

Movimento per la Difesa della
Sanità Pubblica Veneziana

6 Giugno 2019

Quale progetto socio-sanitario per la specificità veneziana



www.difesasanitavenezia.top
info@difesasanitavenezia.top

Quale progetto socio-sanitario per la specificità veneziana

OBIETTIVO

Obiettivo dell'iniziativa è rendere pubblica un'idea progettuale e portarla alla condivisione di tutti coloro che hanno contribuito alla grande manifestazione cittadina di fronte al Civile, domenica 31 marzo. Tutto ciò costituisce, in parte, il futuro lavoro politico del Movimento per la difesa della sanità veneziana.

Tale elaborazione è stata determinata da più azioni:

- 1) la presenza storica e costante del nostro Movimento (vedi sito web) attraverso interventi pratici sul campo (ad es. centinaia di questionari raccolti a verifica dell'indice di gradimento dei servizi socio-sanitari dei veneziani);
- 2) le esperienze maturate dai componenti nel Movimento, nel volontariato sociale, nel Sindacato, nel lavoro sanitario professionale, ecc.;
- 3) la consultazione tecnico-scientifica con Ordini professionali, medici e operatori sanitari e, non ultimo, con il Preside della facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova.

CHE COS'E' LA SPECIFICITA' VENEZIANA

La specificità è ripresa dallo Statuto della Regione Veneto legge n°340 del 22 maggio 1971 e del PSSR 2019-2023.

Quali sono le peculiarità:

* le condizioni geomorfologiche della città, unite alle caratteristiche urbanistiche della Venezia storica e dell'Estuario; queste rendono particolarmente complessa la gestione dell'emergenza-urgenza che va effettuata con mezzi e modalità specifiche;

* l'assenza di automobili, di mezzi di trasporto privati, la presenza di canali, specchi d'acqua, ponti e di barriere architettoniche che rendono estremamente difficile la mobilità delle persone anziane o malate nella città lagunare;

* la variabile meteorologica delle maree, particolarmente importante e frequente nei mesi invernali, che rende inaccessibili alcuni punti della città;

* la nebbia che determina il blocco della navigazione dei mezzi pubblici;

* l'affollamento dei mezzi pubblici di trasporto che spesso risultano inaccessibili e aumentano i tempi di spostamento;

* la presenza di circa 35 milioni di turisti all'anno + 25.000 studenti fuorisede + migliaia di lavoratori pendolari;

* gli over 65 nel territorio del Distretto n.1 (centro storico e isole) sono il 31% della popolazione contro il dato medio veneto del 22%, con punte significativamente più alte in alcuni sestieri o isole; il 53% degli over 65 è composto da nuclei monofamiliari;

* l'indice di vecchiaia (rapporto tra cittadini over 65 e under 14) supera il 291% (contro il dato medioveneto del 159%);

- da questa conformazione demografica, ma anche dalla complessità delle patologie riferibili ad una popolazione anziana, derivano un aumento numerico di ricoveri, richieste di cure e di

assistenza, con la conseguente necessità di trasporto, oltre ad un'ulteriore e forte necessità di azioni di soccorso in emergenza-urgenza.

QUALE MODELLO SOCIO-SANITARIO

La descrizione, anche se sommaria, delle caratteristiche della specificità veneziana ci impone un cambio di paradigma, cioè una visione di insieme nell'ottica di un'unica entità tra ospedale e territorio. Il sistema sanitario nel nostro Paese, nella nostra regione e nella nostra città, ha fortemente privilegiato una visione ospedalocentrica che a tutt'oggi lascia alla medicina del territorio un ruolo secondario e spesso scarsamente qualificato. Gli esempi ci sono dati dalle ultime schede ospedaliere e territoriali approvate dalla Giunta regionale: i posti letto ospedalieri vengono tagliati in modo assolutamente ragionieristico in virtù del decreto Ministeriale 70/2015 e quelli territoriali vengono programmati in modo caotico e inappropriato (vedi anche le Strutture di Ricovero Intermedie). E' importante ricordare che lo standard del decreto di 3,7 posti letto ogni 1000 abitanti è il più basso d'Europa.

A Venezia, la Regione ha proposto inizialmente il deprecabile declassamento dell'ospedale Civile da ospedale di rete a quello di base, con l'assenza di concrete e adeguate alternative territoriali. Ovvio la mobilitazione in difesa del più importante presidio sanitario della Venezia anfibia.

Per noi l'ospedale Civile deve continuare a rivestire una funzione di rilievo che non può essere disgiunta da un efficace sistema reticolare di cure primarie relativo a prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Il Distretto non deve essere soltanto il "contenitore", a cui afferiscono gran parte di semplici esigenze assistenziali-sanitarie derivanti dal territorio, ma anche fondamentale articolazione organizzativa della Ulss, ovvero cuore e cervello per la pianificazione della salute e della sanità sul territorio.

LE ARCHITRAVI DEL MODELLO

- 1) Analisi dei bisogni.
- 2) Finanziamenti.
- 3) Politiche del personale.

ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE E GEOGRAFIA DELLE PATOLOGIE

Entrambi sono fondamentali per la pianificazione dei servizi sociosanitari in quanto permettono di individuare le priorità e l'allocazione delle risorse in una logica di appropriatezza, sicurezza ed equità; la raccolta dei dati relativi allo stato di salute della popolazione necessitano, quindi, della capacità di leggere ed utilizzare i dati provenienti da diverse fonti (epidemiologiche, amministrative, economiche); indispensabili dovranno risultare gli esiti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione veneziana. Utile è risultata l'iniziativa della ricerca organizzata dall'Università di Padova insieme alla Ulss3 nel marzo scorso al fine di "misurare" le ricadute sulla salute della comunità.

Positivi sono gli indicatori definiti per la realizzazione del profilo di comunità dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del progetto "Reti Città Sane" (il Comune di Venezia ne fa parte dai primi anni 2000). E' ovvio che tali lavori di ricerca risultano inutili se non calibrati alla pianificazione dei servizi.

FINANZIAMENTI

I 32 milioni di euro aggiuntivi della Regione per la specificità veneziana (biennio 2019-2020) sono assolutamente insufficienti. Gli utenti della ex Ulss12 stanno ancora pagando alcune scelte scellerate del passato come il project financing del nuovo ospedale di Mestre, dello Jona e il fallimento del Centro protonico.

POLITICHE DEL PERSONALE

La grave carenza di medici specialisti sta mettendo in grande difficoltà l'attività del Civile: mancano anestesisti e rianimatori, chirurghi, ortopedici, pediatri, ginecologi, cardiologi, oncologi e psichiatri. Vengono garantite le emergenze, ma slittano gli interventi operatori programmati. Si allungano le liste di attesa per esami e visite specialistiche. Non si trovano medici disponibili a partecipare ai concorsi indetti, si cercano professionisti all'estero, si richiamano in servizio quelli collocati in quiescenza o si fa ricorso a medici a gettone forniti dalla cooperative. Da tale emergenza non sarà facile uscire per via degli errori di programmazione (casuali o voluti) che hanno prodotto un grande risparmio di cui si vorrebbe conoscere l'utilizzo.

Questo significa abbassare la qualità delle cure e l'assistenza nell'ospedale, nei servizi ambulatoriali specialistici e sul territorio.

Al Civile manca il 25% del personale, risulta insufficiente anche il numero degli infermieri, degli Operatori Tecnici Assistenza, dei tecnici sanitari e degli amministrativi.

Sul territorio sono stati disattivati numerosi ambulatori per visite specialistiche e ridotto gli orari per prestazioni radiodiagnostiche allungando le liste di attesa.

Riteniamo errato il ricorso a processi di terziarizzazioni e appalti (es.: servizio infermieristico domiciliare per prelievi), così come la riassunzione di medici pensionati.

OSPEDALE CIVILE

- Le schede della Regione (anno 2019) hanno assegnato 310 posti letto, gli stessi delle schede precedenti. La struttura organizzativa, però, è ben diversa dalle schede del 2013.
- Tenuto conto che la Neurologia assicura solo il trattamento dell'Ictus di I° livello, è necessario assicurare un sistema di trasporti da Venezia a Zelarino in grado di garantire la rapidità dell'intervento salvavita, secondo lo standard "golden hour" previsto dalla programmazione regionale. Bisogna poi decidere di collegare l'ospedale civile di Venezia via acqua in modo da bypassare i blocchi stradali che si verificano sempre più spesso sul ponte translagunare.
- Le apicalità flettono di 3 unità (Malattie Infettive, ORL, Recupero e Riabilitazione Funzionale), facendo così registrare un aumento dei primariati a scavalco (sono 16).
- Si accentua una sorta di depauperamento dell'Ospedale Civile che è cominciato nel 2005 con un taglio lineare delle dotazioni ospedaliere per acuti del 23%. I posti letto erano 416!
- Gastroenterologia, Pneumologia, Ematologia e Terapia del dolore diventano semplici ambulatori, le cui attività, unitamente a quelle delle Unità Semplici, vengono garantite da compagini mediche che si spostano da Mestre a Venezia e viceversa, al prezzo di pesanti carichi di lavoro, per cercare di garantire una adeguata qualità delle cure.
- Preoccupa inoltre il previsto ridimensionamento dell'Oncologia medica e della Radioterapia. Si paventa che anche queste due Unità operative possano diventare semplici servizi ambulatoriali. In un recente report del giornale "Il Sole 24 ore" emerge che a Venezia l'incidenza tumorale è elevata e che, rispetto ad altre città, ci sono tanti decessi.
- Occorre utilizzare parte dei 59,5 milioni deliberati dalla conferenza Stato-Regioni destinati al Civile per un ampliamento del Pronto Soccorso-area OBI (Osservazione Breve Intensiva), un adeguamento dei servizi igienici, un arredo idoneo per gli utenti e accompagnatori.
- La trasformazione delle UOC (Unità Operative Complesse) in UOS (Unità Operative Semplici) fa dipendere sempre più l'ospedale di Venezia da quello di Mestre, fa aumentare il rischio di fuga degli operatori sanitari e quello di non far arrivare nuovi medici. Se a questo problema aggiungiamo le criticità del mercato degli affitti, si comprende perché risulti difficile trovare medici disposti a venire a Venezia.
- L'insufficienza dei posti letto, soprattutto nel periodo dei picchi di epidemia influenzale, provoca:
 - a) un allungamento della lista dei ricoveri in elezione;
 - b) un uso eccessivo dei ricoveri nei cosiddetti "letti di appoggio";
 - c) un protrarsi di lunghe attese per un posto letto;

d) difficoltà delle dimissioni dai reparti di degenza.

- Bisogna ripensare con urgenza ad un diverso utilizzo del nostro ospedale sia per evitare un possibile uso improprio dell'ampia parte monumentale, che sarà presto completamente liberata da uffici e strutture sanitarie, sia per scongiurare il rischio di una progressiva perdita di attrazione sanitaria della nostra struttura ospedaliera.

- E' necessario attuare una politica della casa che agevoli la disponibilità di alloggi in affitto e per questo obiettivo molto potrebbero sinergicamente fare il Comune, l'Ire e la stessa Ulss con i loro patrimoni immobiliari.

- Non possiamo permetterci di perdere le eccellenze ancora presenti al Civile. Bisogna creare le condizioni socio-politiche, organizzative e strutturali per renderlo professionalmente attrattivo.

L'Ulss3 può attivare da subito percorsi di interazione con l'Università di Padova (vedi Ulss di Treviso e di Vicenza) per fare del Civile un ospedale di insegnamento con la clinicizzazione di UO e l'insegnamento del 3° biennio di medicina utilizzando gli spazi conventuali. Il Civile può diventare da subito "succursale" dell'Università per favorire funzioni riabilitative nel campo di geriatria, neurologia, cardiologia, fisiatria. Il Civile, quindi, come sede di corsi universitari aggiuntivi e seminari. Risulta positiva l'esperienza della Summer School dell'Università di Padova. L'ospedale verrebbe così rivitalizzato, potrebbe favorire anche forti vantaggi socio-economici per Venezia e particolarmente per tutto il sestiere di Castello.

L'ospedale potrebbe diventare un faro di innovazione medica e di apertura culturale

OSPEDALE IRCCS SAN CAMILLO

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) San Camillo è una struttura sanitaria con più di 100 posti letto, dedita principalmente alla neuroriabilitazione, cioè al trattamento riabilitativo di malattie neurologiche acute (ictus, traumi cranici, lesioni del midollo spinale, ecc.) e croniche (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, neuropatie e demenze). Tutti i reparti sono attrezzati per rispondere ai bisogni di pazienti con gravi disabilità. L'Ospedale "San Camillo" nel 2005 ha ricevuto dal Ministero della Salute il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) specializzato nella disciplina di "neuroriabilitazione motoria, della comunicazione e del comportamento".

Inoltre per persone anziane non autosufficienti, ci sono 189 posti letto accreditati e convenzionati.

Oggi, purtroppo, la lungimiranza strategica della ricerca e la qualità dell'assistenza vengono messe in discussione dal cambio di gestione che, a distanza di anni, rimane precaria. La conseguenza è quella del depauperamento del servizio e la fuga delle professionalità.

Fondamentale per l'attrazione di utenti provenienti da ogni regione del Paese è l'attivazione di una foresteria per ospitare i parenti dei degenti in un'isola dove i costi alberghieri sono molto alti.

LE STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

Le strutture territoriali previste dal Piano socio sanitario 2012-2016 (Ospedali di Comunità, Unità riabilitative territoriali, Hospice, Medicine di Gruppo Integrate) non hanno assolutamente compensato la forte riduzione di posti letto nelle Ulss della Regione Veneto.

Sarà inoltre essenziale:

a) conoscere i termini dell'annunciata riorganizzazione delle strutture intermedie con particolare riguardo alla definizione del relativo modello assistenziale, all'individuazione della responsabilità della gestione clinica dei pazienti, ai criteri di organizzazione del personale, alle modalità di ingresso dei pazienti e al loro profilo funzionale;

b) comprendere il significato e immaginare le conseguenze della prevista sostituzione della Lungodegenza post-acuzie con l'Ospedale di Comunità. Un'operazione che avrà un costo di

10 milioni di euro nel biennio 2018/2019 (DGR1714 del 24/10/17). Una scelta che comporterà non solo maggiori oneri per gli utenti, ma anche possibili rischi per i ricoverati. Le cure delle strutture intermedie non sono in grado di garantire l'appropriatezza e l'efficacia di quelle erogate dalla Lungodegenza.

E' necessario quindi mantenere nell'ospedale pubblico, analogamente a quanto si prevede in alcune strutture private convenzionate (Villa Salus), una significativa presenza della Lungodegenza ospedaliera post acuzie in quanto deputata a svolgere una attività che non può essere delegata ad altri.

Presso l'Ospedale Civile di Venezia è attiva una struttura intermedia (Ospedale di Comunità) con 20 posti letto ubicati nei locali della ex Ostetricia e Ginecologia.

Bisogna inoltre ricordare che le prestazioni specialistiche dell'Ospedale di Comunità rappresentano un onere per gli utenti in quanto sono a pagamento (25 euro dal 31° al 61° giorno e 45 euro dal 61° giorno in poi).

Il ricovero nella suddetta struttura può essere richiesto da un MMG, un medico dipendente, convenzionato o accreditato (DGR 433 del 6/4/2017). L'Ospedale di Comunità deve garantire una risposta a quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per essere trattati in un regime domiciliare o residenziale e hanno problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo non superiore di norma alle 4-6 settimane (PSSR). Si tratta di pazienti cronici con multi morbidità. Il Modello organizzativo previsto viene definito con l'acronimo OBI ossia "Osservazione Breve Intensiva". Questa funzione è prevista dalle nuove schede ospedaliere.

Anche al Pronto Soccorso è stata data la facoltà di inviare direttamente i pazienti all'Ospedale di Comunità (PSSR della Regione Veneto 2019-2023), che amplia così le sue facoltà (attivazione OBI, dimissione a domicilio, ricovero appropriato o in appoggio). Forse potrebbero crearsi le condizioni per un uso improprio dei ricoveri se per caso fossero usati i posti letto del Civile anche per le acuzie.

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N°1

Il Distretto non deve essere solo luogo di produzione dei servizi, ma anche luogo di programmazione, che avviene sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione, delle risorse e della specificità territoriale.

Se il Distretto ha capacità di decentrare i servizi, permette di evitare l'offerta in terraferma (vedi liste di attesa dove solo il 16% accetta la prima offerta del Centro Unico di Prenotazione); a tal fine è fondamentale il contributo di Comune, ACTV, volontariato sociale (vedi Croce Bianca al Lido) per servizi di trasporto di ammalati non autosufficienti, portatori di handicap, ecc.

Il Distretto deve essere snodo organizzativo essenziale che recepisce le esigenze dei cittadini e che assicura l'integrazione tra il ruolo di indirizzo programmatico del Comune, delle due Municipalità ed il ruolo gestionale della Ulss.

Il Distretto sarà funzionalmente "forte" se riesce a creare una rete di presidi territoriali sociosanitari che comprenda, al suo interno, il sistema della domiciliarità e della residenzialità, i servizi sociali, l'ospedale, gli ambulatori, il Dipartimento di salute mentale, il SERT, la Neuropsichiatria infantile ed altri servizi che possano fornire cure in modo integrato. E' necessario periodicamente costruire un tavolo di concertazione e verifica con Comune, Municipalità, Sindacati, Associazioni.

Al Lido va mantenuta la struttura distrettuale all'interno del Monoblocco. Va ampliata l'attività di idrochinesiterapia con acqua di mare nelle 3 piscine. L'edificio va restaurato compensando le spese con la vendita del padiglione dell'ex Ginecologia per diventare punto di eccellenza territoriale. Non è assolutamente adeguata la sede del Centro di Salute Mentale che, come tutti i servizi, funziona con personale ridotto. A breve ci sarà un solo medico psichiatra rispetto ai 4 di qualche tempo fa.

LE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE (MDGI)

Questi servizi dovevano rappresentare il perno della nuova riforma assistenziale-territoriale, dovevano funzionare 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana anche per ridurre gli accessi "impropri" e i codici bianchi al Pronto Soccorso. Infatti dovevano erogare diversi servizi come la prevenzione, lo screening, la presa in carico della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva, le malattie asmatiche, il diabete, la cardiologia, l'erogazione del Coumadin e Tao e (anticoagulanti orali).

Il progetto è stato bloccato dal Ministero dell'Economia e Finanze e dalla Corte dei Conti perché le MDGI sono state considerate troppo costose e pertanto si tornerà agli studi medici associati.

La Regione, con l'ultimo PSSR, sta sperimentando una nuova organizzazione dei Medici di base per privilegiare il settore privato.

IL PIANO DI ZONA

La Regione, dopo anni di assenza, ha approvato le Linee Guida (DGR n.426 del 9/4/2019) per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e socio-sanitari per gli anni 2020-2022.

I Piani di Zona sono stati continuamente prorogati senza una seria analisi dei bisogni socio-sanitari e senza un reale coinvolgimento dei Comuni con la Conferenza dei Sindaci. Per esempio il Piano di Zona 2011/2015 dell'ex ULSS 12 è stato ri-pianificato per l'anno 2017 e prorogato fino al 31/12/2018.

Già prima dell'accorpamento delle ULSS e dell'Azienda Zero, nonostante il ruolo determinante che deve avere la Conferenza dei Sindaci nell'indicare gli obiettivi da raggiungere, è stato delegato alle ULSS il compito di progettazione mentre dovrebbero avere, sostanzialmente, un ruolo solo di supporto.

I Piani di Zona sono stati spesso un "libro dei sogni" mai concretamente realizzati se non in piccola parte, come afferma anche l'Assessore regionale alla Sanità e al Sociale: quando afferma: "I futuri Piani di Zona non dovranno più essere "il libro dei sogni" dove ogni desiderata trova spazio, ma piani di intervento mirati, in linea con la programmazione regionale."

Con la riorganizzazione delle ULSS, i Piani di Zona di Distretto diventano uno strumento determinante per garantire un servizio socio-sanitario adeguato ai bisogni della popolazione, purché:

- sia evidenziata la specificità di ogni territorio e le sue problematiche, nel nostro caso quelle già citate all'inizio di questa relazione;
- l'analisi dei bisogni deve coinvolgere tutti i soggetti a vario titolo interessati (come indicato anche nelle Linee Guida) in particolare i cittadini e i loro rappresentanti (Municipalità, Sindacati, Consulte, Associazioni, Volontariato, ecc.) con modalità di consultazione, partecipazione attiva e progettazione sinergica che i Comuni devono garantire istituzionalizzando incontri, assemblee e quant'altro serve per favorire la condivisione e l'impegno sociale;
- risorse adeguate alla realizzazione degli obiettivi e strategie di intervento;
- verifiche periodiche dei risultati ottenuti e riprogettazione se necessaria.

RUOLO DELL'ENTE LOCALE

Nella programmazione e pianificazione dei servizi socio-sanitari, in particolare nella Venezia insulare, fondamentale e strategico diventa il ruolo della Conferenza dei Sindaci, del Comitato di Distretto, della 3^a Commissione Comunale, delle Commissioni di Municipalità.

Il Dec. Lgs. 502/92 e la legge regionale 56/94 regolano le funzioni della Conferenza dei Sindaci. Purtroppo, come da noi manifestato in un presidio di protesta a Ca' Farsetti nel marzo scorso, a due anni e mezzo dal varo della nuova Ulss, la Conferenza non ha mai funzionato.

SANITA' PARTECIPATA

La grande mobilitazione di qualche mese fa ha evidenziato, ancora di più, il ruolo fondamentale delle Associazioni e dei Comitati dei cittadini.

Vorremmo anche ricordare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel lontano 1996, deliberando la "Carta di Lubiana", in un capitolo riportava di *DARE ATTENZIONE ALLE OPINIONI ED ALLE SCELTE DEI CITTADINI* e cioè:

- La voce e le scelte dei cittadini dovrebbero contribuire tanto alla definizione dei servizi sanitari, quanto alle decisioni adottate ad altri livelli dei processi decisionali economici, gestionali e professionali.
- La voce dei cittadini dovrebbe essere sentita su argomenti quali il contenuto dell'assistenza sanitaria, la contrattazione, la qualità dei servizi nell'interazione paziente/erogatore, la gestione delle liste di attesa ed il seguito dato ai reclami.
- L'esercizio della scelta e di altri diritti dei pazienti richiede la disponibilità di mezzi di educazione ed informazione ampi, accurati e puntuali. Ciò comporta l'accessibilità a informazioni verificate pubblicamente sulla performance dei servizi sanitari.

A tal fine bisogna riattivare le Consulte comunali, previste dallo Statuto, organi propositivi e portavoce diretti delle esigenze territoriali.

Venezia 6 giugno 2019

A cura di: Luisella Aprà, Francesco Cardia, Danilo Fassan, Paolo Fumagalli, Cristina Giadresco, Giulio Labbro Francia Salvatore Lihard, Guido Pullia, Pietro Rigamonti, Rina Venerando, Gabriele Vesco.

ALLEGATO 1

OSPEDALE CIVILE				Schede 2013			
	P.L.	Apicalità					
MEDICINA GENERALE	75	1		84	1	9	–
GERIATRIA	23	1		23	1	–	–
GASTROENTEROLOGIA	?	–	USD.Posti letto in Area Medica	?	–		non viene più citata
NEFROLOGIA	8	–		8	–	–	–
NEUROLOGIA	15	1		14	1	-1	Unità neuro vascolari di 1° livello per trattamento trombolitico
CARDIOLOGIA	14	1	Con attività emodinamica interventistica. L'attività di urgenza/emerg. (H24) viene garantita dal Centro HUB dell'ospedale di Mestre	16	1	2	Con attività di emodinamica interventistica programmata
MALATTIE INFETTIVE	11	1		10	–	-1	-1
REUMATOLOGIA	0	–		6	–	6	–
DERMATOLOGIA	2	1		4	1	2	–
ONCOLOGIA	4	–	USD	8	–	4	–
RADIOTERAPIA	6	–	USD	?	–	–	–
PSICHIATRIA	16	–		12	–	-4	–
CHIRURGIA GENERALE	25	1		26	1	1	–
OCULISTICA	10	1		5	1	-5	–
DAY SURGERY/W SURG.				10		10	
ORTOPEDIA E TRAUMAT.	22	1		10		10	
ORL e Audiologia	10	1	Apicalità ad esaurimento	22	1	–	–
UROLOGIA	16	1		6		-4	-1
OSTETRICIA E GINEC.	20	1		10	1	-6	
PATOLOGIA NEONATALE	0	–		14	1	-6	
PEDIATRIA	6	1		2	–	2	-0
ANESTESIA E RIANIM.		1		6	1	–	–
TERAPIA INTENSIVA	6	–			1		
TERAPIA INTENS. CARDIO	6	–		8		2	–
ACCETT. PRONT. SOCC.	–	1	Con posti letto-tecnici di OBI	6	–	–	–
LABORAT. DI ANALISI	–	–	USD	–	1	–	–
DIREZIONE MEDICA	–	1		–	–	–	–
RADIOLOGIA	–	1		–	1	–	–
ANATOMIA ED ISTOLOG.	–	–	USD	–	–	–	–
REC. RIABILITAZ. FUNZ.	15	1		–	–	–	–
totale	310	18		310	15	-5	-1

Posti letto in strutt. Intermedie DGR del 2013	CTRP attivati ?	Centri ex art.26 attivati ?	Hospice attivati	Ospedale di Comunità Attivati ?	Unità Riabilitativa Territoriale Attivati ?	posti letto programmati
Uiss 12	20	0	41	40	75	263
Uiss 13	18	0	0	0	10	165
Uiss 14	14	0	0	0	0	45
totale						473

Posti letto in
strutt. Intermedie
DGR del 2019

gestione
pubblica

ex Ospedale Noale			10	20	24	54
Osp. Chioggia			5	20		25
Osp. Venezia				24		24
Osp. Dolo				24		24
Osp. Mirano				12		12

posti letto
totali = 139

	gestione private accr.					posti letto Totali = 127
Fondaz. OSMC			8	30		38
Polclinico S. Marco			25			25
Fatebenefratelli			8	15		23
Relaxxi srl				20		20
IRCCS San Camillo				11		11
Villa Salus				10		10

TOTALI= 266