



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**LIBRO BIANCO  
DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO  
DELLA REGIONE DEL VENETO  
2000 - 2009**

(VOLUME I)



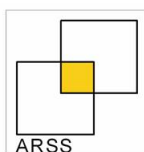
**Hanno collaborato:**



**Segreteria Regionale alla Sanità**

- Direzione Controlli e Governo SSR
- Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR

**Segreteria Regionale per il Bilancio**



**Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto**

- Unità Sistemi di Management
- Unità Sviluppo della Qualità

Per informazioni:

Ca' Zen ai Frari  
S. Polo 2580  
30125 Venezia – Italia  
Tel. 041.2793561  
Fax 041.2793566  
Email [segreteria@arssveneto.it](mailto:segreteria@arssveneto.it)

Finito di stampare nel mese di dicembre 2010

Copia del Volume può essere scaricata dal sito internet dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto al seguente indirizzo Internet: <http://www.arssveneto.it>.

Progetto grafico e impaginazione: Tipolitografia l'Artigiana – Montebelluna (TV)

## Sommario

1.	METODOLOGIA ADOTTATA NELLA REDAZIONE DEL LIBRO BIANCO .....	5
1.1	Glossario degli acronimi e delle sigle .....	6
2.	RAPPRESENTAZIONE REGIONALE DI SINTESI.....	7
2.1.	Popolazione residente .....	7
2.1.1.	Demografia della popolazione residente .....	7
2.1.2.	Popolazione per provincia e per Azienda ULSS .....	9
2.1.3.	Riparto .....	11
2.1.4.	Finanziamento dei Livelli di Assistenza.....	12
2.2.	Assistenza ospedaliera .....	13
2.2.1.	Finanziamento e costi dell'assistenza ospedaliera .....	13
2.2.2.	Il tasso di ospedalizzazione.....	13
2.2.3.	Posti letto .....	15
2.2.4.	Prestazioni di ricovero .....	18
2.2.5.	Case mix.....	21
2.2.6.	Quadro generale sulla qualità percepita: il punto di vista dei pazienti.....	25
2.3.	Assistenza distrettuale .....	29
2.3.1.	Finanziamento e costi dell'assistenza distrettuale.....	29
2.3.2.	Assistenza specialistica .....	29
2.3.3.	Assistenza farmaceutica territoriale.....	30
2.3.4.	Cure primarie.....	31
2.3.5.	Altra assistenza distrettuale .....	33
2.4.	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.....	34
2.5.	Dotazione di personale dipendente del SSSR veneto .....	36
2.5.1.	Analisi regionale e per profilo professionale.....	36
2.5.2.	Analisi aziendale e per area gestionale .....	40
2.6.	Indicatori di bilancio .....	43
2.6.1.	Sintesi economica.....	43
2.6.2.	Dettaglio ricavi e costi d'esercizio .....	46
2.6.3.	Analisi finanziaria e patrimoniale .....	61
3.	QUADRO DI SINTESI PER AZIENDA SANITARIA .....	65
3.1.	Metodologia utilizzata.....	65
3.2.	Analisi Aziende ULSS.....	70
3.3.	Analisi Aziende Ospedaliere e IOV .....	91



## 1. METODOLOGIA ADOTTATA NELLA REDAZIONE DEL LIBRO BIANCO

Il Libro Bianco costituisce una rappresentazione del Servizio Socio Sanitario Veneto, in una prospettiva temporale pluriennale e con riferimento ai principali ambiti di gestione.

Le informazioni contenute rappresentano le principali variabili organizzative, gestionali, economiche, finanziarie e patrimoniali delle Aziende del SSSR. Sono escluse le attività della gestione accentrata regionale e le corrispondenti risorse finanziarie utilizzate.

Il Libro Bianco si compone di tre sezioni.

La Prima Sezione è una relazione di sintesi, redatta secondo un'ottica di aggregazione e consolidamento delle variabili organizzative, gestionali, economiche, finanziarie e patrimoniali delle Aziende Sanitarie. La relazione prende in considerazione gli aspetti demografici e organizzativi delle Aziende, quindi approfondisce l'analisi con una rendicontazione per Livello di Assistenza (ospedaliero, distrettuale, assistenza collettiva e in ambienti di vita e lavoro) e servizi di supporto. Poiché il dato della popolazione si riferisce al 1° gennaio di ciascuna annualità, il dato al 31 dicembre dell'anno 'n' è stato assimilato utilizzando la popolazione dell'anno successivo.

La relazione di sintesi prosegue con elementi descrittivi sul personale dipendente, che costituisce la principale risorsa del Servizio Socio Sanitario Regionale e si conclude con una panoramica degli elementi economici, finanziari e patrimoniali.

La Seconda Sezione del Libro Bianco propone un confronto tra le Aziende Sanitarie, utilizzando il diagramma radiale che consente di meglio evidenziare il posizionamento di ciascuna realtà aziendale in rapporto alla media regionale.

La Terza Sezione, che, data la dimensione, costituisce volume a sé stante contiene tutte le schede di dettaglio, distintamente per ciascuna Azienda Sanitaria. Sono proposti, inizialmente, le principali misure e gli indicatori del personale dipendente. A seguire sono rappresentati tutti i set di misure utilizzate e, in conclusione, gli schemi economico finanziari derivanti dal bilancio<sup>1</sup>. In un dettaglio a parte sono illustrati infine gli schemi economici dei bilanci della gestione "sociale".

Le fonti informative utilizzate sono prevalentemente le seguenti:

- Sistema Informativo del Ministero della Salute, alimentato con dati forniti direttamente a cura delle Aziende Sanitarie (<http://www.nsis.salute.gov.it/>)<sup>2</sup>;
- Sistema Informativo Socio Sanitario della Regione Veneto, alimentato con dati forniti direttamente a cura delle Aziende Sanitarie (<https://www.websanita.intra.rve/>)<sup>2</sup>;
- Bilanci d'esercizio delle Aziende Sanitarie comprensivi di c/economico, c/patrimonio, nota integrativa (Segreteria Regionale alla Sanità). Al fine di consentire una rappresentazione di lungo periodo dei bilanci, ARSS ha realizzato un apposito strumento di *business intelligence*, già accessibile via web, che consente di ricostruire, secondo determinate logiche e criteri, le principali variabili economiche, finanziarie e patrimoniali delle Aziende Sanitarie. Se da un lato ciò rischia di utilizzare classificazioni contabili diverse da quelle attualmente utilizzate dalle Aziende, dall'altro ciò consente di effettuare una prima fotografia sufficientemente rappresentativa del SSSR, per le finalità del presente documento.

<sup>1</sup>Nell'allegato 3 la popolazione residente, diversamente dai criteri utilizzati nel resto del documento, è riferita 1 gennaio di ciascun esercizio

<sup>2</sup>L'accesso ai servizi del portale è consentito solo agli utenti accreditati

- SIGMA Informatica SpA: flusso dati sulla dotazione di personale, trasmesso da SIGMA ad ARSS con cadenza annuale. Le associazioni delle risorse umane alle funzioni aziendali (ospedale, distretto, prevenzione, servizi generali) è effettuata a cura delle Aziende Sanitarie;

Ulteriori fonti informative utilizzate sono di volta in volta esplicitate nel documento.

In coda alla Terza Sezione (Volume 2), sono riportate le legende degli indicatori utilizzati e le specifiche fonti informative utilizzate, nonché i criteri eventualmente adottati nelle elaborazioni e rappresentazioni degli stessi.

## 1.1 Glossario degli acronimi e delle sigle

CCNO .....	Capitale Circolante Netto Operativo
CINO.....	Capitale Investito Netto Operativo
DRG.....	Diagnosis Related Group ( <i>sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali che si basa su raggruppamenti omogenei di diagnosi</i> )
FTE .....	Full Time Equivalent
HSP12 – HSP13 .....	Modelli ministeriali per la rilevazione dei posti letto
ICP .....	Indice Comparativo di Performance
ICM .....	Indice di Case Mix
LA .....	Livelli di Assistenza
PL .....	Posti Letto
NSIS .....	Nuovo Sistema Informativo Sanitario ( <a href="http://www.nsis.salute.gov.it">www.nsis.salute.gov.it</a> )
OSS .....	Operatore Socio Sanitario
OTA .....	Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza
RO – DH .....	Ricovero Ordinario e Day Hospital (ricovero diurno)
SIRM-ANIE-AIMN ...	Società Italiana di Radiologia Medica - Associazione Elettromedicali - Associazione Italiana Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare
SSR .....	Servizio Sanitario Regionale
SSSR .....	Servizio Socio Sanitario Regionale
TO .....	Tasso di Occupazione dei posti letto
TOS .....	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato
TOS* .....	% del TOS in presidi ospedalieri pubblici dell'ULSS

### Atti e Normativa

DGR (o DGRV) .....	Deliberazione della Giunta regionale (del Veneto)
LR .....	Legge regionale
PSSR .....	Piano Socio Sanitario Regionale

### Enti e strutture

ARSS .....	Agenzia regionale Socio Sanitaria
CRITE .....	Commissione Regionale per l'investimento in Tecnologia ed Edilizi
IOV .....	Istituto Oncologico Veneto
IRCCS .....	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ULSS .....	Unità Locale Socio Sanitaria

Per indicare le Aziende del SSSR sono utilizzate le seguenti definizioni:

- **Aziende ULSS**, o **ULSS**: indica le 21 Unità Locali Socio Sanitarie;
- **Aziende Ospedaliere**: l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera di Verona (dal 2010 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona);
- **IOV**: Istituto Oncologico Veneto;
- **Aziende**, o **Aziende Sanitarie**, o **Aziende del SSSR**: indica l'intero complesso delle Aziende.

Con la dicitura *datawarehouse* si indica il data base contenente i dati sanitari della Regione del Veneto.

## 2. RAPPRESENTAZIONE REGIONALE DI SINTESI

### 2.1. Popolazione residente

#### 2.1.1. Demografia della popolazione residente

La popolazione della Regione del Veneto è incrementata, nel periodo 2001-2009, del 7,6% passando da 4,5 milioni a 4,9 milioni di abitanti a fine 2009.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è riscontrabile attraverso diversi indicatori, tra cui l'incidenza degli over-65 che è passata dal 18% a quasi il 20%.

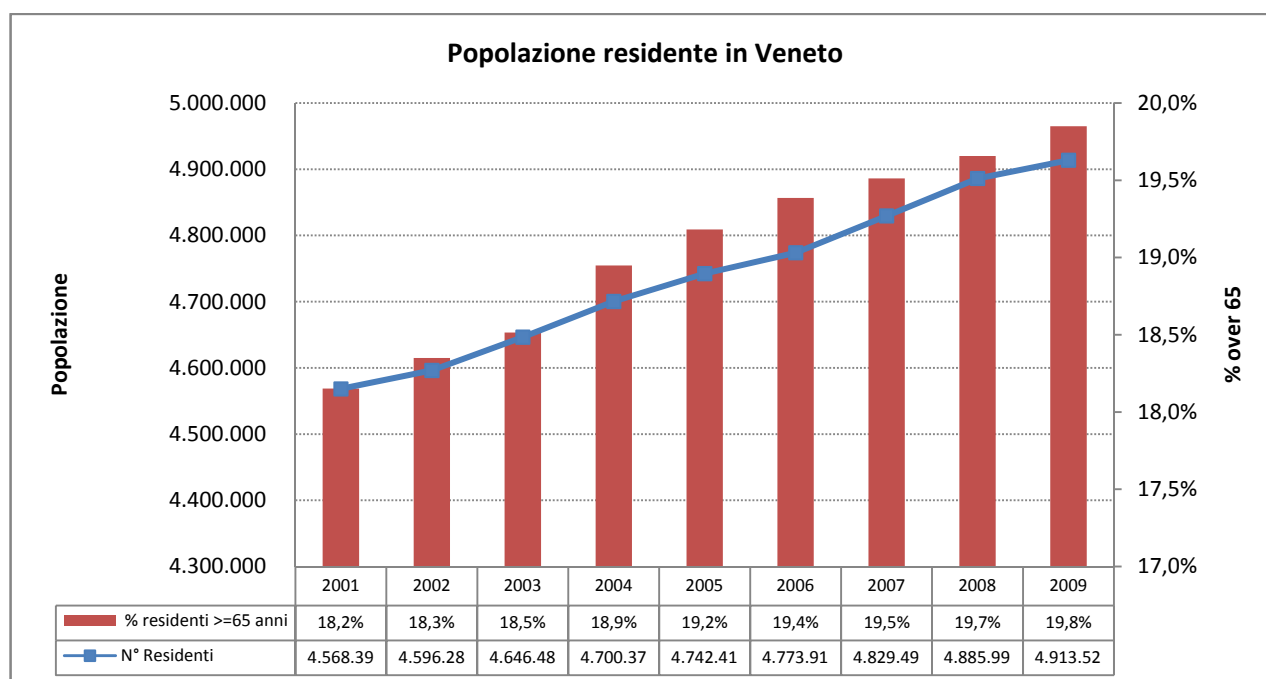


Grafico 1 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

I grafici 2 e 3 danno evidenza del modificarsi della composizione della popolazione residente tra il 2001 ed il 2009, per cui gli over-75 passano dall'8% al 10% del totale.

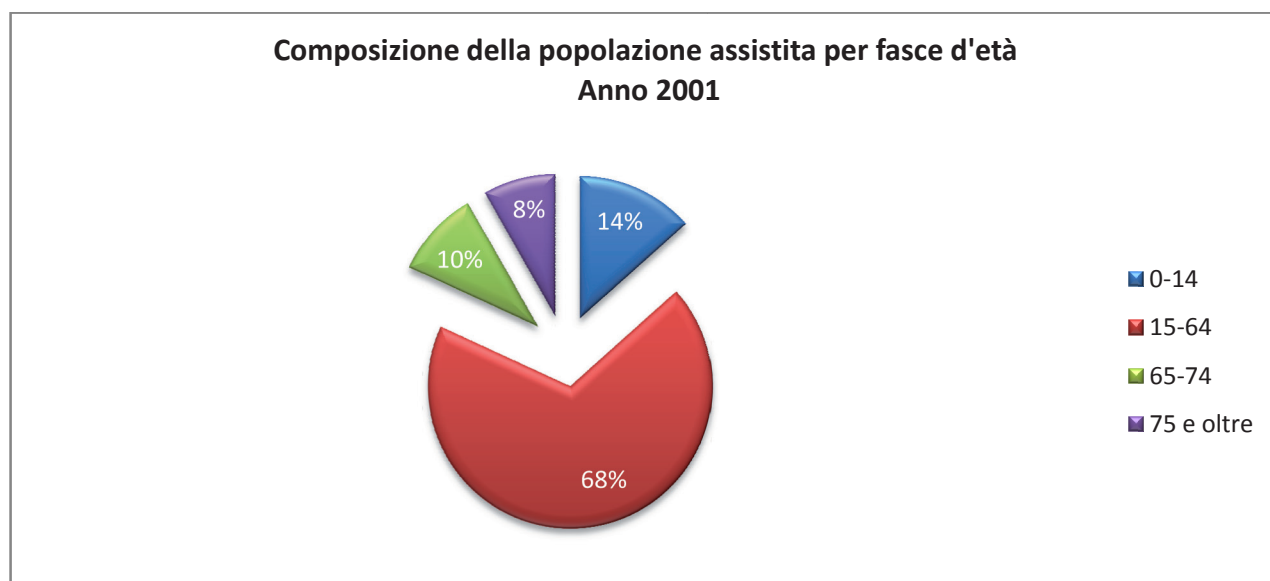


Grafico 2 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

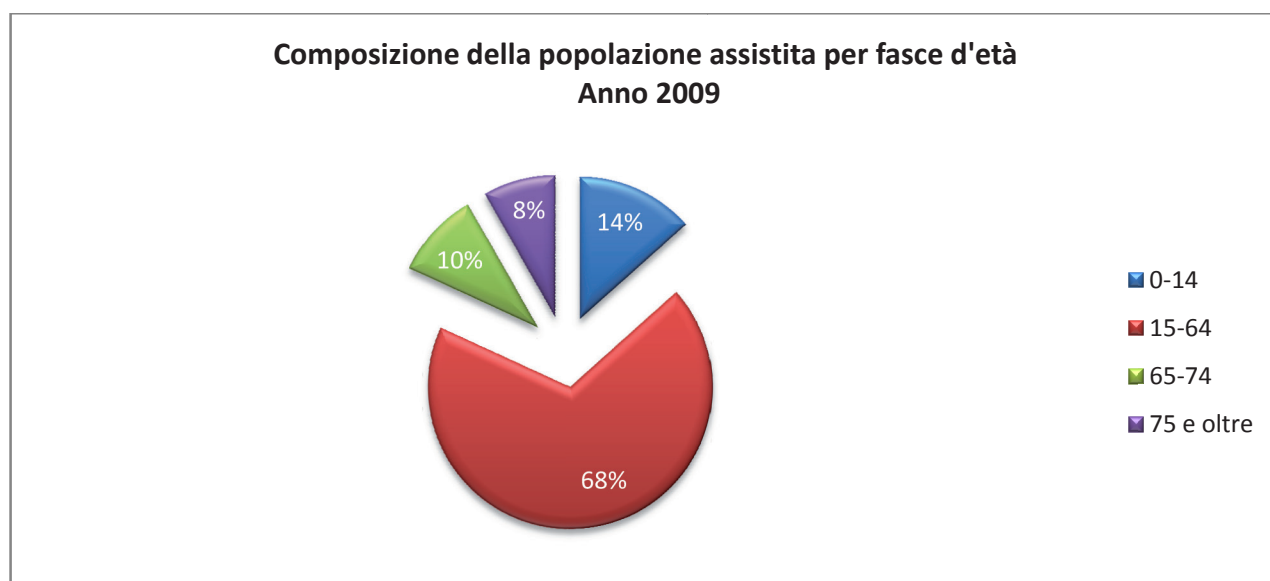


Grafico 3 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

L'analisi demografica descrive la composizione anagrafica della popolazione anche tramite gli indicatori di vecchiaia e di natalità. Il grafico 4 illustra l'andamento di questi indicatori nel periodo 2001-2009 e propone, tra gli altri, indicatori di vecchiaia e di natalità per descrivere la composizione anagrafica della popolazione.



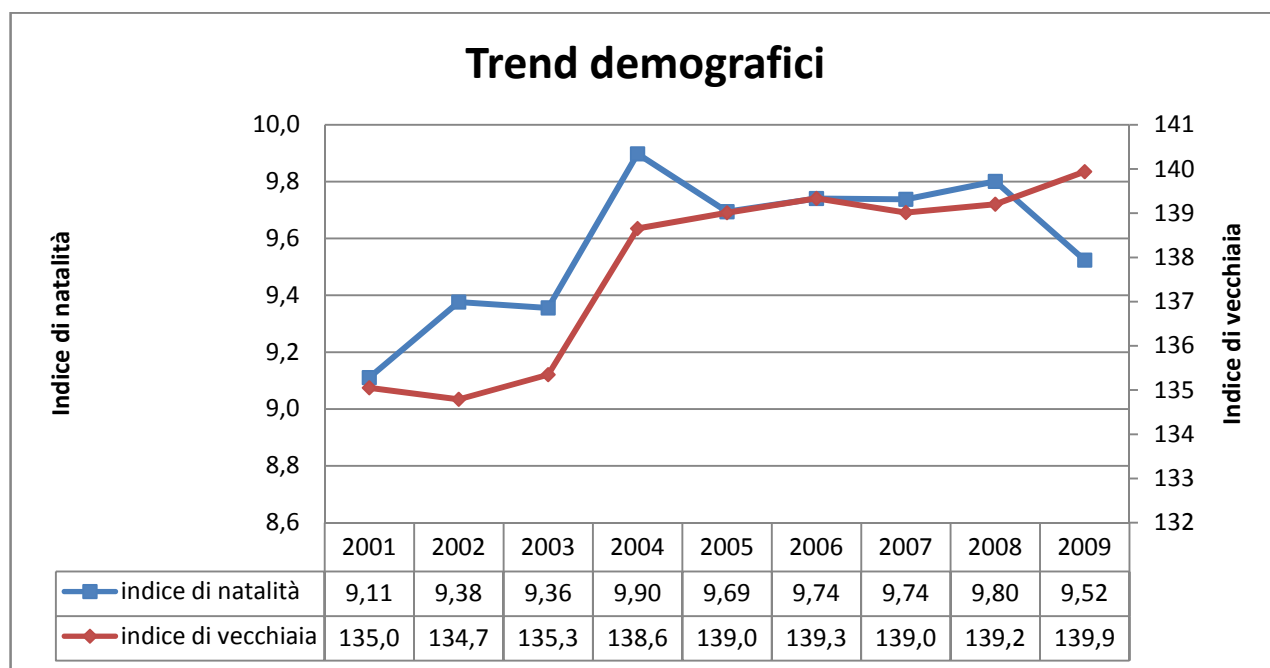


Grafico 4 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

L'indice di vecchiaia, che rapporta la popolazione di età superiore o uguale ai 65 anni con quella di età inferiore ai 15 anni, rappresenta un indicatore dinamico in grado di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione; valori dell'indice superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

L'Indice di natalità, invece, misura l'incidenza della popolazione "anni 0" ogni mille abitanti.

## 2.1.2. Popolazione per provincia e per Azienda ULSS

Di seguito si propongono due grafici per evidenziare la popolazione residente per Provincia e per singola Azienda ULSS di afferenza; si precisa che i comuni della Saccisica, in questa analisi, sono già stati ricondotti all'ULSS 16 come avvenuto a far data dal 1 gennaio 2010<sup>2</sup>.

<sup>3</sup> Ai sensi della LR 5 dicembre 2008 n. 22

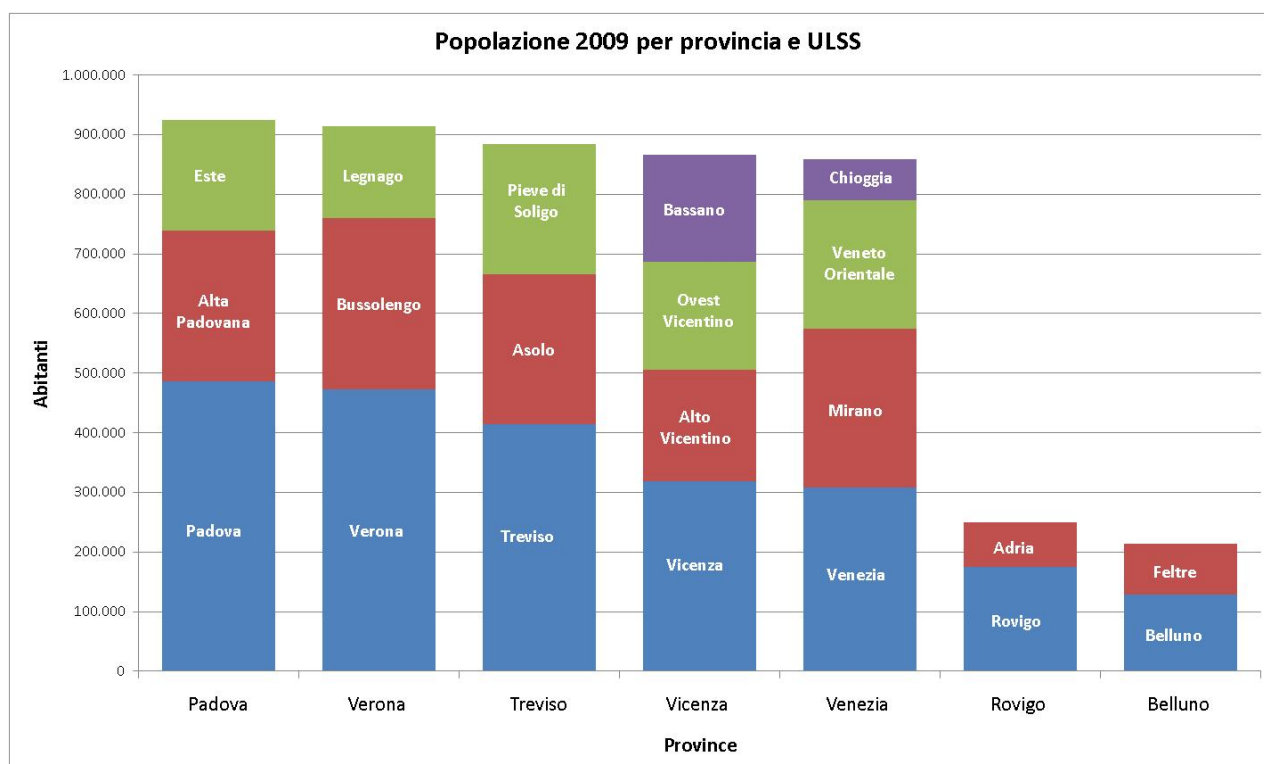


Grafico 5 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

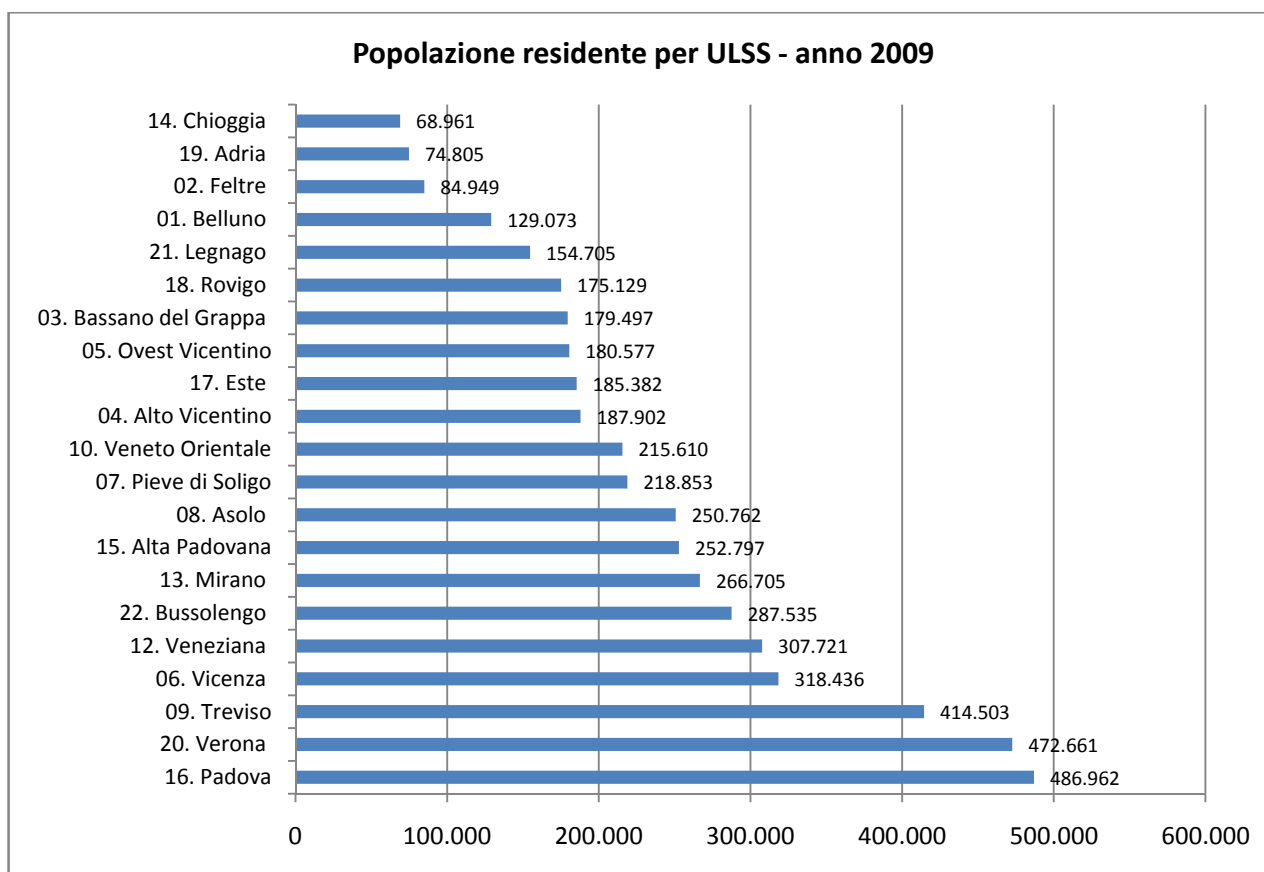


Grafico 6 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati provenienti dalle Aziende Sanitarie).

### 2.1.3. Riparto

Le risorse finanziarie assegnate alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, tramite il c.d. “riparto” del Fondo Sanitario Regionale, sono passate dai 4,3 miliardi di euro nel 2000 ai 7,7 miliardi del 2009, con un incremento dell’82% (mediamente il 9% annuo che si riduce a circa il 5% negli ultimi quattro esercizi).

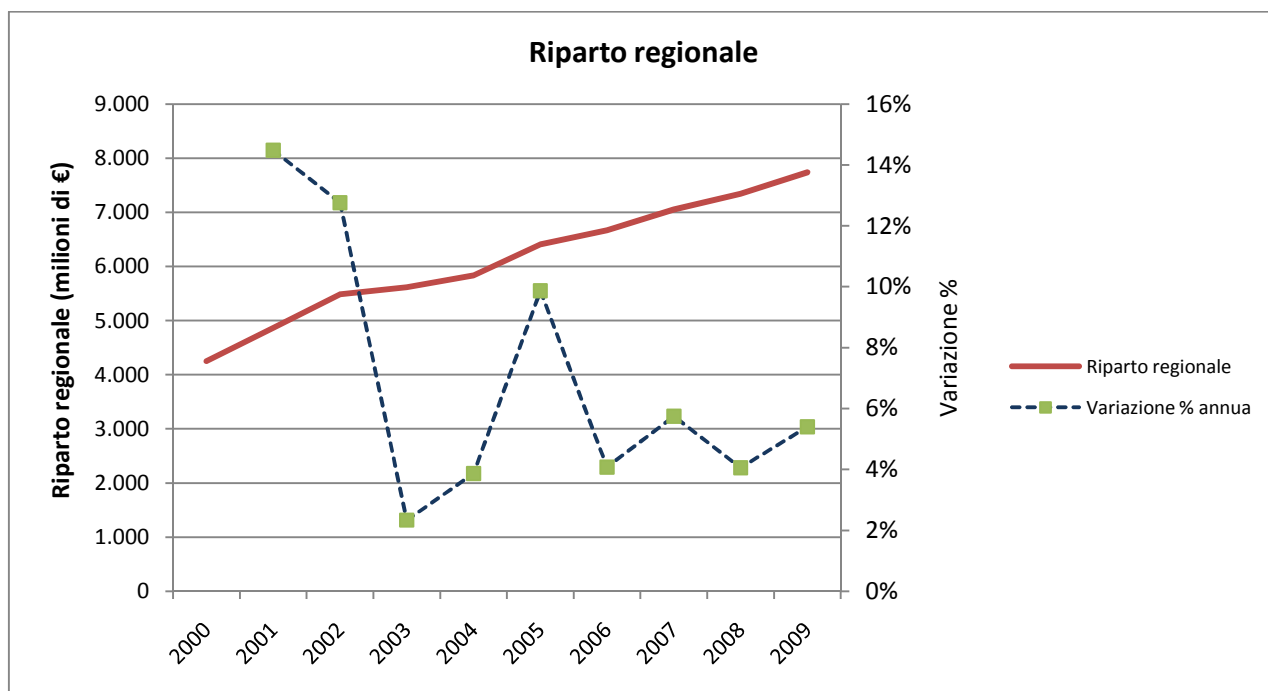


Grafico 7 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Il grafico 8 illustra l’andamento delle risorse di riparto anche in rapporto alla popolazione residente nel periodo 2000-2009, dal quale si evince un incremento pro capite, nel periodo, pari a circa 640 euro (+68%).

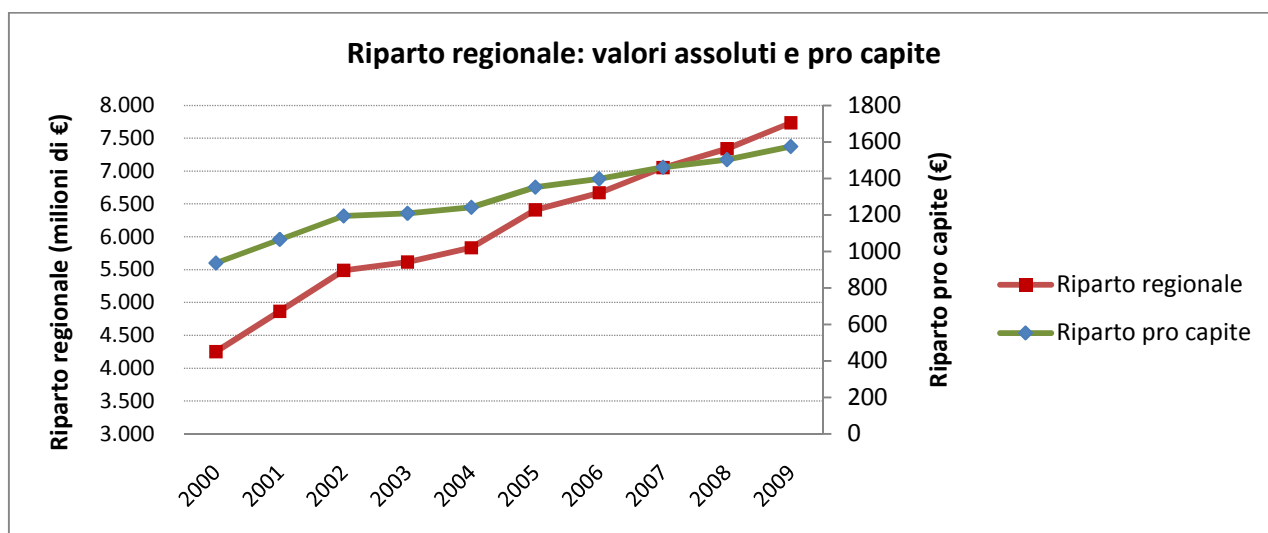


Grafico 8 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

### 2.1.4. Finanziamento dei Livelli di Assistenza

Le risorse finanziarie assegnate alla Regione del Veneto sono annualmente suddivise per “livelli assistenziali”, secondo molteplici criteri di ripartizione, esplicitati e revisionati annualmente attraverso Deliberazioni della Giunta Regionale.

Per l'esercizio 2009, il riparto è stato definito come di seguito:

Esercizio 2009	Riparto 2009	Riparto %
<b>Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro</b>	<b>383.806.460</b>	<b>5,0%</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>3.890.699.519</b>	<b>50,3%</b>
<i>di cui farmaceutica convenzionata</i>	<i>995.292.897</i>	<i>12,9%</i>
<i>di cui specialistica ambulatoriale</i>	<i>951.384.573</i>	<i>12,3%</i>
<i>di cui assistenza di base, distrettuale ed altra territoriale</i>	<i>1.086.880.954</i>	<i>14,0%</i>
<i>di cui altra assistenza distrettuale</i>	<i>857.141.095</i>	<i>11,1%</i>
<b>Assistenza Ospedaliera</b>	<b>3.461.390.021</b>	<b>44,7%</b>
<b>Totale</b>	<b>7.735.896.000</b>	<b>100,0%</b>

Tabella 1 - Fonte: DGRV 3494/09, con riassegnazione degli altri finanziamenti sui livelli di assistenza (ARSS) e aggiornamento con dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità.

## 2.2. Assistenza ospedaliera

### 2.2.1. Finanziamento e costi dell'assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera viene finanziata con il 44,7% delle risorse di riparto: per l'esercizio 2009 il finanziamento ammontava a 3,5 miliardi di euro.

Il costo dell'assistenza ospedaliera è passato da 3,6 miliardi di euro nel 2006 a 3,8 miliardi di euro nel 2009 (+5,9%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 2,7% (si veda il grafico sottostante).

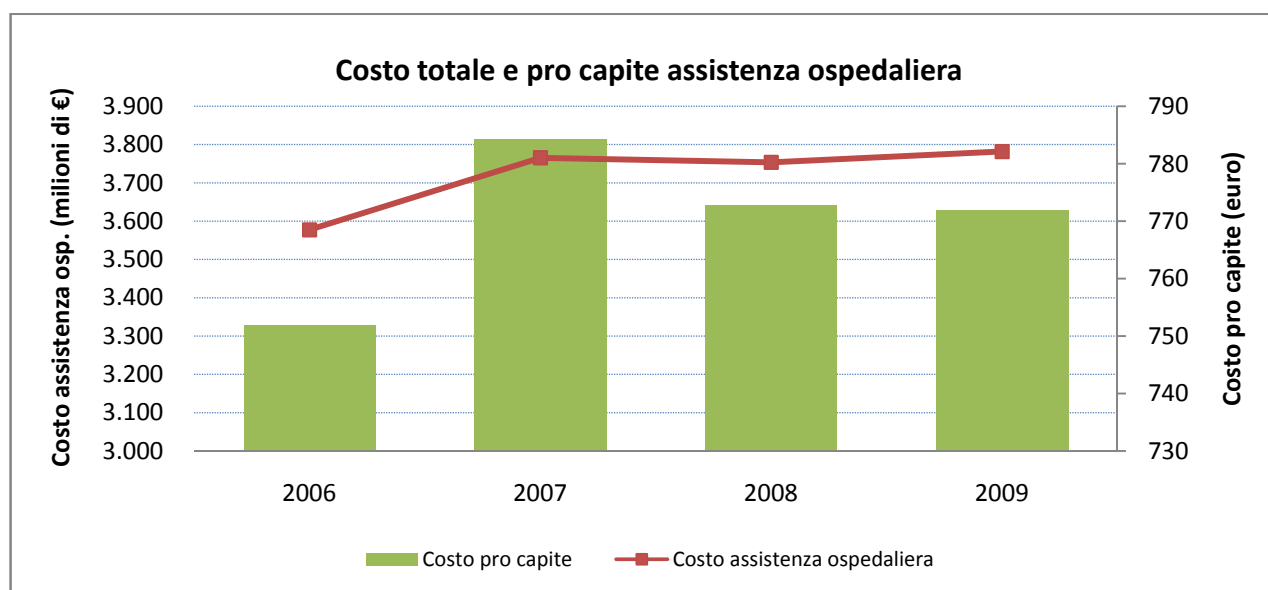


Grafico 9 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale. Il costo, include quota parte dei costi delle Aziende Ospedaliere e IOV.

### 2.2.2. Il tasso di ospedalizzazione

Il ricorso all'assistenza ospedaliera in regime di degenza (ordinaria e diurna) si è progressivamente ridotto, in coerenza con le politiche sia nazionali che regionali di contenimento dell'ospedalizzazione, a vantaggio - quando le condizioni di sicurezza lo consentono - dell'assistenza territoriale, più vicina ai bisogni di continuità assistenziale e di integrazione socio sanitaria.

Il principale indicatore di misurazione del ricorso al trattamento ospedaliero è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, il quale rappresenta il numero di ricoveri medio annuo ogni mille abitanti.

Il grafico 10 evidenzia un tasso di ospedalizzazione che è sceso al di sotto dei 160 ricoveri ogni mille residenti, contro i 200 ricoveri del 2001.

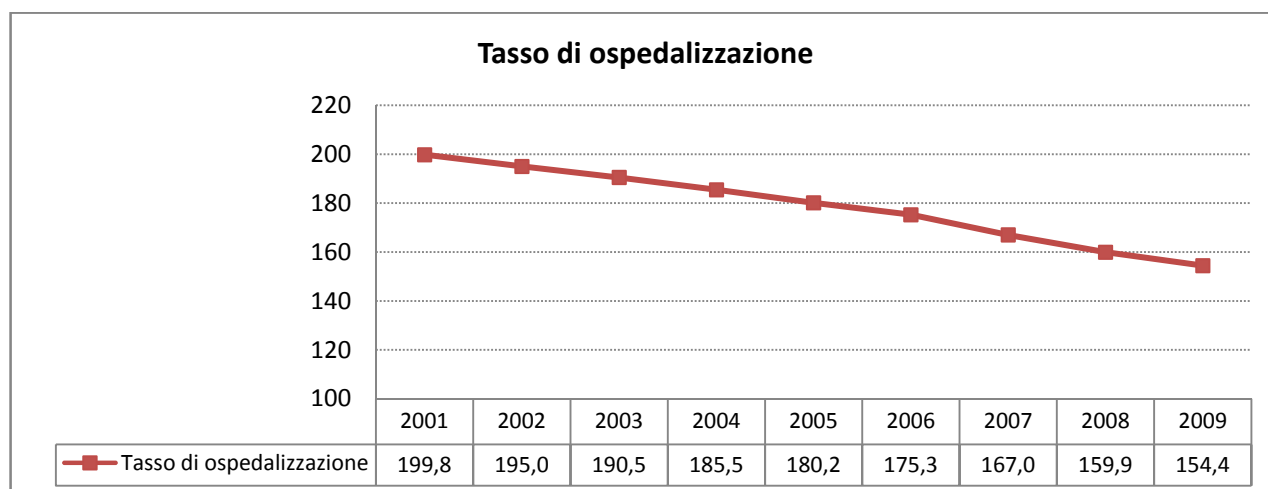


Grafico 10 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie, classi di età da riparto 2009).

Lo standard atteso del tasso di ospedalizzazione è fissato a livello nazionale a 160 ricoveri ogni mille residenti.

Un ulteriore approfondimento di analisi può essere condotto distinguendo il tasso di ospedalizzazione in ragione della tipologia di strutture erogatrici, così come proposto dal grafico 11.

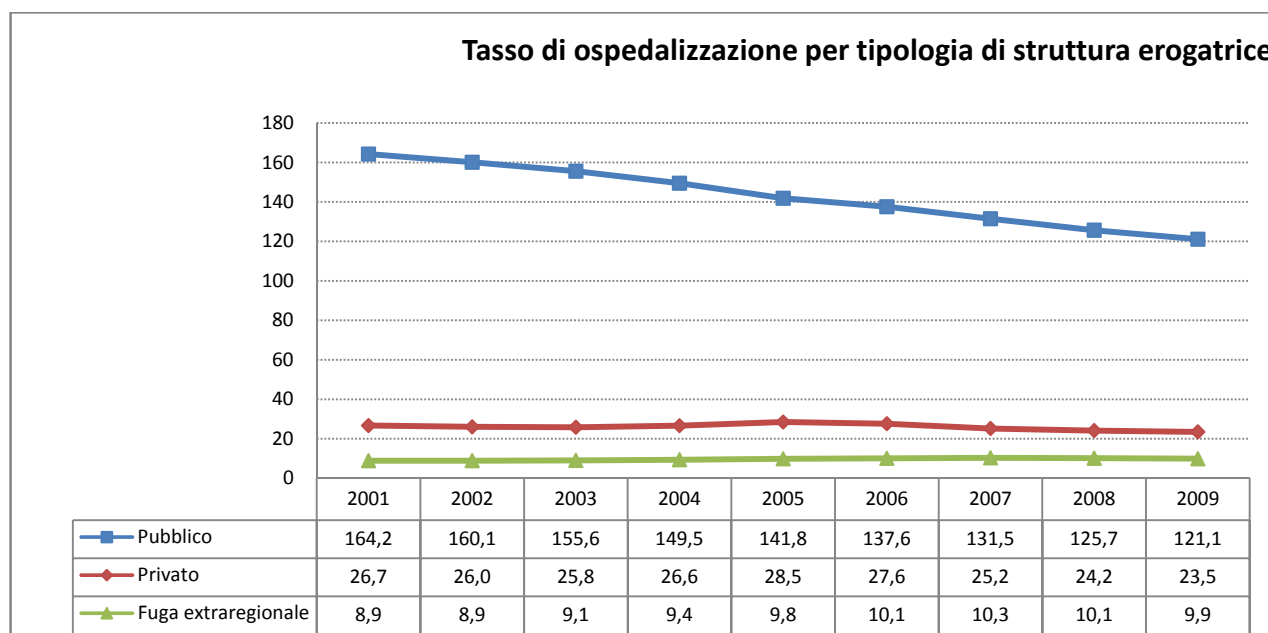


Grafico 11 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie, classi di età da riparto 2009).

Come si evidenzia, il contenimento del tasso di ospedalizzazione costituisce un risultato ottenuto mediante la progressiva riduzione dei ricoveri presso le strutture ospedaliere pubbliche, a fronte di una sostanziale stabilità sia dei ricoveri presso le strutture private accreditate della Regione che della mobilità extraregionale in uscita (fuga extraregionale).

### 2.2.3. Posti letto

La dotazione di posti letto ospedalieri delle strutture pubbliche e private accreditate è passata dalle 23,7 migliaia di unità del 2000 alle attuali 19,7 migliaia, con una riduzione del 17%. Il grafico 12 evidenzia che tale contrazione si è prevalentemente realizzata negli ospedali pubblici.

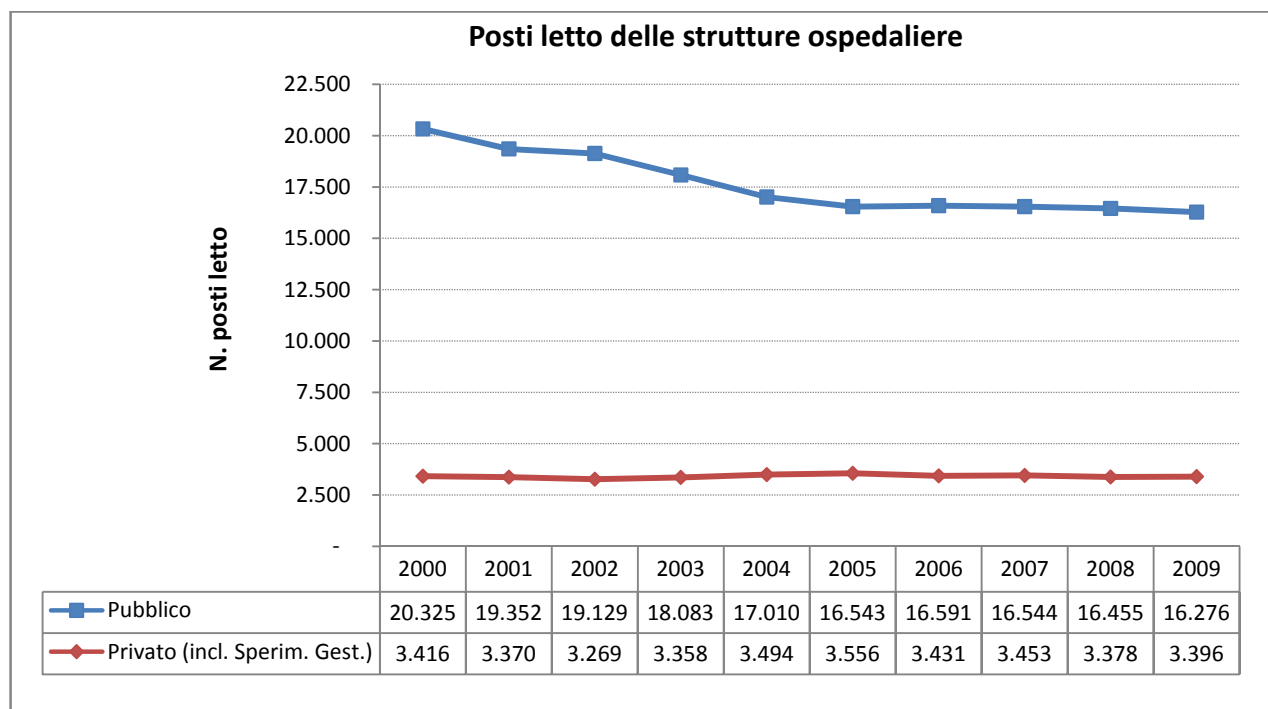


Grafico 12 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie), mese di dicembre. I posti letto delle strutture pubbliche includono i letti classificati "paganti". I posti letto del privato: accreditati come da modello HSP13.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha definito gli standard di posti letto da conseguire entro il mese di giugno 2011, al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

Lo standard definito prevede una dotazione di posti letto ospedalieri accreditati a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie<sup>3</sup>.

Come si evidenzia nei grafici 13 e 14, la Regione del Veneto presenta una dotazione di posti letto già in linea con gli standard nazionali sia per quanto concerne le acuzie (3,3 posti letto per mille abitanti) che per la riabilitazione e lungodegenza post-acute (0,7 posti letto per mille abitanti).

<sup>3</sup>Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, art. 6)

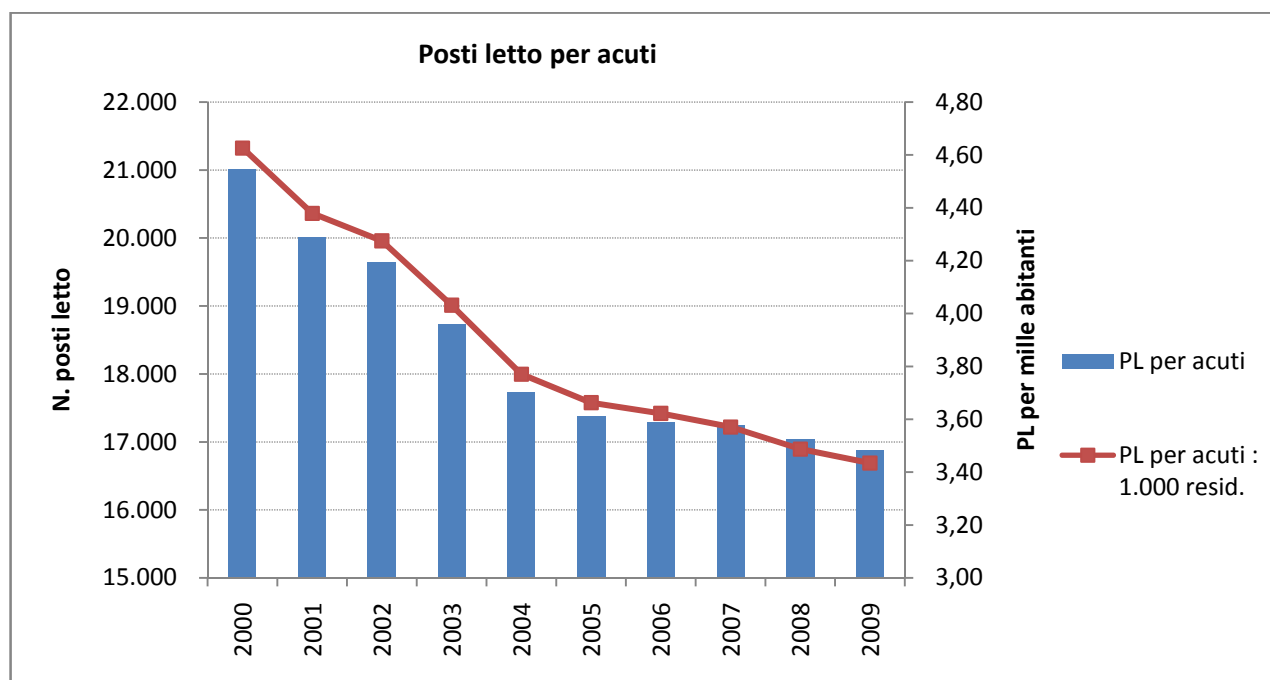


Grafico 13 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie) , mese di dicembre. Popolazione residente da datawarehouse regionale su dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

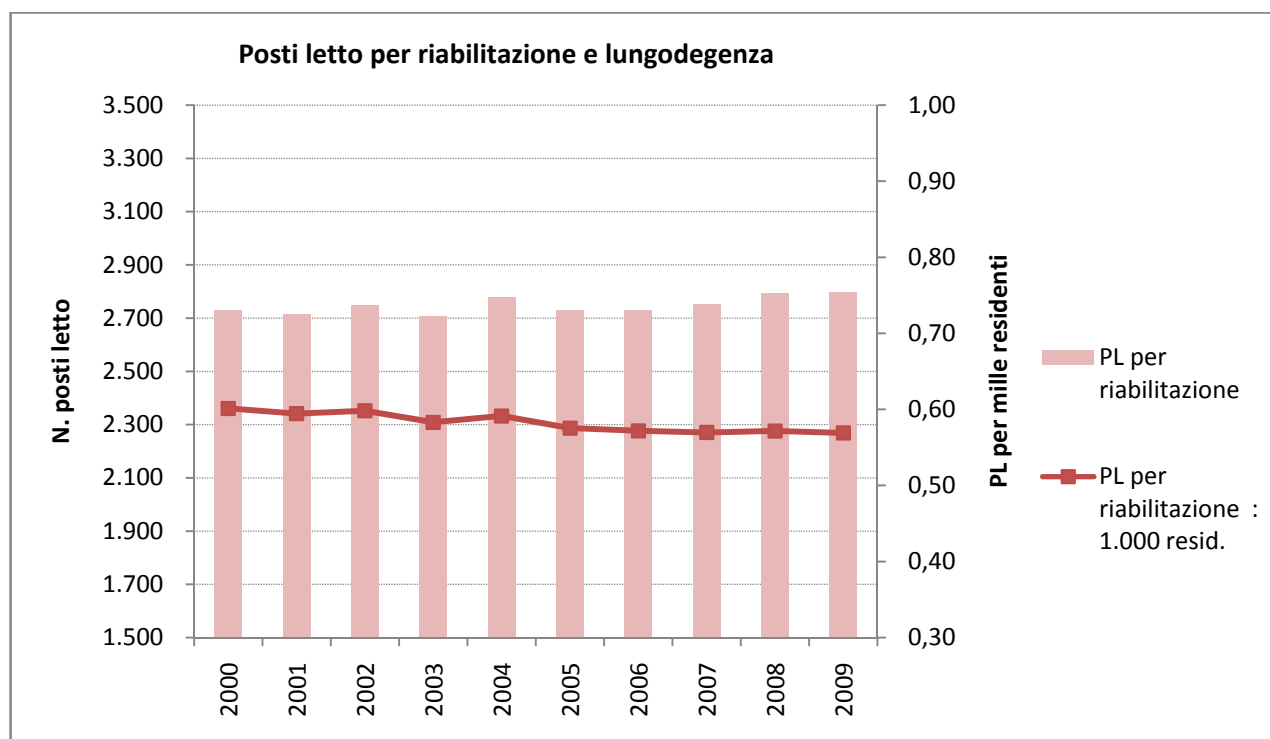


Grafico 14 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie) , mese di dicembre. Il dato include i posti letto di lungodegenza, recupero e rieducazione funzionale, unità spinali e neuro riabilitazione. Popolazione residente da datawarehouse regionale su dati forniti dalle Aziende Sanitarie.



Tale risultato, tuttavia, presenta differenziazioni sensibili a livello locale, come si evince dai grafici 15 e 16, dettagliati per singola provincia della regione.

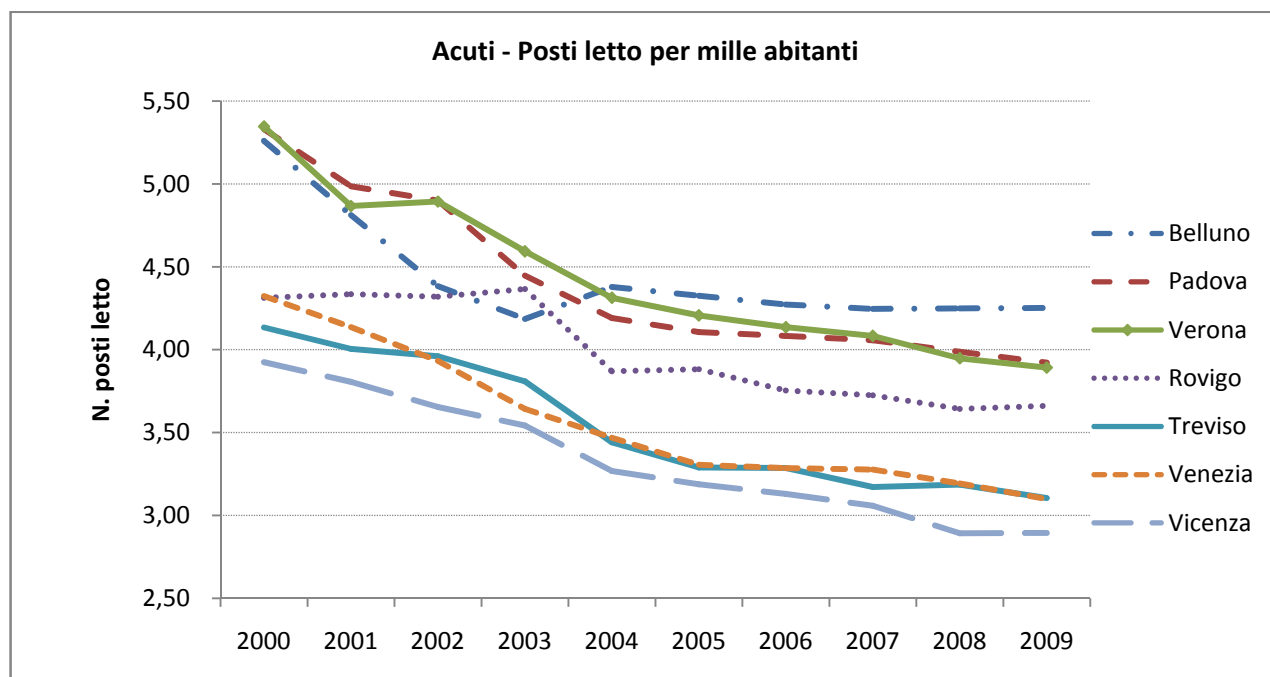


Grafico 15 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie) , mese di dicembre. Popolazione residente da datawarehouse regionale su dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

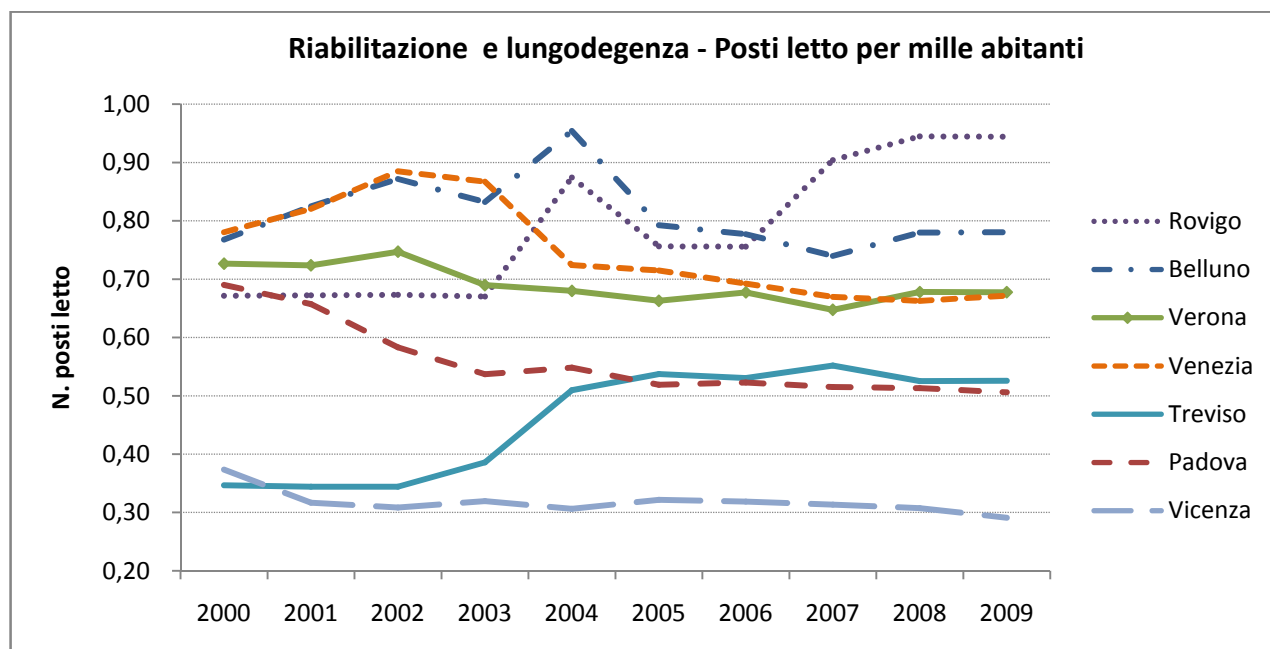


Grafico 16 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS modelli HSP12 e HSP13 (dati inviati dalle Aziende Sanitarie) , mese di dicembre. Il dato include i posti letto di lungodegenza, recupero e rieducazione funzionale, unità spinali e neuro riabilitazione. Popolazione residente da datawarehouse regionale su dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Al 1° gennaio 2010, la dotazione di strutture di ricovero ed i posti letto medi, per provincia, sono rappresentati nella tabella 2.

#### Strutture di ricovero per acuti, riabilitazione e lungodegenza SSR Veneto

Provincia	N° Strutture di ricovero			Posti letto medi per struttura		
	Pubbliche	Private accred. +Sperim. Gestionali	Totale	Pubblica	Privata	Totale
Verona	12	8	<b>20</b>	257	138	<b>209</b>
Venezia	10	5	<b>15</b>	255	138	<b>232</b>
Vicenza	10	3	<b>13</b>	252	80	<b>212</b>
Padova	9	4	<b>13</b>	401	112	<b>293</b>
Treviso	7	6	<b>13</b>	380	91	<b>247</b>
Rovigo	3	3	<b>6</b>	287	97	<b>192</b>
Belluno	5	1	<b>6</b>	200	78	<b>180</b>
<b>Regione</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>86</b>	<b>291</b>	<b>113</b>	<b>229</b>

Tabella 2 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati NSIS HSP.11 - HSP.12-HSP.13

#### 2.2.4. Prestazioni di ricovero

In precedenza si è osservata una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione, in corrispondenza anche ad analogo contrazione dei posti letto, quantomeno delle strutture ospedaliere pubbliche.

Il grafico 17 evidenzia la riduzione dei ricoveri realizzati presso le strutture ospedaliere della Regione; coerentemente con i dati esposti in precedenza, la riduzione si concentra soprattutto nelle strutture ospedaliere pubbliche<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Il costo di acquisto di servizi ospedalieri (ricoveri) dalle strutture private è evidenziato in seguito (cfr. par 2.6.2)

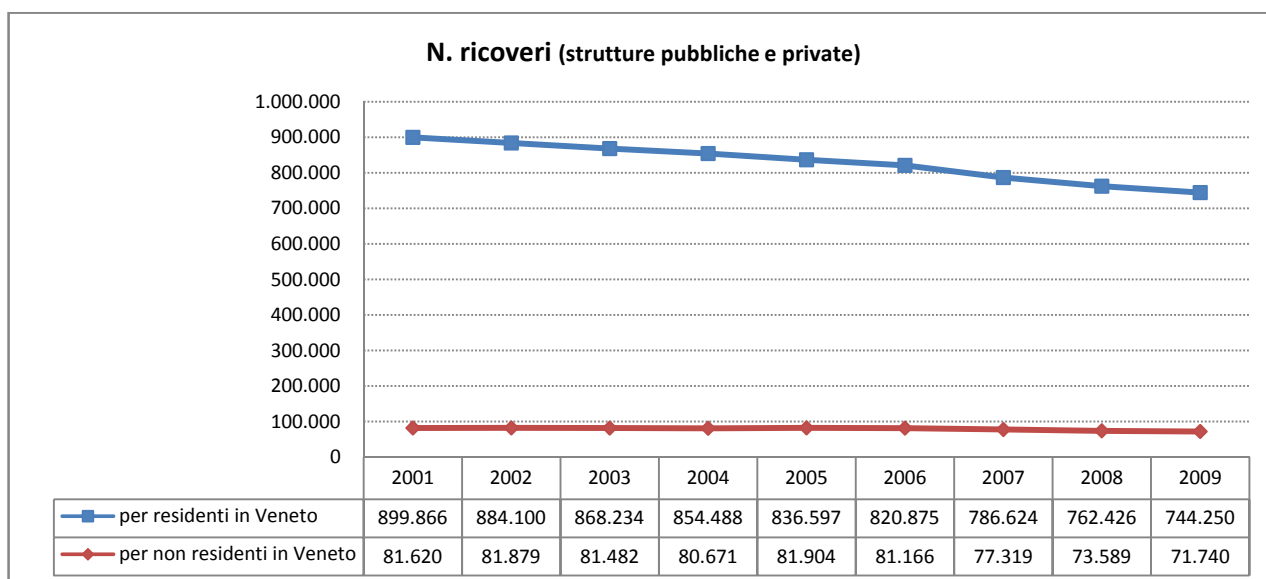


Grafico 17 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Si deve segnalare anche una crescita dei ricoveri effettuati a favore di residenti della Regione del Veneto presso strutture ospedaliere extraregionali (fuga extraregionale), anche se tale fenomeno appare in riduzione a partire dall'esercizio 2007.

L'aumento dell'incidenza della fuga extraregionale può essere letto congiuntamente all'indicatore di attrazione di pazienti da altre regioni. Il grafico 18 riporta l'andamento dell'indicatore di turnover della mobilità extraregionale (sempre riferito all'attività di ricovero) e misura il numero di pazienti provenienti da altre regioni, in rapporto ai cittadini veneti che si sono rivolti a strutture extraregionali.

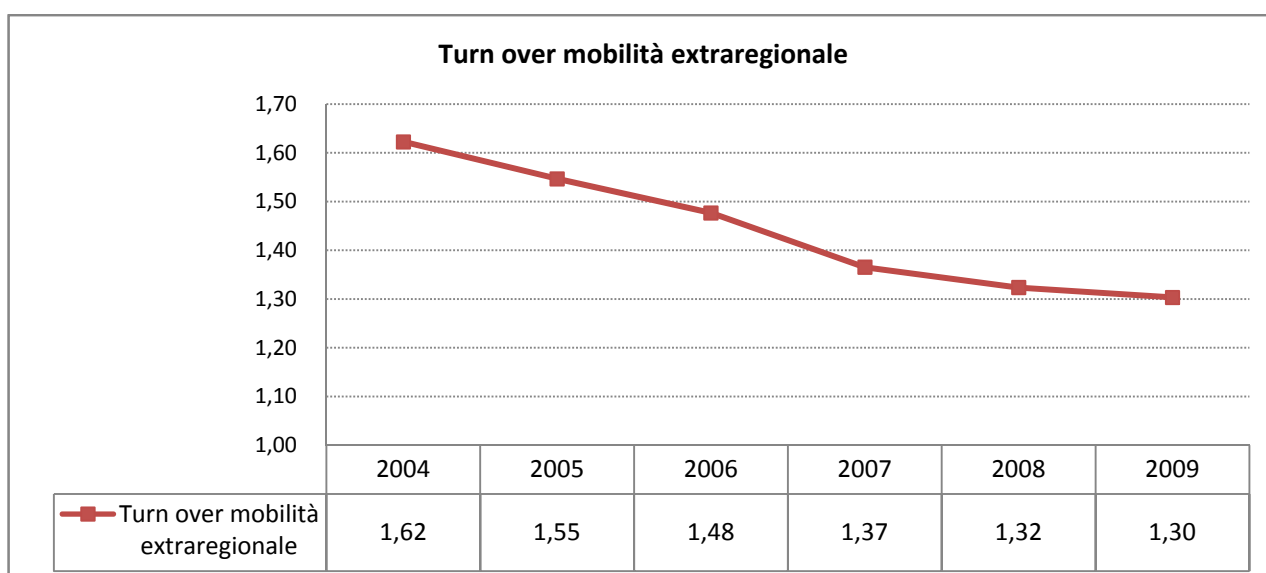


Grafico 18 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Dal 2007 l'indicatore di turn over della mobilità extraregionale diminuisce con intensità minore rispetto agli anni precedenti. Questo "miglioramento relativo" è spiegato sia dalla diminuzione del numero di

residenti in Veneto ricoverati in altre regioni (“miglioramento” dell’indicatore di fuga), sia da un contenimento del calo dell’attrattività (minor calo dell’indicatore di attrattività).

La progressiva riduzione delle giornate di degenza<sup>5</sup> è accompagnata, come evidenziato nel grafico 19, con il continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche e terapeutiche; a rafforzare tale fenomeno, in particolare a partire dagli anni 2006 e 2007, interviene il graduale trasferimento del trattamento di alcune patologie a bassa complessità verso i regimi ambulatoriali (es. cataratta, tunnel carpale ecc.).

Ciò comporta un utilizzo più appropriato delle strutture ospedaliere, le quali trattano in tal modo una quota più rilevante di pazienti acuti. Tale fenomeno sarà tenuto in adeguata considerazione anche nelle successive valutazioni in merito alla produttività delle risorse impiegate.

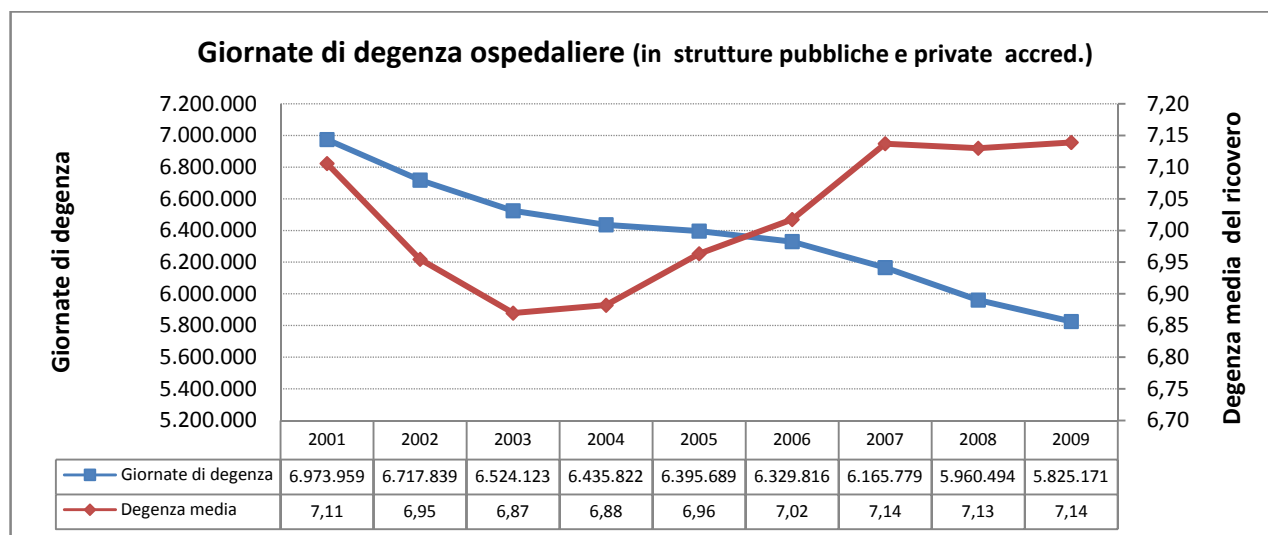


Grafico 19 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Ricoveri ordinari e diurni.

Di seguito nel grafico 20 si propone l’andamento del tasso di occupazione dei posti letto<sup>6</sup>, tradizionalmente utilizzato per misurare l’efficienza nel loro impiego. Si tenga in considerazione che la presenza dei servizi di urgenza ed emergenza richiede una saturazione dei posti letto non eccessiva, al fine di garantire la necessaria risposta assistenziale alle attività non programmabili.

<sup>5</sup> Sono comprese le giornate di degenza nelle strutture pubbliche, private accreditate e sperimentazioni gestionali.

<sup>6</sup> Il Tasso di occupazione dei Posti Letto è un indicatore di efficienza che esprime la percentuale di posti letto mediamente occupati durante l’anno. Si riferisce ai soli ricoveri ordinari in posti letto ordinari delle strutture pubbliche.

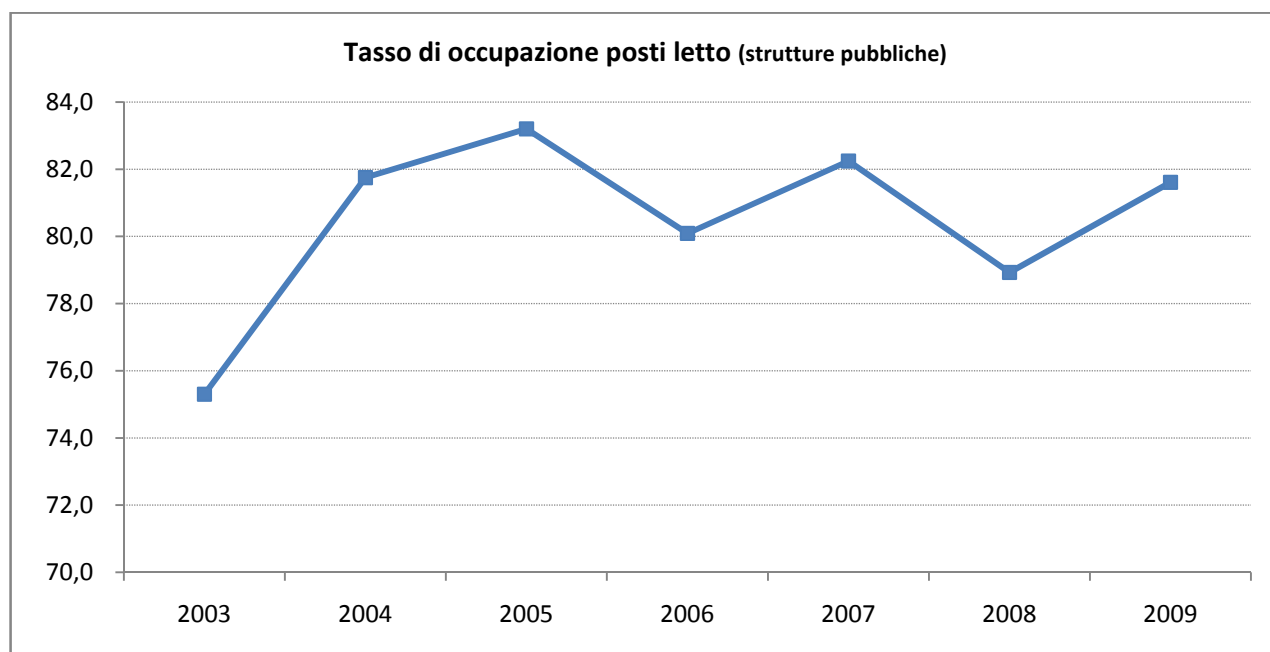


Grafico 20 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

### 2.2.5. Case mix

Nel paragrafo precedente è stato proposto l'indice di turnover della mobilità extraregionale il cui valore manifesta una riduzione nel periodo dal 2004 al 2009. Per comprendere le possibili cause di questo fenomeno, approfondiamo l'analisi introducendo una macro – classificazione delle attività di ricovero<sup>7</sup>:

- Classe A: DRG's definiti di "alta complessità" dalla TUC – Tariffa Unica Convenzionale<sup>8</sup>;
- Classe B: DRG's con peso >2, non di classe A<sup>9</sup>;
- Classe C: DRG's non rientranti nelle altre classi;
- Classe D: DRG's a rischio inappropriata.

Sulla scorta di tale classificazione, è possibile proporre il seguente grafico:

<sup>7</sup> Si veda anche Quaderno di ARSS Veneto n.4 "Alte e basse specialità nella Regione Veneto" in [http://www.arssveneto.it/html\\_pages/documents/Quaderno\\_4.pdf](http://www.arssveneto.it/html_pages/documents/Quaderno_4.pdf)

<sup>8</sup> Eccetto DRG's ad alta complessità solo per complicanze concomitanti.

<sup>9</sup> Si evidenzia che i pesi DRG's hanno subito nel tempo diverse modifiche ed in particolare nel 2009, con l'introduzione della versione 24.

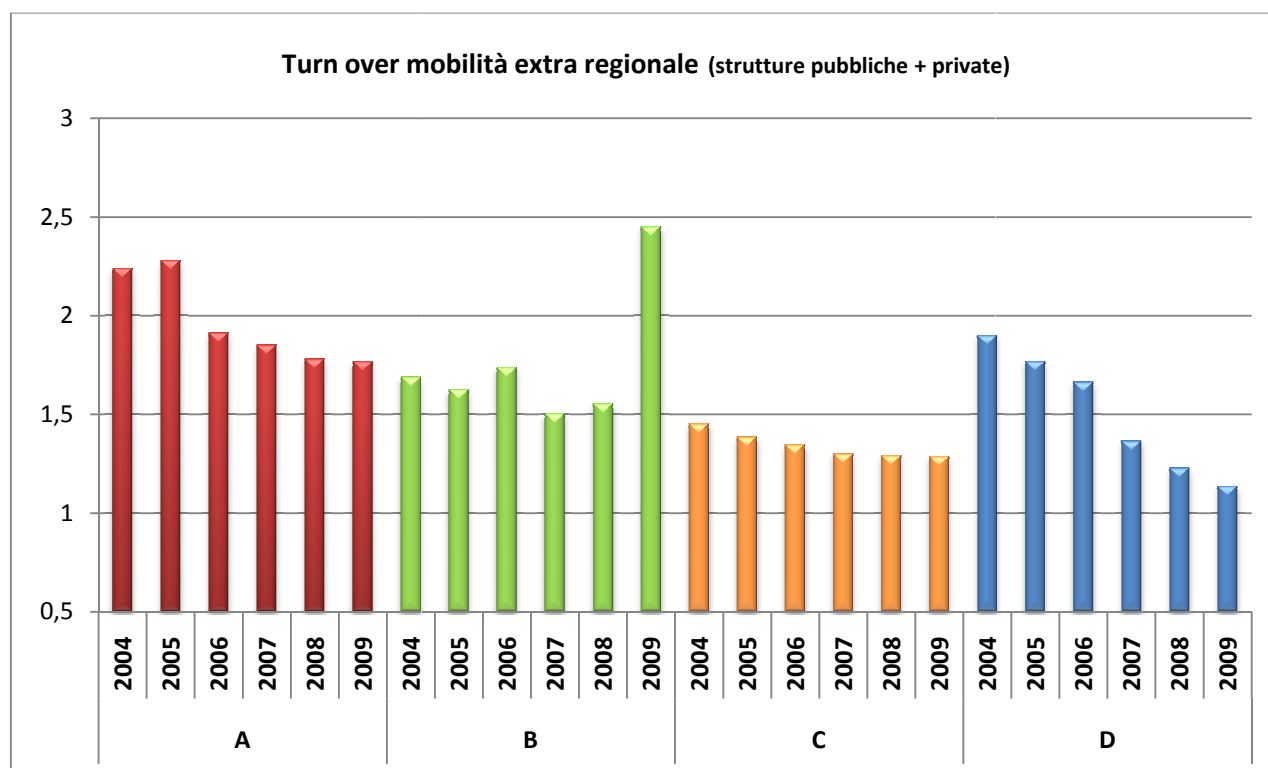


Grafico 21 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Come si evince dal grafico 21, la riduzione del tasso di turn-over per mobilità extraregionale è riconducibile alle classi A e D (la variabilità della classe B è causata dalla numerosità molto contenuta).

Mentre per la classe D la riduzione è conseguente alle politiche di appropriatezza organizzativa ( per cui molteplici prestazioni sono trasferite verso regimi assistenziali più appropriati), per la classe A la riduzione deriva dal minor volume di prestazioni ad alta complessità erogate dalle Aziende Ospedaliere e dalle Aziende capoluogo di provincia. Tali Aziende perdono quota di domanda anche nei confronti delle strutture private accreditate.

Come evidenziato dal grafico 22, più in generale, le Aziende Sanitarie pubbliche cedono terreno nei confronti delle strutture private accreditate, che, viceversa, acquisiscono una quota di domanda extraregionale crescente: passano, infatti, dal 25% ad oltre il 40% della quota di domanda extraregionale di ricoveri ad alta complessità (classe A).

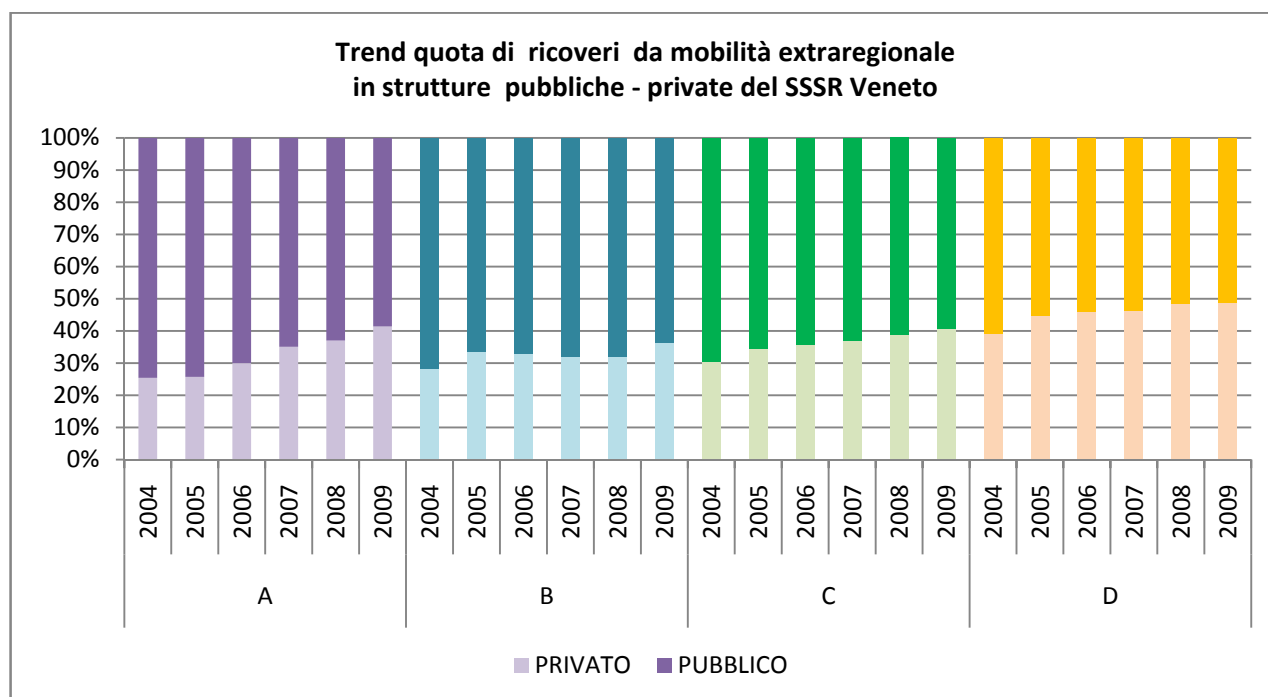


Grafico 22 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Per indagare più in profondità il fenomeno dei ricoveri ad alta complessità è opportuno ampliare l'analisi a tutta la domanda di ricovero (regionale ed extra regionale) distinguendola a seconda della tipologia di aziende che la soddisfano (Aziende Ospedaliere/IRCCS pubblico, Aziende provinciali/capoluogo di Provincia, Aziende non provinciali e strutture private accreditate).

La prima dimensione di approfondimento è relativa alle quote di ricoveri, suddivisi per grado di complessità, assolate dalle diverse tipologie di strutture ospedaliere.

Il grafico 23 evidenzia almeno tre fenomeni di rilievo nel segmento di classe A (ricoveri ad alta complessità):

- a) le Aziende Ospedaliere registrano una diminuzione della quota di ricoveri (dal 30% del 2004 al 26% del 2009);
- b) le strutture private accreditate conseguono un incremento della quota di ricoveri (dal 14% del 2004 al 21% del 2009);
- c) le ULSS non provinciali continuano a mantenere una quota elevata di ricoveri (il 32%).

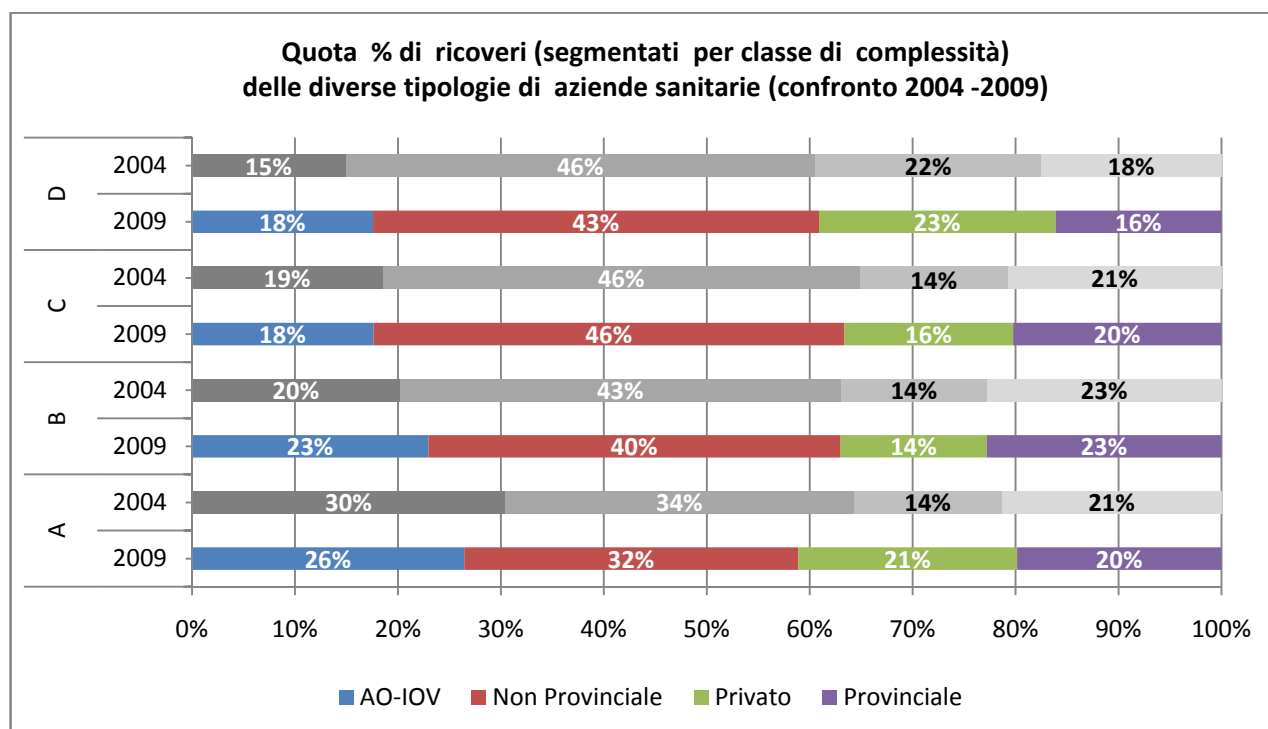


Grafico 23 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

Una possibile chiave di lettura di questi fenomeni induce a dedurre che negli ultimi anni il Servizio Socio Sanitario Regionale non appare indirizzato verso un processo di concentrazione delle prestazioni ad alta complessità nei centri di eccellenza clinica e di grandi dimensioni nei quali è possibile garantire adeguati standard di specializzazione, professionalità e sicurezza.

La seconda dimensione di analisi (espressa nel grafico 24) condotta sulla composizione dei ricoveri prodotti dalle Aziende sembra confermare tale considerazione, in quanto solo il 12% dei ricoveri realizzati nelle Aziende Ospedaliere/IRCCS pubblico è riferibile a prestazioni di alta complessità (classi A +B) contro un 9% dei ricoveri realizzati nelle strutture private accreditate. Da rilevare, infine, come le strutture private accreditate continuino a presentare anche la maggiore incidenza di prestazioni di classe D, ad elevato rischio di in appropriatezza (anche se in diminuzione dal 34% al 26%).



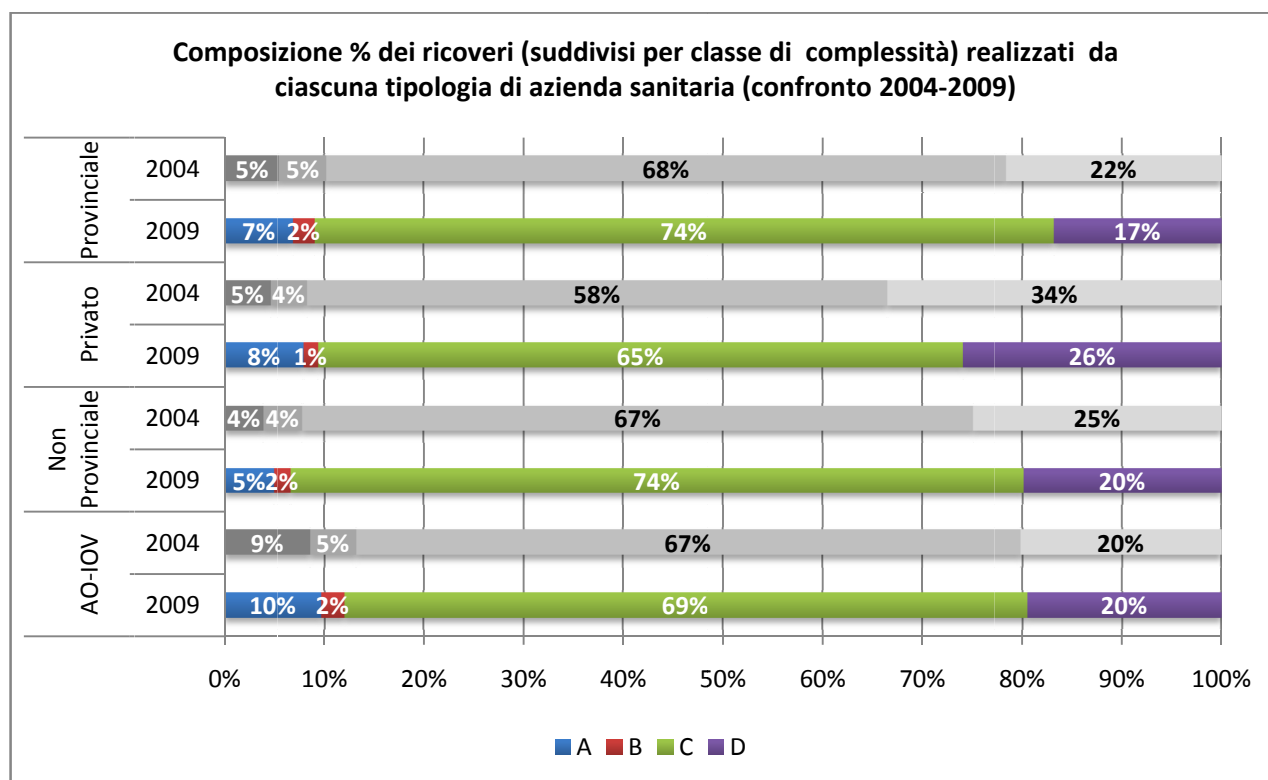


Grafico 24 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

### 2.2.6. Quadro generale sulla qualità percepita: il punto di vista dei pazienti

Nel 2008 è stato avviato un progetto per realizzare un Sistema regionale integrato per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino.

Sono state avviate delle indagini sulla qualità percepita con il supporto metodologico del Picker Institute<sup>10</sup> che svolge analoghe indagini per il sistema sanitario inglese.

Dopo una sperimentazione nel 2009 è stata portata a regime a tutte le altre Aziende Sanitarie regionali l'indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali con l'invio di 19.000 questionari. Il tasso grezzo di adesione è stato del 67%, segnale di un interesse reale del paziente ad esprimere la propria opinione. Di seguito sono riportati i principali risultati emersi dall'analisi delle risposte fornite dai pazienti. Si tratta di un primo quadro descrittivo che illustra soprattutto le importanti potenzialità informative dei dati. L'esito dell'indagine fornisce infatti elementi conoscitivi utili per il miglioramento della qualità dal punto di vista del paziente a livello sia regionale sia locale.

<sup>10</sup> <http://www.pickerinstitute.org>

Il primo importante punto di forza è rappresentato dal giudizio complessivo che i pazienti esprimono sulla loro esperienza di ricovero ospedaliero: l'89,5% dei rispondenti valuta l'assistenza ricevuta ottima, molto buona o buona, mentre solo l'1,7% esprime un giudizio chiaramente negativo.

Il giudizio complessivo appare strettamente collegato alla fiducia dei pazienti negli operatori che li hanno assistiti, in particolare nei medici, che va interpretata come riconoscimento della loro professionalità.

Nel confronto fra le singole Aziende e il dato complessivo regionale ci sono state differenze statisticamente significative in tutte le domande.

Una variabilità ridotta indica una situazione diffusa in modo omogeneo su tutto il territorio regionale che chiama in causa il ruolo di programmazione e indirizzo della Regione, indicando l'opportunità e la possibilità di porre obiettivi di miglioramento della qualità.









Nel caso di variabilità ampia, invece, sono soprattutto le Aziende ad essere chiamate a porre in essere azioni specifiche anche attraverso il benchmarking con le Aziende "migliori".

Per gli approfondimenti si rimanda alle pubblicazioni sul tema a cura dell'Area Qualità e Accreditamento dell'ARSS.

<b>Disegno strategico complessivo</b>			
<u>Messa a regime</u> di un programma regionale di indagine:			
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su <b>tutte le principali aree</b> assistenziali e percorsi</li> <li>2. Su <b>tutte le Aziende</b> Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate</li> <li>3. Indagini <b>periodiche</b> a cadenza pluriennale</li> </ol>		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
<b>Dimessi Ospedale</b>	Sperimentazione (4 ULSS)	Estensione (19.000 invii)	
<b>Assistiti Medici di Famiglia e Guardia Medica</b>		Sperimentazione (7 ULSS)	Estensione (14.000 invii)

Tabella 3 - Fonte: Arss- Area Qualità e Accreditamento

## PUNTI DI FORZA E AREE DI MIGLIORAMENTO NELLE TAPPE DELL' ESPERIENZA DI RICOVERO

 <p><b>Accesso</b></p>	 <p><b>L'ordine di visita dei pazienti in Pronto Soccorso</b> - l'87,9% dei rispondenti ritiene che sia stato corretto</p>
	 <p><b>I tempi di attesa</b> – Per i ricoveri d'urgenza, rispettivamente il 25,0% e il 31,1% dei pazienti giudica decisamente o abbastanza lungo il tempo trascorso in Pronto Soccorso prima di avere assegnato un letto, mentre per i ricoveri programmati il 21,9% dei pazienti ritiene che avrebbe dovuto essere ricoverato molto o un po' prima.</p> <p><b>L'informazione</b> – Solo il 66,2% dei pazienti ricoverati d'urgenza dichiara di aver ricevuto in Pronto Soccorso abbastanza informazioni sulle sue condizioni o sulle cure.</p>
 <p><b>Il reparto</b></p>	 <p><b>Aiuto per mangiare</b> - Il 34,0% dei pazienti non ha ricevuto l'aiuto di cui avrebbe avuto bisogno.</p> <p><b>Il rumore durante le ore notturne</b> - Il 33,7% dei pazienti dichiara di essere stato disturbato dal rumore di altri pazienti, il rumore del personale ospedaliero invece è segnalato dal 13,0% dei pazienti.</p> <p><b>Sentirsi minacciato</b> - 2% dei pazienti dichiara di essersi sentito in qualche modo minacciato da altri pazienti o da visitatori durante la permanenza in ospedale</p>
	<p>Per gli altri aspetti relativi alla vita in reparto (pulizia, pasti) le risposte dei pazienti si concentrano su valutazioni intermedie (abbastanza, discreto) non segnalando quindi particolari criticità o eccellenze.</p>
 <p><b>L'assistenza e le cure</b></p>	 <p><b>L'informazione su salute e trattamento</b> - L'83,9% dei pazienti ritiene di essere stato informato in modo adeguato.</p> <p><b>Il rispetto della privacy sia quando si parla dello stato di salute dei pazienti sia durante le visite o i trattamenti</b> - Oltre il 70% dei pazienti fornisce una risposta chiaramente positiva e meno dell'8% risponde in modo negativo.</p>
	 <p><b>Il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni relative al trattamento</b> – Solo il 40,7% si è sentito pienamente coinvolto e il 22,4% ritiene di non esserlo stato affatto.</p> <p><b>La possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni</b> – Solo il 31,2% riferisce di aver avuto questa possibilità, mentre il 36,0% non l'ha avuta per niente.</p> <p><b>La gestione del dolore</b> - La percentuale di pazienti che riferisce che il personale abbia fatto "assolutamente" tutto il possibile per alleviare il dolore è relativamente alta (75,5%). <b>L'igiene delle mani</b> è un aspetto dell'assistenza per cui si riscontrano giudizi nettamente contrastanti in funzione delle diverse figure professionali: quasi un quarto (23,9%) dei pazienti riferisce che i medici non si lavano le mani o si cambiano i guanti nel passare da un paziente all'altro, segnalando quindi una importante criticità, mentre per gli infermieri la corrispondente percentuale scende al 8,6%.</p>



 <p><b>L'intervento chirurgico</b></p>	<p><b>Cosa sarebbe successo durante l'intervento</b> – Solo il 54,8% dei pazienti riferisce di aver ricevuto informazioni complete, mentre il 16,1% afferma di non averne ricevute affatto.</p> <p><b>Come il paziente si sarebbe sentito dopo l'intervento</b> – Solo il 42,8% dei pazienti ha ricevuto informazioni complete e il 26,9% non ha avuto nessuna informazione.</p> <p><b>Come avrebbero fatto addormentare il paziente o come avrebbero controllato il dolore</b> – Il 60,1% dei pazienti afferma di aver ricevuto informazioni a fronte del 16,7% che non ne ha ricevute.</p> <p>Altri tipi di informazioni sembrano più diffuse anche se in molti casi giudicate non sufficienti, come ad esempio quelle relative a rischi e benefici dell'intervento e al suo esito.</p>
 <p><b>La dimissione</b></p>	<p><b>La durata del ricovero</b> – l'83,7% ritiene di essere stato dimesso nei tempi opportuni, mentre il 13,6% pensa di essere stato dimesso troppo presto.</p> <p><b>La consegna di documentazione sul ricovero per il medico curante</b> – il 99% dei pazienti dichiara di averla ricevuta.</p> <p><b>La consegna di indicazioni scritte per il paziente con le indicazioni per il post dimissione</b> – l'80,9% dei pazienti riferisce di averle ricevute.</p> <p><b>Informazioni comprensibili su come prendere i farmaci prescritti</b> – il 76,7% dei pazienti afferma che sono state fornite in modo completo, mentre il 7,9% non le ha ricevute affatto.</p> <p><b>Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardanti la dimissione</b> – Solo il 46,5% dei pazienti si è sentito pienamente coinvolto, mentre il 27% non lo è stato affatto.</p> <p><b>Informazioni al paziente su effetti indesiderati dei farmaci, sintomi pericolosi cui prestare attenzione, chi contattare in caso di dubbi o preoccupazioni</b> – Riferiscono di non averne ricevute rispettivamente il 50,2%, il 43,6% e il 33,2% dei pazienti.</p> <p><b>Informazioni necessarie ai familiari per l'assistenza al paziente dopo la dimissione</b> – Solo il 56,7% dei pazienti riferisce che sono state date in modo completo, mentre il 22,1% afferma che non sono state affatto fornite.</p>

Tabella 4 - Fonte: Arss- Area Qualità e Accreditamento.

## 2.3. Assistenza distrettuale

### 2.3.1. Finanziamento e costi dell'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale viene finanziata con il 50,3% delle risorse di riparto: per l'esercizio 2009 il finanziamento ammontava a 3,9 miliardi di euro.

La progressiva crescita di risorse assegnate al livello assistenziale territoriale si è realizzata riducendo in corrispondenza il finanziamento del livello ospedaliero di assistenza, con trasferimento di prestazioni di bassa complessità dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Le principali aree di assistenza territoriale, delle quali si dà anche una rappresentazione temporale in questo lavoro, attengono alla specialistica ambulatoriale, alla farmaceutica convenzionata, alle cure primarie.

### 2.3.2. Assistenza specialistica ambulatoriale

Il costo dell'assistenza specialistica è passato da 1,2 miliardi di euro nel 2006 a oltre 1,4 miliardi di euro nel 2009 (+20,8%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 17,3% (si veda il grafico 25)<sup>11</sup>.

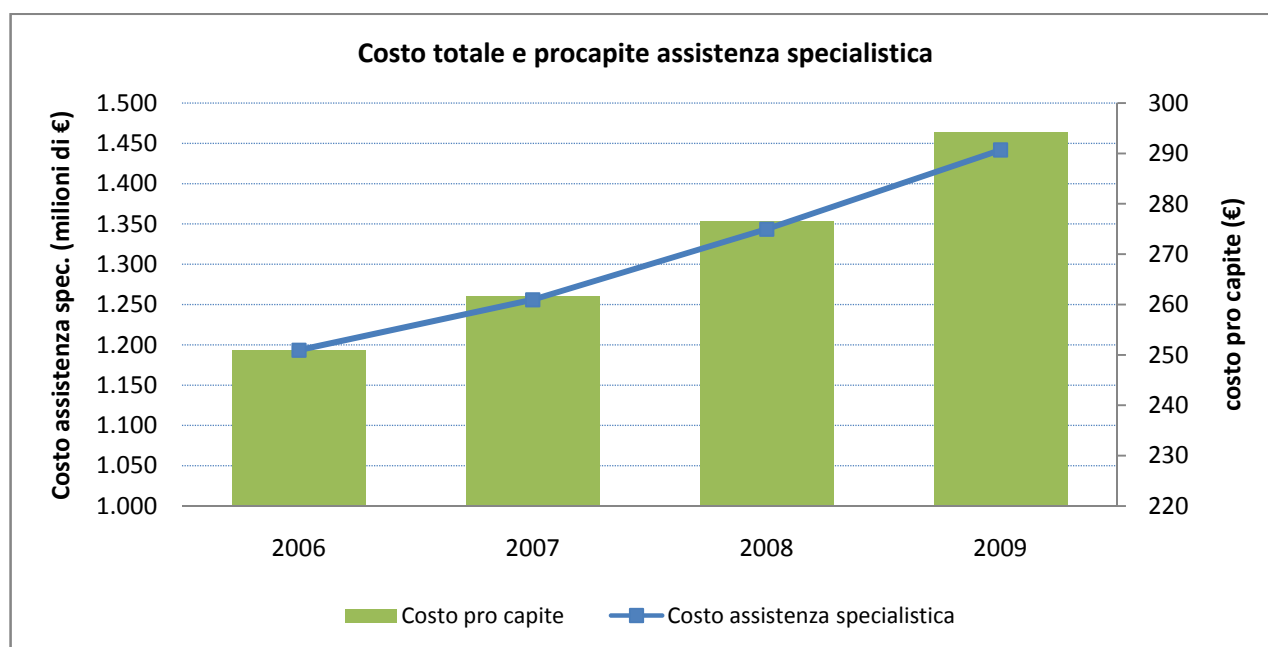


Grafico 25 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale. Il costo include quota parte dei costi delle Aziende Ospedaliere e IOV.

<sup>11</sup> Il costo di acquisto di prestazioni di specialistica da strutture private è evidenziato in seguito (cfr. par 2.6.2).

L'incremento del costo nel periodo si spiega con il progressivo trasferimento di prestazioni dal regime di assistenza ospedaliera.

La maggior parte di prestazioni erogate è riconducibile alla branca specialistica di diagnostica di laboratorio, la quale tuttavia incide solo per il 27% del valore economico complessivo delle prestazioni.

Le prestazioni di "classe B"<sup>12</sup> sommano poco meno di 4 milioni, pari a un 5% delle prestazioni complessive, quota che sale a circa il 16% escludendo le prestazioni di diagnostica di laboratorio.

Anno 2009	N prestazioni	%	Valore (€)	%
Prestazioni di diagnostica di laboratorio	49.641.327	67,30%	296.796.723	26,85%
<i>di cui classe B</i>	21.554	0,03%	284.027	0,03%
Altre prestazioni specialistiche	24.123.053	32,70%	808.479.886	73,15%
<i>di cui classe B</i>	3.837.120	5,20%	91.107.731	8,24%
<b>Tot prestazioni specialistiche</b>	<b>73.764.380</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.105.276.610</b>	<b>100,00%</b>

Tabella 5 - Fonte: Elaborazioni ARSS su datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie).

### 2.3.3. Assistenza farmaceutica territoriale

Il costo dell'assistenza farmaceutica è passato da 970 milioni di euro nel 2006 a 1,1 miliardi di euro nel 2009 (+13,5%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 10,2% (si veda il grafico 26).

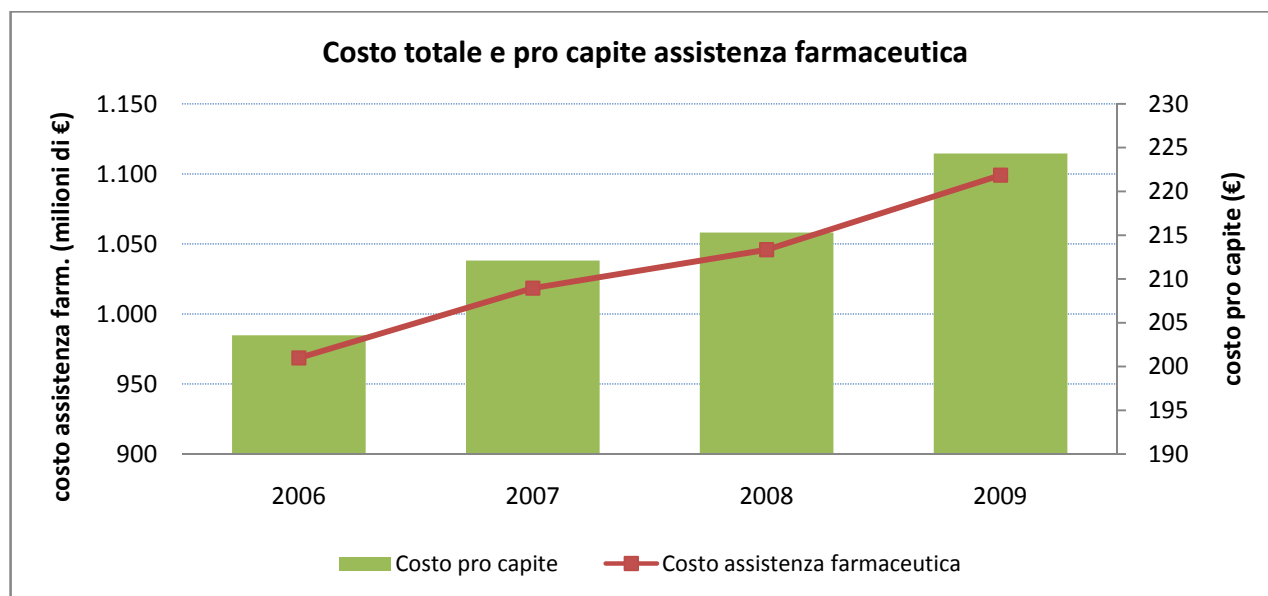


Grafico 26 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale. Popolazione pesata con criteri Unità di Informazione sul Farmaco.

<sup>12</sup> Le prestazioni a cui è stata attribuita la classe di priorità "B" sono da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali. (DGRV 3535/2004)

La variabilità che si osserva nel costo medio per assistito consegue alle continue innovazioni normative che si sono succedute nel tempo, per governare questa voce di costo di estrema rilevanza per i bilanci delle Aziende Sanitarie.

### 2.3.4. Cure primarie

L'assistenza primaria viene assicurata, da parte del Servizio Socio Sanitario Regionale, prevalentemente attraverso la medicina di base (medici di medicina generale) ed i pediatri di libera scelta.

Il costo delle cure primarie è passato da ca. 430 milioni di euro nel 2006 a 490ca. milioni di euro nel 2009 (+14,4%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 11,1% (si veda il grafico 27).

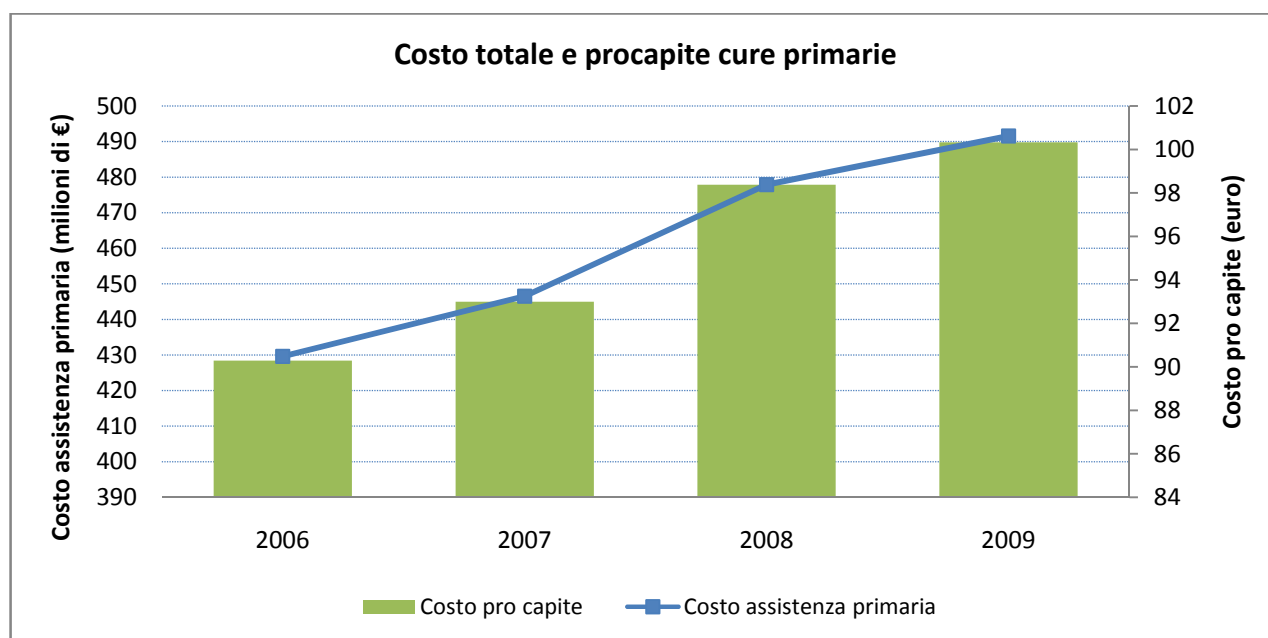


Grafico 27 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale.

Il trend in incremento è spiegato anche dalle politiche di progressivo coinvolgimento della medicina di base nel contenimento della domanda inappropriata di ricoveri, prestazioni specialistiche e prescrizioni farmaceutiche.

Il grafico 27 evidenzia il costo complessivo e medio per residente.

Di seguito si propongono i dati riguardanti il numero dei Medici di Medicina Generale (grafico 28) e dei Pediatri di libera scelta (grafico 29)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> I dati di dettaglio sono illustrati nel Volume II.

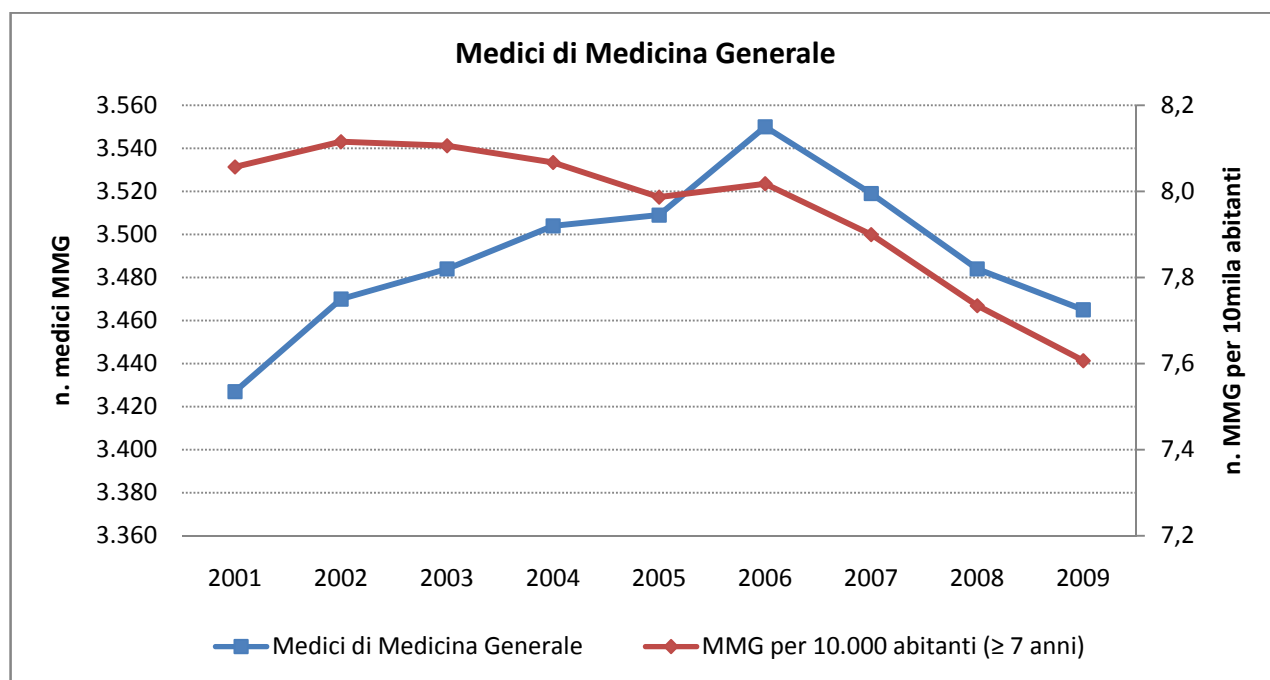


Grafico 28 - Fonte:Segreteria regionale alla Sanità - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

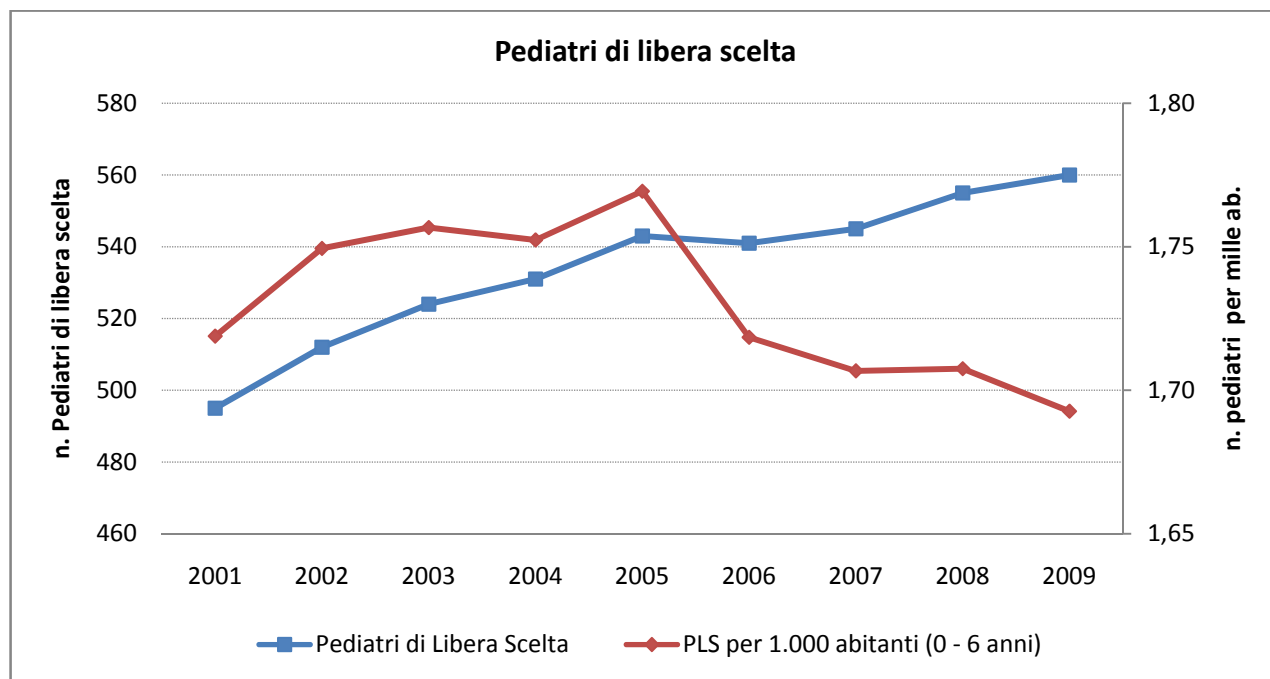


Grafico 29 - Fonte:Segreteria regionale alla Sanità - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.



### 2.3.5. Altra assistenza distrettuale

I posti letto extraospedalieri si riferiscono all'assistenza agli anziani (Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti), alla disabilità fisica e psichica (Strutture residenziali per persone disabili), ai malati terminali (Hospice), all'assistenza psichiatrica e alle tossicodipendenze.

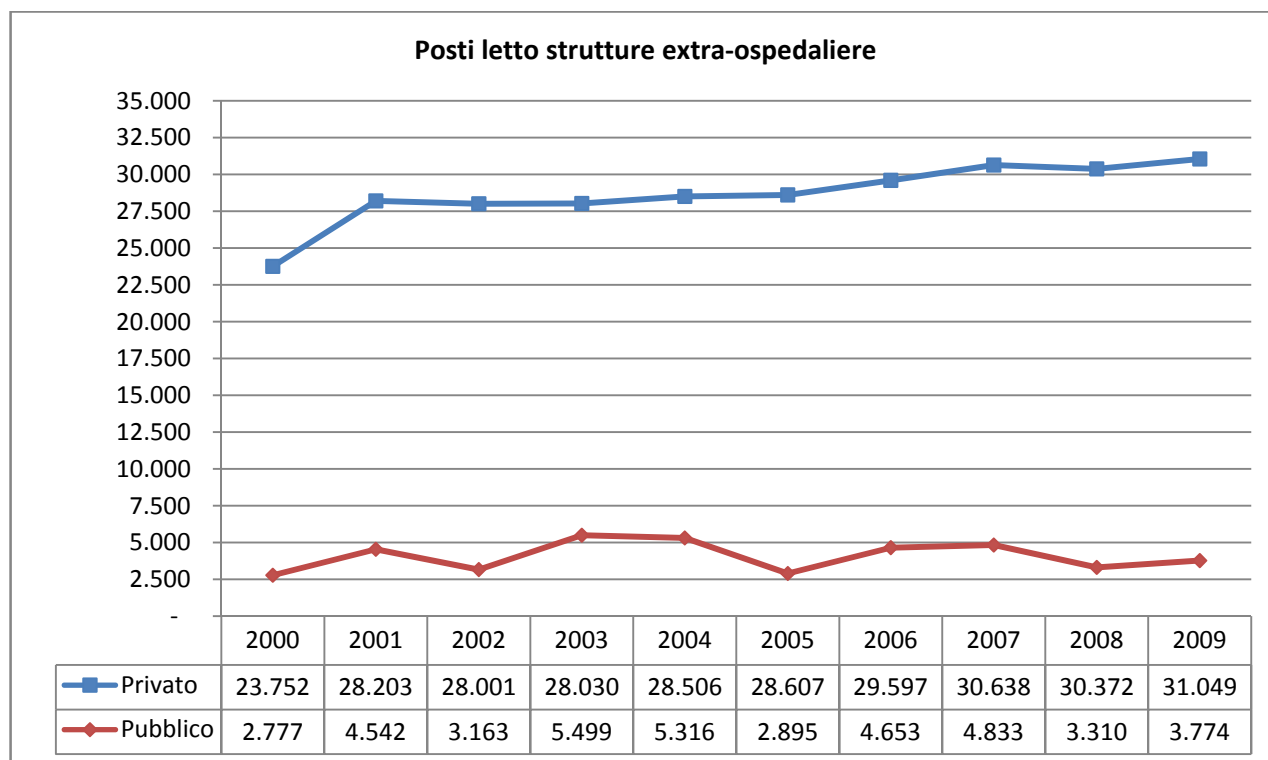


Grafico 30 - Tabella 6 - Fonte: NSIS (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Per tossicodipendenze cfr. DGR 3703/2006, DGR 3618/2007, DGR 1355/2008

Posti letto/ Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anziani	20.043	23.479	23.802	23.662	24.717	24.375	25.573	26.533	25.940	27.117
Disabilità	4.742	7.144	5.275	6.927	6.321	4.933	6.058	5.385	4.456	4.310
Assist. Psichiatrica	1.744	2.122	2.087	2.940	2.784	2.194	2.619	2.384	1.941	2.162
Tossicodipendenze	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	1.010	1.086	1.134	1.134
Malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	83	211	100
<b>Totale</b>	<b>26.529</b>	<b>32.745</b>	<b>31.164</b>	<b>33.529</b>	<b>33.822</b>	<b>31.502</b>	<b>34.250</b>	<b>35.471</b>	<b>33.682</b>	<b>34.823</b>

Tabella 7 - Fonte: NSIS (dati inviati dalle Aziende Sanitarie). Per tossicodipendenze cfr. DGR 3703/2006, DGR 3618/2007, DGR 1355/2008

Gli schemi riportati evidenziano come la maggior parte dei posti letto extraospedalieri sia gestito da strutture private. Nel periodo 2000-2009 i posti letto extraospedalieri sono incrementati del 26%, soprattutto nell'area dell'assistenza agli anziani.

## 2.4. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro viene finanziata con il 5% delle risorse di riparto: per l'esercizio 2009 il finanziamento ammontava a circa 383 milioni di euro.

Il costo dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (o prevenzione) è passato da 234 milioni di euro nel 2006 a 290 milioni di euro nel 2009 (+24,1%), a fronte di un incremento pro capite nello stesso periodo pari al 20,5% (si veda il grafico 31).

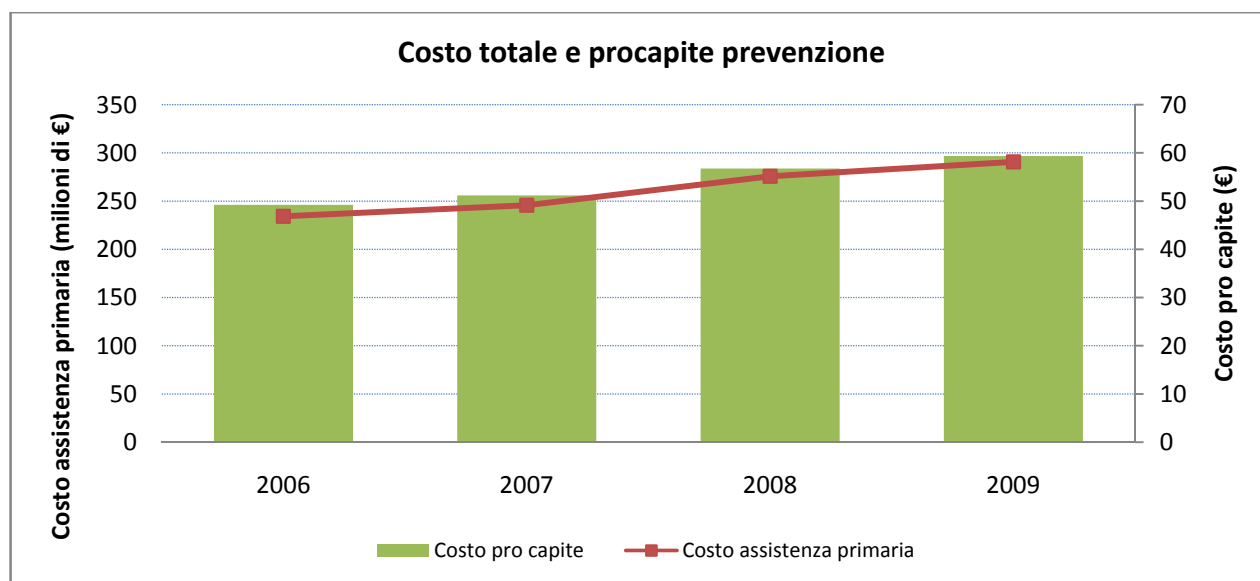


Grafico 31 - Fonte: Elaborazioni ARSS da modelli LA Aziende Sanitarie, corretti con mobilità da bilanci d'esercizio. Popolazione da datawarehouse regionale.

Di seguito si riporta la dotazione di personale del Dipartimento di Prevenzione, espressa in *full time equivalent (FTE)*<sup>14</sup> distinta per singola Azienda ULSS relativamente all'anno 2009, in valori assoluti e per 10 mila residenti.

<sup>14</sup> Indicatore che misura i dipendenti in ragione del loro impegno orario contrattuale. Ad esempio un part time al 50% vale 0,5 FTE

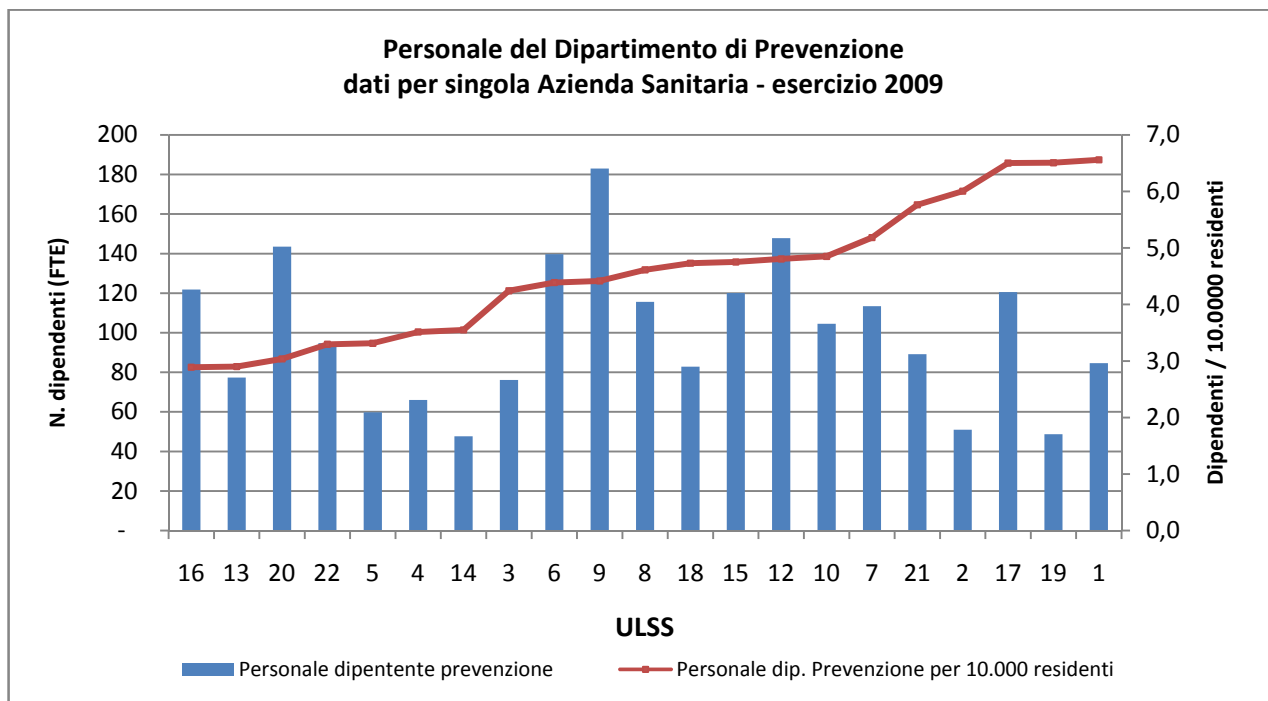


Grafico 32 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

## 2.5. Dotazione di personale dipendente del SSSR veneto

### 2.5.1. Analisi regionale e per profilo professionale

La dotazione di personale dipendente, espressa in FTE, è incrementata del 2,4% nel periodo 2006-2009. Rapportata alla popolazione residente, la dotazione di personale risulta sostanzialmente invariata.

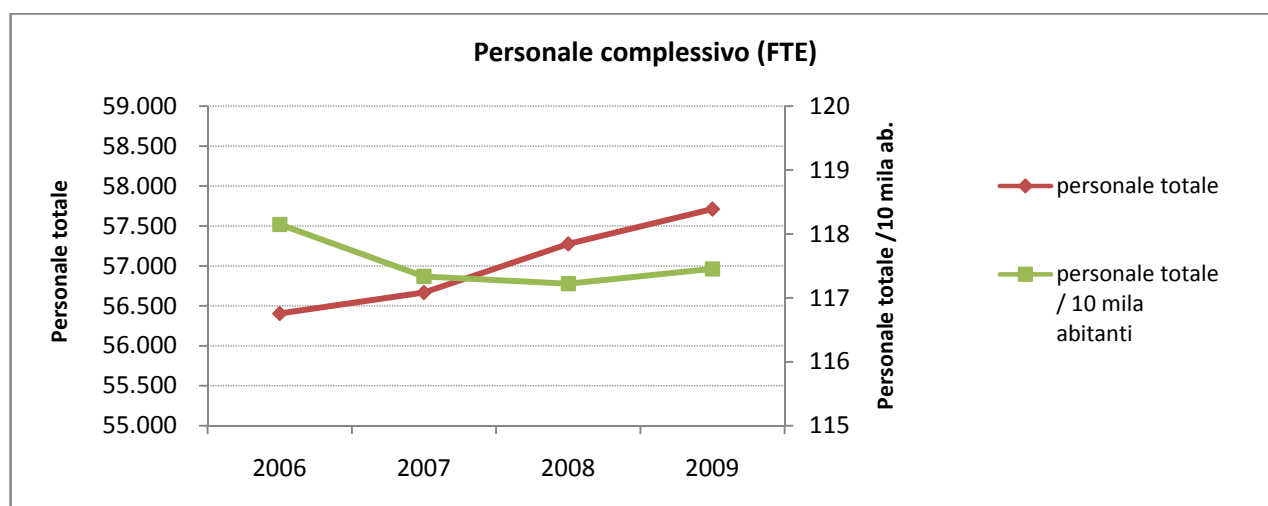


Grafico 33 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Si può osservare, dallo schema seguente, come tale crescita sia riscontrata nelle funzioni di erogazione di servizi sanitari, mentre il personale delle attività di supporto decresce sensibilmente a seguito delle progressive esternalizzazioni di servizi *no core*<sup>15</sup>.

Funzione	2006	2007	2008	2009	Variaz. 2009 - 2006
Ospedaliera	41.368	41.684	42.361	43.060	4,1%
Distrettuale	6.909	6.772	6.817	7.194	4,1%
Prevenzione	1.942	2.033	2.050	2.088	7,5%
Servizi Generali	6.205	6.127	6.044	5.443	-12,3%
<b>Totale</b>	<b>56.425</b>	<b>56.616</b>	<b>57.273</b>	<b>57.785</b>	<b>2,4%</b>

Tabella 8 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il personale medico si incrementa, nel periodo in esame, del 3,6%, mantenendo sostanzialmente invariata l'incidenza sulla popolazione residente.

<sup>15</sup> Servizi non sanitari.

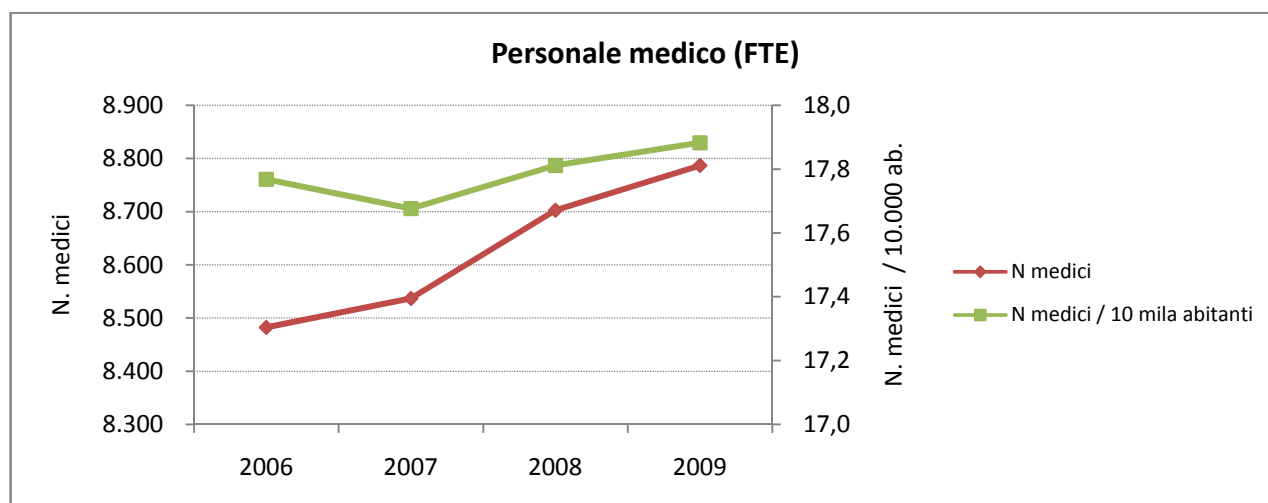


Grafico 34 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

L'aumento della popolazione anziana, l'evoluzione scientifica e tecnologica, la domanda di prestazioni sempre più qualificate e la carenza del numero degli infermieri, hanno richiesto l'individuazione di figure professionali di supporto alle attività assistenziali per permettere agli infermieri stessi di svolgere prestazioni più complesse ed appropriate al loro nuovo ruolo professionale.

Il personale addetto all'assistenza, nel presente lavoro, include pertanto il personale infermieristico, gli Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza (OTA), gli Operatori Socio Sanitari (OSS).

Il personale infermieristico si è mantenuto pressoché costante nel periodo (+1%) mentre il numero di OTA e OSS si è incrementato del 14,5%.

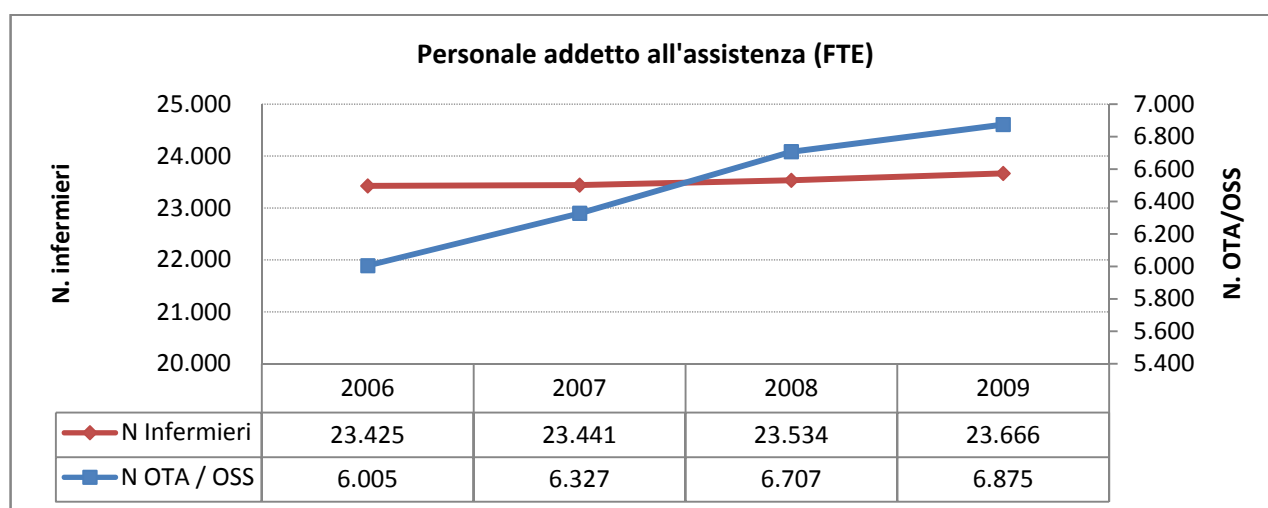


Grafico 35 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

La crescita del personale OTA/OSS ha comportato un lieve incremento dell'incidenza di personale addetto all'assistenza, in rapporto alla popolazione residente.

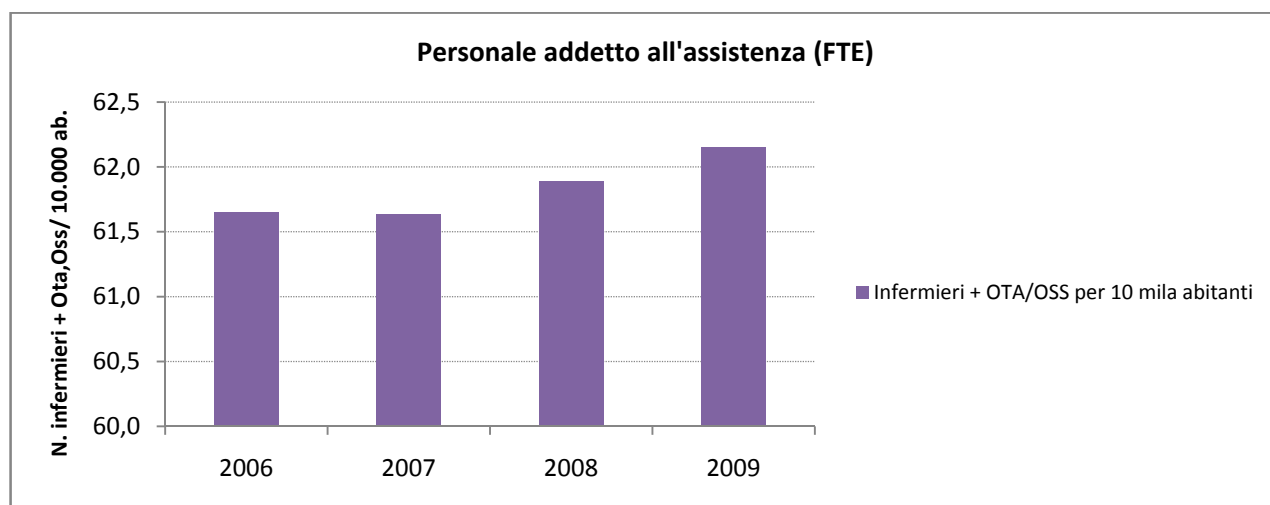


Grafico 36 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il rapporto tra infermieri e OTA/OSS costituisce un indicatore per misurare il progressivo adeguamento agli standard assistenziali sopra citati, per un uso appropriato ed efficiente della figura professionale dell'infermiere, che presenta altresì crescenti problemi di reperimento sul mercato del lavoro. Il grafico di seguito rappresentato illustra il progressivo avvicinamento dell'indicatore verso standard di maggiore appropriatezza assistenziale<sup>16</sup>.

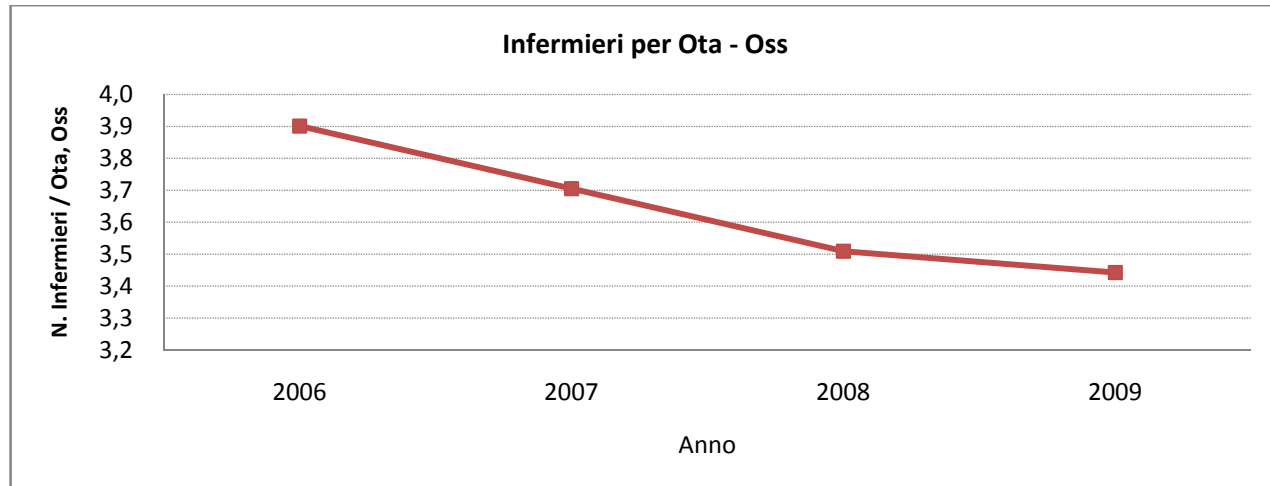


Grafico 37 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

I grafici di seguito proposti evidenziano l'andamento delle altre figure professionali di ruolo sanitario e ruolo non sanitario.

<sup>16</sup> Lo standard è definito dall'Allegato "A" alla DGR n. 3093 del 03.10.2006: 3 infermieri per OTA/OSS.

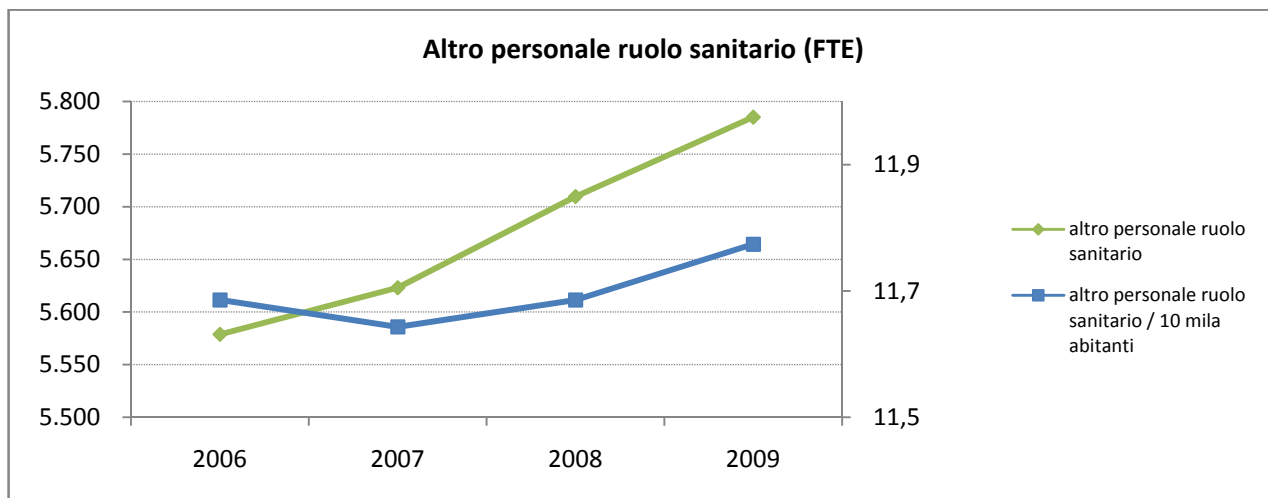


Grafico 38 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

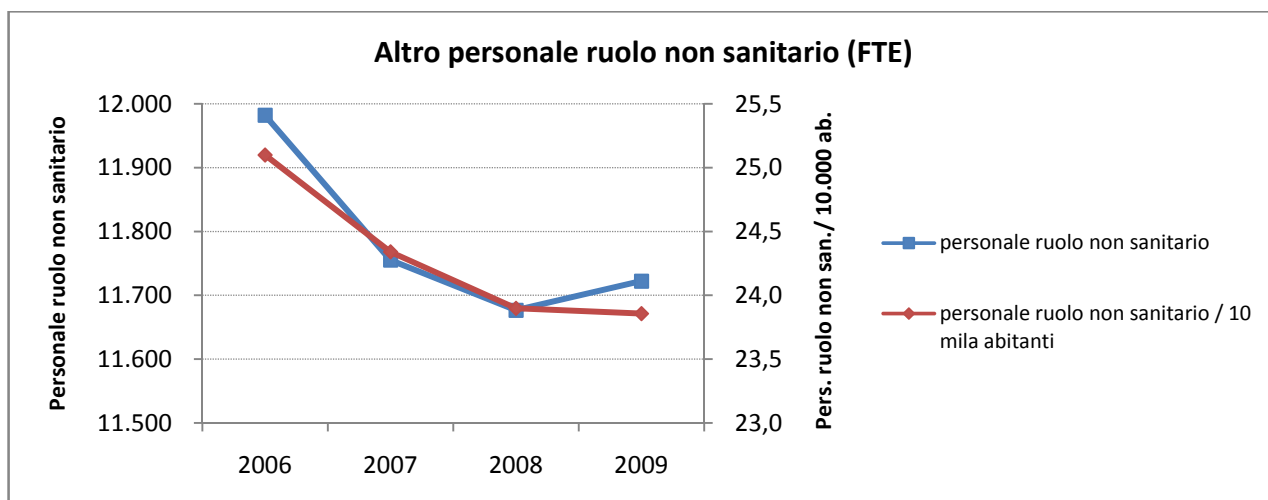


Grafico 39 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

In quest'ultimo caso assistiamo ad una riduzione (-2,2%) del personale, pari a circa 260 unità FTE.

Tale decremento, tuttavia, è da imputare in parte rilevante alla riduzione dei profili tecnici ausiliari. Il personale amministrativo risulta, nel periodo, in incremento del 5,4% (+172 FTE). Il personale dirigenziale registra una flessione (-2,4%).

## 2.5.2. Analisi aziendale e per area gestionale

Approfondendo l'analisi per singola Azienda ULSS, si propone un'analisi della dotazione di personale, espressa sempre in FTE, rapportata alla popolazione residente.

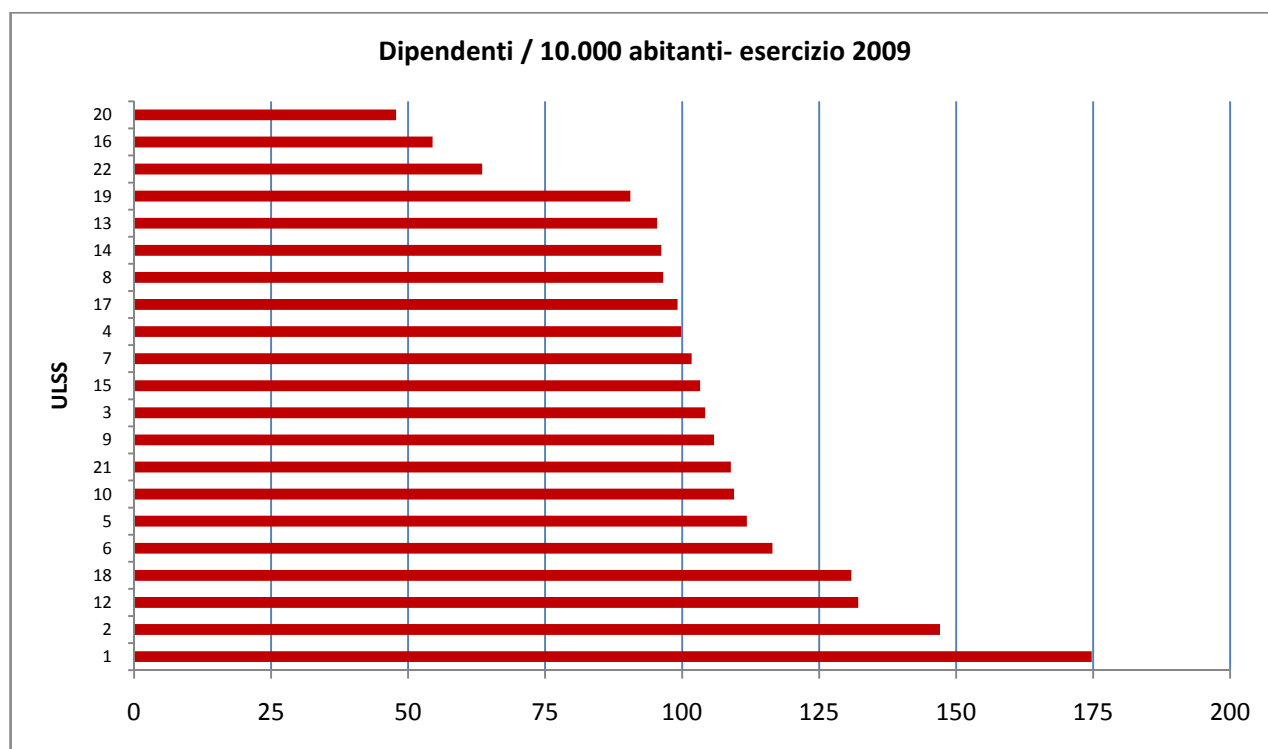


Grafico 40 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie.

Il grafico 40 richiede alcuni brevi commenti.

La dotazione delle Aziende ULSS 16 (Padova), ULSS 20 (Verona) e ULSS 22 (Bussolengo) appare particolarmente ridotta, in rapporto alla popolazione residente, rispetto alle altre Aziende Sanitarie.

Tale risultato è spiegato dalla presenza, nel territorio di tali Aziende ULSS, di altri soggetti che erogano un quota rilevante di prestazioni sanitarie. Le Aziende ULSS 16 e ULSS 20, infatti, vedono insistere sul proprio territorio le rispettive Aziende Ospedaliere: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto (a Padova).

L'ULSS 22, invece, si caratterizza per una importante presenza sul territorio di strutture private accreditate.

Approfondendo l'analisi, è possibile distinguere tra funzione ospedaliera e funzione distrettuale di ciascuna Azienda ULSS.



Il grafico 41 affianca il numero di dipendenti pubblici ospedalieri ogni 10.000 residenti alla percentuale del Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato (TOS\*) di ciascuna Azienda ULSS, con riferimento ai soli pazienti ricoverati presso presidi ospedalieri pubblici propri dell'ULSS.

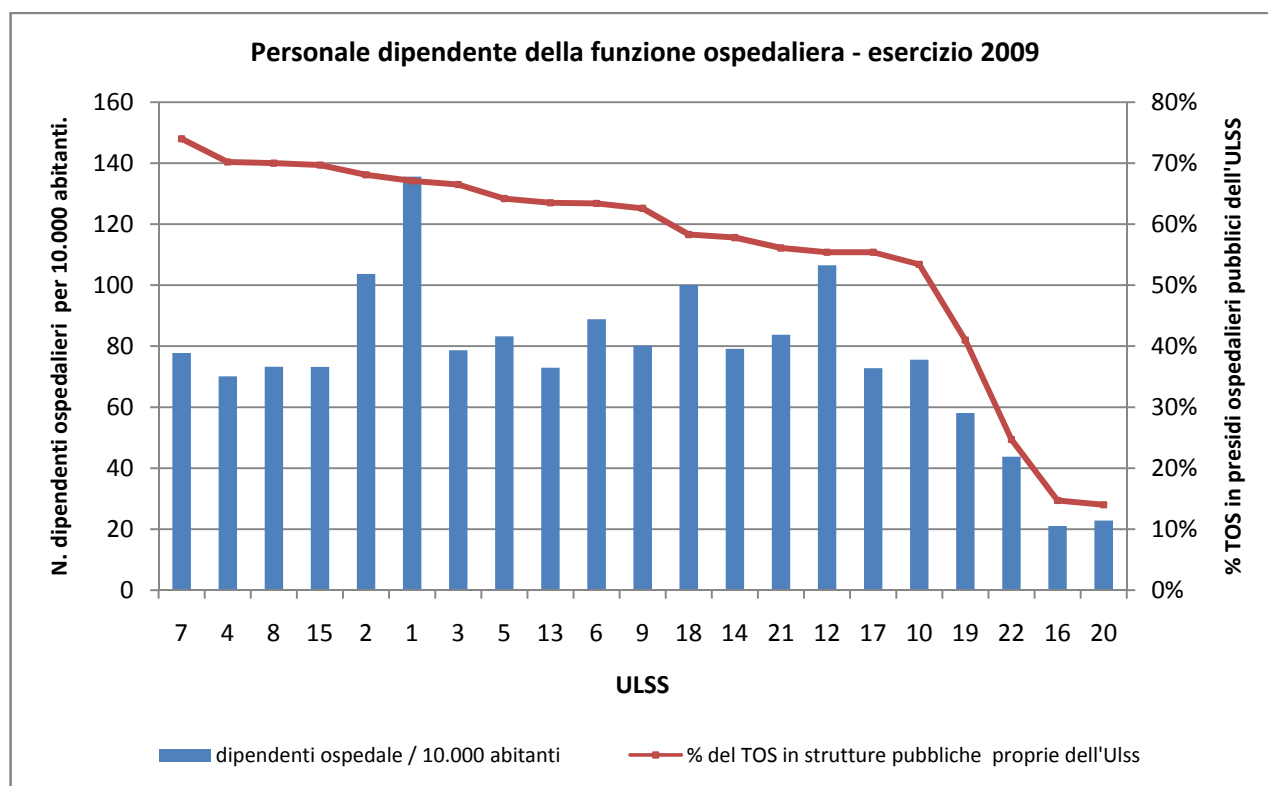


Grafico 41 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie. Per il TOS, si veda par. 2.2.2.

Un elevato TOS\* indica che i residenti dell'ULSS sono prevalentemente ricoverati nei presidi pubblici dell'ULSS stessa. Viceversa una bassa percentuale indica che i residenti dell'ULSS sono prevalentemente ricoverati in strutture private della stessa ULSS e/o in strutture pubbliche o private di altre ULSS o Regioni, ovvero nelle Aziende Ospedaliere e nello IOV.

Ne consegue che ad un basso TOS\* tendenzialmente dovrebbe essere associato un più basso valore del personale della funzione ospedaliera.

Anche se una quota del personale dipendente della funzione ospedaliera non è impiegato in attività di ricovero (ma ad esempio per attività di specialistica ambulatoriale) ci si attenderebbe un andamento dell'istogramma decrescente, da sinistra a destra, in corrispondenza della decrescita del TOS\*. In realtà si evidenzia come ciò non accada in generale e, in particolare, per le Aziende ULSS 1 di Belluno, 2 di Feltre, 18 di Rovigo, 12 di Venezia.

Il fenomeno evidenziato risulta di più immediata comprensione nel grafico 42 in cui viene rappresentato il personale dipendente della funzione ospedaliera proiettato matematicamente con un TOS\* ipotizzato al 100%. Si rende così comparabile il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici delle Aziende ULSS.

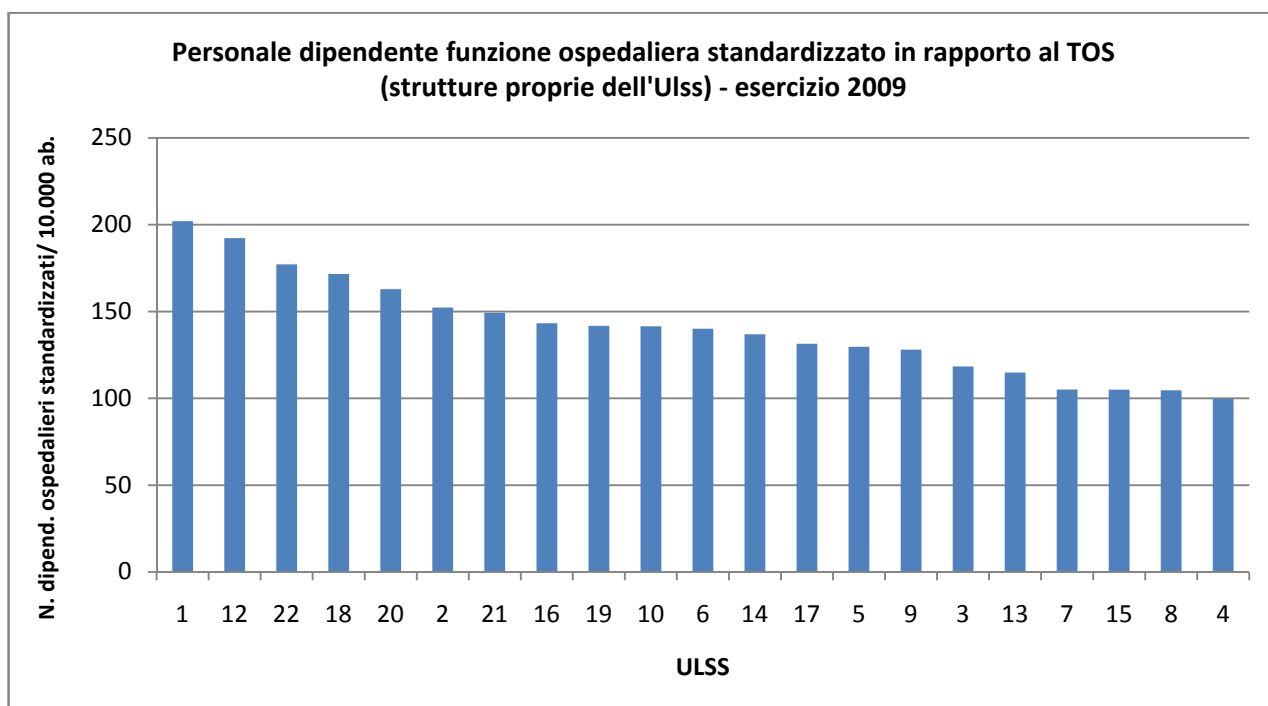


Grafico 42 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica. Popolazione da datawarehouse regionale, con dati forniti dalle Aziende Sanitarie. Per il TOS, si veda par. 2.3.

Completiamo l'analisi sulle risorse umane illustrando nel grafico 43 l'incidenza del personale dipendente impiegato in attività distrettuali in rapporto alla popolazione residente.

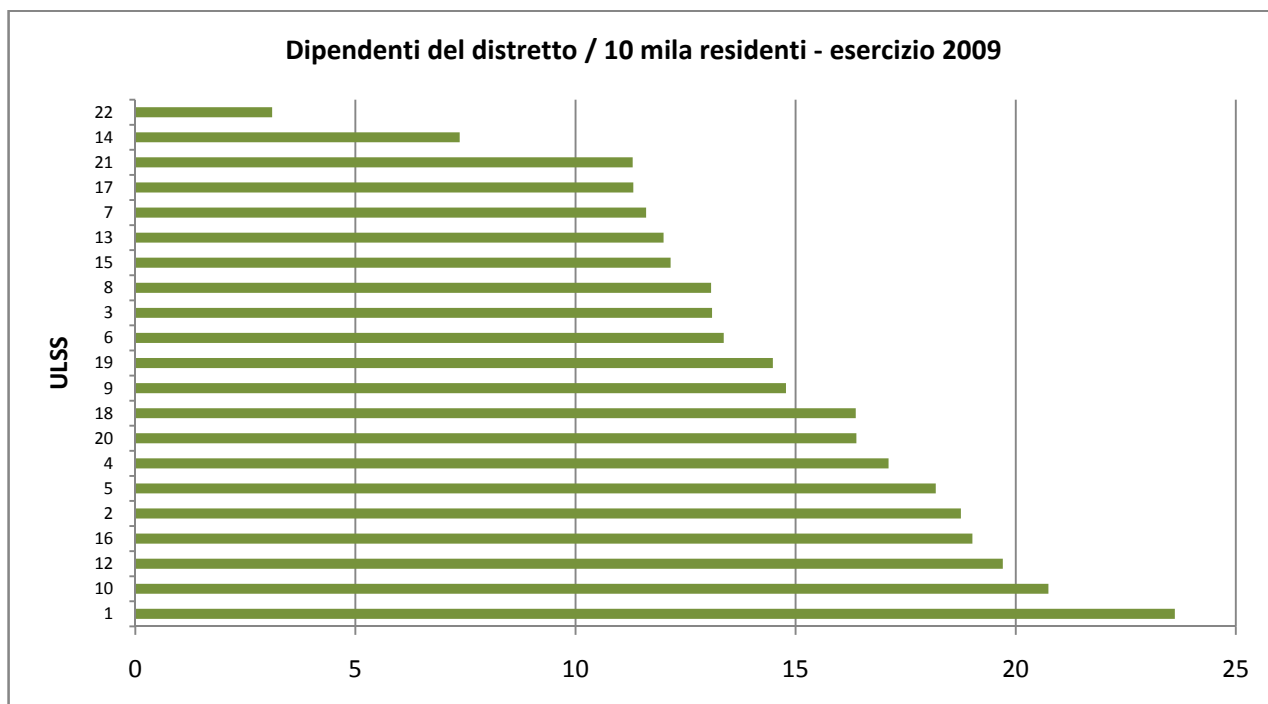


Grafico 43 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati Sigma Informatica.

## 2.6. Indicatori di bilancio

### 2.6.1. Sintesi economica

Una prima analisi proposta mette in evidenza il trend delle voci di ricavo e di costo aggregate per le Aziende Sanitarie. Si tenga presente che sia i ricavi che i costi includono la mobilità sanitaria intraregionale, la cui somma algebrica si elide a livello di consolidato regionale. Inoltre, i ricavi includono componenti positive di reddito extra riparto (es. compartecipazione alla spesa, libera professione, redditi patrimoniali ecc.) così come le corrispondenti voci di costo.

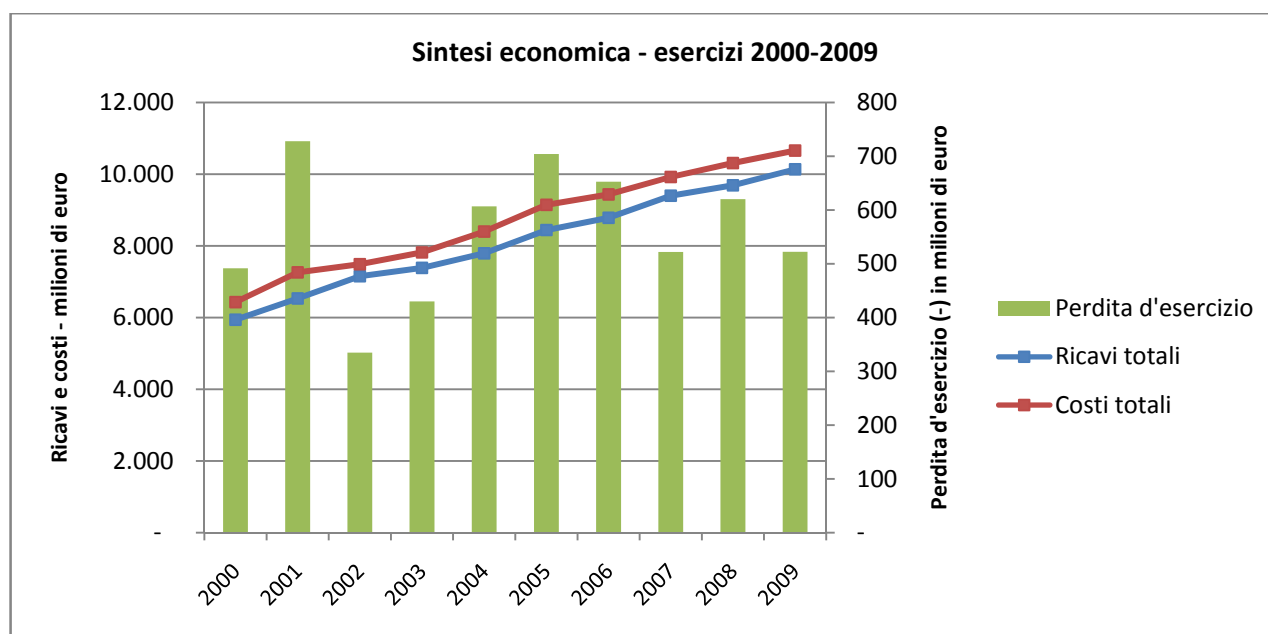


Grafico 44 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Il risultato d'esercizio, come si evince dal grafico 44, si mantiene in perdita intorno ai 5/600 milioni di euro. Per una migliore comprensione dell'incidenza del risultato economico, tuttavia, è necessario rapportarlo alla dimensione dei costi complessivi.

Il grafico 45, infatti, mette in evidenza che l'incidenza della perdita d'esercizio rispetto al totale dei costi tende a mantenersi o anche lievemente a ridursi negli ultimi esercizi.

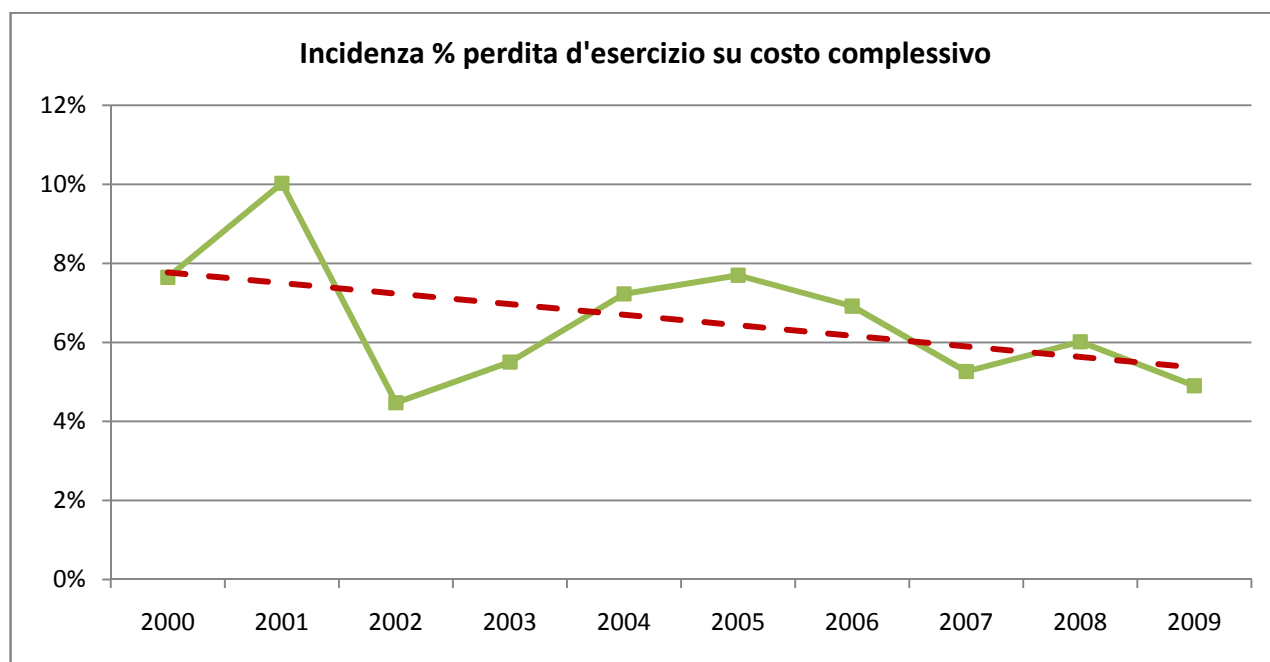


Grafico 45 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Una rappresentazione alternativa consente di riportare ricavi e costi alla popolazione residente di ciascuna Azienda ULSS.

Lo schema che segue rapporta alla popolazione residente i ricavi sommati ai ripiani perdite.

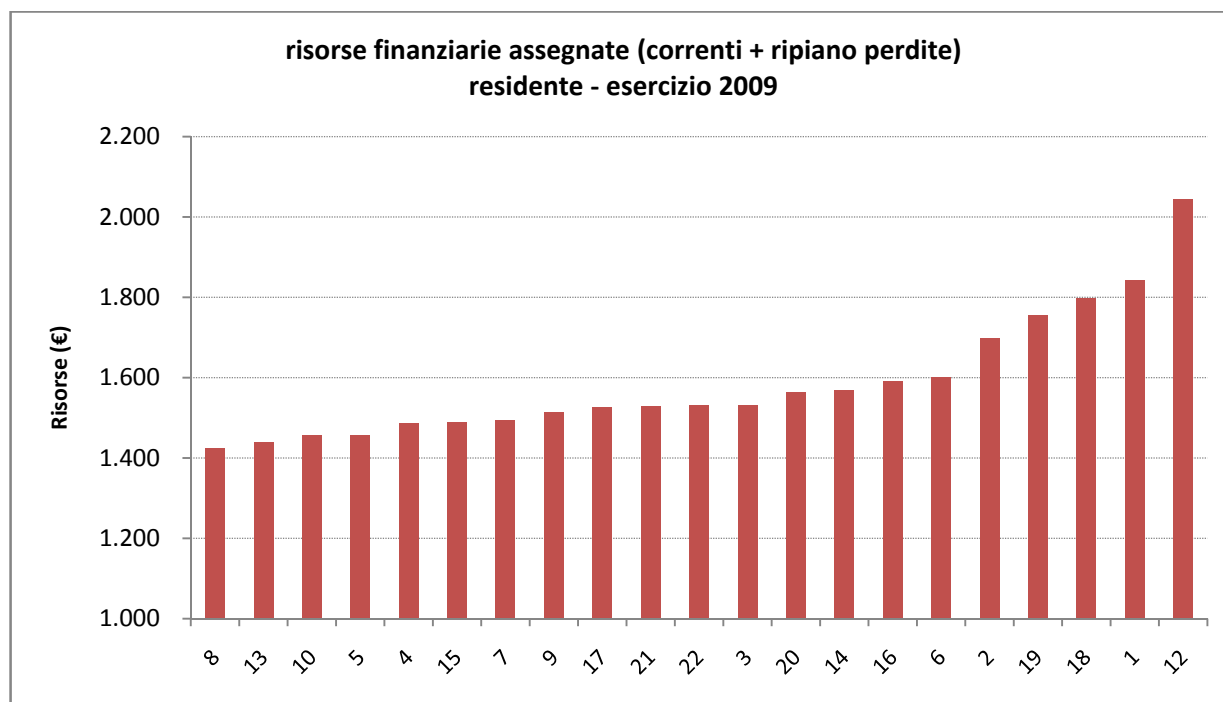


Grafico 46 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Il grafico 47, invece, confronta i costi medi per residente di ciascuna Azienda ULSS. Si precisa che i costi includono anche la mobilità passiva e altre voci non coperte da finanziamento regionale, ma da ricavi propri (es. libera professione).

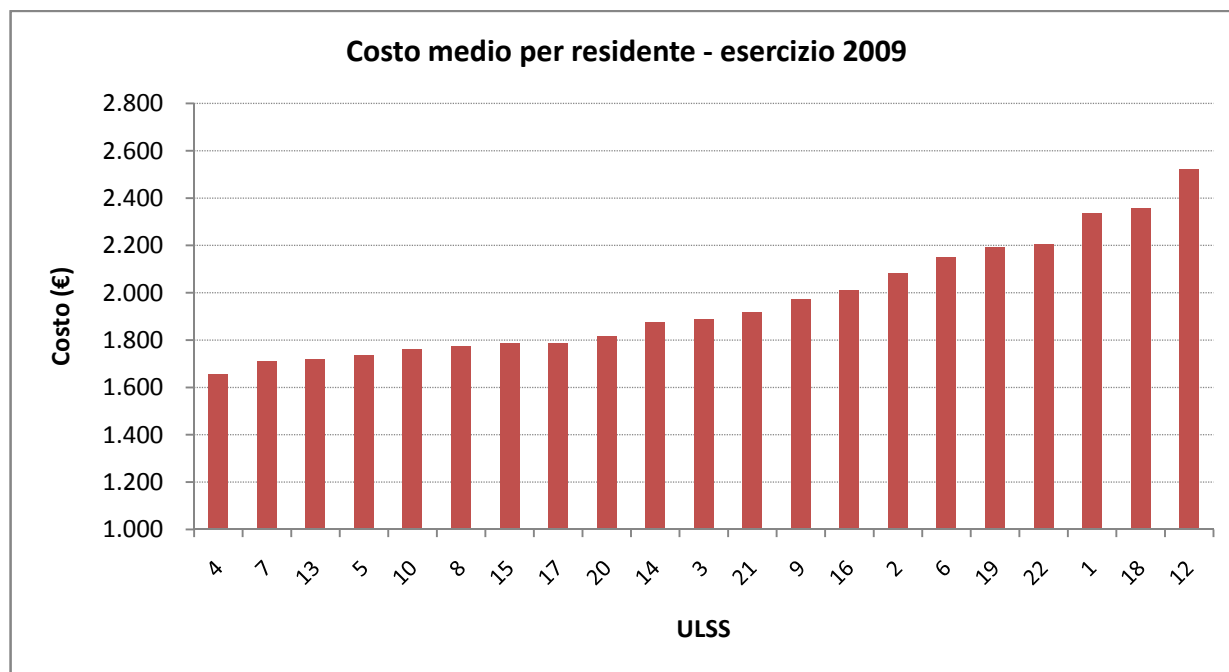


Grafico 47 - Fonte: Elaborazioni ARSS su dati forniti da Segreteria Regionale alla Sanità (Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR).

Un'altra prospettiva di analisi di particolare interesse è rappresentata dall'incidenza delle varie voci di costo, in rapporto ai contributi in c/esercizio i quali approssimano la capacità di finanziamento della spesa corrente del Sistema Socio Sanitario Regionale. Il grafico che segue illustra l'andamento delle principali voci. È importante evidenziare i costi (quali l'acquisto di servizi sanitari) che presentano tassi di incremento superiori alla crescita delle disponibilità finanziarie del sistema.

Un fenomeno da sottolineare è rappresentato dalla progressiva minore incidenza dei costi del personale sul finanziamento totale, a fronte di una corrispondente crescita dell'acquisto di servizi da soggetti privati.

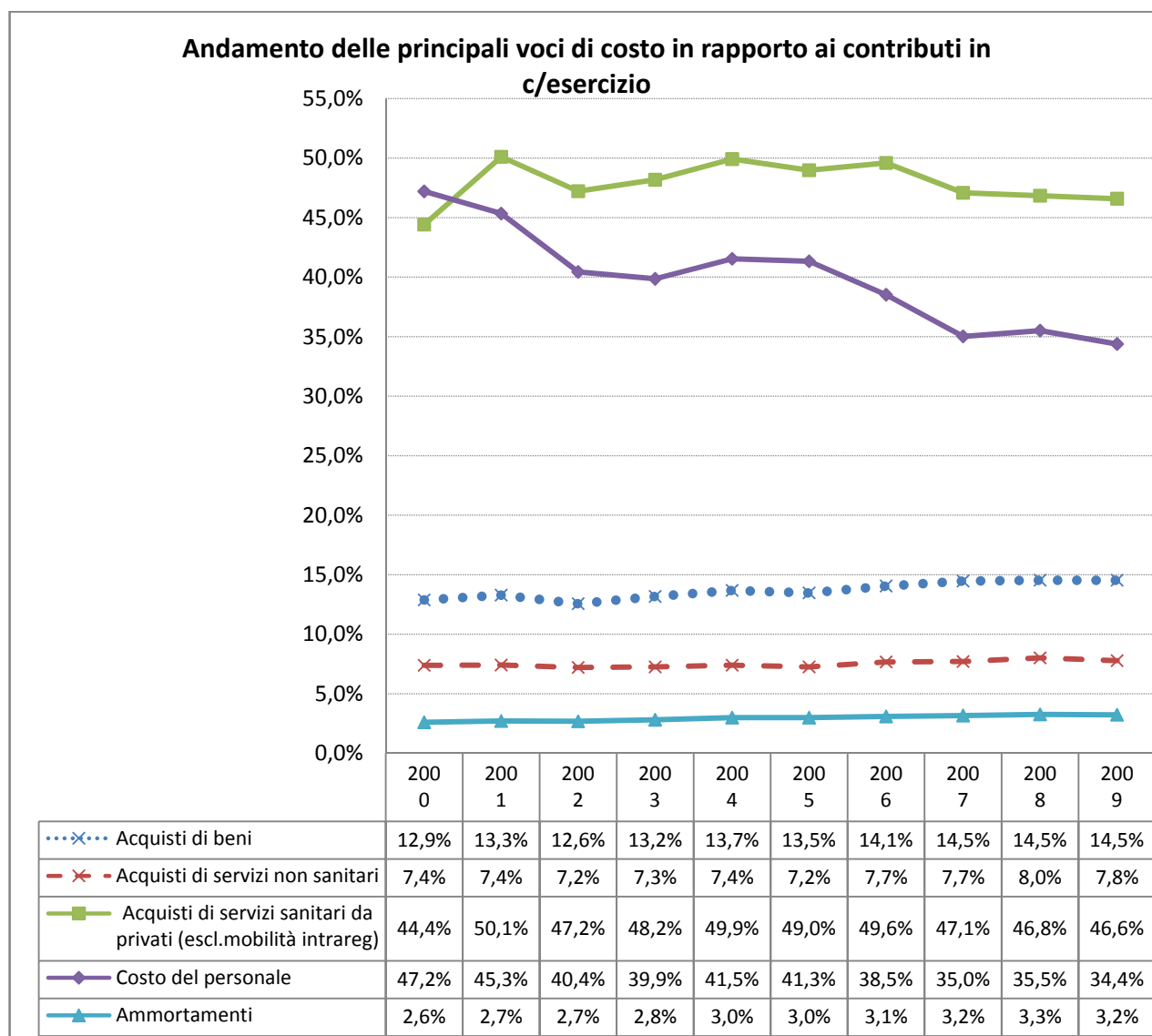


Grafico 48 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Di seguito sarà data evidenza dell'andamento nel periodo delle principali voci economiche positive (ricavi) e negative (costi).

### 2.6.2. Dettaglio ricavi e costi d'esercizio

I contributi in conto esercizio, come di seguito rappresentati, sono sostanzialmente costituiti dalle risorse di riparto, addizionate ad altre voci di natura pubblica e privata. I contributi in c/esercizio si incrementano, nel periodo 2000-2009, di circa il 73%.

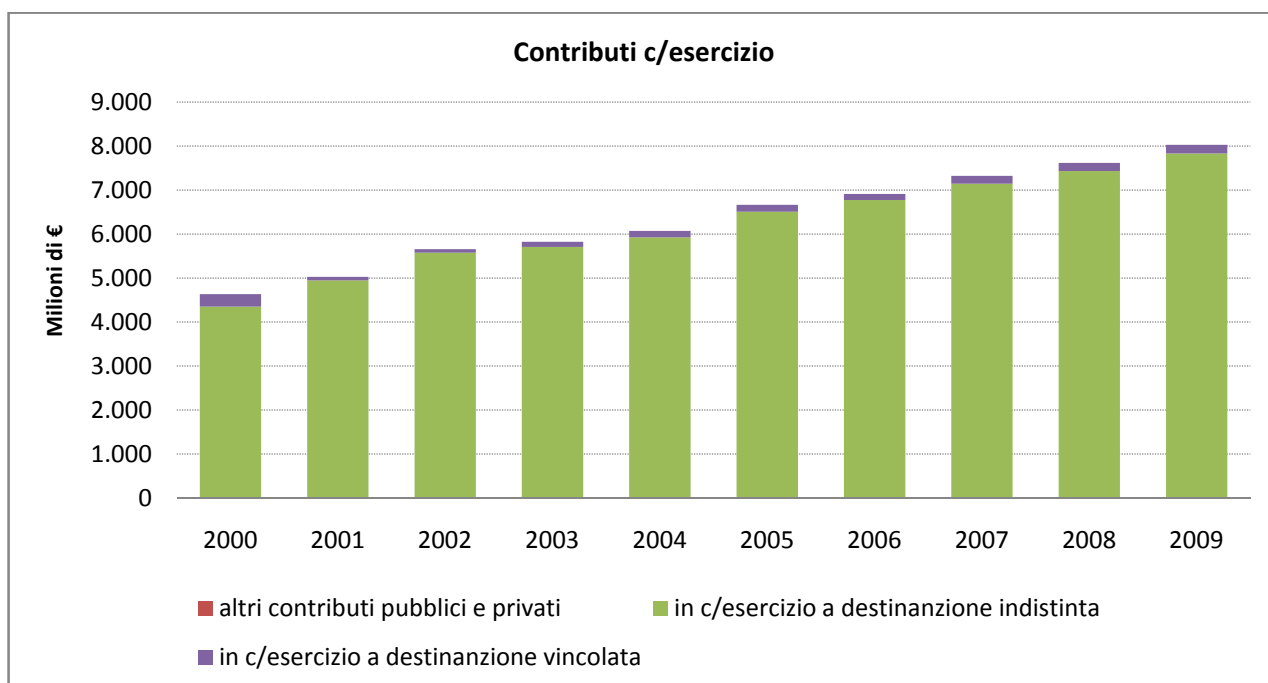


Grafico 49 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Gli acquisti di beni di consumo recepiscono invece, nel periodo, un incremento pari al 95,5%. L'incidenza degli acquisti di beni di consumo sui contributi in c/esercizio risulta in incremento negli ultimi esercizi.

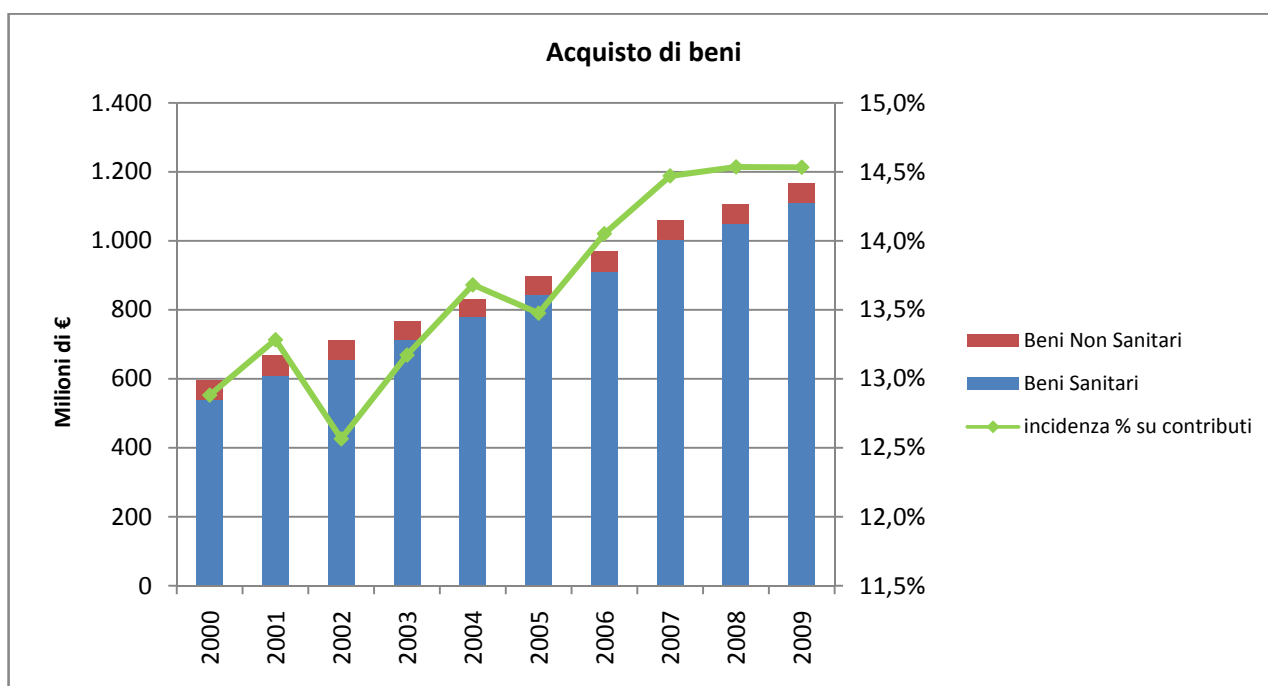


Grafico 50 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Di seguito si propone un dettaglio delle voci di acquisto di beni sanitari e di composizione percentuale delle stesse, da cui si evince il peso crescente assunto dal costo dei prodotti farmaceutici.

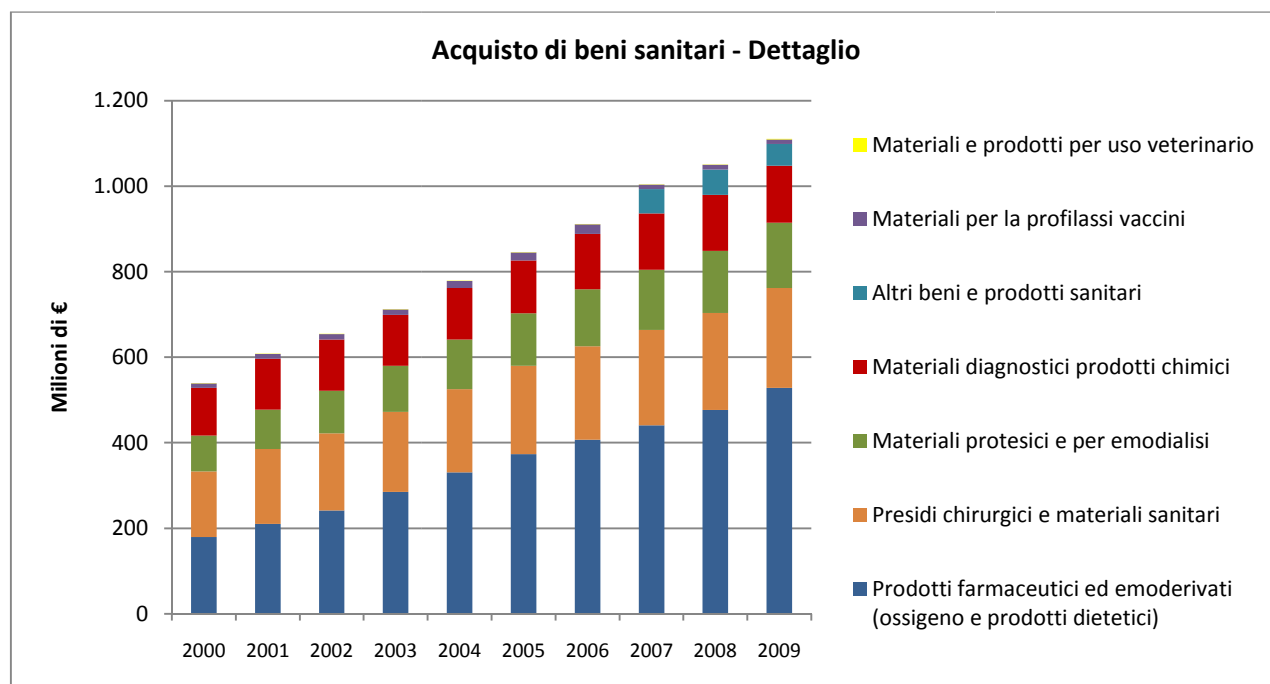


Grafico 51 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

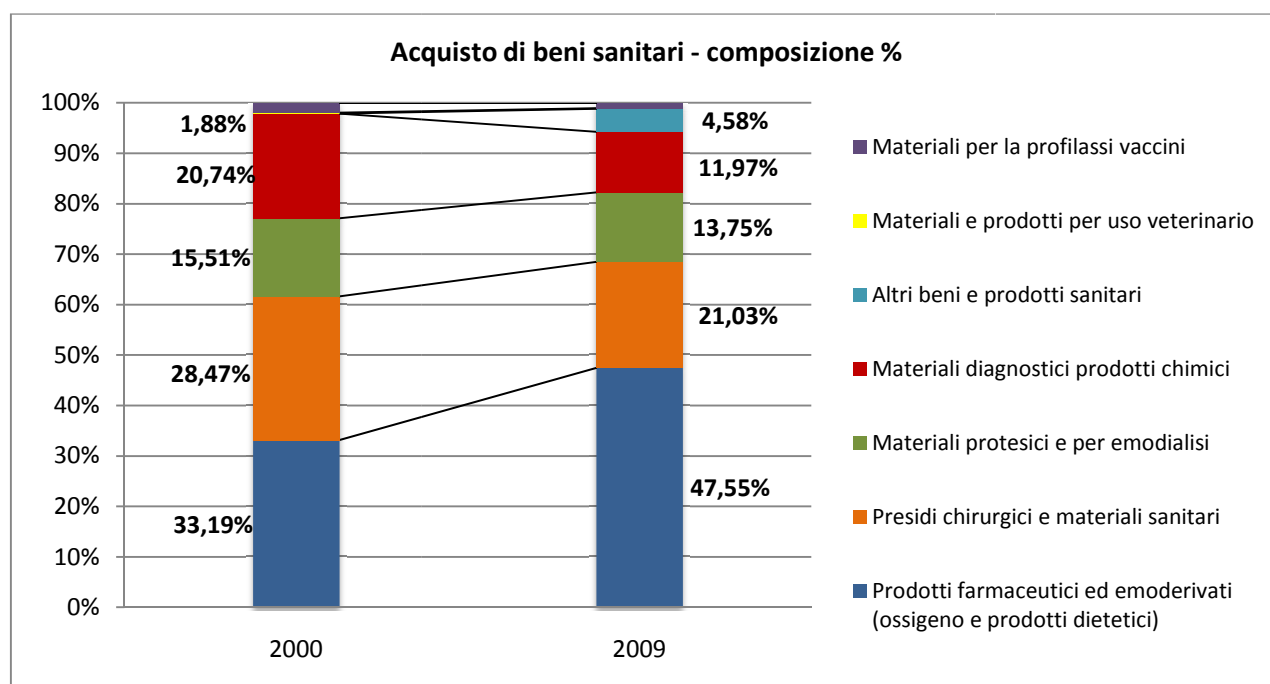


Grafico 52 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.



Gli acquisti di servizi incidono per il 74% sul totale dei contributi. Tale incidenza si riduce al 58% detratta la mobilità passiva intraregionale che, sul bilancio consolidato regionale, presenta un saldo algebrico nullo.

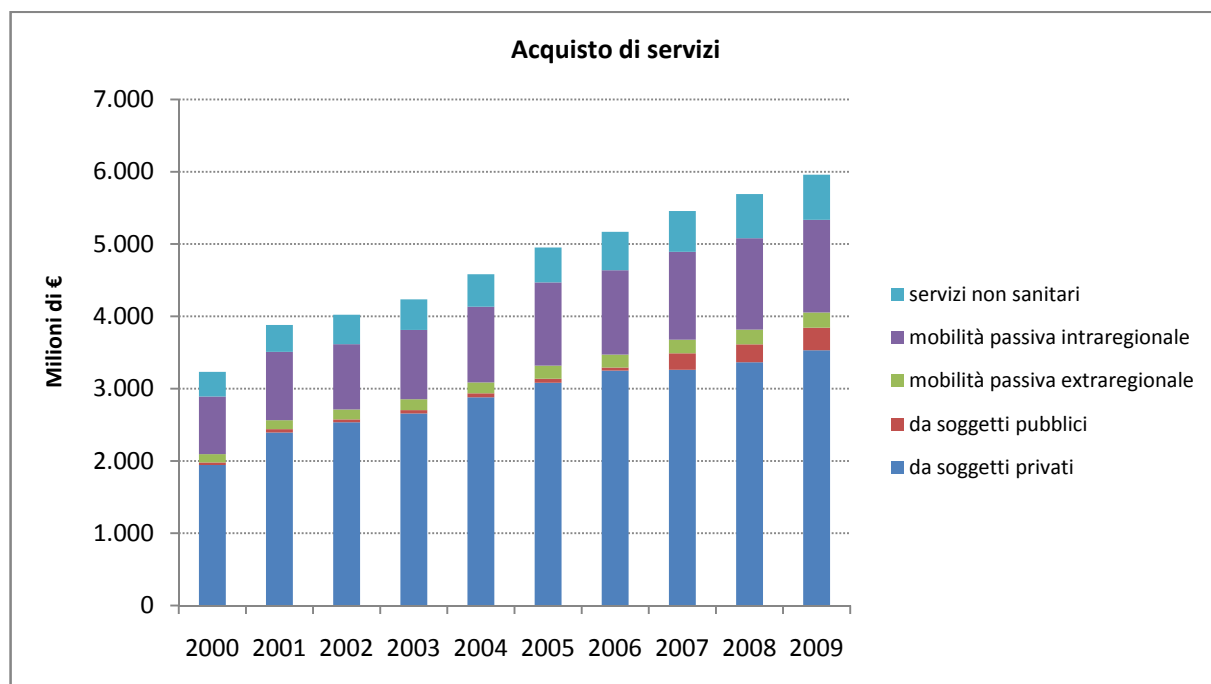


Grafico 53 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Come si evidenzia, la componente più significativa di costo è rappresentata dall'acquisto di servizi sanitari da soggetti privati, la cui incidenza sul totale dei contributi in c/esercizio passa dal 44,4% del 2000 al 46,6% del 2009.

Il grafico 54 dettaglia tale voce di costo nelle componenti fondamentali.

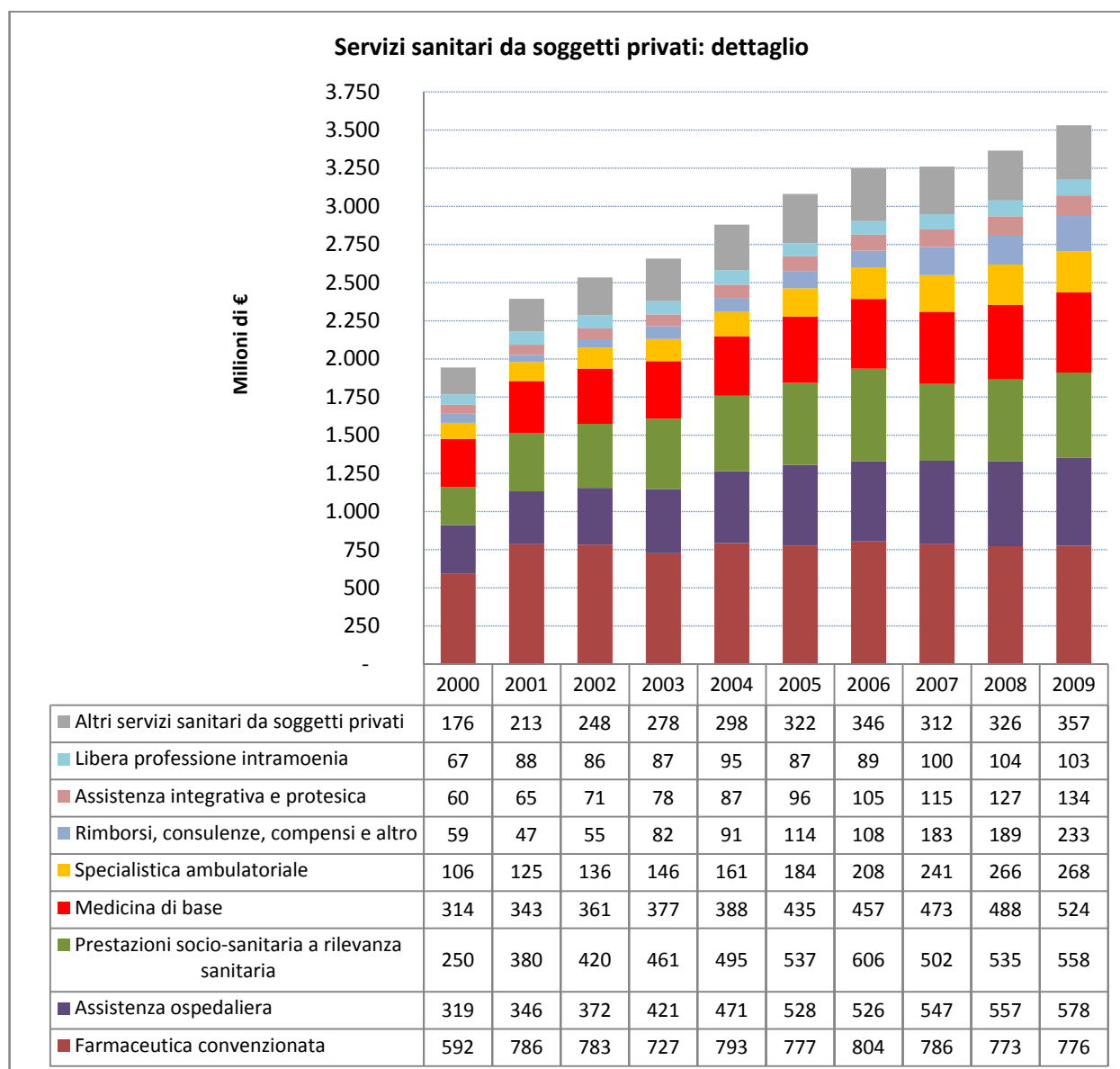


Grafico 54 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Il tasso di crescita di tali voci è riportato nel successivo grafico 55, dal quale si evince che, negli ultimi esercizi, l'incremento più significativo è stato riscontrato nell'acquisto di prestazioni per specialistica ambulatoriale e prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria, mentre l'assistenza ospedaliera presenta tassi di incremento più contenuti.

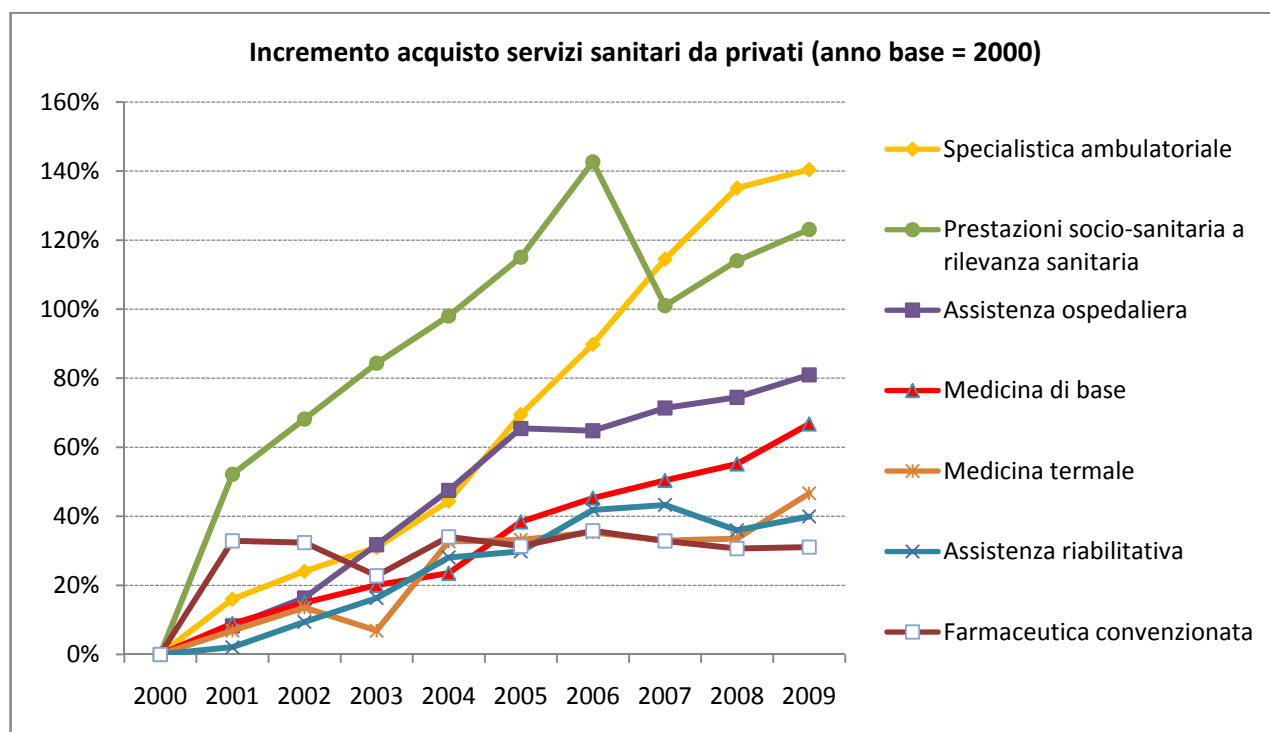


Grafico 55 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Approfondendo l'analisi sulle principali voci di costo nei grafici 55 e 56, si può osservare come l'incremento degli acquisti di servizi da privati, è spiegato dalla specialistica ambulatoriale e dalle prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (es. assistenza agli anziani, disabilità, tossicodipendenze ecc.). La farmaceutica convenzionata, invece, tende a ridurre la propria costosità relativa a partire dall'esercizio 2002. Interessa sottolineare come non vi sia stata analoga riduzione per la farmaceutica ospedaliera, come in precedenza osservato.

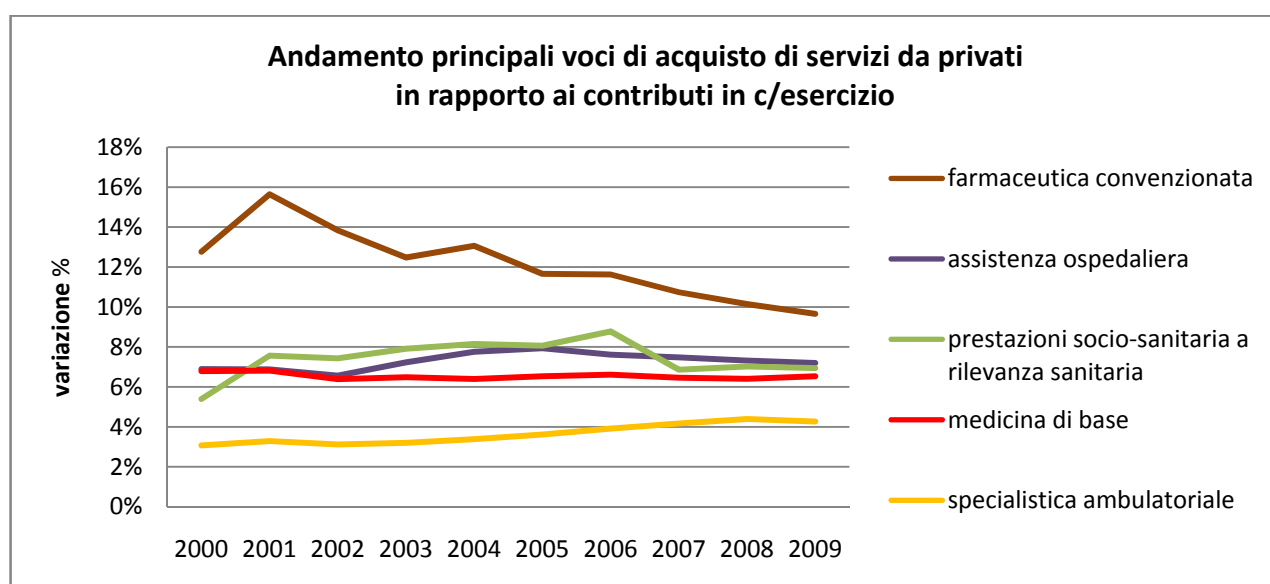


Grafico 56 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Esplorando con maggior dettaglio l'acquisto di servizi non sanitari, si propone l'andamento delle voci più significative, in valore assoluto ed in rapporto alla popolazione residente.

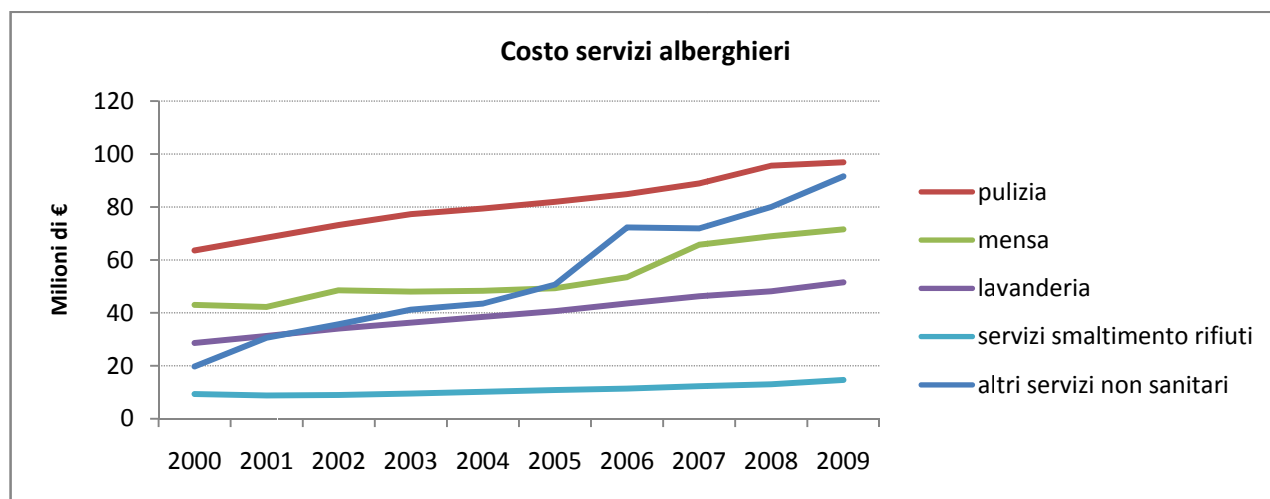


Grafico 57 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

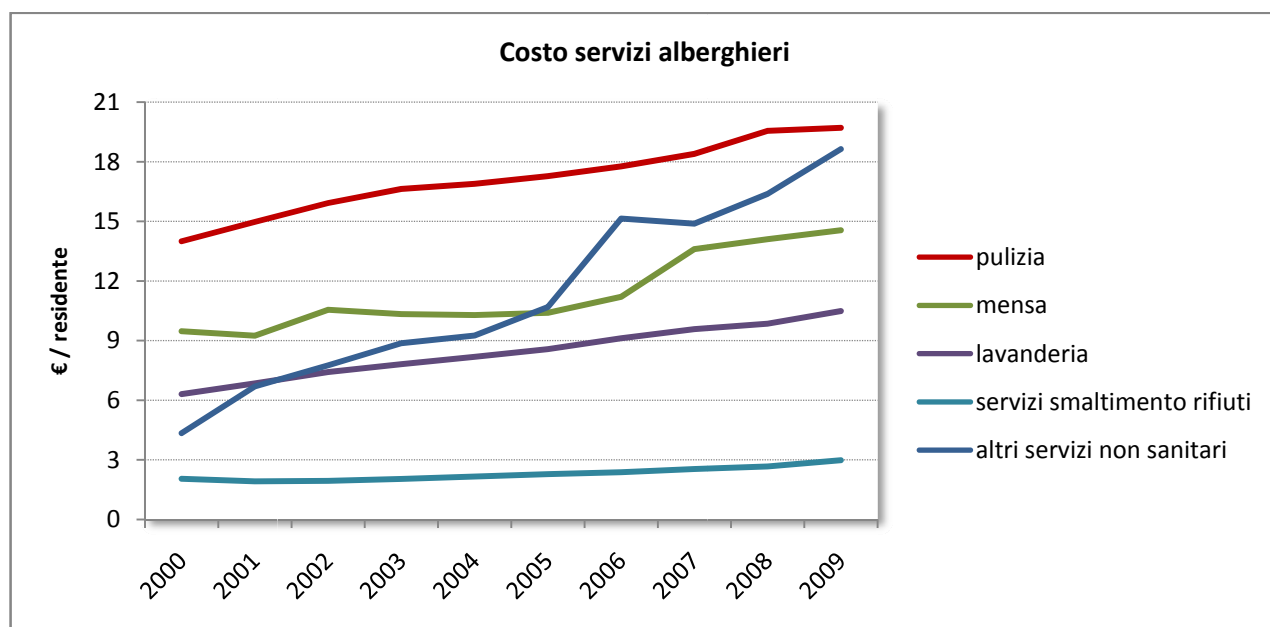


Grafico 58 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Analogamente, di seguito si propone l'andamento (in valore assoluto ed in rapporto alla popolazione residente) dei costi legati alle utenze ed all'energia impiegata.

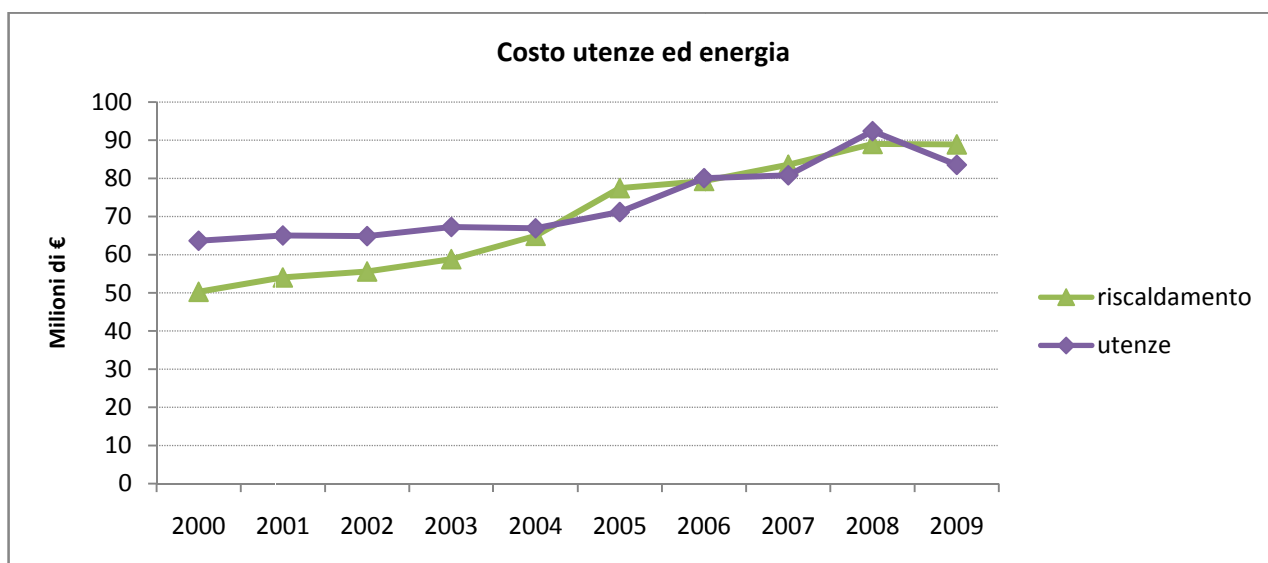


Grafico 59 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

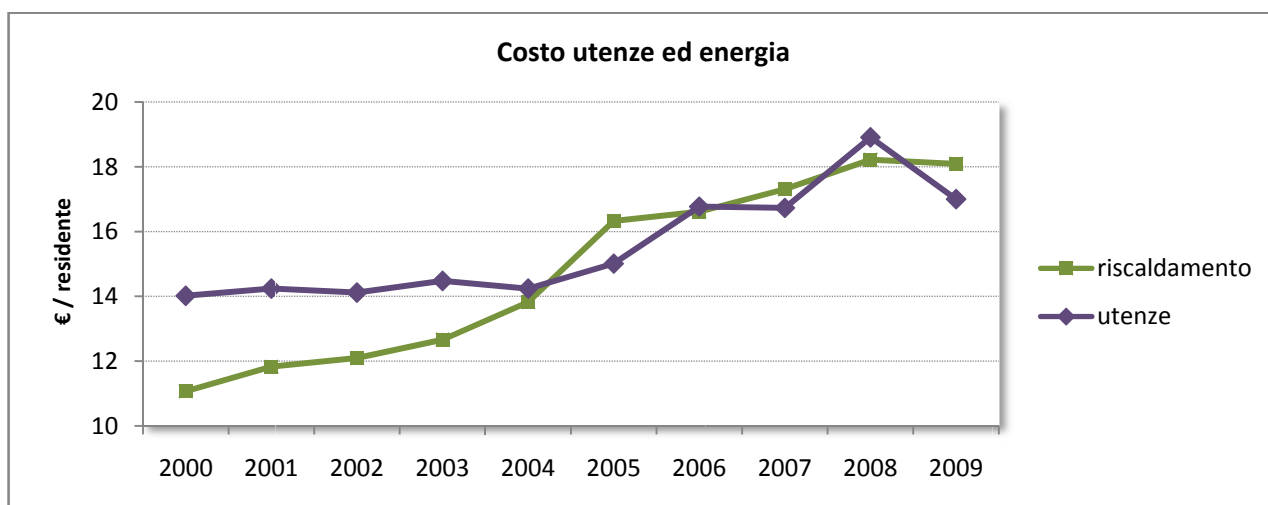


Grafico 60 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Infine, si dà evidenza dei costi dei servizi assicurativi, anche alla luce dei tassi di crescita che si registrano nel periodo in esame.

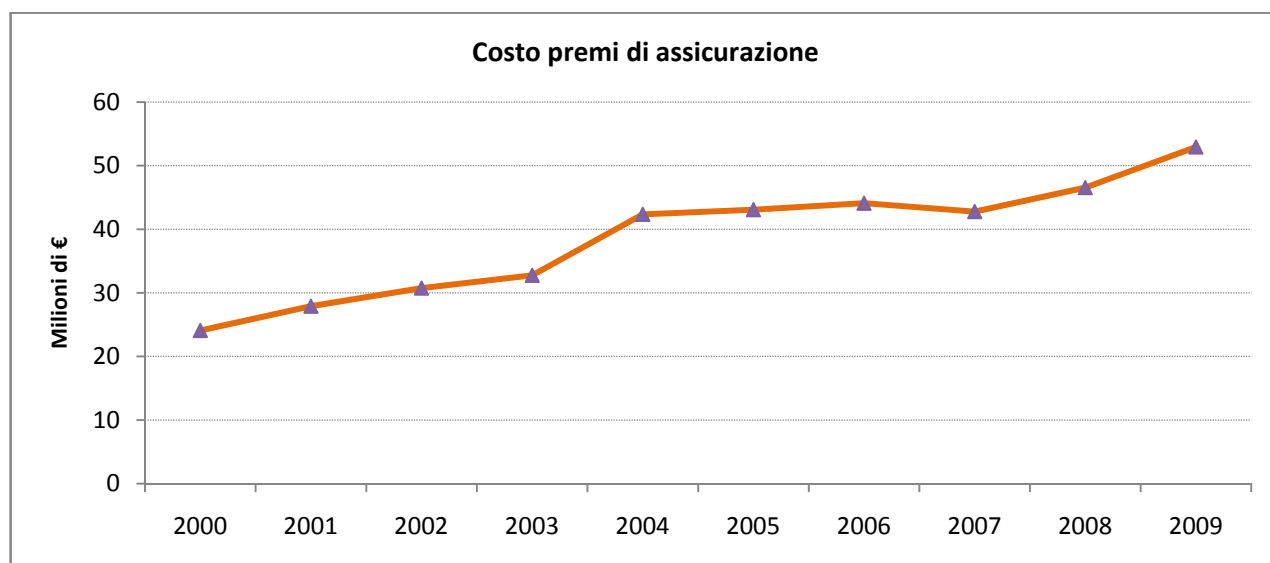


Grafico 61 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

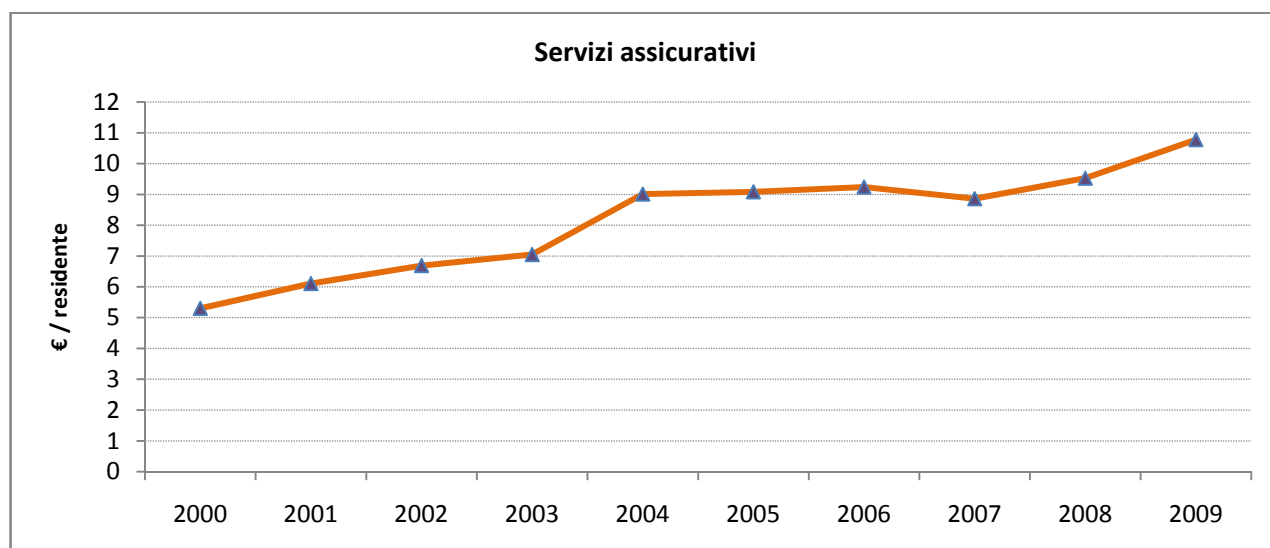


Grafico 62 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Il grafico 63 mette in evidenza il trend di crescita dei servizi non sanitari nel periodo in esame, dal quale si evince sia lo sviluppo assolutamente di rilievo dei premi assicurativi, che la sensibile crescita dei servizi di natura alberghiera, soprattutto considerando l'andamento decrescente dei posti letto, dei ricoveri e delle giornate di degenza osservato in precedenza.

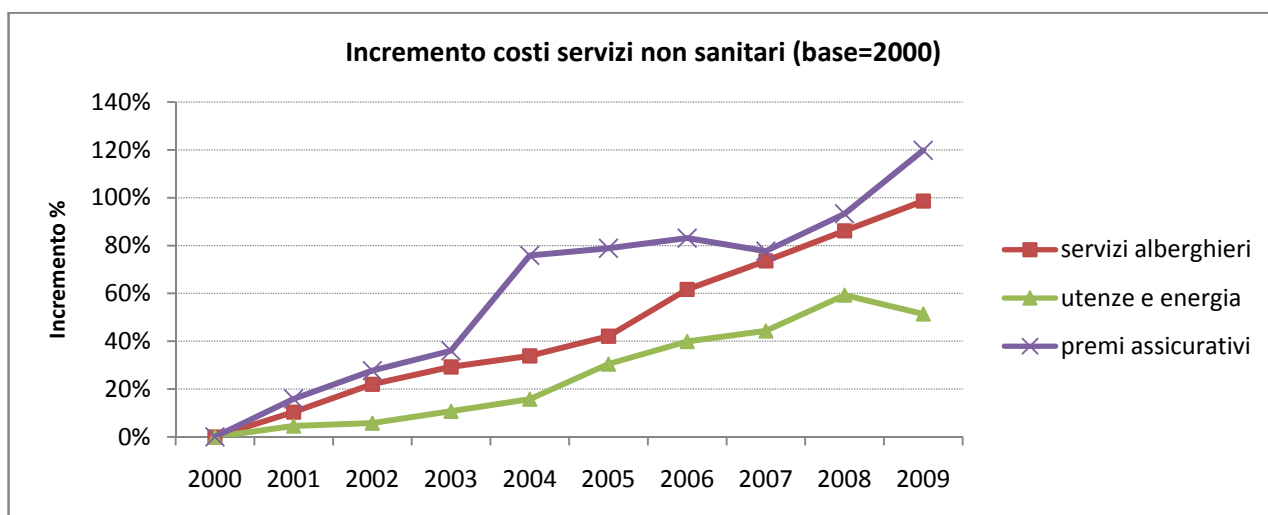


Grafico 63 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie.

Dettagliamo di seguito il costo dei principali servizi non sanitari per ciascuna Azienda Sanitaria in rapporto alla popolazione residente. Tale indicatore risente di molteplici fenomeni quali il livello e le specificità delle esternalizzazioni, le tipologie contrattuali adottate, le caratteristiche delle strutture servite, ecc. In alcuni casi, inoltre, i costi confluiscono su voci differenti (es. alcuni costi di riscaldamento sono registrati contabilmente come utenze). Tuttavia, questa analisi fornisce un interessante osservatorio sulla variabilità dei costi tra le diverse Aziende del SSSR; per un confronto un po' più significativo tra le Aziende, si propone in conclusione un grafico che somma complessivamente le singole voci di costo.

Per tutti i grafici proposti (dal 64 al 72), le fonti informative sono rappresentate dai Bilanci dell'esercizio 2009 delle Aziende Sanitarie e, per la popolazione residente, dal datawarehouse regionale. Tutti gli indicatori sono espressi in euro/residente.

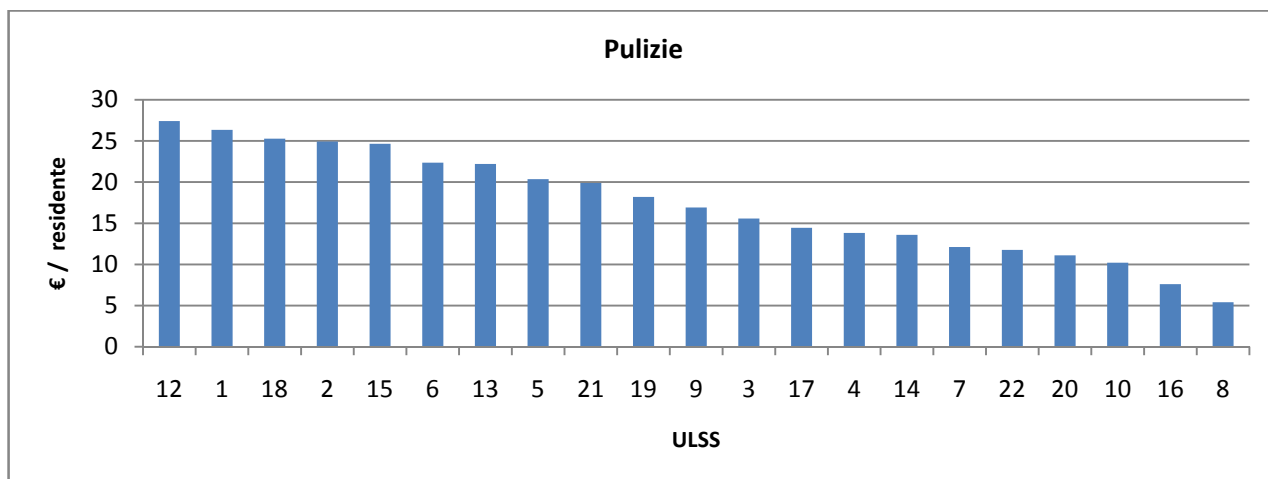


Grafico 64

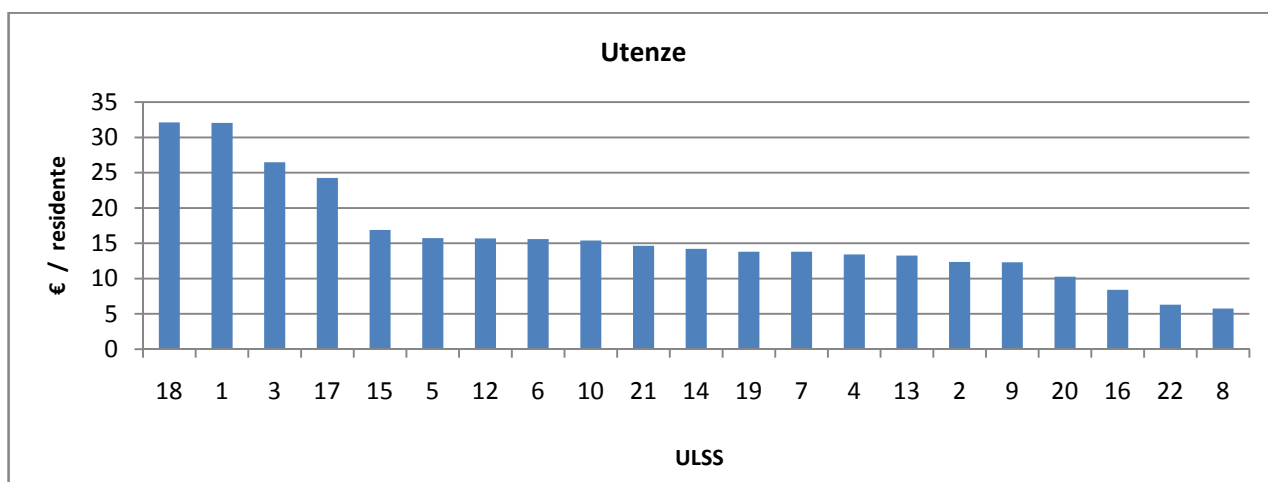


Grafico 65

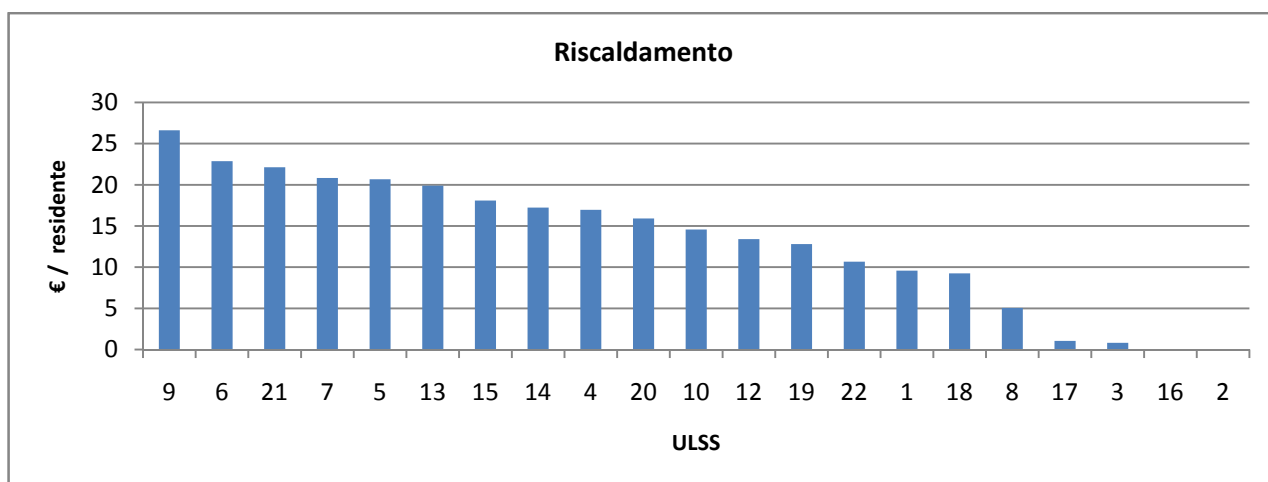


Grafico 66

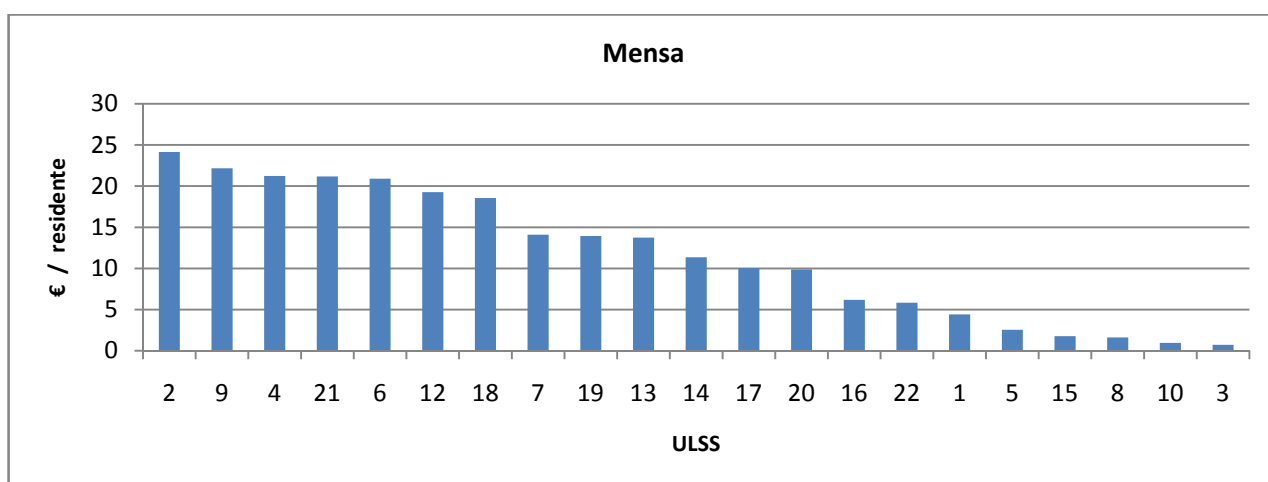


Grafico 67



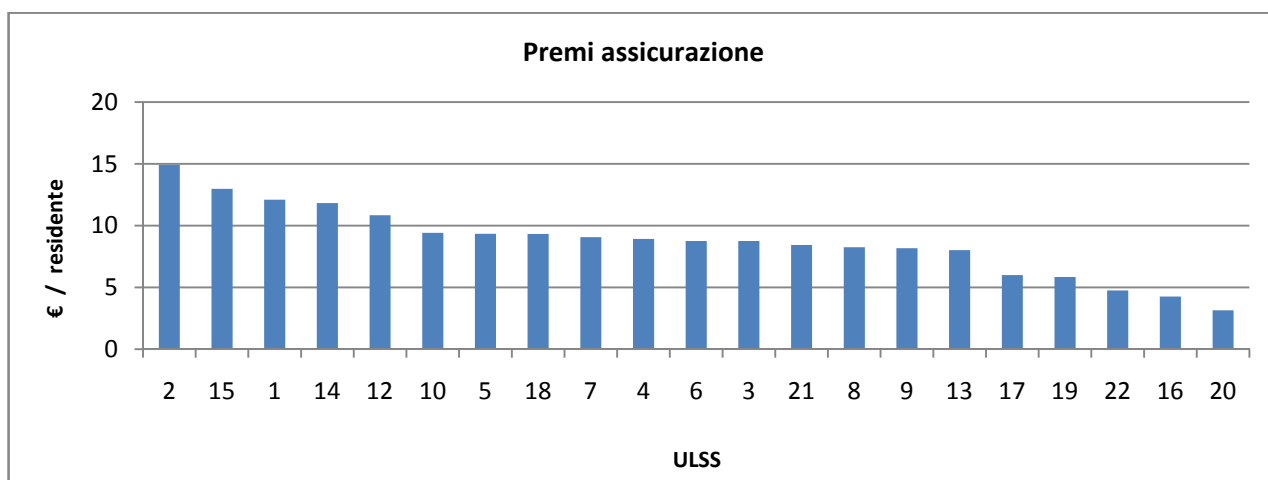


Grafico 68

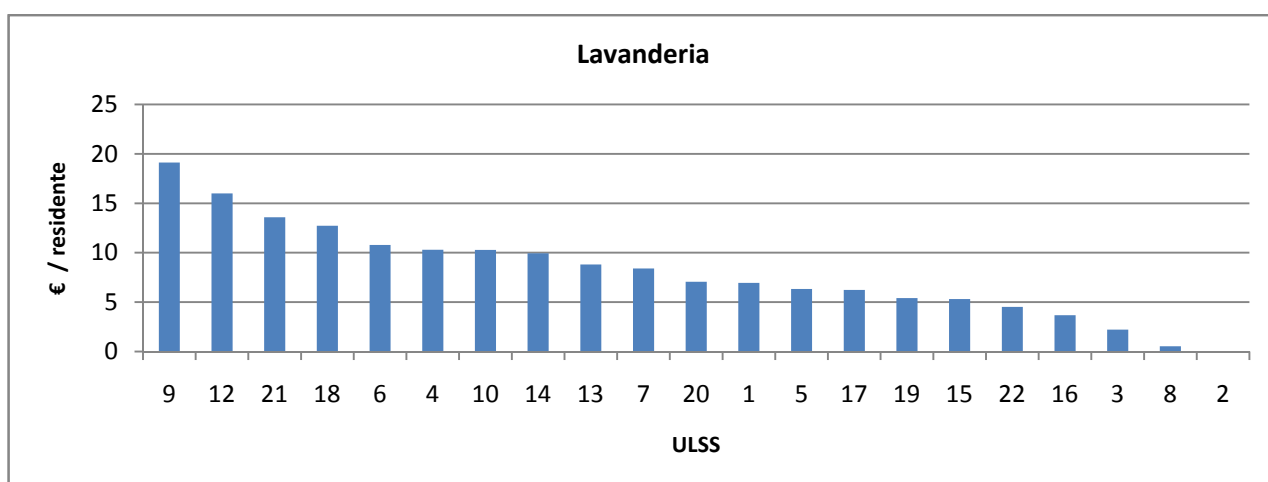


Grafico 69

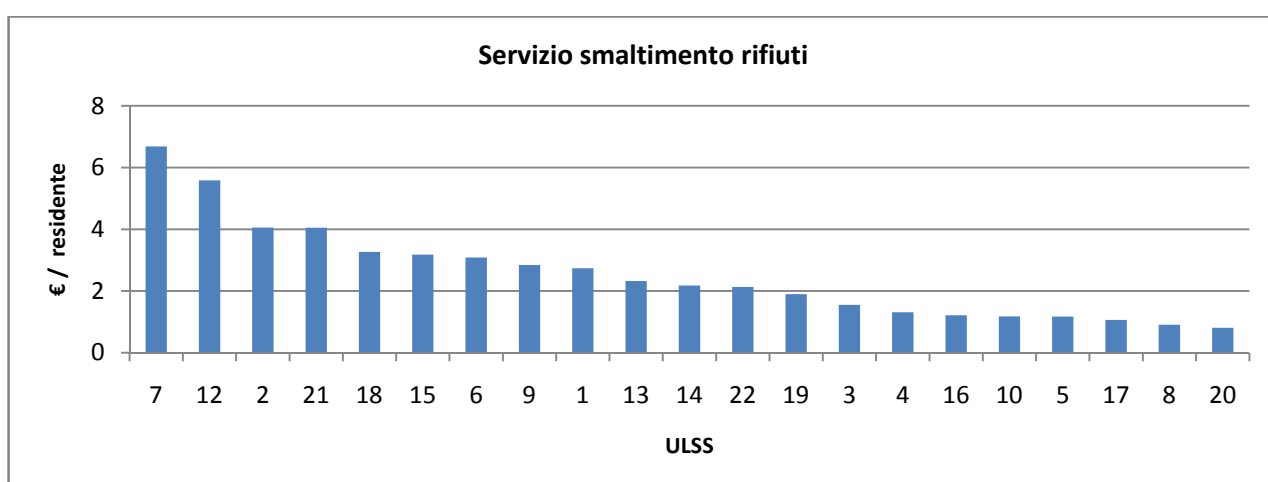


Grafico 70

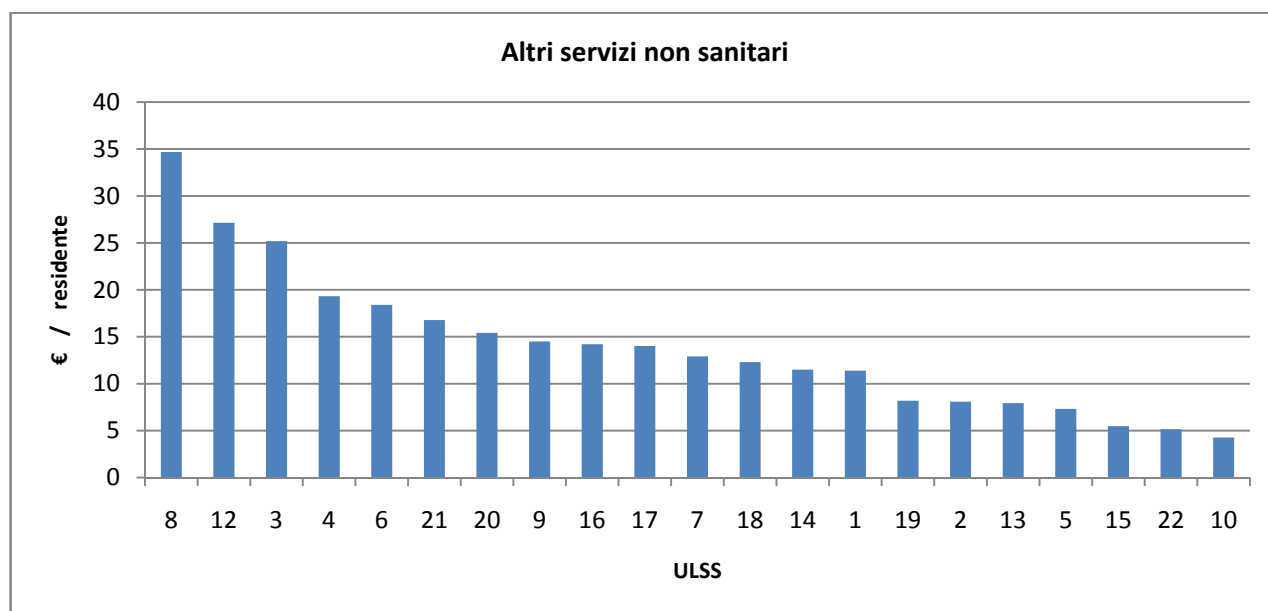


Grafico 71

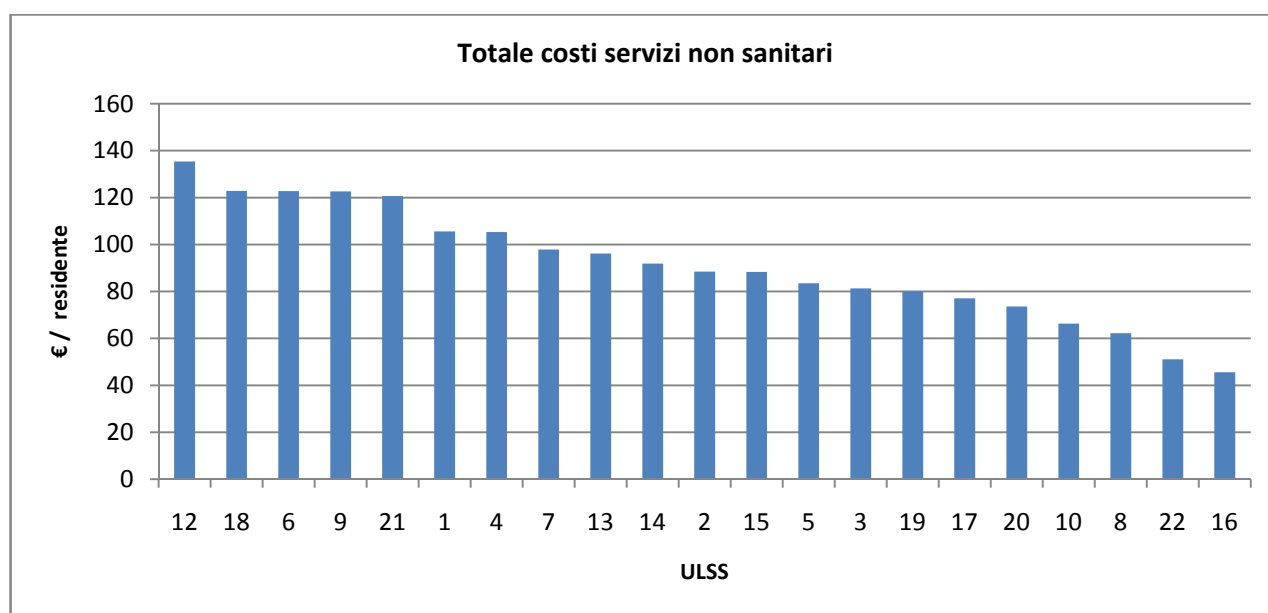


Grafico 72

Completiamo l'analisi sul costo dei servizi sanitari proponendo un confronto nazionale pubblicato recentemente dal *Il Sole 24 Ore*. Come si evince dal grafico, per un sottoinsieme di voci da noi selezionate e ritenute di maggior interesse, vi sono alcune tipologie di acquisto per le quali il Veneto si posiziona al di sopra della media nazionale (ma comunque prossimamente ai livelli delle regioni di riferimento), eccezion fatta per i costi di riscaldamento, i quali sembrano essere, in Veneto, decisamente superiori.

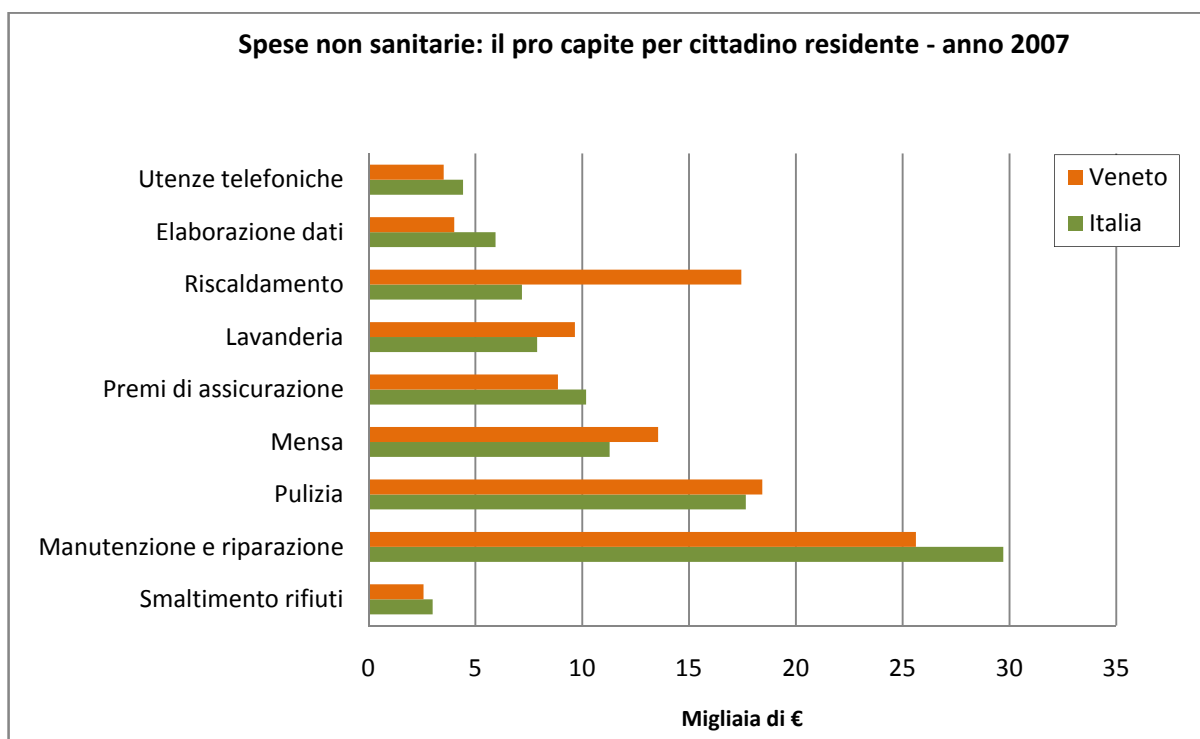


Grafico 73 – Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità - 28 settembre - 4 ottobre 2010

Il costo del personale nel periodo viene riportato nel grafico 74. La variabilità dell'andamento è spiegata dai rinnovi contrattuali dell'esercizio di competenza e degli esercizi pregressi (in particolare per quanto riguarda gli esercizi 2004 e 2005).

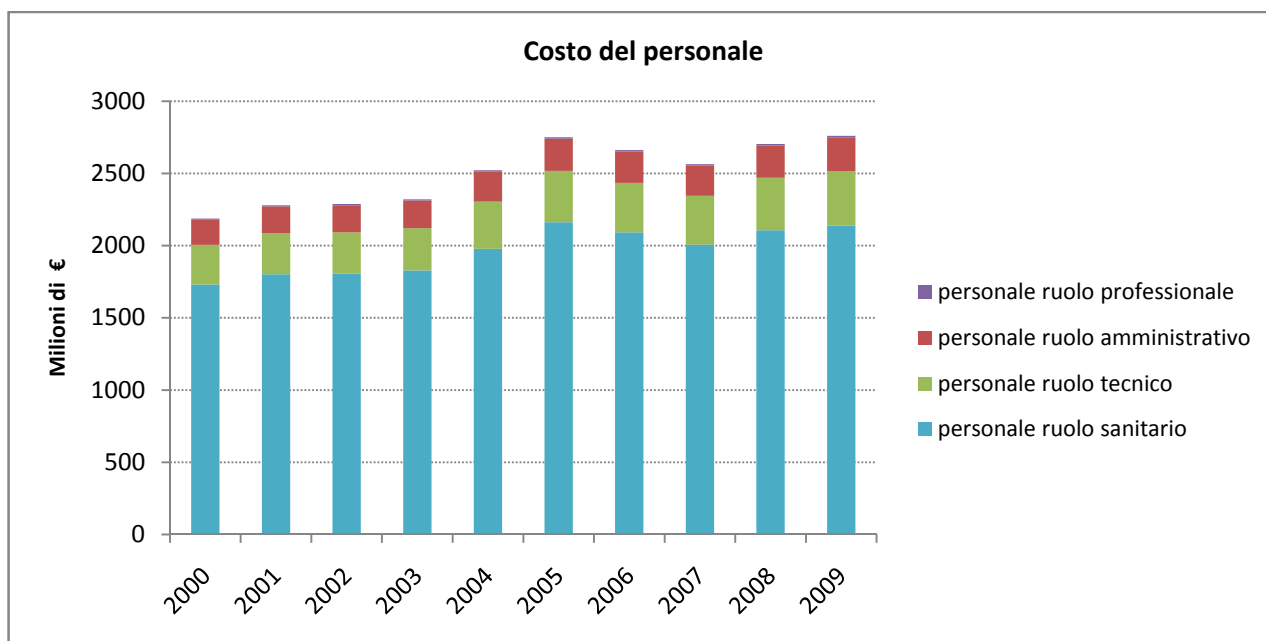


Grafico 74 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

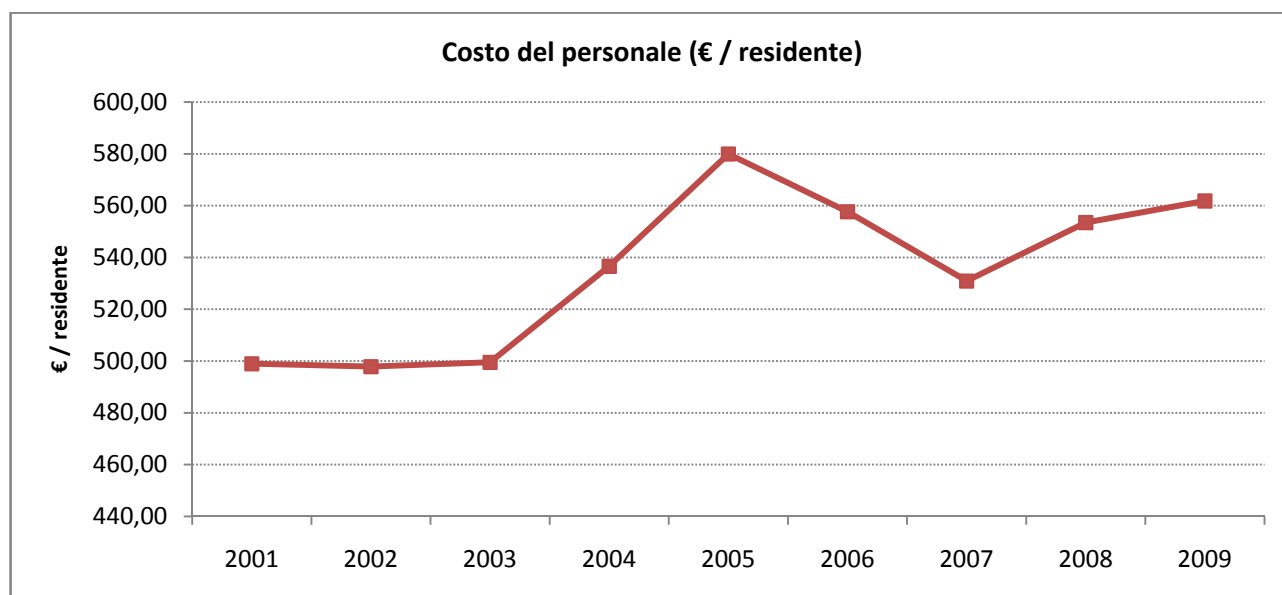


Grafico 75 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Un elemento di interesse è sicuramente rappresentato dall'incidenza decisamente decrescente del costo del personale rispetto ai contributi in conto esercizio, che passa dal 50% al 35% nel periodo in esame.

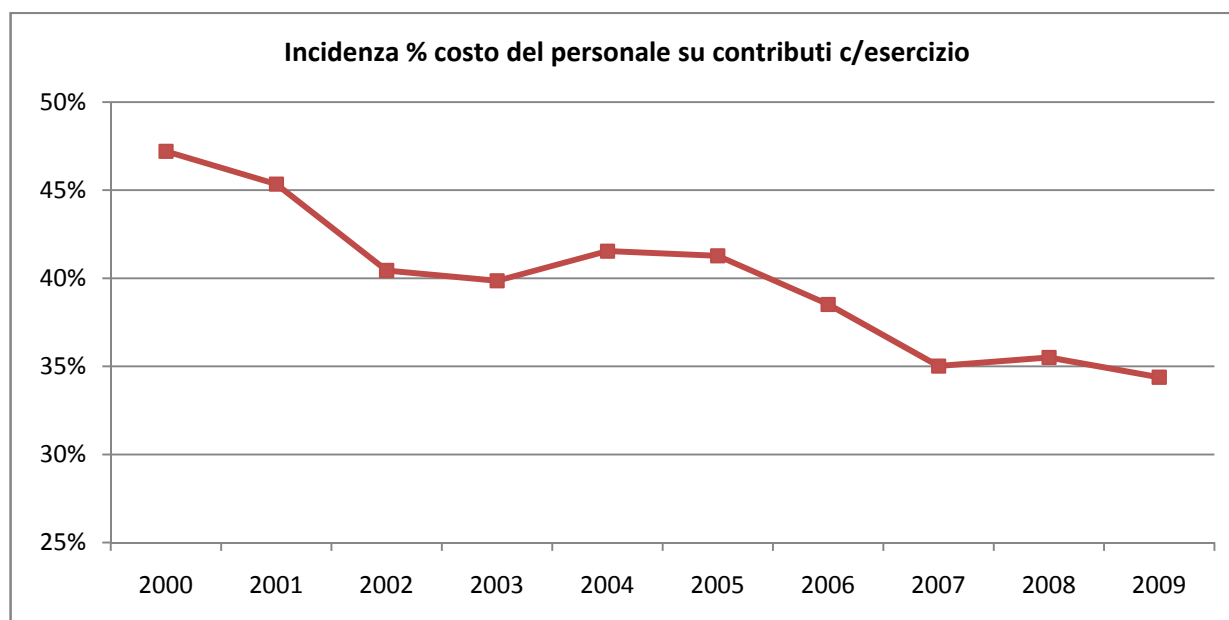


Grafico 76 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

L'analisi economica si conclude con un dettaglio degli ammortamenti, la cui incidenza sui contributi in c/esercizio passa dal 2,6% del 2000 all'attuale 3,2%.

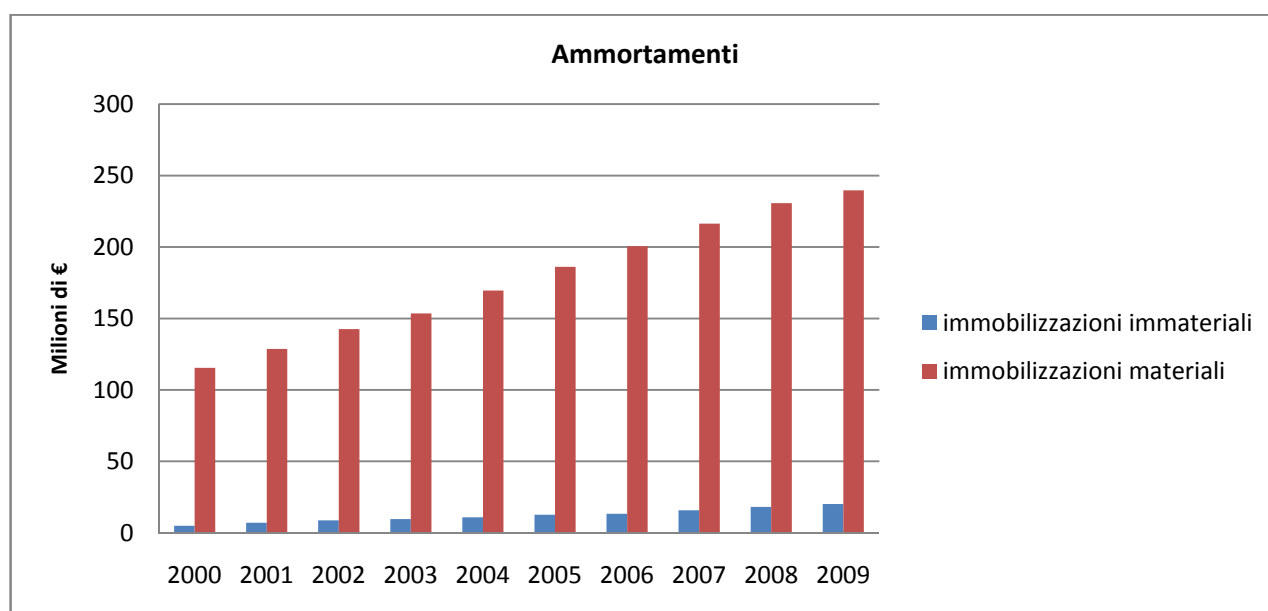


Grafico 77 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

### 2.6.3. Analisi finanziaria e patrimoniale

Il capitale immobilizzato rappresenta il valore delle attività “fisse”, che partecipano cioè alla produzione in modo continuo, essendo utilizzato per più esercizi di un’Azienda Sanitaria e, pertanto, del Servizio Socio Sanitario Regionale. Comprende le immobilizzazioni materiali (terreni, immobili, impianti, attrezzature), immateriali (avviamento, brevetti, marchi, ecc.) e finanziarie (partecipazioni).

Gli investimenti in immobilizzazioni, negli ultimi esercizi, variano tra i 300 ed i 450 milioni di euro per esercizio, pari circa ad un 5% delle risorse del riparto.

In particolare si propone il trend temporale del capitale investito in tecnologia sanitaria, al netto dei relativi fondi di ammortamento. Come si evince dal grafico 78, il valore della tecnologia sanitaria è incrementata nel tempo, al fine di dotare i servizi sanitari di strumentazioni tecnologicamente adeguate e sicure.

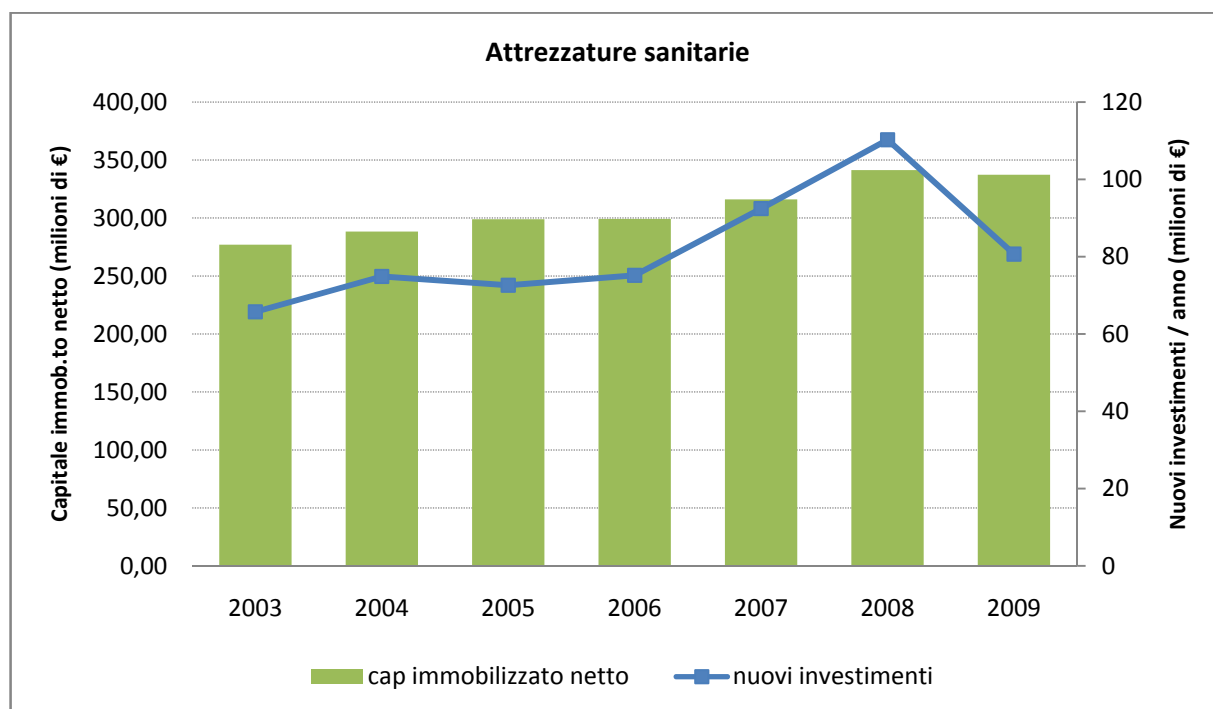


Grafico 78 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

Interessa notare come la riduzione del valore dei nuovi investimenti, registrato nel 2009, sia contestuale alla piena operatività della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), istituita con DGRV n. 1455/2008. La CRITE ha il compito di supportare l'organo di governo regionale nella scelta dei progetti di investimento in edilizia e in attrezzature, presentati dalle Aziende Sanitarie, da avviare a realizzazione. L'attività della CRITE ha consentito altresì di dare priorità all'aggiornamento del parco attrezzature soprattutto per garantire i necessari standard di qualità e sicurezza.

La Tabella 8 illustra le modifiche nell'età media delle attrezzature per l'imaging clinico, a seguito degli investimenti aziendali autorizzati dalla CRITE.

### Età media del parco macchine regionale

	età media giu 08	età media set 09	età media set 10	Standard di riferimento <sup>17</sup>	
				qualità	sicurezza
ACCELERATORE PER RADIOTERAPIA	7,4	7,0	6,5	n.d.	n.d.
ANGIOGRAFO	8,6	7,0	6,5	6	8
GAMMACAMERA	11,7	8,0	7,5	7	9
MAMMOGRAFO	10,0	7,0	5,0	6	8
RISONANZA MAGNETICA	6,2	6,0	5,5	5	7
TAC	7,5	6,5	5,5	5	7
TELECOMANDATO RADIOLOGICO	10,4	9	7,5	7	9

Tabella 9 - Fonte: ARSS Veneto – Unità Ricerca e Innovazione

<sup>17</sup> Standard formulati da SIRM-ANIE-AIMN

Sotto il profilo delle passività patrimoniali, una delle voci più significative è rappresentata dall'esposizione debitoria nei confronti dei fornitori.

Il grafico 79 evidenzia il trend in crescita dei debiti, anche in rapporto ai contributi in c/esercizio. Come si evince dal grafico, nel triennio 2007-2009 il Servizio Socio Sanitario Regionale ha ricevuto liquidità sufficienti a mantenere sostanzialmente invariato lo stock di debito verso fornitori, che resta comunque elevato (30% del finanziamento annuale).

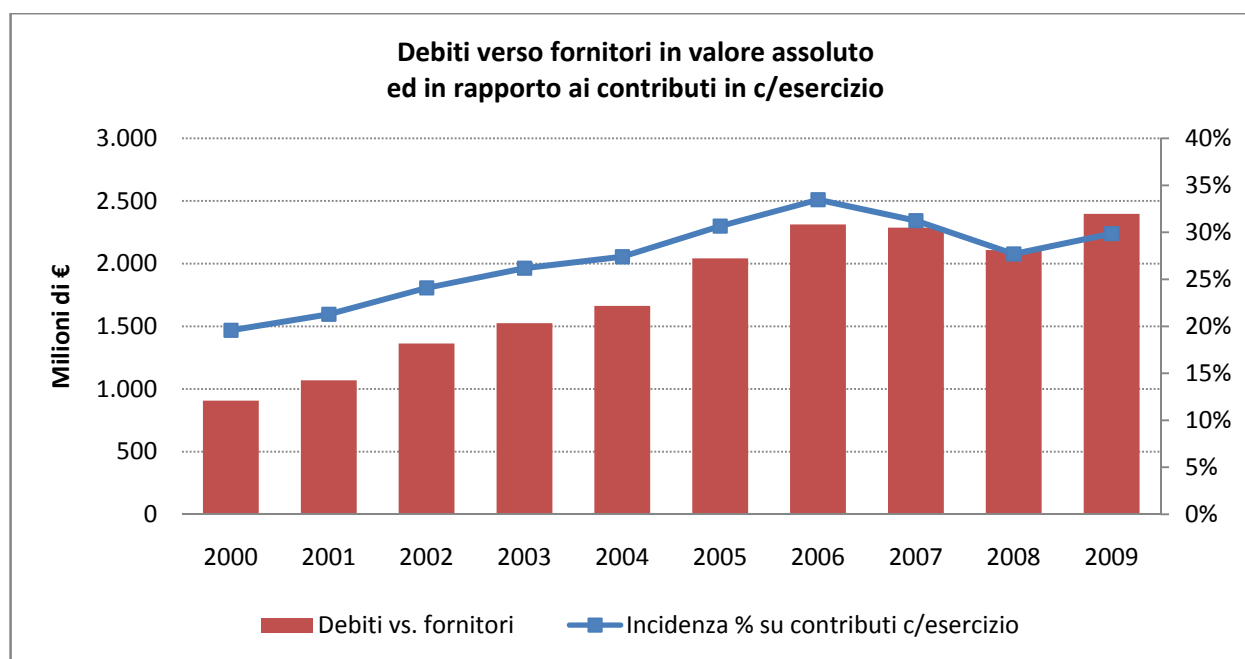


Grafico 79 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie

L'analisi finanziaria può essere rappresentata anche attraverso l'analisi del capitale circolante, come illustrato nel grafico 80, dal quale si evidenzia la progressiva tensione finanziaria che ha subito il Servizio Socio Sanitario Regionale negli ultimi esercizi, soprattutto al fine di consentire una adeguata politica degli investimenti a fronte di finanziamenti strutturalmente insufficienti.

Si può facilmente notare come il capitale circolante netto operativo (calcolato secondo la riclassificazione di bilancio secondo criterio delle Pertinenze gestionali) sia strutturalmente negativo. Tale situazione indica una tendenza del SSSR di dilazionare nel futuro il pagamento dei propri debiti verso fornitori (si veda il grafico 79) e quindi un sistematico aumento degli stessi rispetto alle voci dell'attivo corrente.

Il grafico 80 evidenzia, altresì, che il CCNO negativo finanzia quasi completamente anche gli *asset* operativi mettendo in luce un tendenziale squilibrio patrimoniale. È possibile notare come il capitale investito netto operativo (CINO), dato dalla somma algebrica di CCN e attivo immobilizzato, sia rappresentato da un linea il cui andamento è vicino al pareggio.

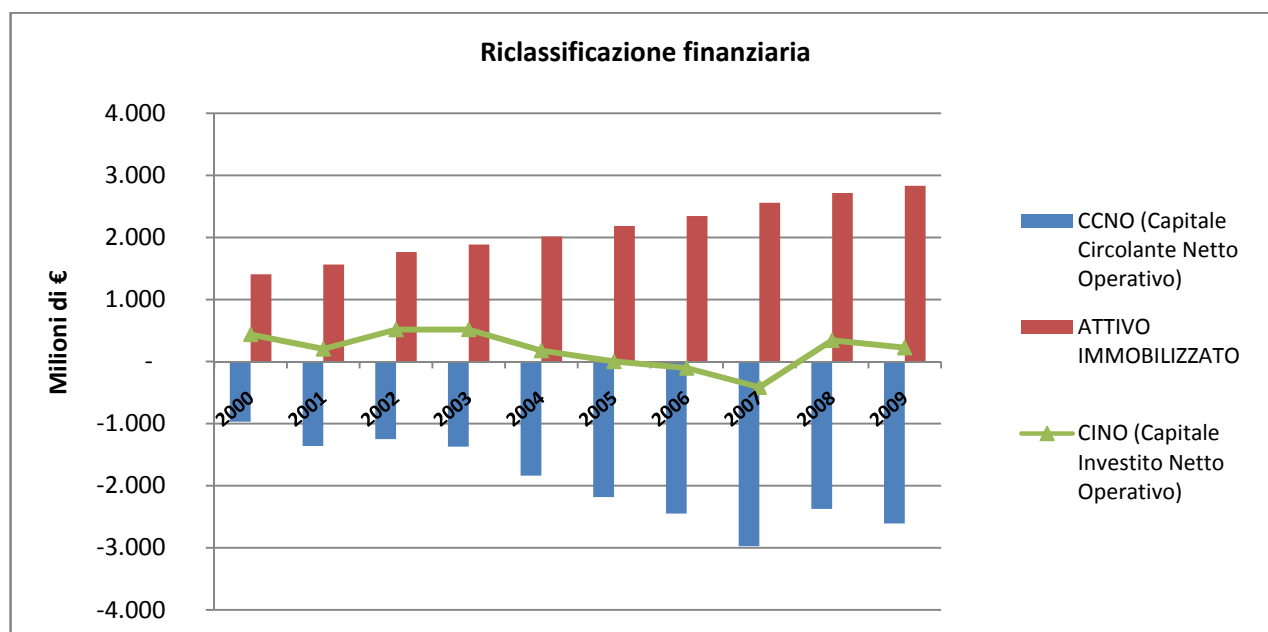


Grafico 80 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie. Riclassificazione di bilancio secondo criterio Pertinenza gestionale:  
 CCNO (CAPITALE CIRCOLANTE NETTO OPERATIVO) = ATTIVITA' CORRENTI-PASSIVITA' CORRENTI.  
 CINO (CAPITALE INVESTITO NETTO OPERATIVO) = CCN-ATTIVITA' IMMOBILIZZATE

Anche il successivo grafico 81 dimostra come le fonti di finanziamento a lungo termine (finanziamenti per investimenti, mutui e donazioni) siano in genere insufficienti per coprire totalmente le acquisizioni relative al patrimonio immobilizzato. Conseguentemente i debiti a breve "co-finanziano" gli investimenti a lungo termine.

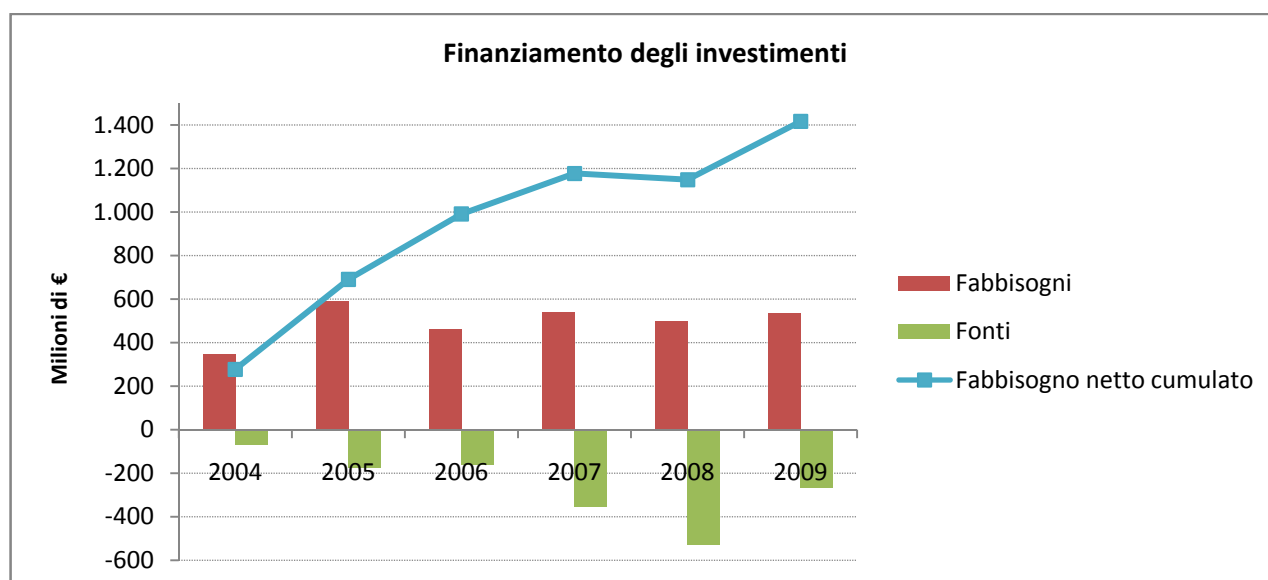


Grafico 81 - Fonte: Elaborazioni ARSS da Bilanci Aziende Sanitarie



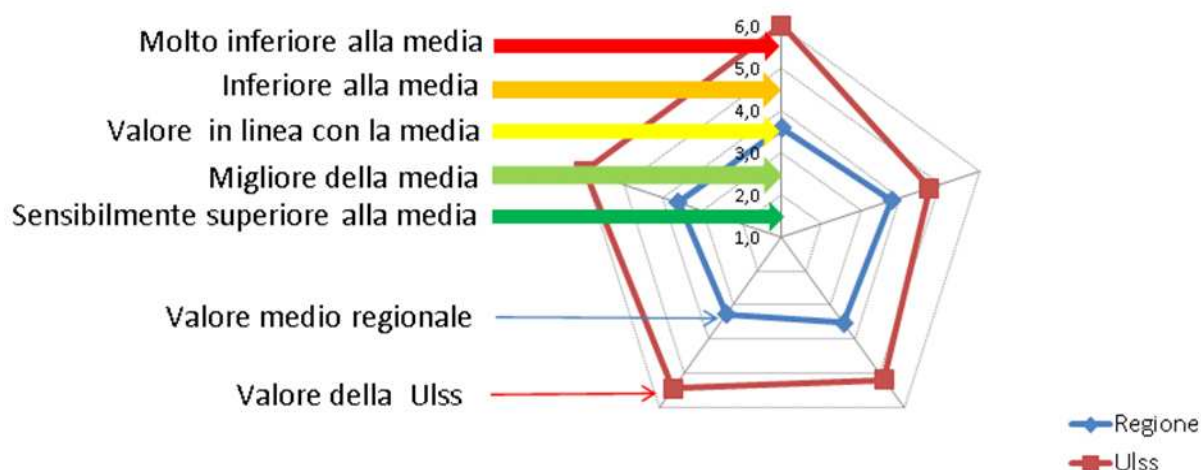
### 3. QUADRO DI SINTESI PER AZIENDA SANITARIA

#### 3.1. Metodologia utilizzata

Questa sezione effettua una fotografia di sintesi di ciascuna Azienda Sanitaria, in rapporto al valore medio regionale degli indicatori proposti.

La metodologia utilizzata è quella del grafico radiale (o “bersaglio”), che permette una visualizzazione semplice ed integrata dei punti di forza e di debolezza di ciascuna azienda sanitaria. Con questa logica sono stati quindi creati dei grafici radiali che permettono di posizionare, per i diversi indicatori calcolati, ciascuna azienda sanitaria rispetto la performance media regionale.

#### Posizionamento delle Aziende rispetto alla media regionale



La valutazione di posizionamento di ciascuna Azienda Sanitaria è il risultato di un processo di ranking calcolato secondo la logica dei quintili, ovvero ordinando le aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione degli stessi in cinque classi. Le aziende con la performance migliore sono quelle che ricadono nel primo quintile (con valori tra 1 e 2), mentre quelle con la performance peggiore ricadono nel quinto (con valori tra 5 e 6). A livello grafico questo significa che più il valore misurato si avvicina al centro del grafico radiale più la performance aziendale risulta essere migliore rispetto alle altre aziende, e viceversa.

Per quanto concerne le Aziende ULSS, si è scelto di rappresentare la performance aziendale attraverso due grafici radiali; il primo rappresenta l'efficienza nell'erogazione dei servizi e il secondo il costo dei consumi di prestazioni per i propri assistiti.

**A) Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi**1) Indice comparativo di performance:

$$ICP = \frac{\sum_{DRG=1}^{579} \frac{GG_{DRG}^{IST}}{N_{DRG}^{IST}} * N_{DRG}^{REG}}{\sum_{DRG=1}^{579} GG_{DRG}^{REG}}$$

È un indicatore di efficienza che consente di valutare la performance relativa della casistica trattata in aziende poste a confronto. Tale rapporto vede al numeratore il numero delle giornate di degenza che si sarebbe riscontrato a livello regionale nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica fosse avvenuta secondo la performance dell'azienda sanitaria in questione, e al denominatore il numero di giornate di degenza effettivamente rilevato.

Se l'ICP è maggiore di 1 si ha una performance inferiore alla media regionale. Se il valore è minore di 1 si ha il caso opposto (efficienza superiore al valore medio).

2) Ricoveri potenzialmente inappropriati:

$$\% \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati} = \frac{N. \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati (RO + DH)}}{N. \text{ Ricoveri (RO + DH)}}$$

È un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri effettuati da parte delle strutture ospedaliere delle singole aziende. Sono esclusi i ricoveri riabilitativi la cui appropriatezza è gestita con delibera n. 3913 del 04/12/2007 e n. 839 del 08/04/2008.

3) Tasso di occupazione dei posti letto:

$$TO = \frac{\text{Giornate di degenza ordinaria}}{\text{Posti letto medi} \times 365}$$

È un indicatore di efficienza che esprime la percentuale di posti letto mediamente occupati durante l'anno.

4) Giorni degenza / Personale addetto all'assistenza:

$$Gg \text{ degenza} / \text{Personale addetto all'assistenza} = \frac{\text{Totale giorni di degenza}}{\text{Totale personale assistenza in fte (INF.+ OSS+ OTA)}}$$

È un indicatore di efficienza che indica il numero di giornate di degenza per ogni addetto all'assistenza.

5) Personale distretto su 10.000 abitanti:

$$\text{Personale distretto su 10.000 abitanti} = \frac{\text{Personale distretto in fte (di ogni categoria professionale)}}{10.000}$$

È un indicatore che misura il personale del distretto, comprensivo di ogni categoria professionale, per ogni 10.000 residenti nella ULSS di riferimento.

Il secondo grafico radiale confronta ciascuna Azienda in ragione del costo di ciascun livello assistenziale, in rapporto alla popolazione residente. Tra gli indicatori, come di seguito dettagliato, si propone l'incidenza della popolazione maggiore o uguale a 65 anni e ciò richiede una breve spiegazione. Il posizionamento di un'Azienda tra i quartili inferiori alla media significa che presenta una popolazione mediamente più anziana e, pertanto, è ragionevole attendersi un maggiore valore di costo dei livelli assistenziali. Ad esempio, un'Azienda che ha un'incidenza della popolazione anziana maggiore rispetto alla media regionale ma con valori inferiori di costosità per livello assistenziale, presenta una performance elevata.

## **B) Confronto del costo dei livelli assistenziali**

### 1) Livello di assistenza ospedaliera:

Indica il costo dell'assistenza ospedaliera complessivo per ogni residente pesato. Il criterio di pesatura usato è quello del reparto presente nella delibera di giunta DGR 3494/2009.

### 2) Livello di assistenza specialistica:

Indica il costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale complessivo per ogni residente. Il criterio di pesatura usato è quello del reparto presente nella DGR 3494/2009.

### 3) Livello di assistenza farmaceutica:

Indica il costo dell'assistenza farmaceutica territoriale complessivo per ogni residente.

La popolazione residente è stata pesata con i criteri forniti dall'Unità di Informazione sul Farmaco in modo da tenere in considerazione le differenze determinate da alcuni fattori (età, sesso, ...).

### 4) Livello dell'assistenza delle cure primarie:

Indica il costo dell'assistenza delle cure primarie complessivo per ogni residente.

### 5) Incidenza popolazione ≥ 65 anni:

Indica la percentuale di popolazione residente con un'età superiore o uguale a 65 anni.

Per quanto concerne le Aziende Ospedaliere e lo IOV, si propone il solo grafico **A (Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi)**, modificato come segue:

### 1) Indice comparativo di performance:

$$ICP = \frac{\sum_{DRG=1}^{579} \frac{GG_{IST}^{DRG}}{N_{IST}^{DRG}} * N_{REG}^{DRG}}{\sum_{DRG=1}^{579} GG_{REG}^{DRG}}$$

È un indicatore di efficienza che consente di valutare la performance relativa della casistica trattata in aziende poste a confronto. Tale rapporto vede al numeratore il numero delle giornate di degenza che si sarebbe riscontrato a livello regionale nell'ipotesi che la produzione dell'intera casistica fosse avvenuta secondo la performance dell'azienda sanitaria in questione, e al denominatore il numero di giornate di degenza effettivamente rilevato.

Se l'ICP è maggiore di 1 si ha una performance inferiore alla media regionale. Se il valore è minore di 1 si ha il caso opposto (efficienza superiore al valore medio).

2) Ricoveri potenzialmente inappropriati:

$$\% \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati} = \frac{N. \text{ Ricoveri potenzialmente inappropriati (RO + DH)}}{N. \text{ Ricoveri (RO + DH)}}$$

È un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri effettuati da parte delle strutture ospedaliere delle singole aziende. Sono esclusi i ricoveri riabilitativi la cui appropriatezza è gestita con delibera n. 3913 del 04/12/2007 e n. 839 del 08/04/2008.

3) Indice di rotazione posto letto:

$$\text{Indice di rotazione posto letto} = \frac{N. \text{ Ricoveri Ordinari}}{\text{Posti Letto Ordinari Medi}}$$

È un indicatore che esprime il numero dei ricoveri realizzati mediamente, in un anno, per ciascun posto letto ordinario medio.

4) Giorni degenza / Personale addetto all'assistenza:

$$\text{Gg degenza / Personale addetto all'assistenza} = \frac{\text{Totale giornate di degenza}}{\text{Totale personale assistenza in fte (INF. + OSS + OTA)}}$$

È un indicatore di efficienza che indica il numero di giornate di degenza per ogni addetto all'assistenza.

5) Numero di ricoveri prodotti per utenti non residenti:

È un indicatore che fornisce la percentuale dei ricoveri ordinari e diurni prodotti per residenti al di fuori della Regione Veneto rispetto al totale dei ricoveri ordinari e diurni; tale indicatore determina il livello di attrazione che le Aziende Ospedaliere e lo IOV hanno nei confronti dei residenti non Veneti.

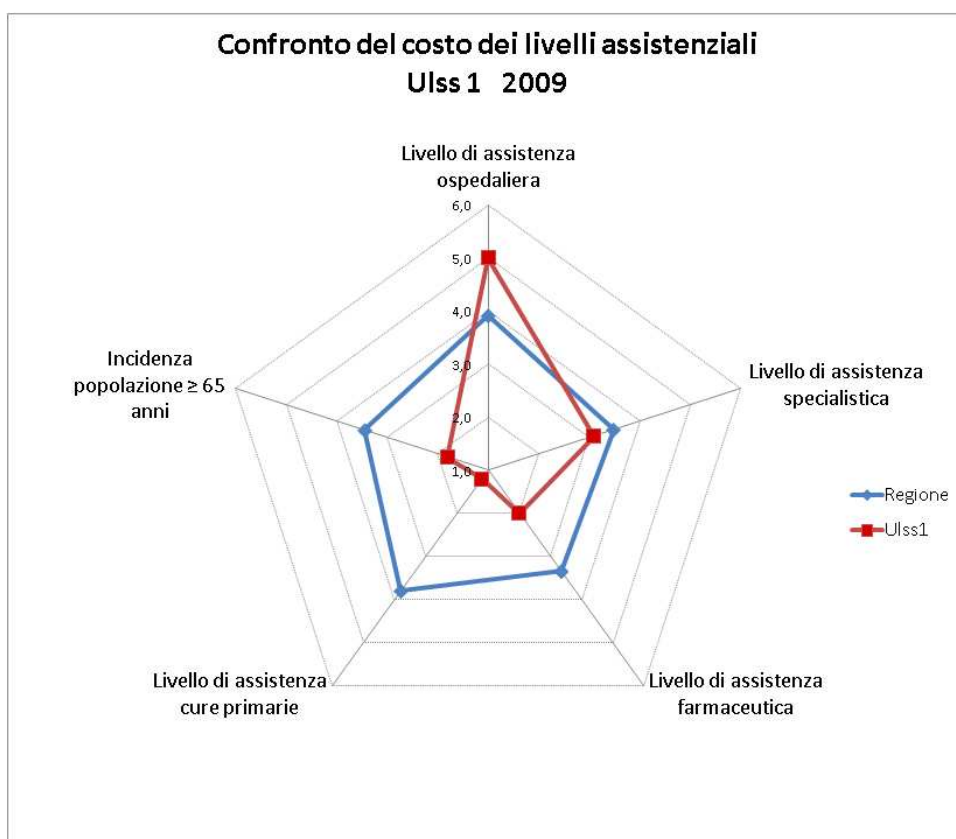
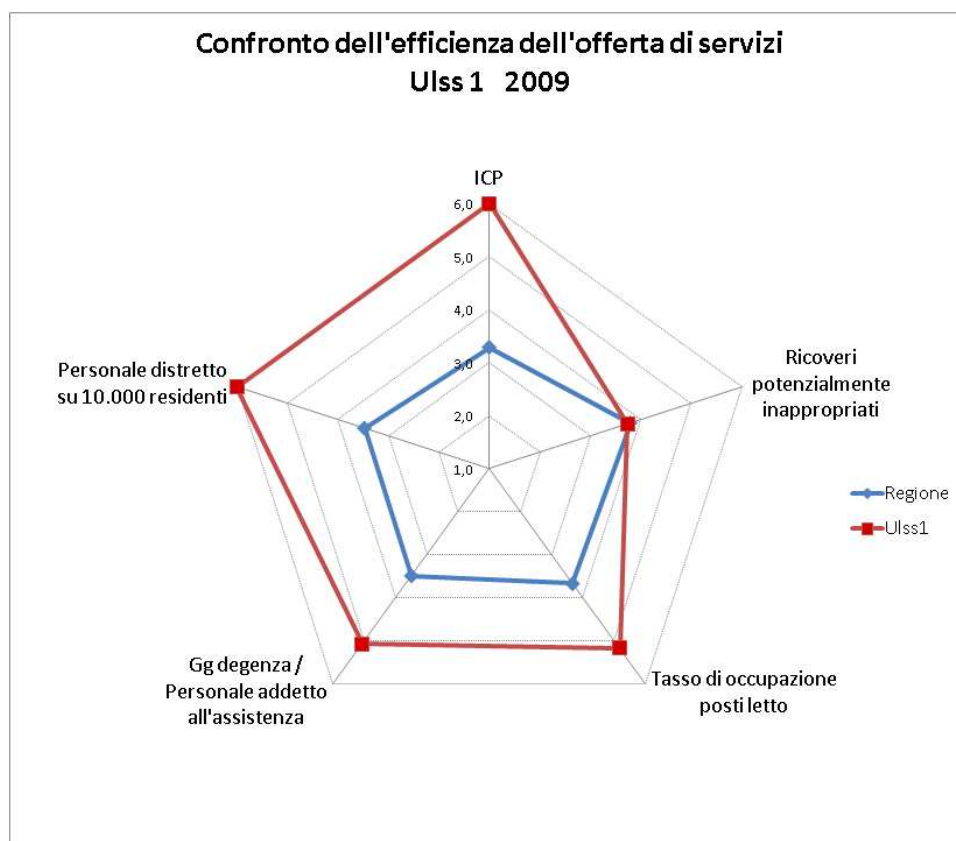
Si è ritenuto opportuno inserire anche l'andamento relativo all'indice di case-mix per valutare la complessità relativa della casistica trattata dalle Aziende Ospedaliere e dallo IOV:

$$\text{ICM} = \frac{\text{Peso medio per azienda}}{\sum_{DRG} \text{Numero dimissioni per DRG della Regione} \times \text{Peso nazionale per DRG}}$$

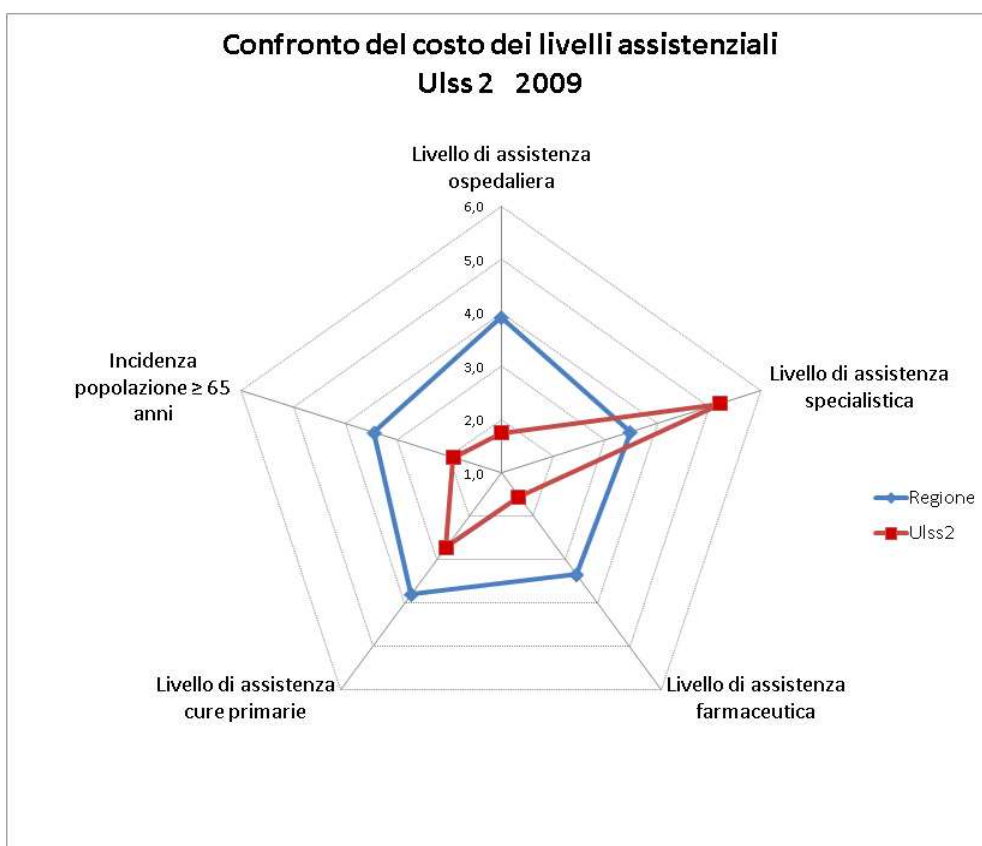
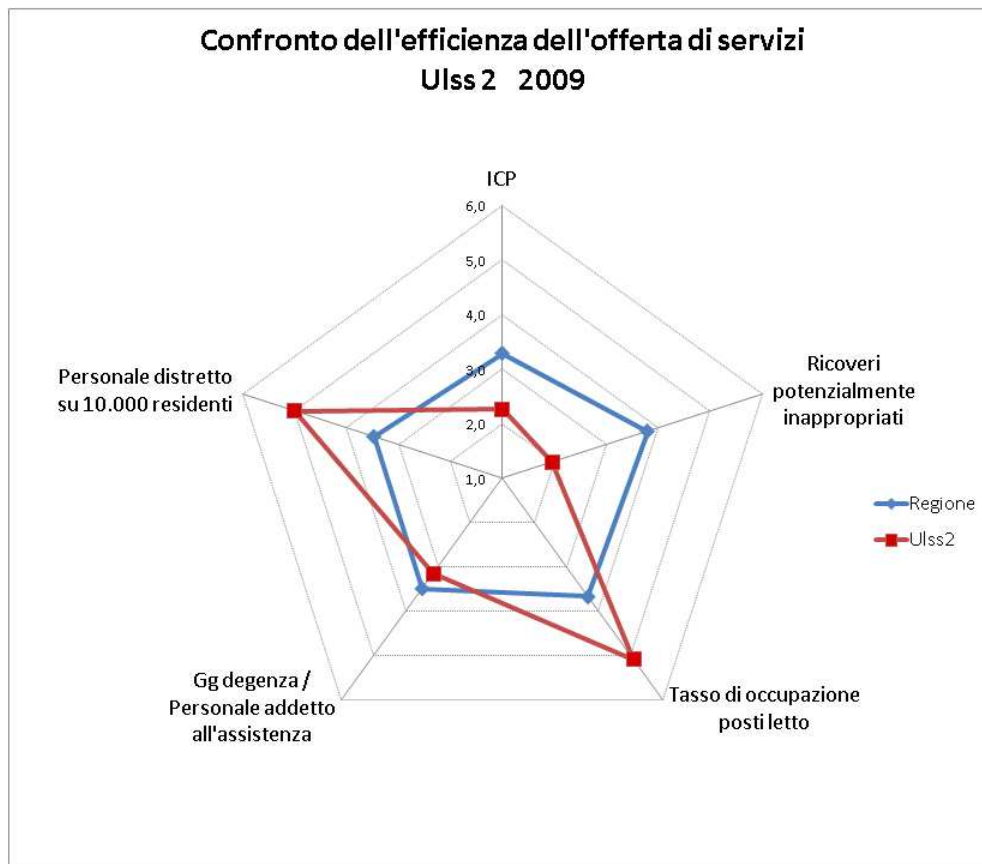
Esso esprime dunque la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio calcolato con il riferimento all'azienda ed il peso medio regionale. Un valore superiore a 1 esprime una situazione di maggior complessità della casistica dell'azienda in questione rispetto al valore medio riscontrato nella popolazione standard (archivio regionale) e viceversa.

### 3.2. Analisi Aziende ULSS

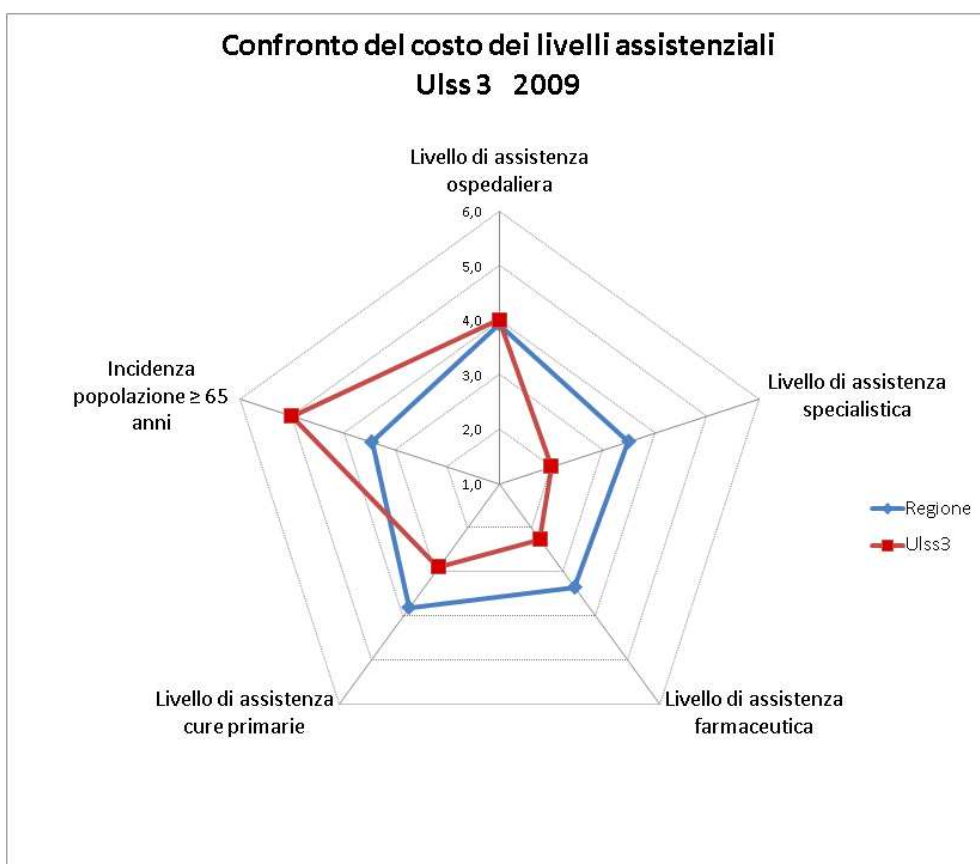
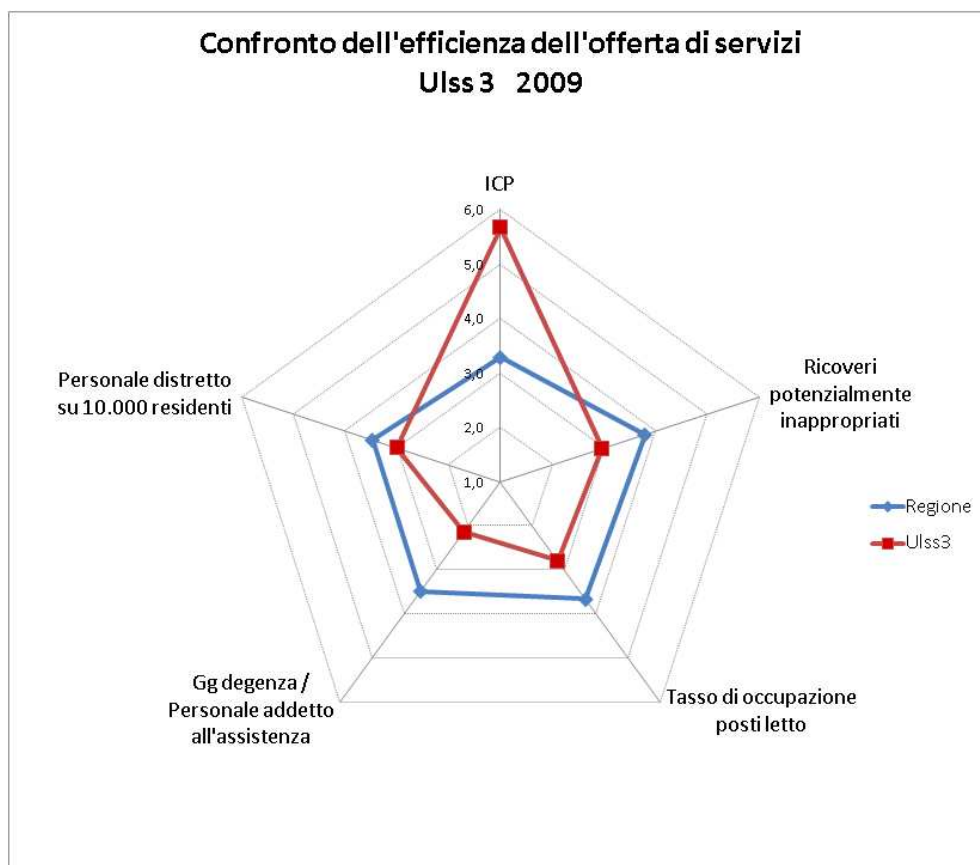
#### ULSS 1



## ULSS 2



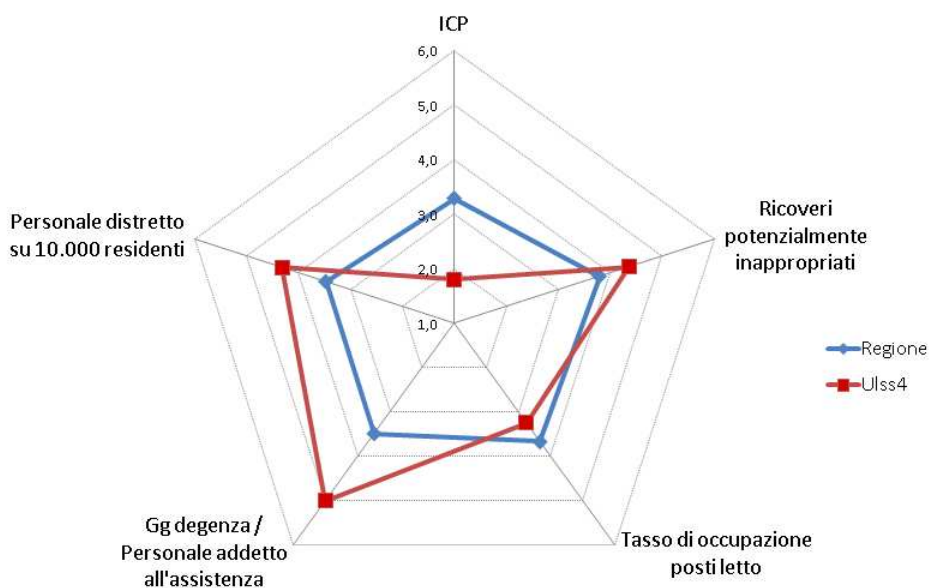
### ULSS 3



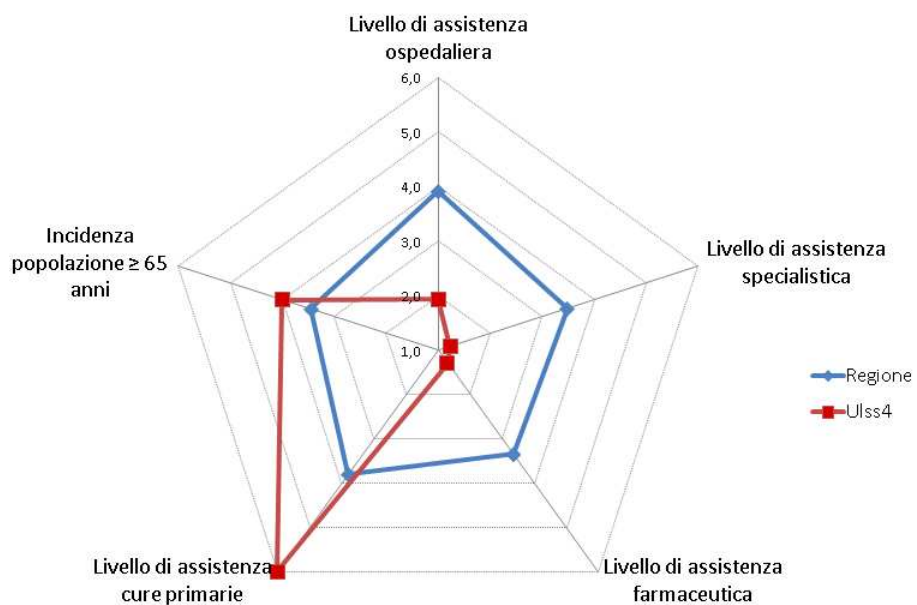


## ULSS 4

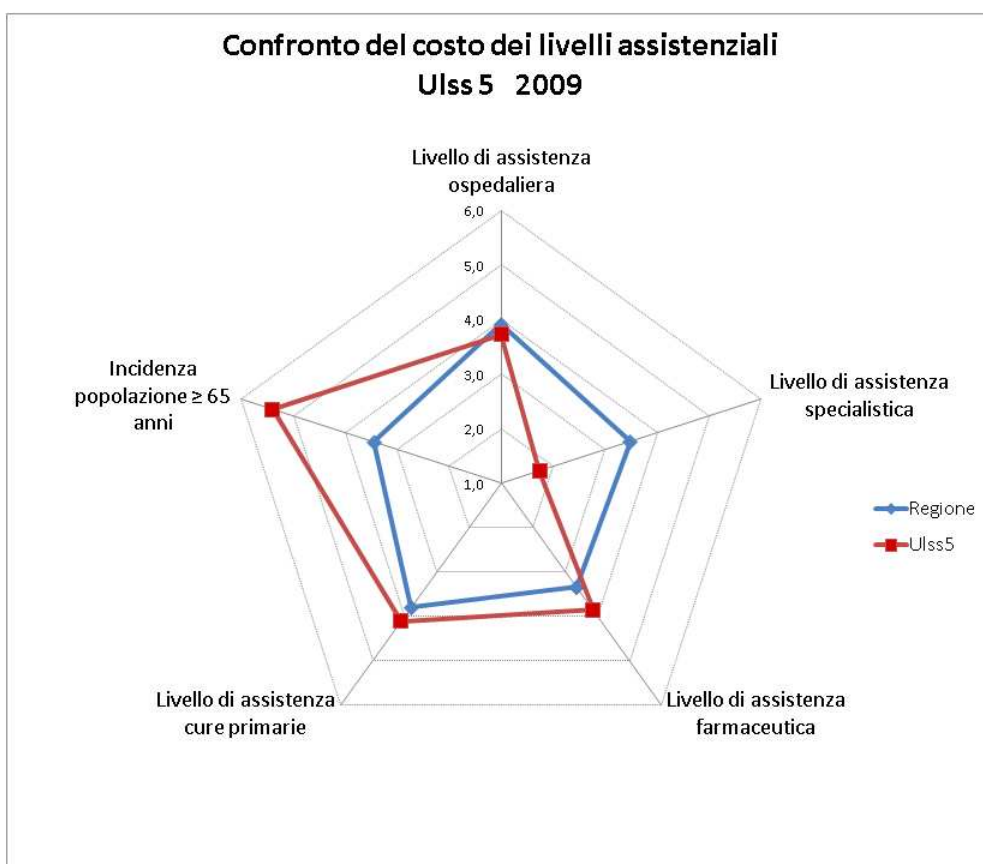
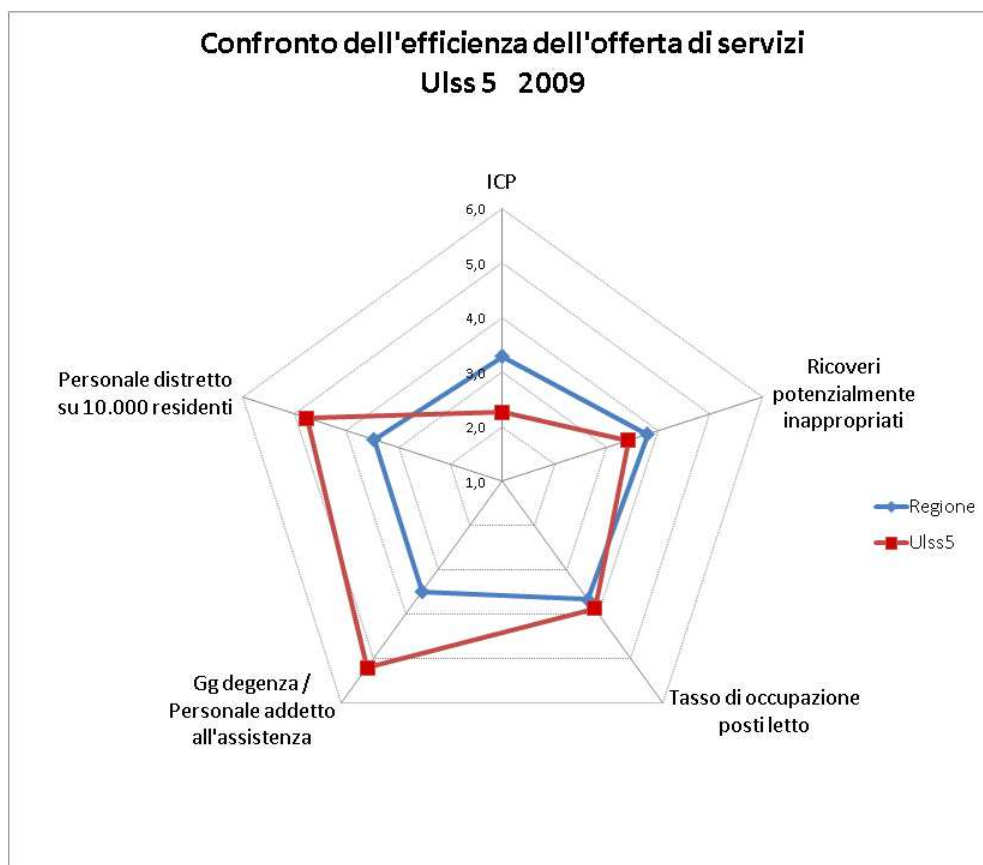
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi  
Ulss 4 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali  
Ulss 4 2009**

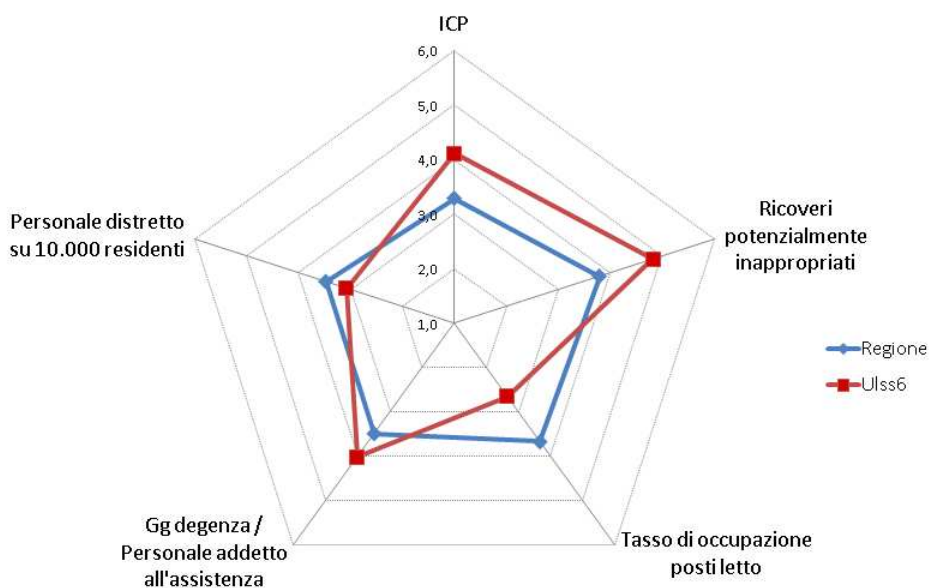


### ULSS 5

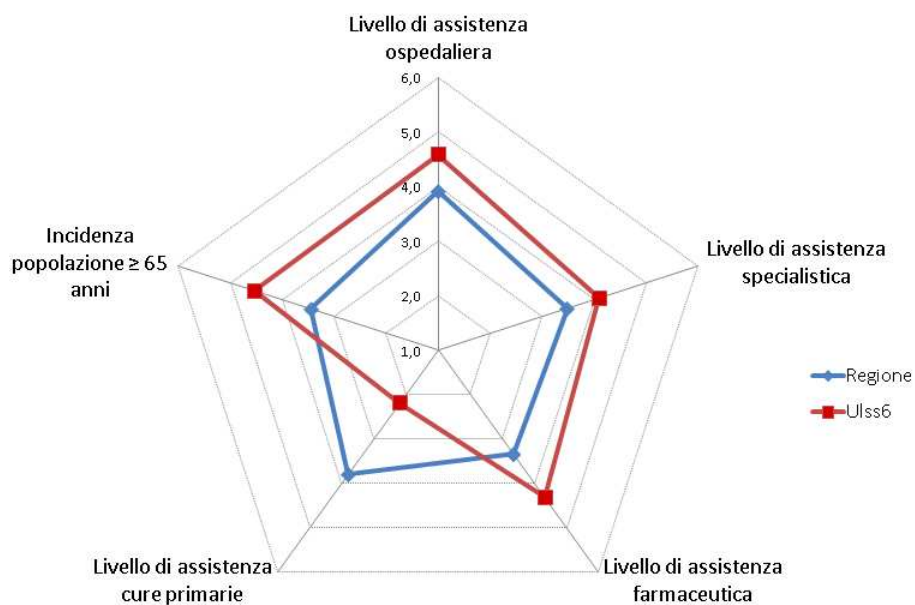


## ULSS 6

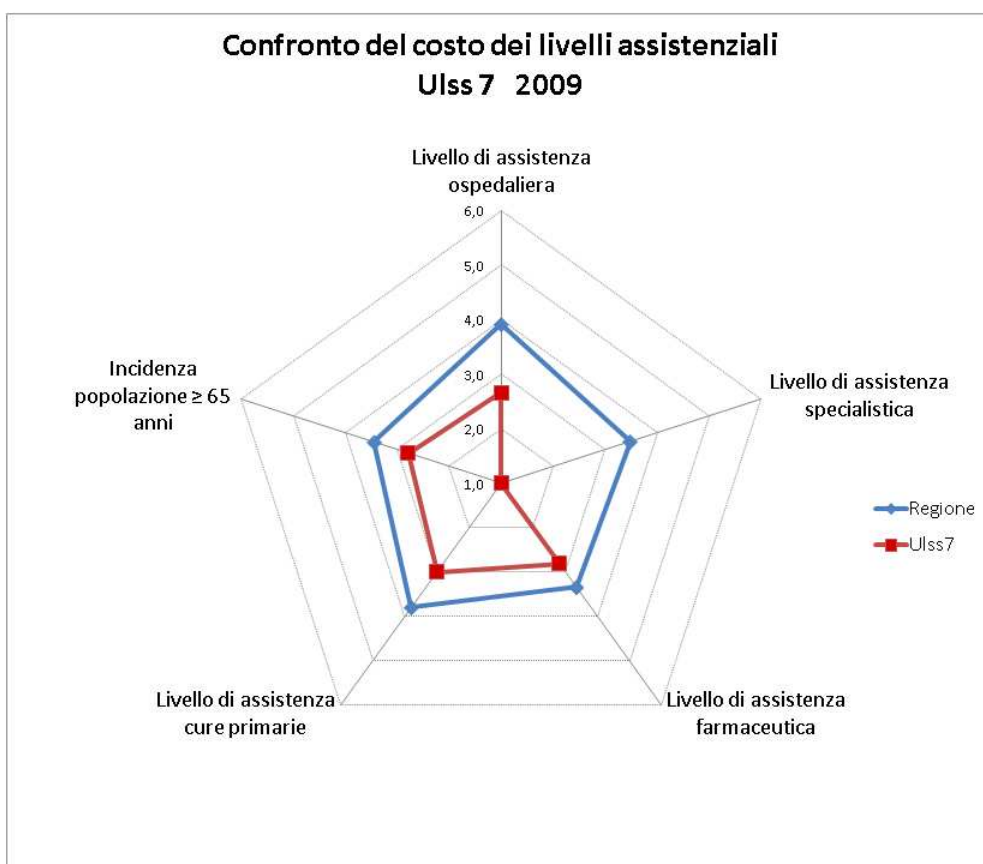
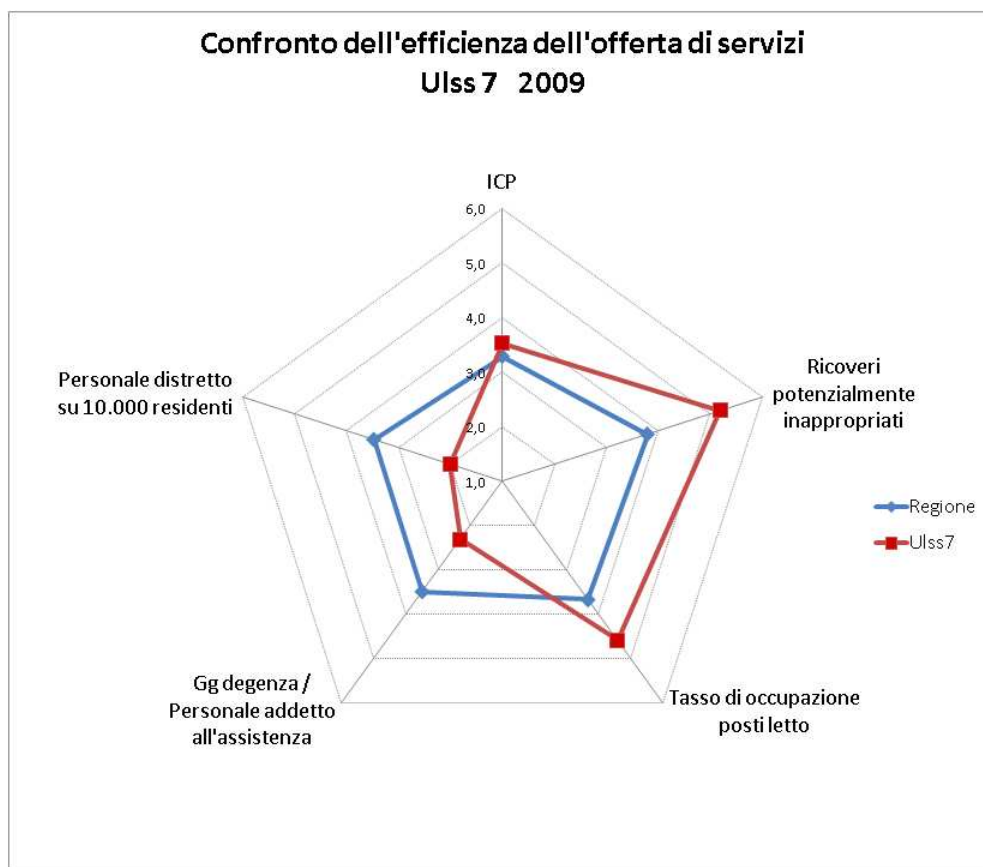
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 6 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 6 2009

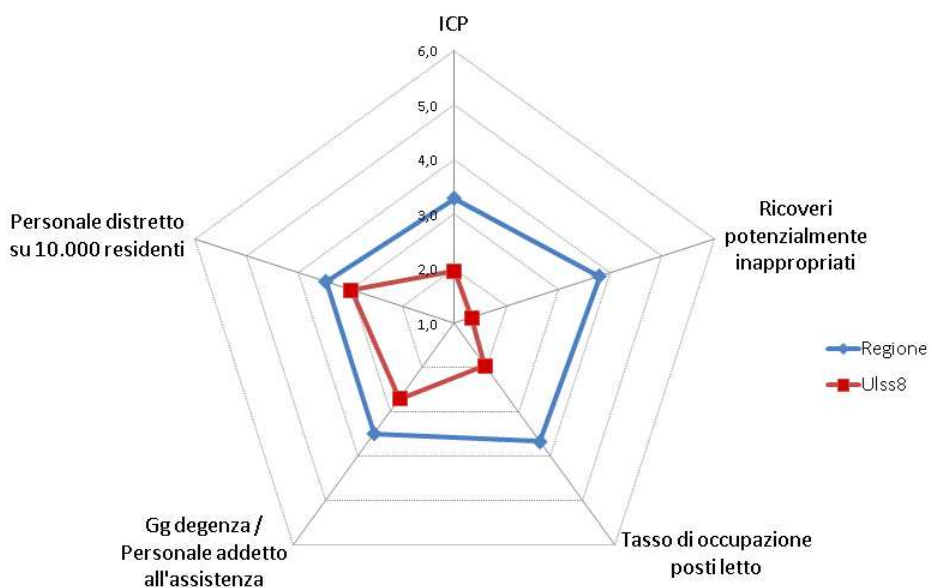


### ULSS 7

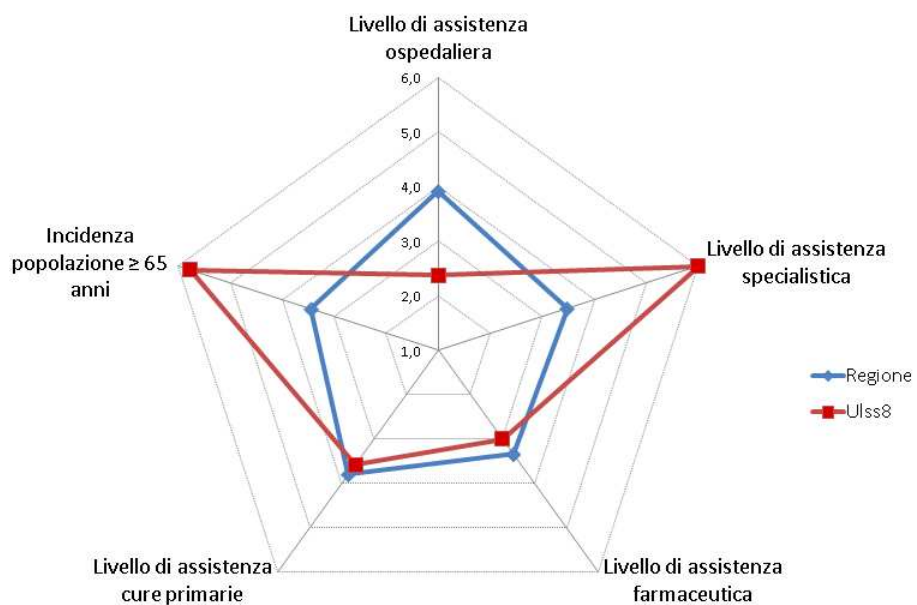


## ULSS 8

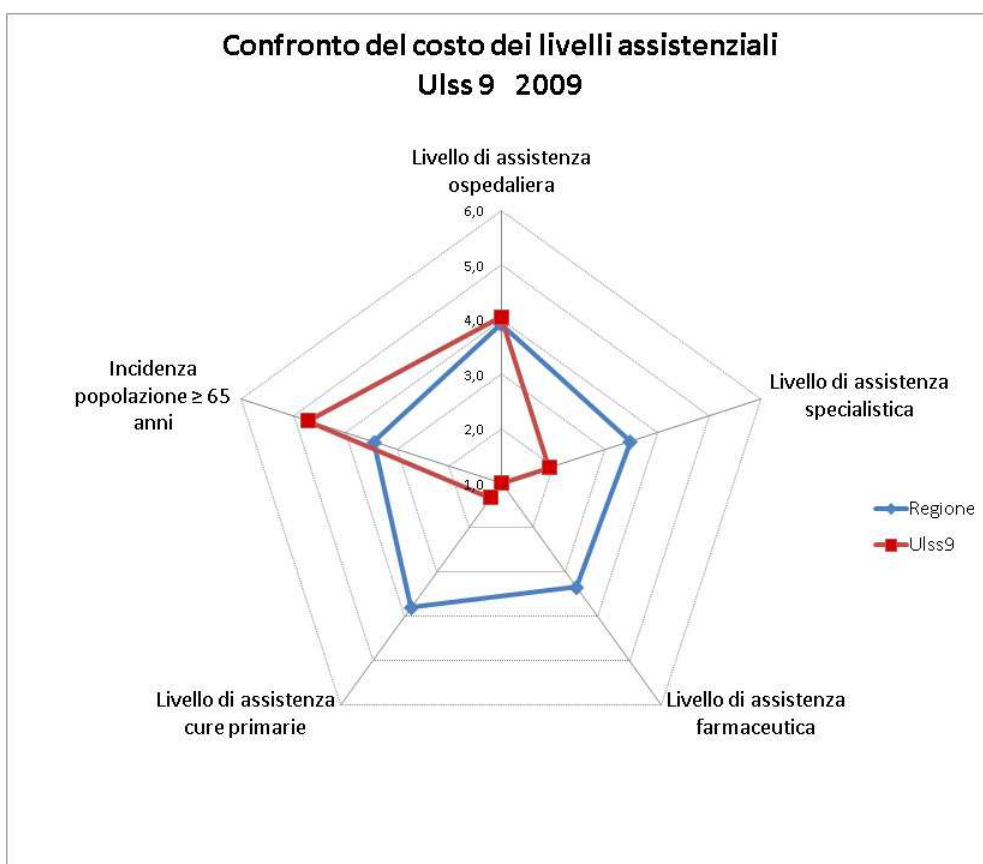
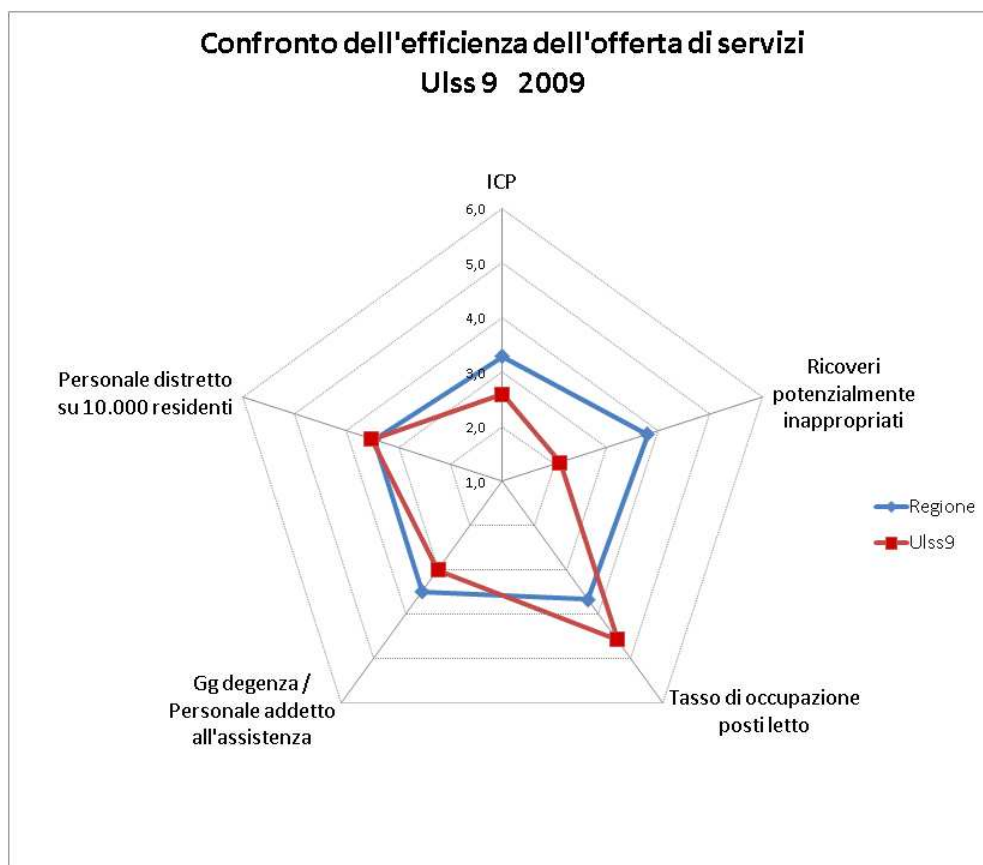
**Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi  
Ulss 8 2009**



**Confronto del costo dei livelli assistenziali  
Ulss 8 2009**

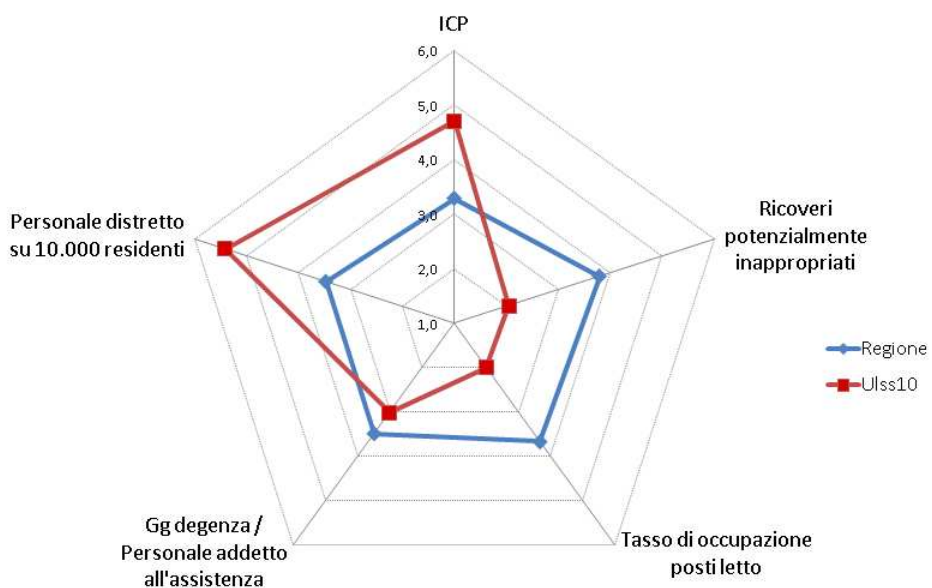


### ULSS 9

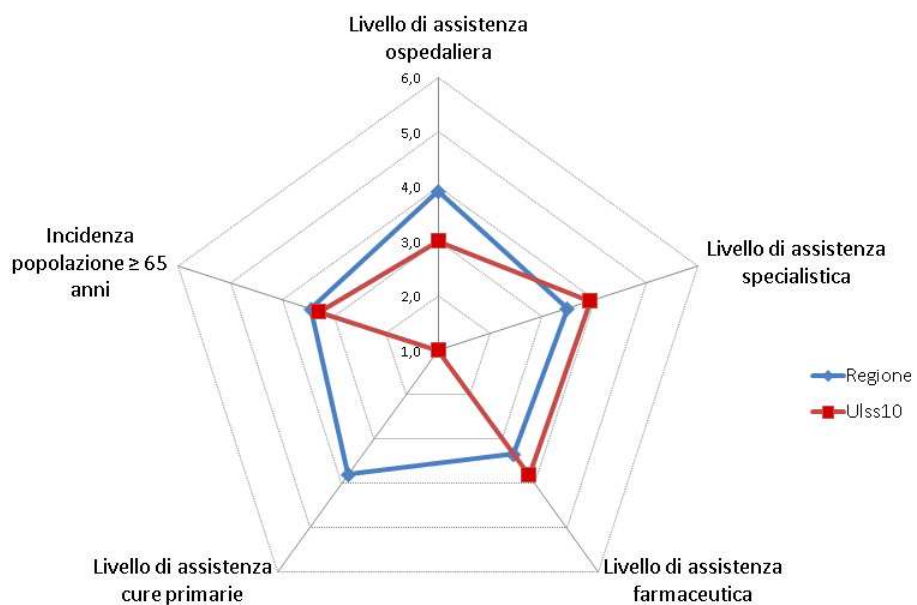


## ULSS 10

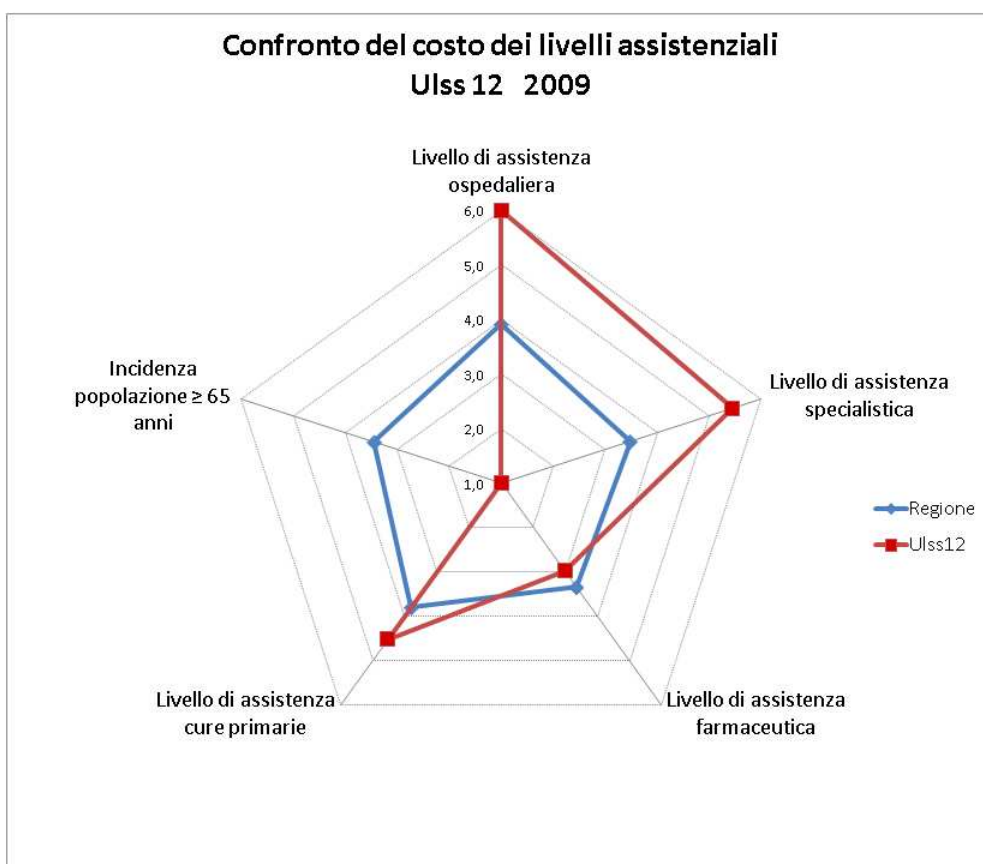
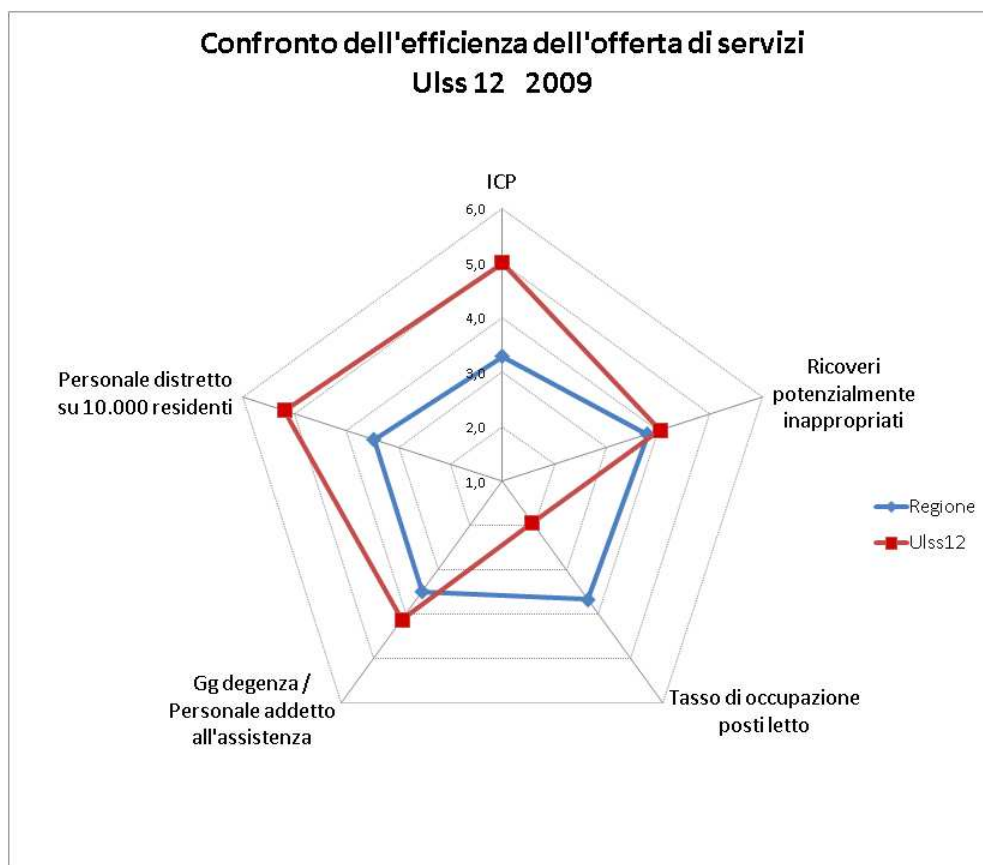
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 10 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 10 2009



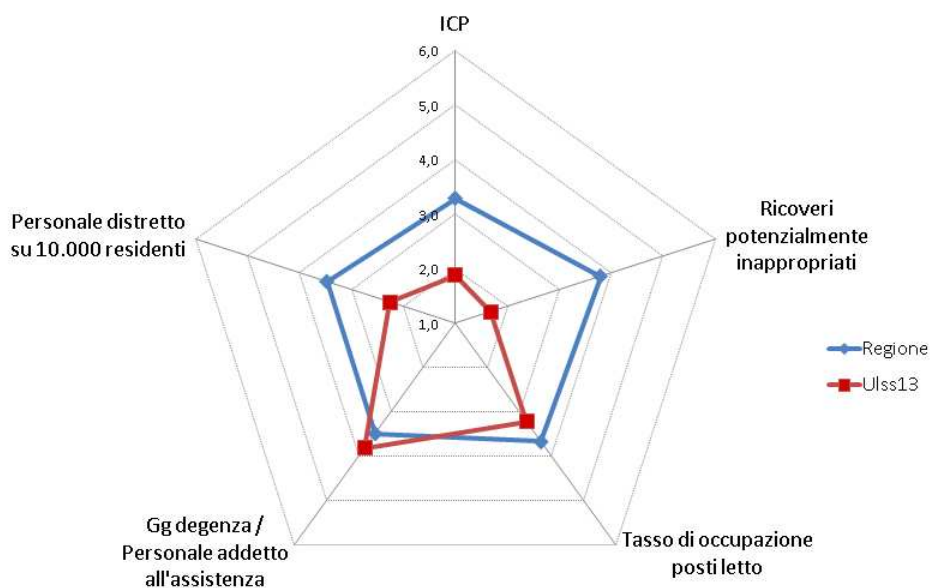
### ULSS 12



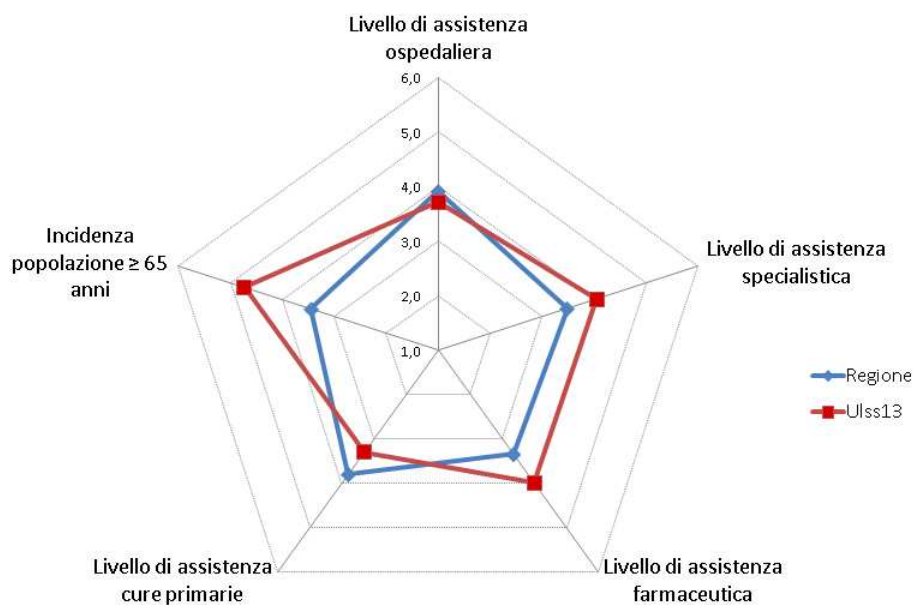


## ULSS 13

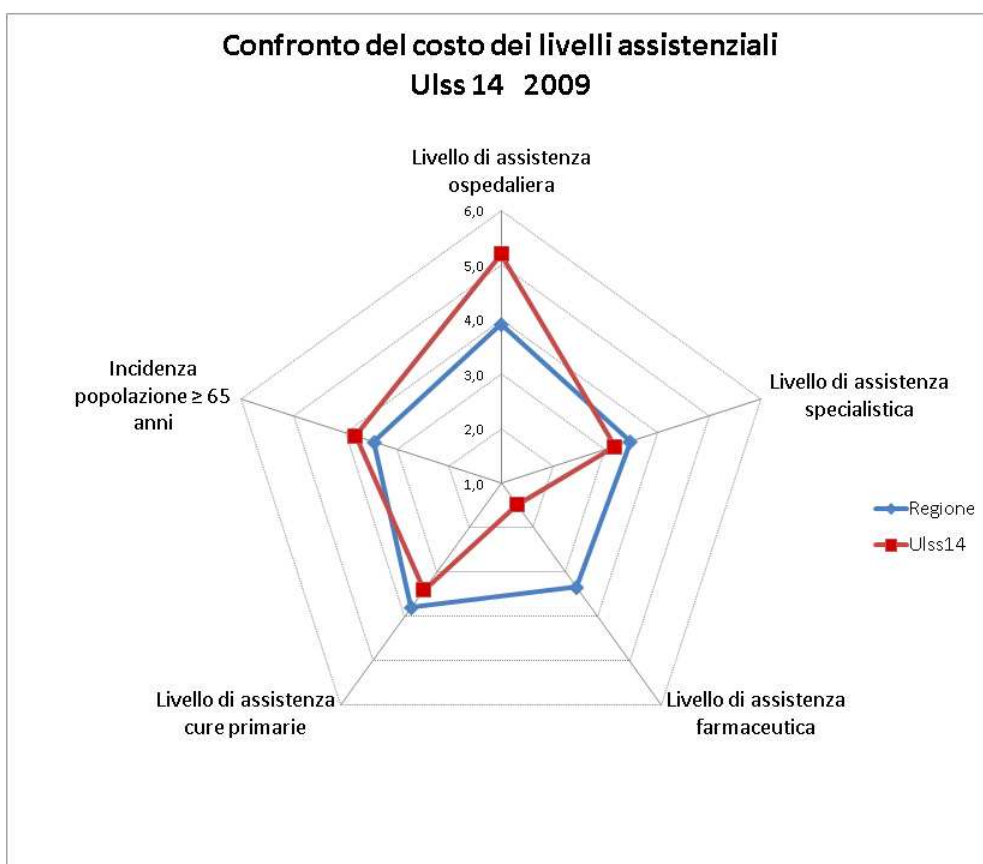
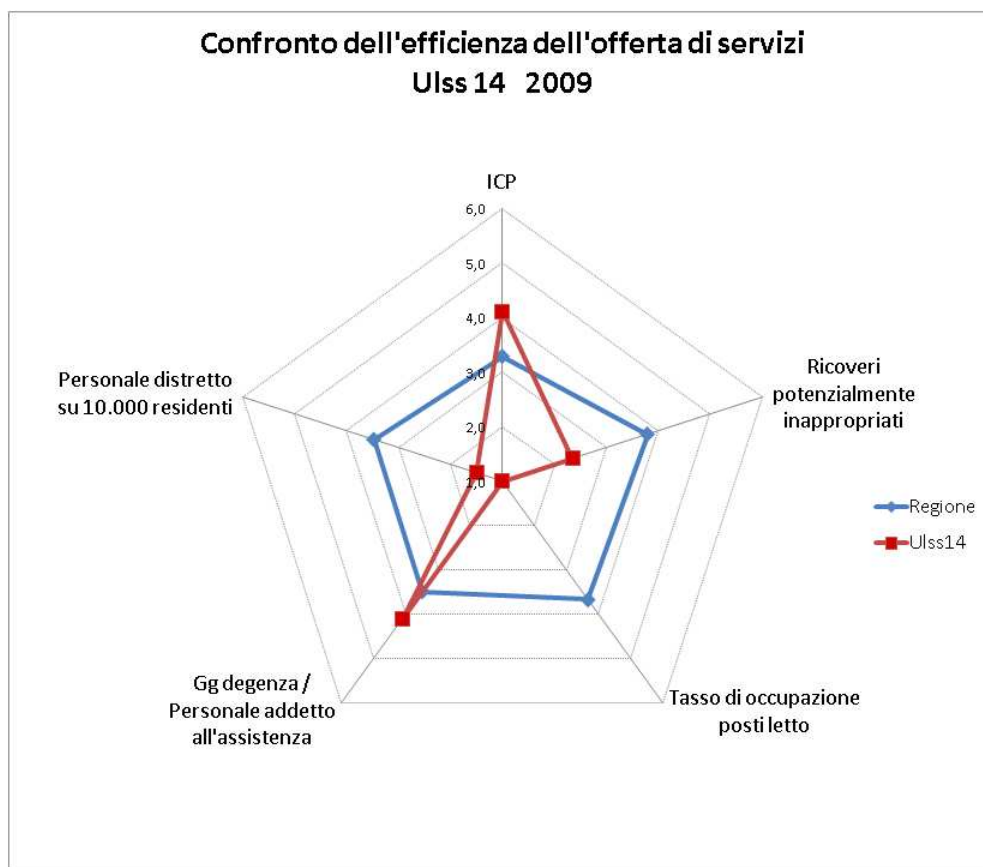
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 13 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 13 2009

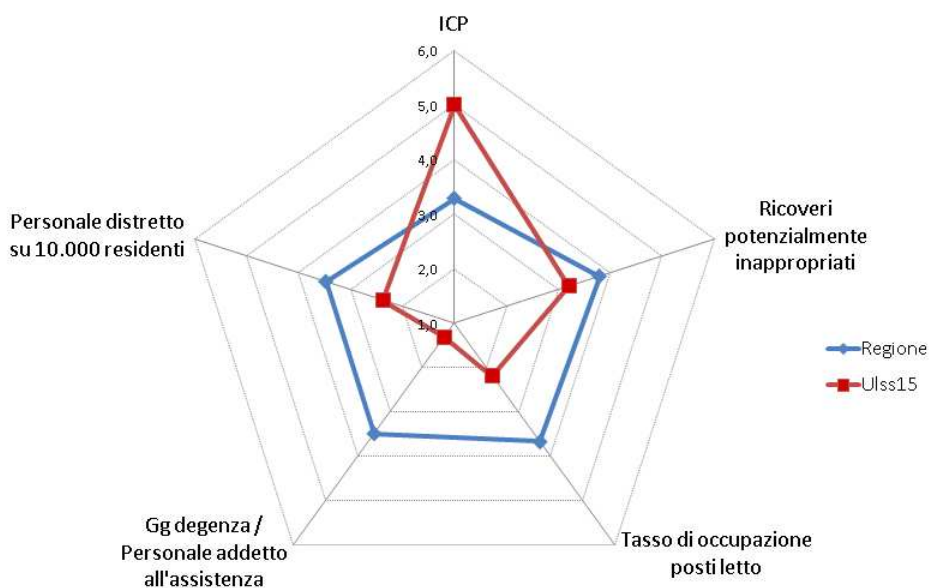


### ULSS 14

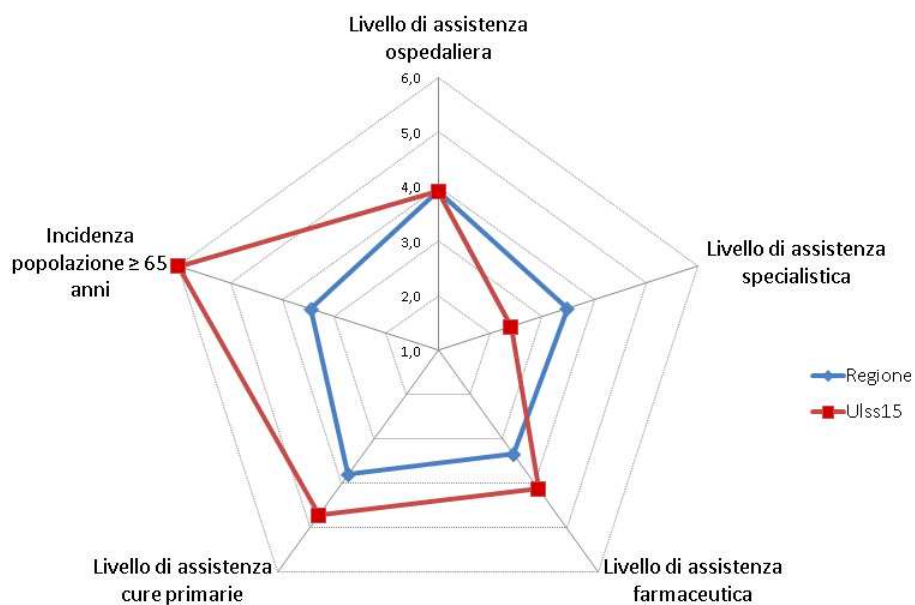


## ULSS 15

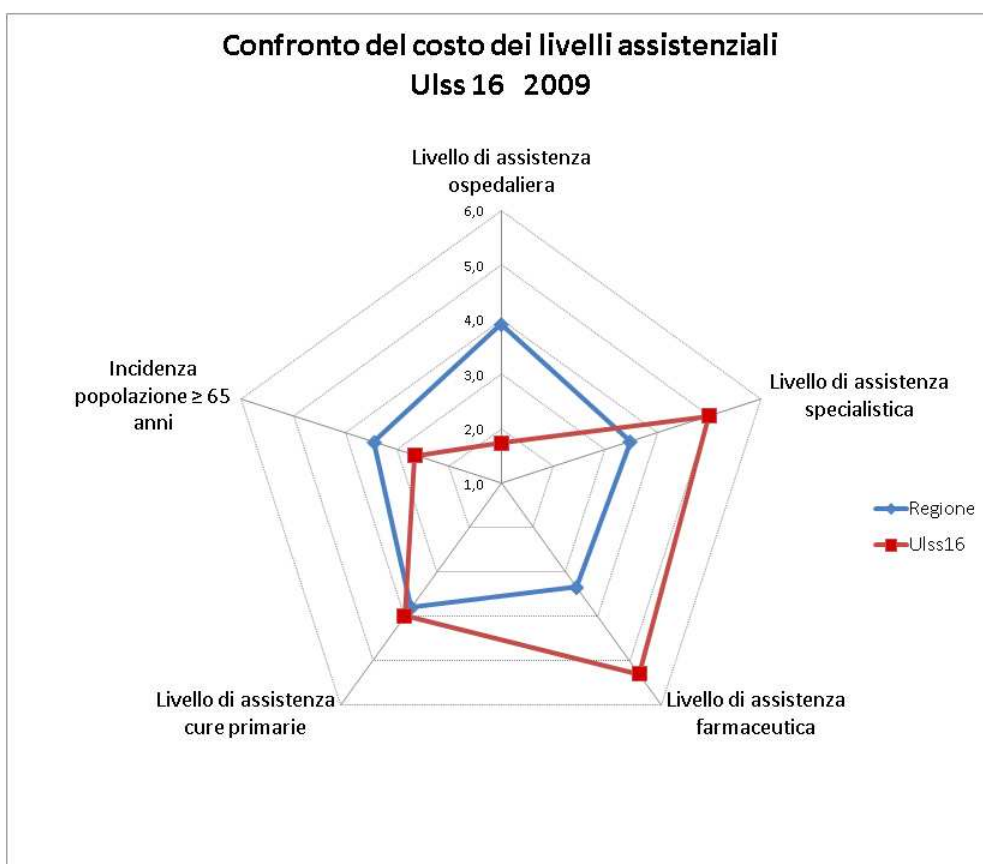
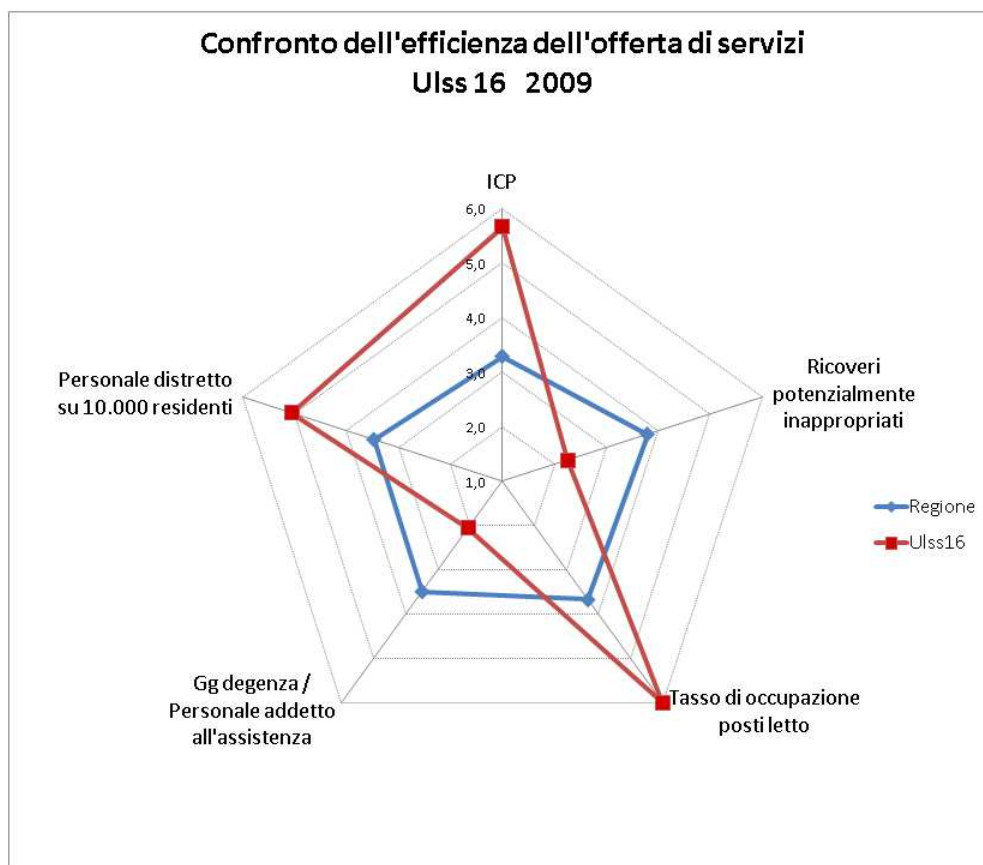
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 15 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 15 2009

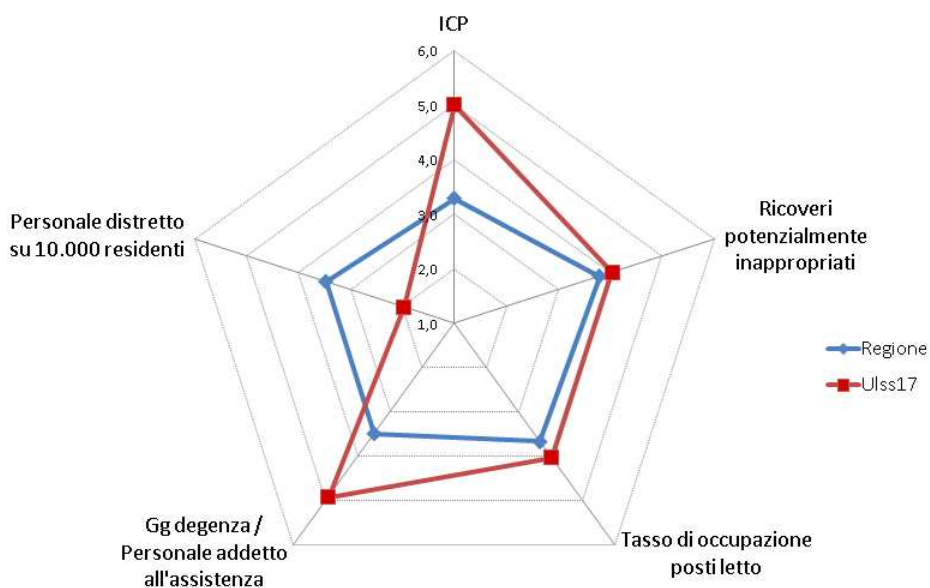


### ULSS 16

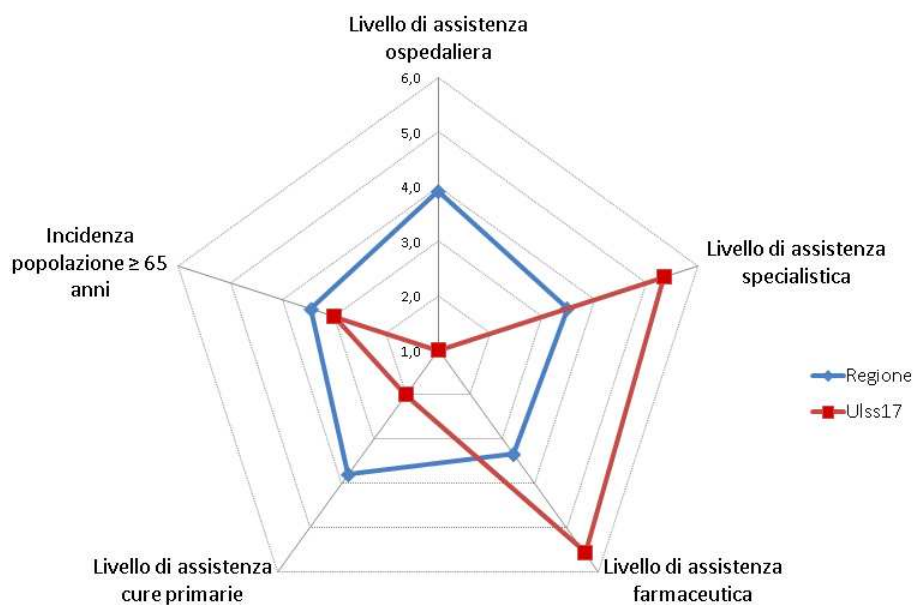


## ULSS 17

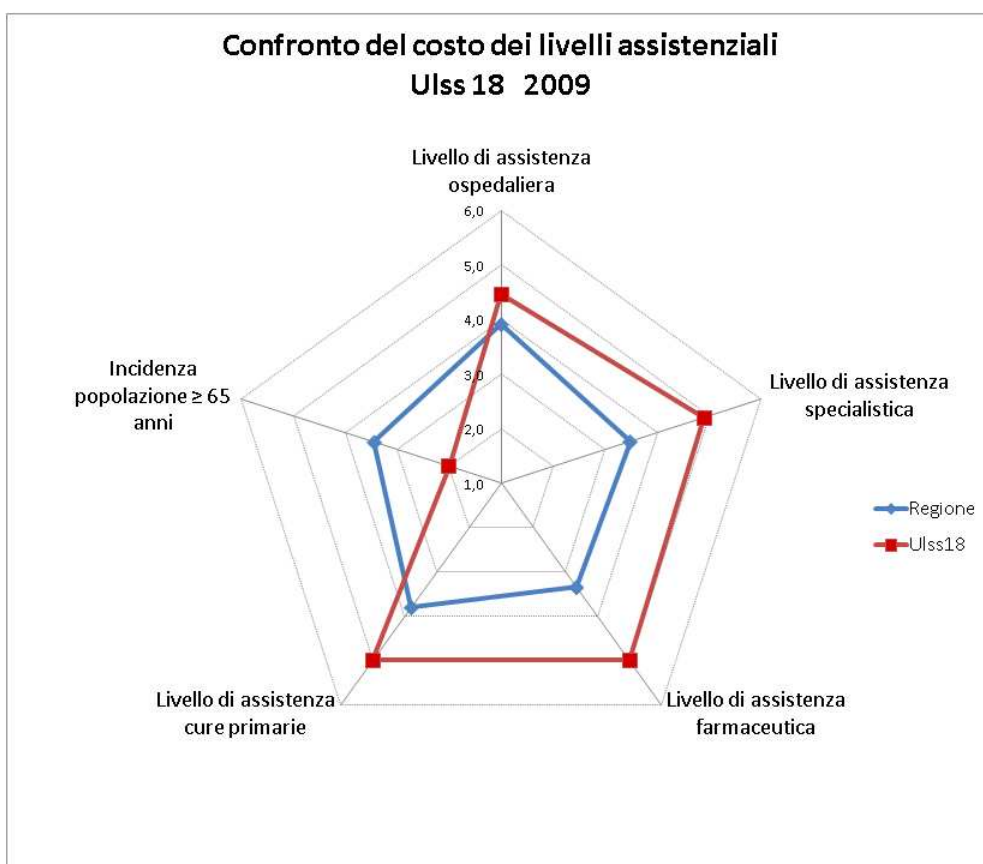
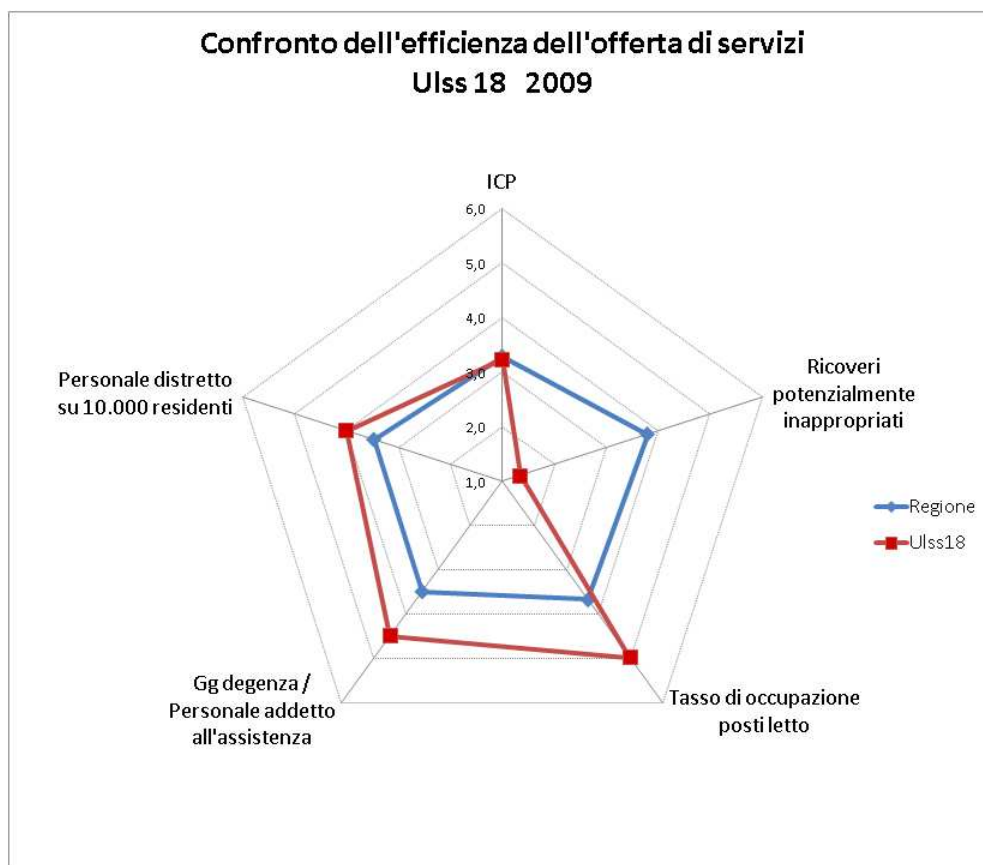
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 17 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 17 2009

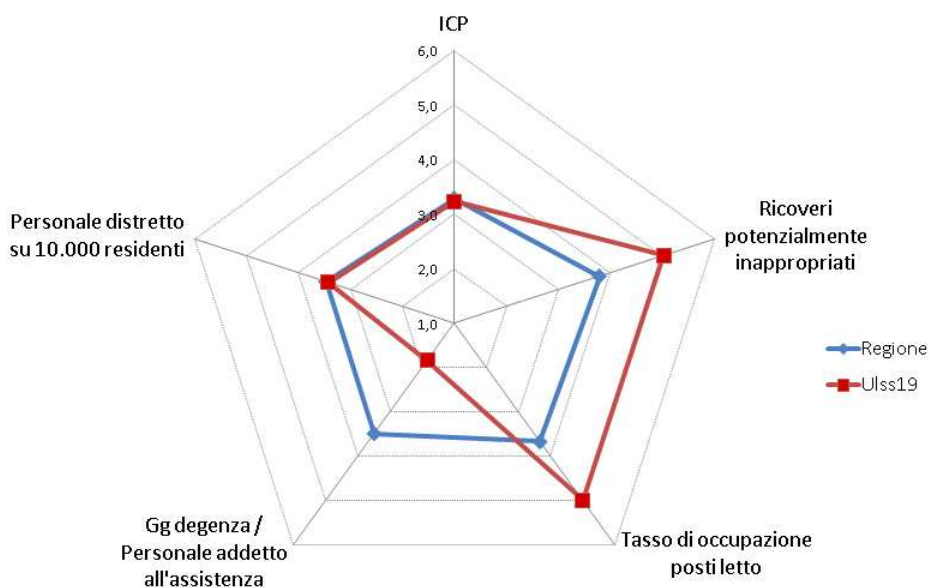


### ULSS 18

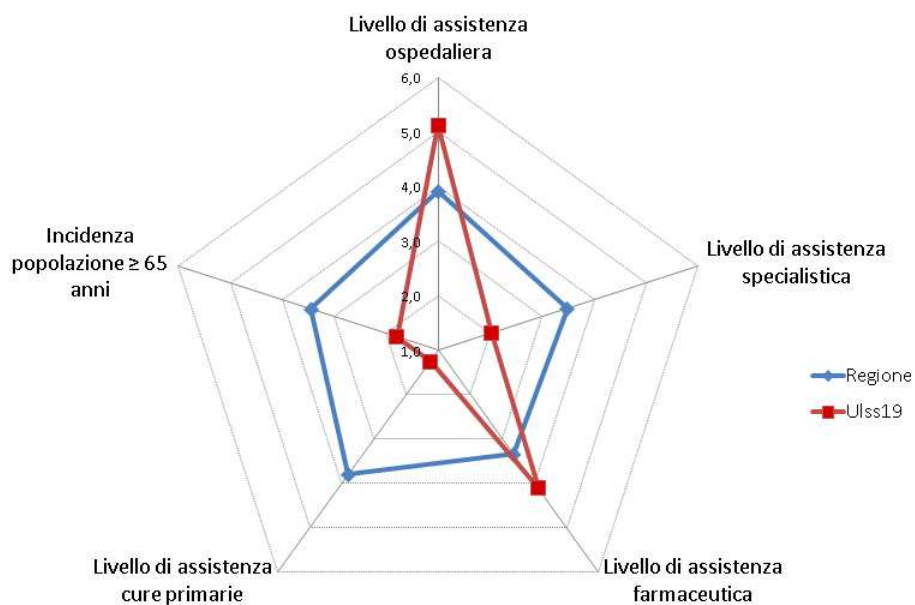


## ULSS 19

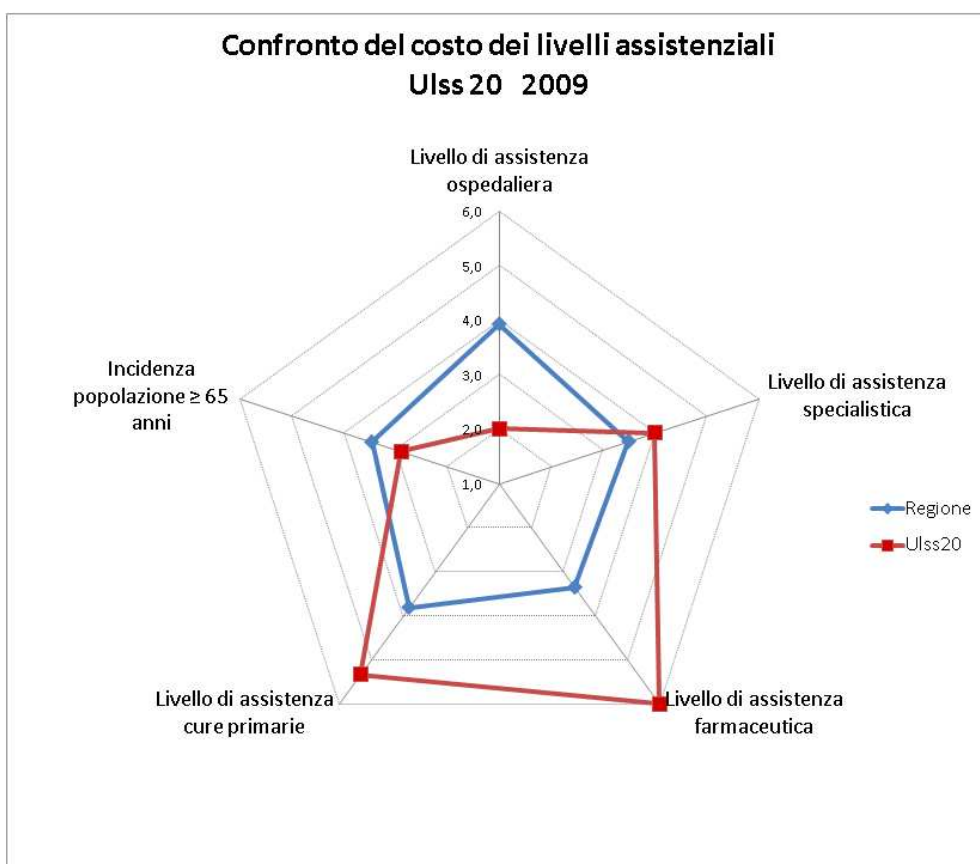
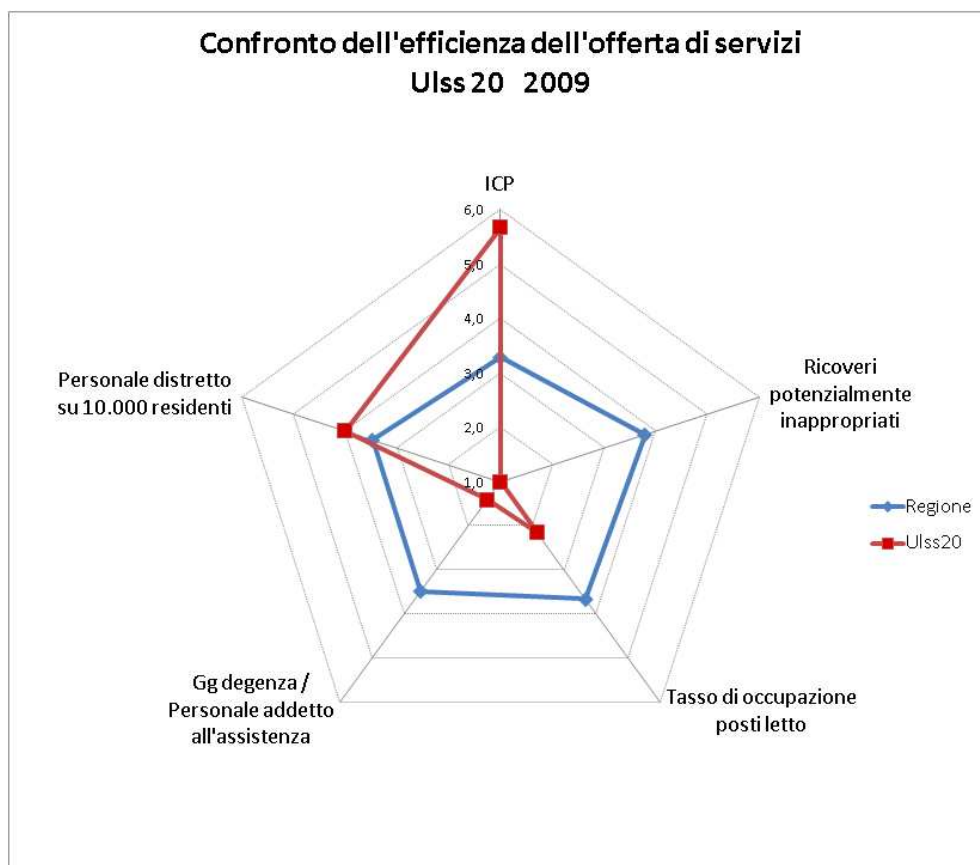
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 19 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 19 2009



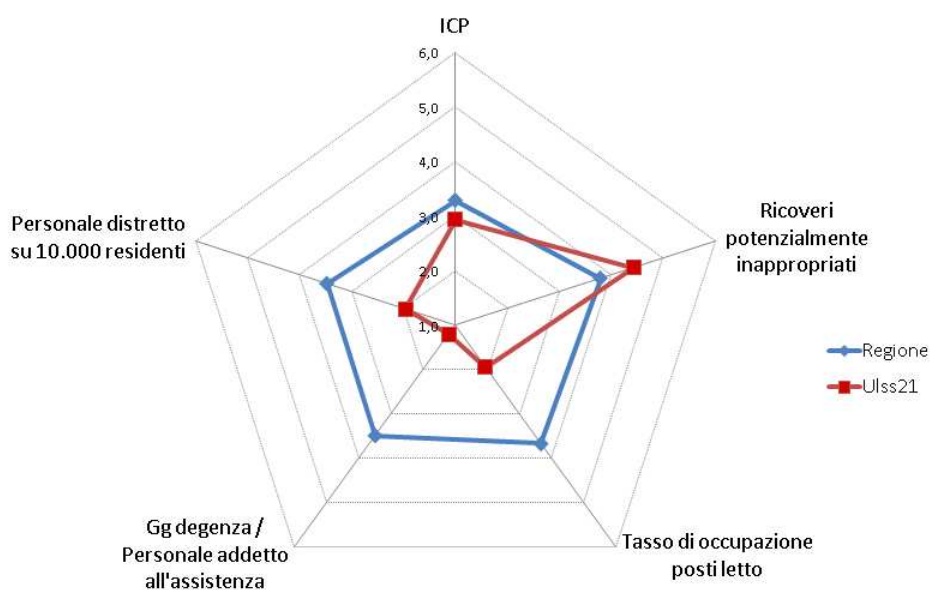
### ULSS 20



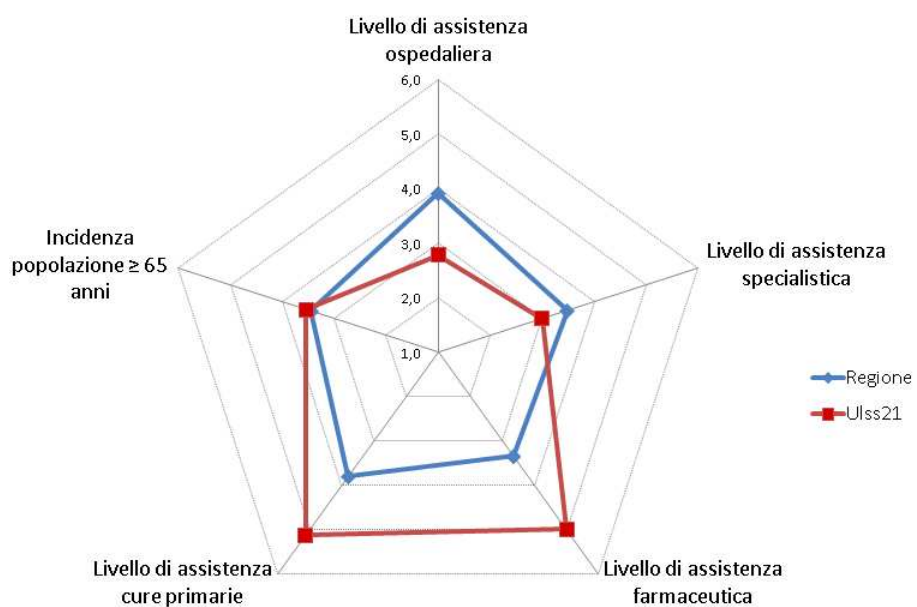


## ULSS 21

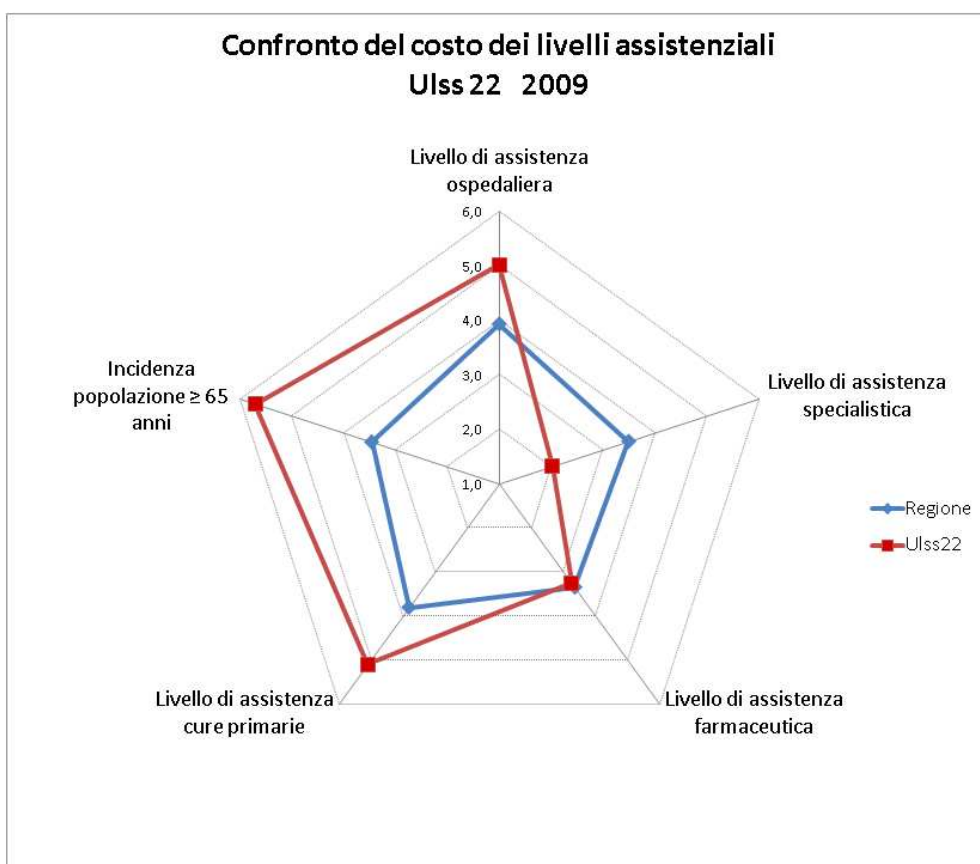
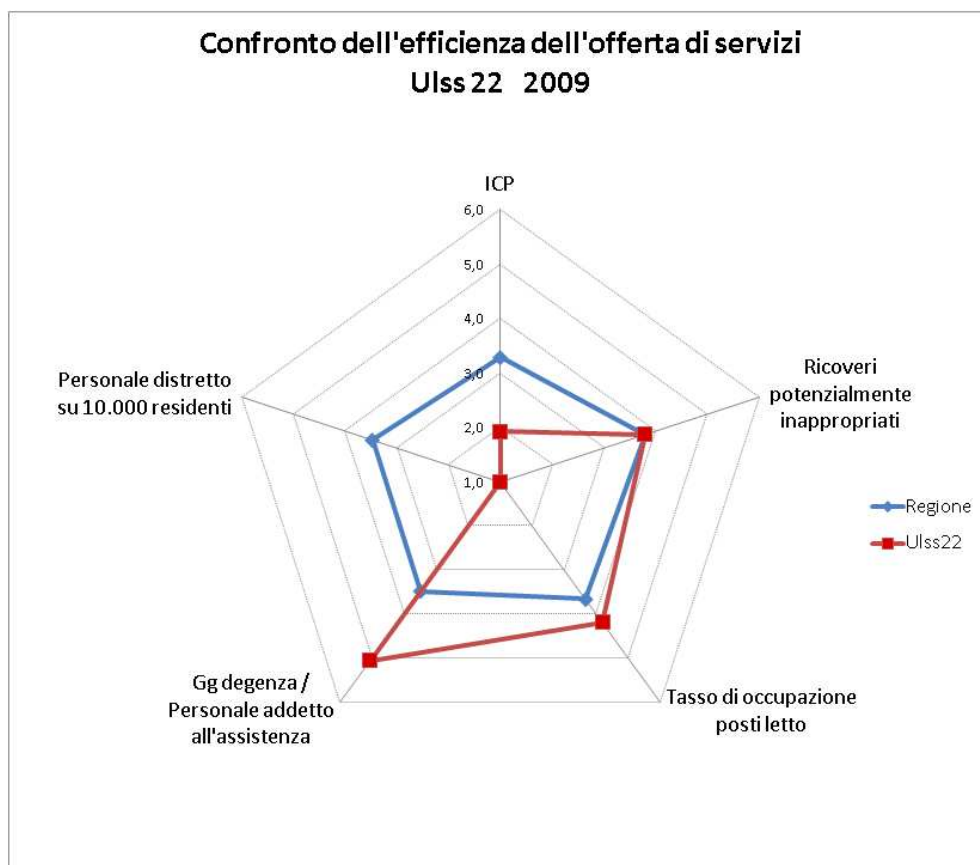
### Confronto dell'efficienza dell'offerta di servizi Ulss 21 2009



### Confronto del costo dei livelli assistenziali Ulss 21 2009

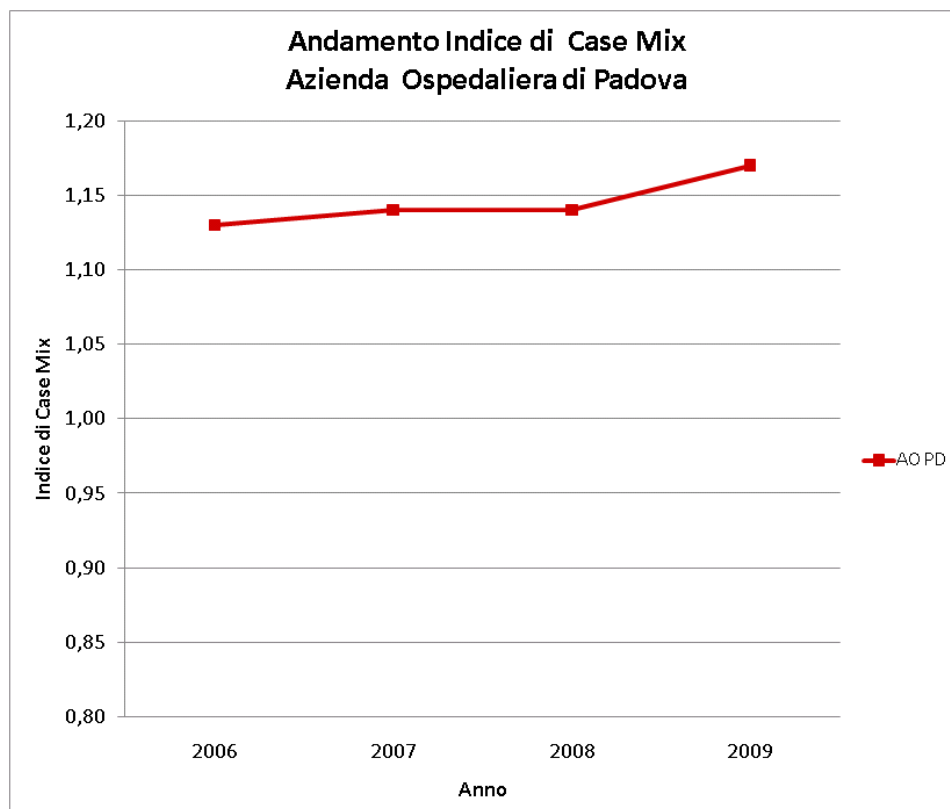
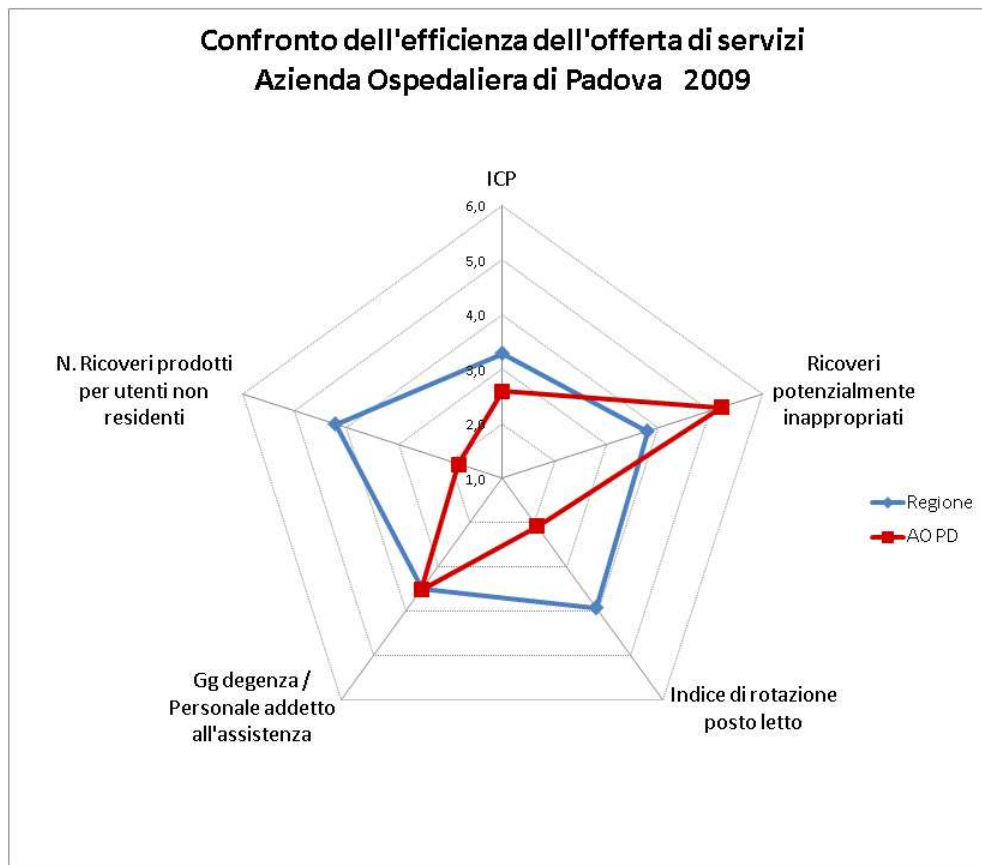


### ULSS 22

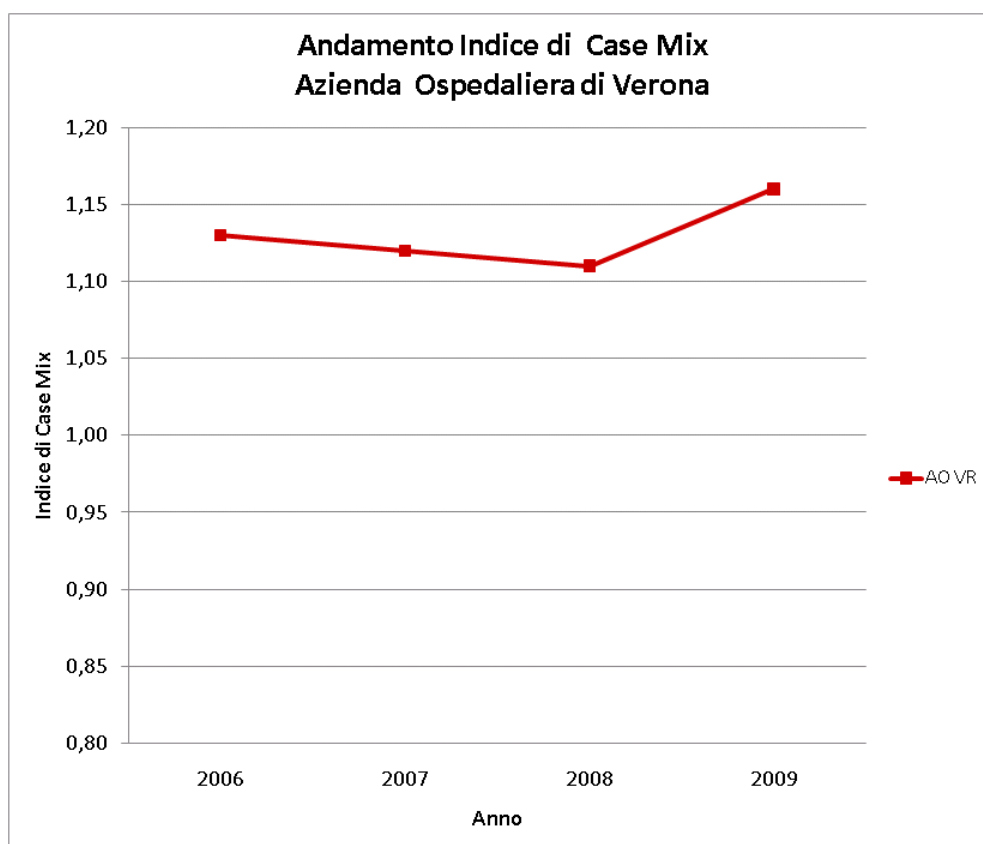
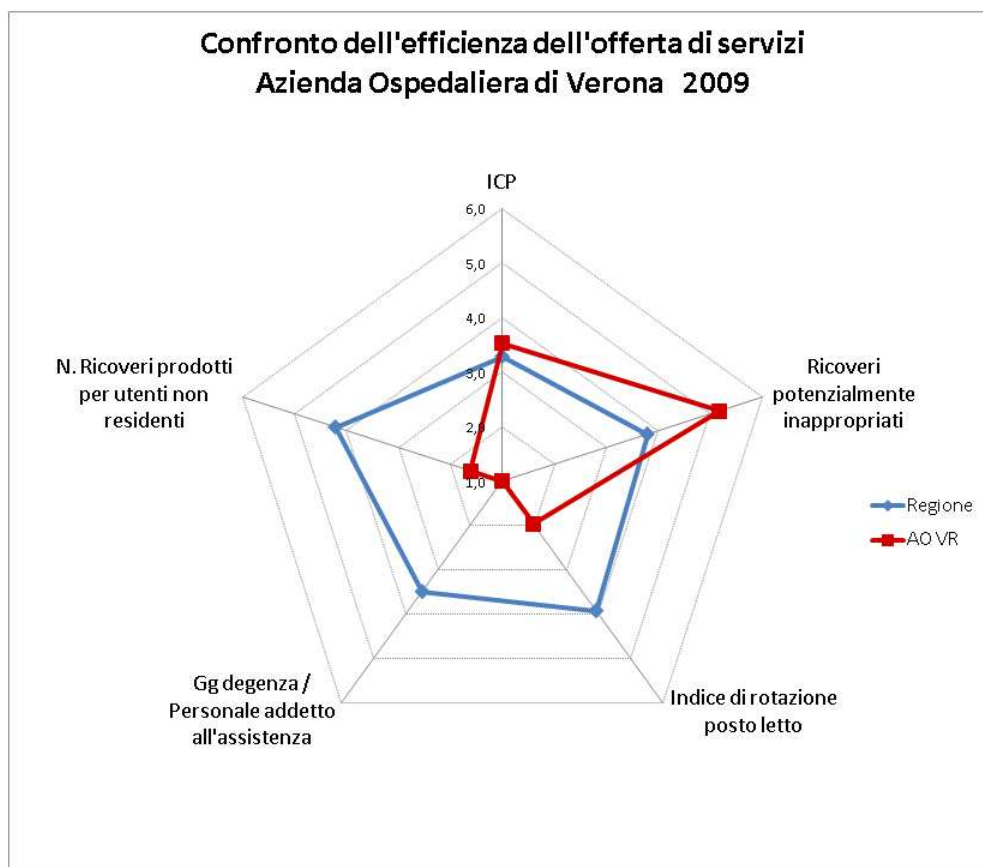


### 3.3. Analisi Aziende Ospedaliere e IOV

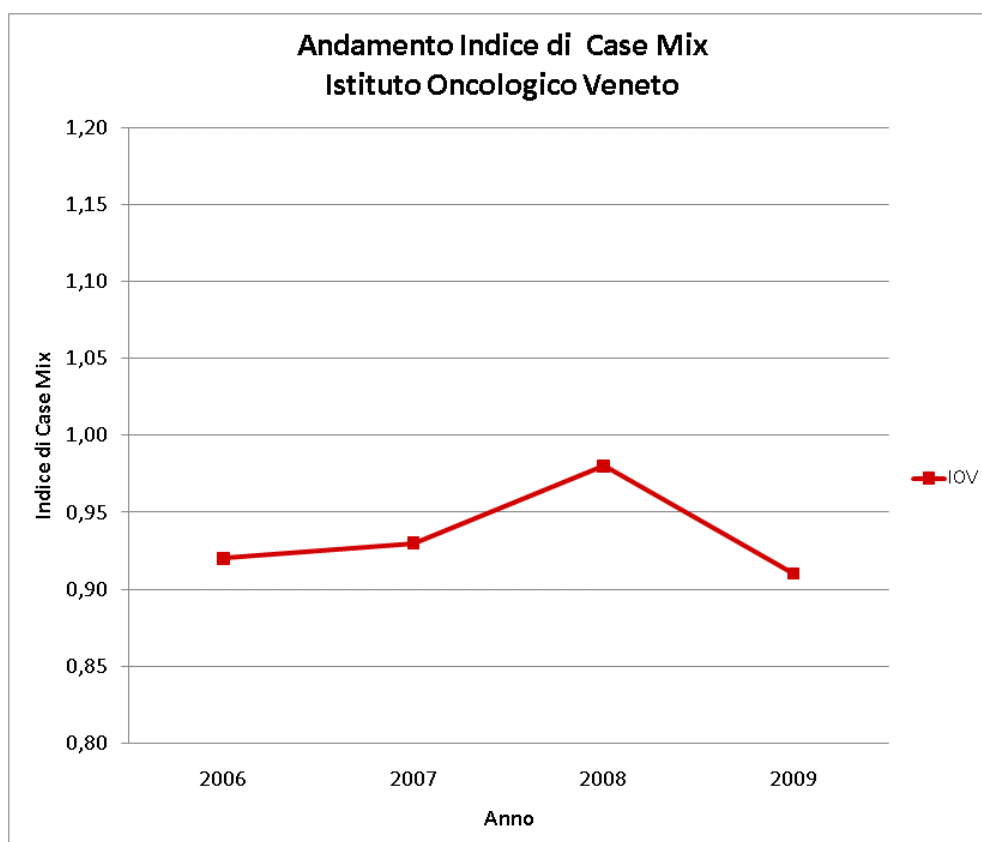
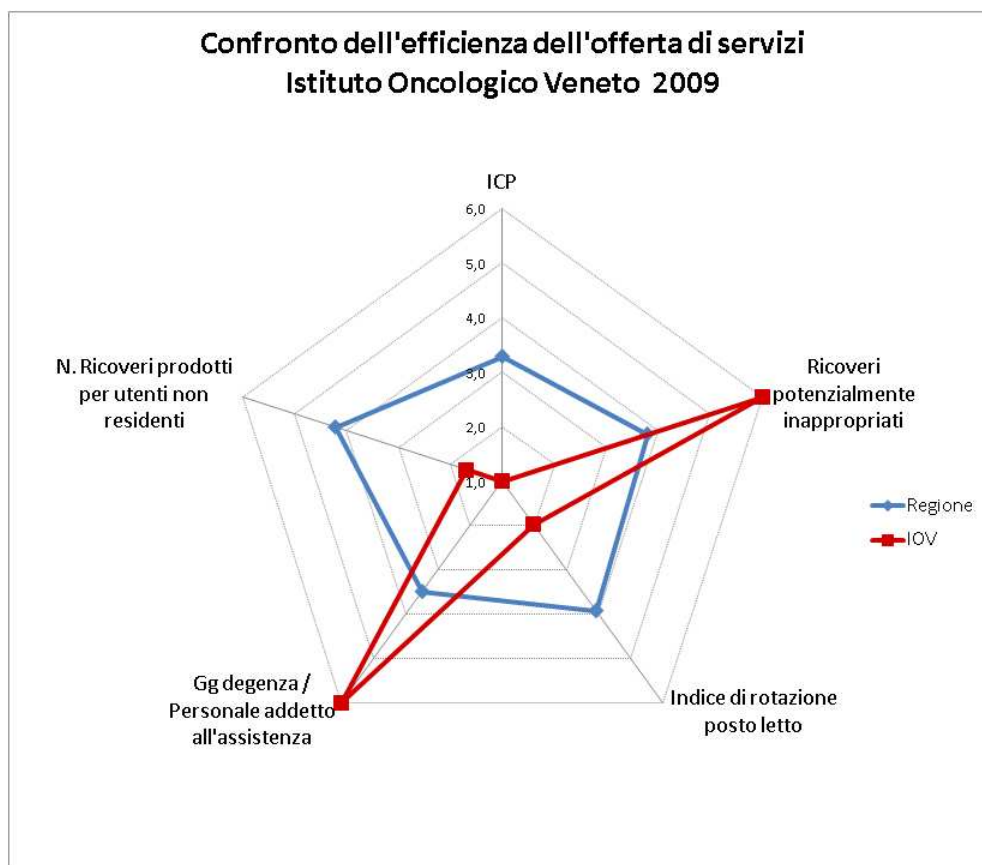
#### Azienda Ospedaliera di Padova



### Azienda Ospedaliera di Verona



## Istituto Oncologico Veneto





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale