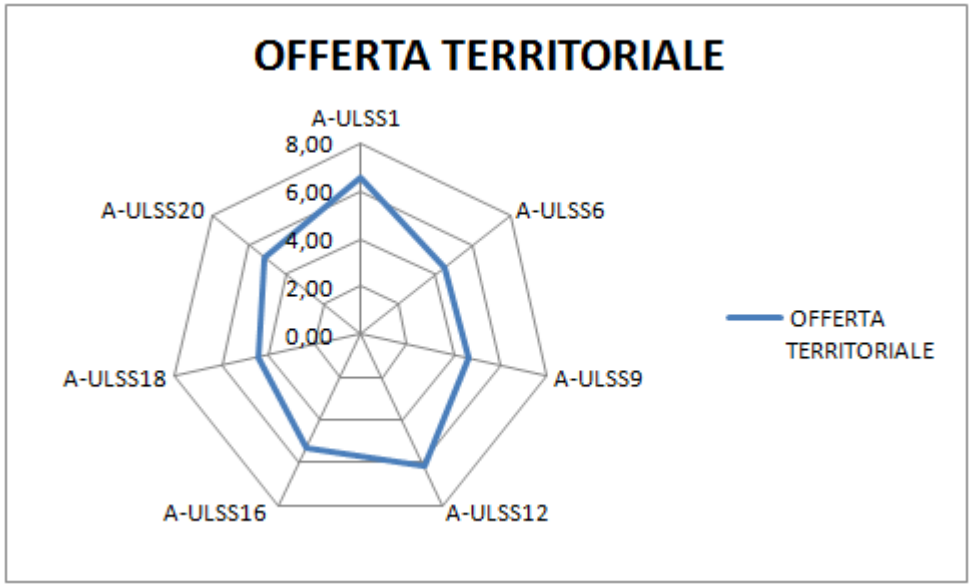
L'altra A-ULSS caratterizzata da forte pressione della domanda, e cioè la 18, evidenzia invece una certa carenza sotto il profilo dell'attivazione degli strumenti della filiera assistenziale territoriale (è quella con il più basso indicatore di offerta territoriale) pur avendo previsto un forte coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle Medicine di Gruppo Integrate e pur avendo attivato i PDTA al 50%.

Tabella 1.5 – Indicatori di offerta territoriale per le sette A-ULSS

A-ULSS		Strutture Intermedie (indice di attivazione)	Attivazione COT (copertura 24h)	PDTA Attivati (proporz. su tot. previsti)	Dimissioni Protette (% su tot.)	ADI >65 (% su Pop >65)	MMG in MGI e UTAP (proporzione su tot. MMG)	MMG in MGI, UTAP, Rete e Gruppo (proporzione su tot. MMG)	INDIC. AGG. OFFERTA TERRITOR.
1	VE	0,58	0,21	0,25	0,65	3,0	0,15	0,95	-
	VS	8,30	2,89	5,50	2,42	10,00	6,75	10,00	6,55
6	VE	0,49	0,24	0,0	2,65	1,1	0,085	0,59	-
	VS	6,46	3,16	1,00	10,00	2,57	4,17	4,23	4,51
9	VE	0,212	0,41	0,5	0,93	0,7	0,051	0,91	-
	VS	1,10	4,69	10,00	3,51	1,00	2,90	9,31	4,64
12	VE	0,67	0,46	0,5	0,57	1,2	0,068	0,92	-
	VS	10,00	5,14	10,00	2,13	2,96	3,51	9,46	6,17
16	VE	0,53	1,0	0,25	1,47	1,8	0,0	0,48	-
	VS	7,21	10,00	5,50	5,53	5,30	1,00	2,50	5,29
18	VE	0,207	0,0	0,5	1,09	1,4	0,24	0,39	-
	VS	1,00	1,00	10,00	4,10	3,74	10,00	1,00	4,41
20	VE	0,62	0,27	0,5	0,27	1,5	0,023	0,77	-
	VS	8,89	3,43	10,00	1,00	4,13	1,85	7,16	5,21
VENETO	**VE**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**1,64**	**0,11**	**0,72**	**-**

VE = valore effettivo dell'indicatore
VS = valore standardizzato dell'indicatore nell'intervallo (1-10)

Figura 1.3 – Radar Chart: Indicatori di offerta territoriale per le sette A-ULSS



1.2.3 Offerta ospedaliera

Le dotazioni ospedaliere delle sette A-ULSS oggetto di analisi in termini di posti letto per 1.000 abitanti non sono agevolmente raffrontabili per la presenza delle aziende ospedaliere universitarie nel territorio delle A-ULSS 16 (Padova) e 20 (Verona) (si veda anche il successivo paragrafo 1.3.4). Tuttavia, come già anticipato nel paragrafo 1.1.3, gli indicatori qui considerati si concentrano esclusivamente sulla misurazione del grado di efficacia del raccordo tra servizi di ricovero per acuti e servizi di tipo territoriale; come tali, tendono a risentire meno dell'effetto "azienda ospedaliera universitaria" per quanto riguarda le A-ULSS 16 e 20.

Come si evidenzia dalla Tabella 1.6 e dalla Figura 1.4, i valori degli indicatori di offerta ospedaliera considerati – che registrano il grado di efficienza nella degenza, l'appropriatezza nel ricorso ai servizi di Pronto Soccorso e la capacità di risposta ai bisogni locali di riabilitazione e lungodegenza (approssimata, in senso negativo, con la mobilità passiva extra-regionale ed extra-provinciale) - appaiono piuttosto disomogenei tra le diverse aziende considerate.

Se la durata della degenza, esplorata attraverso i due indicatori di "efficienza della degenza" e di "degenza media per alcune patologie croniche" possono offrire alcuni segnali dello sforzo dell'A-ULSS sul fronte dell'integrazione ospedale-territorio (uno sforzo

che si può ipotizzare tanto più ridotto quanto più elevati sono i valori di tali indicatori), i due indicatori di appropriatezza nell'uso del Pronto Soccorso e quelli di capacità di risposta ai bisogni locali (i due indicatori di mobilità passiva) possono contribuire a rafforzare (in positivo o in negativo) questo tipo di valutazione.

Nel complesso, le Aziende che registrano valori piuttosto elevati dei sette indicatori proposti tendono a essere caratterizzate da livelli relativamente minori di efficienza nelle degenze ordinarie e di appropriatezza nel ricorso al Pronto Soccorso, nonché da maggiore difficoltà a rispondere ai bisogni relativi a lungodegenza e riabilitazione (segnalata da una più elevata incidenza della mobilità passiva).

Sembrerebbe il caso soprattutto delle Aziende ULSS 1 e 6: la prima evidenzia criticità per quanto riguarda la durata effettiva delle degenze per acuti (sensibilmente maggiore rispetto alla durata attesa), il tasso standardizzato di accessi al PS per codici bianchi e verdi e la mobilità extra-provinciale; la seconda evidenzia criticità per quanto riguarda l'elevata durata media delle degenze relative alle patologie croniche e l'elevata quota di residenti che si rivolgono a servizi di lungodegenza e riabilitazione spostandosi fuori dal territorio della provincia o della regione.

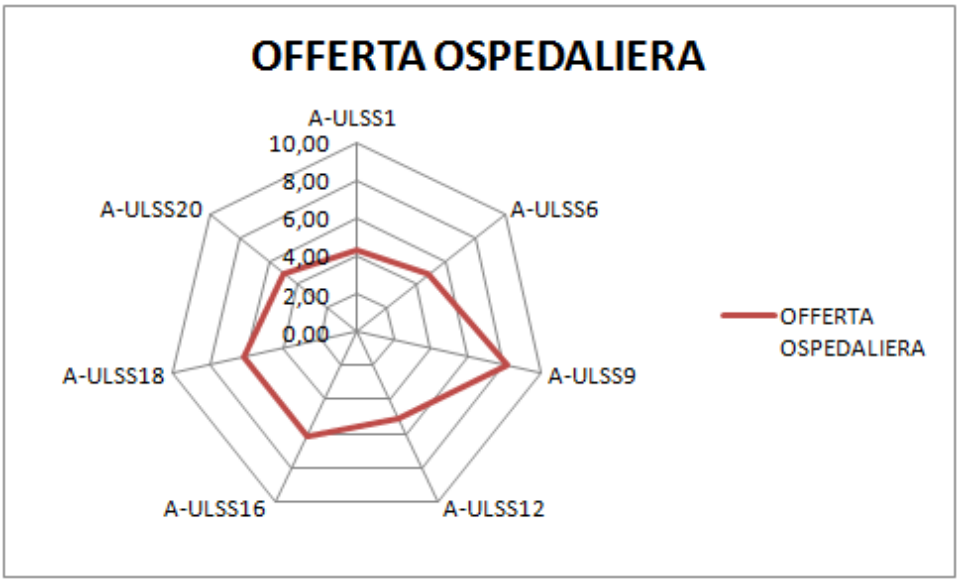
Alcune criticità si registrano altresì per le Aziende-ULSS 12 e 20, con particolare riferimento alla elevata durata media delle degenze (anche riguardo alle patologie croniche nel caso della A-ULSS 20) e all'elevato tasso di accessi al PS con codice bianco (nel caso specifico dell'A-ULSS 12).

Tabella 1.6 – Indicatori di offerta ospedaliera per le sette A-ULSS

A-ULSS		Efficienza della degenza (DRG medici)	Degenza Media Patologie Croniche	Pronto Soccorso- Cod. Bianco (%)	Pronto Soccorso- Tasso standardizz. per 1000 ab. Cod. Bianco+ Verde	Mobilità Passiva extra-provincia Riabil. Lungod. (%)	Mobilità Passiva extra regione Riabil. Lungod. (%)	INDIC. AGG. OFFERTA OSPEDALIERA
1	VE	1,14	11,95	19,7	348,0	24,59	8,77	-
	VS	5,69	3,59	8,22	1,00	1,00	6,50	4,33
6	VE	0,83	13,16	12,5	257,2	24,30	14,9	-
	VS	8,03	1,00	10,00	7,39	1,11	1,66	4,87
9	VE	0,74	8,96	44,2	220,2	6,39	4,35	-
	VS	8,71	10,00	2,16	10,00	8,07	10,00	8,16
12	VE	1,76	10,35	48,9	272,8	13,59	4,48	-
	VS	1,00	7,02	1,00	6,30	5,27	9,90	5,08
16	VE	0,83	11,32	44,0	245,4	18,63	4,39	-
	VS	8,03	4,94	2,21	8,23	3,32	9,97	6,12
18	VE	0,57	9,78	45,7	239,5	8,29	15,73	-
	VS	10,00	8,24	1,79	8,64	7,33	1,00	6,17
20	VE	1,7	12,9	25,7	317,4	1,42	8,3	-
	VS	1,45	1,56	6,74	3,15	10,00	6,88	4,96
VENETO	VE	0,66	ND	35,0	ND	14,31	8,59	-

VE = valore effettivo dell'indicatore
VS = valore standardizzato dell'indicatore nell'intervallo (1-10)

Figura 1.4 – Radar Chart: Indicatori di offerta ospedaliera per le sette A-ULSS



1.2.4 Un indicatore sintetico di performance per la comparazione delle sette A-ULSS

Considerando la media dei punteggi ottenuti dalle Aziende nei diversi ambiti di analisi (domanda, offerta territoriale, offerta ospedaliera) è possibile calcolare un *Indice Sintetico di Performance (ISP)* che consente di esprimere, sia pure in prima approssimazione, il gap esistente tra indicatore di offerta e indicatore di domanda.

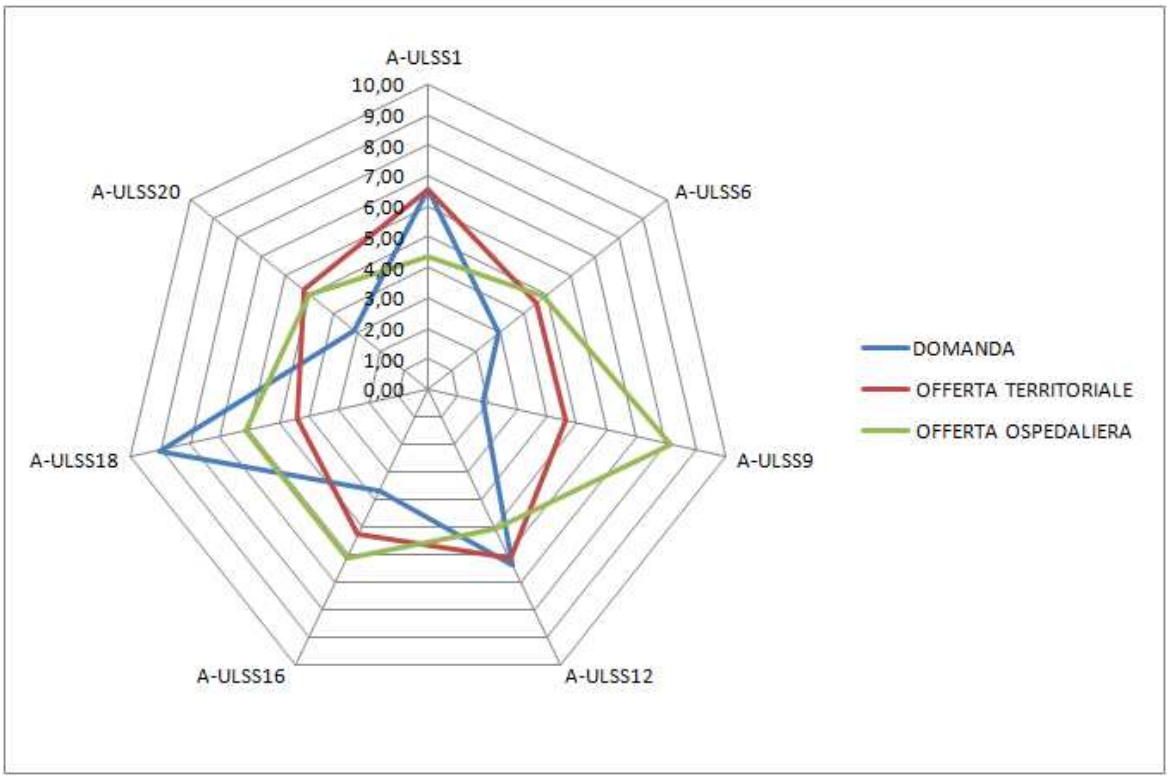
La Tabella 1.7 riporta nelle prime tre colonne, per ciascuna A-ULSS, i valori medi degli indicatori standardizzati di domanda, offerta territoriale e offerta ospedaliera illustrati nei precedenti paragrafi. Nella quarta colonna viene riportato un indicatore sintetico di offerta che si ottiene semplicemente come media dei due indicatori di offerta territoriale e di offerta ospedaliera. Nelle ultime due colonne della tabella 1.7 si riportano, infine, il valore effettivo e il valore standardizzato (nell'intervallo 1-10) dell'indicatore ISP ottenuto come rapporto tra l'indicatore sintetico di offerta e l'indicatore di domanda. Tanto più elevato è lo ISP (un valore effettivo di tale indicatore superiore a 1) tanto più si può ritenere, sia pure con un certo grado di approssimazione, che l'offerta di assistenza socio-sanitaria riesca a rispondere ai bisogni locali. Per contro, valori bassi dell'ISP (un valore effettivo dell'indicatore inferiore a 1) possono segnalare una situazione di difficoltà a rispondere adeguatamente alla domanda di assistenza socio-sanitaria del territorio.

E' importante precisare che un valore effettivo dell'indicatore ISP superiore all'unità (anche molto superiore a 1) non va interpretato come esistenza di un eccesso di offerta territoriale e ospedaliera rispetto alla domanda proveniente dal territorio, quanto piuttosto come un segnale che le risposte dei servizi territoriali e ospedalieri ai bisogni socio-sanitari locali (con particolare riferimento alle cronicità) non sembrerebbero evidenziare situazioni di criticità. Per contro, un valore effettivo dell'ISP minore di 1 tende a indicare la probabile esistenza di qualche difficoltà a rispondere ai bisogni legati alle patologie croniche in termini di continuità assistenziale e integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. Si tratta comunque di segnali che, per poter essere bene interpretati, richiederebbero analisi più approfondite a livello delle Aziende oggetto di indagine.

Tabella 1.7 - ISP: Indice Sintetico di Performance delle sette A-ULSS

A-ULSS	(A) DOMANDA	(B1) OFFERTA TERRITORIALE	(B2) OFFERTA OSPEDALIERA	(B) INDICATORE SINTETICO DI OFFERTA (media tra B1 e B2)	ISP (B)/(A) *VE*	ISP (B)/(A) *VS*
1	6,53	6,55	4,33	5,44	**0,83**	**1,79**
6	2,94	4,51	4,87	4,69	**1,60**	**4,21**
9	1,87	4,64	8,16	6,40	**3,42**	**10,00**
12	6,38	6,17	5,08	5,63	**0,88**	**1,94**
16	3,70	5,29	6,12	5,71	**1,54**	**4,04**
18	9,06	4,41	6,17	5,29	**0,58**	**1,00**
20	3,08	5,21	4,96	5,09	**1,65**	**4,38**

Figura 1.5 - Comparazione sintetica degli indicatori di domanda e offerta delle A-ULSS



Come si può evincere dalla Tabella 1.7, le Aziende ULSS 18, 1 e 12 registrano i più bassi valori dell'ISP tra le Aziende oggetto di analisi. Esse sembrano quindi evidenziare alcune criticità nella risposta dell'offerta di servizi socio-sanitari ai bisogni emergenti dai rispettivi territori.

Più in particolare, osservando anche la Figura 1.5, si può rilevare come l'A-ULSS 1, a fronte di una forte pressione della domanda, tenda nel complesso ad esprimere una buona risposta in termini di assistenza territoriale ed evidenzi carenze soprattutto in termini di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera; l'A-ULSS 1 sembra dunque sviluppare un accettabile livello di integrazione ospedale-territorio, riuscendo a raggiungere una condizione di "quasi equilibrio" tra domanda e offerta, grazie soprattutto all'assistenza territoriale.

L'A-ULSS 12 tende pure ad esprimere una buona offerta territoriale e un'offerta ospedaliera con un indice standardizzato relativamente migliore rispetto a quello dell'A-ULSS 1; anche per l'A-ULSS 12 si registra quindi un "quasi equilibrio" tra domanda e offerta.

Nel caso dell'A-ULSS 18, sembra si possa evidenziare invece un'insufficiente risposta ai bisogni, con carenze che tendono a manifestarsi soprattutto sul versante dell'assistenza territoriale. Il forte gap tra domanda e offerta registrato nell'A-ULSS 18, quella con l'ISP più basso tra tutte le aziende considerate, dipende fondamentalmente dalla forte pressione dei diversi fattori di bisogno che si registra in questa A-ULSS, in particolare per quanto riguarda il carico di malattia misurato dai tassi di prevalenza delle patologie croniche (i più elevati tra tutte le A-ULSS analizzate), dal tasso di mortalità evitabile della popolazione di sesso maschile e dall'incidenza della popolazione con elevato assorbimento di risorse socio-sanitarie.

Le Aziende 6, 16 e 20 sembrano invece evidenziare un accettabile equilibrio tra domanda e offerta in virtù soprattutto di una minore pressione della domanda a fronte di buoni indicatori di offerta (più sul fronte dell'efficienza ospedaliera per le A-ULSS 6 e 16 e soprattutto in termini di offerta territoriale per l'A-ULSS 20).

L'Azienda-ULSS 9 è quella che mostra l'ISP più elevato e quindi sembra essere quella che riesce meglio di tutte a rispondere ai bisogni assistenziali. Tale risultato dipende essenzialmente dal fatto che in questo territorio si registra la minore pressione della

domanda (secondo gli indicatori adottati) a fronte di un buon livello di efficienza e ad una adeguata capacità di risposta dei servizi ospedalieri, mentre l'offerta territoriale, pur non rappresentando un punto di forza di questa A-ULSS (l'indice relativo relativamente basso sconta soprattutto la mancata attivazione delle strutture intermedie e una bassa quota di persone anziane seguite in ADI), sembrerebbe comunque non determinare criticità rispetto al soddisfacimento della domanda espressa dal territorio.

Nel complesso, quelli appena evidenziati potrebbero essere considerati, sia pure con molta cautela, segnali di una politica sanitaria regionale che si pone come obiettivo di perseguire l'integrazione tra servizi e la continuità assistenziale dettando condizioni uniformi di sviluppo tra i vari territori ma che poi, lasciando agli stessi territori l'interpretazione di queste stesse condizioni, non pare essere riuscita, almeno finora, a garantire tale l'uniformità. Ne deriva dunque un quadro piuttosto eterogeneo dei diversi sistemi socio-sanitari locali, che non sembrano in grado di assicurare ovunque il soddisfacimento dei bisogni attraverso un'offerta di servizi adeguata sotto il profilo quali-quantitativo ed efficiente in termini operativi.

1.3. Equilibrio economico, performance e dotazioni delle A-ULSS

L'analisi degli indicatori di domanda e di offerta effettuata consente di individuare alcuni segnali per quanto riguarda il grado di soddisfacimento dei bisogni espressi dai territori delle A-ULSS e di valutare dunque (sia pure indirettamente) i livelli di integrazione e di continuità assistenziale esistenti in tali territori.

Allo scopo di approfondire la conoscenza della situazione relativa alle sette A-ULSS indagate, appare opportuno integrare l'analisi svolta con l'esame di ulteriori aspetti particolarmente rilevanti relativi all'impegno di risorse economiche e alle dotazioni strutturali delle aziende, partendo con una descrizione generale relativa al sistema socio-sanitario del Veneto.

1.3.1 Lo scenario generale del sistema socio-sanitario del Veneto

Il Veneto configura un sistema socio-sanitario di tipo integrato e accentrato a livello regionale, con una forte accentuazione dell'integrazione socio-sanitaria e del ruolo delle cure primarie sul territorio che si manifesta, ad esempio, in un peso della spesa per l'assistenza territoriale relativamente maggiore rispetto alla media delle altre regioni (Rebba, 2013). Negli ultimi 15 anni, il tasso di incremento medio annuo della spesa sanitaria pubblica del Veneto è stato relativamente contenuto rispetto a quello delle altre regioni. Il rapporto percentuale tra spesa sanitaria pubblica corrente e Prodotto interno lordo (che segnala la quota di risorse impegnate per la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza rispetto al valore totale dei beni e servizi prodotti nel territorio regionale) è stabilmente al di sotto della media italiana. La spesa sanitaria pubblica pro capite si colloca stabilmente al di sotto della media nazionale, peraltro diminuita dal 2012 per effetto degli interventi di controllo della spesa introdotti negli ultimi anni. Ad esempio, nel 2014, la spesa sanitaria per abitante nel Veneto è stata pari a 1.819 Euro, al di sotto della media nazionale (1.866 Euro) e ben al di sotto della media delle regioni del Nord e del Centro, pari rispettivamente a 1.906 e 1.886 Euro (dati CREA-Sanità, 2015).[13]

[13] Questi dati offrono solo qualche prima indicazione molto approssimativa rispetto al grado di efficienza relativa del sistema socio-sanitario del Veneto, la cui misurazione richiederebbe tuttavia informazioni dettagliate anche sui livelli e sui bisogni di salute della popolazione, sui livelli quali-quantitativi e sul grado di appropriatezza delle prestazioni erogate.

A fronte di costi relativamente contenuti, nel complesso, le dotazioni di risorse materiali e umane utilizzate dal sistema socio–sanitario veneto risultano comunque non sovradimensionate:

- 3,8 posti letto per 1000 abitanti nel 2014 , in linea con la media nazionale e al di sotto delle dotazioni delle regioni del Nord[14];
- la dotazione delle principali apparecchiature diagnostiche (TAC, PET, ecc.) nelle strutture pubbliche per milione di abitanti è in diversi casi in linea, o poco inferiore, a quella media nazionale;
- per quanto riguarda il personale dipendente, la dotazione complessiva di personale sanitario e quella di personale infermieristico risultano maggiori di quella media nazionale, mentre è relativamente minore quella di personale medico[15];
- per quanto riguarda l'assistenza territoriale, le dotazioni dei principali servizi (medici di medicina generale, pediatri e farmacie territoriali) appaiono relativamente inferiori rispetto alla media delle regioni italiane (Comitato Regionale per la Bioetica del Veneto, 2014); inoltre, considerando le disposizioni della Regione in termini di dotazione organica standard per strutture intermedie (fissata, per un modulo di 20 posti letto in Ospedale di Comunità, con un infermiere coordinatore, 5,5 infermieri e 7,5 OTAA), attualmente non si prevede una riallocazione del personale dalle strutture ospedaliere verso quelle territoriali e, dunque, neppure interventi di riqualificazione degli operatori.

Nel complesso, quasi tutte le principali analisi di comparazione delle *performance* dei sistemi sanitari regionali concordano comunque sul fatto che il sistema veneto ha finora conseguito risultati di buon livello, soprattutto sul piano dell'efficienza economica e gestionale.[16] Ciò rappresenta il frutto delle politiche della Regione che si sono

[14] Maggiori dettagli sono riportati nel successivo paragrafo 1.3.4

[15] L'area di costi più rilevante nei bilanci delle aziende sanitarie è quella del personale che incide per circa un terzo del totale sui costi della produzione. Nel periodo 2010-2014 tale voce di costo ha registrato una leggera flessione (- 1,6%) frutto dell'applicazione delle disposizioni di contenimento dei costi del personale, attraverso il blocco dei rinnovi contrattuali.

[16] Si possono segnalare le analisi più rilevanti sotto il profilo metodologico: 1) l'analisi dei diversi sistemi sanitari regionali realizzata da Mapelli [2007, 2012]; 2) il modello "SaniRegio" del centro di ricerca Cerm - Competitività, Regolazione e Mercati [Pammolli et al., 2015]; 3) la metodologia del "bersaglio-obiettivi" elaborata dal Laboratorio Mes (Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa [Laboratorio

concentrate sul governo della domanda di servizi (bassa ospedalizzazione, appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche) e, soprattutto, dell'offerta (budget alle strutture accreditate, tetti di attività, adeguamenti tariffari controllati, vincoli al turnover del personale) (Comitato Regionale per la Bioetica del Veneto, 2014). La recente analisi comparativa di performance dei sistemi sanitari effettuata dal Meridiano Sanità 2015 evidenzia tuttavia alcune criticità per quanto riguarda l'appropriatezza nei ricoveri, la qualità percepita dai cittadini per i servizi erogati e la capacità del sistema di rispondere alle aspettative degli utenti (the European House-Ambrosetti, 2015). Anche i dati rilevati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) - che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario – evidenziano che i servizi ospedalieri del Veneto, pur configurandosi con performance generalmente molto più elevate della media nazionale, presentano alcune criticità riguardo ad alcuni indicatori di esito.[17]

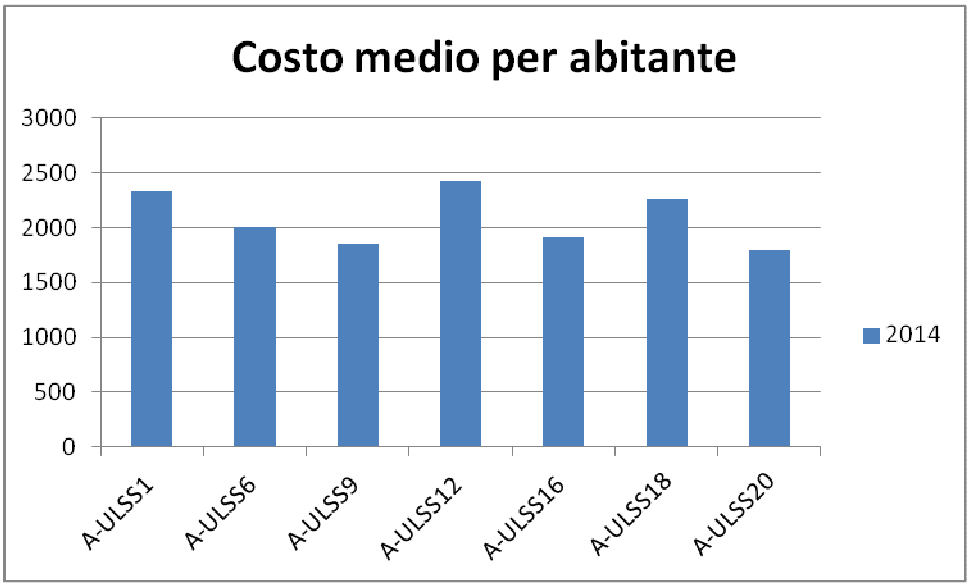
1.3.2 Costi ed equilibrio di bilancio delle sette A-ULSS

La Figura 1.6 evidenzia una certa eterogeneità nella spesa sanitaria per abitante sostenuta dalle sette Aziende ULSS analizzata con riferimento al 2014. Le A-ULSS 12, 1 e 18 sono, nell'ordine indicato, quelle che registrano la più elevata spesa pro capite nel 2014, mentre le A-ULSS 20 e 9 sono caratterizzate dai livelli più bassi di spesa per abitante.

MeS, 2015]; 4) il Rapporto Osservasalute, 2014 [Osservasalute, 2015]; 5) l'analisi di performance a seconda degli *stakeholder* del CREA-Sanità (2016).

[17] In particolare, il PNE edizione 2015 evidenzia per il Veneto che nel 2014: la proporzione di fratture di femore su pazienti sopra i 65 anni di età operate entro due giorni supera di poco il 60% fissato come valore minimo dal Ministero della Salute (collocandosi al quinto posto tra le regioni) ma è ancora ben al di sotto dello standard internazionale atteso dell'80%; la quota di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pronto soccorso in pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA STEMI) si colloca in media ancora al di sotto del 40% a fronte di un valore medio nazionale del 41,4% e di un valore minimo del 60% fissato dal Ministero della salute. Si veda Ministero della Salute (2015).

Figura 1.6 - Spesa sanitaria media pro-capite nelle sette A-ULSS – 2014 (Euro)

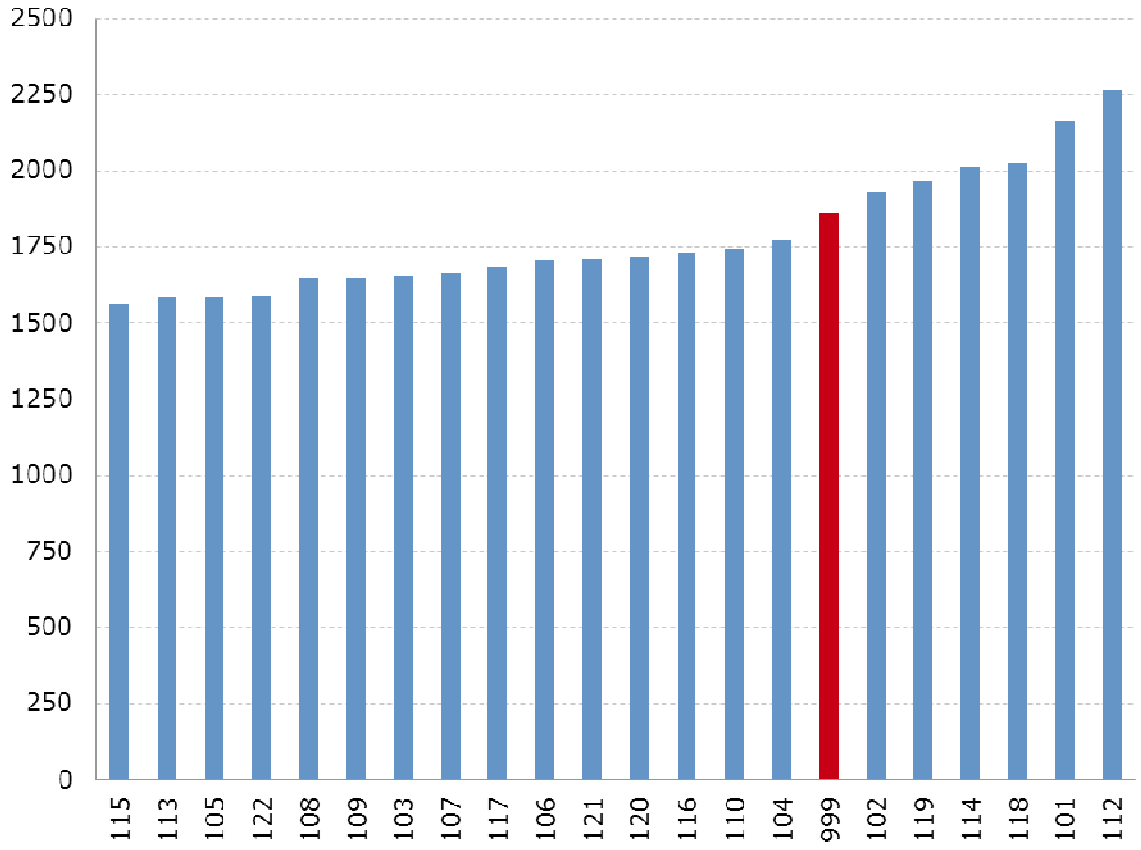


Fonte: Regione del Veneto, Allegato A alla DGR n. 865 del 13 luglio 2015
Nostra elaborazione

I diversi dati di spesa pro capite delle sette A-ULSS esaminate possono trovare giustificazione sia nella diversità dei fabbisogni assistenziali, sia nella eterogeneità dei livelli di efficienza gestionale ma potrebbero discendere, in alcuni casi, anche dallo sforzo profuso dalle singole Aziende nel raggiungimento di un determinato livello di integrazione tra servizi. Non è comunque agevole separare le diverse componenti che possono giustificare i differenziali di spesa e, soprattutto, identificare l'effetto che può giocare una più accentuata integrazione tra diversi segmenti dell'assistenza socio-sanitaria (come quella che sembrerebbe caratterizzare ad esempio le A-ULSS 9 e 16, che registrano i valori più alti dell'Indicatore sintetico di offerta) in termini di contenimento della spesa.

Consapevoli di tali difficoltà interpretative, va preliminarmente evidenziato che, per effettuare un confronto corretto tra le diverse A-ULSS, i dati di spesa appena considerati vanno corretti, calcolando i costi al netto della mobilità attiva effettuata da ciascuna Azienda (in altri termini, escludendo i costi sostenuti per prestazioni erogate a non residenti) e delle spese relative agli altri scambi di servizi tra Aziende di fuori del flusso della mobilità (c.d. "poste R" quali, ad esempio, la fatturazione diretta di prestazioni sanitarie). La Figura 1.7 riporta i costi pro capite 2014 di tutte le A-ULSS al netto di tali componenti.

Figura 1.7 - Costi pro-capite nelle A-ULSS del Veneto - 2014 (Euro)
(al netto della mobilità attiva e delle poste R attive)



Fonte: Regione del Veneto, Relazione socio-sanitaria Anno 2015.

La Fig. 1.7 conferma che le A-ULSS 12, 1 e 18 sono, nell'ordine, quelle che registrano i più elevati costi per abitante, non solo tra le sette aziende considerate, ma a livello dell'intera Regione. Gli elevati costi pro capite registrati da queste tre A-ULSS sono imputabili in buona parte sia alle caratteristiche geo-morfologiche dei territori (lagunari, montani e a bassa densità di popolazione) sia alla forte pressione della domanda in termini di componente demografica (anzianità degli assistiti relativamente più alta) e di caratteristiche epidemiologiche (un più elevato carico di patologie croniche). L'effetto legato al maggiore carico assistenziale vale soprattutto per le A-ULSS 18 e 1 (si riveda l'analisi svolta nel paragrafo 1.2.1) mentre nel caso dell'A-ULSS 12 sull'elevato costo pro capite si scarica anche l'effetto dei canoni legati al *Project financing* dell'ospedale di Mestre.

Dalla Fig. 1.7 si conferma anche che l'A-ULSS 9 è caratterizzata da costi piuttosto contenuti e ben al di sotto della media regionale (evidenziata dalla barra rossa), mentre le altre tre A-ULSS 6, 20 e 16 registrano nel 2014 costi pro capite un po' più alti dell'A-ULSS 9, sia pure al di sotto della media regionale (si osservi come, dopo l'aggiustamento dei dati di costo per tenere conto della mobilità, la A-ULSS 20 non sia più quella con la spesa pro capite più bassa).

Una valutazione più approfondita dell'equilibrio di bilancio delle Aziende richiede di verificare quanto il sistema di finanziamento adottato dalla Regione – che tiene conto nel riparto del Fondo sanitario regionale della quota di popolazione anziana - influisca sulla formazione del risultato di esercizio delle A-ULSS. A tale riguardo, seguendo l'impostazione adottata dalla Corte dei Conti nella Relazione annuale sui bilanci di esercizio delle aziende sanitarie del Veneto, si può utilizzare il rapporto tra i costi totali e il valore della produzione negli anni 2012-2014 come *proxy* (imprecisa) per valutare l'efficienza e le tensioni di bilancio delle Aziende sanitarie venete selezionate (Tabella 1.8; Figura 1.8). Tale rapporto, se superiore a 100, tende a segnalare una situazione di potenziale squilibrio economico.[18]

Nel caso delle A-ULSS analizzate, dalla Tabella 1.8 e dalla Figura 1.8 si osserva una situazione di disequilibrio (un indice superiore a 100) per cinque su sette, con solo due A-ULSS (la 6 e la 9) con un indice al di sotto di 100. L'A-ULSS 12, in particolare, evidenzia l'indicatore relativamente peggiore dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio; tale risultato dipende in misura rilevante dai costi elevati (canoni) legati al *Project financing* dell'ospedale di Mestre.

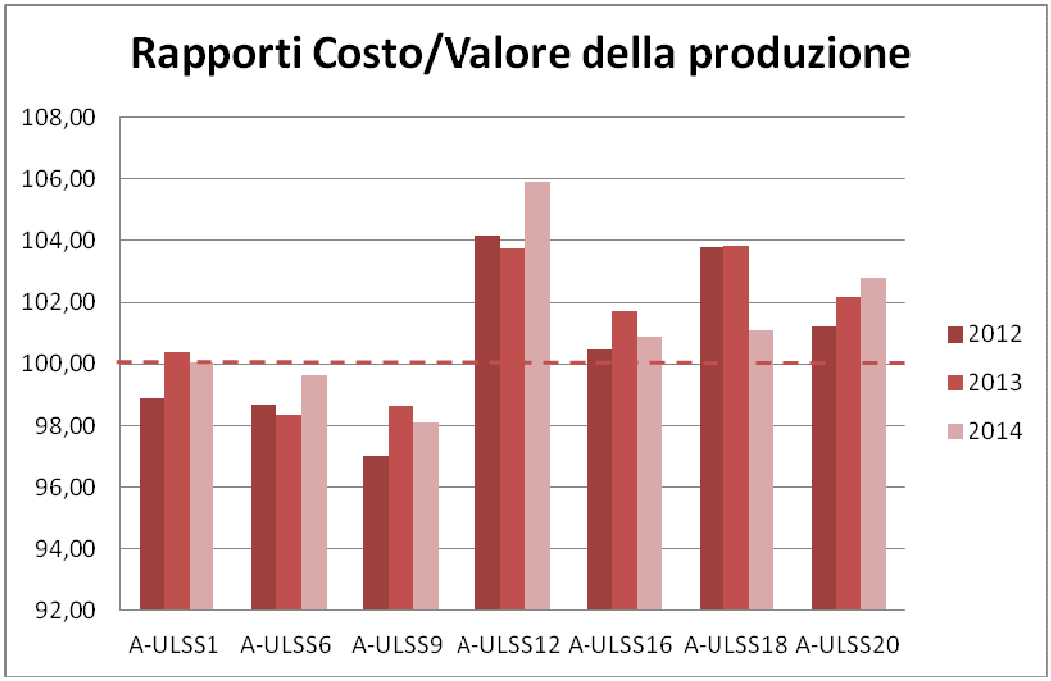
[18] Nel complesso, tra 2008 e 2014, il risultato economico delle aziende sanitarie venete ha registrato un miglioramento medio di oltre il 72% (il risultato di esercizio nel 2008 registrava una perdita di 620,1 milioni di euro, mentre il saldo nel 2014 è stato di -171,4 milioni). Tale miglioramento si nota anche nel differenziale tra valore della produzione e costi della produzione che ha registrato nello stesso periodo un contenimento medio complessivo del 63%: si sta progressivamente realizzando per il complesso delle aziende un miglior bilanciamento dei costi della produzione rispetto al valore della produzione. Dodici Aziende ULSS e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2014 con un reddito di esercizio positivo. Le rimanenti hanno chiuso il loro bilancio in perdita. Si registra però un trend di progressivo miglioramento dei saldi rispetto all'anno 2009 per la quasi totalità delle aziende (Regione del Veneto, 2015 Relazione Socio-Sanitaria).

Tabella 1.8 - Rapporto tra Costo totale e Valore della produzione nelle sette A-ULSS

AZIENDE	2012	2013	2014
A-ULSS1	98,87	100,39	100,06
A-ULSS6	98,70	98,35	99,64
A-ULSS9	97,04	98,65	98,11
A-ULSS12	104,17	103,75	105,91
A-ULSS16	100,46	101,71	100,87
A-ULSS18	103,77	103,84	101,07
A-ULSS20	101,22	102,15	102,78
AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA	104,23	101,60	101,53
AZIENDA UNIV. INTEGRATA VERONA	102,46	100,60	97,57
IOV	96,93	97,53	98,30
REGIONE	99,67	97,95	97,99

Fonti: Regione del Veneto: Allegato B alla DGR n. 1427 del 6 agosto 2013; Allegato A alla DGR n. 1341 del 28 luglio 2014; Allegato A alla DGR n. 865 del 13 luglio 2015
Nostra elaborazione

Figura 1.8 - Rapporto tra Costo totale e Valore della produzione nelle sette A-ULSS



Fonti: Regione del Veneto: Allegato B alla DGR n. 1427 del 6 agosto 2013; Allegato A alla DGR n. 1341 del 28 luglio 2014; Allegato A alla DGR n. 865 del 13 luglio 2015
Nostra elaborazione

La Tabella 1.9 offre alcune informazioni aggiuntive rispetto ai costi sostenuti dalle Aziende ULSS oggetto della nostra analisi, considerando i dati relativi alle RUB (*Resource Utilization Bands*), categorie omogenee di abitanti classificati in base al consumo atteso di risorse assistenziali secondo il sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) adottato dalla Regione del Veneto con il supporto della *John Hopkins University* (si riveda il paragrafo 1.1.1). L'ultima colonna della Tabella 1.9 riporta il rapporto tra costi complessivi per il trattamento delle patologie (per assistenza ospedaliera e territoriale) e popolazione residente con riferimento al 2014: l'A-ULSS 12 registra il costo complessivo pro capite più elevato (1.031,47 euro) mentre l'A-ULSS 9 quello più basso (830,98 euro). Anche considerando la sola popolazione che riceve prestazioni sanitarie (penultima colonna che rapporta i costi complessivi di trattamento alla popolazione degli utilizzatori di beni e servizi sanitari classificati nelle RUB dalla 1 alla 5) le A-ULSS 12 e 9 si confermano quelle con il livello rispettivamente più alto e più basso del costo pro capite. Concentrando l'attenzione sui costi pro capite per farmaci (considerando la sola popolazione dei "consumatori" di farmaci; terza colonna della tabella) si osserva che l'AULSS 18 registra un valore decisamente più elevato delle altre aziende sanitarie (un possibile segnale di "*overprescription*"), mentre l'A-ULSS 9 si segnala ancora per il valore più basso. Le prime due colonne della tabella 1.9 concentrano l'attenzione sui costi pro capite riferiti alla popolazione caratterizzata da un consumo di risorse alto (RUB 4) o molto alto (RUB 5). Si può osservare, dalla seconda colonna, che la spesa complessiva pro capite dei grandi utilizzatori di assistenza sanitaria raggiunge il livello più elevato (tra le aziende considerate) ancora una volta nell'A-ULSS 12 (8.253,75 euro per grande utilizzatore) mentre i valori più contenuti si registrano nell'A-ULSS 6 (6.880,97 euro) e nell'A-ULSS 9 (6.952,68 euro). Infine, i costi farmacologici pro capite riferiti ai grandi "consumatori" (RUB 4 e 5) sono più elevati nell'A-ULSS 18 (965,83 euro) e nell'A-ULSS 9 (936,10 euro) mentre registrano i valori più bassi nell'A-ULSS 1 (846,68 euro).

Tabella 1.9 – Costi sanitari complessivi e per farmaci pro capite nelle sette A-ULSS – 2014

	COSTI PER FARMACI RUB(4-5)/POPOLAZIONE RUB(4-5)	COSTI DELLA MALATTIA RUB(4-5)/ POPOLAZIONE RUB(4-5)	COSTI PER FARMACI RUB(1-5)/ POPOLAZIONE RUB(1-5)	COSTI DELLA MALATTIA RUB(1-5)/POPOLAZIONE RUB(1-5)	COSTI DELLA MALATTIA RUB(1-5/POPOLAZIONE TOTALE
A-ULSS1	846,68	8.159,50	271,37	1.178,79	952,28
A-ULSS6	883,78	6.880,97	277,24	1.101,98	880,56
A-ULSS9	936,10	6.952,68	254,29	1.037,43	830,98
A-ULSS12	857,01	8.253,75	289,07	1.289,75	1031,47
A-ULSS16	904,01	7.511,08	283,81	1.241,13	1002,97
A-ULSS18	965,83	7.048,60	306,31	1.184,79	991,22
A-ULSS20	883,68	7.707,37	272,78	1.225,57	983,35

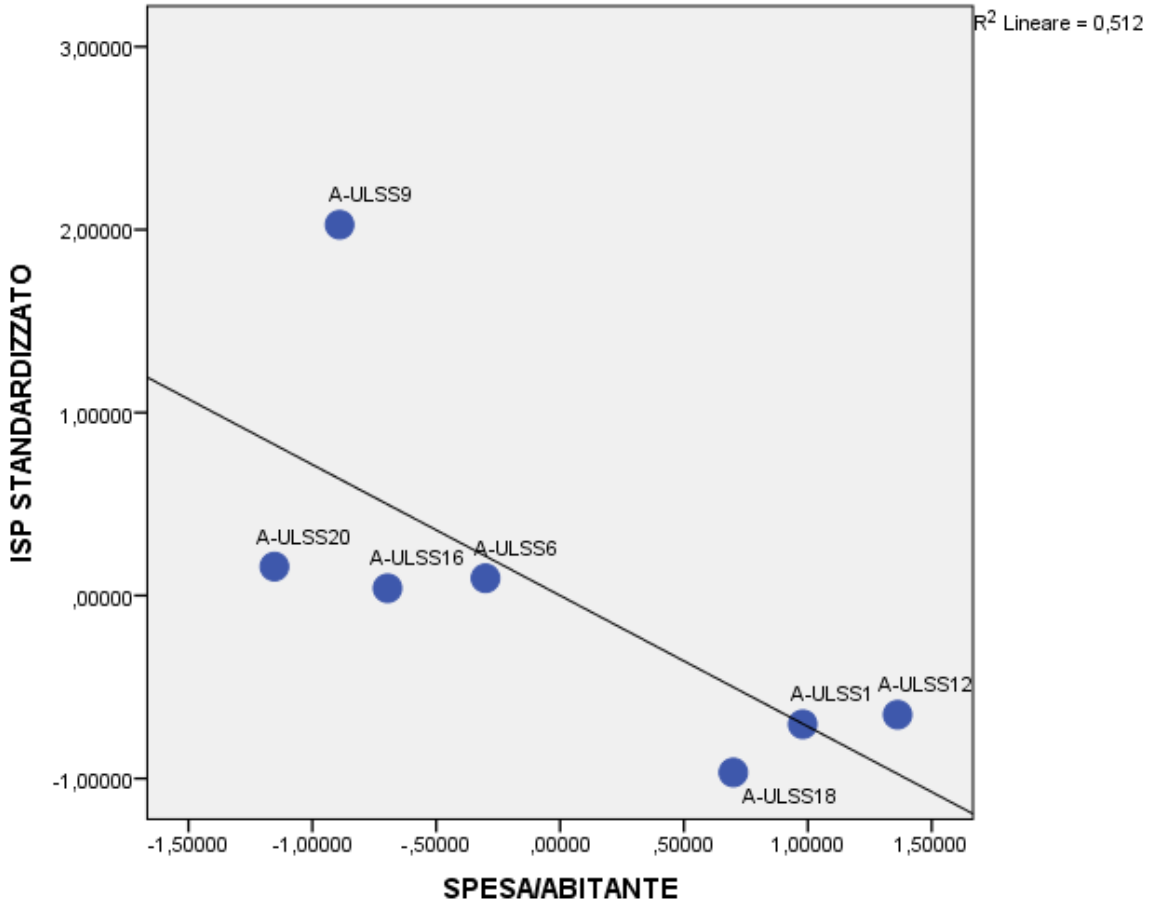
Fonte: Regione del Veneto (2015), Banca Dati ACG.
Nostra elaborazione

1.3.3. Relazione tra spesa sanitaria pro capite e Indice Sintetico di Performance (IPS) nelle sette A-ULSS

Può essere utile verificare se l'Indice Sintetico di Performance (ISP) delle Aziende ULSS esaminate ha una qualche correlazione con le risorse economiche destinate all'assistenza socio-sanitaria nei diversi territori. A tale scopo, la Figura 1.9, per ciascuna delle sette A-ULSS, riporta: sull'asse orizzontale, il valore standardizzato dei costi sanitari pro-capite registrati nel 2014 (calcolati al netto della mobilità attiva); sull'asse verticale, l'ISP standardizzato.

La Fig. 1.9 evidenzia una relazione inversa tra l'indice di performance ISP, che sintetizza l'equilibrio tra offerta e domanda, e la spesa sanitaria pro-capite. Ciò sembrerebbe segnalare che le criticità evidenziate soprattutto da tre delle Aziende ULSS esaminate (18, 1 e 12) tendono a correlarsi con una più elevata spesa sanitaria per abitante, che può determinare in alcuni casi (soprattutto per la 12 e la 18) una tensione per quanto riguarda l'equilibrio di bilancio (come si può apprezzare dalla Fig. 1.8). La forte domanda che proviene dal territorio di queste A-ULSS ha quindi notevoli ripercussioni in termini di maggiori risorse impegnate, anche se ciò non riesce a garantire una buona performance dell'offerta rispetto ai bisogni locali; ciò vale in particolare per l'A-ULSS 18 che presenta carenze soprattutto sul piano dell'offerta territoriale.

Figura 1.9 - Relazione tra ISP e spesa sanitaria pro-capite nelle sette A-ULSS



L'A-ULSS 9 rappresenta una situazione estrema (*outlier*) in quanto presenta una spesa pro capite relativamente bassa che, considerando la relazione evidenziata in Fig. 1.9, si potrebbe correlare con una performance più contenuta (un minore ISP) rispetto a quello effettivamente registrato. In altri termini, la A-ULSS 9 evidenzia un indice di performance ISP più elevato rispetto a quello che potrebbe essere giustificato dal suo livello (contenuto) di spesa pro capite; tale A-ULSS evidenzia peraltro un buon equilibrio di bilancio, con un rapporto tra costi e valore della produzione ben al di sotto del 100%.

Nel complesso dalla Fig. 1.9 si rilevano tre situazioni:

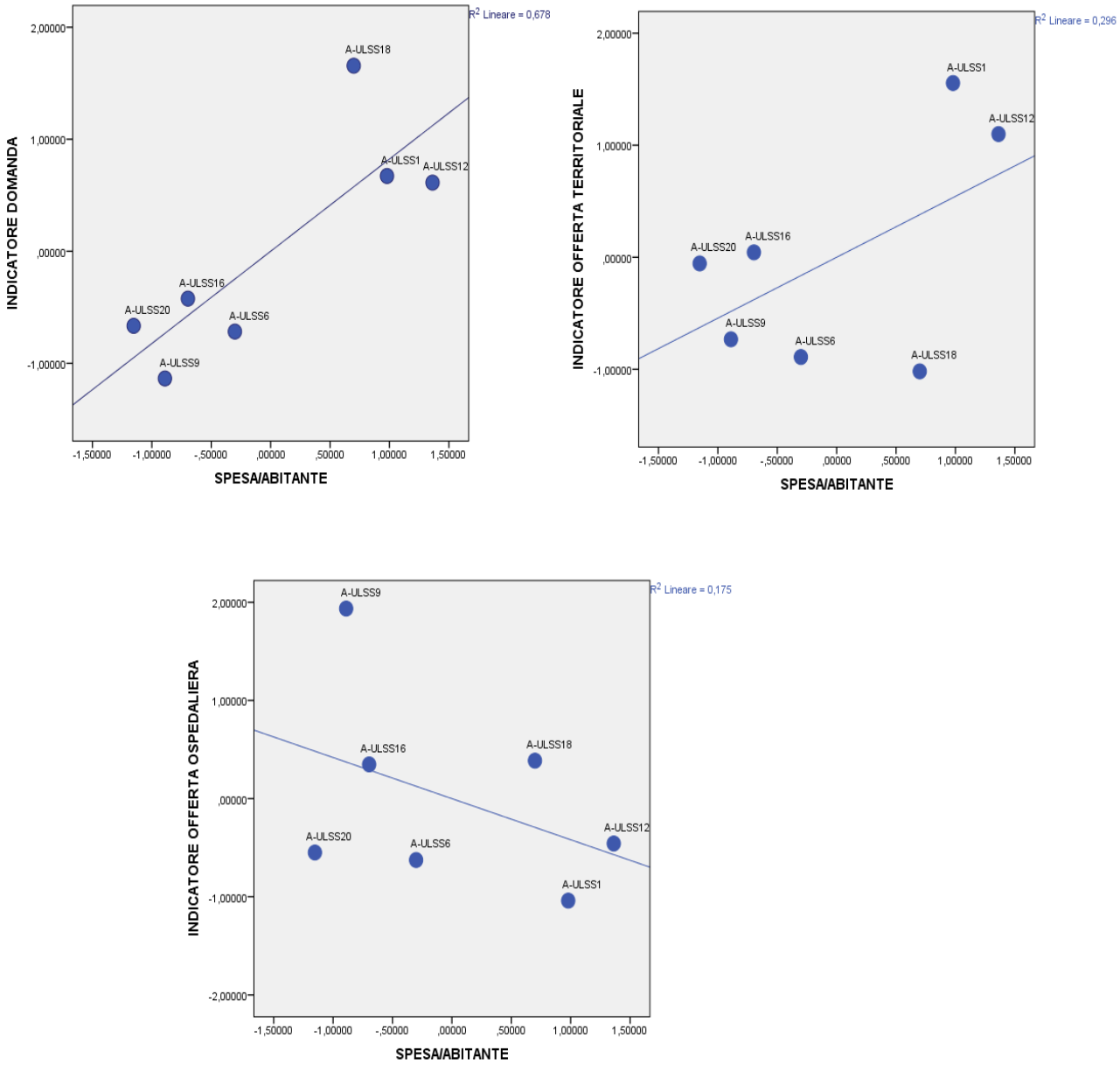
- una A-ULSS (la 9) con bassa spesa pro capite ed elevata performance;
- tre A-ULSS (6, 16 e 20) con spesa relativamente bassa e un livello medio di performance;
- tre A-ULSS (18, 1 e 12) con spesa elevata e performance molto bassa.

La relazione rappresentata in Fig. 1.9 può essere considerata come la risultante dei legami che intercorrono tra i singoli indicatori di domanda e di offerta che compongono l'ISP e la spesa sanitaria pro capite delle singole A-ULSS. In altri termini, la relazione evidenziata in Fig. 1.9, dipende crucialmente dalle singole componenti dell'ISP, ovvero dagli indicatori di domanda, di offerta territoriale e di offerta ospedaliera che sono stati considerati.

In particolare, come si può vedere dalla Figura 1.10 (e come ci si poteva aspettare) esiste una chiara relazione positiva tra indicatori standardizzati di domanda e di offerta territoriale e spesa sanitaria pro capite: un maggiore bisogno di assistenza socio-sanitaria si correla una più elevata spesa sanitaria per abitante; analogamente, a maggiori dotazioni e prestazioni di assistenza territoriale si associa una più elevata spesa pro capite. Rispetto a questo, si evidenziano due situazioni estreme (*outlier*): l'A-ULSS 18 è caratterizzata da un elevato indicatore di bisogno/domanda che, sulla base della relazione rappresentata in Fig. 1.10, potrebbe giustificare un livello di spesa pro capite anche più elevato di quello effettivo; l'AULSS 1 si contraddistingue invece per un livello dell'indicatore di offerta territoriale che appare molto più elevato rispetto a quello che si potrebbe spiegare in base al livello effettivo della spesa sanitaria per abitante.

La relazione tra l'indicatore di offerta ospedaliera e la spesa pro capite è invece, come ci si poteva aspettare, negativa (sia pure debolmente) in quanto tale indicatore di offerta misura in buona parte il grado di efficienza e di appropriatezza/adeguatezza dei servizi ospedalieri offerti. Maggiori livelli di efficienza e appropriatezza dovrebbero infatti associarsi a più bassi livelli della spesa pro capite. In tal caso l'*outlier* (in positivo) è rappresentato dalla A-ULSS 9 che presenta una spesa pro capite che potrebbe essere coerente, in base alla relazione riportata in Fig. 1.10, con un più basso indicatore di offerta ospedaliera: in altri termini, tale A-ULSS presenta una performance decisamente elevata per quanto riguarda i livelli di efficienza e appropriatezza dei servizi ospedalieri.

Figura 1.10 - Relazione tra indicatori di domanda e di offerta e spesa sanitaria procapite nelle sette A-ULSS



1.3.4 Dotazioni delle strutture intermedie e degli ospedali per acuti: il trend previsto dal Piano socio-sanitario regionale

Il focus principale del PSSR del Veneto è la ridefinizione e il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio con l'implicazione (dichiarata nel Piano) di riconvertire posti letto dei presidi ospedalieri per acuti allo scopo di attivare posti in strutture intermedie per una dotazione pari complessivamente a 1,2 per 1.000 abitanti in età superiore a 42 anni ovvero 3.038 posti letto, di cui 2.233 relativi a Ospedali di Comunità (ODC), Unità Riabilitative Territoriali (URT) *hospice* (Allegato E alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013).
Le strutture di ricovero intermedie (in particolare, gli Ospedali di Comunità – ODC, le Unità di Riabilitazione Territoriale – URT e gli *hospice*)[19] 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. Si tratta, quindi, di strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione (PSSR 2012-2016, par. 3.1.3, pag. 55). Esse devono, dunque, essere in grado di offrire una risposta polifunzionale offrendo al paziente un trattamento finalizzato alla sua stabilizzazione, riabilitazione estensiva e palliazione (Allegato alla DGR 127 dell'11/2/2013).
Il progetto di attivazione delle strutture intermedie è iniziato nel 2012 e, basandosi sullo standard di posti letto sopra indicato, prevede una progressione nell'attivazione con un piano a scorrimento annuale. In particolare, il Piano socio-sanitario della Regione del Veneto e la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 attuativa di approvazione delle schede ospedaliere e territoriali 2012/2013 hanno indicato un fabbisogno aggiuntivo di posti e di risorse economiche per le cure intermedie sintetizzati nella Tabella 1.10. In particolare i 1.262 posti da attivare si riferiscono alle dotazioni di ODC, URT ed *hospice*.

[19] Altre tipologie di strutture intermedie considerate dalla programmazione regionale sono le Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche (CTRP) nonché i Centri di riabilitazione per disabili ex art. 26 L. 833/1978 e le strutture assimilate.

Per l'attivazione di questi posti territoriali, le Aziende sanitarie hanno presentato nel 2014 un Piano Attuativo, approvato e modificato da appositi atti giuntali che ne disciplinano la realizzazione, l'esercizio e l'accreditamento, secondo standard strutturali e organizzativi definiti per garantirne omogeneità e qualità. [20] Alla fine del 2014 risultavano autorizzate o accreditate 28 strutture intermedie: 21 Hospice (187 posti letto) e 7 Ospedali di Comunità (168 posti letto) (Regione del Veneto, 2015).

Tabella 1.10 - Posti letto e budget annuale per le strutture intermedie Programmazione 2012-2015

	Ospedale di Comunità	Unità di Riabilitazione Territoriale	Hospice	Totale
Posti letto	977	239	46	1.262
Budget annuo € (stima)	41.009.575	7.502.210	3.525.900	52.037.685

Fonte: Regione del Veneto: Relazione socio-sanitaria Anno 2015.

La recente DGR n. 2091 del 30 dicembre 2015 ha provveduto a definire le tariffe giornaliere (a partire dal 2016), con la finalità dichiarata di ricercare la sostenibilità economico-finanziaria dei servizi delle strutture intermedie, tenendo conto degli standard organizzativi previsti per ODC e URT (un nucleo di 24 posti letto come dotazione per garantire il miglior uso costo-efficiente delle risorse umane impegnate[21]; una media di 1.850 minuti settimanali di assistenza per paziente comprensivi dell'assistenza

[20] La Deliberazione della Giunta regionale (DGR) n. 2718 del 24 dicembre 2012 ha approvato i requisiti specifici di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità (ODC) e dell'Unità Riabilitativa Territoriale (URT) in attuazione dell'articolo 10 della LR 23/2012 (PSSR 2012-2016). Con la DGR 2108 del 10 novembre 2014 sono stati poi approvati gli standard strutturali minimi degli ODC e delle URT, nonché il procedimento di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 7 della LR 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario. Infine, con la DGR 2683/2014 sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, il contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, il tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e gli indicatori di attività e risultato per ODC e URT.

[21] L'indicazione è contenuta nella DGR 2178/2012.

infermieristica e dell'OSS[22]): fino ad un massimo di 130 euro per ODC e di 135 euro per URT (entrambi i valori comprensivi della compartecipazione a carico dell'utente).[23]

In assenza di informazioni ufficiali disponibili, nel precedente paragrafo 1.2.2 dedicato all'offerta territoriale delle sette A-ULSS analizzate si sono considerate le delibere aziendali per ricostruire il numero dei posti letto in strutture intermedie di cui è stata prevista l'attivazione all'interno dei vari territori. Si tratta comunque di informazioni che non offrono un quadro certo ed esaustivo dei posti letto attivati perché rappresentano meramente l'obiettivo previsto all'interno dei Piani Aziendali. Lo stesso accade per i posti letto ospedalieri "dismessi" relativamente ai quali sono noti i recepimenti della direttiva regionale da parte delle diverse aziende ma *non* i posti letto effettivi.

L'obiettivo per ciascuna Azienda è stato quello di attivare con delibera il raggiungimento, a fine del 2015, del 70% dei posti programmati per le strutture intermedie, con riferimento a ODC, URT e *hospice*. In base alle informazioni raccolte presso le Aziende sanitarie oggetto di indagine, tuttavia, emerge (come si è visto nel paragrafo 1.2.2) un sostanziale ritardo nell'effettiva attivazione dei posti letto programmati per tali strutture che ha registrato un tasso di realizzazione al di sotto del 50% a inizio 2014 per le sette A-ULSS analizzate, come si può vedere dalla Tabella 1.11 (ad esempio, l'A-ULSS 18, al momento della presente indagine, non aveva ancora attivato alcun posto letto in struttura intermedia).

[22] La DGR 2091/2015 specifica che, per un nucleo di 24 posti, tale standard si traduce in: almeno 1 coordinatore infermieristico (part time nell'URT), 7,5 infermieri (5,5 turnisti per H 24 e 2 infermieri case manager diurni), 12 OSS (2 al mattino, 2 al pomeriggio e 1 la notte) e un assistente sociale secondo necessità. Per l'ODC è previsto poi un FKT part time solo per i pazienti da mobilizzare, mentre per l'URT sono previsti 2 FKT a tempo pieno equivalente.

[23] Le tariffe massime previste dalla DGR 2091/2015 aumentano i valori indicati nell'Allegato D della precedente DGR 2621/2012, tenendo conto dei costi di personale di assistenza riferiti ai contratti UNEBA e ARAN, nonché dei costi non di tipo socio-sanitario (amministrazione, vitto e alloggio e altri costi di gestione). Più precisamente si prevedono: per l'ODC un massimo di 130 euro/giorno fino al 30° giorno di ricovero, di 105 euro dal 31° al 60° giorno, di 85 euro dal 61° giorno in poi; per l'URT un massimo di 135 euro/giorno fino al 30° giorno di ricovero, di 110 euro dal 31° al 60° giorno, di 90 euro dal 61° giorno in poi. Oltre alle tariffe suddette, si prevedono le seguenti compartecipazioni a carico dell'utente: per l'ODC, nessun ticket fino al 30° giorno di ricovero, 25 euro dal 31° al 60° giorno, 45 euro dal 61° giorno in poi; per l'URT, 25 euro dal 1° al 60° giorno, 45 euro dal 61° giorno in poi.

Tabella 1.11 - Posti letto programmati e attivati per le strutture intermedie (ODC, URT e hospice) nelle sette A-ULSS oggetto di indagine

	POSTI LETTO ATTIVATI AL 2014				POSTI LETTO DA ATTIVARE 2014-2016				TOT. PL PROGRAMM.	(A/A+B)	TASSO ATTIVAZ. PL PROGRAMM.
	HOSP	URT	ODC	TOT. ATTIV. (A)	HOSP	URT	ODC	TOTALI DA ATTIV.(B)			
A-ULSS1	8	10	20	**38**		7	20	**27**	65	**38/65**	**58,46%**
A-ULSS6	7	62		**69**	4	15	53	**72**	141	**69/141**	**48,94%**
A-ULSS9 *(1)*	12	31		**43**	*(6)*	*(20)*	*(40)*	**160**	203	**43/203**	**21,18%**
A-ULSS12*(2)*	41	75	40	**156**			76	**76**	232	**156/232**	**67,24%**
A-ULSS16*(3)*	26	26	60	**112**	4	46	50.	**100**	212	**112/212**	**52,83%**
A-ULSS18	8	10		**18**			69	**69**	87	**18/87**	**20,69%**
A-ULSS20	21	80	30	131		28	54	82	213	**131/213**	**61,50%**
TOTALE	**123**	**294**	**150**	567	***n.d.***	***n.d.***	***n.d.***	586	1153	567/1153	49,18%

(1) L'AULSS 9 ha programmato l'attivazione di ulteriori 66 PL sui 160 previsti dalla DGR 2122/2013.
(2) L'AULSS 12 ha programmato una dotazione di 232 PL (26 PL in più rispetto a quelli previsti dalla DGR 2122/2013).
(3) L'AULSS 16 ha programmato una dotazione di 100 PL rispetto ai 115 previsti dalla DGR 2122/2013.

Fonte: DGR 2122/2013 e Delibere aziendali.

Il potenziamento delle dotazioni delle strutture intermedie dovrebbe accompagnarsi con una parallela riduzione delle dotazioni di posti letto in ospedale per acuti. Come si evidenzia nella tabella 1.12, secondo le previsioni della DGR 2122/2013 (schede delle dotazioni ospedaliere in applicazione del PSSR 2012-2016), nei prossimi anni la contrazione dei posti letto ospedalieri in struttura pubblica si accompagnerà in genere con una contrazione anche dell'offerta privata per attestarsi a fine 2015 su una dotazione complessiva di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 0,5 per 1.000 destinati alla riabilitazione e lungodegenza[24]. Le Figure 1.11 e 1.12 evidenziano le dotazioni di posti letto per provincia nel 2014 e quelle programmate a fine 2015, distinguendo tra aree funzionali. Si può osservare una certa eterogeneità delle dotazioni programmate nelle diverse aree provinciali con una maggiore riduzione delle dotazioni per le aree medica e chirurgica rispetto alle aree materno-infantile e riabilitativa.

Rispetto al trend generale di riduzione delle dotazioni ospedaliere, fanno eccezione l'A-ULSS 9, dove si prevede un incremento dei posti letto pubblici, e l'A-ULSS 12, dove si

[24] Nel 2014, le strutture ospedaliere private accreditate rappresentavano il 17% delle dotazioni complessive di posti letto ospedalieri e rendevano conto di una percentuale di dimissioni che oscilla intorno al 18% del totale: 69% per i ricoveri in riabilitazione, 22% per gli acuti diurni, circa il 14% per gli acuti ordinari e per la lungodegenza (Regione Veneto – Relazione Socio Sanitaria Anno 2015).

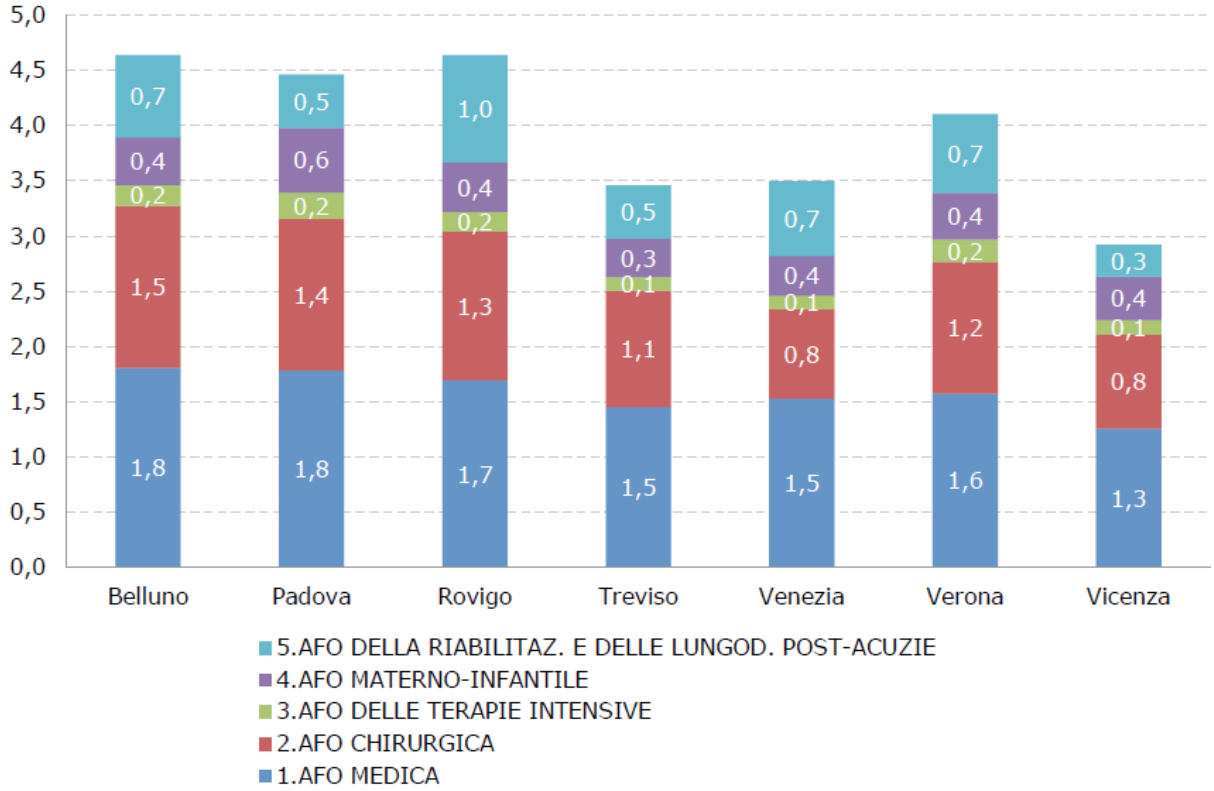
prevede una crescita dei posti letto privati accreditati, come mostrato nella Figura 1.13 che considera solo i posti letto relativi alle A-ULSS oggetto di indagine.

Tabella 1.12 - Posti letto per acuti pubblici e privati – Regione del Veneto – Anni 2011-2014 e Programmazione prevista entro il 2015

	2011	2012	2013	2014	Fine 2015
Posti letto pubblici	16.002	15.718	15.376	15.513	14.801*
Posti letto privati accreditati	3.173	3.174	3.2013	3.186	2.647
Totale	19.175	18.892	18.579	18.699	17.448
Posti letto per 1.000 residenti	3,88	3,81	3,75	3,8	3,5**

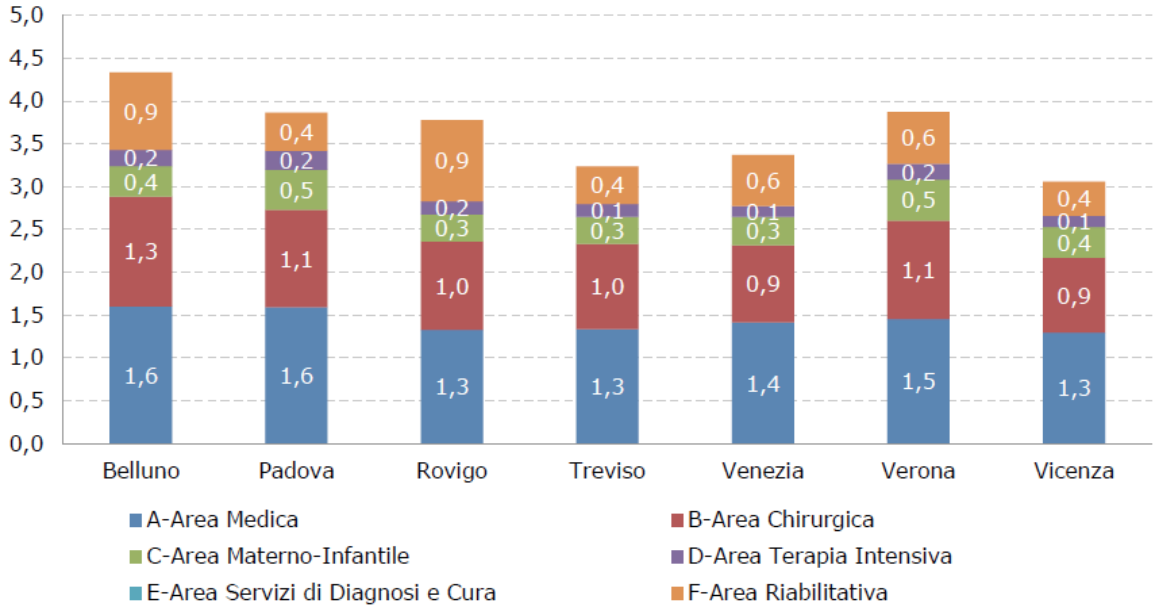
* Ai quali si aggiungono 807 posti letto per le strutture che operano in zona di confine regionale o che hanno forti potenzialità attrattive: 467 posti letto per pazienti extra-regione in strutture private accreditate e 320 posti letto nelle strutture pubbliche.
** su popolazione anno 2013
Fonte: Regione del Veneto: Relazione socio-sanitaria Anno 2015.

Figura 1.11– Posti letto per provincia (per 1000 abitanti). Dati 2014



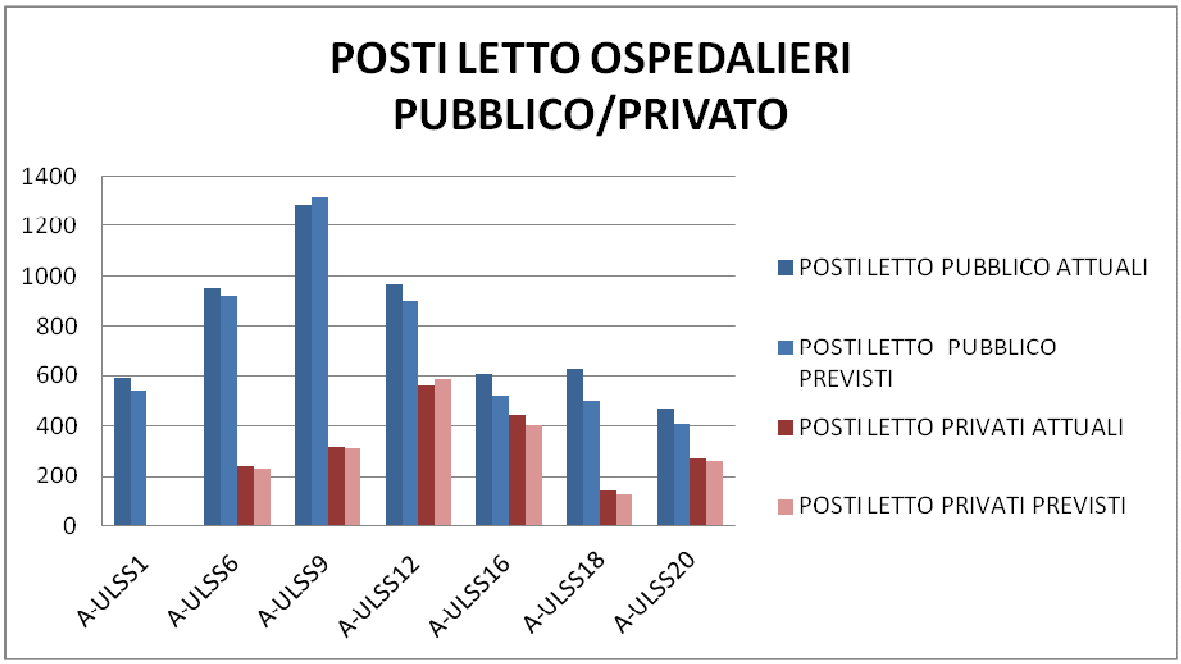
Fonte: Relazione socio-sanitaria 2015 della Regione del Veneto.

Figura 1.12 – Posti letto per provincia (per 1000 abitanti). Previsione a fine 2015



Fonte: Regione del Veneto - Relazione socio-sanitaria Anno 2015.

Figura 1.13 – La dinamica dei posti letto ospedalieri pubblici e privati prevista dalla DGR 2122/2013 per le sette A-ULSS



La sostenibilità economica del progetto di attivazione delle strutture intermedie si fonda dunque, in buona sostanza, su una riduzione dei posti letto per acuti, così come previsto dalla legge 135/2012, e per questo il riequilibrio tra le dotazioni ospedaliere e quelle delle strutture intermedie deve essere oggetto di attento monitoraggio. Si tratta di

un’operazione piuttosto delicata la cui fattibilità e credibilità (nonché l’impatto in termini di sostenibilità ed equità) dipende in modo cruciale dalla rapida ed efficace attivazione dei servizi della filiera dell’assistenza territoriale, per evitare che la riduzione di posti letto per acuti si traduca in diminuzione dei servizi forniti e in mancata tutela della salute della comunità locale (Rebba, 2013).

1.4 Analisi degli indicatori di domanda e offerta per le singole Aziende ULSS esaminate

Si presentano di seguito i risultati dell'analisi degli indicatori di domanda e di offerta considerati per ciascuna delle sette Aziende ULSS utilizzando i radar chart (paragrafi da 1.4.1 a 1.4.7). Per la lettura degli indicatori rappresentati nei radar chart, occorre considerare la denominazione sintetica delle variabili corrispondenti a ciascun indicatore che viene riportata nella prima colonna della Tabella in Appendice 1.1 del presente capitolo.

Inoltre, nel paragrafo 1.4.8, si propongono alcune conclusioni preliminari sulla base di un confronto sintetico tra le sette Aziende ULSS per ciascuno dei tre insiemi di indicatori considerati.

1.4.1 A-ULSS 1 – BELLUNO (Fig. 1.14)

Domanda

L'A-ULSS 1 evidenzia una forte incidenza, rispetto alla media, della popolazione di età superiore ai 65 anni nonché della mortalità evitabile per patologie cronico-degenerative sia maschile che femminile. Tra le patologie maggiormente prevalenti vi sono quelle cardiache, mentre sia la prevalenza del diabete sia quella della BPCO non appaiono particolarmente elevate in termini comparativi.

Offerta territoriale

Il modello di offerta territoriale sviluppato all'interno del territorio privilegia la componente relativa all'assistenza primaria, che però si sviluppa attorno alla forme associative della Medicina di Rete (che vede coinvolti 62 MMG su 84), piuttosto che attorno alle forme associative più evolute per la presa in carico del paziente cronico, come UTAP e Medicine di Gruppo Integrate. Relativamente a queste ultime, nonostante le previsioni di sviluppo per l'anno 2014-2015 avessero indicato l'attivazione di 4 MGI nel 2014 e 10 nel 2015, attualmente nessuna è ancora presente. Ciò anche a causa delle caratteristiche del territorio, che rendono particolarmente complessa l'implementazione delle forme di assistenza territoriale più evolute.

L'accessibilità della COT, evidenziata dalla copertura oraria del servizio, è finora ancora limitata (fascia oraria 8,00-15,00). Tra i PDTA relativi alle patologie croniche considerate (diabete, BPCO, scompenso e ipertensione) è attivo solo il PDTA relativo alla BPCO.

Una quota relativamente elevata (3%) di persone in età superiore ai 65 anni riceve assistenza domiciliare integrata.

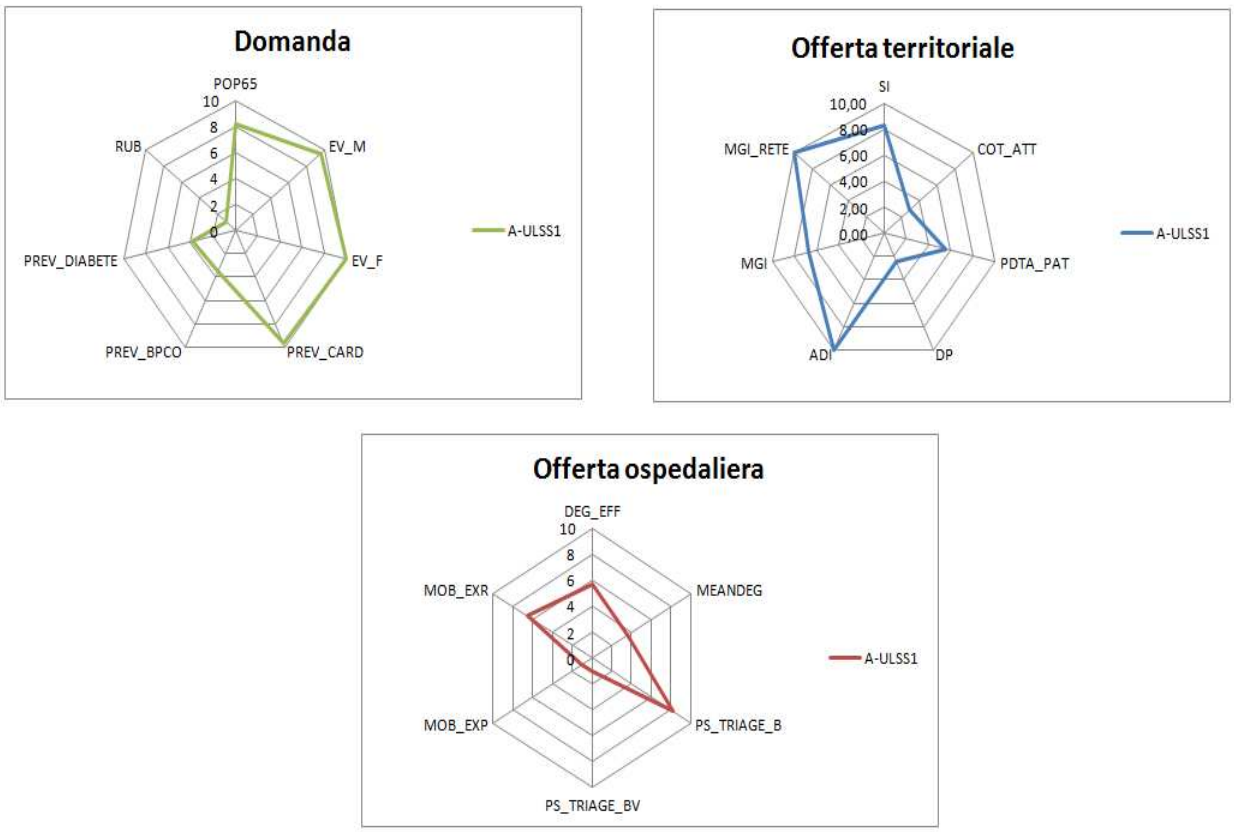
Offerta ospedaliera

L'A-ULSS 1 ha un indicatore di efficienza della degenza pari ad 1,14 (il valore regionale è di 0,66), il che segnala una performance relativamente bassa, con una degenza media superiore a quella attesa a fronte di una dotazione di posti letto per acuti che è la più elevata tra le aziende considerate (Fig. 1.11).

Relativamente all'appropriatezza, riferita agli accessi al Pronto soccorso, è possibile osservare come il tasso standardizzato di accesso al PS per codici bianchi e verdi sia uno dei più elevati della Regione.

Se si associa tale indicatore a quelli di mobilità fuori provincia e fuori Regione per ricoveri in riabilitazione e lungodegenza (proxy della capacità di risposta delle strutture ospedaliere), sembra emergere come l'A-ULSS 1 fatichi a trovare un buon equilibrio e un'efficace integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale.

Figura 1.14 – A-ULSS 1 – BELLUNO: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.2 A-ULSS 6 – VICENZA (Fig. 1.15)

Domanda

L'Azienda ULSS 6 presenta una struttura demografica relativamente giovane e registra un saldo naturale positivo anche grazie alla forte presenza di immigrati.

Emerge una prevalenza relativamente elevata (superiore alla media regionale) del diabete di tipo 2 mentre la prevalenza per malattie cardiache appare non particolarmente elevata se confrontata con le altre sei A-ULSS analizzate.

L'indicatore di mortalità evitabile relativo alla popolazione femminile è il più basso tra le A-ULSS considerate, evidenziando indirettamente una buona risposta in termini di diagnosi precoce e prevenzione secondaria, ovvero del fattore esplicativo generalmente più rilevante della mortalità evitabile femminile. Relativamente più alta è invece la mortalità evitabile maschile e, in particolare, quella legata al diabete, che può segnalare l'utilità di interventi a livello di prevenzione primaria.

Offerta territoriale

Si evidenzia una risposta relativamente buona per quanto riguarda due elementi della filiera dell'assistenza territoriale: le strutture intermedie e, soprattutto, le dimissioni protette. La percentuale di posti letto in strutture intermedie che risultano attivati è pari al 49% del totale programmato. Inoltre, l'A-ULSS 6 registra, tra le aziende considerate, la quota più alta di dimessi dalle strutture ospedaliere con attivazione di percorsi di assistenza domiciliare.

Relativamente all'assistenza primaria, l'azienda presenta ancora una certa parcellizzazione dell'offerta (il 41% dei MMG operano singolarmente o in associazione semplice) anche se sono presenti all'interno del territorio forme più evolute di assistenza primaria: oltre il 30% dei MMG operano in Rete (46 medici su 211) o in Medicine di gruppo integrate (11 medici) oppure in UTAP (7 medici) (il Tavolo di Monitoraggio CRITE MGI rileva peraltro che al 1 marzo 2016 i MMG autorizzati ad operare in MGI sono 15). La parziale riorganizzazione delle cure primarie non è tuttavia contestuale all'implementazione di PDTA condivisi poiché nessun protocollo relativo alle patologie considerate è ancora stato attivato.

Infine, l'operatività della COT, evidenziata dalla copertura oraria del servizio, è ancora molto limitata: tra le 8,00 e le 16,00 dal lunedì al venerdì.

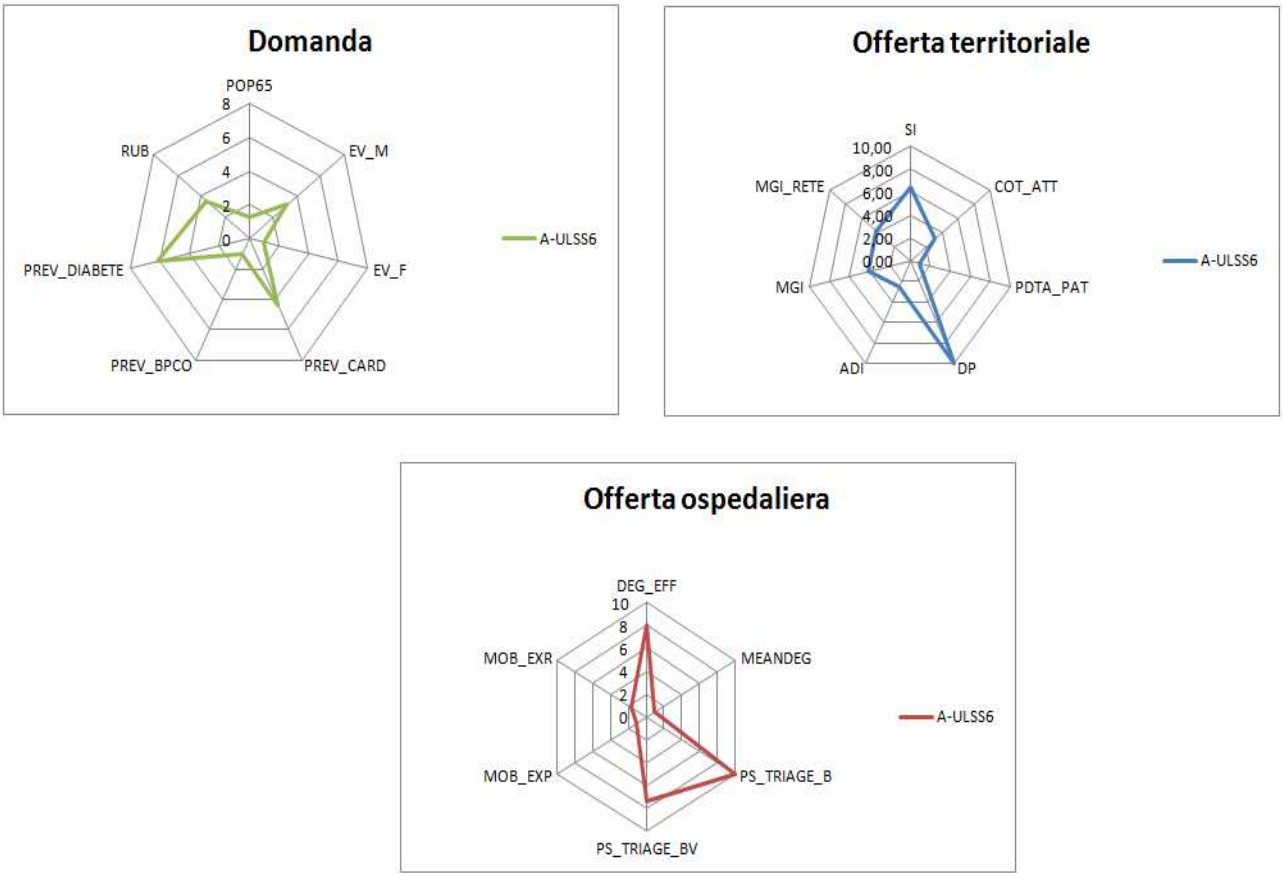
Offerta ospedaliera

In base alle informazioni fornite dall'azienda relativamente alle schede di dimissione ospedaliera, si rileva una durata media della degenza per patologie croniche superiore rispetto alle altre aziende considerate: 13,16 giorni contro una media di 11,20.

A fronte di una dotazione di posti letto ospedalieri (3,35 per 1.000) che si attesta al di sotto non solo dell'attuale media regionale ma anche dell'obiettivo regionale (3,5 per 1.000 di cui 0,5 per riabilitazione e lungodegenza), si registra una forte mobilità (sia extra provinciale che extra regione) per quanto riguarda i ricoveri per riabilitazione e lungodegenza, segnale di una insufficiente capacità di risposta a tali bisogni. La mobilità passiva per la generalità dei ricoveri risulta invece relativamente più contenuta rispetto alle altre A-ULSS considerate (il 78% dei ricoveri riguarda residenti nel territorio dell'A-

ULSS contro una media del 71% per il complesso delle sette A-ULSS), segnalando una buona qualità dell'offerta ospedaliera generale.
Infine, si registrano elevati livelli di appropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza: la percentuale di codici bianchi è la più bassa tra le A-ULSS considerate.
Lo sviluppo non omogeneo delle forme di integrazione previste dal PSSR e degli strumenti necessari per la presa in carico del paziente in condizioni di cronicità alimenta la percezione che l'azienda abbia finora sviluppato l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera relativa alle patologie croniche in minor misura rispetto all'assistenza ospedaliera per acuti.

Figura 1.15 - A-ULSS 6 – VICENZA: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.3 A-ULSS 9 – TREVISO (FIG. 1.16)

Domanda

L'A-ULSS 9 è quella che presenta l'indicatore composito di domanda più basso tra le aziende considerate. Ciò dipende essenzialmente da una struttura demografica della popolazione relativamente giovane e da indici di prevalenza delle patologie e di mortalità evitabile particolarmente contenuti. In particolare, la prevalenza del diabete è la più bassa tra le sette A-ULSS e inferiore alla media regionale (4,8% contro 5%) mentre la quota di popolazione con malattie cardiache e con BPCO risulta piuttosto contenuta e inferiore alla media delle aziende considerate. La prevalenza del diabete è inferiore anche alla media regionale (4,8 versus 5,0). Anche la mortalità evitabile maschile è la minore tra le aziende considerate.

Offerta territoriale

L'adozione del modello di assistenza territoriale prefigurato dal PSSR da parte dell'A-ULSS appare ancora molto parziale ed evidenzia un percorso disomogeneo che non riguarda in maniera uniforme tutti gli ambiti della filiera assistenziale.

L'azienda aveva attivato in precedenza una Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare (CURA) che garantiva la continuità delle cure attraverso il coordinamento delle dimissioni protette. La naturale evoluzione di questa struttura è la COT che, per questo territorio, rappresenta un punto di forza dell'integrazione con una buona operatività accessibilità del servizio (dal lunedì al venerdì tra le 7.00 e le 20.00; il sabato dalle 8.00 alle 12.00).

La riorganizzazione delle cure primarie è stata avviata ma non ancora verso le forme più evolute: l' 86% dei MMG è inserito in Medicine di gruppo tradizionale e in Rete mentre solo 13 medici su 254 (il 5%) dovrebbero operare in Medicine di gruppo integrate come evoluzione di precedenti UTAP.

L'attivazione dei PDTA riguarda per ora due delle quattro patologie croniche interessate: diabete mellito e scompenso cardiaco.

I posti nelle strutture intermedie che risultano attivati sono solo il 21,18% di quelli programmati a fronte di una media del 49% per le sette aziende considerate.

Infine la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni seguiti in ADI è la più bassa tra le sette aziende considerate.

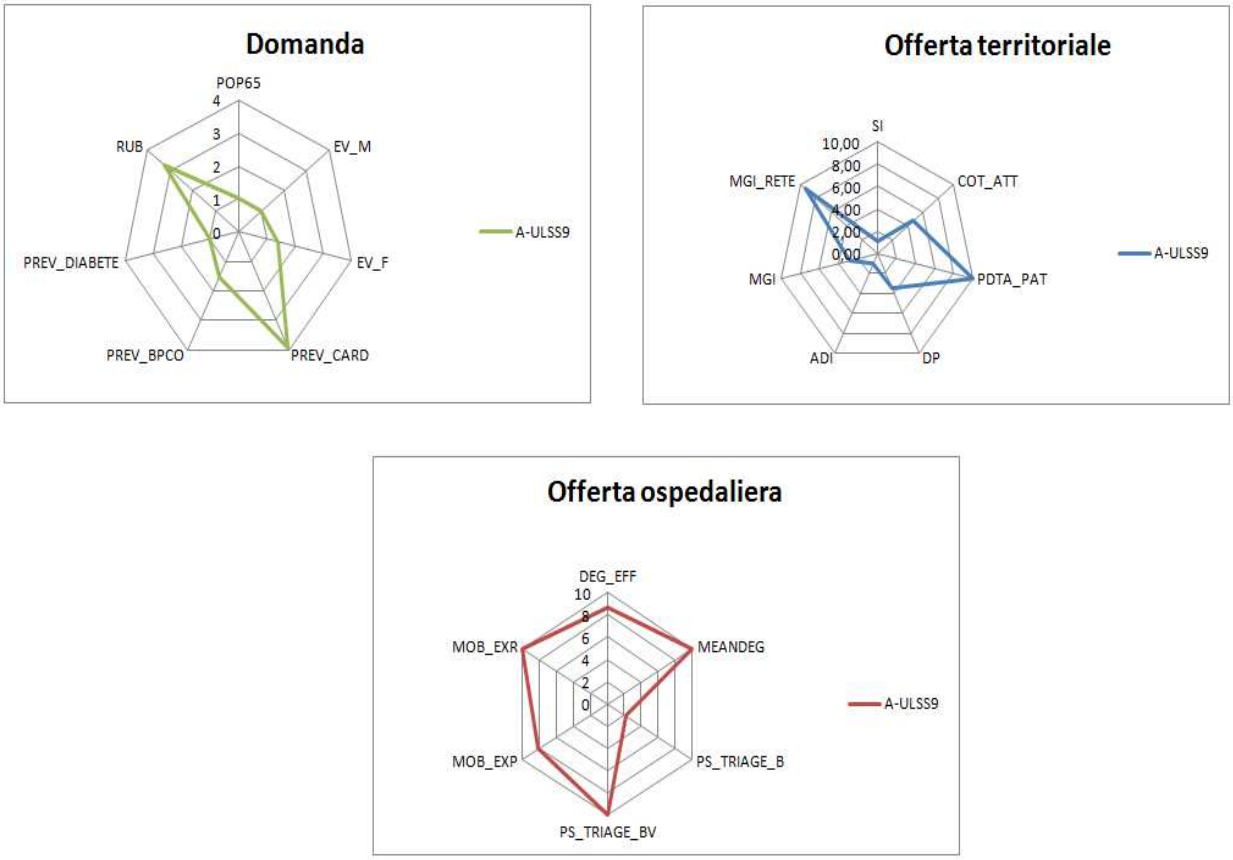
Offerta ospedaliera

L'azienda presenta l'indicatore composito di offerta ospedaliera migliore tra le A-ULSS considerate. Ciò deriva essenzialmente: dall'elevato grado di efficienza e appropriatezza con cui vengono gestite le degenze relative alle principali patologie croniche; da un indicatore di efficienza della degenza ospedaliera relativamente buono anche se di poco superiore alla media regionale (0,74 versus 0,66); da tassi di mobilità passiva per riabilitazione e lungodegenza tra i più bassi tra le aziende considerate.

Gli indicatori sul grado di appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso evidenziano da un lato un tasso standardizzato di accesso per codici bianchi e verdi molto contenuto (il più basso tra le aziende considerate), dall'altro però una percentuale di codici bianchi sul totale degli accessi piuttosto alta.

Nel complesso, condizioni di bisogno non particolarmente stringenti sembrano facilitare un equilibrata integrazione ospedale-territorio, anche se l'azienda è ancora in una fase transitoria per alcuni aspetti di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Figura 1.16 - A-ULSS 9 - TREVISO: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.4 A-ULSS 12 – VENEZIANA (Fig. 1.17)

Domanda

L'A-ULSS 12 si caratterizza come quella con la più elevata incidenza della popolazione anziana tra le aziende considerate e a livello regionale.

L'azienda si colloca al terzo posto (dopo le A-ULSS 1 e 18) tra le A-ULSS indagate in termini di mortalità evitabile (sia maschile che femminile) e di prevalenza delle patologie croniche considerate (malattie cardiache, diabete e BPCO).

L'indicatore di pressione della domanda, che misura la percentuale di residenti con elevato consumo di risorse socio-sanitarie, è piuttosto elevata: anche in questo caso, l'A-ULSS 12 si colloca al terzo posto dopo l'A-ULSS 18 e l'AULSS 20.

Offerta territoriale

L'adozione del modello di assistenza territoriale previsto dal PSSR appare in questa A-ULSS ad un livello di sviluppo relativamente buono se confrontato con il grado di implementazione delle altre aziende.

L'A-ULSS 12 prevede l'attivazione di 232 posti in strutture intermedie (hospice, ODC e URT), con una percentuale di realizzazione del programmato molto buona rispetto alle altre realtà considerate: 67% rispetto alla media del 49%.

Anche il funzionamento della COT è in linea con il ruolo che la centrale operativa svolge nel coordinare i servizi da integrare sul territorio (orario tra le 8.00 e le 19, 7 giorni su7).

L'organizzazione attuale delle cure primarie vede prevalere la forma associativa dei MMG in Medicine di gruppo tradizionali (54%). Il 38% dei MMG si è invece organizzato in Rete (69 medici su 222) o in UTAP (15 medici). Per ora non risultano, invece, ancora operative le nuove forme aggregative della Medicina di gruppo integrata anche se 29 MMG (il 12% del totale) hanno richiesto l'autorizzazione ad aggregarsi secondo tale forma associativa (il dato è rilevato al 1 marzo 2016 dal Tavolo di Monitoraggio CRITE MGI).

I PDTA attivati riguardano due delle quattro patologie croniche interessate: il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa.

Offerta ospedaliera

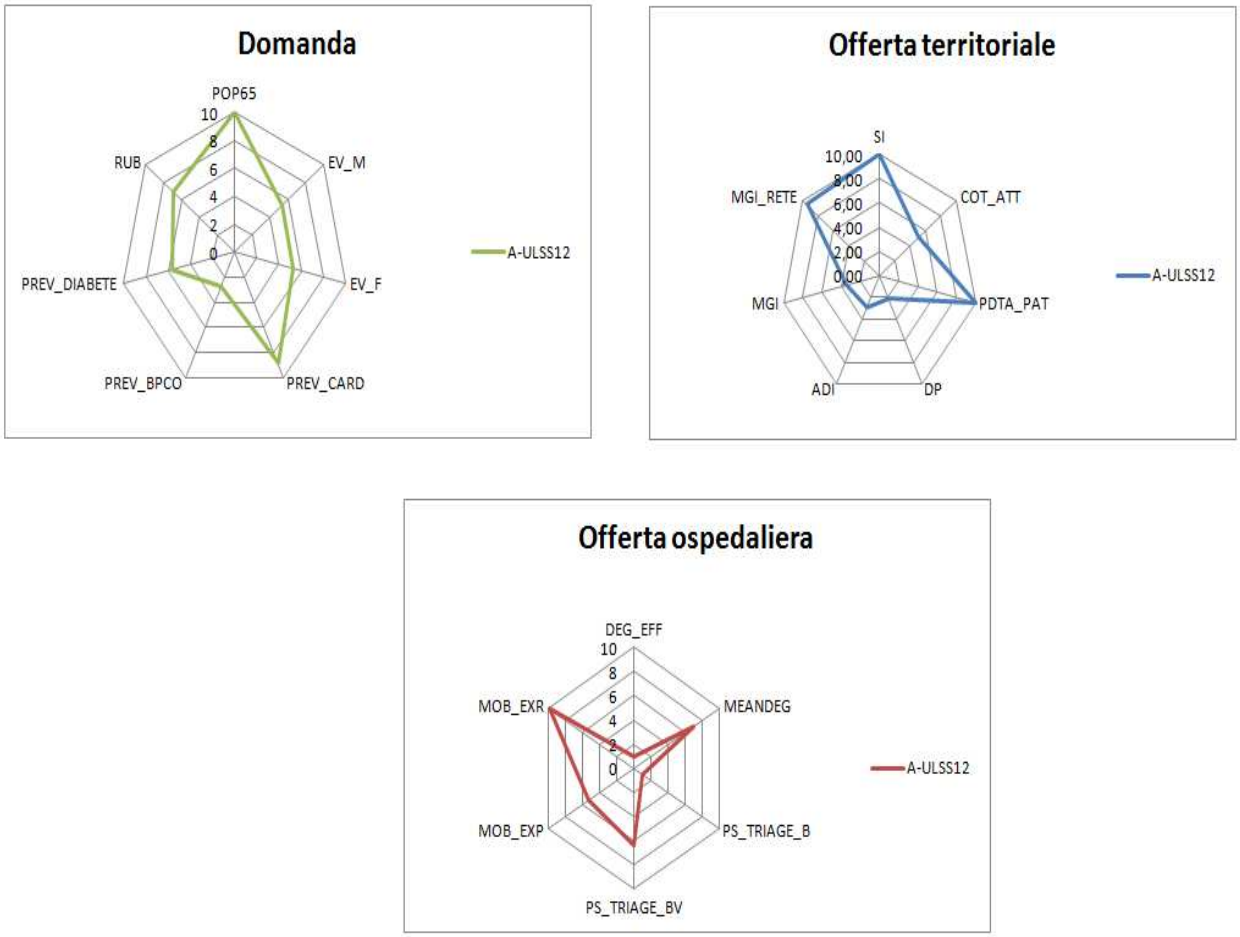
Dal punto di vista dell'offerta ospedaliera l'A-Ulss 12 presenta l'indicatore di degenza media per DRG medici più elevato rispetto ad altre realtà considerate; tale indicatore di efficienza della degenza segnala che il numero di giornate di degenza effettive è superiore a quello atteso, probabilmente a causa della forte incidenza della popolazione anziana. La durata media della degenza per le principali patologie croniche non appare peraltro particolarmente elevato.

Il tasso standardizzato di accesso al PS per codici verdi/bianchi è di poco superiore alla media tra le aziende considerate mentre la percentuale di accessi classificati come codici bianchi è invece la più elevata nell'insieme di aziende analizzate, segnalando problemi di appropriatezza nel ricorso ai servizi di urgenza probabilmente legati ancora una volta alla forte incidenza della popolazione anziana ma anche a un assetto dell'assistenza territoriale non ancora pienamente in linea con gli obiettivi di continuità assistenziale.

La mobilità passiva per ricoveri di riabilitazione e lungodegenza è relativamente contenuta.

Nel complesso, a fronte di indicatori di domanda che evidenziano livelli elevati di bisogno, l'azienda ULSS 12 sembra essere riuscita ad attivare in maniera più equilibrata, rispetto ad altre aziende, alcuni degli strumenti di integrazione e continuità assistenziale previsti dal PSSR. Rimane tuttavia ancora un gap tra domanda e offerta piuttosto accentuato.

Figura 1.17 - A-ULSS 12 – VENEZIANA: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.5 A-ULSS 16 – PADOVA (Fig. 1.18)

Domanda

L'indicatore composito di domanda relativo all'A-ULSS 16 si colloca a un livello intermedio nell'insieme delle aziende esaminate.

La pressione della domanda è piuttosto accentuata per quanto riguarda l'incidenza relativamente elevata di grandi utilizzatori di assistenza sanitaria.

L'incidenza delle patologie croniche non appare particolarmente elevata rispetto alle altre aziende e alla media regionale, soprattutto per quanto riguarda BPCO e diabete (nel caso del diabete, 4,7% rispetto alla media regionale di 5%).

Anche i tassi standardizzati di mortalità evitabile maschile e femminile risultano relativamente bassi.

Offerta territoriale

L'indicatore di assistenza territoriale si colloca a un livello intermedio grazie a buoni livelli di programmazione e sviluppo delle strutture intermedie, delle dimissioni protette e dell'ADI ma, soprattutto, in relazione alla piena operatività segnalata della COT.

La COT che nella maggior parte delle realtà valutate rappresenta il punto debole dell'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio, nonostante il ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, in questo territorio eroga il suo servizio con una copertura oraria h 24.

Le cure domiciliari riguardano l'1,8% dei pazienti oltre i 65 anni, a un livello superiore alla media delle aziende coinvolte. Anche le dimissioni protette risultano un punto di forza rispetto agli obiettivi di continuità assistenziale per questa azienda.

Lo sviluppo dell'assistenza primaria privilegia le forme dell'associazione semplice e delle Medicine di gruppo di tipo tradizionale (38% dei MMG) mentre minore è il ricorso all'opzione della Rete di medici (28% dei MMG) o a forme miste di associazione (16%). Del tutto inapplicato è invece, per ora, il modello organizzativo della Medicina di gruppo integrata, anche se per 75 MMG (il 23% del totale) è in corso di autorizzazione da parte della Regione la partecipazione a MGI (il dato è rilevato al 1 marzo 2016 dal Tavolo di Monitoraggio CRITE MGI).

Un punto debole del modello d'integrazione finora adottato è rappresentato dall'attivazione dei PDTA - relativi solamente al diabete mellito – mentre le dotazioni attivate di strutture intermedie rappresentano circa il 53% di quelle programmate, una percentuale al di sopra di quella media relativa alle sette aziende considerate (49%).

Offerta ospedaliera

Gli indicatori di offerta ospedaliera risentono in qualche misura della presenza nel territorio dell'A-ULSS 16 dell'Azienda ospedaliera universitaria.

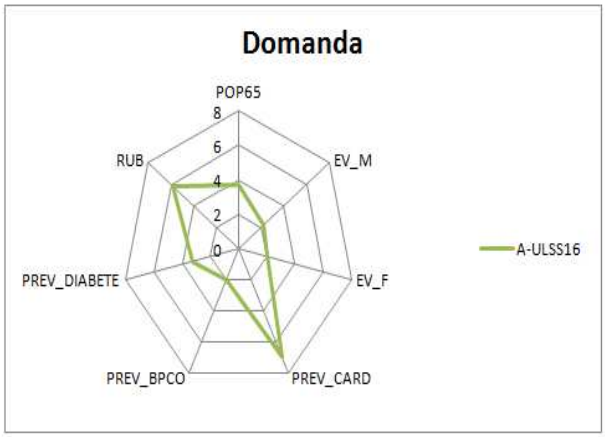
Si evidenzia comunque un buon indicatore di efficienza generale della degenza, anche se di poco superiore alla media regionale, mentre la degenza media relativamente alle patologie croniche risulta relativamente contenuta.

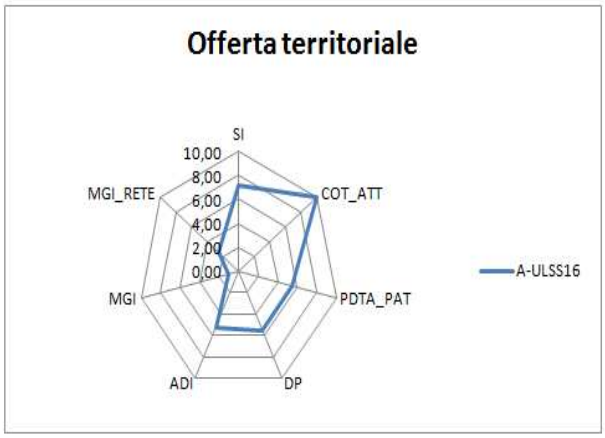
Si registra qualche criticità nella capacità di risposta rispetto alla domanda di assistenza ospedaliera per lungodegenza e riabilitazione con una mobilità passiva extra provincia piuttosto elevata.

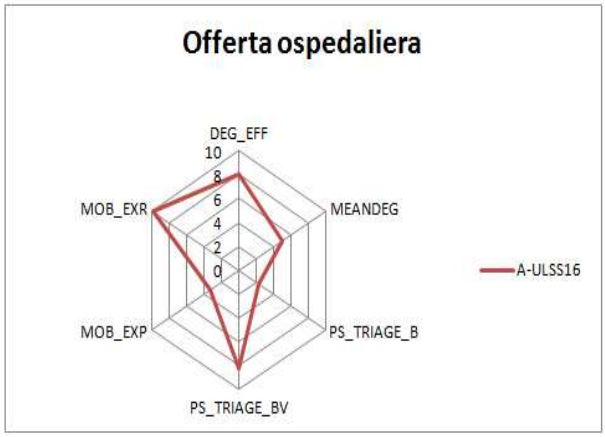
L'appropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza risulta buona se si considera il tasso standardizzato di accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi mentre qualche criticità viene evidenziata dalla quota di codici bianchi relativamente alta. Ciò potrebbe segnalare uno sviluppo non ancora uniforme dell'integrazione ospedale-territorio, anche se l'azienda 16 sembra aver colto più di altre, con l'attivazione COT h24, l'importanza della Centrale nel coordinare la transizione dei pazienti verso il trattamento temporaneo di tipo residenziale o domiciliare protetto.

Nel complesso non solo gli indicatori di offerta ospedaliera ma anche quelli di offerta territoriale possono avere risentito dell'effetto esercitato dalla presenza dell'Azienda ospedaliera nel territorio con una difficoltà relativamente maggiore a procedere nell'adozione di alcuni elementi chiave della nuova filiera dell'assistenza territoriale come le strutture intermedie e le nuove forme associative dei MMG.

Figura 1.18 - A-ULSS 16 – PADOVA: Indicatori di Domanda e di Offerta







1.4.6 A-ULSS 18 – ROVIGO (Fig. 1.19)

Domanda

Le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche dell'A-ULSS 18 determinano il più elevato indicatore aggregato di domanda tra le sette A-ULSS oggetto di indagine. L'A-ULSS registra infatti i livelli più elevati per quanto riguarda la mortalità evitabile della popolazione maschile e la prevalenza per tutte le patologie croniche considerate (malattie cardiache, diabete mellito e BPCO).

Inoltre, l'A-ULSS 18 si colloca al terzo posto per quanto riguarda l'incidenza della popolazione anziana e al secondo posto per quanto riguarda il tasso di mortalità evitabile della popolazione femminile.

Nel complesso l'A-ULSS 18 registra quindi il più elevato livello di bisogno assistenziale tra tutte le aziende esaminate.

Offerta territoriale

Nello sviluppo del modello integrato di assistenza territoriale, l'A-ULSS 18 ha privilegiato i segmenti relativi alle cure primarie.

Circa un quarto dei MMG dell'A-ULSS ha aderito a Medicine di gruppo integrate, cioè alla forma più evoluta di associazione, anche se il 54% dei medici ricorre ancora all'associazione semplice (50 su 128 medici) o alla medicina di gruppo tradizionale (19 medici); inoltre, i PDTA sono stati attivati per due delle quattro patologie croniche.

Tuttavia questo aspetto qualificante della filiera dell'assistenza territoriale appare ancora piuttosto isolato, in mancanza dell'attivazione della Centrale Operativa Territoriale e di un adeguato sviluppo delle strutture intermedie, che all'interno del territorio faticano a trovare un loro sviluppo: solo il 20,7% dei posti programmati per strutture intermedie (Hospice, ODC e URT) risultano finora attivati con delibera aziendale.

A livello complessivo sembra emergere, più che in altre realtà, lo sforzo di adeguare le condizioni dell'offerta rispetto a quanto previsto dalla legge di piano regionale ma non in maniera organica ed equilibrata su tutti i fronti.

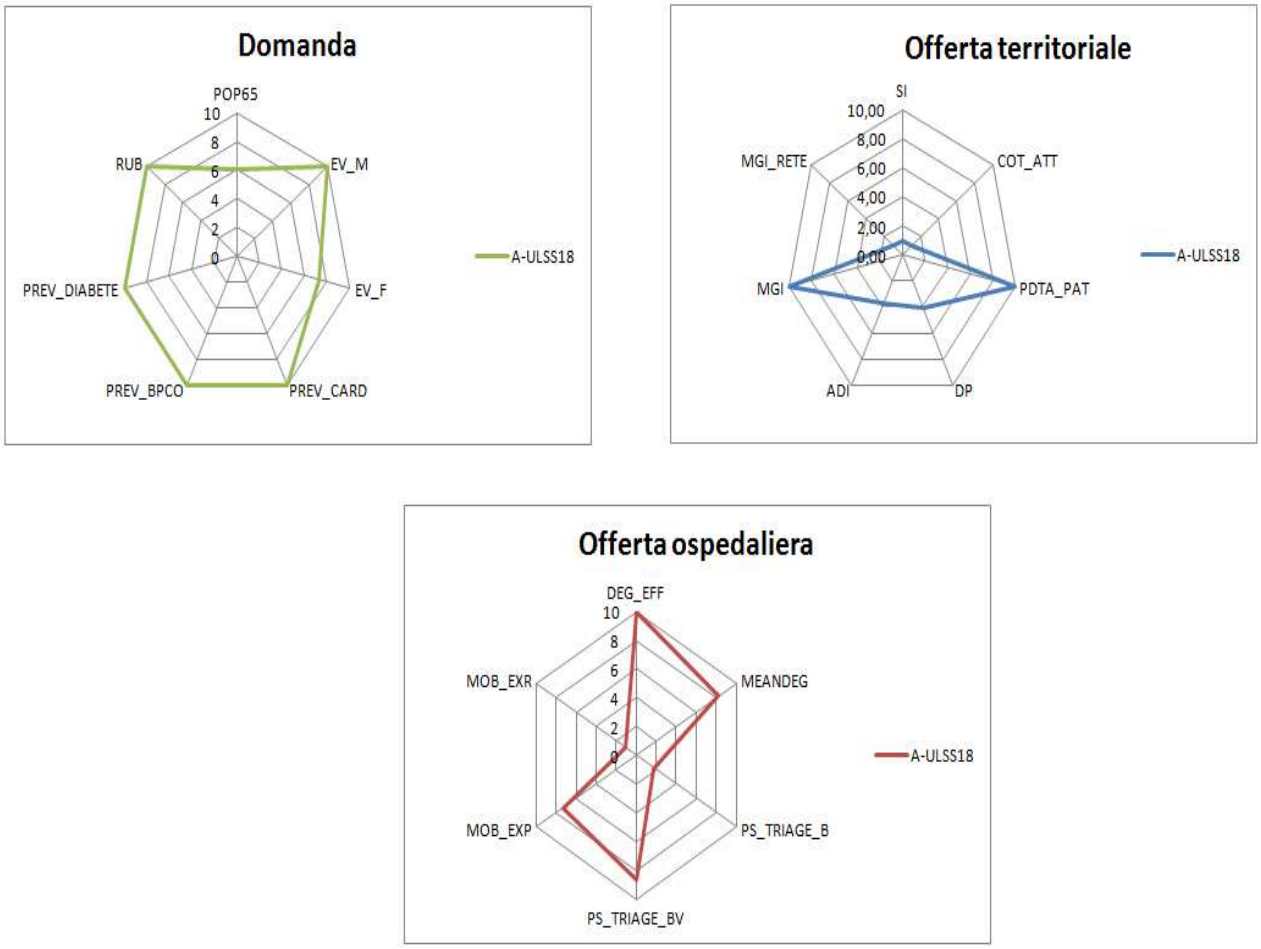
Offerta ospedaliera

L'A-ULSS 18 registra un buon indicatore aggregato di offerta ospedaliera come risultato: di un elevato livello di efficienza nella degenza per i DRG medici e di una limitata durata elle degenze per le principali patologie croniche.

Alcune criticità si ravvisano invece per quanto riguarda l'elevata percentuale di codici bianchi sul totale degli accessi al Pronto Soccorso – un segnale di inappropriatezza nell'accesso ai servizi di emergenza che chiama in causa possibili carenze dell'assistenza territoriale. Altro fattore critico per l'A-ULSS 18 è rappresentato dall'elevata mobilità passiva extra Regione per i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, anche se occorre tenere conto del fatto che molto di tali ricoveri possono riguardare residenti sul confine con l'Emilia-Romagna.

Il processo di ridimensionamento delle dotazioni ospedaliere per acuti in atto in questa A-ULSS (il piano di adeguamento dell'offerta ospedaliera relativo prevede la riduzione di 147 posti letto ospedalieri), in assenza di un contestuale sviluppo di un'adeguata offerta territoriale, tende a fare emergere le criticità appena evidenziate.

Figura 1.19 - A-ULSS 18 – ROVIGO: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.7 A-ULSS 20 – VERONA (Fig. 1.20)

Domanda

L'A-ULSS 20 evidenzia nel complesso una pressione della domanda moderata a fronte di un'incidenza delle popolazione anziana sopra la media della Regione ma inferiore a quella della maggior parte delle A-ULSS considerate.

La prevalenza delle patologie cardiache e della BPCO risulta la più bassa tra le aziende considerate. Risultano bassi anche la prevalenza del diabete di tipo e i tassi standardizzati di mortalità evitabile per la popolazione maschile e femminile (a livelli inferiori alla media regionale del Veneto).

La quota di residenti con elevato impegno di risorse assistenziali risulta per contro piuttosto elevata.

Offerta territoriale

L'azienda, pur non presentando condizioni demografiche ed epidemiologiche che qualifichino un'importante condizione di bisogno sanitario e assistenziale, ha attivato in maniera parziale e disomogenea la rete di servizi e strumenti della filiera assistenziale territoriale prevista dal PSSR puntando soprattutto sulle strutture intermedie e sull'ADI per la popolazione anziana.

Le dotazioni di strutture intermedie per cui è stata deliberata l'attivazione rappresentano una quota del programmato pari a circa il 62%, una percentuale di realizzazione relativamente elevata se confrontata con quella delle altre A-ULSS.

Risulta relativamente carente l'attivazione delle nuove forme associative della medicina primaria: rispetto alla media delle aziende coinvolte, si privilegiano le medicine di gruppo di tipo tradizionale (42% dei MMG) e le Reti di medici (33% dei MMG) mentre solo il 2% dei MMG risultano partecipare a Medicine di gruppo integrate o a UTAP. Tale percentuale dovrebbe però aumentare, in quanto per 31 MMG (il 10% del totale) è stata recentemente autorizzata la partecipazione a MGI (il dato è rilevato al 1 marzo 2016 dal Tavolo di Monitoraggio CRITE MGI).

Particolarmente carente risulta inoltre il ricorso alla modalità delle dimissioni protette mentre i PDTA attivati riguardano due delle quattro patologie considerate (diabete e BPCO).

Infine, l'operatività della COT appare ancora piuttosto limitata e non in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi di integrazione e continuità assistenziale.

Offerta ospedaliera

Come nel caso dell'Azienda-ULSS 16, anche per l'A-ULSS 20 gli indicatori di offerta ospedaliera tendono a essere influenzati dalla presenza nel territorio dell'Azienda ospedaliera universitaria.

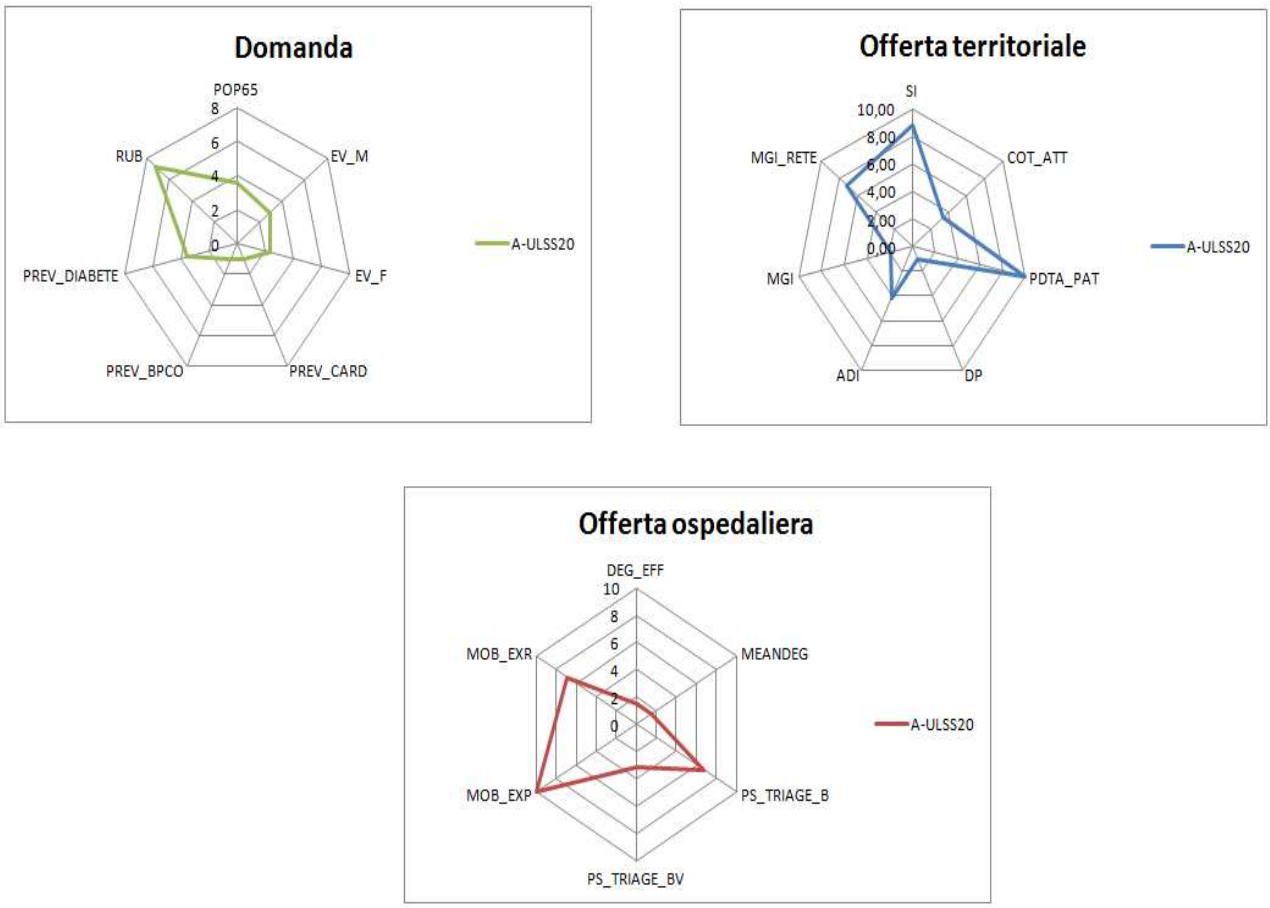
Gli indicatori scelti per qualificare l'offerta ospedaliera segnalano che l'efficienza della degenza ospedaliera è relativamente bassa sia se si considerano i ricoveri totali per DRG medici, sia si concentra l'attenzione sulle degenze per le principali patologie croniche (con una degenza media di 12,9 giorni, superiore rispetto alla media delle aziende considerate pari a 11,26).

L'A-ULSS 20 evidenzia una buona capacità di risposta per quanto i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione che registrano una mobilità passiva piuttosto contenuta.

La quota di accessi al Pronto Soccorso con codice bianco è relativamente contenuta evidenziando una buona appropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza.

Nel complesso, l'Azienda ULSS 20, pur non presentando condizioni di domanda particolarmente complesse, evidenzia diverse criticità a rispondere ai bisogni del territorio soprattutto per quanto riguarda le condizioni dell'offerta territoriale. Anche in questo caso, come già rilevato per l'A-ULSS 16, questo potrebbe dipendere dalla presenza dell'Azienda ospedaliera che potrebbe rendere più complessa l'attivazione di alcuni elementi chiave della nuova filiera dell'assistenza territoriale come le strutture intermedie e le nuove forme associative dei MMG.

Figura 1.20 - A-ULSS 20 – VERONA: Indicatori di Domanda e di Offerta



1.4.8 Conclusioni preliminari in base al confronto sintetico tra le sette Aziende ULSS

L'analisi evidenzia come le sette A-ULSS considerate siano caratterizzate da indicatori di domanda e di offerta alquanto eterogenei, come si può apprezzare anche dalla Figura 1.21.

Per quanto concerne i bisogni socio-sanitari emergenti dai territori sintetizzati con gli indicatori di domanda selezionati, sembrano emergere tre diverse situazioni:

- un'Azienda, la 18 di Rovigo, si caratterizza come quella con il maggiore impatto di patologie in termini di mortalità e incidenza di malattie cronico-degenerative, e con la quota maggiore di residenti con elevato assorbimento di risorse assistenziali;
- due Aziende, la 1 di Belluno e la 12 Veneziana, presentano un elevato impatto in termini di invecchiamento della popolazione e livelli di morbilità e mortalità evitabile; la 12 si caratterizza anche per una quota rilevante di popolazione con elevato grado di utilizzo delle risorse assistenziali;
- quattro Aziende - la 6 di Vicenza, la 9 di Treviso, la 16 di Padova e la 20 di Verona – pur differenziandosi in qualche misura per quanto riguarda gli indicatori demografici ed epidemiologici, registrano livelli di domanda relativamente contenuti; la 20 si caratterizza tuttavia per una quota elevata di residenti contraddistinti da rilevante assorbimento di risorse assistenziali.

Con riferimento all'offerta di assistenza territoriale, il quadro che emerge appare estremamente eterogeneo, con l'eccezione del tratto comune rappresentato da un'attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche ancora molto parziale. Non sembra quindi possibile identificare situazioni raggruppabili secondo elementi comuni, in quanto ciascuna A-ULSS si è specializzata su alcuni elementi (servizi e/o strumenti) della filiera dell'assistenza territoriale e non sempre in considerazione dei bisogni emergenti dal territorio:

- la A-ULSS 1 Belluno, in cui la rete integrata di servizi socio-sanitari sul territorio appare più strutturata (l'indicatore aggregato di offerta territoriale è quello più

elevato tra le aziende esaminate), sembra quella in cui i vari elementi della filiera assistenziale risultano implementati in maniera più equilibrata, con una specializzazione soprattutto sul versante dell'ADI per la popolazione anziana;

- la A-ULSS 6-Vicenza si caratterizza per un indicatore di offerta territoriale relativamente basso e ha puntato soprattutto sulla continuità assistenziale, sviluppando le dimissioni protette e la programmazione delle nuove strutture intermedie;
- la A-ULSS 9-Treviso registra un grado di realizzazione del modello integrato di cure territoriali relativamente basso, pur avendo previsto l'attivazione di una COT con un buon livello di operatività;
- l'A-ULSS 12-Veneziana ha puntato a migliorare l'integrazione e la continuità assistenziale attraverso la previsione di un elevato grado di attivazione delle strutture intermedie e un elevato livello di operatività della COT;
- l'A-ULSS 16-Padova ha sviluppato molto l'assistenza domiciliare integrata per gli anziani e le dimissioni protette ed è l'unica azienda ad avere previsto la piena operatività della COT (h24, 7 giorni su 7);
- l'A-ULSS 18-Rovigo ha puntato a sviluppare quasi esclusivamente la nuova modalità associativa delle cure primarie rappresentata dalle Medicine di Gruppo Integrate ma risulta invece piuttosto carente per quanto riguarda altri nodi della rete, in particolare per quanto riguarda la COT e l'attivazione delle strutture intermedie;
- l'A-ULSS 20-Verona registra un indicatore di offerta territoriale a livello intermedio e punta soprattutto sull'attivazione delle strutture intermedie e sull'assistenza domiciliare integrata rivolta alla popolazione anziana.

I modelli di assistenza territoriale adottati dalle aziende appaiono fortemente asimmetrici e sembrano rispondere più a situazioni contingenti legate alle specificità locali – la maggiore o minore disponibilità a mettersi in gioco degli attori interessati e l'esistenza di incentivi al cambiamento - e poco invece ai bisogni che emergono localmente.

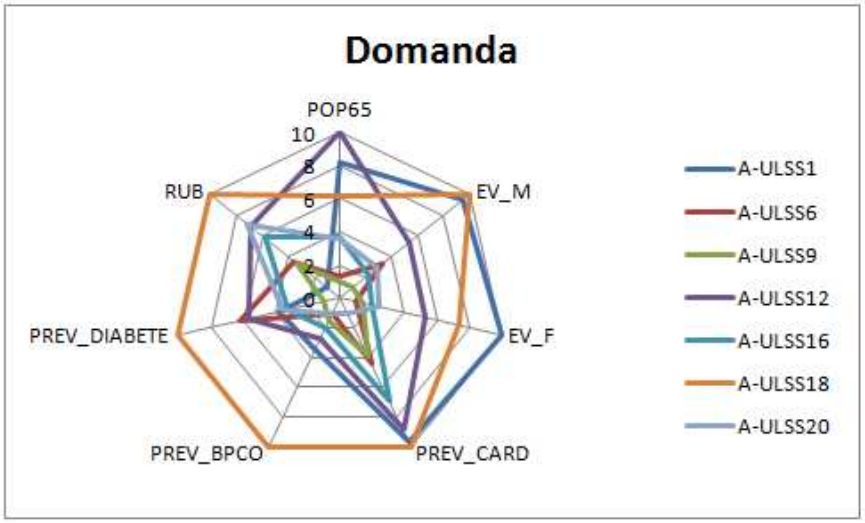
Passando a considerare gli indicatori scelti per rappresentare l'efficienza, l'appropriatezza e la capacità di risposta dell'offerta ospedaliera, anche qui sembra delinearsi un quadro piuttosto eterogeneo rispetto al quale, tuttavia, sono individuabili abbastanza chiaramente tre diverse situazioni:

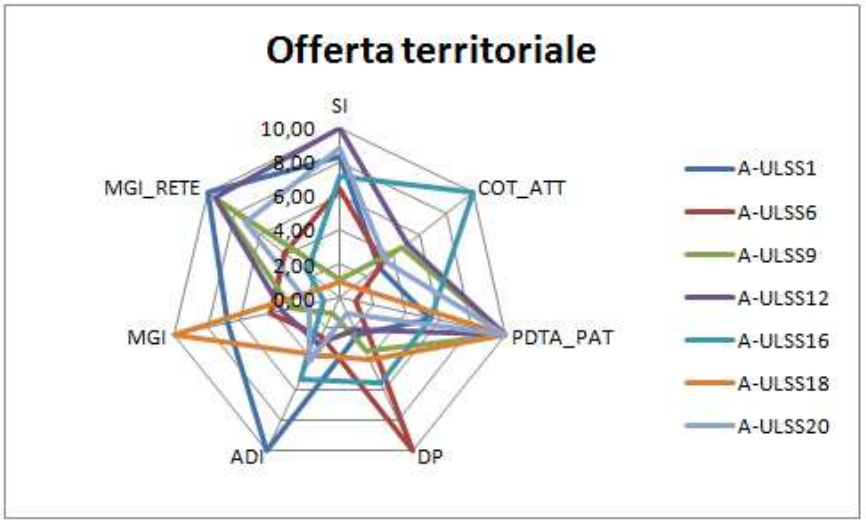
- un'Azienda, la 9 di Treviso, che si caratterizza per una performance decisamente elevata per quanto riguarda i livelli di efficienza e appropriatezza dei servizi ospedalieri, creando le premesse per recuperare risorse preziose per fronteggiare i bisogni emergenti con un potenziamento dell'offerta territoriale non ancora, però, adeguatamente sviluppata;
- due Aziende, la 18 di Rovigo e la 16 di Padova, che evidenziano un livello discreto dell'indicatore di offerta ospedaliera soprattutto sotto il profilo dell'efficienza nella gestione delle degenze; la performance di Padova viene però inevitabilmente influenzata – sia in positivo, sia in negativo - dalla presenza dell'Azienda ospedaliera;
- quattro Aziende - la 12 Veneziana, la 20 di Verona, la 6 di Vicenza, la 1 di Belluno – che, pur differenziandosi in qualche misura per quanto riguarda i diversi indicatori - registrano livelli di efficienza e appropriatezza ospedaliera relativamente meno elevati, con la 20 che risente dell'effetto dell'Azienda ospedaliera universitaria presente nel suo territorio.

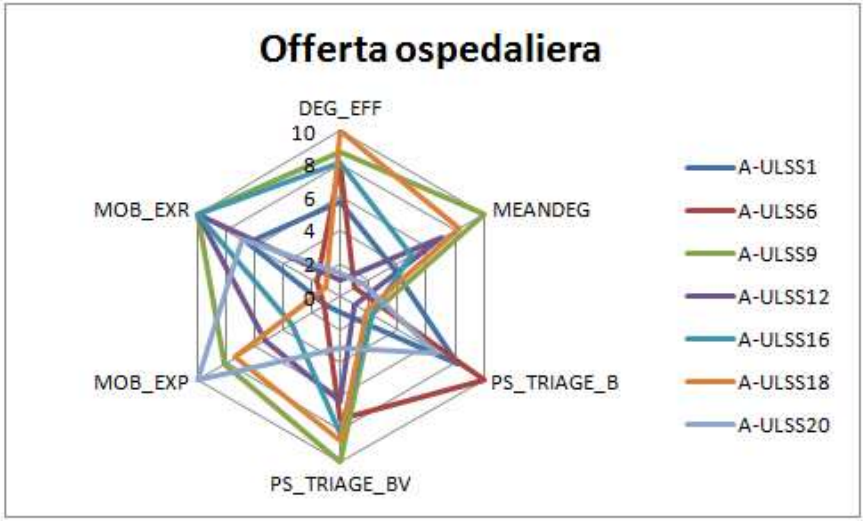
La sintesi tra gli indicatori considerati ha inoltre consentito di elaborare per ciascuna delle A-ULSS analizzate un Indice Sintetico di Performance (ISP) che segnala l'equilibrio tra offerta e domanda. E' stato quindi effettuato un confronto tra l'ISP e l'impegno di risorse economiche (misurato con la spesa sanitaria pro capite) da parte di ciascuna delle sette Aziende sanitarie che, come anticipato nel paragrafo 1.3.3, ha consentito di individuare tre diverse situazioni:

- una A-ULSS (la 9) con bassa spesa pro capite ed elevata performance;
- tre A-ULSS (6, 16 e 20) con spesa relativamente bassa e un livello medio di performance;
- tre A-ULSS (18, 1 e 12) con spesa elevata e performance molto bassa, in ragione soprattutto della forte pressione della domanda che caratterizza il loro territorio.

Fig. 1.21 - Confronto sintetico degli Indicatori di Domanda e di Offerta tra le sette Aziende ULSS







Nel complesso, l'analisi svolta sembra rivelare che le aziende sanitarie considerate stanno sviluppando un proprio autonomo modello di assistenza territoriale che assume gradi di complessità e articolazione diversi e che solo in parte è il risultato di una programmazione indotta dall'analisi dei bisogni locali o dalle direttive regionali per l'implementazione del PSSR.

Dall'analisi svolta emerge che il modello di assistenza già radicato all'interno dei vari territori tenda ad operare una "selezione" degli strumenti previsti dal Piano, che sono attivati in maniera disomogenea e spesso in ritardo rispetto a quanto previsto dalla programmazione regionale.

A seconda dei casi, si assiste dunque allo sviluppo di modelli che privilegiano la riorganizzazione dell'assistenza primaria - isolatamente (come nel caso A-ULSS 18), o congiuntamente a modalità di integrazione ospedale-territorio quali le dimissioni protette e l'ADI (come nel caso delle A-ULSS 1 e 16) - oppure che privilegiano l'attivazione delle strutture intermedie (come l'A-ULSS 12 e l'A-ULSS 20).

In genere, si osserva una realizzazione solo parziale degli elementi chiave dell'integrazione e della continuità assistenziale previsti dal Piano, come la COT, che rappresenta il perno con cui dare incisività alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale garantendo la continuità assistenziale (attivata tutti i giorni sulle 24 ore solo nell'A-ULSS16) o l'attivazione dei PDTA (ancora molto deficitaria in tutte le aziende considerate).

Alcuni sistemi sanitari locali che, già prima dell'implementazione del PSSR, avevano una forte vocazione territoriale, anche a causa del contesto demografico o delle condizioni di accessibilità dei servizi in ambito ospedaliero, hanno avviato le forme associative previste dalla riorganizzazione dell'assistenza primaria, anche se non sono ancora in linea con le modalità organizzative più evolute previste dal PSSR, come la Medicina di gruppo integrata (MGI), la cui attivazione appare in ritardo in tutti i territori.

In alcuni territori in cui è relativamente meno forte il bisogno assistenziale legato alle patologie croniche (come l'A-ULSS 16) oppure in cui, pur in presenza di una elevata pressione della domanda, era già stata sviluppata una buona integrazione dei servizi della rete territoriale (come l'A-ULSS 1), vengono sviluppate più agevolmente le innovazioni previste dal Piano.

Quando invece una forte pressione della domanda si abbina alla difficoltà a sviluppare una *governance* e ad innescare i necessari cambiamenti organizzativi, risulta molto

problematico sviluppare il nuovo modello della filiera assistenziale sul territorio previsto dal Piano, oppure si tende a sviluppare il modello in un'unica direzione (come nel caso dell'A-ULSS 18 per le Medicine di Gruppo Integrate) senza riuscire ad apportare vantaggi significativi all'intero sistema sanitario locale.

Se il ritardo generalizzato nello sviluppo della nuova filiera dell'assistenza territoriale prevista dal PSSR discende dalla grande complessità della costruzione organizzativa richiesta, appare comunque indubbio che l'assenza di una chiara definizione di obiettivi misurabili circa lo stato di avanzamento del Piano (su cui valutare le Direzioni aziendali) e la mancanza di un contestuale sistema di monitoraggio in itinere, hanno fatto prevalere, nei singoli territori, le identità e le culture specifiche di ciascuno.

APPENDICI AL CAPITOLO 1

APPENDICE 1.1- Indicatori utilizzati per la costruzione dei Radar Chart

NOME VARIABILE	AMBITO	INDICATORE	A-ULSS1	A-ULSS6	A-ULSS9	A-ULSS12	A-ULSS16	A-ULSS18	A-ULSS20
	DOMANDA								
POP65	Popolazione 65 anni e più (%)	Popolazione di età > 65 /totale popolazione (2014)	25,3	20,7	20,5	26,5	22,3	23,9	22,2
MEANPOP	Età media	(2014)	44,9	41,7	41,8	46,1	43,6	45,1	42,7
PREV_CAR	Prevalenza malattie cardiache	Numero di persone con malattie cardiache/totale popolazione (2014)	16,94	12,08	13,13	15,93	14,48	18,01	10,61
PREV_RES	Prevalenza malattie apparato respiratorio	Numero di persone con malattie respiratorie /totale popolazione (2014)	0,76	0,64	0,66	0,72	0,68	1,01	0,64
PREV_END	Prevalenza Diabete tipo 2	Numero di persone con diabete tipo2/totale popolazione (2014)	4,78	4,99	4,29	4,97	4,59	5,54	4,62
RUB	RUB	Numero di persone con RUB 4 e5/totale popolazione censita ACG (2014)	3,40	3,87	3,81	4,46	4,27	5,03	4,52
EV_M	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74 anni) per genere e principali gruppi diagnostici (2009-2011) (MASCHI)	Numero di morti premature, e non ineluttabili, da malattie per le quali sono disponibili interventi efficaci di sanità pubblica o medici, o entrambi (M) (2011)	213,7	184,6	174,4	194,7	179,9	215,8	183,3
EV_F	Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74 anni) per genere e principali gruppi diagnostici (2009-2011) (FEMMINE)	Numero di morti premature, e non ineluttabili, da malattie per le quali sono disponibili interventi efficaci di sanità pubblica o medici, o entrambi (F) (2011)	103,5	87,6	88,3	95,1	89,4	98,8	90,0

(SEGUE)

APPENDICE 1.1- Indicatori utilizzati per la costruzione dei Radar Chart (continua)

NOME VARIABILE	AMBITO	INDICATORE	A-ULSS1	A-ULSS6	A-ULSS9	A-ULSS12	A-ULSS16	A-ULSS18	A-ULSS20
	OFFERTA TERRITORIALE								
SI	Strutture Intermedie	posti letto attivati/posti letto programmati (2014-2016)	0,58	0,49	0,212	0,67	0,53	0,207	0,62
COT_ATT	COT	orario attivazione (2015)	0,21	0,24	0,41	0,46	1	0	0,27
MGI	Medicina di gruppo integrata	Assistenza Primaria: Medici in Medicina di Gruppo Integrata + Medici UTAP/Totale Medici Medicina Generale (2015)	0,15	0,085	0,051	0,068	0	0,24	0,023
MGI_RETE	Medicina di gruppo integrata + Medicina in Rete e Gruppo	Assistenza Primaria: Medici in Medicina di Gruppo Integrata + Medici UTAP + Medici in Rete+Medici in Gruppo)/ Totale Medici Medicina Generale (2015)	0,95	0,59	0,91	0,92	0,48	0,39	0,77
PDTA_PAT	PDTA	PDTA: Patologie con PDTA/numero PDTA previsti (2014)	0,25	0	0,5	0,5	0,25	0,5	0,5
DP	Dimissioni protette	Dimissioni protette: Numero di Dimissioni Protette varie patologie*100/TOT dimissioni (2014)	0,65	2,65	0,93	0,57	1,47	1,09	0,27
ADI	ADI	(Assistiti ADI >65)*100/pop >65 (2014)	3,0	1,1	0,7	1,2	1,8	1,4	1,5

(SEGUE)

APPENDICE 1.1- Indicatori utilizzati per la costruzione dei Radar Chart (continua)

NOME VARIABILE	AMBITO	INDICATORE	A-ULSS1	A-ULSS6	A-ULSS9	A-ULSS12	A-ULSS16	A-ULSS18	A-ULSS20
	OFFERTA OSPEDALIERA								
DEG_EFF	Efficienza della degenza ospedaliera	(∑giornate degenza osservate-∑giornate di degenza attese)/N.dimissioni (2013)	1,14	0,83	0,74	1,76	0,83	0,57	1,7
MEANDEG_PAT	Degenza media patologie	Media della degenza per ricoverati per patologia (Scompenso, IMA, Fibrillazione, Diabete, BPCO, Cardiopatia Ischemica) (2014)	11,95	13,16	8,96	10,35	11,32	9,78	12,9
PS_triage_B	Appropriatezza accessi al Pronto Soccorso	Tasso standardizzato di accesso al PS per A-Ulss di residenza /triage (% codici bianchi) (2013)	19,7	12,5	44,2	48,9	44	45,7	25,7
PS_triage_BV	Appropriatezza accessi al Pronto Soccorso	Tasso standardizzato di accesso al PS per Ulss di residenza /triage (% codici bianchi e verdi) (2013)	348	257,2	220,2	272,8	245,4	239,5	317,4
MOB_EXPP	Mobilità passiva (ricoveri fuori provincia)	Mobilità passiva ricoveri fuori Provincia per riabilitazione e lungodegenza((%ricoveri totali) (2012)	24,59	24,30	6,39	13,59	18,63	8,29	1,42
MOB_EXR	Mobilità passiva (ricoveri fuori regione)	Mobilità passiva ricoveri fuori Regione per riabilitazione e lungodegenza((%ricoveri totali) (2012)	8,77	14,90	4,35	4,48	4,39	15,73	8,30

APPENDICE 1.2- Altri Indicatori.

NOME VARIABILE	AMBITO	INDICATORE	A-ULSS1	A-ULSS6	A-ULSS9	A-ULSS12	A-ULSS16	A-ULSS18	A-ULSS20
	DOMANDA								
POP_STR	Quota popolazione straniera (2014)	Percentuale popolazione straniera sul totale dei residenti	5,8	11,3	11	11,5	11,5	9,3	13,1
	OFFERTA OSPEDALIERA								
PL	Posti letto acuti (2014)	Posti letto acuti/1000 ab.	4,08	3,35	3,41	3,66	1,66 (*)	3,48	1,24 (*)
OSP>30	Tasso di ospedalizzazione oltre 30 gg (2013)	Numero di ricoveri con durata oltre i 30 giorni per 1.000 residenti	1,67	1,45	1,72	3,24	1,22	1,01	1,31

(*) *Dato da integrare con l'offerta di PL delle Aziende ospedaliere presenti nel territorio dell'A-Ulss.*

2. *Il sistema socio-sanitario del Veneto: il punto di vista degli stakeholder sullo stato di attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale*

2.1 Obiettivo e metodo di lavoro

La raccolta delle informazioni qualitative si è focalizzata sui tre principali temi riguardanti il Piano socio-sanitario del Veneto:

- l'implementazione delle strutture intermedie (livello di realizzazione del piano di attivazione con riferimento alle dotazioni di posti per ospedali di comunità, unità riabilitative territoriali e *hospice*; aspetti organizzativi connessi all'attivazione delle strutture intermedie; problematiche emerse nella fase di realizzazione e soluzioni adottate);
- la riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo il modello della Medicina di Gruppo Integrata-MGI (livello di realizzazione delle forme di aggregazione della medicina di base; soluzioni gestionali adottate per favorire e gestire queste forme associative; criticità/fattori di ostacolo emersi e soluzioni adottate);
- l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quali strumenti organizzativi in grado di garantire una migliore continuità assistenziale (livello di realizzazione della COT; strumenti organizzativi-gestionali adottati al fine di favorirne il ruolo di raccordo all'interno della rete dei servizi; ostacoli incontrati nell'implementazione di questa unità e soluzioni adottate).

Obiettivo ultimo di questa analisi è stato quello di fare una fotografia della situazione rispetto all'implementazione del Piano socio-sanitario regionale (PSSR), con riferimento al nuovo modello di assistenza socio-sanitaria territoriale, riportando il punto di vista dei principali attori coinvolti e verificando gli aspetti di convergenza e/o divergenza che gli stessi hanno nella lettura del fenomeno.

Dal punto di vista metodologico, sono state realizzate – nel periodo primavera/estate 2015 - delle interviste individuali e dei focus group[25] ai principali portatori d'interesse sul tema oggetto della ricerca:

- i Direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale delle ULSS indagate, in alcuni casi affiancati dal coordinatore di Distretto (sette interviste);
- i rappresentanti sindacali FIMMG, SMI e SNAMI dei Medici di Medicina Generale (tre focus group);
- i rappresentanti sindacali CGIL dei lavoratori e dei pensionati (tre focus group).

In una prima fase il materiale raccolto (opportunamente trascritto in modo letterale) è stato analizzato attraverso T.Lab, un software per l'analisi dei testi[26], al fine di:

- individuare dei cluster in cui raggruppare unità discorsive omogenee e tra loro correlate. Tali cluster descrivono una rappresentazione sintetica dei temi che sono risultati più ricorrenti tra i soggetti intervistati e consentono – quindi – di "pesare" tale ricorrenza all'interno del dibattito rispetto all'oggetto di analisi (si veda il paragrafo 2.2);
- collocare i cluster all'interno di uno spazio – rappresentato da un piano cartesiano – con l'obiettivo di individuare le relazioni esistenti tra gli stessi (sintetizzabili nei c.d. assi discorsivi) e posizionare i soggetti intervistati rispetto ai principali temi sollevati e/o opinioni emerse (si veda il paragrafo 2.3).

Successivamente – ad integrazione di questa prima fase – il materiale raccolto con le interviste alla dirigenza delle ULSS è stato trasformato in concetti attraverso un processo di interpretativo realizzato utilizzando il software Atlas.ti (si veda il paragrafo 2.4).[27]

[25] Nelle Appendici 2.1 e 2.2 al presente Capitolo sono riportate le tracce delle interviste e dei focus group utilizzate per la raccolta del materiale qualitativo.
[26] Nell'Appendice 2.3 al presente Capitolo si riporta una breve descrizione della metodologia di utilizzo del software T.Lab. Si veda al riguardo anche il sito www.tlab.it.
[27] Atlas.ti è un software CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Sofware). Si veda al riguardo il sito www.atlasti.com .

La griglia dei codici utilizzati per l'analisi di questo materiale è sintetizzata in Tabella 2.1.

Tabella 2.1 – Codici di lettura delle interviste ai Direttori dei servizi sociali e delle funzione territoriale delle ULSS

Oggetto	Aspetto osservato
• Strutture intermedie • COT • Medicina di gruppo integrata	• Stato di realizzazione • Difficoltà riscontrate • Personale e modelli organizzativi • Soluzioni gestionali individuate • Risultati conseguiti • Modello di committenza: mix pubblico-pubblico/ pubblico-privato • Integrazione ospedale-territorio • Integrazione socio-sanitaria

2.2 I cluster individuati

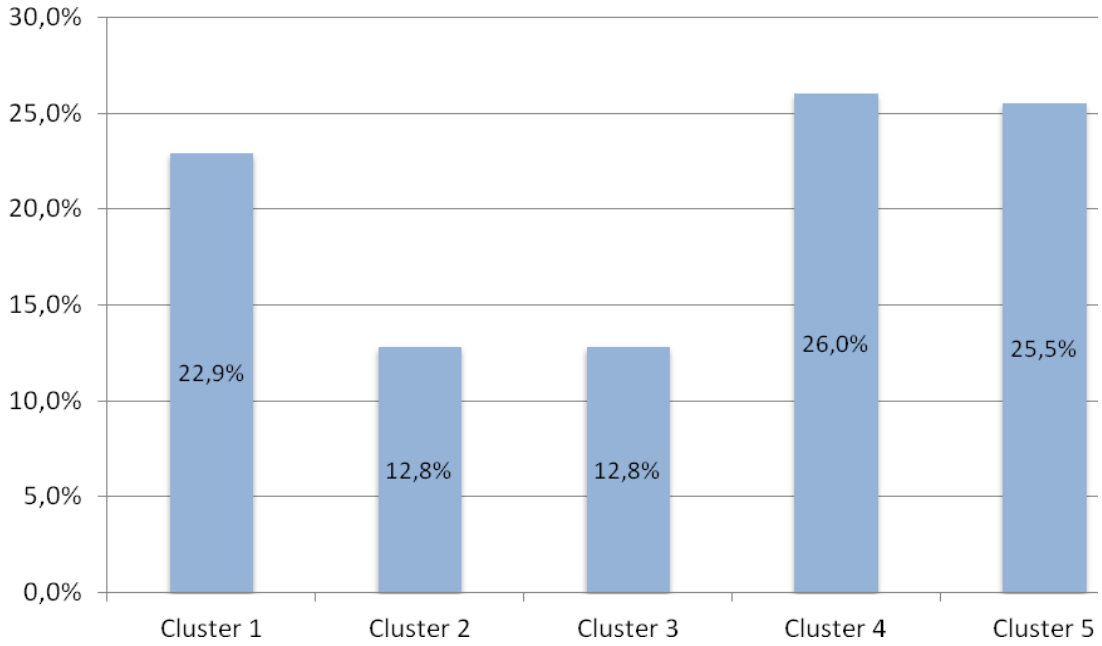
La rielaborazione statistica delle narrazioni raccolte dagli stakeholder considerati ha portato all'individuazione di cinque cluster il cui peso – espresso in termini di frequenza dei lemmi più ricorrenti[28] – può essere graficamente rappresentato nella Figura 2.1, che evidenzia il peso percentuale, in termini di frequenza delle citazioni, di ciascuno dei cluster individuati.

Una volta individuati questi cluster è stato necessario assegnare a ciascuno di loro una "etichetta", ossia comprenderne i contenuti attraverso una lettura delle parti discorsive loro assegnate.

Nei paragrafi da 2.2.1 a 2.2.5 viene offerta una sintesi del processo interpretativo relativo ai cinque cluster, riportando a titolo esemplificativo alcune delle frasi più significative raccolte dagli stakeholder intervistati (evidenziate all'interno di box). Nel paragrafo 2.2.6 si esamina inoltre la ricorrenza degli stessi per le tre tipologie di soggetti intervistati (Dirigenti; Medici di Medicina Generale; Sindacalisti) [Figure 2.2 e 2.3].

[28] Le percentuali riportate nel grafico 1 sono date dalle unità analitiche (lemmi o parti di discorso) attribuite a ciascun cluster rapportate al totale delle unità analitiche analizzate.

Figura 2.1 – Peso dei cluster individuati nelle narrazioni raccolte



Legenda:

- *Cluster 1: "Organizzazione e gestione del personale"*
- *Cluster 2: "Obiettivi e incentivi"*
- *Cluster 3: "Risorse scarse e difficoltà di avvio"*
- *Cluster 4: "Accesso alla rete dei servizi attraverso la COT"*
- *Cluster 5: "Nuovo rapporto tra ospedale e territorio: le strutture intermedie"*

2.2.1 Il Cluster 1: *"Organizzazione e gestione del personale"*

Al primo cluster sono riferite tutte le problematiche legate all'organizzazione e gestione del personale che dovrà essere impiegato nei differenti nodi della rete, in particolar modo nelle strutture intermedie e nelle forme associative della medicina generale.

In primo luogo, analizzando il narrato raccolto, emerge in maniera piuttosto evidente come il processo di implementazione del PSSR sia fortemente condizionato dal processo di privatizzazione dei rapporti di lavoro, in quanto i soggetti che andranno a gestire i nodi della rete rappresentati dalle nuove forme associative della medicina generale sono orientati a privilegiare l'impiego di personale proprio (infermieri e collaboratori amministrativi), il più delle volte acquisito da cooperative o attraverso rapporti di libera professione (Box 1).

Box 1

"Una delle due ex UTAP utilizza personale reclutato dalla forma associativa. L'altra UTAP gestisce il personale di supporto attraverso la cooperativa." (Dirigente)

"Dal punto di vista sindacale siamo in difficoltà perché il personale di queste UTAP - che prima erano dipendenti ULSS – ora sono dipendenti di cooperativa." (Sindacalista).

"L'accordo fatto a livello di regione parlava della messa a disposizione del personale da parte delle ULSS, ma molto spesso ci si ferma davanti al fatto che i medici di medicina generale dicono che il personale ce l'hanno già." (Sindacalista).

All'interno di questo discorso si inserisce anche il tema della riorganizzazione del personale medico per l'implementazione delle nuove strutture intermedie (ricollocazione dei medici specialisti a fronte della riduzione dei posti letto per acuti), insieme con l'annosa questione riguardante la presenza dei medici di medicina generale (MMG) nelle strutture intermedie (Box 2). Infatti, sebbene la componente sanitaria dei servizi stia diventando sempre più rilevante – sia in termini economici che di qualità delle prestazioni – gli enti che andranno a gestire le strutture intermedie (IPAB, fondazioni o enti di altra natura privatistica che già gestiscono Centri Servizi per Anziani) non sono in grado di governarla adeguatamente, in quanto i pazienti avranno la possibilità di "portarsi in struttura" il proprio medico di medicina generale, che – in quanto libero professionista convenzionato con l'ULSS – non è incardinato nell'organizzazione del Centro Servizi per Anziani (CSA). Nella stessa struttura potrebbero – quindi – operare contemporaneamente più MMG, con un evidente problema di coordinamento organizzativo e di responsabilità rispetto alle prestazioni sanitarie erogate.

Box 2

"Alcuni direttori dicono che preferirebbero avere i soldi per pagarsi i propri medici, al posto di avere i medici di medicina generale dati dall'ULSS. E io sono d'accordo con loro, perché si fidelizzerebbe di più e si creerebbe un meccanismo virtuoso di competizione a parità di tariffa. Sono quegli aspetti di competizione che vanno ad alzare la qualità del servizio." (Dirigente).

"Per quanto riguarda il personale medico, i geriatri verranno riutilizzati nel territorio e negli ospedali di comunità. Però dovremo costruire un accordo forte tra sindacato medico e Regione perché l'ospedale di comunità in teoria dovrà avere una responsabilità clinica in capo al medico di base." (Dirigente).

2.2.2 Il Cluster 2: *"Obiettivi e incentivi"*

Nei discorsi raccolti vi è una forte enfasi sul raggiungimento degli obiettivi di tipo organizzativo, di appropriatezza e di miglioramento di efficacia che dal livello strategico (ossia dalla dirigenza delle ULSS) si ripercuotono via via sugli altri nodi della rete, influenzandone le scelte gestionali. Se questo, per alcuni aspetti, può essere visto positivamente – in quanto l'operare per obiettivi consente di attivare un efficace sistema di incentivi e di ottenere un miglior coordinamento dei comportamenti assunti dai diversi attori (anche attraverso la condivisione di adeguati strumenti operativi) – per alcuni soggetti (in particolar modo i MMG) vi è un'eccessiva attenzione alla sola dimensione economica (incentivi economici legati a obiettivi di tipo organizzativo e di contenimento della spesa) e una debole focalizzazione sulla condivisione degli obiettivi finali di natura socio-sanitaria o sociale da realizzare (Box 3).

Box 3

"Non si può andare avanti sempre a programmare sul risparmio della spesa. E adesso vogliono ridurre la specialistica. In un anno ogni individuo può fare non più di tre visite specialistiche. Non si può abbassare ogni anno l'obiettivo." (Medico)

"Altro obiettivo ancora è la spesa standard per persona di 119 euro l'anno per i farmaci. Se tu metti a confronto una ULSS virtuosa con una - come ad esempio la nostra - dove sono tutti vecchi con patologie come diabete, tumori, etc. … è impossibile raggiungere questi standard." (Medico)

Del resto alcuni dirigenti evidenziano quale limite del PSSR il suo eccessivo sbilanciamento sulla componente sanitaria e la perdita – di fatto – del valore aggiunto legato all'integrazione socio-sanitaria che per molti anni aveva caratterizzato il sistema veneto (Box 4).

Box 4

"Quello che mi amareggia è che l'aspetto integrativo non è così realizzato […] Considerare il territoriale solo come extra-ospedaliero e non più come socio-sanitario, se è una ricchezza per certi aspetti (dai un'offerta più specialistica dal punto di vista sanitario), dall'altra parte è un grande impoverimento della parte sociale […] Da noi l'integrazione socio-sanitaria ha avuto un apice e un declino. Osservo uno scollamento del sistema che aveva fatto da modello a tutti. C'è una crisi di identità." (Dirigente)

"Il Piano socio-sanitario enfatizza il percorso di integrazione ospedale-territorio, ma questo non è tenuto sempre presente. Perché l'ospedale - soprattutto con questo modello, sviluppato principalmente sulle acuzie - ha dei parametri che sono diversi, che si basano sull'urgenza. C'è anche un divario da un punto di vista organizzativo. L'ospedale è ben organizzato con tempi e modalità operative, mentre il territorio è destrutturato. Sono due nodi che difficilmente si sposano. Noi dobbiamo favorire il processo di integrazione" (Dirigente)

2.2.3 Il Cluster 3: *"Risorse scarse e difficoltà di avvio"*

Il territorio viene percepito come il luogo ideale per fornire delle risposte specialistiche ed efficaci per soddisfare i bisogni sanitari più complessi che caratterizzano le patologie croniche. Gli strumenti individuati dal PSSR (strutture intermedie; nuove forme di aggregazione della medicina generale; Centrale Operativa Territoriale) possono offrire delle soluzioni adeguate al conseguimento di questo risultato. L'elemento di debolezza che però emerge non è tanto legato al disegno complessivo del Piano, quanto piuttosto al suo livello di realizzazione. Infatti, le ULSS sono piuttosto in ritardo nella implementazione del Piano. Inoltre, alcuni aspetti sono stati portati avanti a discapito di altri (si assiste a uno "sbilanciamento" nella realizzazione delle diverse parti del Piano) e quello che doveva essere una rivoluzione da realizzarsi a "iso-risorse" nei fatti si è dimostrata un'operazione non priva di costi. Ciò riguarda, in particolar modo, l'attivazione delle strutture intermedie, i cui posti letto non sempre sono andati a sostituirsi ai posti letto di lungodegenza degli ospedali, ma talvolta si sono aggiunti a questi ultimi. Per questo motivo, i direttori delle ULSS si sono mossi molto lentamente e con molte cautele (Box 5).

Box 5

"Abbiamo deciso di fare questa programmazione e partiremo con gli ospedali di comunità pensando a 20 posti, ma ne attiviamo intanto solo 10 per affrontare i costi gradualmente […] I posti letto sono di approvazione della Regione. Non è pensabile che nel sistema di offerta dell'ULSS non ci sia un ospedale di comunità. Non riusciamo in tutto quello che abbiamo progettato, ma intanto altri 6 posti letto verranno accreditati nel 2016." (Dirigente)

2.2.4 Il Cluster 4: *"Accesso alla rete dei servizi attraverso la COT"*

Questo cluster si focalizza sul tema della Centrale Operativa Territoriale (COT) e sul ruolo che la stessa può svolgere nella gestione delle fragilità legate alle cronicità e ai bisogni di assistenza delle persone anziane. Se da questo punto di vista vi è una visione piuttosto uniforme rispetto alle funzioni da attribuire alla COT (ponte tra l'ospedale e il territorio e strumento di accompagnamento della persona fragile lungo i servizi della filiera), maggiore difformità si evidenzia rispetto a come la stessa deve essere realizzata concretamente, in particolar modo rispetto alla questione se debba operare come un'unità operativa di staff per i soli attori interni alla rete oppure debba configurarsi come un servizio aperto anche agli utenti. Peraltro – come per gli altri aspetti del PSS – anche per la COT si evidenzia un certo disallineamento nel livello di implementazione tra ULSS (Box 6).

Box 6

"Il cittadino anziano che si trova a casa in stato di bisogno, contatta la COT, affinché gli trovi dove andare. Alcuni l'hanno intesa in questo senso. Dai ragionamenti che abbiamo fatto, la COT è per gli ospedali, gli operatori, le guardie mediche." (Dirigente)

"La COT non è implementata. La COT da noi è un mero accenno. Le COT non sono mai partite e – a secondo delle varie ULSS - funziona al meglio o al peggio il meccanismo delle dimissioni protette. La centrale deve presupporre anche l'integrazione, ma l'integrazione non c'è se i Comuni fanno per conto loro." (Sindacalista)

"Abbiamo la centrale unica per le cure domiciliari che è una COT. È una struttura che funziona e l'abbiamo trasformata in COT. Funziona 7 su 7 e 24 su 24, dalle 8 alle 20 di tutti i giorni tranne il sabato e la domenica. E' gestita da tutto il nostro personale e dal nostro partner delle cure domiciliari che è una realtà privata." (Dirigente).

2.2.5 Il Cluster 5 - *"Nuovo rapporto tra ospedale e territorio: le strutture intermedie"*

Nell'ultimo cluster si sono concentrate le riflessioni riguardanti le strutture intermedie e le difficoltà riscontrate nella loro implementazione. Come già emerso in altri cluster, un grosso problema è sicuramente rappresentato dai limiti economico-finanziari incontrati in questa fase di sviluppo del PSSR. Quello che doveva essere una lineare sostituzione dei posti letto in lungodegenza non è sempre avvenuta e non si è verificata la riduzione di costi che ci si aspettava, quanto piuttosto l'emergere di costi aggiuntivi (Box 7).

Box 7

"Abbiamo previsto un'ipotesi di avere quaranta posti letto in ospedale di comunità e venti posti letto in URT, chiedendo alla Regione un aiuto in questo processo. La Regione ha approvato il piano, ma dicendo di arrangiarci economicamente. Abbiamo scelto di non chiudere i posti letto in quanto siamo un hub con alte specializzazioni che seguono un grande bacino anche a livello provinciale [...] Se consideriamo la media, il discorso funziona. Se però andiamo puntualmente nello specifico di ogni ULSS che cosa succede? Noi non abbiamo chiuso un solo posto letto: non ho nessun costo cessante e abbiamo aumentato i posti sul territorio. Tutti questi sono costi sorgenti che determinano un problema per il mio bilancio." (Dirigente)

"Per quanto riguarda la realizzazione delle strutture intermedie e della COT, siamo in fase molto progettuale. Per quanto riguarda l'ospedale i posti letto devono essere ancora dismessi; le strutture intermedie devono essere ancora pensate; le medicine di gruppo integrate stanno per partire." (Medico)

2.2.6 La posizione dei diversi stakeholder sui temi ricorrenti nei cluster

Le Figure 2.2 e 2.3 riportano le frequenze osservate (peso) dei temi relativi ai cinque cluster individuati sul narrato complessivo degli stakeholder intervistati. Osservando le due figure, è interessante notare come i temi dell'organizzazione e gestione del personale (cluster 1) e della COT quale *gate* di accesso alla rete e strumento di continuità assistenziale (cluster 4) siano predominanti nei discorsi riportati dai sindacalisti e di come gli stessi abbiamo dedicato invece minore attenzione alle problematiche di tipo economico-finanziario connesse alla realizzazione del modello di assistenza territoriale del PSSR (cluster 2). Su quest'ultimo aspetto – unitamente ai temi degli obiettivi del sistema (cluster 2) e delle strutture intermedie (cluster 5) – si è particolarmente focalizzata l'attenzione dei Medici di Medicina Generale. E' invece possibile trovare un maggiore equilibrio tra le tematiche affrontate nella narrativa riportata dai Dirigenti delle Aziende-ULSS.

Figura 2.2 – Peso dei cluster nel narrato degli stakeholders intervistati

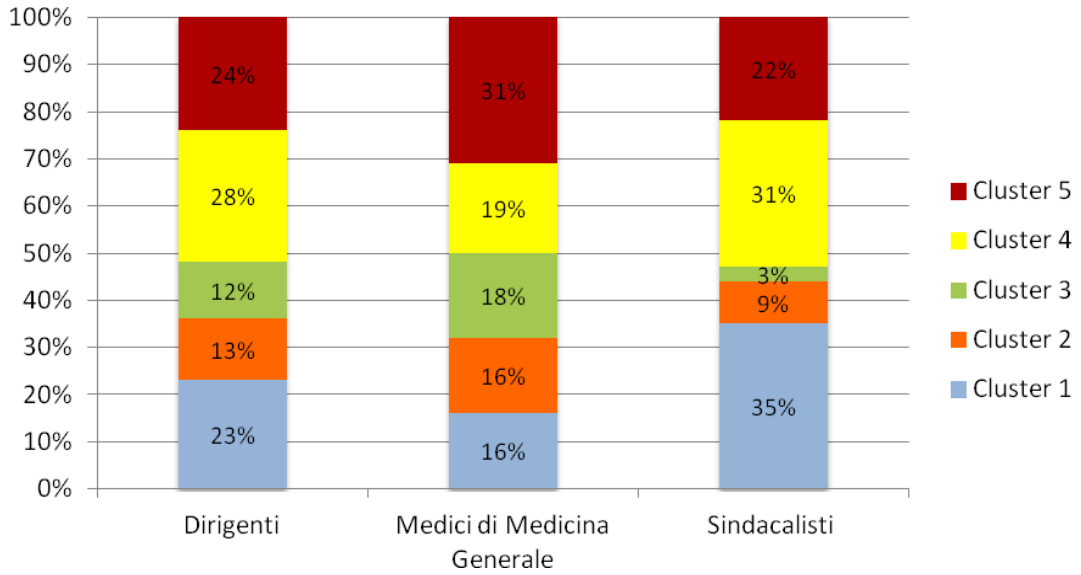
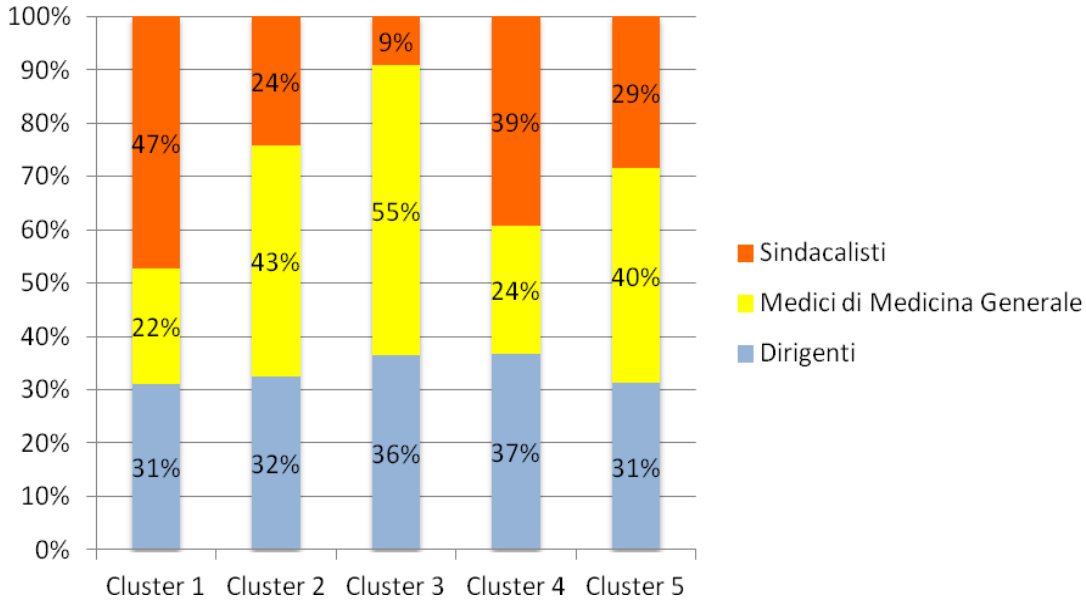


Figura 2.3 – Peso del narrato degli stakeholders intervistati per singoli cluster tematici



Legenda:

- *Cluster 1: "Organizzazione e gestione del personale"*
- *Cluster 2: "Obiettivi e incentivi"*
- *Cluster 3: "Risorse scarse e difficoltà di avvio"*
- *Cluster 4: "Accesso alla rete dei servizi attraverso la COT"*
- *Cluster 5: "Nuovo rapporto tra ospedale e territorio: le strutture intermedie"*

2.3 Assi discorsivi e temi preminenti nel dibattito

Il software T.Lab consente di effettuare un'analisi delle corrispondenze multiple, che produce un numero di fattori salienti corrispondenti al numero dei cluster meno uno. Tali fattori possono essere rappresentati con gli assi cartesiani di un grafico su cui vengono disposti i cluster precedentemente individuati, che corrispondono ai cosiddetti "*assi discorsivi*".

In particolare, l'analisi con T.Lab ha consentito di rintracciare quattro assi discorsivi che hanno caratterizzato le opinioni raccolte attraverso le interviste e i focus group realizzati:

1) *la lenta attivazione della rete dei servizi;*
2) *ridefinizione e bilanciamento degli obiettivi della riforma;*
3) *processo di esternalizzazione del sistema d'offerta;*
4) *limiti economici nel processo di implementazione della riforma.*

La Figura 2.4 illustra il grafico cartesiano formato dagli assi (1) e (2), in cui sono stati disposti i cluster e le variabili sulla base della rilevanza delle saturazioni fattoriali degli assi. I cluster vengono distribuiti nel grafico sulla base della proporzionalità di varianza spiegata da ciascun asse. Dall'analisi del posizionamento dei cinque cluster sul piano dimensionale è possibile individuare il significato delle polarità opposte e successivamente nominare gli assi cartesiani.

In particolare, l'asse "x" (Asse discorsivo 1) della Fig. 2.4 è stato denominato **"La lenta attivazione della rete dei servizi"**: in esso un polo ha focus sulla COT quale *gate* di accesso alla rete dei servizi (cluster 4), mentre l'altro polo descrive le difficoltà attualmente incontrate nell'attivazione delle strutture intermedie (cluster 5). Questo asse discorsivo fa emergere quanto il processo di attuazione del PSSR sia ancora in divenire e come i ritardi che si stanno riscontrando nell'attivazione di alcuni nodi della rete rappresentino un forte *handicap* nel portare avanti in modo armonico il processo in tutte le sue parti, in quanto si è nell'impossibilità di creare quelle connessioni necessarie a far funzionare il tutto: è ancora troppo poco quello che è stato fatto e si è di fronte a una rete sfilacciata che stenta a prendere corpo e a raggiungere i risultati desiderati.

L'asse "y" (Asse discorsivo 2) della Fig. 2.4 è stato invece etichettato come **"Ridefinizione e bilanciamento degli obiettivi della riforma"**, individuando – ai poli dello stesso – un focus

sul ruolo che la COT è chiamata a svolgere in tema di continuità assistenziale (cluster 4) e un focus sull'enfasi che attualmente viene posta agli obiettivi economici (cluster 2). In altri termini, nel PSSR e nelle sue modalità di attuazione si evidenzia un'enfasi sugli aspetti economici e un'assenza di obiettivi di natura non economica, quali la reale integrazione operativa dei vari nodi della rete di servizi e l'efficace continuità assistenziale che dovrebbe essere garantita dall'implementazione del Piano stesso.

La Figura 2.5 illustra - invece - il grafico cartesiano formato dagli assi discorsivi (3) e (4).
Dall'analisi del posizionamento sul piano bidimensionale dei cluster 5 e 1 e dei lemmi corrispondenti, è stato possibile individuare il significato dell'asse "x" (Asse discorsivo 3) nella Fig. 2.5, che è stato denominato **"Processo di esternalizzazione del sistema d'offerta"**. In esso un polo ha focus sull'attivazione delle strutture intermedie (cluster 5) attraverso un ampio ricorso a fornitori esterni all'ULSS (siano essi di natura pubblica – nel caso delle IPAB – o privata), mentre l'altra polarità descrive il processo di riorganizzazione del personale legato alla riforma (cluster 1). L'intero sistema disegnato nel PSSR sembra potersi reggere nel medio-lungo termine da un punto di vista organizzativo-gestionale soltanto avviando un radicale processo di privatizzazione dei rapporti di lavoro, in particolar modo per quanto riguarda due nodi nevralgici delle rete dei servizi: le strutture intermedie e le forme di aggregazione della medicina generale.
Infine vi è l'asse "y" (Asse discorsivo 4) – sempre della Figura 2.5 – in cui una polarità (cluster 5) è caratterizzata dai ritardi nel processo di implementazione delle strutture intermedie, mentre l'altra (cluster 3) si concentra sulle difficoltà economiche che sono emerse nell'effettiva realizzazione del PSSR. Questo asse tematico è stato denominato "**Limiti economici nel processo di implementazione della riforma**" in quanto – a detta degli intervistati – il processo ha subìto un rallentamento non essendo state tenute in debita considerazione le implicazioni economiche connesse allo stesso. Infatti, se sulla carta il tutto si sarebbe dovuto realizzare a iso-risorse, nei fatti questo non è avvenuto e molti dirigenti hanno preferito rallentare il processo e assumere un atteggiamento prudenziale.

Figura 2.4 – Assi discorsivi 1 (X: "La lenta attivazione della rete dei servizi") e 2 (Y: "Ridefinizione e bilanciamento degli obiettivi della riforma")

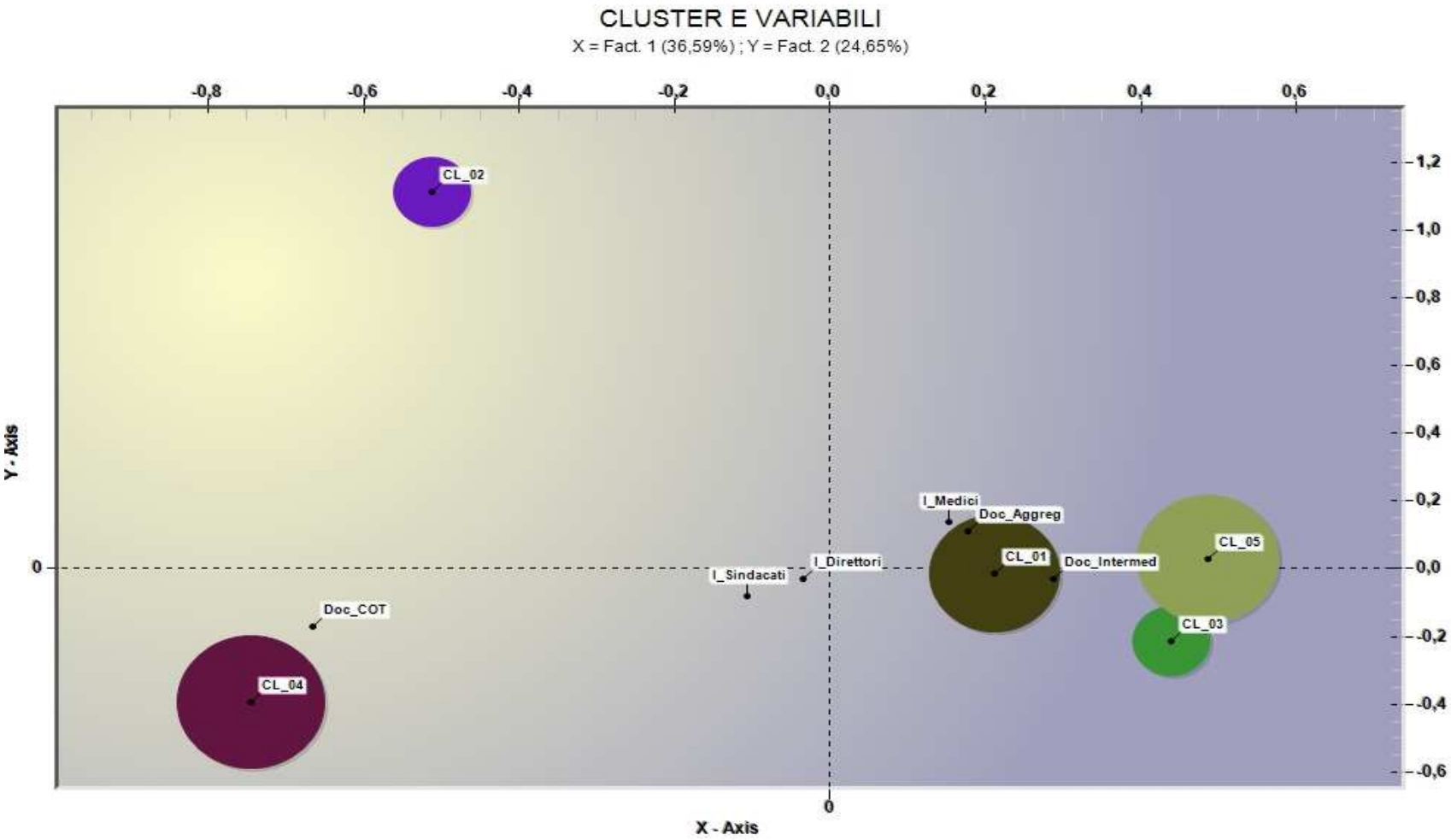
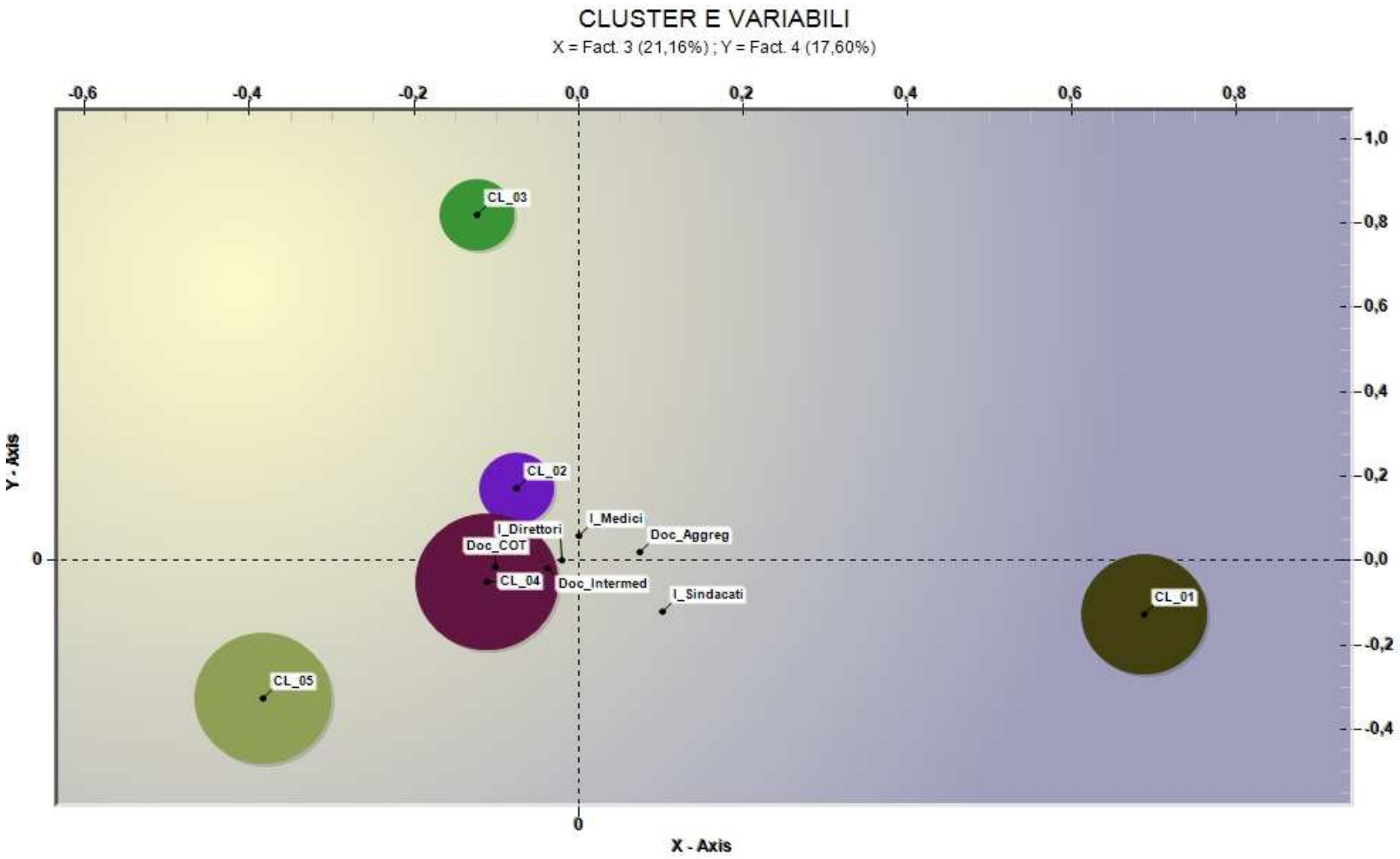


Figura 2.5 – Assi discorsivi 3 (X: "Processo di esternalizzazione del sistema d'offerta") e 4 (Y: "Limiti economici nel processo di implementazione della riforma")



2.4 Le indicazioni dei Direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale delle sette Aziende ULSS indagate

Oltre allo studio generale delle tematiche maggiormente rilevanti legate alla nuova filiera dell'assistenza territoriale emerse nei colloqui con tutti i testimoni privilegiati (esposto nei precedenti paragrafi 2.2 e 2.3), si è anche effettuato un focus sulle principali indicazioni emerse dalle interviste effettuate ai Direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale delle sette Aziende ULSS oggetto di indagine (insieme, talvolta, al coordinatore di Distretto), utilizzando il software di analisi qualitativa Atlas.ti.

2.4.1 Interpretazione generale delle interviste in merito alle strutture intermedie

Il processo di realizzazione delle strutture intermedie è considerato in divenire, ma in misura ancora parziale, per le problematiche legate alla localizzazione di tali strutture, al difficile coordinamento tra chiusura dei posti letto in ospedale e apertura di posti letto sul territorio, ai minori risparmi rispetto a quelli che ci si aspettava di ottenere. In diversi casi questo processo non è avvenuto pienamente in quanto l'attivazione dei posti letto nelle strutture intermedie avrebbe comportato di fatto un aumento complessivo della spesa (Box 8).

Ove è stato possibile ridurre i posti letto ospedalieri, il processo ha comportato la ricollocazione di gran parte del personale (in particolar modo, infermieri e ausiliari) all'interno degli stessi ospedali per acuti – considerata la carenza di figure professionali che il blocco del turnover ha determinato nei servizi pubblici – mentre rimane aperta la questione riguardante la ricollocazione dei medici geriatri, vista la loro specializzazione. Un'ipotesi è quella di potere valorizzare al meglio i medici geriatri impiegandoli sul territorio, a integrazione/affiancamento dei MMG che opereranno nelle strutture intermedie. Questa soluzione - che avrebbe dei vantaggi dal punto di vista della qualità delle prestazioni erogate, in quanto garantirebbe competenze specialistiche nella rete territoriale – viene tuttavia considerata con una certa cautela in quanto richiede che siano sciolte una serie di questioni. In particolare, oltre a dovere tener conto dei vincoli che si sono determinati per le strutture ospedaliere a seguito dell'applicazione della normativa sui carichi di lavoro massimi dei medici (Legge 161/2014 attiva dal 25 novembre 2015),

occorre soprattutto fare chiarezza sui confini di responsabilità e sul ruolo delle varie figure mediche che opereranno all'interno delle strutture intermedie (Box 9).

Box 8

"In attuazione del PSSR e delle conseguenti delibere abbiamo deciso dei piani di sviluppo di queste strutture. Abbiamo avuto come obiettivo quello di dare equità nell'offerta dei servizi, dato che noi siamo una realtà policentrica nell'articolazione territoriale […] Al reperimento dei finanziamenti avranno il decollo che meritano."

"Avremmo già la possibilità di chiudere interi reparti come quello di lungodegenza e la geriatria, ma rimangono aperti perché non abbiamo ancora la disponibilità nelle nuove strutture."

"C'è un piano di dismissioni. Noi abbiamo un crono-programma; abbiamo attivato il percorso volto alla realizzazione e ora siamo in attesa che la Regione ci dia la risposta. Dopo di che, faremo partire l'autorizzazione all'esercizio e poi all'accreditamento. Il crono-programma prevede che all'attivazione delle strutture intermedie segua la dismissione dei posti letto ospedalieri, nella logica che prima attivo e poi chiudo. Posso dismettere solo quando ho attivato."

"Il progetto obiettivo del PRSS aveva individuato alcune strutture intermedie nate di seguito alla riduzione della struttura ospedaliera. Sono stati fatti i passaggi anche attraverso la Conferenza dei Sindaci e sono state individuate sul territorio delle strutture intermedie. Non sono partite al 100% … sono in una fase di definizione per problemi legati sia all'ubicazione ...abbiamo avuto difficoltà nell'individuazione e dislocazione dei posti letto."

"Noi dovremmo aggiungere altri 144 posti alle strutture intermedie. Il ragionamento è: chiudo posti letto ospedalieri e ne attivo altrettanti per le strutture intermedie, considerando costi cessanti e sorgenti che si dovrebbero riequilibrare. In media, il discorso sembra funzionare ma, se poi andiamo a vedere, verifichiamo che l'A-ULSS non ha chiuso nessun posto letto per acuti, per cui non ci sono costi cessanti ma solo sorgenti per l'A-ULSS, avendo aumentato le dotazioni complessive. La Regione ha approvato il Piano ma dicendoci di arrangiarci economicamente."

Box 9

"Segnalo un'estrema carenza negli ospedali di personale infermieristico e di OSS, che non viene autorizzato dalla Regione a causa del blocco del turn-over. Per quanto riguarda il personale medico, i geriatri verranno riutilizzati nel territorio e negli ospedali di comunità […] In questo momento la nostra idea è quella di usufruire del personale medico che oggi lavora in ospedale perché ha una specialità che non è riconvertibile."

"Qualora ci fosse personale in esubero dagli ospedali, verrà ricollocato. I medici e gli infermieri saranno senz'altro ricollocati."

"Per quanto riguarda il personale nella post-dismissione, quello lo dobbiamo verificare nella seconda fase dell'implementazione. Nel frattempo dobbiamo potenziare la parte territoriale … dobbiamo potenziare personale infermieristico e specialisti da portare nel territorio."

"Negli ospedali di comunità c'è di tutto. Dal medico di medicina generale che va a seguire il suo paziente all'interno della struttura e a casa, alla gestione di medici ospedalieri a specialisti […] Abbiamo sempre utilizzato il modello misto per l'assistenza medica: medico di medicina generale, affiancato dallo specialista dipendente nostro o convenzionato nostro. Ad esempio, il medico di medicina generale affiancato dallo specialista geriatrico."

In aggiunta a questo – e sempre per questioni di tipo economico legate essenzialmente agli elevati standard strutturali che la Regione ha posto – quasi tutte le A-ULSS (a parte quella di Belluno) hanno deciso di esternalizzare, affidando a terzi, la gestione degli Ospedali di Comunità, delle Unità di Riabilitazione Territoriali (URT) e, in alcuni casi, degli hospices. Tale scelta ha di fatto portato le A-ULSS a individuare nei CSA già attivi sul territorio (gestiti da IPAB, fondazioni, enti religiosi o altre realtà del privato) gli interlocutori privilegiati a cui assegnare la gestione di tali strutture intermedie (Box 10).

Box 10

"La nostra idea iniziale era quella di puntare a usufruire di nostre strutture e di nostre forze per poterle attivare. Abbiamo cercato di portare avanti questa programmazione che però si è scontrata contro alcune difficoltà: potevamo avere alcune strutture nostre, però la messa in efficienza costava più di quello che avevamo a disposizione […] Abbiamo quindi optato verso l'esternalizzazione. Abbiamo fatto una richiesta di manifestazione di interesse e siamo arrivati oggi ad avere una serie di enti (fondazioni, IPAB, altri privati) che hanno manifestato interesse."

"Abbiamo individuato tre strutture che sono gestite da tre CSA. Noi conosciamo da anni le strutture che operano nel settore e gli operatori che ci lavorano, e ne abbiamo la massima stima. E' un'ottima gestione quella che fanno i centri servizi. Ci stanno dentro con i costi, con qualche problemino, ma ci stanno dentro. La vera logica è sfruttare economie di scala, soprattutto se gestisci altri servizi comuni."

"Abbiamo attivato due nuclei ad alta integrazione presso due CSA, per un totale di 62 posti letto e li abbiamo trasformati in URT […] Sono due IPAB."

"I nostri posti letto programmati nelle strutture intermedie – in accordo con la Conferenza dei Sindaci – sono stati distribuiti all'interno dell'ospedale e di alcune strutture (una IPAB e una casa di cura privata)".

"Facciamo un ospedale di comunità a Nord e uno a Sud, possibilmente vicino agli ospedali. Lo facciamo in strutture e unità di offerta per anziani. L'ospedale di comunità va collegato ad una struttura che già funziona nel territorio, dentro l'unità di offerta per anziani […]. Le strutture residenziali medio-grandi hanno l'interesse di diversificare l'offerta."

"Abbiamo 40 posti letto di strutture intermedie attivi e altri 40 posti letto in hospice. Li abbiamo tutti attivati presso altre strutture territoriali: CSA e ospedali privati accreditati."

La scelta di esternalizzare il servizio pone però due ordini di problemi. Una prima questione riguarda la *governance* del sistema: scegliendo di affidare a terzi la gestione delle strutture intermedie, l'ULSS dovrà dotarsi di strumenti e competenze per mantenere il governo e controllo dell'intero processo. La volontà espressa da molti dirigenti è di far questo gestendo direttamente gli ingressi e le dimissioni, elaborando e condividendo con i reparti degli ospedali Protocolli che individuino chiaramente "chi accede", "quando" e "come accedere" a queste strutture, predisponendo un adeguato sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti (Box 11).

Box 11

"Esternalizzando ci sono delle cose da chiarire. Per esempio, tutto il personale è in carico all'esterno o solo una parte perché voglio garantire un percorso assistenziale? La parte di gestione di controllo, come per esempio il controllo clinico e medico, la lascio e mi faccio fare una reportistica o la voglio mantenere io direttamente come ULSS? Io ho già le mie idee: per me l'ammissione/dimissione non sarà lasciata ad altri se non al servizio pubblico."

"L'accesso all'ospedale lo facciamo noi, i tempi di verifica li facciamo noi, ci sarà un nostro medico incaricato di coordinare le verifiche e gli ingressi che sono nostri."

"Abbiamo condiviso e discusso assieme con i direttori delle unità geriatriche un protocollo di avvio del paziente dall'ospedale alle strutture intermedie, definendo cos'e la struttura intermedia, che tipo di paziente è in grado di assistere, che tipo di patologie possono essere trattate, che caratteristiche deve avere il paziente per essere "candidato". Abbiamo definito anche in che modo comunichiamo, e cioè attraverso una scheda con i dati relativi al paziente che servono per definire in modo chiaro da entrambe le parti cosa mi aspetto dall'ospedale e cosa l'ospedale si aspetta dalla struttura intermedia."

La seconda questione riguarda i dubbi che comunque permangono in merito alla sostenibilità del sistema dal punto di vista economico-finanziario. La scelta di esternalizzare aiuta l'A-ULSS ad affrontare il costo dell'operazione nel breve periodo, ma si nutrono dei dubbi che gli stessi CSA siano in grado, a regime, di mantenere in equilibrio economico il servizio, nonostante la possibilità di sfruttare alcune economie di scala. I problemi principali, che alcuni dirigenti evidenziano – e che sembrano essere in linea con le perplessità che alcuni dirigenti di CSA hanno evidenziato in altri contesti – riguardano le tariffe riconosciute, che appaiono troppo basse per coprire i costi effettivi di produzione, e la necessità di garantire un elevato tasso di utilizzo dei posti letto perché il servizio erogato possa essere economicamente sostenibile (Box 12)[29].

[29] Al momento dell'intervista le tariffe di riferimento erano quelle definite dalla DGR n. 2621 del 18 dicembre 2012, che fissava una tariffa giornaliera massima per i primi 30 giorni rispettivamente pari a 117 euro per gli ODC e a 110 euro per le URT. Attualmente le tariffe, a partire dal 2016, sono state ridefinite con la DGR 2091 del 30 dicembre 2015. Si riveda il paragrafo 1.3.4 del Capitolo 1.

Box 12

"Un altro problema è la quota regionale fissata che è troppo bassa: ci sono forti perplessità e si vorrebbe intervenire sulla Regione per ridefinire la stima. Si potrebbe arrivare a 127-130 euro/giorno. Questo è un elemento che ha frenato l'attivazione delle strutture, perché economicamente non sono in grado di reggere, dato che sono IPAB. Paghiamo lo scotto che sono IPAB."

"Per un paziente in casa di riposo la quota sanitaria è di 55-56 euro. Poi c'è la quota alberghiera e sono altri 45-55 euro. Arriviamo complessivamente a circa 105 euro. Tuttavia, gli standard fissati dalla Regione per ospedale di comunità e URT sono molto elevati. E se mi dai 122 euro, sono d'accordo nel dire che c'è il rischio che non ci stiano dentro."

"Se la struttura intermedia funziona, il paziente non dovrebbe rimanere più del necessario. Se hai 30 giorni per stabilizzare una persona, ma poi questa ci rimane per 60, vuol dire che c'è qualche cosa che non funziona. Quindi sono necessarie delle linee guida e dei protocolli che permettano di stabilizzare la persona in 30 giorni."

"Generalmente nella casa di risposo quando uno entra ci resta definitivamente. Il posto letto è occupato quasi sempre. In ospedale di comunità dobbiamo stare sotto la soglia dei 30 giorni. O hai un organizzazione che ti garantisce un'occupazione dei posti letto sopra il 95% altrimenti ti becchi di quelle botte economiche […] Con questa tariffa è rischiosa la cosa."

La successiva tabella 2.2 riporta una sintesi dei punti principali segnalati nel corso delle interviste dai dirigenti delle sette A-ULSS sul tema dell'attivazione delle strutture intermedie.

Tabella 2.2 – Lo stato dell'arte delle strutture intermedie dal punto di vista dei Dirigenti

A-ULSS 1 Belluno	• Ampia copertura territoriale • Gestione diretta da parte dell'ULSS • Difficoltà nel reperimento dei finanziamenti
A-ULSS 6 Vicenza	• Standard strutturali definiti a livello regionale molto elevati • Scelta di esternalizzare il servizio affidandolo a CSA pubblici (IPAB) o privati (Fondazioni) • Dubbi sulla sostenibilità economica dell'operazione per un sistema di tariffazione non considerato adeguato • Dubbi sulla complessiva onerosità del processo di riforma previsto dal PSSR
A-ULSS 9 Treviso	• Realizzazione parziale di quanto previsto dal Piano per la difficoltà di chiudere posti letto ospedalieri e la non riduzione dei costi complessivi • Scelta di esternalizzare il servizio, attivando CSA di medio-grandi dimensioni • Controllo e gestione degli ingressi e delle dimissioni, quale aspetto strategico da presidiare
A-ULSS 12 Venezia	• Processo possibile attraverso l'esternalizzazione del servizio a CSA pubblici o privati • Il personale dei servizi ospedalieri (infermieri e specialisti) ricollocato a potenziamento dei servizi territoriali (ADI)
A-ULSS 16 Padova	• Limitata copertura territoriale • Scelta di esternalizzare il servizio per standard strutturali elevati • Emergere di un problema di *governance*: come impostare un controllo efficace? Come gestire gli ingressi e le dimissioni? • Ricollocazione degli infermieri/ausiliari in ospedale per acuti; ricollocazione dei medici geriatri sul territorio a integrazione dei MMG nelle stesse strutture intermedie
A-ULSS 18 Rovigo	• Processo avviato attraverso l'esternalizzazione dei servizi • Processo di ricollocazione del personale dai reparti ospedalieri chiusi in altri reparti
A- ULSS 20 Verona	• Processo non a pieno regime per problemi di mancata individuazione dei luoghi dove attivare le strutture • Scelta di esternalizzare il servizio, anche se si nutrono delle perplessità in merito alla sostenibilità economica del servizio anche da parte dei CSA • Scelta di ricollocare il personale medico ospedaliero (geriatri) presso le nascenti strutture, creando un modello misto con MMG e medici specialisti • Elaborazione e condivisione di protocolli con l'ospedale per un corretto inserimento dei pazienti

2.4.2 Interpretazione generale delle interviste in merito alle Medicine di gruppo integrate

Il processo di attivazione delle Medicine di gruppo integrate (MGI) è stato avviato non senza difficoltà. In questa fase, infatti, tale processo si innesta prevalentemente su quelle che erano già state le esperienze di aggregazione attive sul territorio (sostanzialmente una trasformazione delle UTAP) ma ancora poco si è fatto sul piano dell'implementazione effettiva del nuovo modello delle MGI (Box 13).

Box 13

"E' una materia ancora in fase di evoluzione. C'è un tentativo di mettere i medici in rete. La Regione ha chiesto un invio dei progetti di medicina di gruppo […] Abbiamo già esaminato i progetti e abbiamo costruito due gruppi integrati. Sono convinto che nel giro di un mese avremo questa valutazione."

"Siamo in ritardo perché la Giunta ha firmato la delibera, ma noi abbiamo chiesto di partire con due UTAP per trasformarle in MGI. La Regione ci ha dato l'ok per la sperimentazione".

"Non abbiamo ancora attivato il team di medicina di gruppo integrata perché stiamo lavorando sul contratto di esercizio, che è la base per attivare la medicina di gruppo integrata. Una volta rettificato il contratto di esercizio, saremmo già in grado di partire. Ci sono stati tempi lunghi nella definizione e sottoscrizione della bozza del contratto."

I motivi che possono essere imputati a tale ritardo sono riconducibili essenzialmente a fattori di tipo economico e culturale (Box 14 e 15).

Una prima questione è di tipo economico: l'attivazione delle nuove Medicine di Gruppo Integrate costa e c'è quindi bisogno di finanziamenti significativi che in questo momento sembrano mancare (Box 14).

Box 14

"C'è un discorso da fare sui finanziamenti perché io ho finanziamenti certi e alcuni che forse verranno. Ma noi dobbiamo ragionare con quelli certi. Con le UTAP pensiamo di fare due medicine di gruppo integrate e altre due in un secondo tempo. Ma il tutto è strettamente legato alla dimensione finanziaria."

"Noi attiviamo un numero di medicina di gruppo in base anche al trasferimento finanziario regionale. La Regione ci dà 2,6 milioni e appena arriviamo lì decidiamo se continuare anche sulla base del bilancio aziendale".

Una seconda questione è di tipo culturale: sembra che i medici di medicina generale non abbiano colto pienamente i vantaggi che potrebbero derivare da questo tipo di riorganizzazione (in termini di crescita professionale e miglioramento delle prestazioni garantite) e – pertanto – persistano delle resistenze al cambiamento (Box 15).

Box 15

"Il primo discrimine è l'età alla pensione. Quelli che vanno nel 2018 non ci pensano ad associarsi; quelli che vanno in pensione nel 2020 faranno casino in Regione per spostare il paletto nel 2020; e quelli che hanno ancora 10 anni di attesa per andare in pensione si sono rassegnati […] Le difficoltà sono quelle di lavorare insieme e di superare la paura di lavorare insieme. Superare questo è un grande risultato […] Si passa da un modello del singolo medico a un modello di micro azienda. È un cambiamento culturale importante. È come mettere insieme degli artigiani che fanno una piccola o media azienda. Cambiano tante cose. Ad esempio, … gli obiettivi non sono più del singolo, ma del gruppo. Quindi se c'è qualcuno che batte la fiacca, sono cavoli amari per tutti".

Per quanto riguarda gli aspetti gestionali, i problemi più rilevanti da affrontare sono sostanzialmente di due tipi: logistico e organizzativo (Box 16 e 17).

Una prima questione, di tipo logistico, è legata non solo al reperimento di adeguate sedi dei nuovi ambulatori ma anche alla difficoltà di abituare i cittadini a preferire un servizio più completo, ma non immediatamente sotto casa (Box 16).

Box 16

"Gli spazi diventano fondamentali per fare la medicina di gruppo. Noi stiamo cercando di trovare gli spazi all'interno dei distretti delle nostre aree da affittare ai medici associati e – attraverso questa scelta logistica - fare in modo che si connotino come poli sanitari di riferimento territoriale per la popolazione".

"Nel passato abbiamo seguito il principio di portare l'assistenza – compresa quella del medico di base – sempre più vicino al cittadino. Adesso stiamo invertendo questa tendenza: non importa se l'utente è vicino al servizio; l'importante è che il servizio di assistenza sia attivo dalle 8 di mattina alle 8 di sera. Ed è importante che ci siano dei piccoli poliambulatori fiduciari […] Per noi sarebbe ideale una chiusura totale degli ambulatori privati. Ma intanto diamo la possibilità di mantenere un loro presidio territoriale."

Una seconda questione è di tipo organizzativo. La maggioranza delle realtà attive sul territorio ha optato per l'acquisizione diretta e autonoma del proprio personale (infermieri e personale amministrativo), con un forte coinvolgimento del mondo cooperativo. All'interno di questo quadro, vi sono però realtà – come l'azienda 12 Veneziana – che si stanno muovendo in modo differente, prevedendo una fornitura delle professionalità direttamente dall'A-ULSS. (Box 17).

Box 17

"Ci sono vari modelli: uno con personale a carico dell'ULSS; l'altro con una medicina di gruppo che assume proprio personale. Noi siamo per il secondo modello, anche se sappiamo che il primo modello potrebbe portare dei vantaggi: se il personale è tuo, puoi fargli fare cose che sono anche nel tuo interesse. Ma a nostro avviso comporta pure delle grosse difficoltà organizzative e una dubbiosa metodologia nella selezione".

"Un medico di medicina generale che fa la libera professione non può avvalersi di un dipendente pubblico. Per questo abbiamo scelto la via del rimborso. Tutto il servizio paramedico viene servito da una cooperativa".

"Ci sono due opzioni: posso remunerare il medico e lui assume il personale; oppure lo fornisce l'ULSS. Il contratto di esercizio è molto chiaro: prevede che il personale sia fornito o assicurato dall'azienda ULSS […] Quando abbiamo detto che avevamo intenzione di recuperare anche il nostro personale tutti hanno detto che andava benissimo. Questo comporta che siamo noi a formare da un punto di vista professionale quei soggetti. Vuol dire creare un legame non secondario con l'azienda."

Sempre sul fronte del personale, è interessante notare come alcune realtà – le A-ULSS di Belluno e Vicenza – abbiano previsto la presenza di un'assistente sociale all'interno del team di queste forme di aggregazione, al fine di superare un limite che talora viene riscontrato nell'impianto del PSSR: l'eccessivo sbilanciamento sulla componente sanitaria e la perdita, di fatto, del valore aggiunto legato all'integrazione socio-sanitaria che per molti anni aveva caratterizzato il sistema veneto (Box 18).

Box 18

"Una cosa caratterizzante la nostra medicina di gruppo è la presenza dell'assistente sociale. L'abbiamo prevista quasi obbligatoriamente. Con una popolazione come la nostra, i problemi che intercetta il medico di base sono più sociali che sanitari. C'è molto da fare ma sempre di più gli stessi medici ospedalieri capiscono che, senza il supporto delle componenti sia sociali che sanitarie del territorio, i tempi delle degenze tendono ad allungarsi in maniera inappropriata."

"Non abbiamo deleghe e molti Comuni pensano di delocalizzare l'assistenza sociale all'interno delle Medicine di gruppo. I Comuni saranno quelli più operativi nel territorio ed è su questo che abbiamo intenzione di intervenire […]. La strategia è stata quella di coinvolgere i Comuni e di condividere con loro le informazioni."

La successiva tabella 2.3 riporta una sintesi dei punti principali segnalati nel corso delle interviste dai dirigenti delle sette A-ULSS sul tema dell'attivazione delle Medicine di gruppo integrate.

Tabella 2.3 – Lo stato dell'arte delle medicine di gruppo integrate dal punto di vista dei Dirigenti

A-ULSS 1 Belluno	• Avvio delle medicine di gruppo integrate e di rete tramite trasformazione delle UTAP • Si registra un difficile ingaggio dei MMG, che risultano restii a superare il loro isolamento professionale • Personale acquisito in forma associativa e da cooperative • Previsto l'inserimento di assistente sociale per favorire l'integrazione socio-sanitaria
A-ULSS 6 Vicenza	• Il processo ha subito uno stop per problemi emersi con l'ispettorato del lavoro • Il personale viene rimborsato dall'A-ULSS
A-ULSS 9 Treviso	• Avvio delle medicine di gruppo integrate con ritardi dovuti sostanzialmente a questioni finanziarie • E' prevista la trasformazione delle UTAP in medicine di gruppo integrate • Personale assunto direttamente dai MMG da cooperative
A-ULSS 12 Venezia	• Non sono state ancora attivate • E' necessario un cambio culturale da parte dei MMG e lo sviluppo di nuove competenze anche di natura organizzativo-manageriale • Vi è una resistenza da parte dei MMG più anziani, poco propensi al cambiamento • L'A-ULSS è propensa a fornire direttamente alcuni fattori produttivi quali personale e spazi, al fine di garantire una più forte *governance* del processo
A-ULSS 16 Padova	• Processo in corso perché deve essere supportato da un adeguato cambio di mentalità dell'utente, abituato ad avere un servizio di prossimità • Personale assunto dagli stessi MMG
A-ULSS 18 Rovigo	• Fase di implementazione in ritardo • E' prevista la trasformazione delle UTAP in medicine di gruppo integrate • Personale assunto direttamente dai MMG • Risultati positivi in termini di PDTA, elaborazione e scambio di informazioni
A-ULSS 20 Verona	• Le medicine di gruppo integrate non sono ancora partite • E' necessario promuovere un cambiamento di tipo culturale tra i MMG

2.4.3 Interpretazione generale delle interviste in merito alla Centrale Operativa Territoriale (COT)

Per quanto riguarda il livello di attuazione della COT, il quadro che emerge risulta essere particolarmente variegato, con alcuni territori che sono in ritardo mentre altri sono già attivi e hanno avviato interessanti sperimentazioni, anche se con declinazioni differenti rispetto al ruolo che la COT deve avere all'interno della rete e – in particolar modo – al rapporto con gli utenti (interfaccia aperta o meno al pubblico) (Box 19).

Box 19

"Siamo partiti nel 2014 con un set minimo di attività […] Abbiamo ampliato progressivamente al profilo infermieristico e a una parte di attività sociali, fermandoci perché dalla Regione arrivavano dei segnali contrastanti sulla parte dei servizi sociali."

"Il territorio è molto ampio e – in questa fase – abbiamo fatto la scelta di non attivarla. La COT deve avere del proprio personale e non avere più l'alibi rispetto ai mancati passaggi tra ospedale e territorio e viceversa […] Abbiamo già una stanza e le attrezzature acquistate con i finanziamenti della Regione; abbiamo invece avuto dei problemi nell'individuare il referente che la andrà a gestire. Ma ora – finalmente – l'abbiamo trovato."

"La nostra ULSS è partita subito con la COT. E' partita con la selezione del personale: l'abbiamo attivata con un responsabile infermieristico, un educatore, uno staff di infermieri. E un apparato tecnologico (PC, telefono, etc.). Fin da subito è stata attiva 24 su 24. Il personale è nostro ed è interamente gestita da noi."

"Dai ragionamenti che abbiamo condiviso con altre ULSS, la COT è per gli ospedali, gli operatori, le guardie mediche, gli infermieri domiciliari e per quel target di pazienti fragili che abbiamo definito come 'a rischio'. Non è il 118. Il paziente che ho già in ADI o l'oncologico ha già un numero da chiamare, perché noi diamo una reperibilità infermieristica h24."

"E' prevalentemente centrata sulle dimissioni. La COT si specializza sulla dimissione ospedaliera […] La gente non può chiamare la COT. Non è direttamente al servizio del cittadino, perché abbiamo le ADI periferiche che hanno queste funzioni."

I nodi cruciali che emergono, e che da più parti vengono ritenuti strategici, affinché questo strumento possa svolgere al meglio la propria funzione di raccordo ospedale-

territorio e garantire una vera e propria continuità assistenziale nella presa in carico dell'anziano, sono sostanzialmente tre (Box 20, 21 e 22):

- i rapporti con l'ospedale per acuti;
- la disponibilità di personale professionalmente adeguato;
- un sistema informativo adeguato.

In primo luogo, appare cruciale gestire al meglio i rapporti con l'ospedale attraverso la costruzione di alleanze quali la definizione di protocolli, la partecipazione congiunta a momenti formativi o la condivisione di strumenti operativi (Box 20).

Box 20

"Come centrale operativa riceviamo direttamente le dimissioni protette e siamo in grado di leggere la cartella clinica di dimissione. All'atto della dimissione segue un'intervista telefonica su un questionario standardizzato. È un questionario che ci permette di sapere i bisogni di tipo sociale, per poi indirizzare chi deve andare nel domicilio […] Il personale è tutto dell'azienda ULSS e riusciamo a muoverci in maniera più elastica e celere. Ci sono momenti di formazione collegiali per cui la gente si conosce."

"Abbiamo una COT che ha gestito sperimentalmente - d'accordo con l'azienda ospedaliera - le dimissioni protette dai reparti internistici con degli alert che arrivano in automatico. Quando uno viene ricoverato in un reparto internistico o geriatrico, alla COT arrivano alert di questo tipo: 'E' entrato un paziente che è a rischio di …'. Noi abbiamo degli infermieri che fanno consulenza al reparto ed eventualmente ai familiari per facilitare le dimissioni."

Altro ingrediente che appare fondamentale per la COT è investire su personale preparato, interno all'azienda, che abbia una buona conoscenza del funzionamento dell'ospedale e delle specificità caratterizzanti il territorio. Per questo motivo, la scelta di chi inserire su questo servizio è quasi sempre ricaduta su professionisti provenienti dai servizi territoriali (Box 21).

Box 21

"Una criticità è legata alle ore di funzionamento della COT, che non è presidiata dal personale nostro. Nelle ore scoperte ci basiamo sulla centrale operativa del 118, ma la stessa centrale fa fatica per una insufficiente competenza specifica del suo personale."

"La prima difficoltà è stata far capire al nostro personale che cos'era la COT. C'era la fantasia del pronto soccorso territoriale. Lo sforzo è stato quello di far capire che non siamo un 118. La COT è un regista e non attore che deve conoscere la totalità e complessità delle cose, deve invece conoscere la struttura ospedaliera e il territorio. Per questo il personale della COT viene dal servizio infermieristico domiciliare … proviene dal territorio, ha una grande esperienza territoriale. Attualmente il personale di cui disponiamo è di 3-4 operatori e tra questi vi sono anche case manager. Abbiamo acquisito due case manager che si occupano dello scompenso cardiaco e fanno da connessione tra MMG, ospedale e COT."

"In questo momento ci sono 4 infermieri più una coordinatrice part-time. La nostra idea è quella di avere un team che ci consenta di gestire il secondo step che è quello di gestire i posti della residenzialità intermedia, operando h24 anche nei fine settimana. Perché se voglio far funzionare al meglio il tutto e lavorare bene con l'ospedale devo lavorare anche sabato e domenica." […] La formazione del personale la facciamo con il progetto ARCA - Assistenza, ricerca e cura dell'anziano. E' un'attività formativa trasversale sul tema della fragilità che vede coinvolti ospedale, distretti e Centri servizi. La facciamo da cinque anni. Il progetto è rivolto a infermieri e operatori e lo facciamo in ospedale e in casa di riposo."

"Il personale è nostro. Il prerequisito è che il personale abbia esperienza di assistenza domiciliare."

In terzo luogo, si ritiene essenziale sviluppare un sistema informativo adeguato che – ad oggi – sembra rappresentare il punto debole della rete, venendo a depotenziare di fatto l'efficacia degli interventi che la COT è chiamata ad assolvere (Box 22).

Box 22

"Quello che manca è la fluidità comunicativa e un sistema informativo di raccolta dati efficace. Stiamo lavorando in questa direzione con modalità operative condivise. Ma bisogna creare la cultura di un passaggio delle informazioni, che sia considerato lavoro e non favore personale."

"Stiamo facendo la gara per un nuovo software […] Dobbiamo riuscire a collegare il sistema di informazioni all'anagrafe regionale e alla cartella informatizzata del paziente."

"Siamo in stand by per quello che riguarda la parte informatica. Nel senso che, pur avendo le disponibilità economiche, ci voglio andar cauto. Ho visto vari prodotti informatici che sono già sul mercato. Alcune ULSS del Veneto hanno bandito delle gare, salvo poi essersi fermati. Dobbiamo stare molto attenti a investire soldi nell'informatica senza avere prima ben chiaro cosa ci serve, per evitare di creare delle sovrastrutture dove scriviamo tanta roba sul computer ma che è totalmente inutile."

La successiva tabella 2.4 riporta una sintesi dei punti principali segnalati nel corso delle interviste dai dirigenti delle sette A-ULSS sul tema dell'attivazione della Centrale Operativa Territoriale.

Tabella 2.4 – Lo stato dell'arte della COT dal punto di vista dei Dirigenti

A-ULSS 1 Belluno	• L'apertura della COT è avvenuta in modo ridotto - in termini di giornate e orari - per poco personale dedicato; nelle ore/giornate di chiusura ci si appoggia al 118 • Si sono riscontrate difficoltà nella gestione del rapporto con le U.O. ospedaliere
A-ULSS 6 Vicenza	• La COT è stata attivata utilizzando del personale con una forte esperienza nei servizi domiciliari • Non è aperta al cittadino ma attivabile dai soli servizi della rete • E' necessario potenziarne il ruolo e renderla autorevole agli occhi del personale ospedaliero
A-ULSS 9 Treviso	• La COT è stata attivata prevedendo una gestione mista, con personale dell'ULSS e personale di un fornitore privato • Si sono avute delle difficoltà nell'individuare e implementare un sistema informativo di rete che colleghi al meglio i vari nodi (ospedali; strutture intermedie; servizi domiciliari; etc.)
A-ULSS 12 Venezia	• La COT è stata attivata prevedendo una cospicua dotazione di risorse e di strumenti gestionali: personale dell'ULSS; interventi di formazione congiunta con l'ospedale; forte alleanza con i MMG; questionario per la conduzione di interviste • Si è deciso di non integrarla con il 118 ma con la Guardia Medica • Personale scelto di provenienza dal territorio, perché sono quelli che meglio degli altri conoscono le dinamiche complesse e fluide della rete
A-ULSS 16 Padova	• E' stato assegnato alla COT personale proprio e strumentazioni ad hoc • C'è da migliorare il passaggio delle informazioni tra i nodi della rete
A-ULSS 18 Rovigo	• La COT non è stata ancora attivata • Si sono incontrate delle difficoltà nell'individuare un referente
A-ULSS 20 Verona	• La COT è stata attivata e svolge una funzione di consulenza per gli ospedali e il territorio • C'è un'ipotesi di estensione del servizio anche al sabato e alla domenica al fine di garantire l'efficacia dell'intervento • C'è una buona condivisione di protocolli e procedure e una formazione congiunta • Ancora manchevoli il sistema informativo integrato e la misurazione dei risultati in termini di *outcome*

APPENDICI AL CAPITOLO 2

APPENDICE 2.1 – Traccia dell'intervista semi-strutturata ai Direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale

Implementazione delle strutture intermedie

La realizzazione delle strutture intermedie rappresenta uno dei cardini del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, in quanto l'attivazione di queste unità d'offerta andrà a sostituire i posti letto ospedalieri, garantendo una maggiore sostenibilità economica del sistema e – presumibilmente – una migliore qualità delle prestazioni erogate (riduzione dell'utilizzo improprio del ricovero ospedaliero; istituzionalizzazione impropria dell'anziano).

- C'è questo piano di attivazione delle strutture intermedie elaborato dall'ULSS? Quali sono i contenuti di massima di questo piano e il suo stato di realizzazione?
- Come si sono organizzate o si stanno organizzando queste strutture intermedie? Quanti posti letto sono garantiti e saranno garantiti a termine del percorso di loro costituzione? Come si articola la loro dotazione di personale? Quali sono o saranno gli enti chiamati alla gestione di queste unità d'offerta? (Contestuale raccolta di dati aziendali, distinguendo tra tipologie di unità d'offerta)
- Quali fattori di criticità sono emersi rispetto allo sviluppo di queste organizzazioni intermedie? Quali fattori e/o soluzioni gestionali invece ne facilitano l'implementazione e il consolidamento? Che cosa manca ancora rispetto a quanto definito dal PSSR?

Dal punto di vista gestionale/strategico, l'attivazione di queste strutture intermedie (in particolar modo gli Ospedali di Comunità e le Unità Riabilitative Territoriali) presentano alcuni elementi di criticità:

- I posti letto in queste strutture intermedie dovrebbero essere attivati contestualmente alla riduzione dei posti letto in ospedale. Al riguardo la Sua ULSS

come intende muoversi rispetto a questo tema? Se previsto, come è stato gestito o si intende gestire questo delicato passaggio al fine di garantire la continuità delle prestazioni sul territorio? Riferimento al cronogramma contenuto nel piano aziendale

- L'eventuale riduzione dei posti letto in ospedale che impatti organizzativi avrà? Ossia, come verranno riorganizzate le professionalità all'interno dell'ospedale? Al riguardo esiste ed è stato formulato un piano di riqualificazione e riorganizzazione?

Riorganizzazione dell'assistenza primaria

Contestualmente alle strutture intermedie, il PSSR prevede un potenziamento dell'assistenza primaria e i relativi professionisti MAP – Medici di Assistenza Primaria (MMG; PLS; MCA) al fine di garantire i seguenti obiettivi:

- una migliore accessibilità (12H)
- una continuità assistenziale (24H / 7gg)
- una presa in carico della cronicità

- Qual è lo "stato dell'arte" di queste forme associative sul territorio di riferimento (quante strutture sono già attive e con quale forma; quanti medici si sono già associati e quanti non sono ancora associati; quanti assistiti stanno seguendo sul totale degli assistiti del territorio; quale dotazione di personale si sono date e titolarità del personale; quale sede hanno queste forme associative)?
- Quali "risultati" stanno producendo queste forme di aggregazione in termini di formulazione di PDTA rispetto alla gestione delle malattie croniche, soddisfazione dei medici associati e dei loro assistiti, efficienza per l'intero sistema sanitario? Sono stati implementati strumenti di monitoraggio di queste dimensioni?
- Quali fattori di criticità sono emersi rispetto allo sviluppo di queste forme di aggregazione? Quali fattori e/o soluzioni gestionali invece ne facilitano l'implementazione e il consolidamento? Che cosa manca ancora rispetto a quanto definito dal PSSR?

Attivazione della Centrale Operativa Territoriale – COT a supporto della continuità assistenziale

Secondo le intenzioni della Regione questa unità organizzativa dovrebbe garantire la continuità assistenziale dell'utente, facilitandone il passaggio da un nodo all'altro della rete e - operativamente - dovrebbe concretizzarsi nell'attivazione di un call center attivo 24h su 24 e 7 giorni su 7.

- A che punto la fase di sperimentazione/implementazione della COT nell'ULSS? In che modo si è articolata o si articolerà il lavoro di questa COT (giorni e orari di attivazione; personale dedicato; comunicazione dei servizi erogati; etc.)?
- Quali soluzioni gestionali/organizzative sono state introdotte al fine di garantire l'effettiva integrazione tra gli attori della rete (definizione condivisa di protocolli/PDTA; sistema informativo integrato; banca dati condivisa del profilo dell'utente; formazione congiunta di professionalità e condivisione di saperi; etc.)?
- Quali sono gli ostacoli che si stanno incontrando o si sono incontrati nell'attivazione della COT e/o nel consolidare il ruolo che ad essa viene attribuito nel PSSR? In che modo sono stati superati o si intende superarli?
- E' stato previsto un sistema di monitoraggio dell'efficacia di questa soluzione organizzativa in termini di continuità assistenziale? Se sì, attraverso quali parametri?

APPENDICE 2.2 – Traccia proposta per la conduzione dei focus group con i rappresentanti sindacali dei Medici di Medicina Generale e i rappresentanti sindacali Cgil dei lavoratori del settore e dei pensionati

- Quali sono – dal punto di vista del sindacato – i punti di forza e i punti di debolezza del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, con un focus particolare rispetto al tema delle strutture intermedie, le medicine di gruppo integrate e l'attivazione della COT?
- Come valutate lo stato di realizzazione del PSSR? Cosa è stato fatto e che cosa manca ancora rispetto a quanto definito?
- Quali fattori di criticità sono emersi nella sua fase di implementazione e quali soluzioni – secondo voi – potrebbero essere attuate?

APPENDICE 2.3 – Il software T.Lab: principali caratteristiche e aspetti metodologici

T.Lab è un software costituito da un insieme di strumenti linguistici, statistici e grafici che consentono l'esplorazione, l'analisi, la comparazione e l'interpretazione dei contenuti presenti in testi di vario tipo. Tra le molteplici pratiche di ricerca, questo strumento permette di svolgere – tra gli altri – analisi di contenuto, analisi semantiche, *text mining*, analisi del discorso e *network text analysis*. Dati gli obiettivi della nostra ricerca – finalizzata ad esplorare i temi emergenti dal dibattito riguardante l'applicazione del PSSR 2012-2016 – è stato necessario adottare un'analisi bottom-up e verificare quali temi - unità lessicali (parole e lemmi) e unità di contesto (frasi e paragrafi) – sono "caratteristici" nei documenti analizzati (trascrizione delle interviste e dei focus group realizzati).

Le relazioni tra le unità di analisi considerate (unità lessicali e unità di contesto) possono essere rappresentate come matrici i cui valori numerici indicano i fenomeni di occorrenza (quante volte ciascuna unità lessicale ricorre in ciascuna unità di contesto) e di co-occorrenza (il numero di frasi in cui ciascuna unità lessicale è presente insieme ad altre parole). Infatti, nella logica di T-Lab il significato di ogni parola è conosciuto solo attraverso le sue relazioni, cioè attraverso la distribuzione delle sue co-occorrenze all'interno delle unità di contesto. In quest'ottica, ogni cluster rappresenta un nucleo di parole tra loro associate (co-occorrenti) nelle unità di contesto considerate. Ciascun cluster rappresenta un insieme di più parole con un elevato indice di co-occorrenza e che – pertanto – non devono essere analizzate nella loro singolarità, in quanto l'insieme è qualcosa di diverso dalla sommatoria dei suoi elementi.

3. *Considerazioni conclusive*

Il presente lavoro si è posto l'obiettivo di analizzare lo stato dell'arte circa l'applicazione del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, con riferimento particolare al tema del potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo di una "filiera dell'assistenza territoriale" fondata sulla gestione integrata della cronicità (quindi su un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio) e su nuove modalità di organizzazione delle cure primarie. A tale scopo, è stata analizzata la situazione di sette Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (A-ULSS) della Regione Veneto, corrispondenti ai territori dei sette capoluoghi provinciali, approfondendo i temi del rapporto tra ospedale e territorio, della medicina del territorio e dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.

Il percorso della ricerca si è articolato su due piani.

In primo luogo, nel capitolo 1, si è effettuata un'analisi di tipo quantitativo della domanda e dell'offerta di assistenza socio-sanitaria per ciascuna delle sette A-ULSS considerate. Tale analisi si è fondata, dapprima, su una estesa raccolta di informazioni – il più possibile complete e aggiornate - di tipo demografico, epidemiologico e relative ai servizi socio-sanitari locali, desumibili da una molteplicità di banche dati a livello nazionale, regionale e aziendale. Attraverso i dati raccolti si è elaborato un set di indicatori di domanda (bisogni di assistenza legati a fattori demografici ed epidemiologici), di offerta territoriale e di offerta ospedaliera opportunamente selezionati in modo da poter operare una valutazione sintetica del grado di integrazione ospedale-territorio e del grado di integrazione socio-sanitaria nei diversi territori.

La batteria di indicatori considerati ha consentito di evidenziare la performance complessiva di ciascun territorio in termini di equilibrio tra domanda e offerta e di esaminare il grado di correlazione tra tale performance e la spesa socio-sanitaria sostenuta dalle A-ULSS considerate. L'analisi sviluppata ha consentito di formulare una prima valutazione degli ambiti ove si rilevano le maggiori criticità nella risposta delle A-ULSS all'attuazione del modello della filiera dell'assistenza territoriale delineato dal PSSR 2012-2016.

In secondo luogo, il percorso della ricerca si è sviluppato, nel capitolo 2, con un'analisi di tipo qualitativo delle opinioni dei principali *stakeholder* delle A-ULSS esaminate (direttori dei servizi sociali e della funzione territoriale, rappresentanti sindacali dei Medici di Medicina Generale, rappresentanti sindacali CGIL dei lavoratori e dei pensionati) sui punti di forza e sulle criticità sperimentate nella implementazione del nuovo modello di assistenza territoriale prevista dal PSSR. L'idea che ha ispirato questa parte della ricerca è stata quella di non limitarsi a effettuare un mero confronto tra programmato e realizzato, privilegiando solo il punto di vista del decisore politico regionale, ma di prendere in considerazione i molteplici punti di vista di coloro che sono chiamati in causa lungo tutto il processo di sviluppo del nuovo modello di assistenza territoriale del PSSR, in particolare nella fase di implementazione.

La metodologia adottata per questa parte della ricerca si è basata sull'analisi ed elaborazione – con il supporto dei software T.Lab e Atlas.ti – dei testi delle interviste individuali e dei focus group con i principali portatori d'interesse. L'analisi qualitativa ha consentito di individuare i temi più ricorrenti - e quindi anche più rilevanti in termini di policy – tra i soggetti intervistati, offrendo elementi utili per valutare lo stato dell'arte, nelle sette A-ULSS considerate, circa i tre fattori chiave della nuova filiera dell'assistenza territoriale: Medicine di gruppo integrate (MGI), strutture intermedie e Centrale Operativa Territoriale (COT).

Le due analisi, quantitativa e qualitativa, sono state sviluppate in maniera complementare e hanno prodotto risultati ampiamente coerenti tra loro. Riteniamo quindi che la ricerca qui presentata, da un lato, offra alcune considerazioni utili per valutare i concreti processi di evoluzione della filiera dell'assistenza territoriale prefigurata dal Piano socio-sanitario del Veneto (obiettivo principale che si voleva perseguire), dall'altro suggerisca anche elementi per sviluppare un modello di valutazione delle politiche di riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, ambito di sfida delle politiche sanitarie in Veneto.

Riguardo all'obiettivo principale della ricerca (verifica dello stato dell'arte della filiera dell'assistenza territoriale), occorre premettere che probabilmente è ancora troppo prematuro trarre delle conclusioni definitive, in quanto il PSSR ha innescato dinamiche di cambiamento, non solo di tipo organizzativo ma anche culturale, di rilevante complessità. Il quadro si complica ulteriormente se si considera il processo di grande trasformazione

che è stato recentemente avviato nel sistema socio-sanitario veneto con il progetto di legge n. 23 del 2015 che prevede l'istituzione di "Azienda zero" quale ente di *governance* della sanità regionale e la individuazione di nuovi ambiti territoriali (tendenzialmente su base provinciale) delle Aziende ULSS.

Pur con questo caveat, a nostro avviso, la ricerca svolta offre alcuni elementi utili a comprendere le principali criticità che hanno sin qui caratterizzato l'implementazione del nuovo PSSR e che – indipendentemente dai rallentamenti determinati dalla ridefinizione dei confini territoriali delle aziende e del modello di *governance* regionale - dovrebbero essere superate per un reale potenziamento della sanità territoriale.

Di seguito, si segnalano alcune direzioni verso cui ci si dovrebbe orientare per superare le criticità evidenziate dalla ricerca nei capitoli 1 e 2.

1. Ridurre l'eterogeneità e l'asimmetria nello sviluppo della nuova assistenza territoriale

Come viene illustrato nel paragrafo 1.1.8, il quadro che emerge appare estremamente eterogeneo, in quanto ciascuna A-ULSS ha puntato a specializzarsi su alcuni elementi (servizi e/o strumenti) della filiera dell'assistenza territoriale; questo sembra rispondere più a situazioni legate alle specificità locali (ad esempio, la maggiore o minore disponibilità al cambiamento di dirigenti e medici di medicina generale) e poco ai bisogni emergenti dal territorio. Peraltro, le mancate o insufficienti identificazioni di tali bisogni rendono meno efficaci e meno efficienti le risposte adottate o ancora da adottare.

Ogni Azienda ULSS ha programmato e tentato di sviluppare nei propri territori uno o più strumenti (MGI, COT e Strutture Intermedie) per la progressiva realizzazione dell'integrazione. Lo sviluppo di tali strumenti non ha però seguito in maniera completa la strada indicata, sia pure in termini generali, dal PSSR. E nemmeno al livello delle singole A-ULSS è visibile il tentativo di elaborazione di una precisa strategia aziendale e, tantomeno, di una coerente programmazione di concrete azioni di trasformazione. Ad esempio, per quanto riguarda le forme associative della medicina generale, prevale l'adozione di forme di aggregazione di tipo tradizionale (associazione, gruppo, rete) molto differenziate, meno efficaci delle MGI (in alcuni casi, le UTAP sono state trasformate in MGI ma senza modificare significativamente i servizi territoriali erogati); con scelte di

questo tipo, si corre però il rischio di trascurare i bisogni dei pazienti cronici per i quali non diviene possibile la presa in carico o l'attuazione della medicina di iniziativa.

Per quanto riguarda poi la Centrale Operativa Territoriale (COT) - nodo strategico tra ospedale e territorio e strumento di accompagnamento della persona fragile lungo i servizi della filiera - esistono differenze significative rispetto alla sua effettiva operatività, in particolar modo rispetto alla questione se debba essere solo un'unità operativa di staff per operatori interni alla rete oppure un servizio aperto anche agli utenti.

Nel complesso, si registra una rilevante asimmetria e incompletezza dei modelli di assistenza territoriale avviati nelle diverse aree. I singoli elementi chiave della filiera assistenziale sono attivati selettivamente e non in maniera equilibrata, dimenticando che è l'insieme dei servizi e la loro sincronia che danno origine alle sinergie in grado di offrire migliori e più efficienti risposte ai bisogni di salute legati tipicamente alle cronicità. Come è chiaramente emerso nelle interviste e nei focus group con gli *stakeholders* delle aziende, i ritardi che si stanno riscontrando nell'attivazione di alcuni nodi della rete impediscono di portare avanti in modo armonico il processo in tutte le sue parti, in quanto si è nell'impossibilità di creare quelle connessioni necessarie a far funzionare il tutto: è ancora troppo poco quello che è stato fatto e si è di fronte a una rete sfilacciata che stenta a prendere corpo e a raggiungere i risultati desiderati.

Il superamento delle problematiche appena evidenziate chiama in causa la necessità di definire chiaramente gli obiettivi da perseguire, che devono essere monitorati e governati con un'efficace attività di regia (successivo punto 2).

2. Definire obiettivi e una regia regionale e aziendale

La Regione, con il PSSR 2012-2016, ha indicato una serie di obiettivi specifici da raggiungere per quanto riguarda il macro-obiettivo del potenziamento dell'assistenza territoriale: consolidare il distretto socio-sanitario; attivare modelli di gestione integrata della cronicità; adottare modelli organizzativi a rete su team multi-professionali con implementazione di PDTA per le principali patologie croniche; adottare forme associative innovative di medicina territoriale (le MGI); sviluppare una "filiera dell'assistenza territoriale" in cui nodi fondamentali sono le COT e le strutture intermedie. Tali obiettivi sono espressi quasi esclusivamente in termini qualitativi, senza specificare indicatori quantitativi e temporali che possano consentire di definire una programmazione coerente

con i bisogni e di misurare in itinere ed ex post il grado di realizzazione del Piano, mettendo in atto eventuali misure correttive. Gli unici target espressi con indicatori quantitativi riguardano prevalentemente le dotazioni di posti letto in strutture intermedie da attivare, oppure gli standard di spesa che non possono essere superati e che vengono considerati nella valutazione dei direttori generali delle aziende. Sono invece completamente assenti obiettivi quantitativi sugli esiti in termini di salute attesi dall'integrazione operativa dei vari nodi della rete di servizi e dall'attivazione degli strumenti di continuità assistenziale previsti dal Piano.

E' quindi molto difficile riuscire a effettuare un monitoraggio puntuale, preciso ed oggettivo di tutti gli elementi e degli effetti del nuovo modello che dovrebbero essere attivati: MGI, COT, Strutture Intermedie, PDTA. Va, peraltro, rilevato che anche i nuovi obiettivi delle Aziende ULSS approvati per l'anno 2016 con la DGRV n. 2072 del 30 dicembre 2015 non inseriscono indicatori specifici che possano essere determinanti dell'effettiva presa in carico dei pazienti cronici sul territorio (ad esempio: n. delle ore di attivazione della COT; n. degli assistiti presi in carico; n. dei pazienti diabetici assistiti dalle MGI con puntuale applicazione dei PDTA; ecc…).

Si rende quindi necessario procedere a definire obiettivi quantificabili sul grado di realizzazione e sugli *outcome* attesi dei principali elementi che costituiscono la filiera dell'assistenza territoriale prevista dal PSSR. L'efficace monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi non può inoltre prescindere dalla presenza di una cabina di regia sia a livello regionale che a livello aziendale.

3. Effettuare un'analisi di sostenibilità economica e organizzativa

L'analisi testuale delle interviste ai testimoni privilegiati ha fatto emergere come il processo di implementazione della nuova assistenza territoriale abbia subìto un rallentamento soprattutto per il fatto che non sono state tenute in debita considerazione tutte le implicazioni economiche e organizzative connesse allo stesso. In linea teorica, l'operazione di riequilibrio tra ospedale e territorio (razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e contestuale attivazione di COT, MGI e strutture intermedie) avrebbe dovuto realizzarsi a parità di risorse, realizzando risparmi grazie al più efficace ed efficiente trattamento delle patologie croniche realizzabile con il nuovo modello improntato alla continuità assistenziale e all'appropriatezza. In realtà, i risparmi potenziali derivabili da

una migliore gestione delle cronicità sono conseguibili solo nel lungo periodo, mentre è necessario disporre subito di risorse per attivare la filiera dell'assistenza territoriale. Le risorse messe in campo dalla Regione per il nuovo modello si sono però concentrate finora sugli incentivi ai medici per l'attivazione delle MGI e della medicina di rete e non sono state generalmente ritenute sufficienti a sviluppare in maniera armonica gli altri nodi della rete dell'assistenza territoriale. Per questo molte A-ULSS hanno preferito rallentare il processo e assumere un atteggiamento prudenziale, soprattutto per quanto riguarda la realizzazione dei posti letto in strutture intermedie. Inoltre, la prevista sostituzione dei posti letto in lungodegenza negli ospedali per acuti non è sempre avvenuta per cui non si è verificata la riduzione di costi che ci si aspettava, mentre sono emersi costi aggiuntivi.

La maggior parte delle A-ULSS ha deciso di rinunciare a investire in nuove dotazioni per strutture intermedie, esternalizzando la gestione degli Ospedali di Comunità, delle Unità di Riabilitazione Territoriali (URT) e, in alcuni casi, degli hospice. Tale scelta ha di fatto portato le A-ULSS a individuare nei CSA già attivi sul territorio (gestiti da IPAB, fondazioni, enti religiosi o altre realtà del privato) gli interlocutori privilegiati a cui assegnare la gestione delle strutture intermedie. Prevale quindi la scelta di esternalizzare o privatizzare i servizi chiave della nuova assistenza territoriale: non solo nel caso delle strutture intermedie ma anche per quanto riguarda le Medicine di Gruppo Integrate, dove la scelta prevalente (con l'eccezione dell'A-ULSS 12 Veneziana) è stata quella di decentrare ai MMG la ricerca del personale infermieristico e amministrativo che viene reclutato il più delle volte da cooperative o ricorrendo a rapporti di libera professione.

Nell'opinione prevalente degli stakeholder intervistati, l'intero sistema disegnato dal PSSR sembrerebbe quindi potersi reggere nel medio-lungo termine, da un punto di vista organizzativo-gestionale, soltanto avviando un radicale processo di privatizzazione dei rapporti di lavoro, in particolar modo per quanto riguarda due nodi nevralgici delle rete dei servizi: le strutture intermedie e le forme di aggregazione delle medicina generale. Tale conclusione, tuttavia, si fonda esclusivamente sulla considerazione degli attuali vincoli di bilancio delle aziende e non è basata su una preliminare analisi di sostenibilità economica e organizzativa, indispensabile per poter analizzare i costi e i benefici di diverse possibili opzioni organizzative e gestionali.

La scelta prevalente di esternalizzare i servizi delle strutture intermedie pone peraltro due ordini di problemi che non possono essere trascurati e che sono presenti nelle considerazioni dei dirigenti di A-ULSS. In primo luogo, diventa essenziale che l'A-ULSS si doti di strumenti e competenze per mantenere il governo e il controllo dell'intero processo, predisponendo un adeguato sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti. La seconda questione riguarda il fatto che l'esternalizzazione non garantisce necessariamente la sostenibilità economico-finanziaria di tali servizi nel lungo periodo. Rispetto a quest'ultimo punto, tuttavia, va rilevato che la Regione ha recentemente ridefinito, con la DGR n. 2091 del 30 dicembre 2015, le tariffe giornaliere di Ospedali di Comunità e Unità di Riabilitazione Territoriale, con la finalità dichiarata di ricercare la sostenibilità economico-finanziaria dei servizi.

4. Non abbandonare ma ripensare il modello dell'integrazione socio-sanitaria

Soprattutto nelle interviste ai dirigenti di A-ULSS è emerso come un limite del modello di assistenza territoriale del PSSR sia rappresentato dal suo eccessivo sbilanciamento sulla componente sanitaria, che di fatto pregiudica il valore aggiunto legato all'integrazione socio-sanitaria che ha caratterizzato storicamente il sistema veneto. Nelle parole di uno dei dirigenti intervistati, sembra che si consideri "territoriale solo l'extra-ospedaliero e non il socio-sanitario". Esempi, sia pure molto circoscritti, di salvaguardia del connotato socio-sanitario del sistema si riscontrano peraltro nelle esperienze delle A-ULSS 1 di Belluno e 6 di Vicenza, che prevedono la presenza di un'assistente sociale all'interno del team delle MGI.

Il modello di sistema socio-sanitario, che ha rappresentato finora un punto di forza del Veneto richiederebbe di essere aggiornato e rivisitato, alla luce delle profonde trasformazioni socio-demografiche che hanno interessato la Regione, potenziando e rendendo più efficaci le sinergie tra Enti locali e Aziende sanitarie. Diventa quindi indispensabile prendere atto che l'organizzazione delle cure primarie richiede una forte integrazione con i servizi (sociali) offerti e gestiti da Comuni e Terzo settore, nonché con le stesse famiglie che rappresentano il principale "provider" assistenziale (con l'ausilio di badanti) nel caso delle persone disabili e non autosufficienti.

L'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale riguarda, infatti, la risposta ai bisogni di salute (e di qualità di vita) di persone in condizione di fragilità, non autosufficienza,

dipendenza e disagio sociale riferita a molteplici aree di salute (cronicità, salute mentale, dipendenze, disabilità, infanzia, adolescenza e famiglia, ecc..). Essa richiede metodologie, modelli relazionali e strumenti di cooperazione operativa complessi sotto il profilo professionale, gestionale, istituzionale e comunitario, in quanto integra la risposta assistenziale (terapeutico/riabilitativa) definita dai progetti personalizzati con un "progetto di vita" nel contesto familiare e comunitario.

5. Programmare, formare e gestire le risorse umane

L'implementazione di un processo così complesso come quello di attivazione della filiera prevista dal PSSR finora ha trascurato un aspetto di fondamentale importanza, una condizione necessaria cruciale per il successo dell'intera operazione: quello relativo alle risorse umane da impegnare.

Il tema dell'organizzazione e gestione del personale che dovrà essere impiegato nei differenti nodi della rete, in particolar modo nelle strutture intermedie e nelle forme associative della medicina generale, è emerso come uno dei nodi più importanti nelle interviste con gli *stakeholder* delle aziende sanitarie, soprattutto da parte dei rappresentanti dei lavoratori. L'attenzione degli intervistati si è rivolta prevalentemente al personale di supporto delle MGI, per cui si prevede il ricorso prevalente al privato (come accennato al punto 3) e al possibile spostamento di specialisti ospedalieri (geriatri) all'interno di strutture intermedie prevalentemente affidate al privato o a IPAB. Per contro, risulterebbe del tutto impraticabile una ricollocazione del personale infermieristico degli ospedali per acuti (ad oggi, infatti, ampiamente sottodimensionato) verso le nuove strutture intermedie da attivare. Rimane comunque cruciale sviluppare un'analisi completa dei fabbisogni di personale richiesto dal nuovo assetto del PSSR, che attualmente pare del tutto assente.

Parimenti risulta essenziale prevedere un'adeguata formazione del personale che, a tutti i livelli (da quello dirigenziale fino alle funzioni di supporto) si troverà ad operare nei diversi nodi della rete. Occorre in particolare investire sulla formazione di personale infermieristico che deve avere buone conoscenze del funzionamento sia dell'ospedale sia delle specificità caratterizzanti il territorio. Anche su questo punto c'è ancora molto da lavorare.

Riferimenti bibliografici

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.

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.

Gittell, Jody Hoffer, et al. (2000), "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: 807-819.

Ham C. (2010), "The Ten Characteristics of the High Performing Chronic Care System", *Health Economics, Policy and Law*, 5, pp. 71-90.

Health Search (2014), *VIII Report*, Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale, Firenze: Rixpress, 2014.

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

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.

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 (2015), *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - Anno 2015 (dati 2013-2014)*.

SER – Regione del Veneto (2014), *I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012*, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, febbraio.

SER – Regione del Veneto (2015), *Gli accessi in Pronto Soccorso in Veneto*, Sistema Epidemiologico Regione del Veneto, giugno.

Ringraziamenti

Si ringraziano sentitamente la Dott.ssa Maria Chiara Corti (Regione Veneto), il Dott. Francesco Avossa (Regione Veneto), il Dott. Stefano Cecconi (Dipartimento Welfare - CGIL) e il Dott. Angelo Tanzarella (già Direttore dei servizi sociali dell'Azienda ULSS 1 di Belluno) per i preziosi suggerimenti e le indicazioni utili per integrare e migliorare il Rapporto.

Si ringraziano inoltre tutti coloro che hanno collaborato alla raccolta delle informazioni utilizzate per la predisposizione del presente Rapporto, in particolare: Dott. Saugo (Regione Veneto), Dott.ssa Ghiotto (Regione Veneto), Dott.ssa Maria Chiara Corti (Regione Veneto), Dott. Francesco Avossa (Regione Veneto), Dott. Decol (A-Ulss 1), Dott. Angelo Tanzarella (A-Ulss 1), Dott.ssa Silvia Pierobon (A-Ulss 6), Dott. Stefano Ferrarese (A-Ulss 6), Dott. Mauro Ramigni (A-Ulss 9), Dott.ssa Cinzia Piovesan (A-Ulss 9), Dott.ssa 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 Manuela Nicoletti (A-Ulss 18), Dott. Roberto Borin (A-Ulss 20), Dott. Frazzingaro (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).

Naturalmente la responsabilità di quanto scritto resta esclusivamente degli autori.