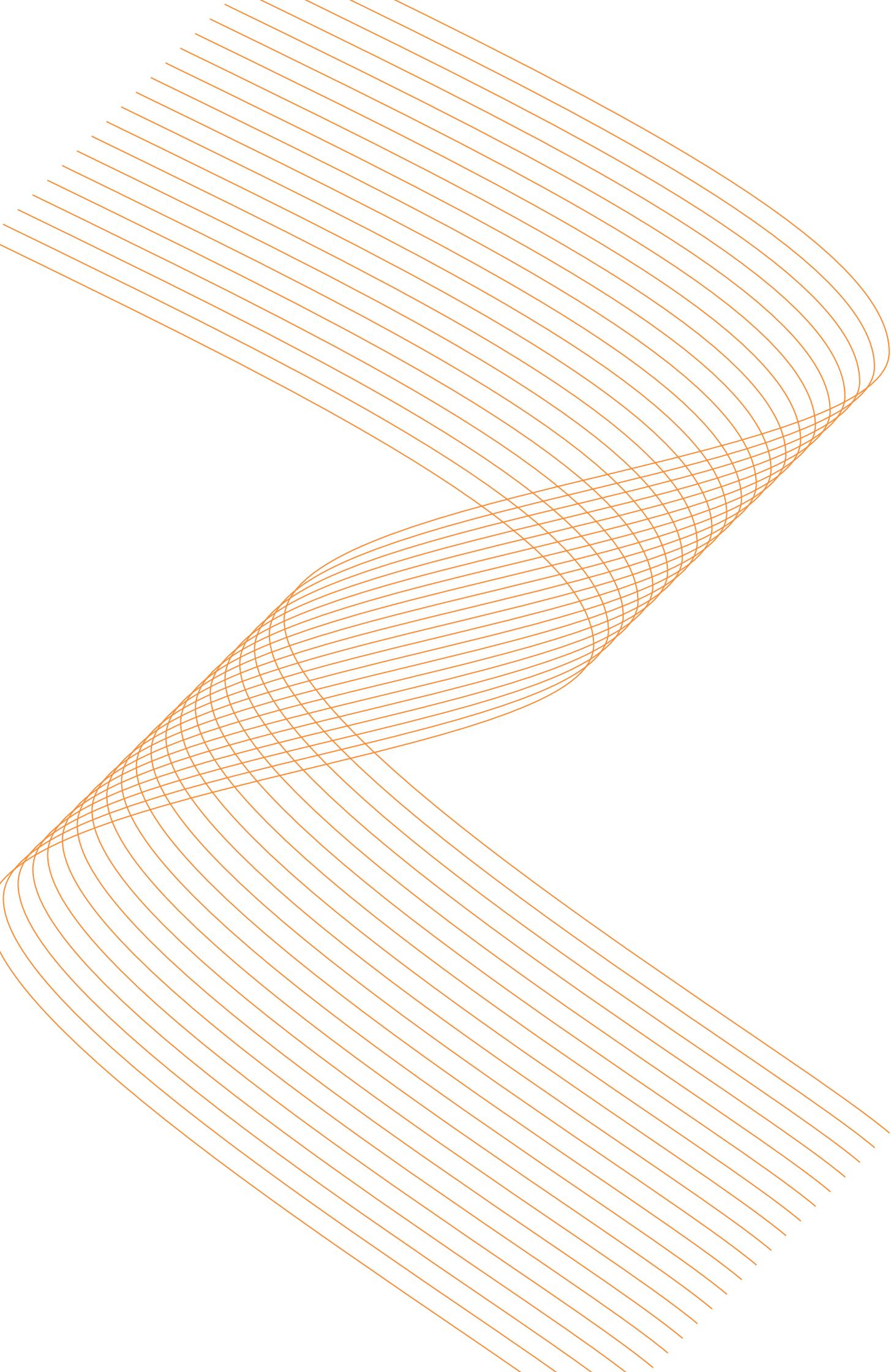




REGIONE DEL VENETO

# Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2008  
(dati 2006-2007)



# Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto

Anno 2008  
(dati 2006-2007)

## Avvertenza

Questa edizione della Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto viene pubblicata esclusivamente su supporto digitale, ai sensi dell'articolo 27, comma primo, della Legge 6 agosto 2008, n. 133, recante: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria".

Di seguito si riporta il comma dell'articolo citato:

### Art. 27 - Taglia-carta

1. Al fine di ridurre l'utilizzo della carta, dal 1° gennaio 2009, le amministrazioni pubbliche riducono del 50 per cento rispetto a quella dell'anno 2007, la spesa per la stampa delle relazioni e di ogni altra pubblicazione prevista da leggi e regolamenti e distribuita gratuitamente od inviata ad altre amministrazioni.

## Struttura del documento

Le sezioni sono indicate con la denominazione:

- Parte prima: Dinamiche demografiche e stato di salute;
- Parte seconda: Attività di Prevenzione;
- Parte terza: Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali;
- Parte quarta: Assistenza ospedaliera;
- Parte quinta: Risorse ed investimenti;
- Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo;
- Parte settima: Interventi delle Aziende Sanitarie del Veneto.

Ogni sezione della presente Relazione Socio Sanitaria è suddivisa nel modo che segue:

- *Dati*: si tratta dei dati contenuti in ogni singola parte della Relazione in forma tabellare e/o grafica;
- *Informazioni*: sono costituite dal testo descrittivo dei fenomeni, da eventuali chiarimenti, dalla normativa, dalle fonti utilizzate per la redazione;
- *Conoscenze*: sono rappresentate con prospetti di sintesi realizzati nella forma di presentazioni. L'intento è quello di fornire ulteriori elementi di analisi ai decisori politici, agli studiosi e ai lettori.

Per chi lo desidera è disponibile anche il documento completo per eventuali stampe. La procedura seguita nella composizione della Relazione è oggetto di un filmato introduttivo.

## Software necessario per visualizzare e stampare i contenuti

Per visualizzare correttamente ogni parte del supporto digitale è necessario il software gratuito Adobe Reader 9 (ultima versione attualmente disponibile). Adobe® Reader® è lo standard universale per la condivisione di documenti elettronici. Il programma si trova all'interno del Dvd sulla base di una licenza di distribuzione concessa alla Regione del Veneto. In alternativa il software può essere scaricato gratuitamente dal sito Internet: <http://www.adobe.com/it/>.

**La redazione della Relazione Socio Sanitaria è a cura della  
Giunta Regionale del Veneto - Segreteria Sanità e Sociale  
Direzione Risorse Socio Sanitarie**

Palazzo Molin - San Polo, 2514

30125 Venezia

Telefono: 041/2793449 - 041/2793450 Fax 041/2793506

E-mail: [risorsesanitarie@regione.veneto.it](mailto:risorsesanitarie@regione.veneto.it)

Sito Internet: <http://www.regione.veneto.it>



Alcuni diritti riservati - La Relazione Socio Sanitaria è rilasciata ai termini della licenza Creative Commons. Pubblicazione a cura della Giunta Regionale del Veneto.

Le libertà per l'utente



L'utente è libero di riprodurre, distribuire, comunicare ed esporre in pubblico quest'opera o singole parti di essa

alle seguenti condizioni:



*Attribuzione:* l'utente deve attribuire la paternità dell'opera alla Giunta Regionale del Veneto – Segreteria Sanità e Sociale – Direzione Risorse Socio Sanitarie in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



*Non commerciale:* l'utente non può usare quest'opera per fini commerciali.



*Condivisione allo stesso modo:* l'utente che alteri o trasformi quest'opera, o la usi per crearne un'altra, può distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Ogni volta che l'utente usa o distribuisce quest'opera, deve farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza. In ogni caso, l'utente può concordare con gli Uffici regionali preposti diversi utilizzi. Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali. Le utilizzazioni consentite dalle norme sul diritto di autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a:

dott. Fabio Fuolega

Segreteria Sanità e Sociale – Direzione Risorse Socio Sanitarie

Palazzo Molin - San Polo, 2514

30125 Venezia

Telefono: 041/2793514 - Fax 041/2793506

E-mail: [Fabio.Fuolega@regione.veneto.it](mailto:Fabio.Fuolega@regione.veneto.it)

# Indice

## **Parte prima:** Dinamiche demografiche e stato di salute

1.1	Dinamiche demografiche	9
1.2	Stato di salute	28
1.3	Ospedalizzazione per malattie circolatorie	34
1.4	Ospedalizzazione per tumori maligni	52

## **Parte seconda:** Attività di prevenzione

2.1	Copertura vaccinale	71
2.2	Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	87
2.3	Situazione nutrizionale	107
2.4	Controllo del tabagismo: la strategia regionale	113
2.5	Sanità animale	120
2.6	Igiene Pubblica e Ambiente	126
2.7	Salute e sicurezza sul lavoro	136

## **Parte terza:** Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali

3.1	Medicina di base	152
3.2	Screening oncologici	158
3.3	Tutela della Salute Mentale	196

3.4	Cure palliative e lotta al dolore	212
3.5	Politiche Sociali e Socio Sanitarie	233
<b>Parte quarta: Assistenza ospedaliera</b>		
4.1	Assistenza ospedaliera	284
4.2	Appropriatezza delle prestazioni	341
4.3	Attività di trapianto	351
4.4	Assistenza farmaceutica	362
<b>Parte quinta: Risorse ed investimenti</b>		
5.1	Risorse economiche e finanziarie	380
5.2	Risorse umane	387
5.3	Investimenti Socio Sanitari	405
<b>Parte sesta: Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo</b>		
6.1	Formazione e aggiornamento	434
6.2	Qualità e accreditamento	455
6.3	Sistema Informativo Socio Sanitario	508
6.4	Ricerca Sanitaria Finalizzata	511
6.5	Relazioni Socio Sanitarie internazionali	522

## **Parte settima: Interventi delle Aziende Sanitarie del Veneto**

7.1	Provincia di Belluno	531
7.2	Provincia di Treviso	536
7.3	Provincia di Venezia	546
7.4	Provincia di Padova	555
7.5	L'Istituto Oncologico Veneto - IOV	575
7.6	Provincia di Vicenza	590
7.7	Provincia di Verona	615
7.8	Provincia di Rovigo	621

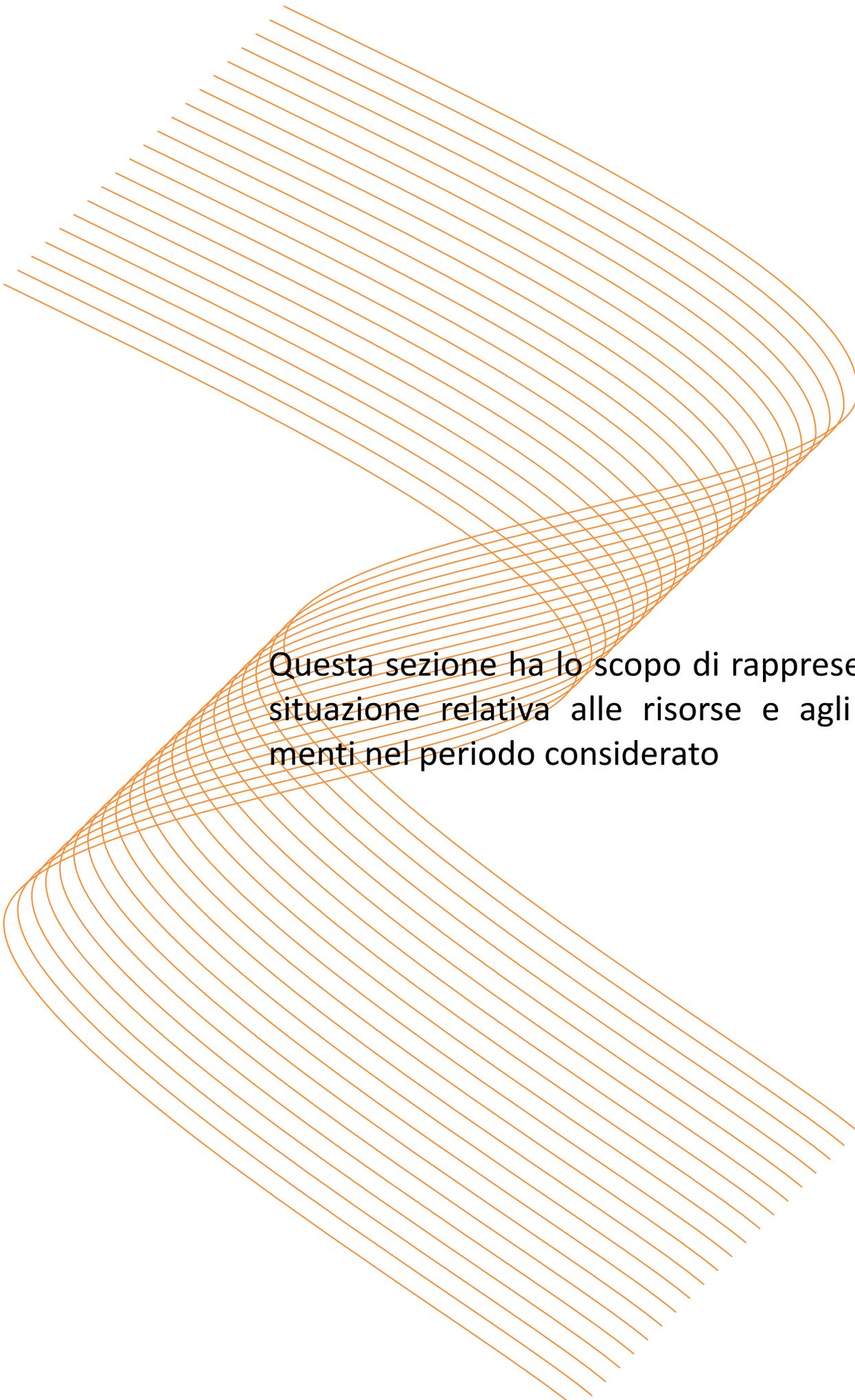
## **Appendice: Riferimenti normativi e deliberativi**

I	Principali norme nazionali e regionali	636
II	Principali deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto	639

Parte Quinta

# Risorse ed investimenti

Relazione Socio Sanitaria 2008  
della Regione del Veneto

A decorative graphic consisting of numerous thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are arranged in a way that they appear to be part of a larger, three-dimensional structure, possibly representing a stylized letter or a specific design element.

**Questa sezione ha lo scopo di rappresentare la situazione relativa alle risorse e agli investimenti nel periodo considerato**

## 5.1 Risorse economiche e finanziarie

---

380

Ai livelli di responsabilizzazione delle Regioni, derivanti dai mutamenti indotti dalla riforma del Titolo V della Costituzione della Repubblica Italiana (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), non corrisponde ancora un coerente ed adeguato grado di autonomia. Tuttavia, alcuni passi avanti sono stati fatti. In tal senso bisogna considerare, alcuni passaggi fondamentali avvenuti in questi ultimi anni, che fissano le tappe di un percorso evolutivo ancora lontano dal poter assumere un profilo compiuto. L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha realizzato il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni fissando i contorni di un Patto di Stabilità tra lo Stato e le Regioni sulla Sanità che determina una più accentuata responsabilizzazione di entrambi i soggetti istituzionali coinvolti. Ciò si riflette in particolar modo sui processi di pianificazione e gestione regionali relativi alla tutela della salute. Infatti, l'intesa citata pone in capo alle Regioni obblighi stringenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, mantenendo nel contempo i livelli essenziali di assistenza. Ancora una volta si chiede una maggiore qualità complessiva delle prestazioni a fronte del rispetto della compatibilità economica. Da questo punto di vista, eventuali situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, comportano la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali. Si crea così un coinvolgimento di tutti gli attori detentori di responsabilità in ambito sanitario per il rispetto dei parametri economico-finanziari prestabiliti. Tale evoluzione progressiva verso livelli sempre più elevati di responsabilizzazione trova oggi altri due elementi fondamentali nel "Patto per la Salute" e nel documento denominato "New Deal della Salute". Il primo documento è il testo del Protocollo di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la Salute su proposta del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e Finanze condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento<sup>2</sup> e di Bolzano. Sulla base degli indirizzi delineati dal Documento di programmazione economica finanziaria 2007-2011, l'intesa ha lo scopo di mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Nella sostanza il Patto si propone di combinare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni. Si tratta quindi di un accordo che pone in primo piano vincoli economici e finanziari, definiti attraverso un percorso condiviso. Il "New Deal della Salute" è invece un documento di principi, elaborato dal Ministero della Salute al fine di definire le priorità in ambito sanitario e socio-sanitario dei prossimi anni verso un unico grande obiettivo:

---

<sup>2</sup> "Patto per la Salute" su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e finanze condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, 28 settembre 2006.

ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia realmente orientato e centrato sui bisogni e le esigenze dei cittadini<sup>3</sup>".

Gli indirizzi, gli obblighi e gli adempimenti sanciti dai documenti citati si accompagnano ad un reticolo di controllo sempre più articolato che sottopone la Regione del Veneto, come tutte le altre Regioni, a continue e sistematiche verifiche da parte di un gran numero di soggetti istituzionali e di attori sociali (il Ministero dell'Economia, il Ministero della Salute, la Corte dei Conti, gli organismi ispettivi in ambito sanitario, le associazioni di cittadini, solo per citarne alcuni). Tale rete di controllo trova probabilmente le sue massime espressioni in due ambiti: 1) nel Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato; 2) nel Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, istituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il quadro si completa con la definizione dell'ammontare delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale nel triennio 2007-2009, di cui al punto 1.1 del "Patto per la Salute", ovvero:

- 96.000 milioni di euro per l'anno 2007;
- 99.042 milioni di euro per l'anno 2008;
- 102.245 milioni di euro per l'anno 2009.

Come si è riscontrato in questi ultimi anni, le risorse disponibili non sono in realtà in grado di coprire l'intero fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale, data la crescita esponenziale della spesa. Le difficoltà economiche e finanziarie si riflettono pertanto sul Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto, facendo sì che il finanziamento locale da integrativo stia diventando in realtà un finanziamento strutturale. Di fatto, viene così modificato il sistema di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, teoricamente affidato solo alla fiscalità generale. Perciò, in considerazione di quanto sopra evidenziato, l'azione della Regione del Veneto, come abbiamo detto anche in precedenza coniuga rigore e qualità dei servizi in un quadro di obiettivi di riorganizzazione, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari e socio sanitari. È infatti indispensabile la messa a punto di percorsi strutturali che impediscano il formarsi di deficit, con specifiche procedure di monitoraggio e controllo, ma anche con la piena

---

<sup>3</sup> Un New Deal della Salute - Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati Roma, 27 giugno 2006.

condivisione delle strategie di contenimento della spesa con le Aziende ULSS ed Ospedaliere che fanno parte del Sistema Socio Sanitario Veneto.

Riparto Fondo Sanitario Nazionale nell'anno 2007 (in milioni di Euro)	
Regioni	Fabbisogno Indistinto Netto Finale
Piemonte	7.168.500
Valle D'aosta	195.101
Lombardia	14.995.500
Bolzano	733.763
Trento	779.799
<b>Veneto</b>	<b>7.474.500</b>
Friuli	1.933.690
Liguria	2.862.500
Emilia Romagna	6.929.000
Toscana	6.023.447
Umbria	1.444.000
Marche	2.508.000
Lazio	8.463.000
Abruzzo	2.088.000
Molise	522.000
Campania	8.895.200
Puglia	6.370.000
Basilicata	966.500
Calabria	3.208.000
Sicilia	7.751.500
Sardegna	2.588.000
Totale Fabbisogno	93.900.000
Somme Vincolate (es.: obiettivi specifici di Piano)	2.100.000
<b>Totale Fondo Sanitario Nazionale 2007</b>	<b>96.000.000</b>

In tal senso è essenziale affinare la metodica di redazione dei documenti di bilancio delle Aziende Sanitarie e dei prospetti specifici del settore al fine di migliorare la capacità di rilevazione e di monitoraggio degli Uffici preposti in ambito regionale e nazionale. La Regione del Veneto ha contribuito fattivamente alla realizzazione del percorso di elaborazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (partito nel 2002), il cui obiettivo è costruire strumenti di

misura del bilanciamento tra qualità e costi. Vi è inoltre l'esigenza di avere, rispetto all'assistenza erogata sul territorio nazionale, dati classificati e codificati in modo omogeneo e metodi di misura uniformi. A questi elementi comuni è stato dato il nome di "Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale. In questo contesto il mattone "Misura dei costi del SSN" ha l'obiettivo di omogeneizzare a livello nazionale i flussi informativi economici per natura e destinazione, permettendo il confronto tra i costi delle diverse strutture sanitarie. È stato quindi fatto un importante lavoro sui seguenti documenti:

- Modello CE (Conto Economico)
- Modello SP (Stato Patrimoniale)
- Modello CP (Costi dei Presidi a gestione diretta delle Aziende ULSS)
- Modello LA (Costi per Livelli di Assistenza)

In considerazione di quanto detto precedentemente con riferimento alle determinazioni assunte in sede di Conferenza Stato Regioni, gli aspetti maggiormente rilevanti riguardano la contabilità analitica e in particolare la rilevazione dei costi per livelli di assistenza. In tal senso sono stati stabiliti precisi indirizzi in ordine al percorso di rilevazione dei costi dei fattori produttivi per centro di costo e alla metodologia per la quadratura della contabilità analitica con la contabilità generale.

Nel quadro di affinamento e miglioramento dei documenti contabili e degli strumenti di rilevazione sopra descritto, la Regione del Veneto, ha adottato nel novembre 2007 i nuovi schemi del piano dei conti dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico ed ha approvato contestualmente le linee guida e le indicazioni per la riclassificazione del Bilancio d'Esercizio. Inoltre, la Regione del Veneto ha inteso cogliere l'opportunità di dare maggiore forza ad una visione coerente dei flussi informativi, in collegamento con le rilevazioni ministeriali delle attività gestionali delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere. Ciò avviene anche attraverso uno strumento di cui si dispone da alcuni anni: un'applicazione per la gestione dei dati di bilancio denominata *SAS Financial Management*. Il software effettua automaticamente i controlli di validità dei dati e produce la reportistica per le Aziende ed il livello regionale. Analogamente, sono scadenzati i termini per l'invio dei dati in modo da assicurare il rispetto degli adempimenti a cui le Aziende Sanitarie e la Regione sono sottoposte. È inoltre possibile ottenere, sulla base di una rilevazione prospettica, un quadro previsionale sulla chiusura dell'esercizio. Si tratta perciò di uscire da una mera applicazione delle norme per entrare in una visione di prospettiva e di sistema.

Un altro fronte in cui la Regione del Veneto sta agendo è quello della valutazione dei costi delle prestazioni ospedaliere e specialistiche per la determinazione delle relative tariffe. La determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali costituisce un elemento indispensabile per realizzare, in campo sanitario, efficaci azioni di governo delle risorse economiche coerenti con gli obiettivi, nazionali e regionali, di

razionalizzazione della spesa e contenimento della stessa, nel mantenimento e miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria.

DESTINAZIONE RISORSE	Fabbisogno		Fonti	
	in milioni di Euro	%	Entrate Proprie	Fondo Sanitario Regionale
<b>PARTE INDISTINTA</b>				
Livello 1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	378,043	5,06%	25,806	352,237
Livello 2 - Assistenza distrettuale	3.649,667	48,83%	117,048	3.532,619
Livello 3 - Assistenza ospedaliera	3.213,638	42,99%	45,125	3.168,513
Totale livelli	7.241,348	96,88%	187,979	7.053,369
<b>PARTE ACCENTRATA</b>				
Parte Accentrata	233,518	3,12%	0,000	233,518
<b>Totale Generale</b>	<b>7.474,866</b>	<b>1,000</b>	<b>187,979</b>	<b>7.286,887</b>

Aziende Sanitarie	Assegnazioni alle Aziende per singolo Livello di Assistenza (Anno 2007)			
	Prevenzione*	Assistenza Distrettuale	Assistenza Ospedaliera	Totale
101. Belluno	9.579.000	115.107.000	99.718.000	224.404.000
102. Feltre	6.209.000	69.974.000	58.819.000	135.002.000
103. Bassano	12.704.000	133.336.000	108.253.000	254.293.000
104. Thiene	13.434.000	134.221.000	112.105.000	259.760.000
105. Arzignano	12.640.000	122.711.000	102.858.000	238.209.000
106. Vicenza	22.446.000	230.427.000	196.127.000	449.000.000
107. Pieve di Soligo	15.245.000	157.205.000	135.570.000	308.020.000
108. Asolo	18.627.000	168.299.000	141.365.000	328.291.000
109. Treviso	29.479.000	285.871.000	249.886.000	565.236.000
110. S. Donà di Piave	16.222.000	143.141.000	129.751.000	289.114.000
112. Veneziana	21.319.000	267.413.000	240.244.000	528.976.000
113. Mirano	18.722.000	168.941.000	151.654.000	339.317.000
114. Chioggia	9.701.000	94.155.000	84.130.000	187.986.000
115. Cittadella	18.331.000	160.169.000	139.405.000	317.905.000
116. Padova	27.942.000	312.487.000	252.546.000	592.975.000
117. Este	13.954.000	129.660.000	116.142.000	259.756.000
118. Rovigo	11.966.000	141.576.000	121.975.000	275.517.000
119. Adria	5.954.000	59.205.000	53.796.000	118.955.000
120. Verona	33.597.000	341.620.000	281.766.000	656.983.000
121. Legnago	12.785.000	108.451.000	95.012.000	216.248.000
122. Bussolengo	21.381.000	188.650.000	167.225.000	377.256.000
901. A.O. Padova			63.082.000	63.082.000
902. A.O. Verona			60.584.000	60.584.000
952. IOV			6.500.000	6.500.000
<b>Veneto</b>	<b>352.237.000</b>	<b>3.532.619.000</b>	<b>3.168.513.000</b>	<b>7.053.369.000</b>

La denominazione completa è: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro

Il sistema tariffario, infatti, permette di valorizzare le singole attività, le singole prestazioni, finanche i singoli casi trattati e può essere utilizzato per indirizzare l'attività sanitaria in relazione al raggiungimento di specifici obiettivi e priorità, come orientare l'offerta verso aree di bisogno, disincentivare alcune prestazioni e contenere gli effetti discorsivi potenzialmente producibili dal sistema tariffario. La capacità del sistema tariffario di influenzare il comportamento degli erogatori di prestazione dipende tuttavia da una serie di fattori, tra cui il fatto che le modalità di determinazione delle tariffe siano percepite come oggettive e neutrali. Il processo di elaborazione e determinazione deve quindi prendere avvio da assunti e metodologie condivise da tutti gli attori coinvolti. Quindi sia la Regione Veneto, cioè il soggetto pubblico che copre la quasi totalità del fabbisogno finanziario del Sistema Socio Sanitario Regionale, sia le Aziende ULSS, che pagano i "costi per mobilità passiva" e sia le Aziende Ospedaliere e gli erogatori privati accreditati, i cui ricavi derivano dalla retribuzione delle prestazioni rese, sono interessati alla determinazione corretta e condivisa delle tariffe delle prestazioni, considerando i costi effettivamente sostenuti.

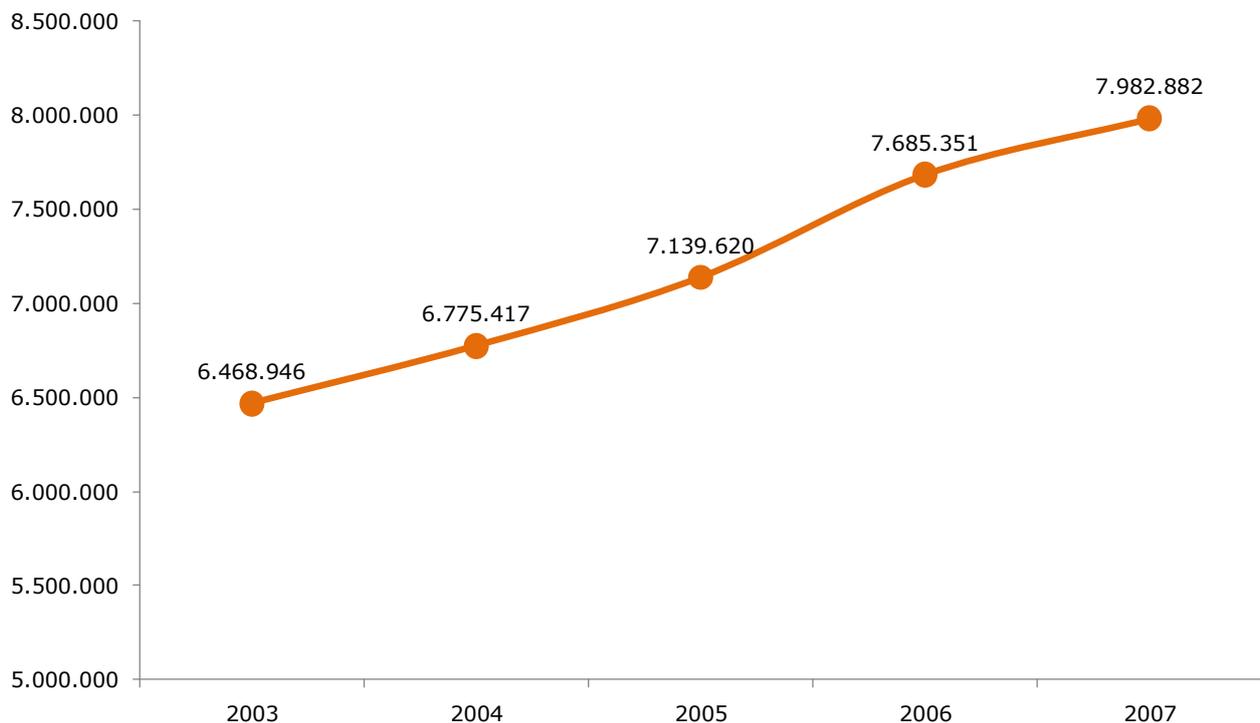
Per ottenere tale risultato è indispensabile:

- elaborare e certificare una metodologia di determinazione dei costi delle prestazioni ospedaliere e specialistiche che si basi sull'analisi dell'attività svolta dalle strutture e dal reale assorbimento delle risorse ad esse associate che sia il più possibile condivisa dagli operatori del sistema;
- individuare alcune strutture sanitarie pilota, che rispecchino i modelli organizzativi presenti sul territorio (Aziende ULSS territoriali, Aziende Ospedaliere, Strutture private accreditate e Strutture ambulatoriali) ove effettuare le rilevazioni dei costi, secondo la metodologia individuata;
- implementare la metodologia sviluppata su base sperimentale con riferimento a specifiche prestazioni ospedaliere e specialistiche individuate come critiche e/o di particolare interesse in base all'analisi dell'attività svolta dagli erogatori veneti;
- sviluppare specifiche competenze professionali che siano in grado di realizzare in modo continuativo un monitoraggio dei costi delle strutture al fine di individuare eventuali necessità di modifica e aggiornamento delle tariffe;
- valutare il possibile impatto della variazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere e specialistiche (definite sulla base dei costi rilevati) sul governo del sistema regionale

A tale scopo la Regione del Veneto ha istituito, nel dicembre 2007, un comitato tecnico-scientifico permanente per la determinazione dei costi standard delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali che opera in collaborazione con il Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università "Luigi Bocconi" di Milano. Si tratta di un approccio decisamente innovativo e foriero di importanti novità nel campo del governo economico del Sistema Socio Sanitario Regionale.

### Costi per servizi prodotti e acquistati nel Veneto

Fonte: Analisi dei Conti Economici - Age.na.s.



\* I costi evidenziati nel grafico comprendono:

*Costi servizi finali prodotti:* Beni sanitari, Beni non sanitari, Variazioni delle rimanenze, Servizi Appaltati, Spese amministrative generali, Altri servizi, Godimento di beni e servizi, Manutenzioni e riparazione (non considera le imposte e tasse, e la mobilità passiva).

*Costi servizi finali acquistati:* Farmaceutica Convenzionata, Riabilitativa, Integrativa e protesica, Ospedaliera Convenzionata, Specialistica Convenzionata, Altra assistenza.

*Costo risorse umane:* personale dipendente e personale convenzionato.

Tale riclassificazione è stata effettuata per evidenziare come la diversa composizione dei costi rispecchi la diversa organizzazione dei sistemi sanitari regionali.

Elaborazioni a cura di Emidio Di Virgilio, Cesare Cislaghi e altri (Age.na.s. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

L'obiettivo è quello di sviluppare, sulla base dei costi standard individuati, metodiche di ripartizione più eque e più efficienti, in grado di correggere o limitare la mancata corrispondenza tra fabbisogno effettivo e risorse disponibili. Mancata corrispondenza che viene attestata anche dall'analisi svolta dall'Age.na.s. con riferimento ai Conti Economici, della quale abbiamo qui estratto un grafico dall'interessante riclassificazione dei costi per servizi prodotti e acquistati in ambito sanitario nel Veneto.

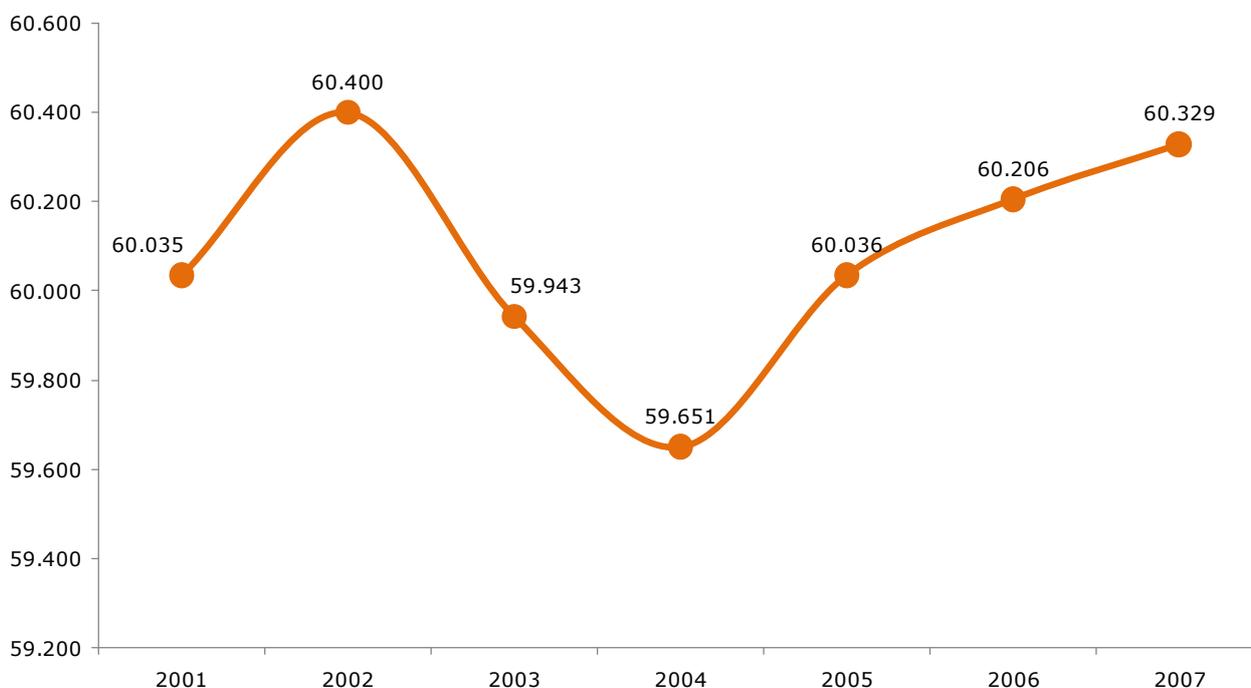
## 5.2 Risorse umane

---

Sotto il profilo istituzionale le attuali finalità della gestione regionale nell'ambito delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale si pongono in linea con gli obiettivi descritti nella Relazione Socio Sanitaria 2006, anche alla luce del nuovo quadro normativo. La Legge Finanziaria Nazionale anno 2007, ha previsto che le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per il triennio 2007, 2008, 2009, non possono superare l'ammontare economico dell'anno 2004, diminuito dell'1,4%. Facendo seguito alla normativa nazionale l'Amministrazione Regionale ha dettato una propria disciplina per la razionalizzazione della spesa delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (art. 37 della Legge Regionale n. 2 del 19/02/2007 - Legge Finanziaria Regionale anno 2007). In particolare la Regione ha teso ad indirizzare le Aziende all'adozione di misure dirette al contenimento della spesa per il personale in linea con gli obiettivi della finanziaria nazionale, tramite l'attuazione di tutte le possibili azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi ed attraverso un utilizzo esclusivo delle assunzioni per garantire i livelli essenziali di assistenza. Al proposito sono state emanate disposizioni finalizzate a rendere uniformi le diverse scelte aziendali ed a sviluppare comuni modelli di comunicazione, al fine di ottenere una lettura comparata dell'andamento delle Aziende Sanitarie sia dal punto di vista della consistenza del personale sia dal punto di vista della spesa sostenuta. Per monitorare l'andamento delle Risorse Umane le Aziende compilano trimestralmente schede predisposte relative alla consistenza del personale a tempo determinato ed indeterminato incardinato nelle Aziende. In modo conforme al disposto regionale che impone alle Aziende di non superare per il triennio 2007-2008-2009 l'ammontare speso nell'anno 2006, trasmettono anche le schede relative ai costi (a consuntivo ed a preventivo) per l'anno in corso. Sono state previste comunque delle deroghe alle limitazioni imposte dalla normativa sul limite delle cosiddette "teste" considerata la carenza di alcune figure professionali, quali medici anestesisti e radiologi, operatori dei profili infermieristici, operatori socio sanitari e tecnici di radiologia medica. In ogni caso le Aziende devono dare comunicazione delle assunzioni alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale prima dell'immissione in servizio del personale. L'attività inerente le autorizzazioni è particolarmente attenta al conferimento degli incarichi di dirigente di struttura complessa. In queste eventualità, in collaborazione con le altre Direzioni Regionali, si verifica anche la compatibilità degli incarichi stessi con le linee della programmazione regionale, riguardanti sia le strutture ospedaliere che il territorio. Oltre alle procedure sino ad ora descritte, a livello Regionale il governo del personale si realizza anche grazie alla stesura di protocolli di intesa con le Organizzazioni Sindacali, per consentire di mettere in atto le procedure per la stabilizzazione del personale precario. Nel 2007 è stata attivata la procedura per l'area del comparto e della Dirigenza Medica e Veterinaria. Infine, attraverso i flussi informativi implementati e affinati in

questi anni è possibile monitorare, presso ciascuna Azienda Sanitaria, l'andamento della consistenza del personale, con la gestione unificata delle procedure informatiche.

Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto - Operatori Totali  
Trend 2001-2007



Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto - Personale in Servizio (compreso personale universitario)

Operatori in servizio	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007
Operatori totali	60.035	60.400	59.943	59.651	60.036	60.206	60.329
Operatori per mille residenti	13,14	13,13	12,90	12,69	12,65	12,61	12,49

\* Dati 2004 e 2005 leggermente diversi dalla Relazione Socio Sanitaria 2006 per consolidamento dei flussi informativi

Per inquadrare al meglio la consistenza e la dinamica evolutiva del personale in servizio nelle Aziende ULSS e nelle Aziende Ospedaliere del Veneto, è necessario mettere in relazione questa realtà alla consistenza e alla dinamica della popolazione veneta. I dati utilizzati per le elaborazioni sono quelli ISTAT. Con queste due grandezze suddette si determina l'indicatore "numero di operatori per mille abitanti". Per l'intero arco dei sette anni presi in esame lo stesso assume i seguenti valori: in valore assoluto dai 13,14 operatori per mille abitanti del 31/12/2001 si passa ai 12,49 operatori per mille abitanti del 31/12/2007. L'indicatore sintetico adottato fornisce una prima misura che segnala il perseguimento di un duplice obiettivo da parte della Regione del Veneto: da un lato il mantenimento dei livelli occupazionali all'interno

delle Aziende Sanitarie del Veneto, dall'altro la ricerca di efficienza e di ottimizzazione delle risorse costantemente perseguita dal Servizio Sanitario Regionale nel corso di questi ultimi sette anni. Va comunque detto che l'indicatore preso in esame potrebbe essere oggetto di un affinamento qualora, con riferimento alla popolazione regionale, si potesse tenere distinta la componente residente da quella fluttuante (dove la prima è costituita dai movimenti anagrafici quali nascite, morti, iscrizioni e cancellazioni, mentre la seconda ha per oggetto la molteplicità di presenze generate da flussi turistici, migratori e da persone che provenendo da altre regioni del paese esprimono, in modo temporaneo, nel territorio regionale, domande di studio, sanità, lavoro, ecc.). Risulta evidente che la contabilizzazione di questa seconda componente di popolazione, per la sua oggettiva e diversificata distribuzione nel territorio regionale, modificherebbe non poco l'indicatore in esame per alcune aree della nostra Regione. A questo proposito il riferimento più immediato risulta quello del distretto turistico che fa perno su Venezia, quello del triangolo Padova, Treviso, Venezia e del polo di Verona per la presenza di Facoltà universitarie e per la grande mobilità di flussi di merci, servizi e persone determinata dal sistema economico.

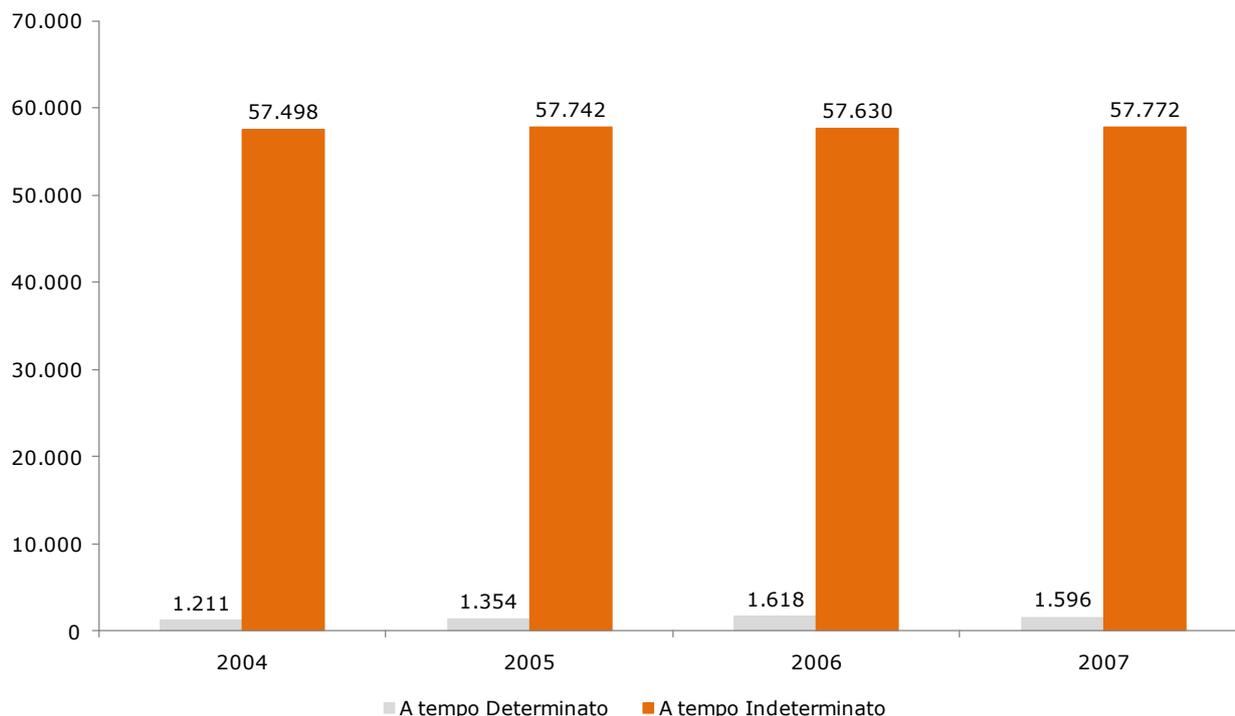
#### *Personale in servizio per tipologia contrattuale*

Ancora a livello regionale, e per un arco di tempo che intercorre dal 31/12/2004 al 31/12/2007, la fonte utilizzata consente di fornire alcuni quadri di contabilità di un certo interesse riferibili al personale in servizio ( si tenga presente che in questo contesto non verrà preso in esame il personale universitario) rispetto alla tipologia contrattuale ed al ruolo. Per il periodo anzidetto la consistenza del personale a tempo indeterminato e di quello a tempo determinato risulta la seguente:

- Su un totale di 58.709 operatori in servizio al 31/12/2004, quelli a tempo determinato risultavano 1.211 (2,06% del totale) e quelli a tempo indeterminato 57.498 (97,94% del totale).
- Al 31/12/2007 gli operatori totali si attestavano a 59.368 unità di cui 1.596 a tempo determinato (2,68% del totale) e 57.772 a tempo indeterminato (97,32%).
- Nell'arco di tempo preso in esame l'incremento assoluto complessivo è stato pari a 659 unità e la sua composizione è stata la seguente: 385 a tempo determinato e 274 a tempo indeterminato.

Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto - Personale in Servizio (senza personale universitario)				
	2004	2005	2006	2007
A tempo Determinato	1.211	1.354	1.618	1.596
A tempo Indeterminato	57.498	57.742	57.630	57.772
<b>Operatori totali</b>	<b>58.709</b>	<b>59.096</b>	<b>59.248</b>	<b>59.368</b>

Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto  
 Personale a tempo determinato e indeterminato (anni 2004-2007)



390

Di particolare interesse risulta l'analisi dei dati, sia sotto il profilo della consistenza che della evoluzione, riferiti ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. Su un totale di operatori che passa da 58.709 a 59.368, i ruoli, per ordine di importanza, si distribuiscono nel modo seguente:

- ruolo sanitario da 40.143 a 41.060;
- ruolo tecnico da 12.157 a 11.626;
- ruolo amministrativo da 6.293 a 6.565;
- ruolo professionale da 116 a 117.

L'incremento totale di 659 unità è pertanto il risultato di una crescita di 917 unità nel ruolo sanitario, una contrazione di 531 unità nel ruolo tecnico, una crescita di 272 nel ruolo amministrativo e di una sostanziale stabilità nel ruolo professionale. Guardando ai due indicatori "peso percentuale di un ruolo sul totale" e "numero indice" (costruito ponendo come base pari a 100 il valore di ogni ruolo al 31/12/2004) si nota una crescita del sistema pari all'1,12% che risulta da: una crescita del ruolo sanitario (2,28%) e del ruolo amministrativo (4,32%) ed una contrazione di quello tecnico (-4,37%). La crescita più consistente, quella del ruolo sanitario, pari a 917 unità (che in termini percentuali risulta pari al 2,28%), è dovuta ad un incremento di 545 (pari a 1,38%) unità a tempo indeterminato e 372 a tempo determinato (pari a 69,66%). Per il ruolo amministrativo, cresciuto complessivamente di 272 unità, ben 268 risultano a tempo indeterminato e 4 a tempo determinato. Per il ruolo tecnico, per il quale

si registra una contrazione di 531 unità, va sottolineato che la contrazione è da imputare tutta al solo personale a tempo indeterminato. Per il ruolo professionale, si osserva la sostanziale parità di consistenza rilevata al 31/12/2004 e al 31/12/2007. In definitiva sembra di poter dire che nell'arco di tempo preso in esame l'attivazione di personale a tempo indeterminato ha visto operare in primo piano il ruolo sanitario seguito da quello amministrativo mentre il personale a tempo determinato ha visto crescere la sua presenza nell'ambito pressoché esclusivo del ruolo sanitario.

Operatori in Servizio per Ruolo Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo dal 31/12/2004 al 31/12/2007 (valori assoluti, composizione percentuale e numero indice 2004=100)				
Operatori in servizio per ruolo	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007
<b>Valori Assoluti</b>				
Ruolo Sanitario	40.143	40.146	40.996	41.060
Ruolo Professionale	116	119	124	117
Ruolo Tecnico	12.157	12.144	11.595	11.626
Ruolo Amministrativo	6.293	6.417	6.533	6.565
Totale operativo (senza personale universitario)	58.709	59.096	59.248	59.368
<b>Composizione Percentuale</b>				
Ruolo Sanitario	68,38	67,93	69,19	69,16
Ruolo Professionale	0,20	0,20	0,21	0,20
Ruolo Tecnico	20,71	20,55	19,57	19,58
Ruolo Amministrativo	10,72	10,86	11,03	11,06
Totale operativo (senza personale universitario)	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>Numero Indice</b>				
Ruolo Sanitario	100,00	100,01	102,12	102,28
Ruolo Professionale	100,00	102,59	106,90	100,86
Ruolo Tecnico	100,00	99,89	95,38	95,63
Ruolo Amministrativo	100,00	101,97	103,81	104,32
Totale operativo (senza personale universitario)	100,00	100,66	100,92	101,12

Un ulteriore approfondimento della dinamica degli operatori in servizio è consentito dal riferimento alle qualifiche interne ai ruoli sanitario e tecnico che rappresentano gli ambiti nei quali si sono registrati i "grandi movimenti" tra il 2004 e il 2007. Si può osservare che l'incremento assoluto di maggiore rilievo si registra a carico degli Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza (OTAA) e degli Operatori Socio Sanitari (OSS), con una crescita di 1.023 unità

pari al 18%. L'ordine di grandezza di seconda importanza è dato dall'incremento del Personale Infermieristico (870 unità pari al 3,56%). Si rileva inoltre una crescita della Dirigenza Medica e Veterinaria (128 unità pari all'1,57%) ed un decremento delle qualifiche definite con la dizione "altro ruolo tecnico", nel quale rientra ad esempio il collaboratore tecnico professionale, il programmatore (-1,554 unità con una contrazione del -24%).

L'insieme delle informazioni qui evidenziate consente di fare una ulteriore osservazione, se si incrociano qualifiche e tipologie contrattuali (personale a tempo indeterminato e a tempo determinato). Per gli OTAA e gli OSS (904 unità), per il Personale infermieristico (688 unità) e per il Personale di "altro ruolo tecnico" (-1.435) le dinamiche si rilevano in grandissima parte nell'ambito di posizioni contrattuali a tempo indeterminato; per la Dirigenza medica, invece, prevale la posizione a tempo determinato (89 unità su 128). Per una corretta interpretazione delle consistenti variazioni in senso negativo (riguardanti il ruolo tecnico) e positivo (ruolo sanitario), va tenuto presente che nel triennio a seguito dell'applicazione del contratto nazionale, alcune Aziende hanno provveduto ad una riqualificazione del personale determinando il movimento messo in luce dai dati.

Operatori per Ruolo*	31/12/2004			31/12/2005		
	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale
Ruolo Sanitario	534	39.609	40.143	651	39.765	40.416
Ruolo Tecnico	523	11.634	12.157	481	11.663	12.144
Ruolo Amministrativo	150	6.143	6.293	211	6.206	6.417
Ruolo Professionale	4	112	116	11	108	119
<b>Operatori totali</b>	<b>1.211</b>	<b>57.498</b>	<b>58.709</b>	<b>1.354</b>	<b>57.742</b>	<b>59.096</b>
* Dati senza personale universitario						
Operatori per Ruolo*	31/12/2006			31/12/2007		
	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale
Ruolo Sanitario	940	40.056	40.996	906	40.154	41.060
Ruolo Tecnico	485	11.110	11.595	523	11.103	11.626
Ruolo Amministrativo	178	6.355	6.533	154	6.411	6.565
Ruolo Professionale	15	109	124	13	104	117
<b>Operatori totali</b>	<b>1.618</b>	<b>57.630</b>	<b>59.248</b>	<b>1.596</b>	<b>57.772</b>	<b>59.368</b>

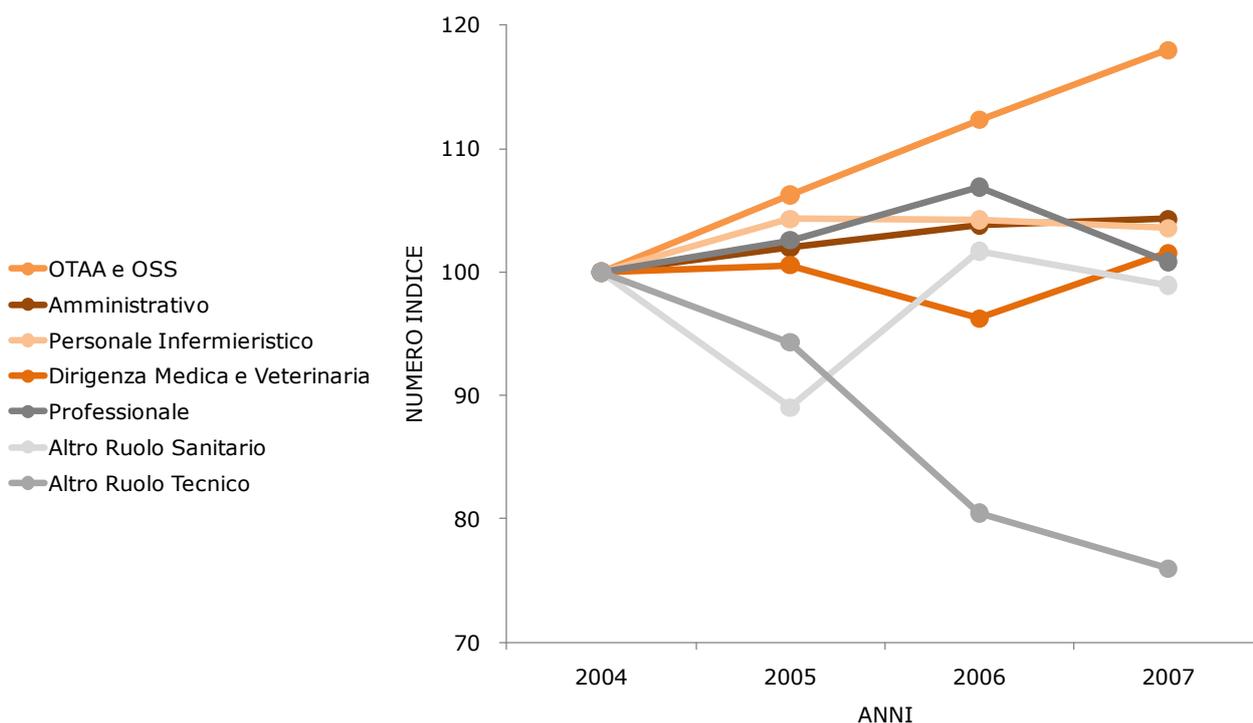
Operatori in servizio per ruolo, a tempo indeterminato e tempo determinato - Senza personale universitario dal 31/12/2004 al 31/12/2007 (variazioni assolute)					
Ruoli		2005-2004	2006-2005	2007-2006	2007-2004
Sanitario	Tempo Determinato	117	289	-34	372
	Tempo Indeterminato	156	291	98	545
	Totale	273	580	64	917
Tecnico	Tempo Determinato	-42	4	38	
	Tempo Indeterminato	29	-553	-7	-531
	Totale	-13	-549	31	-531
Amministrativo	Tempo Determinato	61	-33	-24	4
	Tempo Indeterminato	63	149	56	268
	Totale	124	116	32	272
Professionale	Tempo Determinato	7	4	-2	9
	Tempo Indeterminato	-4	1	-5	-8
	Totale	3	5	-7	1
Totale Ruoli	Tempo Determinato	143	264	-22	385
	Tempo Indeterminato	244	-112	142	274
	Totale	387	152	120	659

393

Operatori per ruolo e qualifica (escluso personale universitario) dal 31/12/2004 al 31/12/2007									
Ruoli e qualifiche		Totale operatori a tempo indeterminato				Totale operatori a tempo determinato			
		2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Sanitario	Dirigenza Medica e Veterinaria	8.000	7.936	7.596	8.039	175	286	273	264
	Personale Infermieristico	24.214	25.285	25.062	24.902	195	178	379	377
	Altro Ruolo Sanitario	7.395	6.544	7.398	7.213	164	187	288	265
	Totale Sanitario	39.609	39.765	40.056	40.154	534	651	940	906
Tecnico	OTAA e OSS	5.353	5.703	5.992	6.257	330	336	393	449
	Altro Ruolo Tecnico	6.281	5.960	5.118	4.846	193	145	92	74
	Totale Tecnico	11.634	11.663	11.110	11.103	523	481	485	523
Amministrativo		6.143	6.206	6.355	6.411	150	211	178	154
Professionale		112	108	109	104	4	11	15	13
Totale Regione del Veneto		57.498	57.742	57.630	57.772	1.211	1.354	1.618	1.596

Una interessante analisi dello scenario che si presenta prendendo in considerazione l'incrocio tra tutte le qualifiche e gli operatori qui indicati ed il profilo della loro tipologia contrattuale (a tempo indeterminato e a tempo determinato) si ottiene attraverso l'applicazione del numero indice. I *numeri indice* sono particolari rapporti statistici che misurano la variazione di un fenomeno rilevato in tempi ed circostanze diverse.

Operatori totali per ruolo e qualifica dal 31/12/2004 al 31/12/2007  
(Numero indice 2004=100)

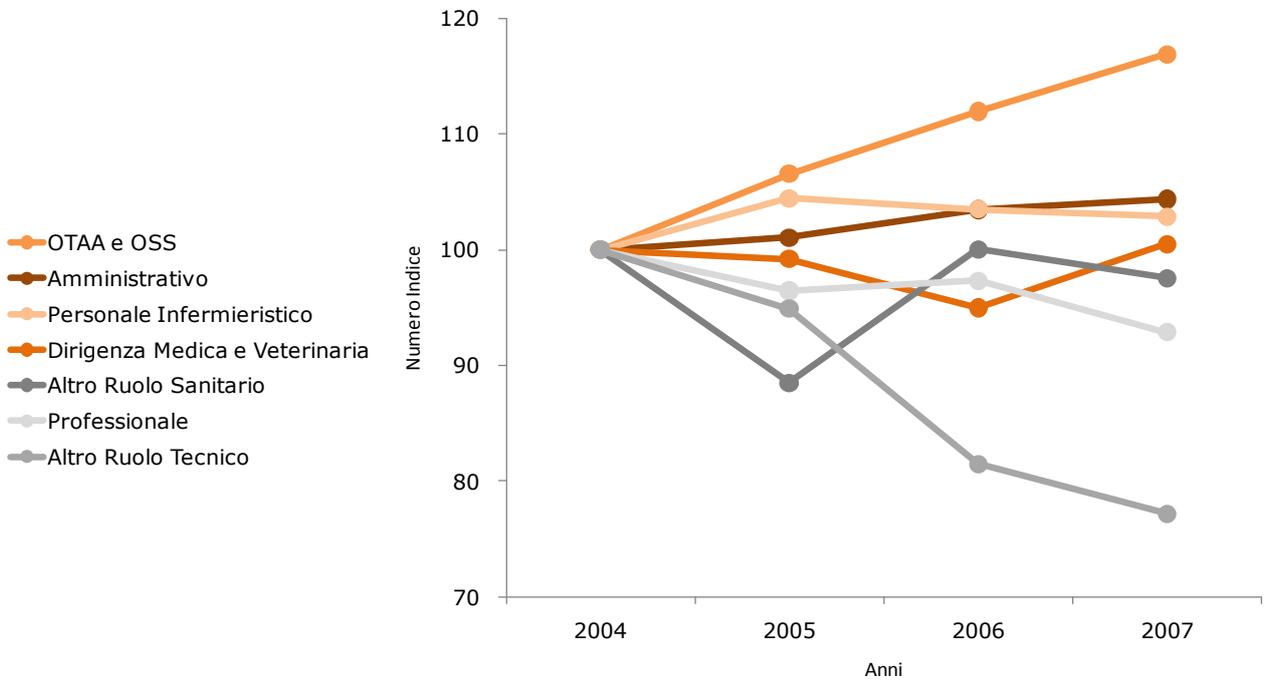


Profilo		Numero Indice			
		2004	2005	2006	2007
Sanitario	OTAA e OSS	100,00	106,26	112,35	118,00
	Amministrativo	100,00	101,97	103,81	104,32
	Personale Infermieristico	100,00	104,32	104,23	103,56
Tecnico	Dirigenza Medica e Veterinaria	100,00	100,57	96,26	101,57
	Professionale	100,00	102,59	106,90	100,86
	Altro Ruolo Sanitario	100,00	89,05	101,68	98,93
	Altro Ruolo Tecnico	100,00	94,30	80,48	76,00
<b>TOTALE REGIONE DEL VENETO</b>		<b>100,00</b>	<b>100,66</b>	<b>100,92</b>	<b>101,12</b>

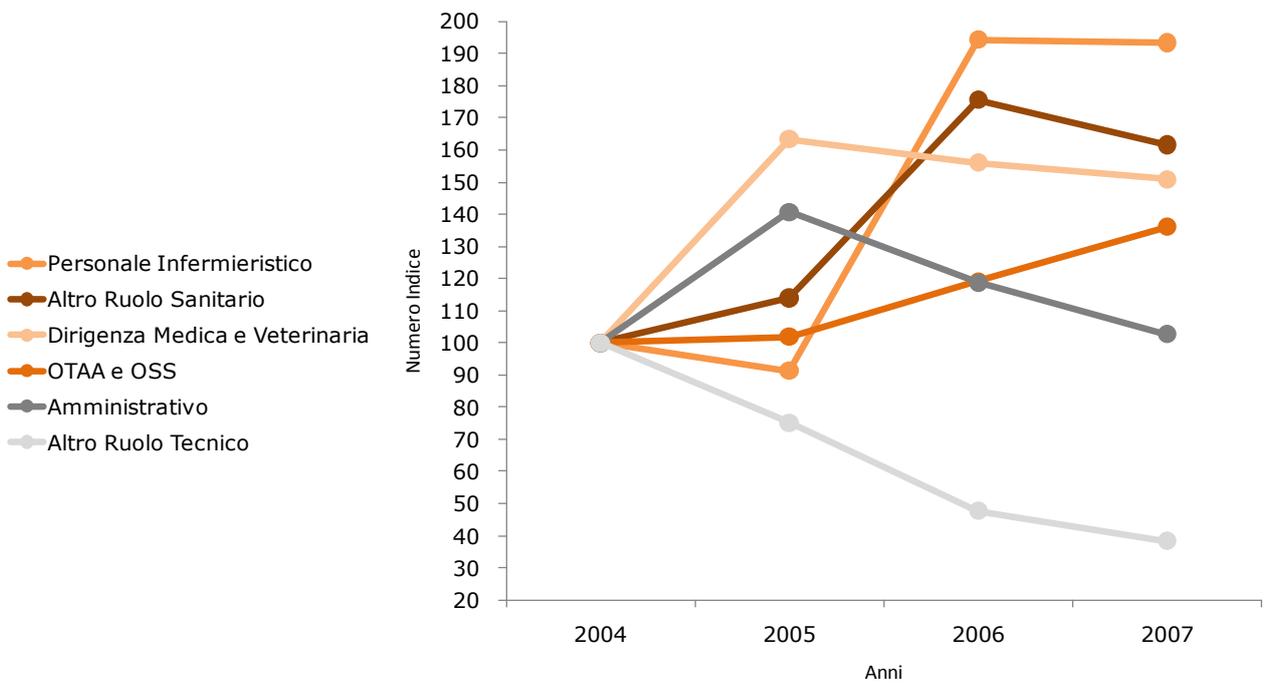
Quindi, un numero indice semplice è il rapporto tra due numeri riferiti alle intensità di un fenomeno in tempi o luoghi diversi. Nel nostro caso, consideriamo il tempo (numero indice temporale) e i diversi valori attribuiti ai dati in esame sono ottenuti ponendo pari a 100 i valori del 31/12/2004. La formula applicata è quindi la seguente:

$$\text{Numero Indice} = (\text{Operatori anno considerato} \times 100) / \text{Operatori anno 2004}$$

Operatori a tempo indeterminato per ruolo e qualifica dal 31/12/2004 al 31/12/2007 (n° indice 2004=100)



Operatori a tempo determinato per ruolo e qualifica dal 31/12/2004 al 31/12/2007 (n° indice 2004=100)



Operatori per ruolo e qualifica (escluso personale universitario) dal 31/12/2004 al 31/12/2007 (Numero indice 2004=100)									
Ruoli e qualifiche		Numero Indice operatori a tempo indeterminato				Numero Indice operatori a tempo determinato			
		2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Sanitario	Dirigenza Medica e Veterinaria	100,00	99,20	94,95	100,49	100,00	163,43	156,00	150,86
	Personale Infermieristico	100,00	104,42	103,50	102,84	100,00	91,28	194,36	193,33
	Altro Ruolo Sanitario	100,00	88,49	100,04	97,54	100,00	114,02	175,61	161,59
	<b>Totale Sanitario</b>	<b>100,00</b>	<b>100,39</b>	<b>101,13</b>	<b>101,38</b>	<b>100,00</b>	<b>121,91</b>	<b>176,03</b>	<b>169,66</b>
Tecnico	OTAA e OSS	100,00	106,54	111,94	116,89	100,00	101,82	119,09	136,06
	Altro Ruolo Tecnico	100,00	94,89	81,48	77,15	100,00	75,13	47,67	38,34
	<b>Totale Tecnico</b>	<b>100,00</b>	<b>100,25</b>	<b>95,50</b>	<b>95,44</b>	<b>100,00</b>	<b>91,97</b>	<b>92,73</b>	<b>100,00</b>
Amministrativo		100,00	101,03	103,45	104,36	100,00	140,67	118,67	102,67
Professionale		100,00	96,43	97,32	92,86	100,00	275,00	375,00	325,00
<b>Totale Regione del Veneto</b>		<b>100,00</b>	<b>100,42</b>	<b>100,23</b>	<b>100,48</b>	<b>100,00</b>	<b>111,81</b>	<b>133,61</b>	<b>131,79</b>

396

Passiamo ora all'osservazione dell'ambito aziendale. Il passaggio dall'analisi aggregata regionale a quella disaggregata e cioè a quella che prende in esame le realtà delle singole aziende, può avvenire prendendo in considerazione una vasta gamma di variabili. Qui si farà riferimento alla popolazione presente nel territorio, alla composizione occupazionale, al turnover e alla diversa presenza dei settori aziendali nel territorio.

Come si è già messo in luce in precedenza l'indicatore sintetico adottato per misurare la relazione esistente tra singola azienda e popolazione di riferimento è costituito dal "numero di operatori per mille abitanti". Ora, prima di procedere alla analisi dell'indicatore, e al fine di non ingenerare confusione interpretativa, è necessario tenere presente quanto segue:

- Nella costruzione dell'indicatore per le singole aziende non si è tenuto conto del personale universitario;
- Per ottenere un corretta comparazione tra indicatori del 2004 e quelli del 2007 si è dovuto tenere presente che: nel 2006 l'Ulss 7 ha acquisito 265 unità dal De Gironcoli (ospedale privato classificato);
- Nel 2006 l'ULSS 16 ha conferito 52 unità allo Istituto Oncologico Veneto (IOV); sempre nel 2006 l'Azienda Ospedaliera di Padova ha conferito 204 unità allo IOV; per queste tre realtà, pertanto, si presentano due indicatori: un primo puramente contabile ed un secondo che tiene conto delle correzioni suddette;

- Per l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera di Verona il calcolo dell'indicatore è stato elaborato facendo riferimento a tutta la popolazione regionale;
- Seguendo l'indicazione dei rapporti sulla Sanità pregressi si sono costruiti altri due valori che si possono definire allargati sotto il profilo aziendale e ristretti sotto il profilo territoriale; il riferimento specifico è all'Azienda Ospedaliera di Padova + Azienda Ulss 16 e popolazione dell'Ulss 16 da un lato e all'Azienda Ospedaliera di Verona + Azienda Ulss 20 e popolazione dell'Ulss 20 dall'altro.

In questo modo l'insieme dei valori dell'indicatore "numero di operatori dipendenti per mille residenti" dovrebbe essere esaustivo di tutte le ipotesi e consentire comparazioni corrette a tutto campo.

Aziende Sanitarie	Numero operatori dipendenti per mille residenti al 31/12/2004 e al 31/12/2007			
	al 31/12/2004		al 31/12/2007	
	Numero operatori	Numero operatori dipendenti x 1000 residenti	Numero operatori	Numero operatori dipendenti x 1000 residenti
101. Belluno	2.391	18,49	2.386	18,44
102. Feltre	1.297	15,74	1.298	15,42
103. Bassano del Grappa	1.994	11,60	2.037	11,53
104. Thiene	1.923	10,59	1.960	10,58
105. Arzignano	1.975	11,36	2.068	11,62
106. Vicenza	3.743	12,28	3.809	12,19
107. Pieve di Soligo	2.063	9,73	2.324	10,74
108. Asolo	2.621	11,08	2.598	10,54
109. Treviso	4.291	10,98	4.293	10,55
110. S. Donà di Piave	2.379	11,59	2.461	11,61
112. Veneziana	4.207	13,84	4.204	13,82
113. Mirano	2.621	10,49	2.667	10,25
114. Chioggia	1.294	9,85	1.333	10,01
115. Cittadella	2.768	11,81	2.803	11,37
116. Padova	2.471	6,12	2.381	5,77
117. Este	1.894	10,47	1.877	10,23
118. Rovigo	2.388	13,88	2.336	13,42
119. Adria	693	9,24	694	9,28
120. Verona	2.239	4,96	2.320	5,02
121. Legnago	1.763	12,04	1.719	11,35
122. Bussolengo	1.957	7,44	1.937	6,95
901. A.O. Padova	4.853	1,03	4.674	0,97
902. A.O. Verona	4.884	1,04	4.862	1,01
952. IOV			327	
Totale (senza personale universitario)	58.709	12,49	59.368	12,29

L'analisi del dato consente di avanzare le seguenti osservazioni: nel triennio il range dei valori assunti dall'indicatore tende a ridursi, anche se di poco: dal 18,49 per mille (dell'Azienda ULSS 1) al 4,96% (dell'Azienda ULSS 20) nel 2004 e da 18,44% (dell'Azienda ULSS 1) a 5,02% (dell'Azienda ULSS 20) nel 2007.

Aziende Sanitarie	Numero operatori dipendenti per mille residenti al 31/12/2004 e al 31/12/2007			
	al 31/12/2004		al 31/12/2007	
	Numero operatori	Numero operatori dipendenti x 1000 residenti	Numero operatori	Numero operatori dipendenti x 1000 residenti
107 (senza acquisizione De Gironcoli)	2.063	9,73	2.059	9,52
116 (senza assegnazione IOV)	2.471	6,12	2.433	5,89
901 (senza assegnazione IOV)	4.853	1,03	4.878	1,01
901. A.O. Padova + ULSS 16	7.324	18,14	7.055	17,09
902. A.O. Verona + ULSS 20	7.123	15,79	7.182	15,53

Aziende Sanitarie del Veneto: personale a tempo determinato ed indeterminato al 31/12/2004 (valori assoluti e composizione percentuale)					
Aziende Sanitarie	Operatori anno 2004			Composizione %	
	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Tempo determinato	Tempo indeterminato
101	99	2.292	2.391	4,14	95,86
102	19	1.278	1.297	1,46	98,54
103	60	1.934	1.994	3,01	96,99
104	37	1.886	1.923	1,92	98,08
105	47	1.928	1.975	2,38	97,62
106	63	3.680	3.743	1,68	98,32
107	46	2.017	2.063	2,23	97,77
108	125	2.496	2.621	4,77	95,23
109	22	4.269	4.291	0,51	99,49
110	142	2.237	2.379	5,97	94,03
112	18	4.189	4.207	0,43	99,57
113	40	2.581	2.621	1,53	98,47
114	7	1.287	1.294	0,54	99,46
115	123	2.645	2.768	4,44	95,56
116	14	2.457	2.471	0,57	99,43
117	39	1.855	1.894	2,06	97,94
118	8	2.380	2.388	0,34	99,66
119	22	671	693	3,17	96,83
120	1	2.238	2.239	0,04	99,96
121	43	1.720	1.763	2,44	97,56
122	122	1.835	1.957	6,23	93,77
901	67	4.786	4.853	1,38	98,62
902	47	4.837	4.884	0,96	99,04
952					
<b>Totale</b>	<b>1.211</b>	<b>57.498</b>	<b>58.709</b>	<b>2,06</b>	<b>97,94</b>

Per quasi tutte le aziende il valore dell'indicatore in esame dal 2004 al 2007 tende a diminuire. Fanno eccezione le seguenti Aziende ULSS 5, 7, 14, 19 e 20.

Aziende Sanitarie del Veneto: personale a tempo determinato ed indeterminato al 31/12/2007 (valori assoluti e composizione percentuale)					
Aziende Sanitarie	Operatori anno 2007			Composizione %	
	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Tempo determinato	Tempo indeterminato
101	47	2.339	2.386	1,97	98,03
102	25	1.273	1.298	1,93	98,07
103	41	1.996	2.037	2,01	97,99
104	47	1.913	1.960	2,40	97,60
105	83	1.985	2.068	4,01	95,99
106	96	3.713	3.809	2,52	97,48
107	59	2.265	2.324	2,54	97,46
108	154	2.444	2.598	5,93	94,07
109	74	4.219	4.293	1,72	98,28
110	225	2.236	2.461	9,14	90,86
112	20	4.184	4.204	0,48	99,52
113	34	2.633	2.667	1,27	98,73
114	19	1.314	1.333	1,43	98,57
115	103	2.700	2.803	3,67	96,33
116	31	2.350	2.381	1,30	98,70
117	51	1.826	1.877	2,72	97,28
118	14	2.322	2.336	0,60	99,40
119	46	648	694	6,63	93,37
120	12	2.308	2.320	0,52	99,48
121	31	1.688	1.719	1,80	98,20
122	109	1.828	1.937	5,63	94,37
901	186	4.488	4.674	3,98	96,02
902	79	4.783	4.862	1,62	98,38
952	10	317	327	3,06	96,94
<b>Totale</b>	<b>1.596</b>	<b>57.772</b>	<b>59.368</b>	<b>2,69</b>	<b>97,31</b>

L'osservazione empirica mette inoltre in luce il fatto che esiste una accentuata differenza dell'indicatore tra azienda e azienda. Non vi è dubbio però che le aziende che presentano i valori più alti dell'indicatore in questione appartengono a quelle che insistono in aree territoriali particolarmente problematiche (è il caso di Belluno e Feltre) oppure a quelle che risultano oggettivamente relazionate con le due aziende Ospedaliere ad alta specializzazione (il riferimento è a Padova e Verona). La consistenza e la dinamica del personale a tempo indeterminato e determinato nel contesto delle Aziende Sanitarie del Veneto, nell'arco temporale che va dal 2004 al 2007, evidenziano un lieve aumento del ricorso al personale a tempo determinato (si passa infatti dal 2,06% del totale del personale nel 2004 al 2,69% del 2007). Tutto ciò attesta la rispondenza delle azioni della Regione del Veneto in materia di

personale ad una sostanziale stabilità del livello occupazionale, pur in presenza di limiti e restrizioni dettati dalle norme nazionali.

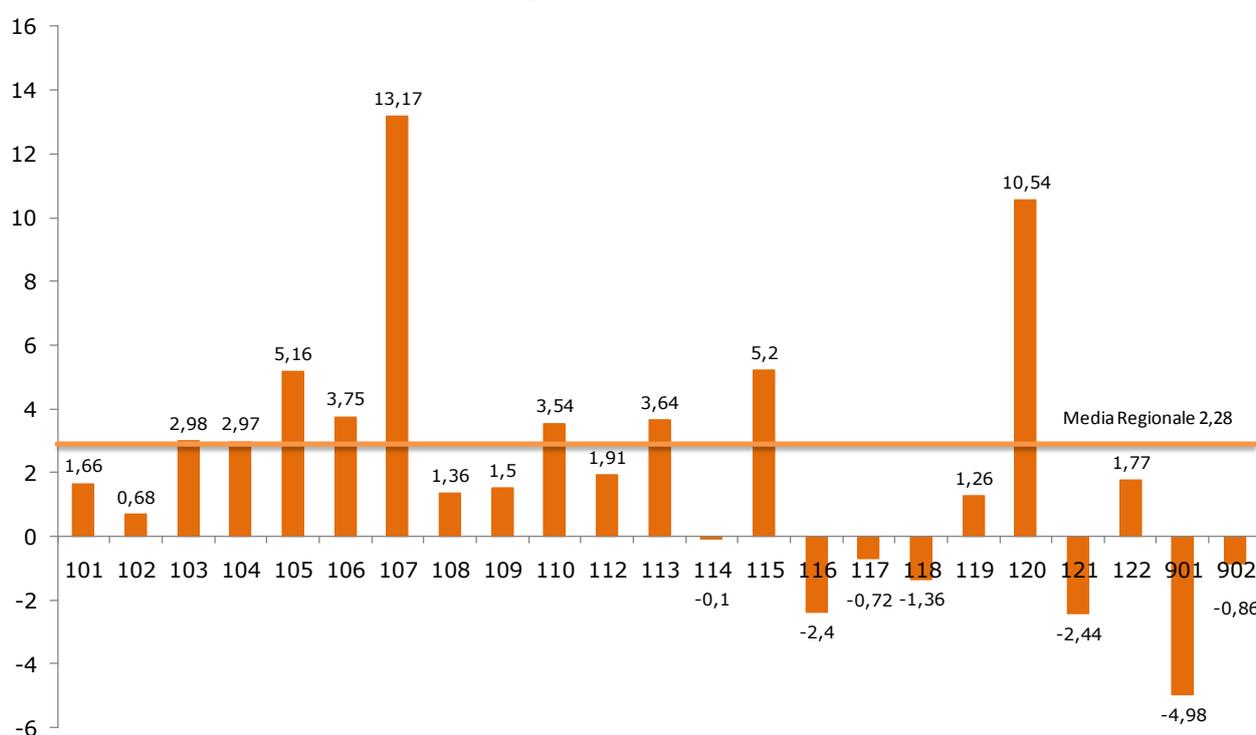
Personale dipendente per Azienda Sanitaria: saldo del turn-over per ruolo (sanitario, tecnico, amministrativo e professionale) dal 2004 al 2007					
AZIENDE	SANITARIO	TECNICO	AMMINISTRATIVO	PROFESSIONALE	TOTALE
	variazione % 2004-2007				
101	1,66	-3,44	-4,69	0,00	-0,21
102	0,68	-2,12	0,75	0,00	0,08
103	2,98	-0,45	3,83	-60,00	2,16
104	2,97	-2,80	4,21	0,00	1,92
105	5,16	2,11	8,57	0,00	4,71
106	3,75	-2,52	-3,34	-16,67	1,76
107	13,17	14,25	6,11	100,00	12,65
108	1,36	-6,78	-1,79	0,00	-0,88
109	1,50	-18,67	37,70	18,18	0,05
110	3,54	2,48	5,16	-25,00	3,45
112	1,91	-7,24	1,83	-25,00	-0,07
113	3,64	-3,70	0,38	-33,33	1,76
114	-0,10	20,83	4,13	0,00	3,01
115	5,20	-6,80	-7,12	0,00	1,26
116	-2,40	-11,04	4,71	-16,67	-3,64
117	-0,72	-4,89	2,96	100,00	-0,90
118	-1,36	-6,50	-2,30	12,50	-2,18
119	1,26	-9,24	7,37	-25,00	0,14
120	10,54	-10,34	-5,07	20,00	3,62
121	-2,44	-3,04	-2,64	33,33	-2,50
122	1,77	-9,64	1,69	0,00	-1,02
901	-4,98	-1,09	1,64	12,50	-3,69
902	-0,86	-5,74	9,18	33,33	-0,45
952*					
Regione	2,28	-4,37	4,32	0,86	1,12

(\*) dato non disponibile per lo IOV perché non esistente al 2004

L'analisi del turn-over del personale dipendente consente un ulteriore approfondimento delle logiche che nel triennio hanno informato il governo delle risorse umane con riferimento a ciascuna azienda. In effetti già la sola lettura dei dati di sintesi riportati in tabella (saldo del turn-over per ruolo sanitario, tecnico, amministrativo e professionale e del totale ruoli) mette in luce una grande diversificazione dei processi di adeguamento e sviluppo avvenuti nel

triennio. Si percepiscono quindi situazioni aziendali che hanno posto in essere strategie di governo delle risorse umane estremamente diversificate. Pur riconoscendo i risultati positivi evidenziati in precedenza (mantenimento dei livelli occupazionali per profilo professionale, ridotto ricorso al tempo determinato), vi è la necessità di porre in essere logiche organizzative maggiormente uniformi nel territorio regionale. Infatti se si considera il range nell'ambito del quale è riferibile il valore assunto da ciascuna azienda, la situazione che è venuta configurandosi negli anni 2004-2007 può essere descritta nel seguente modo:

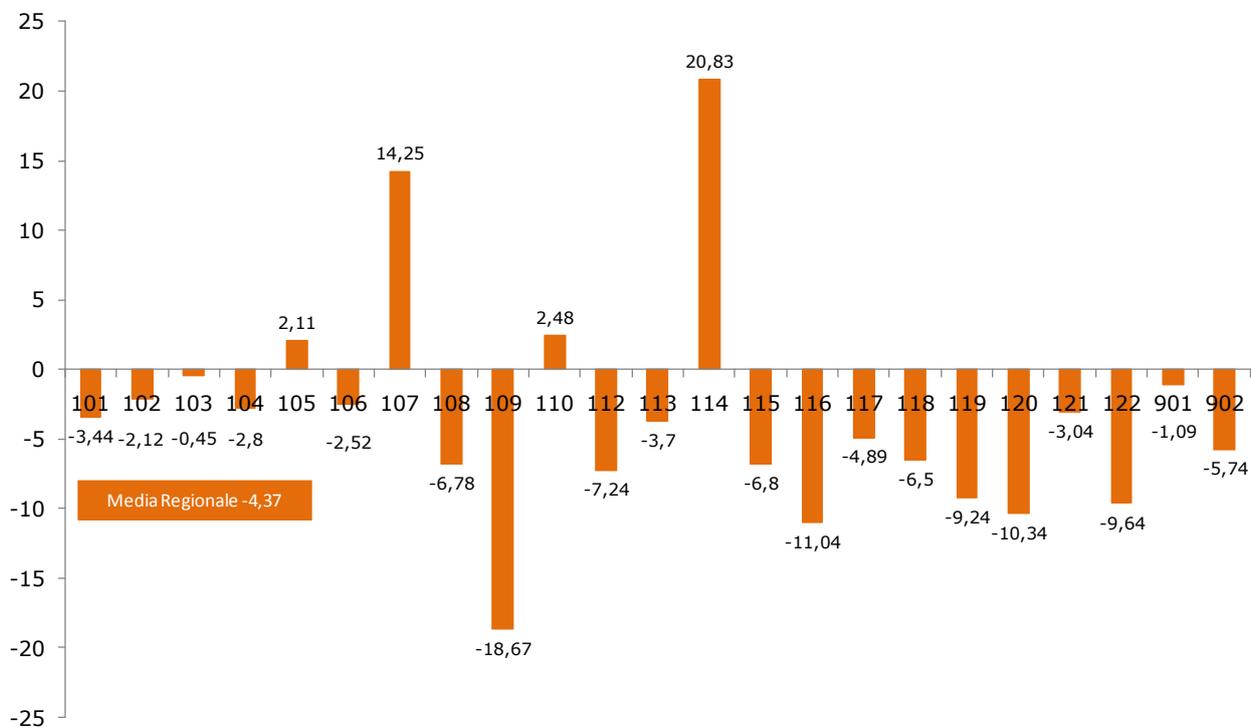
Saldo Turn-over aziendale 2004-2007:  
variazione percentuale Ruolo Sanitario



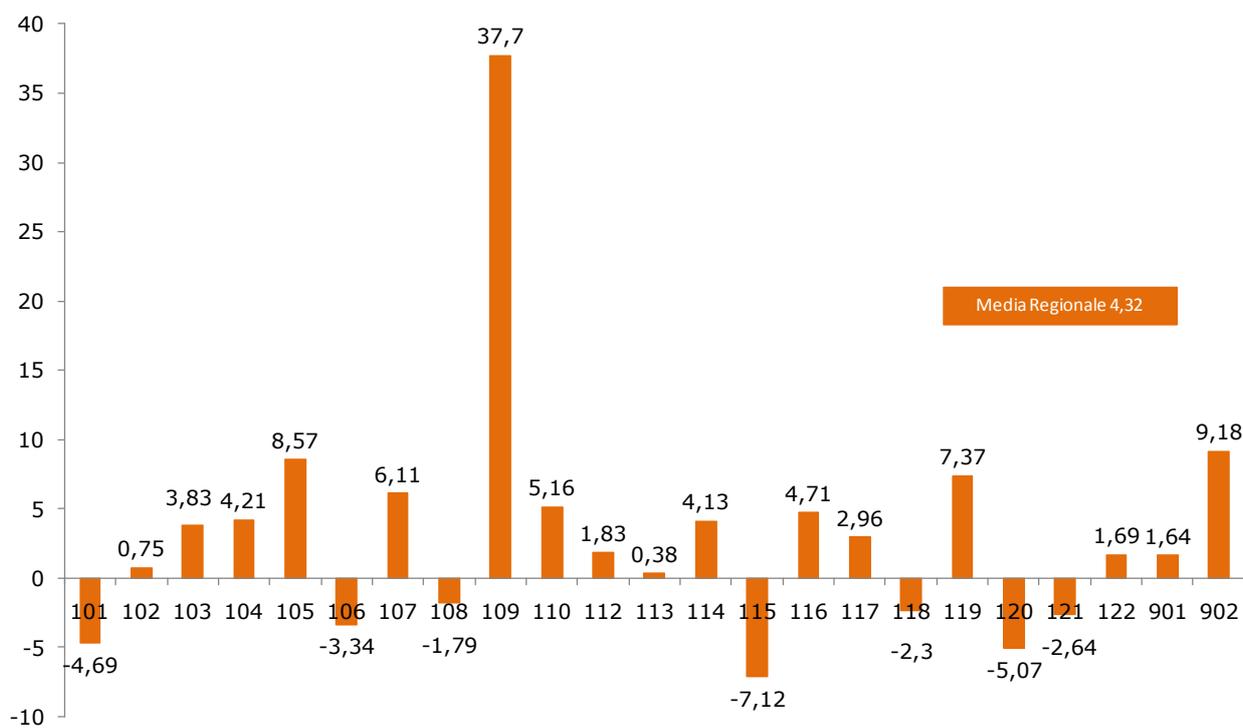
Per il Ruolo Sanitario a fronte di un valore regionale pari a 2,28% si registra un valore massimo di 13,17% (Azienda ULSS 7) ed uno minimo pari a -4,98% (Azienda Ospedaliera di Padova). Mentre risulta evidente che l'interpretazione di questi due dati specifici non può prescindere da quanto si è ricordato in precedenza, giova sottolineare che su 23 valori aziendali 9 si collocano sopra la media regionale ed i restanti 14 casi al di sotto di questa.

Per il Ruolo Tecnico, che presenta una media regionale pari a -4,37%, il campo di variazione va da un massimo di 20,83% (Azienda ULSS 14) ad un minimo di -18,67% (Azienda ULSS 9). In questo ambito va segnalato che 12 aziende assumono valori o positivi o negativi di minor peso della media regionale, mentre le rimanenti 11 aziende registrano valori negativi più consistenti della media.

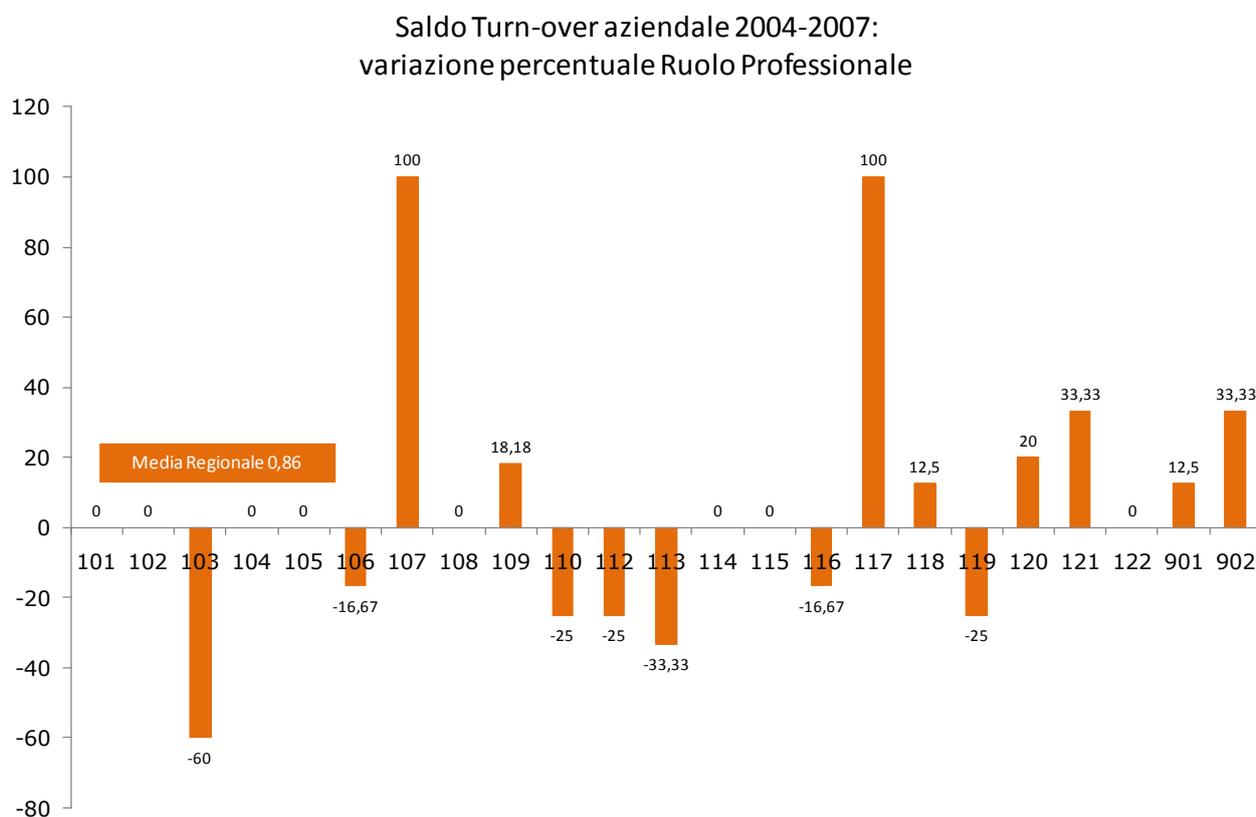
Saldo Turn-over aziendale 2004-2007:  
variazione percentuale Ruolo Tecnico



Saldo Turn-over aziendale 2004-2007:  
variazione percentuale Ruolo Amministrativo



Per il Ruolo Amministrativo, che presenta una media regionale pari a 4,32%, il range va da un valore massimo pari a 37,70% ad un valore minimo del -7,12%. In 7 aziende il valore assume un livello superiore alla media regionale.



Per il ruolo professionale, il cui valore regionale è pari a 0,86%, si registra un valore massimo del 100% (Ulss 7 e 17) ed un minimo del -33,33% (Ulss 13). In 8 aziende si registrano valori superiori alla media regionale. L'elemento che emerge con maggiore evidenza, come si è detto, è quello della grande variabilità dei comportamenti aziendali per quanto concerne i Ruoli Sanitario, Tecnico, Amministrativo e Professionale. In questo ambito se si accoglie il valore della media regionale come criterio capace di discriminare situazioni di conduzione aziendale allora l'insieme dei valori riportati mette in rilievo i seguenti tipi di "strategia aziendale" (in questo caso si trascurano i valori del ruolo professionale per la loro ridotta incidenza nell'analisi che qui si propone):

- Ai due estremi si trovano: a) 3 aziende che hanno spinto su tutti e tre i ruoli collocandosi però al di sopra della media regionale; b) 2 aziende che hanno perseguito il calo dei tre ruoli ottenendo una posizione al di sotto della media regionale.

- Una seconda casistica riguarda 9 aziende che hanno perseguito come strategia la crescita di due ruoli e il calo di uno. I risultati sono però diversi perché 5 si trovano con valori inferiori alla media regionale e 4 con valori superiori.
- La terza e ultima casistica riguarda 9 aziende che si sono comportate facendo crescere un ruolo e riducendo gli altri 2. Il risultato è il seguente: 6 si ritrovano con valori al di sotto della media regionale e 3 con valori al di sopra.

In definitiva, sulla base del criterio adottato, si può affermare che 13 aziende hanno posto in essere comportamenti che le pongono al di sopra della media regionale mentre le rimanenti 10 aziende si collocano al di sotto della media regionale. Una variabilità troppo accentuata che abbisogna di criteri uniformi da concordare e condividere con le diverse Direzioni aziendali.

OPERATORI PER MACROAREA AZIENDALE: COMPOSIZIONE PERCENTUALE AL 31/12/2004 E AL 31/12/2007										
AZIENDE	OSPEDALE		DISTRETTO		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		SERVIZI DI SUPPORTO		TOTALE	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
101	77,71	78,42	13,68	13,41	3,39	3,31	5,23	4,86	100,00	100,00
102	75,79	70,03	10,49	13,10	3,55	3,85	10,18	13,02	100,00	100,00
103	77,23	75,01	9,93	12,57	4,06	3,58	8,78	8,84	100,00	100,00
104	100,00	70,41	0,00	17,45	0,00	3,32	0,00	8,83	100,00	100,00
105	78,63	74,61	12,56	17,02	3,04	3,14	5,77	5,22	100,00	100,00
106	73,07	76,37	15,68	12,37	3,55	3,28	7,69	7,98	100,00	100,00
107	73,97	76,76	13,09	12,18	4,60	4,56	8,34	6,50	100,00	100,00
108	100,00	73,60	0,00	13,28	0,00	4,73	0,00	8,39	100,00	100,00
109	74,13	75,94	14,29	14,23	3,54	4,17	8,04	5,66	100,00	100,00
110	71,92	68,96	17,74	19,38	4,46	4,51	5,88	7,15	100,00	100,00
112	78,44	99,93	15,02	0,00	1,62	0,00	4,92	0,07	100,00	100,00
113	73,67	75,07	11,64	12,52	3,32	3,04	11,37	9,37	100,00	100,00
114	90,26	83,20	1,47	7,43	3,71	3,68	4,56	5,70	100,00	100,00
115	81,79	69,89	2,60	11,17	1,34	4,07	14,27	14,88	100,00	100,00
116	43,38	38,51	39,90	17,35	4,78	5,08	11,94	39,06	100,00	100,00
117	68,48	70,75	13,20	11,93	6,18	6,66	12,14	10,66	100,00	100,00
118	76,34	77,23	14,41	12,80	3,31	3,30	5,95	6,68	100,00	100,00
119	65,66	64,55	14,57	15,27	6,78	7,20	12,99	12,97	100,00	100,00
120	42,25	41,42	37,83	38,28	6,65	7,16	13,26	13,15	100,00	100,00
121	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
122	67,96	66,44	19,42	5,32	5,37	5,47	7,26	22,77	100,00	100,00
901	93,26	84,75	0,00		0,00		6,74	15,25	100,00	100,00
902	83,23	87,97	0,00		0,00		16,77	12,03	100,00	100,00
952*		100,00						0,00	0,00	100,00
Regione	77,62	75,96	11,48	10,79	2,74	3,14	8,16	10,11	100,00	100,00

### 5.3 Investimenti Socio Sanitari

---

La Regione Veneto si qualifica come Ente di governo del Servizio Sanitario Regionale con attività di programmazione, di indirizzo e di controllo. Alle singole Aziende ULSS ed Ospedaliere spettano i compiti di gestione nei limiti stabiliti dagli orientamenti della programmazione sanitaria regionale. Nell'ambito sanitario regionale, caratterizzato da vincoli di carattere finanziario, la politica degli investimenti riveste un ruolo importante.

Per maggiore chiarezza si riprende parte della descrizione della precedente Relazione Socio Sanitaria. Inoltre, a differenza degli altri capitoli della presente edizione, saranno citati nel testo i provvedimenti che danno luogo agli investimenti, in quanto altrimenti i dati e le informazioni inserite risulterebbero di difficile comprensione. Per le altre Sezioni e paragrafi le norme e le deliberazioni sono citate nelle pagine conclusive del volume.

Gli investimenti possono riguardare:

- l'acquisto, la costruzione, la ristrutturazione e la manutenzione straordinaria di beni immobili, costituiti da fabbricati sia residenziali che non residenziali;
- la costruzione, la demolizione, la ristrutturazione, il recupero e la manutenzione straordinaria di opere e impianti;
- l'acquisto di impianti, macchinari, attrezzature tecnico scientifiche, mezzi di trasporto e altri beni mobili ad utilizzo pluriennale;
- l'acquisizione di aree, espropri e servitù onerose.

Le scelte d'investimento delle Aziende ULSS e Ospedaliere, degli Enti di gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e disabili, devono effettuarsi sulla base della programmazione regionale, a sua volta delineata secondo le indicazioni e gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Ciò implica, necessariamente, la coerenza tra i diversi livelli di governo.

L'Ente/Azienda deve, dunque, effettuare le proprie scelte di investimento *secondo gradi di priorità di intervento*. Ciò implica:

- una corretta valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi già disponibili, nonché della domanda non pienamente soddisfatta;
- una corretta individuazione e definizione degli interventi da effettuare a livello di gestione corrente al fine di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi resi, senza ricorrere ad investimenti;
- l'individuazione degli investimenti da effettuare;
- una corretta previsione degli effetti che gli investimenti produrranno sulla gestione corrente;
- l'individuazione delle fonti di finanziamento.

Il *fondo sanitario regionale* in conto capitale e i *fondi statali* costituiscono le fonti di finanziamento di maggior rilievo nell'ambito degli interventi programmati. I dati relativi alle

risorse in conto capitale stanziare e utilizzate dalla Regione Veneto per le politiche degli investimenti socio sanitari nelle annualità 2006 e 2007, prendono l'avvio dalla programmazione e previsione di spesa effettuata in sede di approvazione della legge regionale del 30 gennaio 2004, n. 1 "*Legge Finanziaria Regionale per l'esercizio 2004*" e dalla legge regionale 30 gennaio 2004 n. 2 "*Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e pluriennale 2004-2006*". La legge regionale n. 2/2004, oltre a stanziare 40 milioni di euro per ciascuna delle annualità, ha previsto l'impegno regionale con una quota fissa del Fondo Sanitario in conto capitale di 40 milioni di euro l'anno per 10 anni per interventi nel settore sanitario e di 20 milioni di euro l'anno per 10 anni per interventi nel settore socio sanitario. Si tratta di un impegno finanziario consistente che la Regione del Veneto ha voluto assumere per proseguire nell'azione di adeguamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Tale scelta è risultata inoltre decisiva per ovviare in parte alle onerose procedure in essere per l'ottenimento di risorse, principalmente legate ai fondi statali di cui all'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67 caratterizzate da un iter amministrativo molto lungo che si esplica su base pluriennale. La legge finanziaria regionale 1/2004, inoltre, ha previsto:

- la realizzazione di *poli ospedalieri unici* (art. 39 "disposizioni in materia di poli ospedalieri unici"), ai fini dell'attuazione della programmazione della rete ospedaliera e pervenire a soluzione idonee a garantire qualità, efficienza ed economicità nell'erogazione dei servizi sanitari;
- la possibilità di utilizzare la quota del Fondo Sanitario Regionale per gli investimenti anche per far fronte a rate di leasing (art. 37, comma primo).

L'anno 2004 si pone, dunque, da spartiacque rispetto ai criteri precedentemente utilizzati per l'assegnazione delle risorse, poiché la Regione Veneto ha voluto mettere a fuoco una politica degli investimenti fortemente integrata, con un coordinamento delle risorse disponibili e con la volontà di implementare nuovi interventi nel settore ospedaliero, distrettuale, della prevenzione e nel settore socio sanitario. Da un lato vi è la necessità di procedere agli adeguamenti ai requisiti minimi per l'accreditamento in applicazione alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, dall'altro l'esigenza di proseguire nell'attuazione della pianificazione regionale secondo gli indirizzi stabiliti con i provvedimenti riguardanti le schede di dotazione ospedaliera che comportano scelte importanti, quali la realizzazione di Nuovi Ospedali. Ciò ha richiesto una nuova politica di programmazione e conseguentemente nuove procedure nell'assegnazione e nel monitoraggio delle risorse. Le risorse statali, stanziare a partire dal 1988 con l'avvio del programma pluriennale di investimenti nel settore sanitario ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67 e di altri programmi di investimento in conto capitale, hanno dunque trovato un forte sostegno da parte dell'amministrazione regionale per far fronte alle esigenze di innovazione e ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio sanitario immobiliare. Una momentanea battuta d'arresto nella prosecuzione dell'iter amministrativo dei

programmi d'investimento ex art. 20, è stata causata da alcune disposizioni introdotte dalla Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge Finanziaria 2006) in quanto una parte di risorse statali già autorizzate alla Regione Veneto dal Ministero della Salute e oggetto di Accordi di Programma già sottoscritti in anni precedenti, sono state revocate (per mancanza di progettazione da parte delle Aziende sanitarie e per mancanza di risorse statali). Tali risorse sono state poi riconfermate dalla Regione Veneto e confluite nel Nuovo Accordo di Programma del 2 ottobre 2007 assieme alle risorse residue costituenti la cosiddetta "quarta fase" dell'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67.

#### *I provvedimenti di attuazione della programmazione regionale*

I provvedimenti regionali che hanno programmato gli interventi e le relative risorse sono stati i seguenti:

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1711 del 18 giugno 2004 "*Fondo Sanitario Regionale in conto capitale. Metodologia per gli investimenti 2004/06 e attribuzione alle aziende Ospedaliere e ULSS delle quote di finanziamento per gli interventi di adeguamento, strutturale e tecnologico di cui alla l.r. 22/02*".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 21 gennaio 2005 "*Art. 20 legge 67/88 - Legge regionale n. 01/2004. Metodologia per gli investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013. D.G.R.V. 77/CR del 18/06/2004*".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 3741 del 26 novembre 2004 "*Art. 36 L.R. 30/01/2004 n. 1. Criteri di applicazione. DGRV 81/CR del 18/06/2004*".
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 391 del 11 febbraio 2005 "*DGR n. 66 del 21/01/2005 - settore socio sanitario. Programma investimenti quota 2002. Riconversione ospedaliera, disabili e anziani non autosufficienti. (ls n. 67/88 art. 20)*"

Per quanto riguarda il settore sanitario, la DGRV n. 66/05 approva la Quarta fase dell'art. 20 della legge statale 67/88 che prevede l'utilizzo della quota residua del finanziamento statale assegnato con delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002 relativamente alle opere strategiche di edilizia ospedaliera. Tale provvedimento si prefigge di coordinare le esigenze del settore che necessita sia di interventi di adeguamento strutturale e tecnologico che di opere importanti da un punto di vista organizzativo aziendale che di impatto economico, determinando le fasi temporali di esecuzione e di impegno in bilancio. La DGRV n. 66/05 è strettamente correlata, infatti, al succitato provvedimento della Giunta regionale del 18.06.2004, n. 1711 di programmazione delle quote del Fondo Sanitario regionale in conto capitale che affronta il problema dell'adeguamento alla legge regionale n. 22/2002.

Le risorse finanziarie individuate dal presente provvedimento e assegnate con delibera CIPE sono pari ad euro 144.246.412,00 di cui euro 100.972.489,00 per il settore ospedaliero ed euro 43.273.923,00 per il settore extraospedaliero e socio sanitario. La DGRV n. 66/05 individua le necessità di ciascuna Azienda coordinandole con le altre politiche di investimento e le sintetizza individuando le opere di interesse regionale con la valutazione parametrica dei costi, con un'ipotesi di rinvio a capitale privato.

Gli interventi si possono classificare in tre classi:

- Interventi di interesse regionale di importante impatto economico atti ad adeguare funzioni fondamentali della struttura; questi interventi sono caratterizzati da tre aspetti:
  - Sono previsti in strutture ospedaliere che trovano conferma e attuano la programmazione regionale;
  - Intervengono per risolvere aspetti fondamentali per il mantenimento edilizio e organizzativo delle funzioni ospedaliere;
  - Possono essere realizzati tecnicamente in un periodo di tempo di circa 5 anni.
- Interventi di interesse regionale di notevole importo economico che danno origine ad una nuova struttura (Polo Unico) in conformità alla programmazione regionale;
- Interventi che attuano la programmazione sanitaria proponendo soluzioni edilizie diverse da quelle definite dallo stesso programmatore.

Per le prime due ipotesi, l'articolo 5 della legge regionale 7 novembre 2003, n. 27, che prevede la messa a punto di studi di fattibilità del modello edilizio tecnologico ed economico finanziario compreso il sistema di autofinanziamento, dà la possibilità di elaborazione progettuale di studi di fattibilità e di progetti preliminari anche in assenza di specifica copertura finanziaria. Per la terza ipotesi vi è l'obbligo del parere del competente organo regionale che approvi la variazione alla previsione del documento di programmazione. Per tutte le ipotesi di progetto o fattibilità approvate ma con ricorso a una qualsiasi forma di indebitamento pluriennale (art. 26 legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 e art. 5 legge regionale 14 settembre 1994, n. 55), è necessario ottenere l'autorizzazione della Giunta regionale all'indebitamento pluriennale, indipendentemente dai pareri già espressi in sede di fattibilità. Le ipotesi di intervento vengono poi confrontate con il tempo procedurale e con la temporalità finanziaria, cioè le risorse da impegnare nel tempo per la realizzazione del programma degli investimenti.

Lo stato di attuazione verrà poi verificato ogni tre anni così come la modulazione del sistema di finanziamento. Ciò dovrebbe ovviare alla rigidità dell'iter procedurale ex art. 20 della legge 67/88, fonte di rallentamenti e indecisioni, e "liberare" gli interventi programmati procedendo con la prenotazione dell'impegno contabile. Il decennio 2004-2013 prevede un fabbisogno di 334,4 milioni di euro a fronte del quale vi sono le risorse ex DGRV n. 1711/2004 per 280 milioni di Euro e quelle ex art. 20 Legge 67/88 Quarta fase per 100,98 milioni di Euro. Le

risorse mancanti pari a 46,58 milioni di Euro costituiscono una quota di "riserva" che dovrà essere individuata durante l'attuazione e verifica del programma da parte della Giunta Regionale. La DGRV n. 66/04 stabilisce che la quota di euro 43.273.923,00 dell'art. 20 della legge 67/88 dovrà essere utilizzata in via prioritaria per la riconversione ospedaliera e per gli investimenti strutturali del settore della disabilità e della psichiatria. Tramite essa si approvano, dunque, le seguenti opere strategiche da realizzarsi nel decennio 2004-2013:

Aziende Sanitarie	Lavori	Finanziamento ex articolo 20 Legge 67/1988
101. Belluno	Accorpamento Dipartimento Materno Infantile (Ospedale di Belluno)	4,2
102. Feltre	Accorpamento Gruppo Operatorio (Ospedale di Feltre)	6,0
103. Bassano del Grappa	Adeguamento Ospedale (Ospedale di Asiago)	4,2
104. Thiene	Nuovo Polo Unico Ospedaliero Thiene-Schio	72,0
105. Arzignano	Adeguamento Ospedale (Ospedale di Arzignano)	18,0
107. Pieve di Soligo	Acquisto Ospedale De Gironcoli	23,0
108. Asolo	Completamento Ospedali Castelfranco e Montebelluna	10,0
114. Chioggia	Piastra Servizi (Ospedale di Chioggia)	6,0
115. Cittadella	Completamento Ospedale (Ospedale di Camposampiero)	4,0
117. Este	Nuovo Polo Unico Este-Monselice	72,0
118. Rovigo	Piastra Servizi (Ospedale di Rovigo)	7,0
122. Bussolengo	Interventi Ospedale Villafranca Veronese	72,0
901. A.O. Padova	Clinica Pediatrica	30,0
902. A.O. Verona	Completamento	6,0
Totale finanziamenti programmati (in milioni di Euro)		334,4

### *Effetti della Legge Finanziaria 2006*

Come si è detto la Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge Finanziaria 2006) ha previsto la risoluzione degli Accordi di Programma sottoscritti dalla Regione del Veneto con il Ministero della Salute e il Ministero della Economia per quella parte relativa ad interventi per i quali, decorsi 18 mesi dalla sottoscrizione degli Accordi, la relativa richiesta di ammissione a finanziamento non risultava presentata al Ministero della Salute. Gli Accordi di Programma in questione sono stati i seguenti:

- Accordo di Programma del 22 giugno 2000 – Settore Sanità;
- Accordo di Programma Integrativo del 18 aprile 2001 – Settore Sociale.

La Legge Finanziaria stessa ha dato la possibilità alle Regioni, su propria richiesta da effettuarsi entro il 30 giugno 2006 di limitare, con decreto del Ministro della Salute di concerto con il

Ministro dell'Economia e delle Finanze, tale risoluzione al solo 65% delle risorse revocabili, mantenendo il rimanente 35% dei fondi ex art. 20 della Legge 67/88. Con Decreto del 12 maggio 2006 il Ministero della Salute individuava per la Regione del Veneto la quota del 35% resasi disponibile a seguito della revoca operata dalle disposizioni succitate pari ad Euro 28.315.228,53. Con Deliberazione n. 1806 del 06 giugno 2006 la Regione del Veneto individuava l'elenco degli interventi che sarebbero stati finanziati all'interno della quota del 35% ed effettuava altresì una ricognizione complessiva circa le risorse ex art. 20 della legge 67/88 a disposizione della Regione del Veneto confermando l'intera programmazione regionale degli investimenti socio sanitari e individuando la quota del 65% per la stipula dei nuovi Accordi di Programma. Con Decreto del 17 ottobre 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 febbraio 2007, il Ministero della Salute disponeva la risoluzione degli Accordi di Programma sottoscritti in data 22 giugno 2000 e 18 aprile 2001 limitatamente al 65% delle risorse revocate per un importo a carico dello Stato pari ad Euro 52.585.424,42, individuando nell'Allegato A gli interventi non revocati finanziati per un importo complessivo di Euro 28.298.870,36 a carico dello Stato. Durante gli anni 2006 e 2007 sono, dunque, proseguite le procedure per il finanziamento di investimenti oggetto di accordi di programma ex art. 20 Legge 67/88 e di altri programmi di finanziamento statali che risultavano già avviati e che non sono stati intaccati dalla finanziaria 2006. L'elenco, relativo al 35%, è il seguente:

Aziende/Ente	Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
116	Padova	116	Complesso Socio Sanitario dei Colli - Area handicap e neuropsichiatria infantile	805.855,11
122	Villafranca	122	Ospedale di Villafranca: ripristino ospedale a seguito incendio	868.034,91
122	Bussolengo	122	Ospedale di Bussolengo: completamento interventi	1.585.135,36
Regione Veneto	Venezia Mestre	Regione Veneto 112	Realizzazione della Centrale Operativa regionale del 118 a Mestre presso la caserma dei VV.FF.	2.375.000,00
Regione Veneto	Venezia Mestre	Regione Veneto	Progetto esecutivo per l'inserimento, su scala regionale, dei radiocollegamenti della centrale operativa Suem 118 di Mestre	2.177.785,32
122	Villafranca	122	Ospedale di Villafranca - "Fase Transitoria": progetto di costruzione nuovo ingresso, corpo scale, pronto soccorso, sale operatorie mobili, laboratorio analisi	5.000.000,00

Aziende/Ente	Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
101	Pieve di Cadore	101	Azienda ULSS n. 1 - Pieve di Cadore Adeguamento del SUEM	650.000,00
106	Noventa Vicentina	106	Azienda ULSS n. 6 - Noventa Vicentina - Adeguamento sismico della struttura del pronto soccorso	332.500,00
122	Bussolengo	122	Azienda ULSS n. 22 - Ospedale di Bussolengo - Adeguamento accesso e viabilità interna di accesso al pronto soccorso;	380.000,00
107	Conegliano	107	Azienda ULSS n. 7 - Conegliano - Adeguamento ai requisiti minimi del sistema Pronto soccorso e strutture di supporto (terapie intensive, sale operatorie etc)	950.000,00
118	Rovigo	118	Azienda ULSS n. 18 - Rovigo - Adeguamento ai requisiti minimi del sistema Pronto soccorso e strutture di supporto (terapie intensive, sale operatorie etc)	950.000,00
107	Vittorio Veneto	107	Ospedale di Vittorio Veneto - Realizzazione della piazza di elisoccorso	195.196,31
9	Oderzo	109	Ospedale di Oderzo - Progetto definitivo per la realizzazione di una elisuperficie	195.196,31
10	San Donà	110	Ospedale di San Donà - Realizzazione elisuperficie	292.794,46
902	Verona	902	Azienda Ospedaliera di Verona - Realizzazione elisuperficie	292.794,46
116	Padova	116	Riorganizzazione sedi Distretto Socio Sanitarion. 2 Arcella con Poliambulatori	2.436.219,24
116	Padova	116	Riorganizzazione sedi Distretto Socio Sanitario n. 4 Selvazzano	903.799,57
116	Padova	116	Adeguamento, mediante sostituzione, delle sedi distrettuali (n. 4)	516.456,90
116	Padova	116	Riorganizzazione sedi Distretto Socio Sanitario di Rubano	2.090.000,00

Aziende/Ente	Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
103	Marostica	103	Realizzazione 100 posti letto in Residenza Sanitaria Assistita per anziani	2.582.284,50
109	Treviso	109	Presidio Ospedaliero di Oderzo - "Progetto di ristrutturazione del padiglione "Altinate" per inserimento del Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico e Centro Diurno e Day Hospital psichiatrici"	1.291.142,25
110	San Donà	110	Centro recupero e riabilitazione disabili (+ Fondo Sanitario regionale + art. 20 Legge 67/88 - Seconda fase)	804.800,00
110	Jesolo	110	Attivazione comunità alloggio per pazienti psichiatrici non acuti attraverso la ristrutturazione dell'Ex Casa Economo	314.001,52
119	Taglio di Po	119	Acquisto immobile per comunità residenziale con annesso Centro Diurno	309.874,14
Totale				28.298.870,36

#### *L'Accordo di Programma del 2 ottobre 2007*

L'Accordo di Programma del 2 ottobre 2007, che ha seguito i processi di finanziamento descritti, è finalizzato alla riqualificazione della rete ospedaliera e al riequilibrio territoriale con la sostituzione di posti letto esistenti, alla conferma della rete stessa mediante riorganizzazione di ospedali esistenti, all'adeguamento normativo ai requisiti minimi e alla riorganizzazione della rete di assistenza socio sanitaria.

In particolare la Regione si impegna a:

- completare la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la realizzazione di nuove strutture e la conseguente sostituzione dei posti letto esistenti;
- completare l'adeguamento dei sistemi di accessibilità e dell'urgenza con particolare riferimento alle strutture dei Pronto Soccorso, delle piazzole per le elisuperfici e del sistema del 118;
- rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica esistente;
- adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;

- adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997;
- prevedere la riqualificazione della rete sociosanitaria attraverso interventi di riconversione di posti letto ospedalieri in RSA;
- completare la rete territoriale delle strutture sociosanitarie con particolare riferimento sia alle strutture che hanno già avviato gli interventi di razionalizzazione che a quelle che presentano una specificità territoriale o di particolare carenza strutturale.

L'Accordo prevede il finanziamento di n. 82 interventi per un importo complessivo a carico dello Stato pari ad euro 245.290.900,55. La Regione deve approvare i progetti e presentare al Ministero della Salute la relativa richiesta di ammissione a finanziamento entro 18 mesi dalla stipula dell'Accordo, e pertanto entro il 2 aprile 2009.

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
IV FASE ART. 20	Livinallongo del Col di Lana	Azienda ULSS n. 1 Comune di Livinallongo	Adeguamento e ampliamento RSA Villa San Giuseppe	1.750.000,00	1.400.000,00
IV FASE ART. 20	Bassano del Grappa	Azienda ULSS n. 3 I.S.A.C.C.	Completamento sede Pensionato Strum	4.000.000,00	3.000.000,00
IV FASE ART. 20	Malo	Azienda ULSS n. 4 Istituto Muzan	Completamento riconversione ex ospedale di Malo	4.000.000,00	3.000.000,00
III FASE ART. 20 SOCIALE	Vicenza	Istituto Salvi	Adeguamento fabbricati	3.316.366,55	1.549.370,70
IV FASE ART. 20	Montegalda	Casa di Riposo Orazio Lampertico / Azienda ULSS n. 6	Ampliamento, ristrutturazione e adeguamento normativo della Casa di Riposo	4.000.000,00	2.573.923,00
IV FASE ART. 20	Noventa Vicentina	Azienda ULSS n. 6	RSA comprensorio Ospedale di Noventa Vicentina	10.000.000,00	7.000.000,00
IV FASE ART. 20	Conegliano	Istituto "Fenzi"	Completamento struttura sperimentale per disabili	1.500.000,00	1.000.000,00
IV FASE ART. 20	Valdobbiadene	Azienda ULSS n. 8 Istituto San Gregorio	Adeguamento ex ospedale di Valdobbiadene	14.500.000,00	9.000.000,00

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
IV FASE ART. 20	Crespano del Grappa	Azienda ULSS n. 8 Istituto AITA	Ammodernamento ex ospedale di Crespano del Grappa	7.500.000,00	6.000.000,00
III FASE ART. 20 SOCIALE/IV FASE ART. 20	Chiarano	Comune di Chiarano	Riconversione ex-asilo in struttura abitativa per disabili	1.800.000,00	1.438.988,36
IV FASE ART. 20	Treviso	Azienda ULSS n. 9 I.S.R.A.A. di Treviso	Completamento nuova RSA S. Bona	1.000.000,00	800.000,00
III FASE ART. 20 SOCIALE/IV FASE ART. 20	Meolo	Azienda ULSS n. 10 Comune di Meolo	Realizzazione NUOVA RSA in Comune di Meolo	8.000.000,00	3.853.100,64
III FASE ART. 20 SOCIALE	Noale	ULSS n° 13 e Comune di Noale	Ristrutturazione dei piani terra e 1° del padiglione Fassina del P.O. di Noale per RSA	2.737.221,57	2.446.972,79
III FASE ART. 20 SOCIALE	Cavarzere	IPAB A.Danielato	Ristrutturazione casa di riposo	3.218.042,94	1.032.913,80
III FASE ART. 20 SOCIALE	Galliera Veneta	Azienda ULSS n. 15	Comunità alloggio e pronta accoglienza c/o ex ospedale	1.000.000,00	686.887,68
III FASE ART. 20 SOCIALE	Piazzola sul Brenta	Comune di Piazzola sul Brenta e Casa di riposo di Cittadella	Ampliamento casa di riposo per altri 50 pl	2.629.798,53	2.453.170,27
IV FASE ART. 20	Borgoricco	Azienda ULSS n. 15 Parrocchia di Borgoricco	Completamento RSA Bressanin di Borgoricco	4.000.000,00	2.000.000,00
III FASE ART. 20 SOCIALE	Padova	Istituto Breda	Ristrutturazione casa di riposo	6.197.482,79	2.065.827,60
III FASE ART. 20 SOCIALE	Padova	Istituto Breda	Completamento RSA sclerosi multipla	3.873.426,74	2.065.827,60
IV FASE ART. 20	Selvazzano Dentro	Azienda ULSS n. 16 IRA di Padova	Nuova RSA a Selvazzano Dentro	16.529.000,00	1.500.000,00

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
III FASE ART. 20 SOCIALE	Este	Casa di riposo	Completamento RSA	6.863.712,19	4.415.706,49
III FASE ART. 20 SOCIALE	Lozzo Atestino	Comune di Lozzo Atestino	Realizzazione 2° stralcio RSA	5.515.759,68	3.356.969,84
IV FASE ART. 20	Rovigo	Azienda ULSS n. 18 IRAS di Rovigo	Completamento strutturale e messa in sicurezza della "Casa Soggiorno" presso il Centro Residenziale San Bortolo	580.000,00	500.000,00
III FASE ART. 20 SOCIALE	Adria	Azienda ULSS n. 19	Progetto Clessidra. Comunità alloggio. acquisto immobile	387.342,67	346.026,12
IV FASE ART. 20	Monteforte d'Alpone	Azienda ULSS n. 20 Comune di Monteforte d'Alpone	Completamento RSA di Monteforte d'Alpone	1.900.000,00	1.000.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Feltre	Azienda Ulss n. 2	Collegamento del pronto soccorso sistema sale operatorie RX, terapia intensiva;	1.000.000,00	950.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Feltre	Azienda ULSS n. 2	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	51.645,69	48.799,08
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Lamon	Azienda ULSS n. 2	Lavori di adeguamento igienico sanitario, antincendio, di abbattimento Ospedale di Lamon	363.305,92	269.848,73
III FASE ART. 20 SANITA'	Bassano Del Grappa	Azienda ULSS n. 3	Ampliamento Pronto Soccorso	1.200.000,00	800.000,00
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Thiene	Azienda ULSS n. 4	Realizzazione nuova cabina elettrica ed adeguamento impianti elettrici del blocco facciata	2.000.000,00	1.471.902,16
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Arzignano	Azienda ULSS n. 5	Completamento dei lavori di adeguamento del reparto materno infantile, gruppo operatorio e laboratorio analisi	3.265.617,13	1.359.182,09
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Arzignano	Azienda ULSS n. 5	Adeguamento e miglioramento dell'accessibilità dell'Ospedale	1.056.237,12	757.502,85

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Arzignano	Azienda ULSS n. 5	Interventi di sopraelevazione dell'ala nord per il ricavo di spazi al grezzo per degenze	965.529,84	889.920,54
III FASE ART. 20 SANITA'	Noventa Vicentina	Azienda ULSS n. 6	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	206.582,76	195.196,31
III FASE ART. 20 SANITA'	Vicenza	Azienda ULSS n. 6	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	309.874,14	292.794,46
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Vicenza	Azienda ULSS n. 6	Sistemazione ed adeguamento normativo edificio "B" area laboratori	3.615.198,29	3.434.438,38
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Vittorio Veneto	Azienda ULSS n. 7	Intervento di adeguamento energetico e antincendio dell'ospedale	3.641.021,14	3.408.615,53
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	CSM Vittorio Veneto	Azienda ULSS n. 7	Adeguamento, mediante sostituzione con nuova struttura, del centro di Salute Mentale	1.807.599,15	1.717.219,19
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Castelfranco	Azienda ULSS n. 8	Ospedale - Completamento piano nono del monoblocco da destinare ad area materno infantile	3.739.147,95	2.974.791,74
IV FASE ART. 20	Castelfranco	Azienda ULSS n. 8	Completamento Ospedali di Castelfranco e Montebelluna	10.000.000,00	5.972.489,00
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Treviso	Azienda ULSS n. 9	Ospedale - Ristrutturazione degenze mediche e chirurgiche	2.298.233,20	2.183.321,54
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Oderzo	Azienda ULSS n. 9	Ospedale - Completamento livello A e riqualificazione generale dell'Obitorio	1.345.506,13	1.278.230,83
III FASE ART. 20 SANITA'	Portogruaro	Azienda ULSS n. 10	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	103.291,38	97.598,15
III FASE ART. 20 SANITA'	Jesolo	Azienda ULSS n. 10	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	309.874,14	292.794,46

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Jesolo, San Donà e Portogruaro	Azienda ULSS n. 10	Adeguamento alla normativa antincendio degli ospedali di Jesolo, S. Donà di Piave e Portogruaro e sedi amministrative e distrettuali	2.040.004,75	1.941.877,94
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Jesolo e Portogruaro	Azienda ULSS n. 10	Ristrutturazione strutture portanti in calcestruzzo - Ospedale di Portogruaro (2 <sup>a</sup> fase)	568.102,59	539.697,46
III FASE ART. 20 SANITA'	Venezia	Azienda ULSS n. 12	Realizzazione di una elisuperficie presso l'aeroporto Nicelli a servizio del Distretto del Lido di Venezia	309.874,14	292.794,46
III FASE ART. 20 SANITA'	Venezia	Azienda ULSS n. 12	Costruzione nuova elisuperficie	929.622,42	878.383,39
III FASE ART. 20 SANITA'	Dolo	Azienda Ulss n. 13	Ampliamento Pronto Soccorso	600.000,00	570.000,00
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Mirano e Dolo	Azienda ULSS n. 13	Ampliamento e ristrutturazione dell'edificio sede dell'U.O. di Pediatria di Mirano e dell'edificio dell'U.O. di Psichiatria di Dolo	2.358.142,20	2.240.235,09
III FASE ART. 20 SANITA'	Piove di Sacco	Azienda Ulss n. 14	Ampliamento Pronto Soccorso	1.600.000,00	1.520.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Camposampiero	Azienda ULSS n. 15	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	309.874,14	292.794,46
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Camposampiero	Azienda ULSS n. 15	Ospedale - Adeguamento al DPR 14.01.97 per l'U.O. autonoma di lungodegenza	1.539.811,96	903.799,57
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda ULSS n. 16	Completamento restauro dell'edificio ex cucine per l'attivazione del Corso di Laurea in odontoiatria e protesi dentaria	3.400.000,00	3.220.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda ULSS n. 16	Ospedale S. Antonio - Nuova Radiologia e Psichiatria	11.000.000,00	10.450.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda ULSS n. 16	Ospedale S. Antonio Ristrutturazione 9° e 10° piano	2.152.407,75	2.032.407,75

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda ULSS n. 16	Ospedale S. Antonio Adeguamento del pronto soccorso agli standard per far fronte a eventi NBC	600.000,00	570.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Abano	Azienda ULSS n. 16	Riorganizzazione sede Distretto Socio Sanitario n. 5 Abano	1.291.142,25	903.799,57
III FASE ART. 20 SANITA'	Montagnana	Azienda ULSS n. 17	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	206.582,76	195.196,31
III FASE ART. 20 SANITA'	Monselice	Azienda ULSS n. 17	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	103.291,38	97.598,15
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Este	Azienda ULSS n. 17	Ospedale - Ristrutturazione centrale termica - cabina elettrica e potenziamento gruppo elettrogeno	1.000.000,00	908.964,14
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Monselice	Azienda ULSS n. 17	Riqualificazione reparto dialisi con nuova allocazione all'interno dell'Ospedale e riqualificazione del reparto di pronto soccorso	1.549.370,70	1.471.902,16
III FASE ART. 20 SANITA'	Trecenta	Azienda ULSS n. 18	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	309.874,14	292.794,46
III FASE ART. 20 SANITA'	Rovigo	Azienda ULSS n. 18	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	154.937,07	146.397,23
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Rovigo	Azienda ULSS n. 18	Ristrutturazione corpo D1 per nuovo Pronto Soccorso e Diagnostica Radiologica	1.700.000,00	1.551.952,97
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Rovigo	Azienda ULSS n. 18	Ristrutturazione cabine e reti elettriche ospedale di Rovigo - 3° stralcio	1.084.559,49	1.030.331,52
III FASE ART. 20 SANITA'	Adria	Azienda ULSS n. 19	Realizzazione della elisuperficie presso l'ospedale di Adria	309.874,14	292.794,46
III FASE ART. 20 SANITA'	San Bonifacio	Azienda Ulss n. 20	San Bonifacio - Viabilità interna di accesso al Pronto Soccorso	1.000.000,00	950.000,00

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
III FASE ART. 20 SANITA'	Legnago	Azienda Ulss n. 21	Ampliamento Pronto Soccorso	1.500.000,00	1.425.000,00
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Legnago	Azienda ULSS n. 21	Lavori di restauro facciate del blocco nord, Ospedale di Legnago	632.840,46	602.705,20
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Legnago	Azienda ULSS n. 21	Ospedale - adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie	1.520.499,11	533.499,98
III FASE ART. 20 SANITA'		Regione Veneto	Acquisto attrezzature per sale operatorie mobili	530.000,00	500.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Isola Della Scala	Azienda ULSS n. 22	Programma di realizzazione delle piazzole di elisoccorso	206.582,76	195.196,31
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova	Completamento ammodernamenti tecnologici	4.648.112,09	4.415.706,49
III FASE ART. 20 SANITA'	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova	A.O. Padova - - Adeguamento ai requisiti minimi del sistema Pronto Soccorso di Padova e strutture di supporto	2.000.000,00	1.900.000,00
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova	Ospedale Busonera - Adeguamento, mediante sostituzione, del reparto di anatomia patologica	2.840.512,94	2.685.575,88
III FASE ART. 20 ADEGUAMENTO (revocato)	Conselve	Azienda Ospedaliera di Padova	Ospedale di Conselve - Ristrutturazione e adeguamento normativo della struttura riabilitativa	3.615.198,29	3.434.438,38
III FASE ART. 20 SANITA'	Verona	Azienda Ospedaliera di Verona	A.O. Verona - Borgo Roma - Ampliamento Pronto Soccorso	2.550.000,00	2.400.000,00
III FASE ART. 20 SANITA'	Regione Veneto	Regione Veneto	Progetto rete integrata di telecomunicazioni per servizio SUEM-118	5.359.985,16	5.091.985,90
III FASE ART. 20 SANITA'	Venezia	Azienda ULSS n. 12	Completamento interventi in corso e adeguamento SS. Giovanni e Paolo - 2ª fase Nuovo Jona	25.750.000,00	932.741,39

Riferimento Programma	Località	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Importo Intervento	Importo a carico dello Stato
IV FASE ART. 20	Monselice	Azienda ULSS n. 17	Nuovo Ospedale di Este e Monselice	120.000.000,00	72.000.000,00
IV FASE ART. 20	Villafranca	Azienda ULSS n. 22 Commissario Delegato	Sistemazione definitiva dell'Ospedale Magalini	40.000.000,00	23.000.000,00
Totale				401.348.020,33	245.290.900,55

*Riepilogo Programma ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67*

Programma di finanziamento	Titolo Programma	Finanziamento Accordo di Programma
Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20 - 3 <sup>a</sup> fase - Sanità	Settore Sanità - Accordo di programma in data 22/06/2000	334.333.538,20
Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20 - 4 <sup>a</sup> fase - Sanità	Settore Sanità - risorse residue sottoscritte con l'Accordo di programma del 02/10/2007)	100.972.489,00
Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20 - 3 <sup>a</sup> fase - Sociale	Settore Sociale - Accordo di programma integrativo del 18/04/2001	135.301.378,42
Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20 - 4 <sup>a</sup> fase - Sociale	Settore Sociale - risorse residue sottoscritte con l'Accordo di Programma del 02/10/2007 (delibera CIPE 65 del 2/8/02)	43.273.923,00
Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20 - 3 <sup>a</sup> fase - Adeguamento tecnologico Sanità	Settore Sanità - Accordo di programma integrativo sottoscritto il 01/09/2004	42.836.758,25
	Settore Sanità - risorse residue sottoscritte con l'Accordo di programma del 02/10/2007)	18.839.557,52
<b>TOTALI</b>		<b>675.557.644,39</b>

*Altre risorse statali assegnate alla Regione Veneto*

Norme	Titolo Programma	Importo in Euro
Legge 5 Giugno 1990, n. 135 recante: "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"	Programma regionale di investimenti in edilizia per fronteggiare l'emergenza AIDS. Delibera CIPE 05/06/1998.	85.978.273,17
Finanziamenti residui Legge 5 Giugno 1990, n. 135 recante: "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"	Mutuo con oneri a carico dello stato	12.911.422,48
Legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Legge Finanziaria 2000), articolo 71	Riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani	27.047.214,49
Legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Legge Finanziaria 2000), articolo 28	Potenziamento delle strutture di radioterapia	909.576,12
Decreto Ministeriale 28 settembre 1999, istitutivo del Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (Hospice) - Prima Fase	Programma degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE")	10.529.923,48
Decreto Ministeriale 28 settembre 1999, istitutivo del Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (Hospice) - Seconda Fase	Programma di completamento degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE")	6.559.701,59
Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari) - Intramoenia	Attività Libera Professionale intramuraria	61.974.827,89
<b>TOTALE</b>		<b>205.910.939,22</b>

*Attività libero-professionale dei dirigenti sanitari*

I regolamenti aziendali definiscono le condizioni per l'esercizio dell'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari. Si tratta di un aspetto molto importante anche dal punto di vista dei finanziamenti, in quanto le Aziende disciplinano tali attività con l'obiettivo di garantire la libera scelta delle prestazioni sanitarie ai cittadini, ponendo la libera professione intramuraria come offerta integrativa e non sostitutiva dei servizi all'utenza. Per quanto riguarda il programma intramoenia ex Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254, entro il 31/12/2007 la Regione Veneto ha ammesso a finanziamento tutti gli interventi programmati impegnando le risorse nel bilancio regionale. Questa è la situazione aggiornata:

Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
Belluno e Agordo	Azienda ULSS n. 1	Ristrutturazione 3° e 4° piano blocco medico ospedale di Belluno e 1° e 2° piano gruppo operatorio ospedale di Agordo	2.870.209,22
Feltre	Azienda ULSS n. 2	Osp. di Feltre: Realizzazione delle opere di adeguamento normativo e libera professione, per ambulatori, area degenze e area parto presso l'ospedale di Feltre	517.327,00
Feltre	Azienda ULSS n. 2	Nuovo Poliambulatorio al Padiglione Guarneri	1.126.297,08
Bassano del Grappa	Azienda ULSS n. 3	Realizzazione nuova torre visitatori a servizio del piano 11° destinato all'esercizio dell'attività di libera professione	1.668.155,78
Thiene	Azienda ULSS n. 4	Ristrutturazione 2° piano ala sud per sistemazione servizio FIVET (fecondazione in vitro embrione transfert)	329.548,57
Schio	Azienda ULSS n. 4	Ristrutturazione ex alcologia per sistemazione servizio endoscopia	442.676,90
Schio	Azienda ULSS n. 4	Realizzazione di fabbricato per alloggiamento Risonanza Magnetica	472.189,16
Thiene	Azienda ULSS n. 4	Ristrutturazione servizi igienici e messa a norma impianti elettrici ai piani di degenza 2°, 3° e 4° del blocco specialità (SOLO 4° PIANO)	735.951,08
Montebelluna	Azienda ULSS n. 5	Ristrutturazione ala ovest -1° e 2° piano, dei centri ambulatoriali di ortopedia, chirurgia, endoscopia, terapia antalgica e ambulatori dedicati specialistici (+ FSR)	1.570.028,97
Vicenza	Azienda ULSS n. 6	Realizzazione nuovi spazi per la libera professione nel piano 7° (livello 8°) del v° lotto	2.324.056,05
Conegliano	Azienda ULSS n. 7	Ospedale di Conegliano - Ristrutturazione p.t. ala sud-ovest per trasformazione in attività ambulatoriali	981.268,11
Vittorio V.	Azienda ULSS n. 7	Ristrutturazione per attività ambulatoriali e sale operatorie	3.098.741,39

Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
Montebelluna	Azienda ULSS n. 8	Completamento nuovo edificio denominato accorpamento degenze: ultimazione piano terra e 3° e collegamento con la piastra operatoria e servizi	2.065.827,60
Treviso	Azienda ULSS n. 9	Aumento diagnostica per immagini con una nuova unità di risonanza magnetica	697.216,81
Treviso	Azienda ULSS n. 9	Adeguamento degli spazi del settore operatorio e ristrutturazione area ambulatoriale del presidio ospedaliero per attività di libera professione	1.781.776,30
S.Donà di Piave	Azienda ULSS n. 10	Ristrutturazione ex piastra servizi per laboratorio analisi cliniche e ambulatori libera professione e aree formative	1.721.350,84
Jesolo	Azienda ULSS n. 10	Ospedale di Jesolo - Ristrutturazione ex colonia e ala ovest per realizzazione ambulatori e degenze per attività di recupero e riabilitazione funzionale	1.524.580,77
Venezia	Azienda ULSS n. 12	Ospedale di Venezia - Completamento interventi in corso e adeguamento SS. Giovanni e Paolo - Padiglione Semerani, 1^ fase	516.456,90
Dolo	Azienda ULSS n. 13	Ospedale di Dolo - Completamento area ospedaliera - 2^ fase	2.993.384,18
Chioggia e Piove di Sacco	Azienda ULSS n. 14	Adeguamento per attività intramoenia delle strutture ospedaliere attraverso il potenziamento della apparecchiature elettromedicali, diagnostiche e terapeutiche	2.086.485,87
Camposamp.	Azienda ULSS n. 15	Ospedale di Camposampiero - Completamento 3° piano nuova piastra servizi per attività ambulatoriali	1.079.394,92
Cittadella	Azienda ULSS n. 15	Ospedale di Cittadella - "Adeguamento al D.P.R. 14/01/1997 e riqualificazione alberghiera delle degenze - 1° piano del Blocco specialistico"	588.760,86
Monselice	Azienda ULSS n. 17	Ospedale di Monselice: Realizzazione Poliambulatori - ristrutturazione fabbricato "palazzina neurologia" da adibire a centro polifunzionale ambulatoriale.	981.268,11
Este e Monselice	Azienda ULSS n. 17	Ospedali di Este e Monselice: Realizzazione di digitalizzaz. del Dipartimento di immagini e tecniche endoscopiche: fornitura di apparecchiature per acquisizione immagini digitali dirette, sistemi computr radiography e sistemi di stampa	981.268,11

Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
Monselice	Azienda ULSS n. 17	Riqualificazione del servizio di emergenza della radiologia con nuova T.A.C.	568.102,59
Monselice ed Este	Azienda ULSS n. 17	Aggiornam. E implementaz. Sistemi di encefalografia per neurologia; acquisti 1 ecotomografo, 2 ecocardiografi	361.519,83
Rovigo	Azienda ULSS n.18	Ospedale di Rovigo: progetto esecutivo della nuova Piastra tecnologica, nuovo ingresso e servizio di terapie intensive nel corpo "D"	1.807.559,14
Adria	Azienda ULSS n. 19	Realizzazione ambienti ed acquisto attrezzature	828.774,80
Adria	Azienda ULSS n. 19	Rinnovo e potenziamento dell'alimentazione elettrica ospedaliera	417.435,70
S.Bonifacio	Azienda ULSS n. 20	Adeguamento strutturale per ricavare spazi da adibire alla libera professione	3.997.376,40
Legnago	Azienda ULSS n. 21	Adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, d.p.r. 14/01/1997, ambulatori per libera professione: adeguamento impianti	754.027,07
Legnago	Azienda ULSS n. 21	Ospedale di Legnago - Adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, d.p.r. 14/01/1997	914.128,71
Villafranca	Azienda ULSS n. 22	Ristrutturazione ospedale	1.549.370,70
Bussolengo	Azienda ULSS n. 22	Ristrutturazione ospedale	996.761,82
Padova	Azienda Ospedaliera di Padova	Completamento edificio in via G. Modena - Padova per la realizzazione di un centro ambulatoriale	1.671.079,03
Padova	Az. Osped. di Padova	Ristrutturazione reparto rianimazione al 3° piano del Monoblocco	2.859.500,00

Località	Soggetto	Intervento	Finanziamento in Euro
Padova	Az. Osped. di Padova	Ristrutturazione Policlinico Corpo trattamenti	8.613.249,05
Verona	Az. Osped. di Verona	Adeguamento strutture destinate all'attività libero professionale	650.735,69
Verona	Az. Osped. di Verona	Completamento piastra odontoiatrica - piano quota + 7,30 - per ambulatori, laboratori, studi e servizi	2.065.827,60
Verona	Az. Osped. di Verona	Adeguamento linee energetiche conseguenti all'attività intramoenia	765.119,17
Totale			61.974.787,88

#### *Fondo Sanitario Regionale in conto capitale (FSR)*

Come è stato osservato nella precedente Relazione Socio Sanitaria, per quanto concerne il Fondo Sanitario Regionale in conto capitale, la Regione del Veneto si è concentrata non solo nell'aumentare significativamente la quantità di risorse annue disponibili, ma anche nell'attivare un rigoroso processo di implementazione di nuovi interventi nel settore ospedaliero, distrettuale e della prevenzione, coordinandolo con i programmi relativi al settore socio-sanitario di competenza delle Aziende ULSS ed Ospedaliere. Il quadro generale del settore socio-sanitario presenta, infatti, una politica degli investimenti fortemente integrata che prevede un'azione parallela mediante lo stanziamento di risorse, finalizzate al rinnovamento del campo socio-sanitario stesso. È pertanto possibile evidenziare, in coerenza con quanto esposto nella Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto anno 2006 (dati 2004-2005), come nel biennio 2006-2007 sia proseguita l'opera finalizzata a dare maggiore consistenza al Fondo Sanitario Regionale in conto capitale (FSR). Complessivamente la Regione del Veneto ha stanziato negli anni dal 2000 al 2007 fondi per investimenti per Euro 190.682.192,84. L'ammontare delle risorse regionali messe a disposizione delle Aziende Socio Sanitarie nel biennio 2006-2007 è stato ulteriormente incrementato rispetto allo stanziamento complessivo del quadriennio 2004-2005. L'impegno di spesa nel 2007 è stato infatti pari ad Euro 59.947.640,08.

**FSR Progetti ammessi a finanziamento nel 2007**

Di seguito si rappresentano i soli progetti ammessi a finanziamento per l'anno 2007, in quanto i dati relativi al 2006 erano già stati anticipati con la Relazione Socio Sanitaria precedente.

Aziende Sanitarie	Progetti finanziati	Risorse impegnate
101 Azienda ULSS 1 Belluno	Ospedale di Pieve di Cadore: lavori di ristrutturazione del 1° piano e parte centrale del sottotetto - progetto definitivo (importo lavori 3 milioni di Euro)	1.000.000,00
102 Azienda ULSS 2 Feltre	Ospedale di Feltre: nuovo blocco operatorio, nuova rianimazione, nuova radiologia, nuovo pronto soccorso e nuovi accessi (DGR 66/05: 6 milioni di Euro)	2.000.000,00
102 Azienda ULSS 2 Feltre	Ospedale di Feltre: lavori di adeguamento e messa a norma del servizio di anatomia e istologia al piano 2° del Padiglione Gaggia Lante	1.500.000,00
104 Azienda ULSS 4 Thiene	Nuovo Polo Ospedaliero Unico Thiene-Schio (DGR 66/05: euro 72 milioni di Euro)	12.000.000,00
106 Azienda ULSS 6 Vicenza	Ospedale di Noventa Vicentina (Euro 1.225.000,00 ex DGR 1711/04) + art 20 Suem 118	550.000,00
106 Azienda ULSS 6 Vicenza	Ospedale di Noventa Vicentina (Euro 1.225.000,00 ex DGR 1711/04) + art 20 Suem 119	675.000,00
106 Azienda ULSS 6 Vicenza	Comune di Costabissara: costruzione del nuovo Distretto Socio Sanitario	1.450.000,00
108 Azienda ULSS 8 Asolo	Aggiornamento progettuale e realizzazione dei lavori di ristrutturazione e completamento dei Presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Montebelluna in regime di finanza di progetto (DGR 66/05: 10 milioni di Euro)	4.000.000,00
109 Azienda ULSS 9 Treviso	Ospedale Ca' Foncello: La Cittadella Sanitaria (nessun finanziamento con la DGR 66/05)	3.000.000,00
109 Azienda ULSS 9 Treviso	Ospedale di Treviso: ampliamento e ristrutturazione dell'area del pronto soccorso (progetto definitivo)	
109 Azienda ULSS 9 Treviso	Ospedale di Treviso: adeguamento spazi settore operatorio e ristrutturazione Area ambulatori (intramoenia)	944.134,89
110 Azienda ULSS 10 San Donà	Ospedale di San Donà di Piave: Lavori di sistemazione della centrale termica e di ampliamento del fabbricato ad uso magazzino	161.000,00

Aziende Sanitarie	Progetti finanziati	Risorse impegnate
112 Azienda ULSS 12 Veneziana	Progetto per il recupero e la ristrutturaz. di un fabbricato appartenente all'Ospedale S. Camillo di Venezia	500.000,00
113 Azienda ULSS 13 Mira Dolo	Ospedale di Mirano: perizia di variante per adeguamento sismico del nuovo monoblocco ospedaliero di Mirano	899.386,40
113 Azienda ULSS 13 Mira Dolo	Ospedale di Mirano: "Realizzazione strada di accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Mirano.	213.418,20
114 Azienda ULSS 14 Chioggia	Ospedali di Piove di Sacco: adeguamenti strutturali e tecnologici (DGR 1711/04 € 4.500.000,00)	3.000.000,00
114 Azienda ULSS 14 Chioggia	Ospedale di Chioggia: riassetto Ospedale nel decennio 2006-2016 (DGR 66/05: previsti euro 6.000.000,00)	
115 Azienda ULSS 15 Cittadella	Ospedale di Cittadella: piastra	4.000.000,00
115 Azienda ULSS 15 Cittadella	Ospedale Camposampiero	2.500.000,00
116 Azienda ULSS 16 Padova	Riorganizzazione distretto socio sanitario n. 2 di Arcella con poliambulatori (nel 35%)	772.510,99
116 Azienda ULSS 16 Padova	Adeguamento mediante sostituzione della sede distrettuale n. 4 di Selvazzano (SK 128 E SK 153) (nel 35%)	764.000,00
116 Azienda ULSS 16 Padova	Complesso socio sanitario dei Colli - restauro ala est 1° padiglione da adibire a neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (nel 35%)	979.000,00
116 Azienda ULSS 16 Padova	Montalettighe	484.489,01
117 Azienda ULSS 17 Este	Realizzazione Polo Ospedaliero Unico per acuti (DGR 66/05: euro 72 milioni)	5.000.000,00
117 Azienda ULSS 17 Este	Ospedale di Este: adeguamento alle misure di prevenzione e protezione (sicurezza sul lavoro)	750.000,00

Aziende Sanitarie	Progetti finanziati	Risorse impegnate
118 Azienda ULSS 18 Rovigo	Ospedale di Rovigo: progetto definitivo nuova Piastra tecnologica (DGR 66/05: EURO 7.000.000,00)	5.000.000,00
119 Azienda ULSS 19 Adria	Ospedale di Adria: interventi di adeguamento strutturale e tecnologico	350.000,00
119 Azienda ULSS 19 Adria	Ospedale di Adria: lavori di completamento del monoblocco - ultimazione opere esterne	315.000,00
119 Azienda ULSS 19 Adria	Realizzazione uffici amministrativi presso ex stanze di degenza 1° piano vecchio ospedale di Adria	
121 Azienda ULSS 21 Legnago	Nessun finanziamento con la DGR 66/05	944.680,31
121 Azienda ULSS 21 Legnago	Nessun finanziamento con la DGR 66/05	1.030.000,00
122 Azienda ULSS 22 Bussolengo	Ospedale di Villafranca: progetto complessivo ospedale (DGR 66/05: euro 72 milioni)	5.000.000,00
Regione del Veneto	Direzione Regionale Sistema Informatico	50.400,00
Regione del Veneto		114.620,28
Totale		59.947.640,08

Anni	Fondo Sanitario Regionale	
	Impegnato	Liquidato
2000	16.612.723,80	7.731.462,34
2001	18.207.659,94	10.158.216,67
2002	5.110.749,23	7.137.642,76
2003	18.601.456,90	7.019.133,00
2004	1.161.710,93	10.976.958,47
2005	31.040.251,96	7.782.818,82
2006	40.000.000,00	10.023.678,72
2007	59.947.640,08	2.670.673,85
TOTALE	190.682.192,84	63.500.584,63

## Riepilogo Fondo Sanitario Regionale anni 2004/2007

Esercizio	Risorse attribuite	Risorse impegnate	Risorse erogate sull'impegnato al 31.12.2007
2004	40.000.000,00	1.161.710,93	523.821,65
2005	40.000.000,00	31.040.251,96	25.780.015,48
2006	40.000.000,00	40.000.000,00	7.236.991,81
2007	60.000.000,00	59.947.640,08	2.670.673,85
Totale	180.000.000,00	132.149.602,97	36.211.502,79

## Fonti

---

Direzione Risorse Socio Sanitarie Direzione Risorse Socio Sanitarie  
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto  
Palazzo Molin – San Polo, 2514

30125 Venezia

Tel. 041/2793449 - 3450 - 3528

Fax. 041/2793506

E-Mail: [risorsesanitarie@regione.veneto.it](mailto:risorsesanitarie@regione.veneto.it)

<http://www.regione.veneto.it/La+Regione/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.+Risorse+Socio+Sanitarie.htm>

Unità Complessa Sistema Informativo Sociosanitario Regionale  
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto

Palazzo Molin – San Polo, 2514

30125 Venezia

Tel. 041 2793438

Fax. 041 2793523

E-Mail: [sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it](mailto:sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it)

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Sistema+Informativo+Socio+Sanitario+e+Tecnologie+Informatiche/>

Servizio Programmazione e Bilancio Sociosanitario

affidente alla Direzione Risorse Socio Sanitarie della Regione del Veneto

Palazzo Molin – San Polo, 2514

30125 Venezia

Tel. 041/2793449 - 3450 - 3528

Fax. 041/2793506

E-Mail: [risorsesanitarie@regione.veneto.it](mailto:risorsesanitarie@regione.veneto.it)

Servizio Investimenti Sociosanitari

affidente alla Direzione Risorse Socio Sanitarie della Regione del Veneto

Palazzo Molin – San Polo, 2514

30125 Venezia

Tel. 041/2793449 - 3450 - 3528

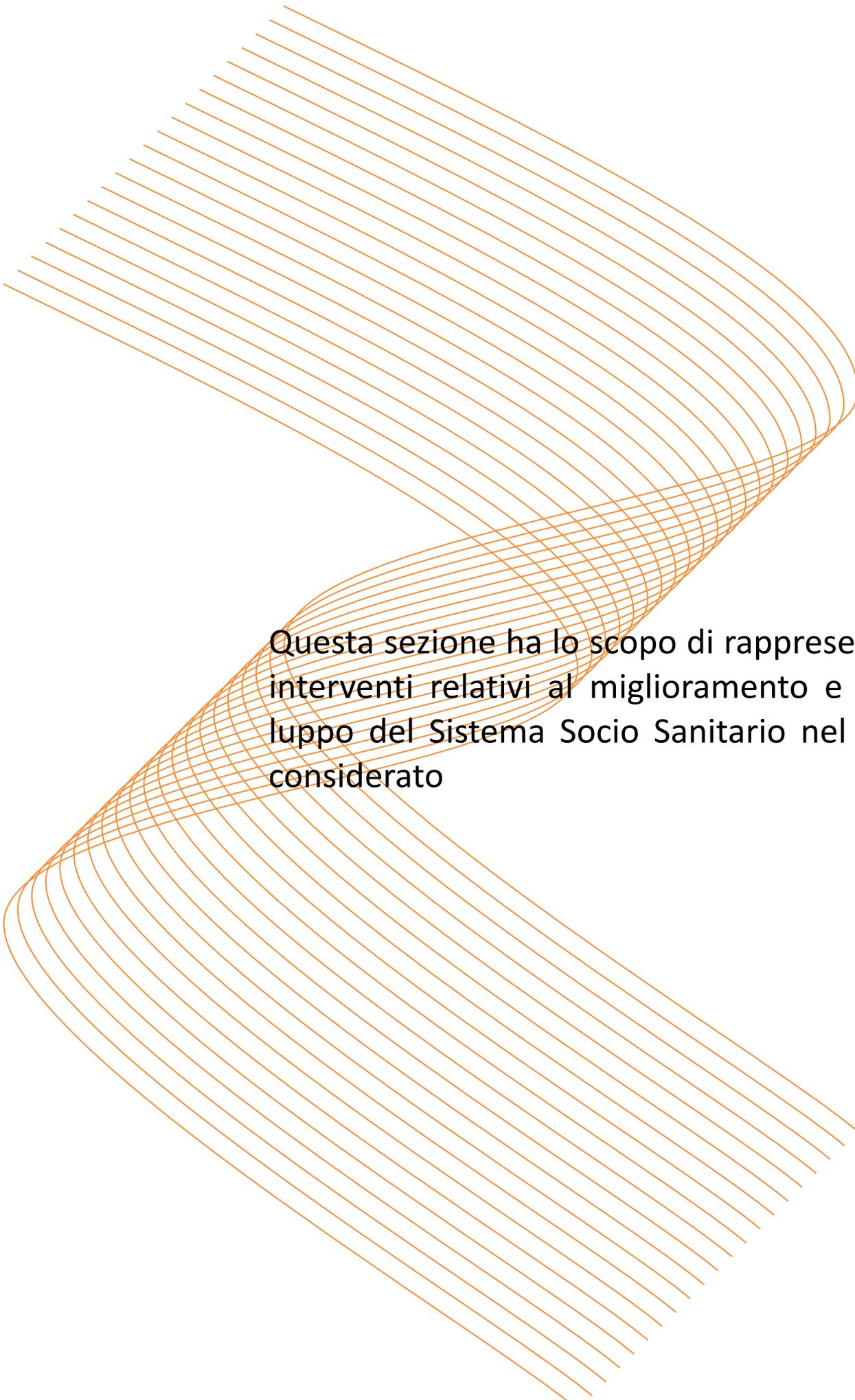
Fax. 041/2793506

E-Mail: [risorsesanitarie@regione.veneto.it](mailto:risorsesanitarie@regione.veneto.it)

Parte Sesta

# Strumenti per il miglioramento e lo sviluppo

Relazione Socio Sanitaria 2008  
della Regione del Veneto

An abstract graphic consisting of numerous thin, parallel orange lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth. The lines are arranged in a way that they appear to be part of a larger, three-dimensional structure, possibly representing a stylized letter or a decorative element.

Questa sezione ha lo scopo di rappresentare gli interventi relativi al miglioramento e allo sviluppo del Sistema Socio Sanitario nel periodo considerato

## 6.1 Formazione e aggiornamento

---

La formazione rientra nell'ambito delle competenze gestionali strategiche delle aziende del Servizio Socio Sanitario Regionale, per garantire un efficace utilizzo del personale con ricadute positive, non solo sui professionisti, che mantengono in questo modo elevati livelli di professionalità, ma anche e soprattutto sulla qualità dell'assistenza. L'attenzione ai bisogni del cittadino si esplicita attraverso interventi appropriati e di qualità, è quindi necessario disporre di un quadro formativo di riferimento quanto mai adeguato, sia per quanto attiene la formazione "di base" che per quella "continua". La Regione svolge in questo ambito un importante ruolo in ordine all'individuazione di criteri ed indirizzi alle aziende, in tema di formazione del personale dipendente e di rilevazione del fabbisogno formativo dell'intero sistema sanitario. Nello specifico spetta alla Regione, la programmazione e l'organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, l'individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale, l'accreditamento di progetti di formazione di rilievo regionale. Attraverso appropriate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali, la Regione provvede all'analisi dei bisogni formativi e all'individuazione degli obiettivi conseguenti. La formazione risulta inoltre fortemente legata al contesto contrattuale e operativo del personale sanitario; la Regione svolge il ruolo di indirizzo e supporto alle Aziende per assicurare che l'attività formativa svolta dal personale si traduca in valore aggiunto per l'intera organizzazione. Per garantire un sostanziale equilibrio di "medio periodo" tra il fabbisogno di personale sanitario e l'immissione nel mercato del lavoro di nuovi operatori in uscita dal sistema formativo universitario, è in essere un sistema di rilevazione del fabbisogno, attraverso il quale è possibile rispondere alle esigenze di programmazione degli accessi alla formazione di base delle figure professionali mediche e non mediche.

### *Formazione di base*

Per quanto attiene la formazione dei medici specialisti, la Regione individua il fabbisogno tenendo conto delle esigenze sanitarie e dell'analisi della situazione occupazionale. Con un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano viene determinato il numero globale degli specialisti da formare annualmente, riferito a ciascuna tipologia di specializzazione, e con un successivo decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca viene determinato il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione, per ogni anno accademico. La Regione del Veneto al fine di soddisfare il fabbisogno di specialisti dell'area medica, chirurgica e dei servizi, integra annualmente il numero di posti statali, destinando proprie risorse per l'erogazione di "borse di studio" (ora "contratti di formazione specialistica").

Infatti, a decorrere dall'anno accademico 2006/2007, al medico in formazione specialistica viene corrisposto un trattamento economico annuo discendente dalla sottoscrizione da parte dello stesso di uno specifico "contratto di formazione specialistica". I contratti di formazione specialistica sovvenzionati nel 2007 sono stati complessivamente 62. Analogamente a quanto disposto per gli specializzandi medici, la Regione favorisce la specializzazione di laureati non medici, ovvero biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi mediante l'erogazione di contributi. Il totale, per l'anno 2007, delle borse di studio per questi laureati è stato di 25. La formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico, della riabilitazione e della prevenzione avviene in sede ospedaliera, ovvero presso altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e istituzioni private accreditate. Pertanto, in virtù del rapporto collaborativo instaurato con gli Atenei, sono stati attivati presso le Aziende Sanitarie venete ed enti privati accreditati i "poli didattici decentrati universitari".

#### *Formazione Continua in Medicina*

Il quinquennio 2002-2006 ha rappresentato il periodo sperimentale nel quale è nato e si è sviluppato il progetto per l'educazione continua in medicina. Merito del programma è di aver focalizzato l'attenzione sull'obiettivo della formazione permanente del personale sanitario e di aver inserito all'interno dei percorsi professionali di ciascun professionista anche quello fondamentale dello sviluppo continuo delle competenze. Il programma nazionale per l'educazione permanente, ha previsto la realizzazione di un Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, presupposto necessario per l'individuazione di strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa, nel rispetto del principio costituzionale della uniforme ed appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Le linee generali del Piano nazionale dell'aggiornamento sono state definite con l'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005. L'Accordo ponte tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 marzo 2006, nelle more della definizione del Piano nazionale, ha confermato gli obiettivi di formazione continua in medicina e le relative sperimentazioni già avviate con l'Accordo del 2001. Conseguentemente la Regione del Veneto ha confermato negli anni 2006 e 2007 la volontà di aderire al programma per l'educazione continua in medicina, attraverso l'ulteriore sviluppo del proprio sistema per l'accREDITamento degli eventi formativi residenziali e della Formazione sul Campo. Tra gli obiettivi di lavoro, evidenziati nei propri atti deliberativi, risultano di particolare rilevanza: la realizzazione di una metodologia per la rilevazione dei fabbisogni formativi, la definizione degli obiettivi formativi regionali, la costituzione di una anagrafica dei professionisti coinvolti nel sistema di formazione e la costituzione di una rete formativa delle Aziende Sanitarie.

Con l'accreditamento istituzionale, si riconosce alle strutture sanitarie, pubbliche o private, in possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi, l'idoneità ad erogare prestazioni e servizi sanitari in nome del Servizio Sanitario Nazionale. Coerentemente con questo approccio, tra i requisiti richiesti per l'accreditamento istituzionale, a partire dall'entrata in vigore dell'Accordo 1 agosto 2007, sul "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina - 2008-2010", deve essere inclusa la capacità di pianificare, controllare e valutare la formazione continua, come funzione di livello aziendale indispensabile a garantire, nel tempo, la qualità e l'innovazione dei servizi. Per svolgere a pieno le proprie competenze nel campo dell'educazione continua la Regione ha ulteriormente potenziato le strutture organizzative a ciò preposte. Il Centro Regionale di Riferimento per l'Educazione Continua in Medicina è stato istituito in via sperimentale nel 2002, per l'esercizio delle funzioni sopra descritte e si avvale di Organismi consultivi e deliberativi che fungono anche da organi di controllo e verifica della regolarità delle procedure di accreditamento adottate: Commissione regionale ECM, Consulta delle Professioni, Comitato Tecnico Scientifico; detti organismi affiancano il Direttore del Centro, con funzioni consultive e per l'assolvimento di tutte le funzioni proprie dell'ECM. La specificità del modello adottato dalla Regione del Veneto riguarda lo svolgimento delle attività di accreditamento sia a favore di organizzatori pubblici (Aziende ULSS, IRCCS, Università, Ordini Collegi Associazioni professionali, Scuole di Formazione a carattere regionale..), sia a favore di organizzatori privati. Attualmente nel sistema ECM Veneto sono iscritti 440 organizzatori di formazione (pubblici o privati). Il 15% dei progetti presentati per l'accreditamento è realizzato da Organizzatori privati.

#### *Applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007*

Nelle more della definizione del percorso attuativo, per l'entrata a regime del nuovo sistema di educazione continua (anno 2008), così come delineato dall'Accordo Stato/Regioni del 1 agosto 2007 e dalla art. 2 comma 357 della Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (finanziaria 2008), è stata prevista la continuità delle attività finora svolte, fino al consolidamento del processo di accreditamento dei provider. Nel corso dell'anno 2007 sono state avviate le procedure amministrative per la costituzione degli organismi di governance della Formazione Continua presso il Ministero Salute: Commissione Nazionale e Comitato delle Regioni. La Regione del Veneto è presente in ambedue gli organismi. Di seguito si riportano alcuni dati sull'attività del Centro regionale, che fotografano la situazione in essere negli anni di riferimento 2006-2007.

Numero eventi di formazione residenziale accreditati					
Anno	Eventi Accreditati	Eventi Base	%	Riedizioni	%
2006	6.237	2.905	47%	3.332	53%
2007	6.079	3.375	56%	2.704	44%

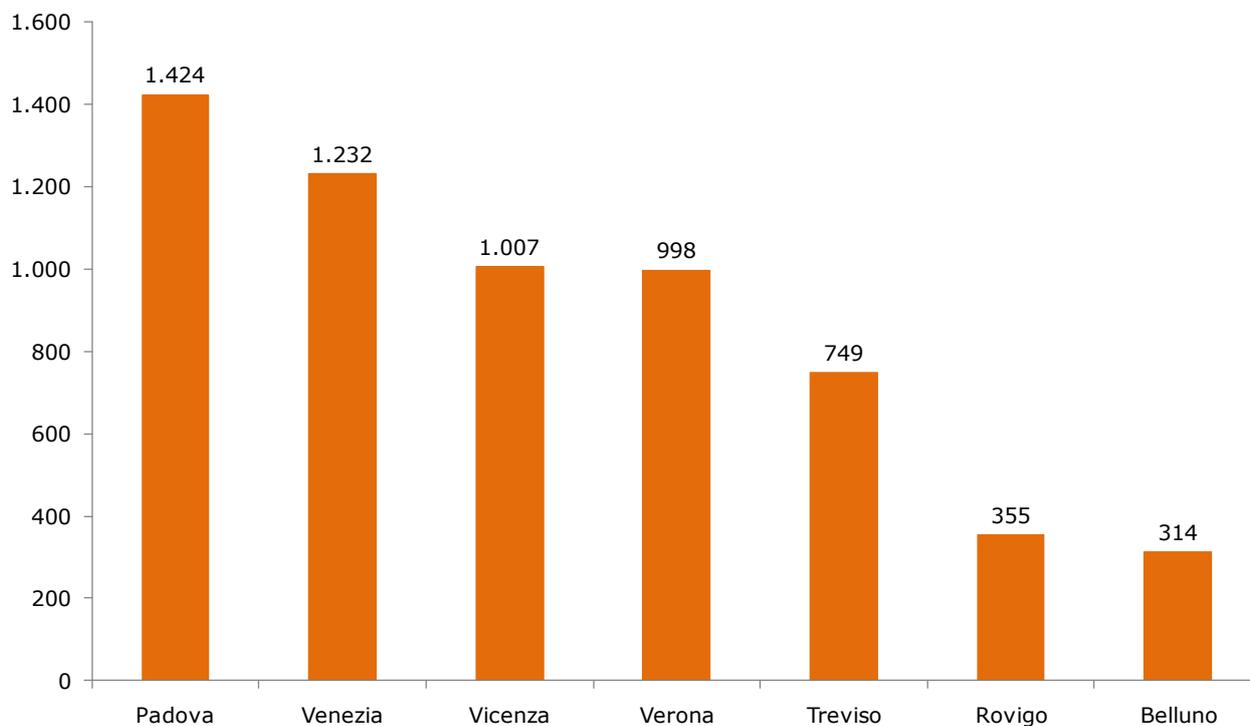
## Numero dei partecipanti agli eventi formativi

Dal	Al	Eventi Accreditati	Soggetti coinvolti	Media partecipanti per evento	Media crediti per evento
01/01/2006	31/12/2006	6.237	241.621	39	13
01/01/2007	31/12/2007	6.079	218.844	36	13

## Numero dei crediti formativi

Dal	Al	<=12 crediti	>12 crediti	Totale Eventi Accreditati
01/01/2006	31/12/2006	3.848	2.389	6.237
01/01/2007	31/12/2007	3.795	2.284	6.079
		7.643	4.673	

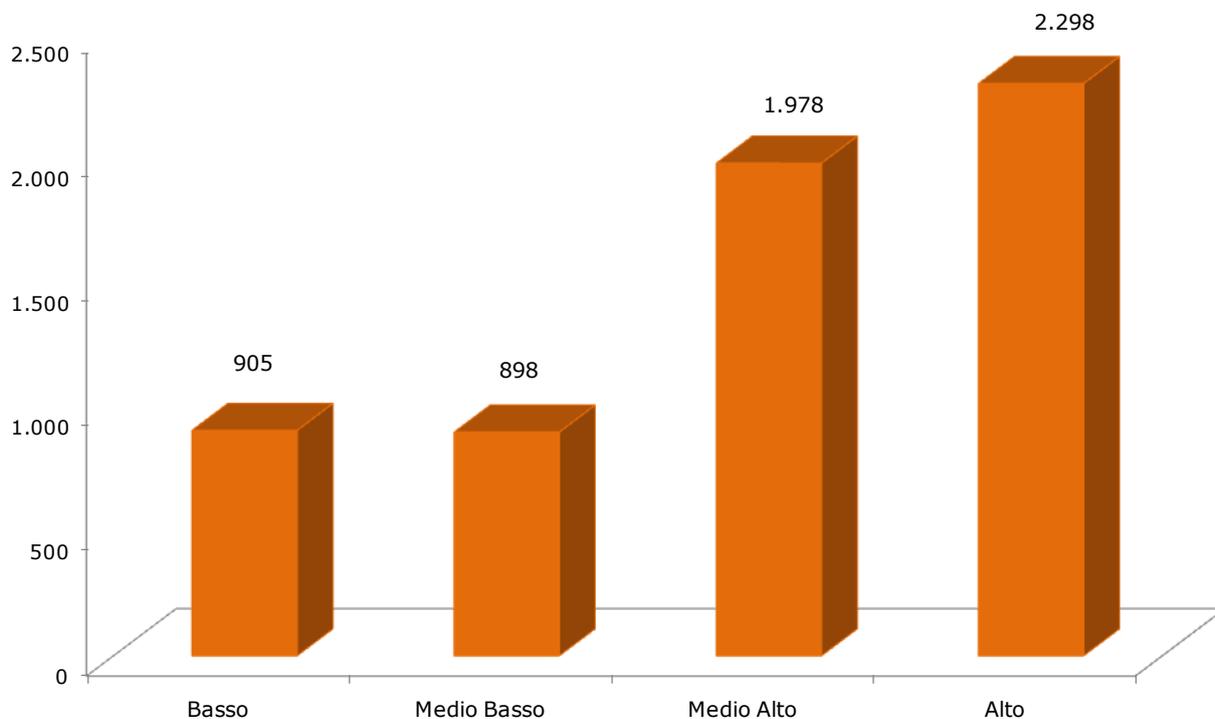
437

Eventi Accreditati per Provincia del Veneto  
Anno 2007



438

### Impatto Formativo - Veneto 2007



Legenda: Per la valutazione sono state definite 4 fasce di impatto formativo:

- *Impatto Basso*: eventi con coefficiente di efficacia formativa minore compreso tra 0,50 e 0,75;
- *Impatto Medio Basso*: eventi con coefficiente di efficacia formativa minore compreso tra 0,75 e 1;
- *Impatto Medio Alto*: eventi con coefficiente di efficacia formativa minore compreso tra 1 e 1,25;
- *Impatto Alto*: eventi con coefficiente di efficacia formativa maggiore di 1,25.

### Obiettivi formativi di interesse nazionale maggiormente utilizzati nel Veneto Primi dieci – Anno 2007



439

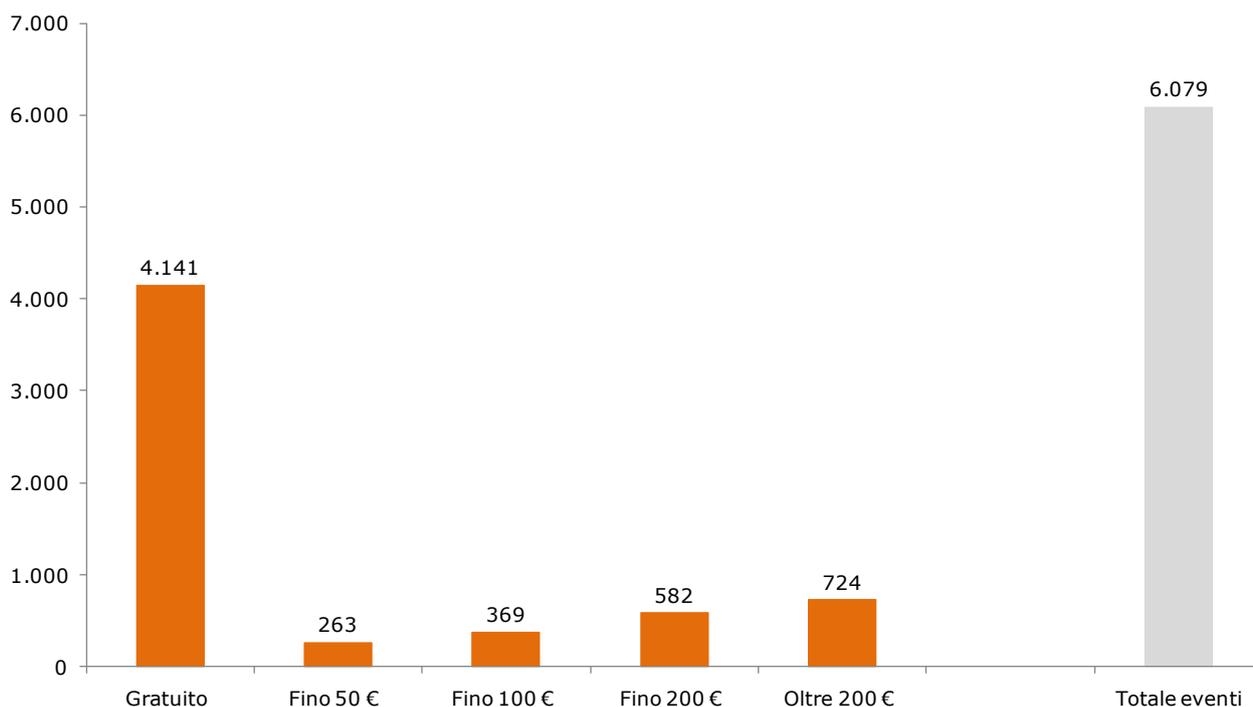
OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
1	qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari	655
2	etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale ed alla privacy	164
3	sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza	398
4	formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali	279
5	promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro	178

OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
6	miglioramento degli stili di vita per la salute	64
7	miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione	12
8	tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli	60
9	promozione di una comunicazione corretta ed efficace	528
10	apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico	31
11	consenso informato	18
12	gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626	183
13	implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale	49
14	sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche	13
15	formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità	142
16	cultura gestionale	277
17	educazione sanitaria	20
18	bioetica in medicina	24
19	organizzazione dipartimentale	10
20	miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche	169
21	interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze	914
22	formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	19
23	tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali	72

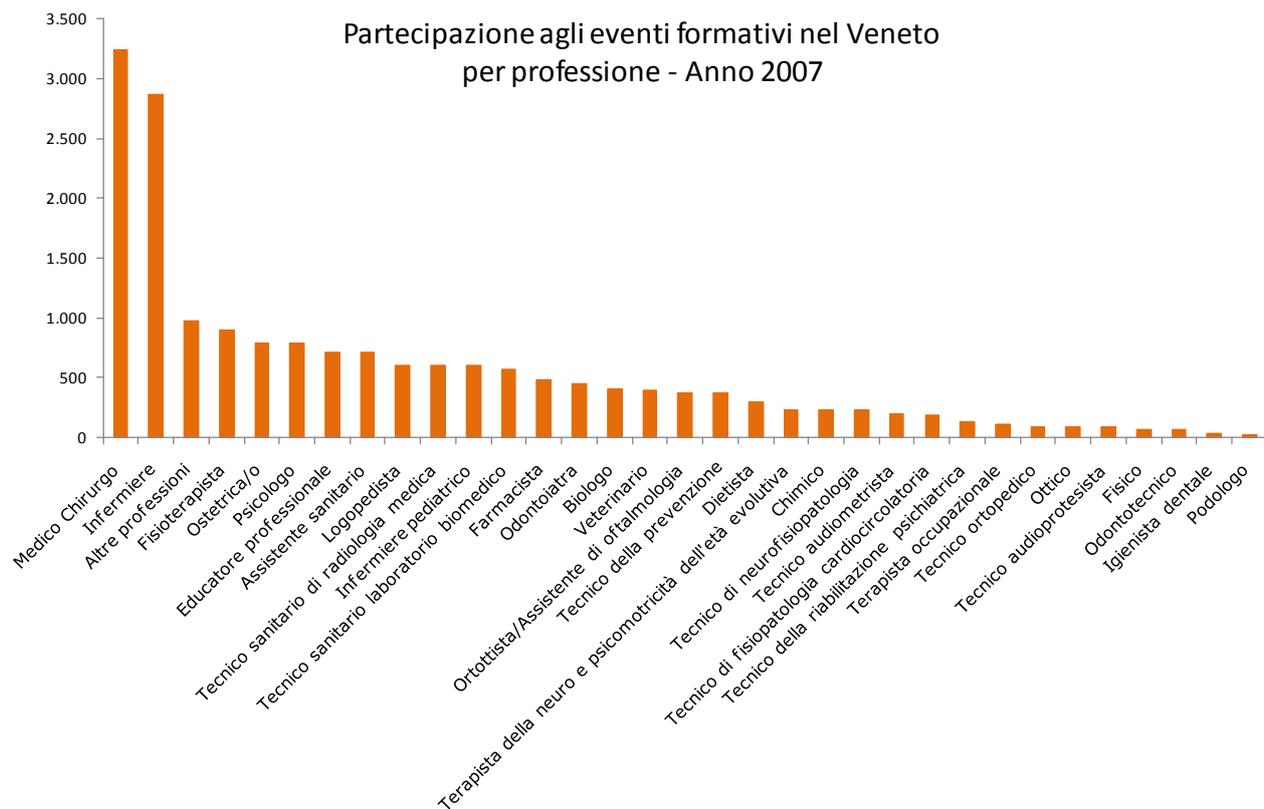
OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
24	basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate	9
25	formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici	577
26	promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo	49
27	clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie d'importazione	2
28	farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilanza	20
29	controllo delle infezioni nosocomiali	33
30	innovazione tecnologica : valutazione,miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie Biomediche e dei dispositivi medici	155
31	sicurezza degli alimenti	31
32	sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale	51
33	disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche	3
34	implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati	12
35	percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale	246
36	progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta	2
37	telemedicina	14
38	innovazione tecnologica ed implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta	9
39	formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta	2
40	aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica	82
41	aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche	365

OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
42	percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata	13
43	utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici	37
45	ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN	8
46	valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali	80
		<b>6.079</b>

Eventi per quota di iscrizione  
Veneto 2007



Modalità di finanziamento	Numero eventi
Eventi totalmente autofinanziati	3.568
Eventi per i quali sono stati utilizzati per il 100% sponsor commerciali	404
Eventi con modalità di finanziamento mista	2.737
	<b>6.709</b>

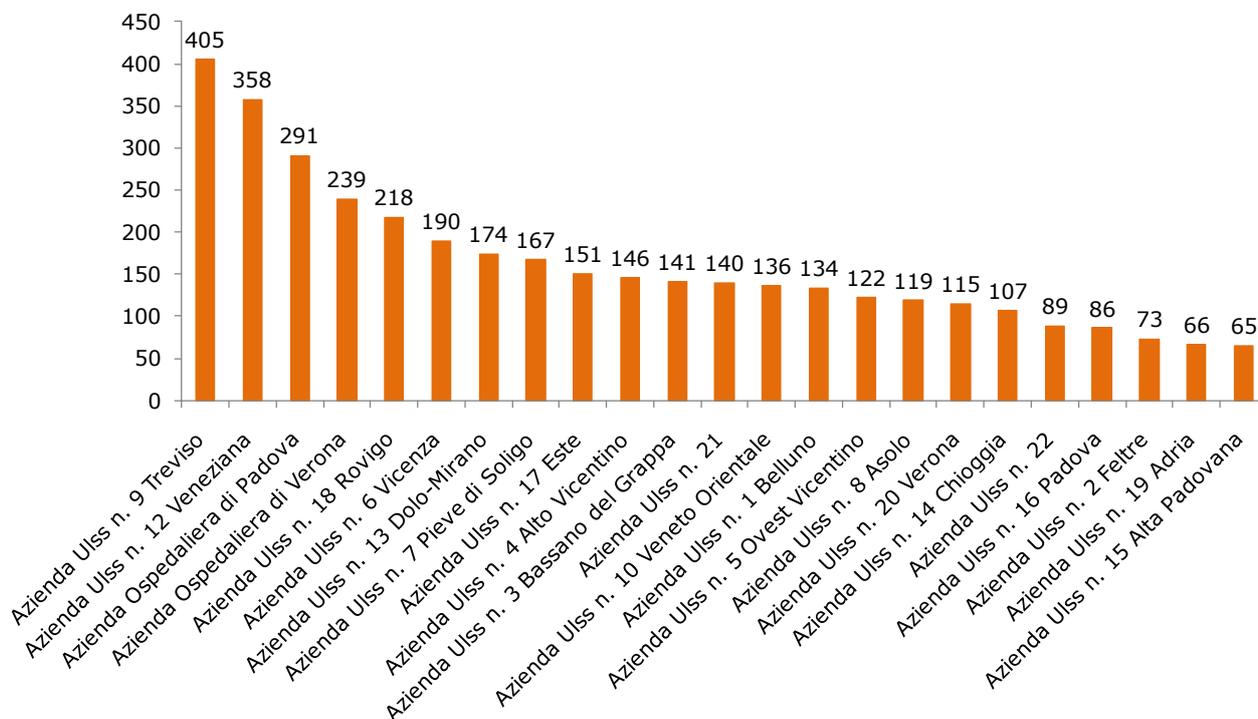


Professione	Numero Eventi
Medico Chirurgo	3.237
Infermiere	2.868
Altre professioni	976
Fisioterapista	893
Ostetrica/o	787
Psicologo	785
Educatore professionale	715
Assistente sanitario	710
Logopedista	605
Tecnico sanitario di radiologia medica	604
Infermiere pediatrico	600
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	570
Farmacista	482
Odontoiatra	452
Biologo	401
Veterinario	398
Ortottista/Assistente di oftalmologia	371
Tecnico della prevenzione	370
Dietista	301

Professione	Numero Eventi
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	235
Chimico	233
Tecnico di neurofisiopatologia	233
Tecnico audiometrista	198
Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria	192
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	128
Terapista occupazionale	108
Tecnico ortopedico	91
Ottico	87
Tecnico audioprotesista	83
Fisico	72
Odontotecnico	67
Igienista dentale	33
Podologo	28

444

Numero Eventi proposti dalle Aziende Sanitarie del Veneto  
Veneto 2007



Numero di eventi presentati da Aziende Sanitarie ed Ospedaliere anno 2007					
Azienda	Numero Eventi	N Max Partecipanti	Crediti assegnati	Numero medio partecipanti	Numero medio crediti
Azienda Ospedaliera di Padova	291	10.518	4.705	36	16
Azienda Ospedaliera di Verona	239	7.601	3.023	32	13
Azienda Ulss n. 1 Belluno	134	4.042	2.036	30	15
Azienda Ulss n. 2 Feltre	73	1.706	730	23	10
Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa	141	5.202	1.761	37	12
Azienda Ulss n. 4 Alto Vicentino	146	4.282	1.372	29	9
Azienda Ulss n. 5 Ovest Vicentino	122	3.164	2.013	26	17
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	190	6.577	2.485	35	13
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	167	3.948	2.423	24	15
Azienda Ulss n. 8 Asolo	119	4.056	1.454	34	12
Azienda Ulss n. 9 Treviso	405	17.655	4.850	44	12
Azienda Ulss n. 10 Veneto Orientale	136	4.637	2.061	34	15
Azienda Ulss n. 12 Veneziana	358	9.304	4.279	26	12
Azienda Ulss n. 13 Dolo-Mirano	174	5.146	1.626	30	9
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	107	3.515	1.250	33	12
Azienda Ulss n. 15 Alta Padovana	65	1.798	854	28	13
Azienda Ulss n. 16 Padova	86	3.879	1.297	45	15
Azienda Ulss n. 17 Este	151	4.946	1.464	33	10
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	218	6.442	2.536	30	12
Azienda Ulss n. 19 Adria	66	1.759	776	27	12
Azienda Ulss n. 20 Verona	115	4.125	1.492	36	13
Azienda Ulss n. 21	140	4.855	1.367	35	10
Azienda Ulss n. 22	89	2.163	1.027	24	12
<b>Totale</b>	<b>3.732</b>	<b>121.320</b>	<b>46.881</b>		

### Formazione sul Campo (FSC)

La formazione sul campo può rappresentare una quota rilevante delle modalità di formazione continua, con la possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro. In tal senso, la Regione del Veneto, nel definire nel 2006 delle linee guida su questa area formativa, ha individuato 3 tipologie formative riconducibili alla Formazione sul Campo: a) Stage/Tirocini; b) partecipazione a progetti di ricerca; c) gruppi di miglioramento e di audit clinico.

*Stage/Tirocini*: si intende con questa locuzione la frequenza presso una struttura assistenziale o formativa che permetta di apprendere modalità di intervento e modelli relazionali e

organizzativi caratterizzanti concretamente un contesto lavorativo. Lo stage può essere orientativo, conoscitivo, applicativo o di pre-inserimento. La significatività degli stage o tirocini va considerata in rapporto al complesso delle previste modalità di apprendimento e, in particolare, in relazione alla inclusione nei progetti di stage e di tirocini, di attività di tutorato, supervisione.

*Partecipazione a progetti di ricerca:* partecipare ad un progetto di ricerca (ad esempio, studi clinici, studi epidemiologici, sperimentali, ecc.) e a progetti di ricerca-azione può avere notevoli implicazioni formative, tra cui l'acquisizione delle capacità di:

- interrogarsi sui problemi;
- tradurre i quesiti in protocolli operativi di ricerca;
- consultare banche dati e letteratura;
- utilizzare strumenti strutturati per la raccolta dati;
- misurarsi con il consenso dei soggetti arruolati;
- discutere i risultati e le implicazioni;
- produrre nuove conoscenze;
- nel caso di progetti di ricerca-azione attivare il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati;
- diventare protagonisti di processi di cambiamento culturale e operativo.

La ricerca è un percorso formativo coinvolgente, secondo metodologie collaudate, tutti i protagonisti della struttura sanitaria, che assieme individuano obiettivi di miglioramento sia in ambito clinico che organizzativo, programmi di sviluppo individuali, di team, di dipartimento, e ancora insieme ne attuano le diverse fasi, valutandone in itinere ed ex-post i risultati raggiunti. La ricerca-azione è una ricerca sul campo e si realizza anche con l'intervento di esperti esterni.

*Gruppi di miglioramento e di audit clinico:* prevedono azioni formative finalizzate a convincere i partecipanti a decidere consapevolmente di modificare la propria cultura professionale e si suddividono in:

*Progetti di miglioramento:* partecipazione a gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini. È compresa in questa tipologia anche la partecipazione alla:

- discussione su casi clinici, problemi assistenziali e cure primarie;
- gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze;
- realizzazione di progetti di cooperazione con Paesi in via di sviluppo;
- redazione, la presentazione e la discussione di elaborati.

In ogni progetto di miglioramento, presentato per essere accreditato come Formazione sul

Campo, è necessario definire indicatori di processo o di esito sui quali poi procedere con le attività di analisi e misurazione. Senza la definizione degli indicatori non è possibile valutare l'impatto e quindi non si può parlare di progetti di miglioramento.

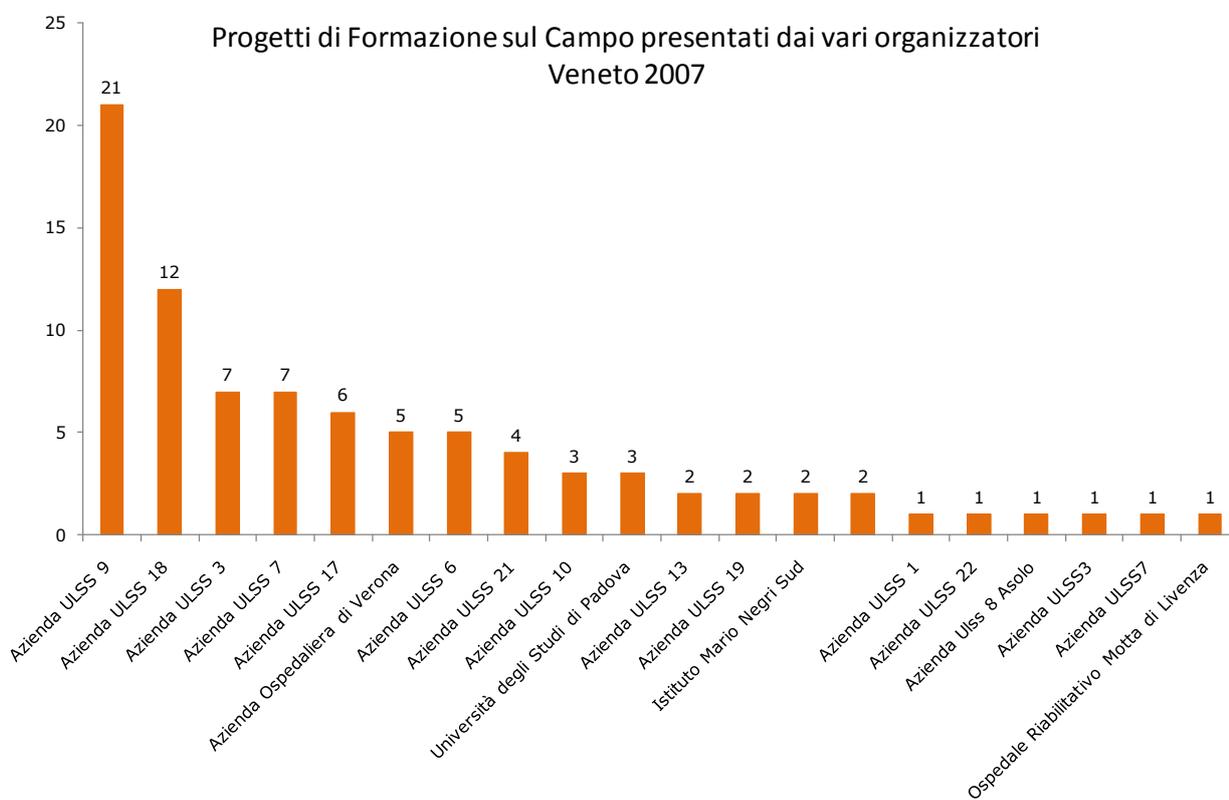
*Attività di audit clinico:* iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario. In questa definizione vi è la migliore puntualizzazione dell'attore (il clinico), del metodo (riflessione sul proprio operato) e delle finalità (il miglioramento). L'oggetto rimane la pratica clinica e i suoi risultati. L'audit clinico è quindi un approccio alla verifica della congruità delle soluzioni date a specifici problemi clinici, assistenziali o aspetti della pratica corrente. Da un punto di vista metodologico l'audit clinico consiste in un "ciclo della qualità". Definiti criteri e standard concordati e misurabili, viene valutata la pratica clinica in termini soprattutto di processo o esito e vengono elaborate proposte di miglioramento. La verifica non va confusa con attività corrente di raccolta di dati di attività o con la ricerca clinica: in particolare quest'ultima mira a definire le caratteristiche della buona pratica su terreno ignoto mentre l'audit verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard noti.

Per sottoporre i progetti di Formazione sul Campo (FSC) all'accreditamento ECM è necessario che queste iniziative siano progettate e valutabili anche nel loro impatto formativo. Questi processi spesso si sviluppano in tempi lunghi, per i quali non sono definibili con esattezza la durata e i tempi di conclusione. Inoltre, la valenza formativa non corrisponde necessariamente alla ricaduta pratica del progetto, o alla rilevanza dei risultati della ricerca. Per questi motivi, la Regione del Veneto ha stabilito per questi progetti formativi due fasi: a) pre-accreditamento; b) accreditamento vero e proprio. La fase di pre-accreditamento prevede l'inserimento completo dei dati a cura dell'organizzatore di formazione, un controllo a cura della segreteria del Centro ECM e la proposta del numero di crediti forniti dal sistema informatico e validati dalla Commissione Regionale ECM. L'accreditamento finale del progetto avviene invece con l'assegnazione ufficiale dei crediti ECM a conclusione dell'attività formativa e dopo che il garante della stessa ha inserito i dati di presenza attiva dei partecipanti ed ha inviato la relazione finale. Per considerare sufficiente la presenza attiva di un partecipante ai fini dell'accreditamento delle attività formative è necessario collaborare ed essere presenti in tutte le fasi di lavoro dei progetti, con il 90 % di presenza alle attività programmate. Sarà cura del garante rilevare la presenza e comunque tale elemento sarà da esso stesso attestata e inserita on-line. L'analisi della relazione e un controllo sui dati inseriti possono stabilire definitivamente l'assegnazione dei crediti comunicati al garante, il quale potrà rilasciare i crediti stessi

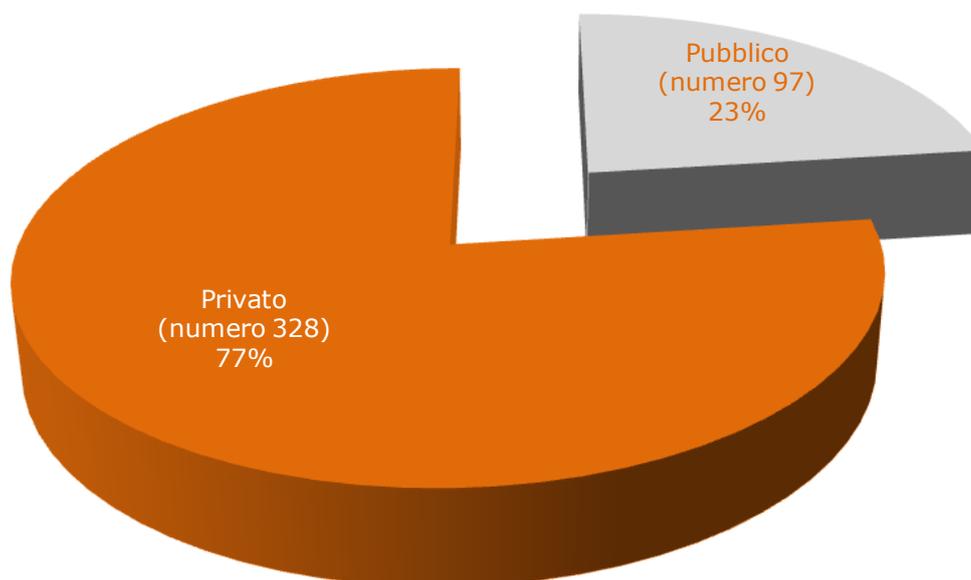
attraverso attestati di partecipazione ufficialmente riconosciuti dal sistema ECM Veneto. Nel primo anno di sperimentazione i dati sono i seguenti:

Progetti di Formazione sul Campo presentati dai vari organizzatori:	
Organizzatori	Numero progetti FSC accreditati
Azienda ULSS 9	21
Azienda ULSS 18	12
Azienda ULSS 3	7
Azienda ULSS 7	7
Azienda ULSS 17	6
Azienda Ospedaliera di Verona	5
Azienda ULSS 6	5
Azienda ULSS 21	4
Azienda ULSS 10	3
Università degli Studi di Padova	3
Azienda ULSS 13	2
Azienda ULSS 19	2
Istituto Mario Negri Sud	2
Università degli Studi di Verona Facoltà di Medicina e Chirurgia	2
Azienda ULSS 1	1
Azienda ULSS 22	1
Azienda Uls 8 Asolo	1
Azienda ULSS3	1
Azienda ULSS7	1
Ospedale Riabilitativo Motta di Livenza	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>87</b>

448



Natura giuridica degli organizzatori di formazione - Veneto 2007  
Suddivisione degli organizzatori di formazione in pubblici e privati



Tipologia Organizzazione di Formazione	Numero
Altro soggetto privato operante nell'ambito della formazione continua	168
Società scientifica o Associazione professionale tecnico-scientifica	79
Azienda ULSS-Azienda Ospedaliera	33
Università o Facoltà o Dipartimento Universitario	26
Policlinico o Istituto di cura pubblico o equiparato o privato accreditato	25
Ordine o Collegio o Associazione professionale rappresentativa della professione sanitaria	23
Scuola di formazione a carattere regionale	23
Fondazione a carattere scientifico o sanitario	21
Società o casa editrice	15
Altro ente pubblico operante nell'ambito della formazione continua	6
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	3
Ente o Agenzia regionale gestore di formazione in campo sanitario	2
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve)	1
<b>Totale</b>	<b>425</b>

*Strategie e percorsi in corso di definizione nel 2007*

L'obbligatorietà della formazione continua dei professionisti della salute viene tradotta, a fini pratici, nella frequenza ad esperienze formative di diverso tipo (residenziale, a distanza, sul campo ecc.) alle quali viene attribuito un valore, espresso in numero di crediti. Il sistema della Regione Veneto per il calcolo dei crediti è completamente automatizzato ed è effettuato da uno specifico software, messo a punto da un Comitato di esperti; i crediti sono però validati da un organismo regionale, previsto appunto dalle norme di legge, che si chiama "Commissione regionale ECM". La Commissione delibera sulle richieste di accreditamento provenienti dai cosiddetti providers, che sono soggetti pubblici e/o privati che organizzano la formazione (Aziende sanitarie, Università, Società Scientifiche, Ordini professionali, Privati ecc...). Ogni professionista della salute (medico, infermiere, biologo, veterinario ecc.), con un rapporto di dipendenza nel Servizio sanitario regionale, deve totalizzare 150 crediti in 5 anni. Il numero dei crediti acquisiti "dovrebbe" essere registrato in una anagrafe nazionale dei professionisti della salute, la cui realizzazione è stata affidata ad un Consorzio, denominato COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie), al quale fanno parte le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto di Educazione Continua in Medicina. Il progetto complessivo risulta ancora in fase di realizzazione per cui, nelle more della definizione dell'anagrafe unica, ogni Regione, ogni Associazione professionale, ogni Azienda sanitaria si sono organizzati autonomamente. Nella Regione del Veneto le Associazioni professionali, che devono certificare i percorsi formativi dei propri iscritti, in alcuni casi possiedono solo degli archivi cartacei, in altri casi sono state create delle banche dati informatizzate, che però non dialogano con nessun'altro sistema informativo regionale e/o nazionale. Il panorama complessivo è caratterizzato, come si può ben comprendere, da una grande frammentarietà e disomogeneità di soluzioni informatiche. Proporre soluzioni tecniche in un panorama tanto complesso, è decisamente difficile. Tuttavia in ambito regionale un importante lavoro in questo senso è stato avviato. La notevole mole di lavoro a carico del Centro regionale ECM, originata dall'alto numero degli eventi formativi proposti e dalla conseguente numerosità degli scambi documentari, ha determinato l'informatizzazione di quasi tutte le procedure di accreditamento. Il sistema veneto ha quindi utilizzato quasi esclusivamente le e-mail per la corrispondenza amministrativa e il Portale ECM per l'erogazione dei servizi di accreditamento (registrazione degli organizzatori e degli eventi) e per la gestione dei rapporti con i componenti degli organismi ECM (Commissioni, Comitati scientifici ecc.). Tutta la documentazione relativa ai corsi proposti per l'accREDITAMENTO è disponibile on line sia nella parte pubblica del sito che nell'area privata, riservata ai componenti della Commissione, che la utilizzano anche per la consultazione del materiale prima delle sedute ufficiali. L'attività del Centro ha dato origine a Banche dati diverse: degli Organizzatori, degli eventi, dei professionisti della salute che partecipano ai corsi, dei referenti

di formazione appartenenti alla rete regionale delle Aziende sanitarie ecc.. Quindi, una buona base per lo sviluppo di ulteriori miglioramenti. Ciò nonostante, se l'obiettivo non è solo la formazione, sia pure di qualità, ma anche un sistema efficiente, efficace e trasparente, allora non si può rinunciare ad affrontare il problema degli archivi, ovvero della corretta gestione dei documenti, della loro formazione accurata, dell'attenzione necessaria per la loro tenuta e per i modi in cui i documenti si comunicano e si conservano, soprattutto nell'esercizio di una funzione pubblica e di servizi all'utenza. Le norme e i regolamenti che presiedono ad una organizzazione efficiente, certa e trasparente dell'azione amministrativa ci sono da anni, perciò un'eventuale azione in questo senso può fruire di un ampio e importante supporto normativo. Se i requisiti di trasparenza, qualità, efficienza sono irrinunciabili, allora è necessario che ambiti diversi della Pubblica Amministrazione, contesti ed esperienze professionali differenti, sensibilità ed abilità anche distanti tra loro, si confrontino, parlino ed interagiscano, per ottenere una "soluzione", che non privilegi un aspetto del problema, rispetto ad altri, ma che metta insieme il tutto per la realizzazione di un sistema documentario, informativo e di comunicazione per l'Educazione Continua in Medicina. Per questo motivo la Regione del Veneto, attraverso il Centro ECM, ha già sviluppato una serie di funzionalità che permettono di gestire le attività correnti con maggiore rapidità, utilizzando appunto le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Mancano, come evidente, molte cose da fare, ma sicuramente la riprogettazione del sistema di gestione documentale non avrà un impatto troppo pesante sull'organizzazione del lavoro e delle attività, proprio in virtù del fatto che già molti processi sono già informatizzati. Le linee di tendenza su cui si intende operare sono le seguenti:

- le procedure inerenti la tracciabilità degli eventi formativi e delle loro modifiche ai fini della verifica retroattiva;
- l'utilizzo di standard condivisi per la promozione, l'utilizzo e la gestione dei flussi informativi dedicati alla formazione dei Professionisti della Salute;
- l'aggiornamento in automatico delle anagrafiche e superamento delle ridondanze informative (ripetizioni non indispensabili di informazioni e di dati);
- la gestione adeguata in termini di sicurezza e controllo degli accessi dei flussi informativi per l'accreditamento di eventi e di organizzatori di formazione, nonché del sistema dei documenti di natura amministrativa e tecnica;
- la corretta organizzazione e tenuta dei documenti prodotti dai diversi organismi che fungono da organi consultivi e deliberativi del Centro (Commissione regionale ECM, Consulta delle professioni, Comitato tecnico scientifico);
- l'orientamento alla qualità, all'interoperabilità applicativa e alla riusabilità in contesti diversi delle diverse anagrafiche esistenti, in particolare di quelle relative ai professionisti, tenute rispettivamente dal Centro medesimo, ma anche da Ordini, Collegi e Associazioni

Professionali e di quelle relative agli organizzatori di formazione;

Per ottenere tutto ciò si è deciso di utilizzare lo standard XML (Extensible Markup Language), ovvero un insieme standard di regole sintattiche per modellare la struttura di documenti e dati. Per comprendere l'utilità dell'XML, basta pensare al linguaggio HTML utilizzato in Internet, che permette di visualizzare la pagine Web. Questo si limita a dare solo una forma e un aspetto, in altre parole uno stile, alle informazioni. Per strutturare le informazioni e quindi renderle anche maggiormente rintracciabili in rete è stato successivamente sviluppato un metalinguaggio in grado di gestire e strutturare le informazioni: l'XML. La sua particolarità è dovuta al fatto che, per natura, XML è nato per "descrivere dati". Ecco perché per la rappresentazione e la memorizzazione dei documenti, si è pensato all'adozione di una piattaforma XML nativa di Records Management ed Information Retrieval (motore di ricerca) che mediante l'aggregazione di informazioni in "Unità Informative intelligibili ed autoconsistenti" garantirà l'interoperabilità, l'intelligibilità, l'integrità, i diritti di accesso, il versioning e la storia degli accessi ai dati. Il sistema documentale si baserà quindi sull'utilizzo di oggetti in formato standard ed aperto, la cui intelligibilità d'insieme non dipenderà da alcun software specifico. Il passo successivo, che tuttavia si ritiene debba essere presente nelle sue funzionalità sin dalla prima fase di sviluppo del sistema documentario, riguarda la creazione di un portale del Centro ECM che offra veri servizi, possibilmente recuperando in automatico informazioni e documenti esistenti all'interno dell'Amministrazione. Il portale istituzionale avrà un alto valore comunicativo del Centro, quindi correttezza, tempestività e tracciabilità delle informazioni pubblicate sul sito, saranno requisiti fondamentali, ma allo stesso tempo sarà fondamentale garantire dinamicità, attrattiva e flessibilità della veste grafica nella completa separazione fra presentazione e contenuti. Per permettere di organizzare e facilitare la creazione e diffusione di documenti e altri contenuti, si utilizzerà un Content Management System (CMS) in grado di garantire attraverso adeguate scelte tecnologiche e modelli d'interfaccia accessibili, la gestione flessibile del ciclo di vita dell'informazione e dei documenti in genere, secondo uno schema redazionale di tipo collaborativo. Il Content Management System, letteralmente sistema di gestione dei contenuti, è uno strumento software installato su un server web studiato per facilitare la gestione dei contenuti di siti web, evitando la necessità di conoscenze tecniche di programmazione. Esistono CMS specializzati, cioè appositamente progettati per un tipo preciso di contenuti (un'enciclopedia on-line, un blog, un forum, ecc.) e CMS generici, che tendono ad essere più flessibili per consentire la pubblicazione di diversi tipi di contenuti. Tecnicamente un CMS è un'applicazione lato server, divisa in due parti: la sezione di amministrazione (back end), che serve ad organizzare e supervisionare la produzione dei contenuti, e la sezione applicativa (front end), che l'utente web usa per fruire dei contenuti e delle applicazioni del sito. Il CMS sarà realizzato affinché i contenuti si "dispongano" alle esigenze di comunicazione piuttosto che ad una struttura di funzionamento intrinseca: sarà il più specializzato possibile per garantire la

migliore efficienza di comunicazione, consentendo la gestione di più portali (multisito e multi azienda) e lo sviluppo ed integrazione di componenti ad hoc. Oltre a garantire la multicanalità ed il supporto multilingua, il CMS garantirà la velocità e la facilità di creazione di siti temporanei per iniziative e/o esigenze specifiche. Per tali esigenze sarà fondamentale prevedere un modello "comunicativo" realizzato attraverso l'utilizzo di strumenti e funzionalità tipiche della "web community" (forum, liste di distribuzione, wiki etc.). Questa soluzione consentirà ad esempio ai professionisti di ricevere automaticamente notizie di corsi inerenti al proprio profilo d'interesse, di poter partecipare a forum di discussione per approfondimenti di corsi effettuati, di accedere ai corsi in e-learning proposti, ecc.. La scelta di standard aperti come il formato XML unitamente alle caratteristiche funzionali di ricerca espresse dalla piattaforma di Record Management, potranno favorire importanti e innovativi scenari evolutivi del portale ECM verso il "Web Semantico" attraverso la creazione di processi di classificazione e distribuzione automatica dei documenti e contenuti. Obiettivo ambizioso (ma non impossibile) è anche quello di garantire un'efficace condivisione se non il pieno riuso delle informazioni sia in termini di interoperabilità con strutture esterne che non adottino necessariamente le stesse soluzioni tecnologiche, sia in riferimento alle possibilità di conservare i documenti e le informazioni, nonché gli strumenti di interrogazione anche a distanza di tempo senza ricorrere a costosi interventi di migrazione. La cooperazione applicativa d'integrazione, con sistemi già attivi presso l'Amministrazione (ad esempio il protocollo informatico della Regione Veneto), o con sistemi in corso di realizzazione (l'anagrafe nazionale dei professionisti della salute), rispecchia gli obiettivi di riuso e interoperabilità indicati. Analogamente, ma questa volta come fornitore di servizi, saranno predisposti servizi per la produzione, l'integrazione e la consultazione dei contenuti gestiti dal Centro ECM (cooperazione per richiesta di servizio). Per esempio un provider potrà inoltrare e integrare le proprie domande d'accreditamento corsi, direttamente dall'interno del proprio sistema gestionale. A completare il quadro della cooperazione applicativa saranno segnalati, ad applicativi di terze parti interessate a questo servizio, eventi di modifica dei contenuti gestiti dal Centro (cooperazione per eventi). Per rimanere nell'ambito dell'esempio sopra riportato, una volta accreditato un corso da parte degli organismi ECM, potrà essere comunicato l'accreditamento direttamente al sistema gestionale del provider, senza che questo debba quotidianamente accedere al portale del Centro per verificare lo stato della propria domanda. Rispetto a tutte le azioni enunciate, il primo obiettivo del progetto che la Regione del Veneto sta perseguendo è la costituzione del fascicolo archivistico informatizzato del professionista. Questo fascicolo conterrà tutta la documentazione prodotta di pertinenza del professionista, ad esempio gli attestati di partecipazione ai corsi ECM frequentati, nei quali sono indicati anche i crediti acquisiti per ciascun corso/esperienza formativa effettuata, le domande d'iscrizione ai corsi, le certificazioni necessarie, ecc.. Il fascicolo, si strutturerà in modo automatico,

attraverso il riuso delle informazioni contenute all'interno del sistema informativo ECM e sarà messo a disposizione di tutti i soggetti autorizzati, ad esempio delle Associazioni professionali per permettere loro di certificare, quindi validare, i percorsi formativi dei propri associati. Altri soggetti autorizzati potrebbero essere, oltre naturalmente ai professionisti a cui è intestato il fascicolo, i provider, le Aziende Sanitarie, il Ministero della Salute, e tutti gli altri attori coinvolti nel Sistema ECM.

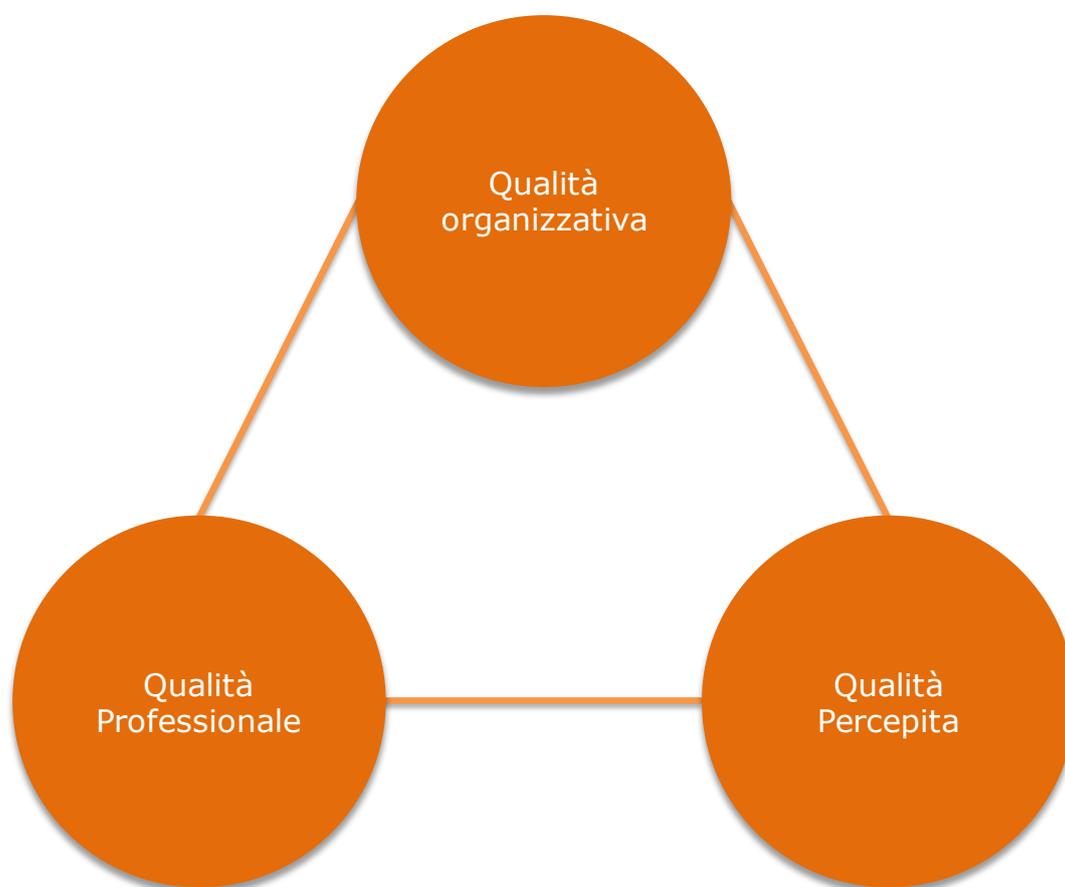
## 6.2 Qualità e accreditamento

---

La Regione del Veneto ha intrapreso da tempo un percorso di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni forniti. L'approccio utilizzato per descrivere i progetti e le attività attuate a questo riguardo riprende la tradizionale distinzione, secondo cui il significato di qualità è declinabile secondo tre dimensioni, ognuna delle quali può essere letta come espressione delle richieste (anche contrastanti) dei principali portatori di interesse (stakeholders), che devono essere integrate e mediate per specificare la qualità di un servizio:

- *Qualità organizzativa*, che riguarda l'utilizzo più efficace e produttivo delle risorse da parte del management nei limiti posti dalle prescrizioni normative e dagli obiettivi fissati dalle autorità regionali o dagli enti che acquistano le prestazioni;
- *Qualità professionale*, che identifica il ruolo e il punto di vista dei professionisti e degli operatori che forniscono cura e assistenza;
- *Qualità percepita*, che raccoglie le aspettative dei clienti (esterni o interni) come singoli individui o come gruppi.

I paragrafi seguenti utilizzano questa distinzione per descrivere i progetti e i risultati rilevati nella Regione del Veneto nell'ambito della qualità.



## Quadro interpretativo della qualità nella Regione del Veneto in ambito Sanitario, Socio Sanitario e Sociale<sup>4</sup>

### Qualità organizzativa

- Accreditamento di eccellenza
- Accreditamento istituzionale
- Sistemi di Gestione per la Qualità ISO
- Qualità Totale - Total Quality Management (TQM)
- Modello EFQM (European Foundation for Quality Management)

### Qualità Professionale

- Indicatori dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Appropriatelyzza
- Evidence-based Medicine (EBM) - Medicina basata sulle prove di efficacia
- Risk Management - Gestione del rischio
- Accreditamento Professionale

### Qualità Percepita (soddisfazione dei cittadini utenti)

- Segnalazioni
- Indagini sulla soddisfazione dei cittadini utenti
- Carta dei servizi
- Umanizzazione
- Audit Civico

### *Sistemi di Gestione per la Qualità*

La Regione del Veneto ha condotto su questo tema nell'anno 2007 (con dati riferiti al 2006) un'indagine ad hoc sviluppata con un questionario presso tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere e tutte le strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSSR) con l'obiettivo di conoscere i Sistemi Aziendali di Gestione per la Qualità, in termini di organizzazione, formazione, progettualità e approcci di riferimento utilizzati. Il Sistema di Gestione per la Qualità, se impostato correttamente, è uno strumento di tipo gestionale che non può prescindere dalle caratteristiche del processo e/o del servizio erogato. Le metodologie per implementarlo vengono quindi individuate e gestite facendo ricorso, ove possibile, ai riferimenti stabiliti dalle società medico scientifiche e dalla letteratura, riferimenti

<sup>4</sup> Si fa qui riferimento alle attività della Regione del Veneto poste in essere mediante l'ARSS Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, istituita con legge regionale 29 novembre 2001, n. 32, parzialmente modificata dall'art.9 della legge regionale 19 dicembre 2003, n. 41, quale ente strumentale della Regione Veneto dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile di supporto tecnico in materia di Sanità e Servizi Sociali.

che ciascuna struttura sanitaria deve avere l'autorità e la responsabilità di scegliere, adottare e documentare (Sincert 2001). In Sanità i Sistemi di Gestione per la Qualità si stanno progressivamente trasformando in una leva strategica per far sì che l'organizzazione aziendale risponda sempre più ai bisogni dei cittadini utenti. Ecco i risultati emersi nel Veneto per l'anno 2006: i dati e le informazioni sono riferiti a 22 Aziende Sanitarie sulle 23 esistenti e 22 strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate (Case di Cura private e Ospedali Classificati) sulle 27 esistenti.

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Unità Organizzativa per la Qualità	Istituita: 20 Aziende	Istituita: 10 Strutture
	Non istituita: 2 Aziende	Non istituita: 12 Strutture

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Collocazione nell'organigramma aziendale (solo Unità Organizzative istituite)	Staff Direzione Generale: 11	Staff Direzione Generale/Consiglio Amministrazione/Presidente: 9
	Staff Direzione Sanitaria: 4	Staff Direzione Sanitaria: 1
	Staff Direzione Amministrativa: 1	Staff Direzione Amministrativa: 0
	Altro: 4	Altro: 0

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Responsabile Unità Organizzativa per la Qualità	Responsabili nominati totali: 19	Responsabili nominati totali: 10
	di cui:	di cui:
	- 8 medici	- 2 medici
	- 4 altri laureati ruolo sanitario	- 1 psicologo
	- 5 amministrativi	- 1 infermiere
	- 1 statistico	- 4 amministrativi
	- 1 laureato Scienze della Formazione	- 2 con profilo non indicato

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Referente Unità Organizzativa per la qualità	Referenti nominati totali: 5	Referenti nominati totali: 10, tutti in Strutture senza Unità Organizzativa
	di cui:	Referenti nominati totali: 10, tutti in Strutture senza UO,
	- 2 nelle 2 Aziende ULSS senza U.O. (1 amministrativo e 1 medico), di cui:	di cui:
	- 1 medico e 1 amministrativo	- 3 medici
	- 3 referenti per la qualità nell'ambito di U.O. con molteplici funzioni, di cui:	- 1 psicologo
	- 1 infermiere	- 1 infermiere
	- 2 amministrativi	- 5 amministrativi
1 Azienda ULSS con Unità Organizzativa per Qualità istituita non ha nominato il responsabile.	2 Strutture senza Unità Organizzativa non hanno indicato un referente per la qualità	

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Comitato aziendale per la qualità	Istituito: 11 Aziende, di cui 8 con atto formale	Istituito: 15 Strutture, di cui 7 con atto formale
	Non istituito: 11 Aziende	Non istituito: 7 Strutture

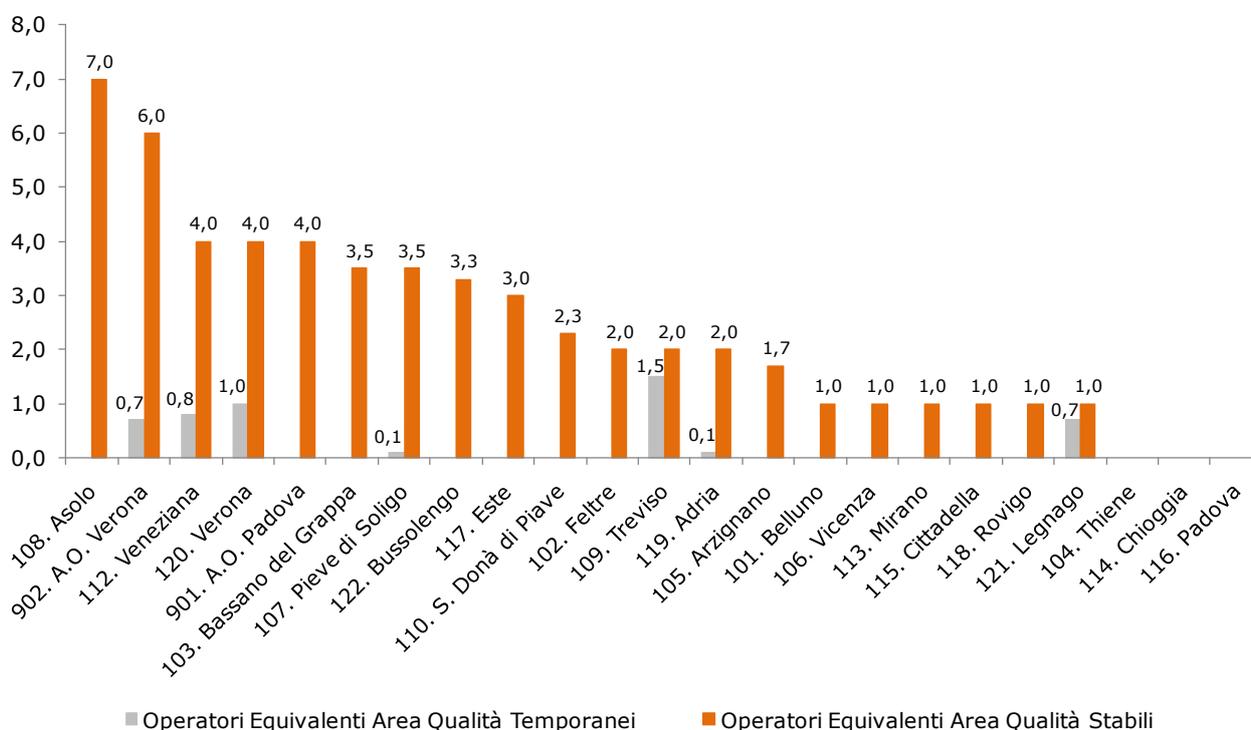
	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Rete di referenti per la qualità per Dipartimento/Unità Organizzativa/Servizio	Attivata: 20 Aziende, di cui 17 in tutti o nella maggioranza dei Dipartimenti/UO/ Servizi	Attivata: 13 Strutture, di cui 11 in tutti o nella maggioranza dei Dipartimenti/UO/ Servizi
	Non attivata: 2 Aziende	Non attivata: 8 Strutture

\* una Struttura non ha risposto alla domanda

	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Piano strategico per la qualità	Presente: 11 Aziende (in 5 Aziende allegato al Piano Attuativo Locale PAL)	Presente: 12 Strutture (in 7 Strutture allegato al Piano Strategico Generale PSG)
	Non presente: 11 Aziende	Non presente: 10 Strutture
Programma operativo gestionale annuale per la qualità	Presente: 15 Aziende (in 10 Aziende approvato con atto formale del Direttore Generale)	Presente: 13 Strutture (in 12 Strutture approvato con atto formale dalla Direzione)
	Non presente: 7 Aziende	Non presente: 9 Strutture

Monitoraggio implementazione Programma operativo gestionale annuale	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
	Attivo: 12 Aziende	Attivo: 11 Strutture
	Non attivo: 3 Aziende	Non attivo: 2 Strutture
	Non pertinente in quanto non è presente: 7 Aziende	Non pertinente in quanto non è presente: 9 Strutture

Personale assegnato (stabilmente o temporaneamente) all'Unità Organizzativa per la Qualità - Aziende Sanitarie del Veneto 2006



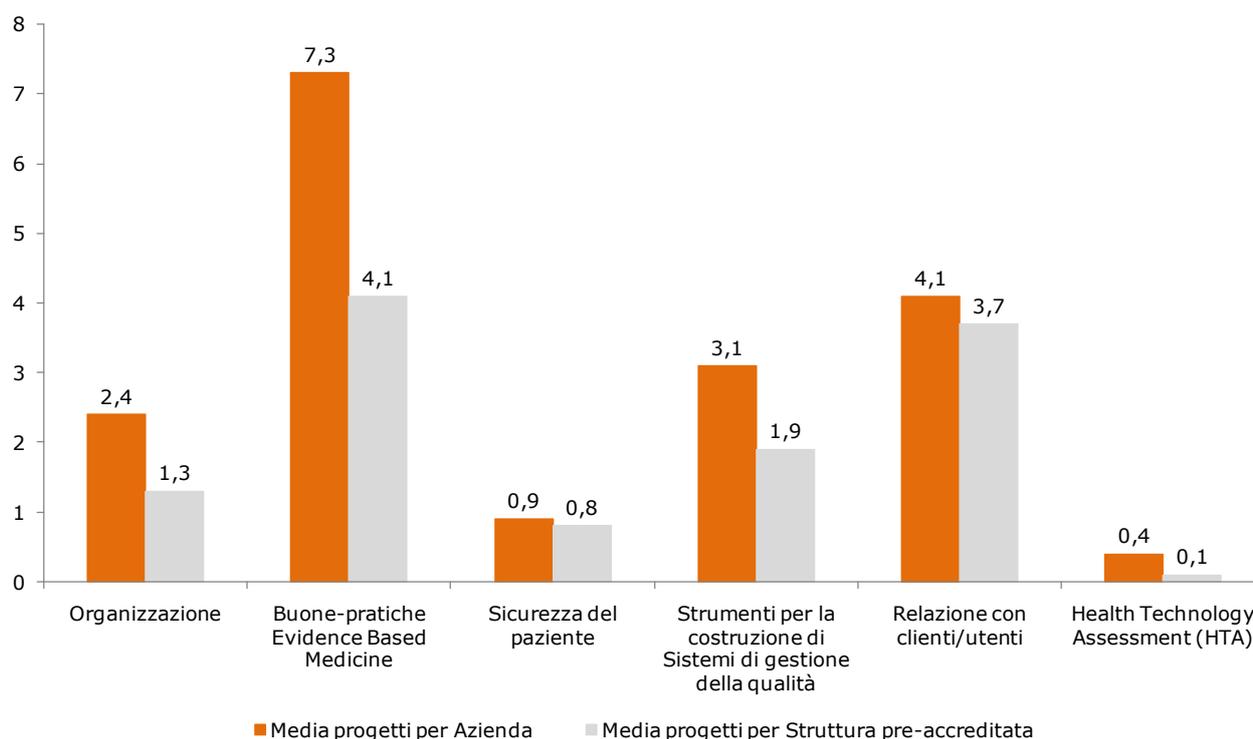
Progetti di miglioramento della Qualità attivi (Anno 2006)		Aziende e Strutture con progetto attivato			
Macroaree progettuali	Progetti specifici segnalati	Aziende ULSS e ospedaliere		Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate	
		Numero Aziende	%	Numero Strutture	%
Organizzazione	Progetti totali segnalati, di cui:	53		29	
	Revisione dell'utilizzo delle risorse	14	63,6	9	40,9
	Accessibilità ai servizi	15	68,2	5	22,7
	Reingegnerizzazione processi amministrativi	11	50	5	22,7
	Acquisti e logistica	13	59,1	10	45,5

Progetti di miglioramento della Qualità attivi (Anno 2006)		Aziende e Strutture con progetto attivato			
Macroaree progettuali	Progetti specifici segnalati	Aziende ULSS e ospedaliere		Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate	
		Numero Aziende	%	Numero Strutture	%
Buone-pratiche Evidence Based Medicine	Progetti totali segnalati, <i>di cui:</i>	161		90	
	Valutazione dei bisogni della popolazione	8	36,4	3	13,6
	Appropriatezza dell'assistenza	16	72,7	16	72,7
	Indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza/servizi	18	81,8	15	68,2
	Continuità assistenziale	17	77,3	7	31,8
	Piano assistenziale	12	54,5	7	31,8
	Cartella clinica e cartella infermieristica	19	86,4	17	77,3
	Valutazione e gestione del dolore	18	81,8	6	27,3
	Sostegno psicologico e counseling a clienti/utenti e personale	11	50	6	27,3
	Valorizzazione del ruolo infermieristico	13	59,1	7	31,8
	Telemedicina	15	68,2	3	13,6
	Reingegnerizzazione processi sanitari	14	63,6	3	13,6
Sicurezza pazienti	Progetti totali segnalati, <i>di cui:</i>	20		17	
	Risk management, compresi sistemi di sorveglianza	20	90,9	17	77,3
Strumenti per la costruzione di Sistemi di gestione della qualità	Progetti totali segnalati, <i>di cui:</i>	69		42	
	Programma regionale di Autorizzazione all'esercizio	22	100	17	77,3
	Programma regionale di Accredimento istituzionale	17	77,3	10	45,5
	Programma regionale di Accredimento di eccellenza	6	27,3	0	0
	Altri sistemi di gestione per la qualità:				
	- ISO 9000-9001-13485	19	86,4	15	68,2
	- Altri sistemi (Centro Nazionale Trapianti, EFI, CPA, EFQM)	5	22,7		0
Relazione con clienti/utenti	Progetti totali segnalati, <i>di cui:</i>	91		81	
	Collegamento/coinvolgimento della comunità	9	40,9	2	9,1
	Coinvolgimento e informazione dei clienti/utenti	16	72,7	15	68,2
	Privacy	19	86,4	21	95,5
	Questioni di natura etica	8	36,4	7	31,8
	Soddisfazione del cliente/utente	14	63,6	18	81,8
	Soddisfazione del personale	10	45,5	5	22,7
	Miglioramento della qualità alberghiera	15	68,2	13	59,1
HTA	Progetti totali segnalati, <i>di cui:</i>	8		2	
	Health Technology Assessment (HTA)	8	36,4	2	9,1

L'Health Technology Assesment (HTA) è una metodologia per valutare le prestazioni sanitarie erogate o comunque disponibili, e pianificare e gestire in modo più funzionale l'assistenza ai

cittadini. Il termine "tecnologia" si riferisce tanto agli interventi terapeutici e riabilitativi quanto agli strumenti, alle apparecchiature, alle procedure mediche e chirurgiche, ai protocolli d'intervento e d'assistenza, alle applicazioni informatiche (per esempio, la cartella clinica elettronica), e non ultimo ai sistemi organizzativi e gestionali. L'HTA valuta quindi l'efficacia sperimentale, l'efficacia pratica e l'efficienza di ciascuna "tecnologia" che prende in esame (definizione tratta dalla Biblioteca Medica Virtuale – Il Pensiero Scientifico Editore).

Media progetti di miglioramento della qualità attivi per Azienda Sanitaria e per Struttura Privata pre-accreditata - Veneto 2006



461

### Qualità organizzativa: il Sistema di Autorizzazione e Accreditamento

Il processo di miglioramento continuo della qualità (MCQ) delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali viene condotto attraverso i processi di autorizzazione e accreditamento. La legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 disciplina i processi di Autorizzazione all'Esercizio e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, pubbliche e private, anche a carattere non lucrativo e promuove la qualità del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale, affinché l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico e venga erogata in condizioni di efficacia ed efficienza, nonché di equità e pari accessibilità per tutti i cittadini e di appropriatezza rispetto ai reali bisogni della persona.

Con l'approvazione della legge regionale succitata, sono stati definitivamente sanciti due principi fondamentali:

- la parità tra erogatore pubblico ed erogatore privato;
- il governo del settore sanitario, socio-sanitario e sociale attraverso i due istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITamento.

Nell'ambito delle strategie della nostra Regione, l'attuazione della legge regionale n. 22/02 infatti non è finalizzata a perseguire un mero fine amministrativo, bensì a realizzare le basi per costruire la Qualità di tutto il sistema erogativo regionale. Il modello veneto della Qualità perciò prevede i seguenti passaggi nell'ottica di un miglioramento continuo.



La legge regionale n. 22/02 prevede che le strutture per essere autorizzate e accreditate siano in possesso di determinati requisiti. Prima di intraprendere l'iter procedurale per il rilascio dell'autorizzazione e l'accREDITamento alle strutture è richiesto di:

*Classificarsi tra le diverse tipologie di strutture*

Identificarsi all'interno della struttura comporta dichiarare la propria "identità" e individuare l'autorità competente al rilascio degli atti e i requisiti su cui valutarci.

Le strutture si classificano per tipologia:

- di *tipo A* strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
- di *tipo B* strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale (Ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio);

- di *tipo C* strutture che erogano prestazioni in regime residenziale extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno di carattere intensivo od estensivo;
- di *tipo D* strutture sociali;

Le strutture si classificano inoltre per ambito:

- SA Sanitario
- SS Socio-Sanitario
- SO Sociale

La classificazione della struttura comporta anche l'identificazione dell'autorità competente a cui fare domanda di autorizzazione e accreditamento.

#### *Autovalutarsi attraverso specifici requisiti*

Alle strutture è chiesto poi di effettuare l'autovalutazione attraverso la compilazione delle liste di verifica che ha come obiettivi:

- l'individuazione delle carenze della struttura e gli eventuali correttivi;
- la determinazione delle evidenze a supporto dei requisiti rispettati.

L'autovalutazione inoltre, come conseguenza generale, lo stimolo ad un processo di apprendimento organizzativo continuo delle strutture sulla base dei loro punti di forza e di debolezza in funzione di un miglioramento continuo della qualità.

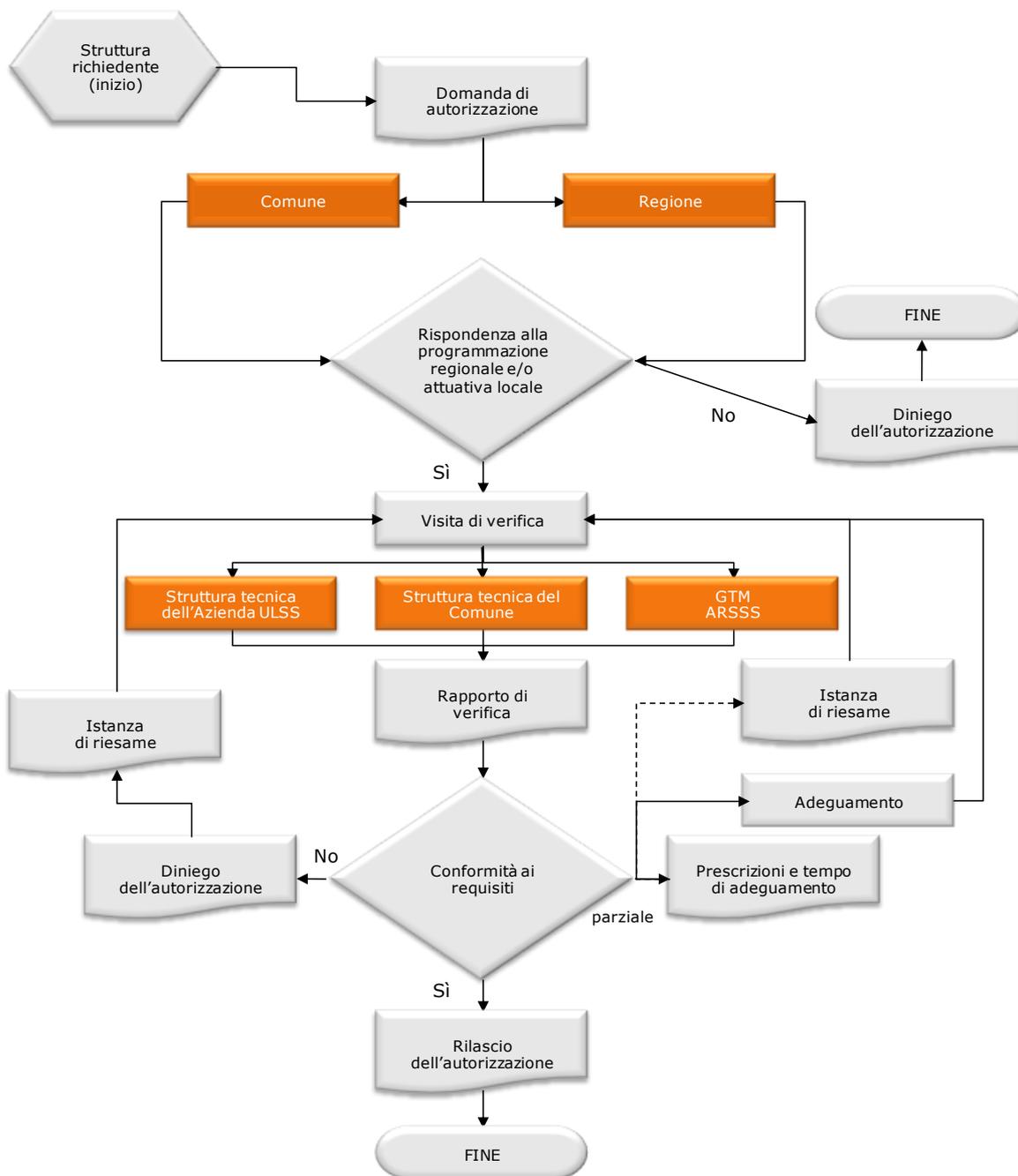
#### *Sottoporsi alla verifica*

La verifica dei requisiti generali e specifici valuta, in caso di autorizzazione l'esistenza di vari elementi quali garanzie minime di qualità, in caso di accreditamento il "modus operandi". I requisiti per l'autorizzazione (che hanno valutazione dicotomica - Sì o No) riguardano requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici, funzionali e organizzativi, quelli dell'accreditamento invece (che hanno una scala di valutazione 0%, 60%, 100%) solo i requisiti organizzativi.

Un volta presentata la domanda all'ente competente e con la debita documentazione si dà avvio all'iter procedurale. La procedura dell'autorizzazione deve (e doveva) essere intrapresa dai seguenti soggetti al relativo ente competente:

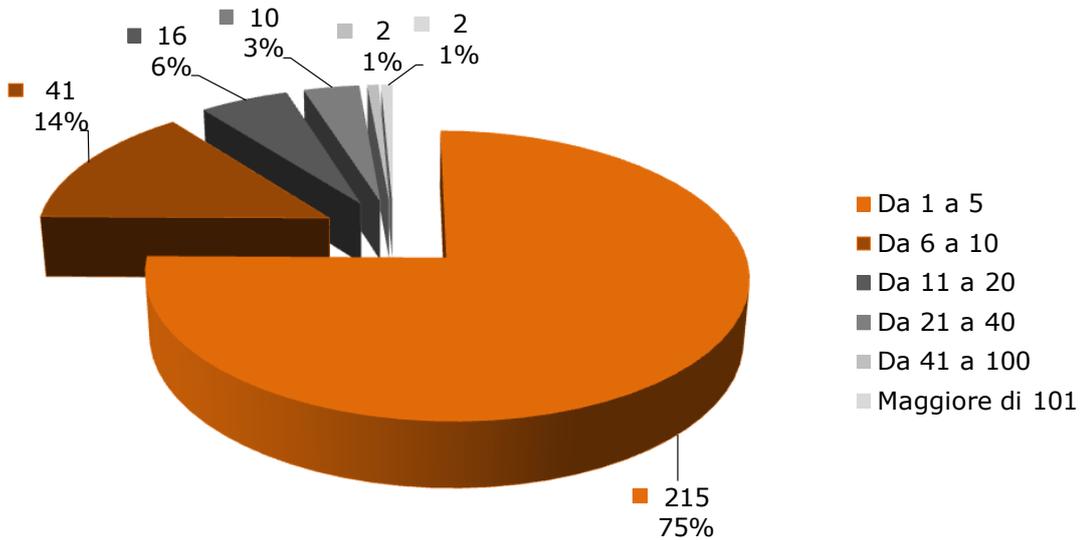
Soggetti coinvolti	Termine presentazione domanda	Termine evasione istanza
Nuove strutture o parti di strutture interessate da lavori di adeguamento	A richiesta	Entro 180 dall'arrivo della domanda
Ambulatori e studi specialistici già in esercizio e privi di autorizzazione	Già scaduto (31 dicembre 2005)	Entro 360 dall'arrivo della domanda
Strutture già autorizzate ed in esercizio (conferma di autorizzazione)	Già scaduto (entro 14 settembre 2007)	Entro 360 dall'arrivo della domanda (salvo modifiche con prossime delibere)

Rispetto ai termini di presentazione della domanda e all'espletamento delle pratiche necessarie, va considerato il fatto che l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento hanno subito adeguamenti e affinamenti delle procedure e dei requisiti. Così, vi sono state nel periodo considerato delle variazioni che hanno allungato i termini inizialmente stabiliti. Ora però il procedimento può considerarsi consolidato. Le autorità competenti al rilascio dei provvedimenti autorizzativi sono i Comuni e le Direzioni regionali competenti. Il provvedimento viene rilasciato a seguito della visita autorizzativa che può essere svolta dalla struttura tecnica del Comune, dell'Azienda ULSS o dal Gruppo Tecnico Multiprofessionale (GTM) dell'ARSS Agenzia Regionale Socio Sanitaria. L'iter procedurale è il seguente (diagramma di flusso):



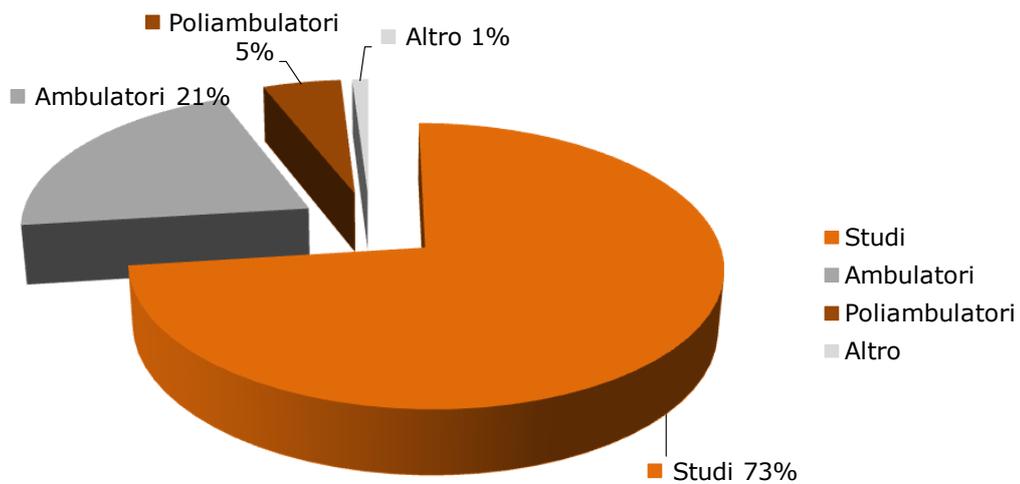
Analizzando i provvedimenti rilasciati dai Comuni si nota come dei 581 Comuni del Veneto ne siano stati coinvolti 286 di cui il 75% però ha rilasciato negli anni meno di 5 autorizzazioni.

Autorizzazione all'esercizio (dati sino al primo semestre 2008)  
Numero provvedimenti rilasciati dai Comuni

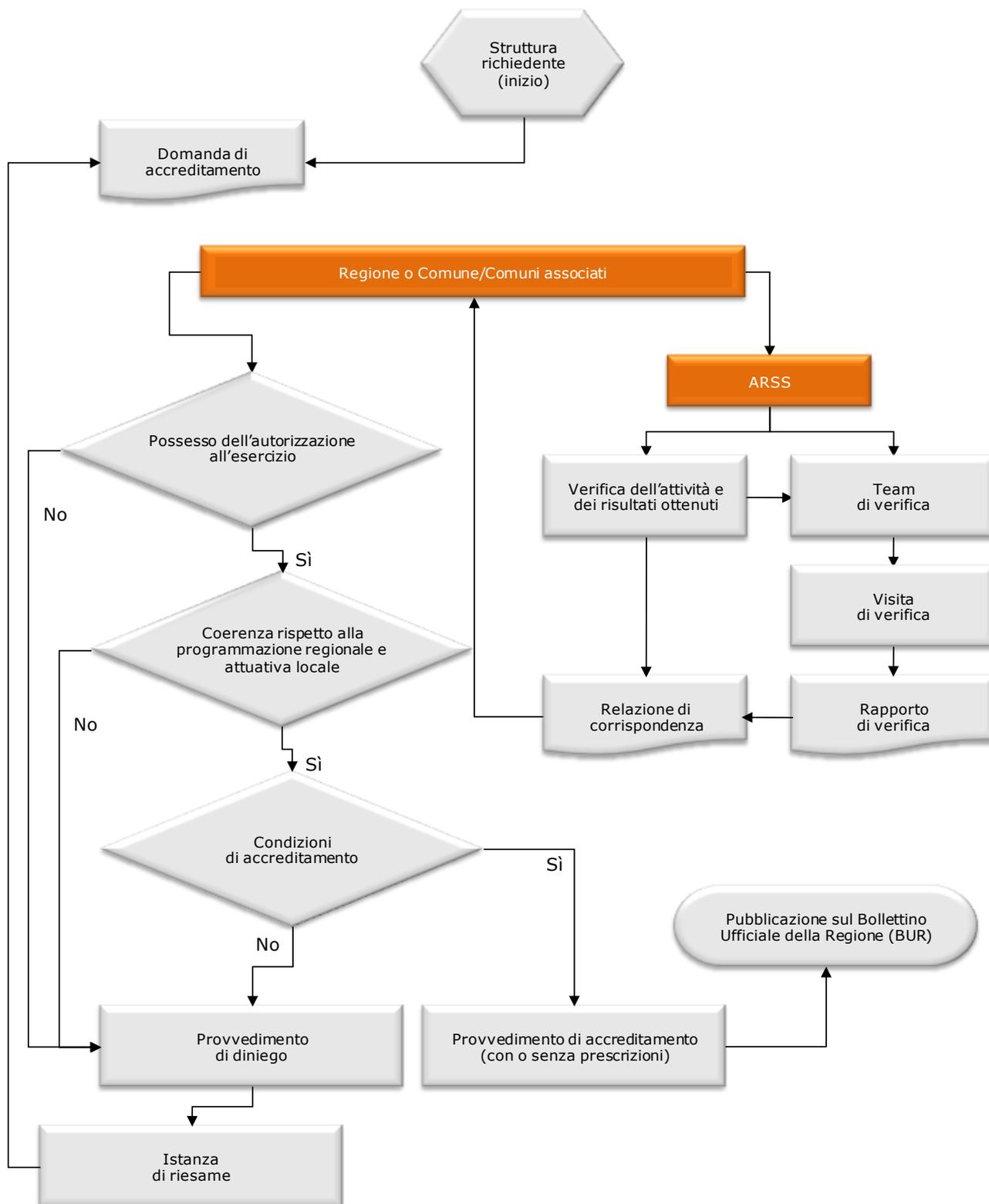


Per quanto riguarda le tipologie di strutture autorizzate si nota come in prevalenza siano studi (1.362) di cui 1.264 odontoiatrici. La voce "Altro" comprende le strutture di sanità animale e veterinarie.

Autorizzazione all'esercizio (dati sino al primo semestre 2008)  
Ambito di attività nei provvedimenti rilasciati dai Comuni



A fine 2007 le visite di autorizzazione delegate al GTM ARSS erano 307. Negli ultimi mesi del 2007 inoltre sono iniziate le visite di verifica alle Aziende ULSS. A differenza degli anni precedenti (2005 e 2006) nel 2007 è partita la procedura per il rilascio dell'accreditamento istituzionale. Questo lo schema procedurale:



466

Attualmente nella Regione del Veneto non sono ancora stati stabiliti i parametri di programmazione socio-sanitaria regionale e attuativa locale. Al fine di sanare questa situazione, limitatamente al settore sanitario, è stato stabilito che gli erogatori di prestazioni sanitarie che presentano, o hanno già presentato, domanda di accreditamento istituzionale alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, possono ottenere da parte dell'Agenda Regionale Socio Sanitaria del Veneto, quale organo delegato alle visite di verifica da parte della Direzione Servizi Sanitari regionale, un' "Attestazione di Idoneità al Sistema di Qualità Regionale" che le inserisce, indipendentemente dall'accREDITamento istituzionale, nel sistema veneto di Miglioramento Continuo della Qualità. Questa attestazione non costituisce vincolo per la Regione né per le Aziende ULSS, all'instaurazione di qualsivoglia rapporto per l'erogazione delle prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. Per i soggetti che abbiamo ottenuto l'Attestazione di Idoneità al Sistema di Qualità Regionale, si ritiene opportuno, una volta definita la programmazione regionale, valutare direttamente la coerenza con la stessa e, in caso di esito positivo, l'attestazione di cui trattasi verrà trasformata in provvedimento di accREDITamento, senza necessità di effettuare una nuova verifica della sussistenza dei requisiti di qualificazione. In questo modo in coerenza con quanto previsto dall'articolo 16 della legge regionale n. 22/2002, lo status di accREDITato verrà riservato esclusivamente agli erogatori che saranno riconosciuti rispondenti alle scelte di programmazione regionale e attuativa locale, ed il relativo riconoscimento è subordinato alla concretizzazione di dette scelte, laddove ancora non avvenuta. Pertanto le 30 visite di verifica di accREDITamento effettuate nel 2007 sono visite di attestazione di idoneità al sistema di qualità regionale.

L'analisi che segue riguarda invece i rapporti delle visite di verifica condotte dal Gruppo Tecnico Multiprofessionale coordinato dall'ARSS (GTM ARSS). A seguito della visita il Team di verifica redige un rapporto con l'indicazione dei risultati della visita, che possono indicare i seguenti esiti:

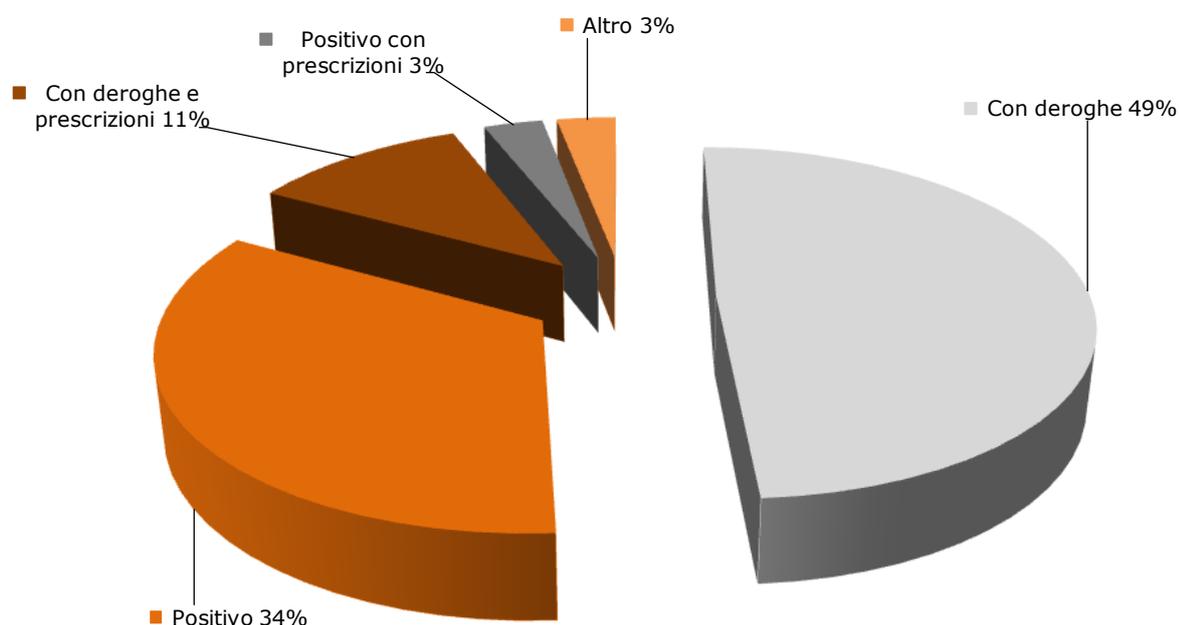
- *Positivo* - Esito di una visita di verifica nella quale si è riscontrata la piena corrispondenza di tutti i requisiti generali e minimi specifici di autorizzazione all'esercizio ex l.r. n. 22/02. Le strutture che iniziano ex novo l'attività devono avere un'autorizzazione con esito positivo per poter esercitare la propria attività.
- *Positivo con prescrizioni* - Esito di una visita di verifica nella quale si è riscontrata la corrispondenza dei requisiti generali e minimi specifici di autorizzazione all'esercizio ex l.r. n. 22/02 ad eccezione di alcuni per i quali si richiede un'integrazione, da presentare entro i tempi stabiliti, che può essere di natura documentale o legata alla regolarizzazione della situazione attuale con i requisiti richiesti.
- *Con deroghe e prescrizioni* - Esito di una visita di verifica nella quale si è riscontrata la corrispondenza dei requisiti generali e minimi specifici di autorizzazione all'esercizio ex ex

l.r. n. 22/02 ad eccezione di alcuni o di tutti i requisiti di natura strutturale di cui al punto precedente e di alcuni per i quali si richiede un'integrazione, da presentare entro i tempi stabiliti, che può essere di natura documentale o legata alla regolarizzazione della situazione attuale con i requisiti richiesti.

- *Con deroghe motivate* - Esito di una visita di verifica nella quale si è riscontrata la corrispondenza dei requisiti generali e minimi specifici di autorizzazione all'esercizio ex ex l.r. n. 22/02 ad eccezione di alcuni o di tutti i seguenti requisiti di natura strutturale:
  - GENER08.AU.1.4 – Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di barriere architettoniche
  - GENERAMB.AU.1.1 – I locali e gli spazi sono coerenti alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
  - GENERAMB.AU.1.2.6 – Presenza di servizio igienico del personale
  - GENERAMB.AU.1.2.8 – Presenza di servizi igienici per gli utenti con handicap.

Aziende ULSS	Numero di verifiche svolte dal GTM ARSS divise per AU e AC anno 2007	
	Autorizzazioni all'esercizio 2005-2007	Accreditamento istituzionale 2007
101. Belluno	2	
102. Feltre	1	
103. Bassano del Grappa	18	2
104. Thiene	0	4
105. Arzignano	1	2
106. Vicenza	5	2
107. Pieve di Soligo	3	1
108. Asolo	3	2
109. Treviso	18	2
110. S. Donà di Piave	4	2
112. Veneziana	18	
113. Mirano	91	2
114. Chioggia	35	
115. Cittadella	7	
116. Padova	68	4
117. Este	11	1
118. Rovigo	5	
119. Adria	0	
120. Verona	5	4
121. Legnago	0	
122. Bussolengo	12	
<b>Veneto</b>	<b>307</b>	<b>28</b>

Esisti dei rapporti di verifica delle visite di verifica del GTM ARSS. Dati aggiornati al Primo Trimestre 2007

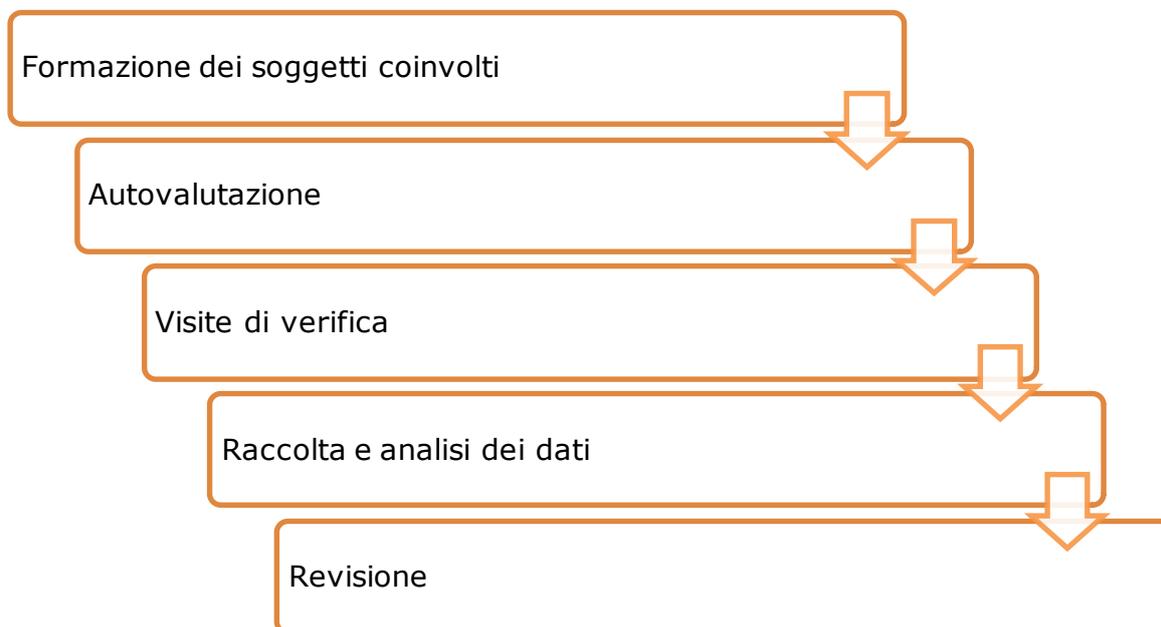


*Area sociale: autorizzazione e accreditamento*

Dal 2005 la Regione del Veneto ha organizzato una sperimentazione dell'applicazione della legge regionale n. 22/02 nelle strutture socio sanitarie e sociali, che ha coinvolto tutto il territorio regionale, per tutte le tipologie d'unità d'offerta interessate, per un totale di oltre 200 servizi come descritto nella seguente tabella.

AREE ASSISTENZIALI	STRUTTURE		
	Campione		Esistenti
	Numero	% su esistenti	Numero
Area Anziani	34	10,6%	321
Area Disabili	52	14,9%	349
Area Minori	34	24,3%	140
Area Infanzia	49	10,3%	474
Area Dipendenze	25	21,0%	119
Strutture residenziali a prevalente carattere sanitario	8	14,3%	56
<b>Totale generale</b>	<b>202</b>	<b>13,8%</b>	<b>1.459</b>

La sperimentazione si è articolata sulle seguenti fasi:



La compilazione simultanea di liste di verifica e questionario ha permesso di cogliere elementi utili alle valutazioni di merito necessarie all'individuazione degli standard e dei requisiti definitivi da applicare, quali:

- corretto inquadramento di standard e requisiti (autorizzazione vs accreditamento);
- coerenza fra standard e requisito;
- chiarezza dello standard in termini di stesura;
- metodologia di valutazione;
- livello dello scostamento;
- situazioni particolari non inquadrabili nelle proposte sperimentate.

I principali risultati dell'analisi dei report è riassunta nelle seguenti tabelle che evidenziano le tipologie di requisiti non rispettati, per i quali c'è stata una proposta di modifica da parte delle Direzioni Regionali competenti, da apportare a standard e requisiti problematici. Nel 2007 sono stati approvati come esito della sperimentazione gli standard definitivi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie e sociali appositamente individuate. È stato inoltre approvato un elenco, riguardante le unità di offerta non soggette ad autorizzazione all'esercizio, ma per le quali l'erogazione del servizio è soggetta all'obbligo di comunicazione di avvio dell'attività, da presentare al Comune in cui queste hanno sede. Il provvedimento assunto dalla Regione stabilisce che la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento, sarà effettuata sulla base degli indicatori così individuati e definiti.

Autorizzazione all'Esercizio						
Percentuale requisiti non soddisfatti						
	Generali	Funzionali	Strutturali	Tecnologici	Organizzativi	Totali
Anziani	3,1	7,8	15	8,8	5,7	11,5
Disabili	20	14,6	20,9	6,6	14,8	17,7
Minori	24,2	7,4	19,1	NP	21,2	17,3
Infanzia	12,2	5,8	11,7	4,6	6,2	9,2
Dipendenze	10	11,8	6,8	NP	6,2	7,7
Sociale	14,4	9,6	15,9	6,3	10,8	13,1

Provincia	Azienda ULSS	Accreditamento	Autorizzazione	Sperimentazione	Totale
Belluno		1	3	7	11
	101	-	2	1	3
	102	1	1	6	8
Vicenza		1	-	14	15
	103	-	-	2	2
	104	-	-	1	1
	105	-	-	2	2
	106	1	-	9	10
Padova		-	2	26	28
	115	-	2	7	9
	116	-	-	18	18
	117	-	-	1	1
Rovigo		-	-	7	7
	118	-	-	5	5
	119	-	-	2	2
Venezia		1	3	26	30
	110	-	1	4	5
	112	-	-	13	13
	113	-	1	3	4
	114	1	1	6	8
Treviso		-	-	24	24
	107	-	-	16	16
	108	-	-	4	4
	109	-	-	4	4
Verona		-	-	48	48
	120	-	-	15	15
	121	-	-	19	19
	122	-	-	14	14
<b>Totale</b>		<b>3</b>	<b>8</b>	<b>152</b>	<b>163</b>

Accreditamento Istituzionale					
Percentuale requisiti non soddisfatti					
	Generali	Funzionali	Strutturali	Organizzativi	Totali
Anziani	5,4	NP	NP	7,4	7
Disabili	7,8	NP	NP	2,6	3,6
Minori	7,5	NP	NP	2,1	2,6
Infanzia	10,5	NP	NP	1,2	3,6
Dipendenze	5,1	9,6	2,5	NP	8,3
Sociale	7,9	9,6	2,5	3,00	4,6

### *Accreditamento di eccellenza per la Regione Veneto*

All'interno del percorso intrapreso dalla Regione del Veneto per la definizione e l'implementazione della politica regionale per la qualità, che ha raggiunto il primo traguardo con l'approvazione della legge regionale n. 22/02 su "Autorizzazione ed Accreditamento delle Strutture Sanitarie, Socio Sanitarie e Socio Assistenziali" si colloca anche l'Accreditamento di eccellenza. Fin dalla sua prima formulazione, il principio fondante della politica regionale è stato la gradualità del processo per raggiungere la qualità di sistema che parte dall'autorizzazione, per passare all'accREDITAMENTO istituzionale ed arrivare all'accREDITAMENTO di eccellenza. L'AccREDITAMENTO di Eccellenza è un riconoscimento pubblico del raggiungimento da parte di un'organizzazione sanitaria di standard stabiliti al massimo livello raggiungibile in un determinato contesto (spaziale e temporale) finalizzati a stimolare il miglioramento nel tempo. L'accREDITAMENTO di eccellenza si basa su processi e standard concepiti e sviluppati da professionisti sanitari e socio sanitari per i servizi sanitari e socio sanitari. Di norma, l'accREDITAMENTO di eccellenza è un programma volontario, in cui valutatori "pari", esterni e indipendenti, valutano la conformità di un'organizzazione rispetto a prestabiliti standard di performance. L'accREDITAMENTO riguarda la capacità o la performance di un'organizzazione e non del singolo professionista, coprendo un ampio spettro di organizzazioni: dalle diverse articolazioni dall'assistenza territoriale a quella ospedaliera fino alle Aziende Sanitarie nel loro complesso.

### *Il contesto*

L'approccio peculiare della Regione del Veneto alla qualità coniuga in un disegno complessivo di sistema le diverse esigenze di garanzia della qualità dell'assistenza e dei servizi forniti, secondo alcuni indirizzi fondamentali:

- Garantire livelli minimi ed uniformi di sicurezza in tutte le organizzazioni/strutture che operano all'interno della Regione attraverso l'Autorizzazione all'Esercizio (standard/requisiti di natura prevalentemente strutturale).
- Caratterizzare i servizi che operano per conto del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSSR) con ulteriori requisiti qualitativi di carattere prevalentemente organizzativo attraverso l'Accreditamento Istituzionale (standard/requisiti di natura prevalentemente organizzativa).
- Promuovere l'eccellenza per garantire i migliori risultati possibili attraverso l'Accreditamento di Eccellenza (standard/requisiti orientati soprattutto ai risultati/output).

Pertanto, l'impianto della legge riconosce l'esistenza di diverse velocità nello sviluppo del processo di miglioramento della qualità da parte delle diverse Aziende Sanitarie e delle strutture private, ma contestualmente intende promuovere e valorizzare le aree di eccellenza, allo scopo di favorire un allineamento progressivo verso l'alto.

All'accreditamento di eccellenza fa riferimento l'articolo 21 della LR n. 22/02:

*"La Giunta regionale promuove lo sviluppo dell'accreditamento di eccellenza, inteso come riconoscimento internazionale della applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attuate da parte delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali".*

#### *La progettazione*

In attuazione dell'art. 21 della l.r. n. 22/02 la Regione ha promosso un progetto con la finalità di mettere a punto il modello veneto di accreditamento di eccellenza dei servizi sanitari e socio sanitari, attraverso l'utilizzo di standard e processi riconosciuti e validati a livello internazionale.

Il progetto è stato articolato in due macro fasi:

- *Prima macro fase* - Sperimentazione di un modello di accreditamento di eccellenza riconosciuto a livello internazionale per l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare procedendo alle modifiche ed integrazioni necessarie per adattarlo al contesto normativo, organizzativo e culturale del Veneto al fine di definire un programma di accreditamento di eccellenza regionale per queste due aree assistenziali.
- *Seconda macro fase* - Completamento del programma di accreditamento di eccellenza del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto attraverso la sperimentazione e l'adattamento di un modello riconosciuto a livello internazionale per tutte le aree assistenziali dello stesso.

Al fine di garantire la credibilità del Programma, attraverso il suo riconoscimento a livello internazionale, e la sua coerente applicazione, nel rispetto in primo luogo del principio di terzietà, per la realizzazione del progetto sperimentale è stato richiesto il supporto di un ente di accreditamento. L'identificazione del modello per la sperimentazione è avvenuta attraverso due distinte gare europee, che in entrambi i casi si sono concluse con la scelta del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) come partner internazionale.

### *Il Programma di accreditamento del CCHSA*

Le componenti principali del programma di accreditamento del CCHSA sono gli standard, il processo di valutazione e la decisione relativa al riconoscimento dell'accREDITAMENTO.

Lo schema del Programma di accreditamento del  
Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)



### *Standard*

Gli standard indicano il livello di performance desiderato e raggiungibile rispetto al quale la performance attuale delle organizzazioni può essere confrontata. Gli standard del CCHSA sono: a) di eccellenza, cui aspirare; b) educativi, da cui imparare; c) basati sul miglioramento della qualità, da utilizzare per crescere. Il CCHSA ha sviluppato sezioni di standard per valutare la qualità in tutte le aree di un'organizzazione sanitaria o socio sanitaria, articolandoli in cinque grandi aree. Di queste, quattro aree riguardano i servizi comuni a tutte le organizzazioni (funzioni trasversali), in particolare:

- Leadership & partnership, relativi alle funzioni di governo e direzione.
- Gestione delle informazioni.
- Sviluppo e gestione delle risorse umane.
- Gestione dell'ambiente.

La quinta area comprende le sezioni di standard relativi all'assistenza e alla fornitura di prestazioni ai pazienti nelle diverse articolazioni della continuità assistenziale, fra cui:

- assistenza per acuti;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza oncologica;

- assistenza territoriale;
- terapia intensiva;
- assistenza domiciliare;
- assistenza residenziale e semiresidenziale;
- assistenza a malati terminali;
- assistenza a disabili;
- assistenza a madre e neonato;
- salute mentale;
- assistenza riabilitativa;
- dipendenza da sostanze e gioco;
- laboratori biomedici;
- servizi trasfusionali e banche del sangue;
- prevenzione / salute pubblica.

#### *Processo di valutazione*

Si struttura nel modo che segue:

- Autovalutazione

L'organizzazione che intende raggiungere l'accreditamento misura la propria conformità agli standard del CCHSA avvalendosi di team multiprofessionali e multidisciplinari composti sia dai professionisti che operano nell'organizzazione sia da eventuali partner esterni e utenti.

- Revisione tra pari / Visita da parte di valutatori esterni pari

I valutatori del CCHSA, che sono professionisti che operano attivamente nei servizi sanitari e socio sanitari esterni all'organizzazione, realizzano la visita di accreditamento, utilizzando gli stessi standard che sono serviti per l'autovalutazione, per misurare in modo indipendente l'organizzazione attraverso una visita in loco.

#### *Report di accreditamento*

I riscontri della visita di accreditamento sono sintetizzati in un report scritto (Report di accreditamento) che mette in evidenza i punti di forza e le aree di miglioramento dell'organizzazione. Nel Report di accreditamento sono contenute le raccomandazioni che aiuteranno l'organizzazione a sviluppare piani per migliorare le aree risultate deboli e a mantenere le aree forti.

Il report riporta anche la decisione sullo stato di accreditamento che viene assunta dal Comitato Direttivo del CCHSA e può essere di cinque tipi:

- Accredimento pieno;

- Accredитamento provvisorio, da confermarsi sulla base di un report successivo da parte dell'organizzazione.
- Accredитamento provvisorio, da confermarsi sulla base di una visita mirata successiva da parte del CCHSA.
- Accredитamento provvisorio, da confermarsi sulla base sia di un report e sia una visita successivi.
- Non accredитamento.

*La realizzazione della prima macro fase del progetto regionale*

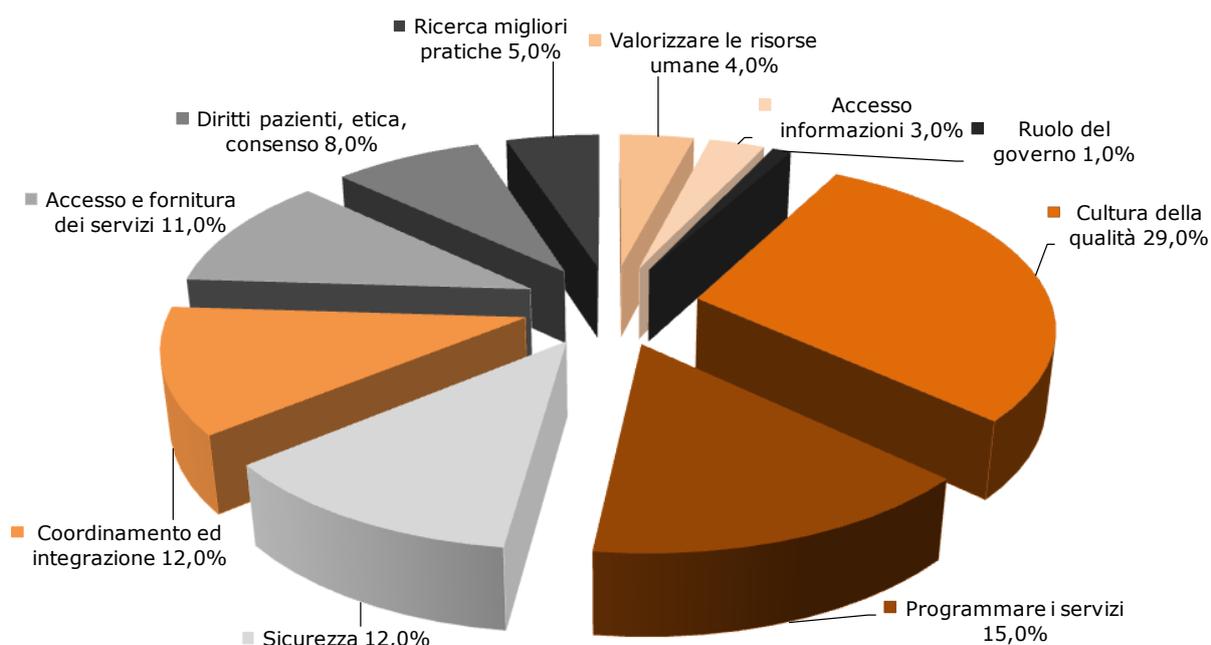
La fase operativa della prima macro fase del Progetto complessivo regionale si è sviluppata dalla seconda metà del 2001 ai primi mesi del 2004 ed ha riguardato l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare coinvolgendo i seguenti siti pilota:

- Ospedale San Martino di Belluno – Azienda ULSS n. 1 Belluno
- Servizi di Assistenza Domiciliare dei Distretti Socio Sanitari di Oderzo e Villorba – Azienda ULSS n. 9 Treviso
- Ospedale Ca' Foncello di Treviso – Azienda ULSS n. 9 Treviso.

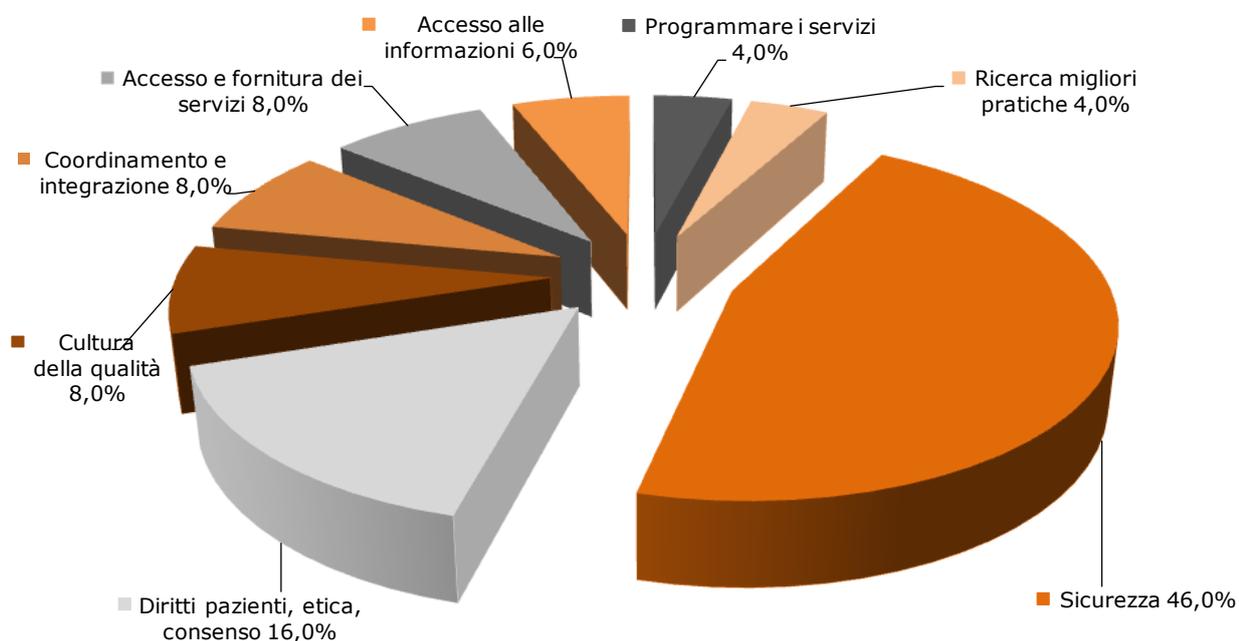
La sperimentazione ha riguardato tutte le componenti del programma di accredитamento del CCHSA descritte, escluso il riconoscimento formale dello stato di accredитamento. Nei grafici seguenti è riportata la distribuzione per aree omogenee di standard delle raccomandazioni totali e a rischio elevato contenute nei Report di accredитamento.

476

Distribuzione percentuale raccomandazioni totali per area omogenea di standard



Distribuzione percentuale raccomandazioni a rischio elevato per area omogenea di standard



Nel 2005 la Giunta Regionale del Veneto ha preso atto *"dei risultati positivi della sperimentazione conclusa e di approvare, perché sia messo a disposizione del Servizio Socio Sanitario Regionale, il "Manuale del metodo, del processo e degli standard per l'Accreditamento di eccellenza dei servizi ospedalieri e delle cure domiciliari distrettuali" che è estendibile a tutti i servizi ospedalieri e delle cure domiciliari distrettuali del SSSR, qualora tali strutture ritengano di applicarlo"*. Secondo il provvedimento approvato al proposito, in assenza di un Ente di accreditamento istituito dalla Regione, le aziende pubbliche e le strutture private possono rivolgersi ad un Ente di accreditamento riconosciuto a livello internazionale, come sta avvenendo nelle due Aziende ULSS (Azienda ULSS 1 Belluno e Azienda ULSS 9 Treviso) coinvolte nella prima sperimentazione, che hanno fatto richiesta al CCHSA di avviare un processo di accreditamento di eccellenza. Lo stesso dovrebbe concludersi con la decisione formale sullo stato di accreditamento entro la fine del 2007.

#### *La preparazione e l'avvio della seconda macro fase del progetto regionale*

Tra il 2005 ed il 2006 si è quindi deciso di dare avvio alla seconda macro fase del progetto sperimentale per il completamento del Programma Regionale per l'Accreditamento di Eccellenza. A livello operativo, la seconda macro fase consiste nell'adattamento e nella sperimentazione del programma di accreditamento del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA):

- per tutte le aree assistenziali, incluse l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare già oggetto della precedente sperimentazione, e delle funzioni trasversali (leadership & partnership, gestione risorse umane, gestione ambiente, gestione informazioni) in due Aziende del Veneto di media dimensione (Aziende ULSS n. 4 Alto Vicentino e n. 7 Pieve di Soligo);
- per le singole aree assistenziali non interessate dalla sperimentazione precedente, in particolare
  - Assistenza residenziale e semiresidenziale intensiva ed estensiva (Azienda ULSS n. 13);
  - Dipartimento di Prevenzione (Azienda ULSS n. 18);
  - Dipartimento di Salute Mentale (Azienda ULSS n. 13);
  - Dipartimento per le Dipendenze (Azienda ULSS n. 18);
  - Altri Servizi Distrettuali che comprendono l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza consultoriale materno-infantile e l'assistenza specialistica ambulatoriale (Azienda ULSS n. 20).

Organigramma del Progetto – Seconda macro fase



#### *Agenzia Regionale Socio Sanitaria ARSS*

Garantisce il governo complessivo del progetto, interagendo con tutti gli altri attori per assicurarne il coordinamento e l'allineamento. A tal fine viene costituito un Gruppo Tecnico Organizzativo con la partecipazione dei responsabili di progetto dell'ARSS e dell'ATI e dei referenti tecnici delle Aziende ULSS coinvolte.

#### *Comitato Scientifico*

Il Comitato Scientifico è l'organo consultivo che assicura il supporto al progetto esprimendo valutazioni, pareri e suggerimenti per favorire la sua più efficace realizzazione.

Si articola in:

- *componente fissa*, di cui fanno parte tutti i soggetti direttamente coinvolti nel progetto. Segue lo sviluppo del progetto in tutte le sue fasi;
- *componente variabile*, costituita da esperti e da rappresentanti di categorie professionali o di settori assistenziali specifici che, di cui si avvale il Comitato Scientifico per l'apporto su singole tematiche;

#### *Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino*

Cura gli aspetti di carattere amministrativo del progetto, in particolare la stipula del contratto con l'ATI - Associazione temporanea di Imprese e la liquidazione delle fatture, in stretto raccordo con ARSS.

#### *ATI Associazione temporanea di Imprese CCHSA\_Sogess\_AMIQA*

L'Associazione Temporanea di Imprese è costituita dal Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), dalla SOGESS Srl - Sistemi Organizzazione e Gestione servizi Sociali e Sanitari e AMIQA - Associazione Italiana per il Miglioramento della Qualità e per l'Accreditamento dei soggetti erogatori di assistenza sanitaria. L'ATI garantisce il supporto tecnico consulenziale per la realizzazione del progetto coerentemente con quanto indicato nella proposta tecnica presentata in sede di gara.

#### *Aziende ULSS coinvolte nella sperimentazione*

- Realizzano la sperimentazione del processo di accreditamento secondo le indicazioni metodologiche e tecniche dell'ATI sotto il coordinamento organizzativo dell'ARSS, con la possibilità di chiedere il riconoscimento formale dello stato di accreditamento;
- Garantiscono l'impegno della Direzione Aziendale a mettere a disposizione le risorse umane adeguate per tutta la durata del progetto e a promuoverne la partecipazione attiva.

#### *Benefici dell'accREDITAMENTO*

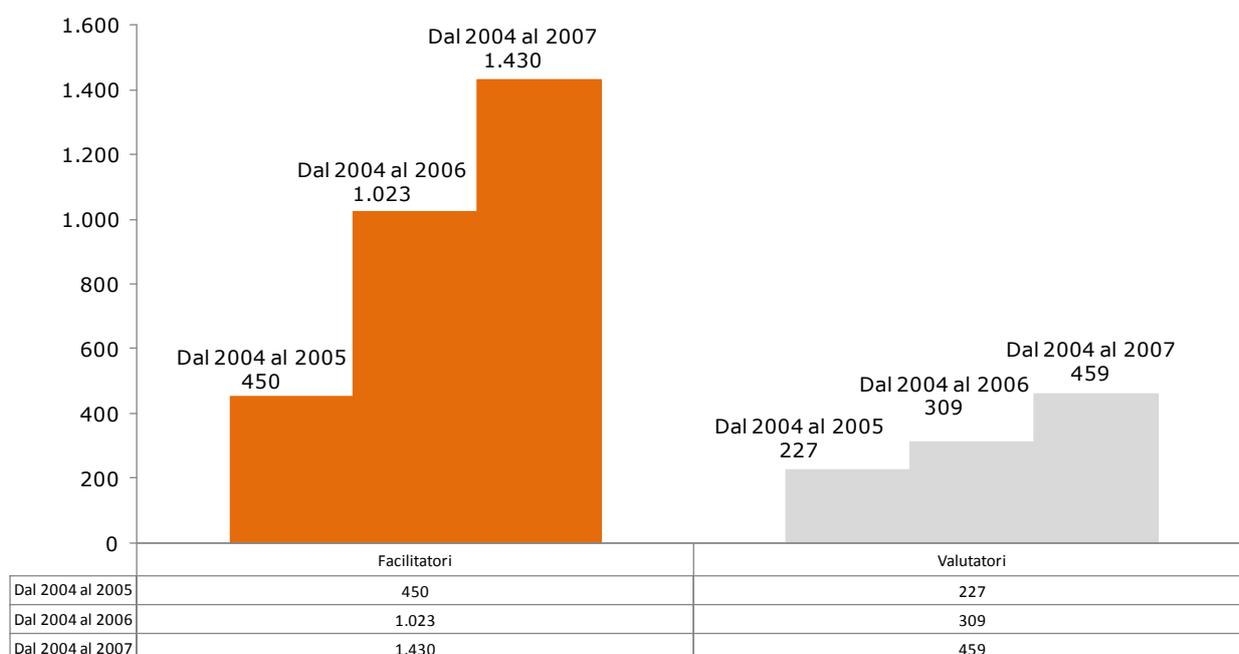
In generale, partecipando ad un programma di accreditamento, le organizzazioni beneficiano di un processo di valutazione approfondito che le conduce ad elaborare un piano di azione per migliorare ogni aspetto dell'assistenza e dei servizi forniti. Attraverso la valutazione dell'assistenza e dei servizi forniti, le organizzazioni sono in grado di misurare in modo accurato le proprie performance cliniche ed organizzative, ottenendo un quadro chiaro dei punti di forza e delle aree che devono essere migliorate. I benefici segnalati più frequentemente dalle organizzazioni che hanno intrapreso percorsi di accreditamento, comprese le due Aziende del Veneto che hanno partecipato alla prima macro fase del progetto regionale, sono:

- Dimostrazione di impegno per migliorare la qualità dei servizi.
- Processo di formazione di cui beneficia tutto il personale.
- Acquisizione di validi suggerimenti pratici da parte dei valutatori esterni per migliorare i servizi.
- Crescita del livello di comunicazione e di collaborazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione.
- Promozione del lavoro di gruppo attraverso la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali.
- Aumento della credibilità verso tutti i portatori di interesse (stakeholder).
- Dimostrazione di trasparenza, attraverso la rendicontazione pubblica.

### Formazione

Nell'ambito di applicazione della legge regionale n. 22/02 "Autorizzazione e Accredimento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali", compito istituzionale dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS) del Veneto è l'attività di "formazione e di aggiornamento dei valutatori e degli operatori sanitari, per la promozione di una cultura della qualità".

Valutatori e Facilitatori formati nella Regione del Veneto



TIPOLOGIA CORSO		NUMERO OPERATORI FORMATI					Totale
		Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2007	
					SA	SS-SO	
Corsi residenziali per Facilitatori			335	477	340		1152
Corsi integrativi per Facilitatori			113	96		67	276
Corsi integrativi per Valutatori			75	39			114
Corso completo	Facilitatori	2					2
	Valutatori	84	68	43	112	38	345
	Auditor			43	128		171
Totale Facilitatori							1430
Totale Valutatori							459

#### *Misurazione quantitativa dell'accesso e valutazione della copertura urgenza emergenza*

L'accesso ai servizi sanitari rappresenta l'ovvio pre-requisito per l'affermazione del diritto alla salute in quanto esso è esigibile (solo e necessariamente) in termini di ammissione alle prestazioni preventive, di diagnosi e cura e riabilitative. La definizione di equità tra i cittadini include infatti anche un uguale accesso ai servizi sanitari, indipendentemente dalla zona di residenza. L'accessibilità delle strutture sanitarie è una misura multidimensionale nella quale possono essere distinti alcuni concetti fondamentali.

*La disponibilità fisica* (presenza/assenza) innanzitutto rappresenta l'elemento basilare ed è valutata sulla base di indicatori generici quali ad esempio il numero di posti letto o il numero di medici per 1.000 abitanti. Oltre alla disponibilità è necessario tuttavia verificare se, in una data area, sono presenti delle *barriere* che, diversamente, possono essere:

- fisiche (prossimità e distanza);
- organizzative (ad esempio, orari di apertura);
- logistiche (presenza di alcuni servizi ma assenza di altri, l'esempio, in questo caso, potrebbe essere quello di un pronto soccorso che non dispone, in certi orari, di un servizio di radiologia).

Le diversa disponibilità di servizi sanitari tra le varie aree geografiche trova delle ragioni storiche, demografiche ed economiche. Una diversa disponibilità di strutture all'interno del territorio regionale, tuttavia, può dare origine a sperequazioni tra gli individui sul piano del diritto alla salute. Alcune evidenze di letteratura hanno dimostrato infatti una associazione tra l'offerta di servizi, il loro utilizzo e lo stato di salute di una popolazione. Pertanto, se si

ammette che una maggiore offerta si traduca in un miglior risultato in termini di salute, allora è ipotizzabile anche che ci possa essere una disparità tra i cittadini nel diritto alla salute. La geografia sanitaria è quella disciplina che studia specificatamente il rapporto tra la conformazione del territorio e la più idonea rete sanitaria. Questa materia sta conoscendo un rapido sviluppo grazie all'utilizzo dei cosiddetti GIS (*Geographical Information Systems*). Alcuni di questi algoritmi erano già stati introdotti negli anni Ottanta, ma solo di recente sono stati resi disponibili su larga scala. Gli algoritmi GIS sono infatti utilizzabili grazie a numerosi portali presenti nella rete ed è pertanto possibile calcolare la distanza ed il tempo di percorrenza di qualsiasi tragitto. Tale approccio consente di effettuare un confronto, uniforme e ripetibile, nell'accesso alle strutture sanitarie in diverse aree geografiche.

Di seguito sono riportati i risultati di un'applicazione dei GIS alla rete sanitaria della Regione Veneto.

Gli obiettivi di questa analisi sono:

- Mappare le differenze di accesso nelle diverse aree del Veneto;
- Verificare il ruolo dell'elisoccorso nei servizi di urgenza emergenza.

#### *Materiali e metodi*

La metodologia utilizzata si fonda sulla mappatura delle strutture che compongono la rete sanitaria all'interno del territorio regionale. L'accesso ai servizi sanitari è stato distinto in diverse tipologie:

- *Accesso attivo*: accesso diretto dei cittadini alle strutture sanitarie.
- *Accesso passivo*: attivazione dei servizi di urgenza emergenza verso luoghi nei quali si verificano diverse tipologie di eventi e trasporto verso la più vicina o la più idonea struttura sanitaria. L'accesso passivo è stato ulteriormente distinto in:
  - *Trasporto primario*: trasporto di un paziente verso la struttura più vicina.
  - *Trasporto secondario*: trasporto di un paziente da una struttura nel quale si trova ad una struttura ospedaliera più idonea.

#### *Classificazione degli eventi*

Gli eventi considerati nell'analisi delle modalità e dei tempi di accesso alle strutture ospedaliere sono classificabili secondo quattro tipologie fondamentali:

- accesso attivo verso una struttura ospedaliera da parte dei cittadini per qualsiasi evento ritenuto urgente (pronto soccorso);
- accesso attivo dei cittadini verso gli ospedali dotati di punti parto;
- accesso attivo dei cittadini verso strutture ospedaliere (di ricovero o ambulatoriali) ad alta e bassa specialità medico chirurgica;

- accesso passivo per patologie indice (trauma, IMA e stroke) per le quali è previsto il trasporto verso strutture ospedaliere specializzate.

#### *Classificazione delle strutture e mappatura del territorio*

Nel caso di accesso attivo le strutture sono state classificate sulla base del criterio presenza/assenza di specifici reparti medici e chirurgici. Nel caso di accesso passivo, le strutture che rispondono alle esigenze di urgenza emergenza sono quelle che:

- sono in grado di fornire una risposta efficace in caso di trauma grave;
- sono dotate di centri di cardiologia interventistica o di stroke unit;
- sono dotate di attrezzatura TAC per la diagnosi di ictus.

Le strutture che rispondono alle caratteristiche indicate ai primi due punti corrispondono ai 7 ospedali provinciali (Padova, Verona, Treviso, Venezia, Vicenza, Rovigo e Belluno)

Infine, a completare la mappa dei servizi disponibili concorrono:

- i depositi per gli elicotteri per il trasporto aereo dei pazienti, attualmente dislocati a Verona, Treviso, Venezia, Padova e Pieve di Cadore
- i luoghi in cui sono collocate le ambulanze, dato che vede una copertura capillare del territorio.

Il trasporto passivo, primario o secondario, è stato previsto sia mediante mezzo ordinario di soccorso via terra (ambulanza) sia per via aerea (elicottero). Sono inoltre stati mappati anche i luoghi nei quali si possono verificare gli eventi che richiedono l'intervento della rete di urgenza emergenza, che coincidono con i 581 comuni del Veneto.

483

Tempi di percorrenza via terra		Misurazione quantitativa dei tempi di accesso
Tipo di strada	Velocità media	
Autostrada/tangenziale	121 km/h	I tempi di percorrenza via terra sono stati ottenuti mediante l'attribuzione di velocità medie, differenziate per le diverse tipologie di strade percorse.
Superstrada	100 km/h	
Statale	64 km/h	
Provinciale	55 km/h	
Urbana	31 km/h	

#### *I percorsi mappati*

L'analisi dei percorsi dai luoghi di accadimento degli eventi alla struttura di primo soccorso più vicina ha considerato:

- Per il trasporto attivo: tempo di percorrenza via terra dal luogo dell'evento (uno dei 581 comuni del Veneto) al pronto soccorso più vicino.
- Per il trasporto passivo mediante elicottero: tempo di percorrenza via aria dal deposito al luogo dell'evento e dal luogo dell'evento verso una delle strutture specializzate di riferimento.
- Per il trasporto passivo mediante ambulanza: tempo di percorrenza via terra dal deposito dell'ambulanza al luogo dell'evento e tempo di percorrenza via terra per il successivo trasporto verso una delle sette strutture di riferimento (ospedali provinciali).

#### *Limiti del modello e assunzioni di base*

L'utilizzo dei dati relativi alle distanze presenta pregi e difetti e contiene in sé le indicazioni per l'affinamento delle tecniche utilizzate nell'analisi. Il vantaggio principale dei dati utilizzati è rappresentato dalla completezza e dall'uniformità. Essi tuttavia, proprio per la loro uniformità, presentano alcuni limiti in quanto non tengono in considerazione l'effetto di variabili che potrebbero portare a cambiamenti, anche consistenti, nei tempi di percorrenza mappati, quali ad esempio quelle che possono influenzare la percorribilità delle strade (traffico in alcune fasce orarie, condizioni metereologiche sfavorevoli, ecc.). Anche l'attribuzione delle velocità medie rappresenta un limite, non considerando ad esempio i tempi di attivazione per le ambulanze o di decollo ed atterraggio degli elicotteri. Inoltre, il dato relativo alla popolazione residente non tiene conto della variabilità che si registra durante la stagione estiva a causa del flusso turistico. Tali limiti hanno indotto l'adozione di una posizione conservativa. In particolare, la scelta operativa di base è stata quella di considerare sottostimati i tempi calcolati e pertanto le assunzioni successive sono state formulate adottando un punto di vista pessimistico e cautelativo.

#### *Accesso attivo ai servizi sanitari*

##### Metodologia

Per ciascuno dei 581 comuni del Veneto è stato calcolato il tempo necessario per raggiungere le seguenti strutture:

- Pronto soccorso;
- Punto parto;
- Centro clinico con bassa e media specialità medica;
- Centro clinico con alta specialità chirurgica;
- Centro clinico con alta specialità medica.

L'analisi è stata condotta utilizzando Map-point, un GIS disponibile in rete ([www.maporama.com](http://www.maporama.com)). Dall'analisi sono state escluse la zona di Venezia e l'area lagunare in quanto i GIS non sono per queste aree in grado di calcolare esattamente le distanze ed i tempi

di percorrenza. Per essere rappresentata, la quantificazione dell'accesso ai servizi necessita di una precisazione che riguarda in primo luogo il tipo di servizio considerato.

Classificazione zone	Tempo per l'accesso (range)	Descrizione
Zona urbana	Tra 0 e 10 minuti	Se si incrocia il numero di cittadini residenti in ciascun comune con i tempi di accesso è possibile ottenere una misura della copertura del territorio. La mappatura del territorio è stata attuata per mezzo di alcune definizioni che hanno classificato ciascuna zona sulla base del tempo impiegato per raggiungere la più vicina struttura ospedaliera.
Zona sub-urbana	Tra 10 e 20 minuti	
Zona rurale / periferica	Tra 20 e 30 minuti	
Zona remota	Maggiore di 30 minuti	

Stratificare la popolazione sulla base dei tempi di accesso ai punti parto o alle strutture dotate di servizi di alta media e bassa complessità assistenziale è certo importante, tuttavia, una definizione di accessibilità, in termini di pari diritto per delle opportunità di salute, presuppone delle priorità. In questo caso è stato assunto l'accesso al pronto soccorso come fondamentale per rappresentare l'equità tra i cittadini, in quanto un più difficoltoso accesso può tradursi in una diseguale opportunità rispetto ad eventi o patologie che possono determinare un diseguale opportunità di sopravvivenza. Nella misurazione dei tempi di percorrenza è stata scelta l'opzione "tempo minore" rispetto all'opzione "percorso più breve".

Tipo struttura	Percentuale popolazione con accesso entro 20 minuti	Descrizione
Pronto soccorso	97,5%	La quantificazione del tempo di percorrenza verso le diverse tipologie di servizio considerate esprime una buona copertura del territorio in termini di tempo di accesso alle strutture; solo nel caso delle alte specialità, sia mediche sia chirurgiche, la copertura scende sotto al 60% della popolazione.
Punto parto	96,6%	
Strutture a bassa/media specialità medica	97,6%	
Strutture a bassa/media specialità chirurgica	97,8%	
Strutture ad alta specialità medica	50,7%	
Strutture ad alta specialità chirurgica	59,5%	

Nella tabella seguente è indicata sinteticamente la copertura del territorio in riferimento alle 4 fasce di accesso predefinite. La popolazione residente in zona remota, definita come tempo di

accesso superiore ai 30 minuti, corrisponde allo 0,2% ed è pari a 9.927 unità. I Comuni interessati sono 7, localizzati nelle zone montane del bellunese, del veronese e del vicentino.

Frequenza Relativa e Cumulata della popolazione per fasce di accesso al pronto soccorso (tempo)			
Tempo Di Accesso	Popolazione	Frequenza Relativa	Frequenza Cumulata
0 - 10 minuti (zona urbana)	3.154.352	67,9%	67,9%
10 – 20 minuti (zona sub-urbana)	1.363.935	29,4%	97,3%
20 – 30 minuti (zona rurale / periferica)	114.685	2,5%	99,8%
30 – 40 minuti (zona remota)	9.927	0,2%	100,0%
	4.642.899	100,0%	

Percentuale popolazione con accesso al pronto soccorso entro 20 minuti, per Azienda ULSS	
Aziende ULSS	Percentuale popolazione con accesso al pronto soccorso entro 20 minuti
101. Belluno	76,5%
102. Feltre	93,4%
103. Bassano del Grappa	94,2%
104. Thiene	94,5%
105. Arzignano	95,2%
106. Vicenza	95,7%
107. Pieve di Soligo	96,9%
108. Asolo	97,6%
109. Treviso	97,8%
110. S. Donà di Piave	98,2%
112. Veneziana	98,3%
113. Mirano	99,0%
114. Chioggia	100,0%
115. Cittadella	100,0%
116. Padova	100,0%
117. Este	100,0%
118. Rovigo	100,0%
119. Adria	100,0%
120. Verona	100,0%
121. Legnago	100,0%
122. Bussolengo	100,0%
Veneto	97,3%

### *Accesso passivo ai servizi sanitari*

L'analisi si concentra innanzitutto sulla rete di trasporto primario (trasporto di un paziente verso la struttura più vicina) per poi focalizzarsi, per alcune patologie, sulla rete di trasporto secondario (trasporto di un paziente da una struttura nella quale si trova ad una struttura ospedaliera più idonea).

### *Criteri di analisi e ottimizzazione*

Per tutti i Comuni del Veneto è stato calcolato il tempo di percorrenza verso l'ospedale provinciale più vicino, sia via terra sia via aria. A ciascun Comune è stato quindi assegnato il tempo più breve, indipendentemente dal mezzo di trasporto (ambulanza o elicottero). È stato fissato un tempo *cut off* (valore soglia) di percorrenza totale pari a 15 minuti, che risponde, da un lato, all'esigenza di valutare un'ipotesi pessimistica relativa alla copertura per individuare le zone remote che rappresentano situazioni critiche, dall'altro, alla considerazione che i tempi di percorrenza a disposizione sono, come già ricordato, sottostimati.

### *Analisi dello stato attuale*

L'analisi dello stato attuale parte dalla considerazione dell'utilizzo di:

- 7 ospedali provinciali come strutture di riferimento e quindi come meta per il trasporto dei pazienti sia per i percorsi via terra sia per quelli via aria
- 5 depositi per elicotteri, come posizionati attualmente, come punto di partenza per il soccorso via aria.

In tale situazione la copertura è del 72,2% della popolazione. Le zone scoperte si concentrano nelle zone montane, in parte del veneziano, del veronese e del rodigino. Anche in queste zone, comunque, i tempi di percorrenza registrati giungono al massimo a 32 minuti. Un dato significativo che emerge riguarda il ruolo potenziale dell'elisoccorso. Nell'84% dei Comuni l'accesso all'ospedale provinciale più vicino prevede l'utilizzo dell'elisoccorso. Questi Comuni rappresentano il 66% della popolazione. Le zone per le quali risulta invece conveniente in termini di tempo il trasporto via terra si concentrano attorno ai grandi centri urbani, dove si trovano gli ospedali di riferimento.

### *Ottimizzazione del posizionamento dei depositi per elicottero*

La collocazione ottima per i depositi è quella che massimizza la frazione di popolazione coperta (non il numero di Comuni coperti). In altre parole, ogni comune "pesa" nella determinazione dell'ottimo in maniera proporzionale alla sua popolazione.

Per valutare le differenze in termini di copertura si è applicato l'algoritmo prospettando l'utilizzo, e la conseguente collocazione ottima, di un numero di depositi per gli elicotteri, compreso nella fascia da 0 a 5.

Copertura e tempi medi di percorrenza nell'ipotesi di ottimizzazione della collocazione dei depositi per elicottero				Differenza popolazione coperta vs situazione attuale
Depositi elicottero	Collocazione ottimale	Percentuale copertura entro 15 minuti	Tempo medio percorrenza in minuti	
0 depositi elicottero (solo ambulanze)		51,0%	17	-931.704
1 deposito elicottero	Maser (TV)	66,0%	13	-288.095
2 depositi elicottero	Cornuda (TV)	74,0%	12	68.850
	Gambugliano (VI)			
3 depositi elicottero	Marostica (VI)	81,0%	11	405.000
	Maserada sul Piave (TV)			
	Minerbe (VR)			
4 depositi elicottero	Cornedo Vicentino (VI)	84,0%	10	562.145
	Mansuè (TV)			
	Paderno del Grappa (VI)			
	Rovereto di Guà (VR)			
5 depositi elicottero	Legnaro (PD)	86,0%	9	638.070
	Ormelle (TV)			
	Romano d'Ezzelino (VI)			
	San Pietro di Morubio (VR)			

La prima osservazione che emerge con evidenza è che la copertura sarebbe maggiore della copertura attuale, che conta su 5 depositi, già a partire da due soli depositi se posizionati in punti strategici sul territorio. In questo caso, infatti, con i depositi posizionati nel trevigiano (Cornuda) e nel vicentino (Gambugliano), la copertura risulterebbe pari al 74% della popolazione, con un guadagno rispetto alla situazione attuale di 70.000 persone circa. Al di là del valore prettamente teorico della simulazione, l'utilizzo dell'algoritmo per il calcolo della collocazione ottima dimostra in maniera precisa il forte margine di miglioramento in termini di copertura di popolazione derivante da un miglior utilizzo della risorsa rappresentata dall'elisoccorso. Tale risorsa può diventare uno strumento fondamentale per la risoluzione dei problemi di accesso legati alle zone remote, ovvero per sanare le disomogeneità nelle effettive possibilità di accesso del territorio regionale.

#### *Analisi del fabbisogno*

L'analisi fino a qui condotta considera come riferimento la popolazione residente nei 581 Comuni veneti ed utilizza tale dato per il calcolo della copertura nell'ipotesi che ogni persona

possa, potenzialmente, sperimentare la necessità di un intervento urgente che preveda il trasporto verso uno dei 7 ospedali considerati. Il fabbisogno è stato calcolato per mezzo del rapporto tra i protocolli di intervento previsti per alcune patologie indice e i tempi massimi che essi prevedono. In particolare, le patologie considerate e i relativi tempi di risposta da parte della rete di urgenza emergenza sono:

- *Trauma* - Richiede il trasporto in un ospedale provinciale entro 60 minuti dal verificarsi dell'evento traumatico (golden hour).
- *Ictus/Stroke* - Richiede il trasporto verso un ospedale con stroke unit o il trasporto verso un ospedale fornito di TAC per il successivo trasferimento ad un'unità ospedaliera in grado di praticare trombolisi, complessivamente entro 2 ore dal verificarsi dell'evento.
- *IMA* - Richiede il trasporto verso una struttura in grado di garantire angioplastica, entro 60 minuti dal verificarsi dell'evento (golden hour).

Per quanto riguarda i traumi e l'infarto acuto del miocardio, il mezzo di soccorso più veloce garantisce ad ogni cittadino residente in qualunque comune del Veneto il trasporto in uno dei sette ospedali provinciali in un tempo inferiore ai 60 minuti, con un tempo *medio* di 10-12 minuti e un tempo massimo di 32 minuti, nel caso di utilizzo dei 5 depositi attualmente collocati sul territorio. Per quanto riguarda lo stroke, l'analisi si è concentrata sulla verifica dei tempi di soccorso considerando due tratti del percorso che compone la strategia di risposta allo stroke:

- Trasporto verso una struttura in grado di fornire una TAC immediata (29 strutture distribuite sul territorio regionale).
- Trasporto successivo verso una stroke unit, ovvero uno dei 7 ospedali provinciali.

Tempi di accesso medio e massimo agli ospedali con TAC		
	Tempo medio	Tempo massimo
Tempo più breve di accesso via terra o aria	10'	35'
Tempo di accesso via terra	13'	82'
Tempi di accesso a ospedali con stroke unit da ospedali con TAC		
Numero depositi per elicottero utilizzati	Tempo medio	
	Stroke unit più vicina	Stroke Unit più lontana
5 depositi	13'	42'
2 depositi	14'	43'

La rete degli ospedali con TAC offre una buona copertura del territorio: la prima parte del percorso che accompagna il paziente dal luogo dello stroke fino al più vicino ospedale con TAC, viene percorsa in media in 10 minuti (13 minuti con la sola ambulanza) e al massimo in 35 minuti. I tempi medi di percorrenza non variano di molto in funzione del numero di depositi per elicottero utilizzati; in entrambi i casi il tempo medio di percorrenza raggiunge al massimo i 43 minuti, nell'ipotesi pessimistica che sia il più lontano ospedale con stroke unit a dare risposta alla necessità di ricovero della persona colpita da stroke.

Complessivamente, quindi, anche per lo stroke sono rispettati i parametri indicati per la procedura di risposta: anche nella peggiore delle ipotesi, in cui si consideri il tempo massimo di accesso con l'utilizzo del solo mezzo via terra e l'accesso successivo alla stroke unit più lontana, il tempo complessivo sfiora le 2 ore totali; in tutti gli altri casi il tempo complessivo è inferiore alle 2 ore.

### *Considerazioni*

Il problema dell'accesso alle strutture sanitarie, inteso come pari opportunità nel diritto alla salute, è complesso e multiforme. Una prima considerazione che emerge dall'analisi è che l'ubicazione degli ospedali è stata storicamente influenzata dalla densità di popolazione. Gli ospedali sono stati cioè ubicati dove c'era maggiore domanda e popolazione più numerosa. La documentazione quantitativa dei tempi di percorrenza rappresenta un passo avanti nella comprensione del problema dell'accesso ai servizi sanitari ed alla copertura del territorio. Bisogna tuttavia ammettere che tali misurazioni possono risultare, in alcune specifiche situazioni locali, controverse. Ci sono infatti sedi stradali, situazioni di viabilità e di congestione del traffico che, misurate in condizioni stazionarie, possono risultare approssimate e parziali rispetto all'accessibilità reale. La necessità di un'adeguata politica dei trasporti si sta facendo strada con forza non solo nell'ambito sanitario, ma anche in molti settori produttivi. Il problema pertanto non può essere analizzato singolarmente, ma nel complesso dei piani di sviluppo e nella elaborazione delle strategie per le opere infrastrutturali. L'introduzione dei GIS rappresenta tuttavia un approccio nuovo e ricco di informazioni per affrontare, su una base oggettiva, le valutazioni generali sulla rete ospedaliera della Regione Veneto. L'analisi descrittiva fa emergere come aree in cui l'accesso attivo è ridotto il Bellunese, l'area montana del Vicentino e del Veronese, il Polesine e le Prealpi. Ai fini della valutazione qualitativa dell'accesso alle strutture sanitarie regionali si richiede un termine di paragone. Una recente pubblicazione sul Servizio Sanitario Inglese che ha utilizzato questa stessa metodologia ha calcolato che il 60% della popolazione raggiunge il più vicino ospedale in un tempo inferiore ai 30 minuti, rispetto al 97% della popolazione veneta che raggiunge una struttura con pronto soccorso in un tempo inferiore ai 20 minuti. Anche per quanto riguarda il trasporto passivo verso strutture specializzate, la copertura del territorio in termini di popolazione dipinge una situazione rassicurante: complessivamente, mediante l'utilizzo dell'elisoccorso come mezzo di trasporto veloce dalle zone remote agli ospedali provinciali, il 72% della popolazione veneta si trova nelle condizioni di poter giungere ad un ospedale provinciale in un tempo inferiore ai 15 minuti. Una riorganizzazione dell'attuale posizione dei centri dell'elisoccorso secondo criteri di massimizzazione della frazione di popolazione servita in tempi rapidi, seppur difficilmente realizzabile, porterebbe ad un aumento della copertura. Secondo il Decreto Legislativo 15 marzo 2006, n.151 "Disposizioni correttive ed integrative al decreto legislativo 9 maggio 2005,

n. 96, recante la revisione della parte aeronautica del codice della navigazione" le aviosuperfici devono garantire la sicurezza attraverso l'inserimento di specifiche disposizioni degli interventi urbanistici. Le elisuperfici sono soggette ad una serie di restrizioni che definiscono la loro idoneità basata sulla presenza di spazi liberi da ostacoli quali costruzioni, tralicci, ecc., ai fini dell'effettuazione delle manovre di decollo e approdo. In particolare, devono essere garantite una serie di condizioni urbanistiche ed edilizie atte a garantire la sicurezza della navigazione aerea nonché quella delle persone e delle attività ubicate nelle traiettorie di volo. La valutazione economica sulla opportunità di implementare nuove dislocazioni è soggetta alle disposizioni sulle caratteristiche tecniche per l'autorizzazione e la gestione delle aviosuperfici. Quindi, molto più verosimile è la possibilità di un miglioramento della copertura mediante potenziamento della rete di trasporto secondario, ovvero con interventi che riguardano il trasporto tra ospedali. La situazione attuale sembra rispondere alle esigenze di primo soccorso della popolazione, in particolare per le persone colpite da infarto, stroke o traumi. Nel caso di traumi e infarto acuto del miocardio si è visto come, a partire da ogni Comune del Veneto, un ferito possa giungere, a mezzo ambulanza o elicottero, ad uno dei sette ospedali provinciali, in un tempo inferiore ai 60 minuti, rispettando la cosiddetta *golden hour*. Per quanto riguarda, infine, lo stroke i dati di percorrenza dimostrano che si è in grado di garantire ad ogni paziente una TAC in un tempo medio di 10 minuti dal verificarsi dell'evento e che, anche considerando il tempo di trasporto successivo ad una qualsiasi delle stroke unit presenti sul territorio, non si superano le 2 ore complessive che rappresentano il limite di tempo massimo per l'intervento su una persona colpita da ictus. Il quadro complessivo risulta quindi incoraggiante e molto positivo; d'altro canto, esso mostra chiaramente i fronti sui quali agire per ottenere ampi margini di miglioramento della rete di urgenza emergenza regionale. Le vie da seguire (alternativamente o simultaneamente) sembrano infatti essere quelle del ripensamento della struttura del trasporto mediante elicottero (collocazione migliore per i depositi, dismissione di alcuni depositi senza perdita in termini di copertura) e dell'utilizzo di tale mezzo per il trasporto secondario delle persone colpite da particolari eventi, le quali possono fare riferimento ad un pronto soccorso facilmente raggiungibile in tempi brevi potendo contare su un altrettanto rapido trasporto verso uno degli ospedali provinciali.

### *Qualità professionale: Gestione del rischio clinico e Incident Reporting*

Il sistema dell'assistenza sanitaria è un sistema ad alta complessità e come tale gravato da rischi per i pazienti. Nonostante i notevoli progressi ottenuti nella prevenzione, diagnosi e cura di molte malattie, gli eventi avversi nell'assistenza sanitaria sono ormai riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica. Partendo da queste considerazioni la Regione del Veneto ha ritenuto di prioritaria importanza affrontare il tema della gestione del rischio clinico in maniera condivisa con le Aziende Sanitarie, al fine di elaborare una serie di strumenti adeguati ad individuare, prevenire e monitorare le condizioni favorevoli o determinanti rischi e danni durante i processi sanitari. In una prima fase è apparso opportuno limitare l'intervento all'ambito ospedaliero, in quanto sicuramente luogo di più frequente erogazione di prestazioni ad alto rischio, sia dal punto di vista organizzativo che clinico.

Si è costituito quindi un Gruppo di lavoro denominato "Gestione del Rischio clinico nelle Aziende Sanitarie", con i seguenti obiettivi principali:

- definizione ed adozione di una scheda di segnalazione spontanea degli eventi avversi da utilizzare in ambito regionale;
- sperimentazione in alcune Unità Operative ospedaliere del sistema di Incident Reporting (IR).

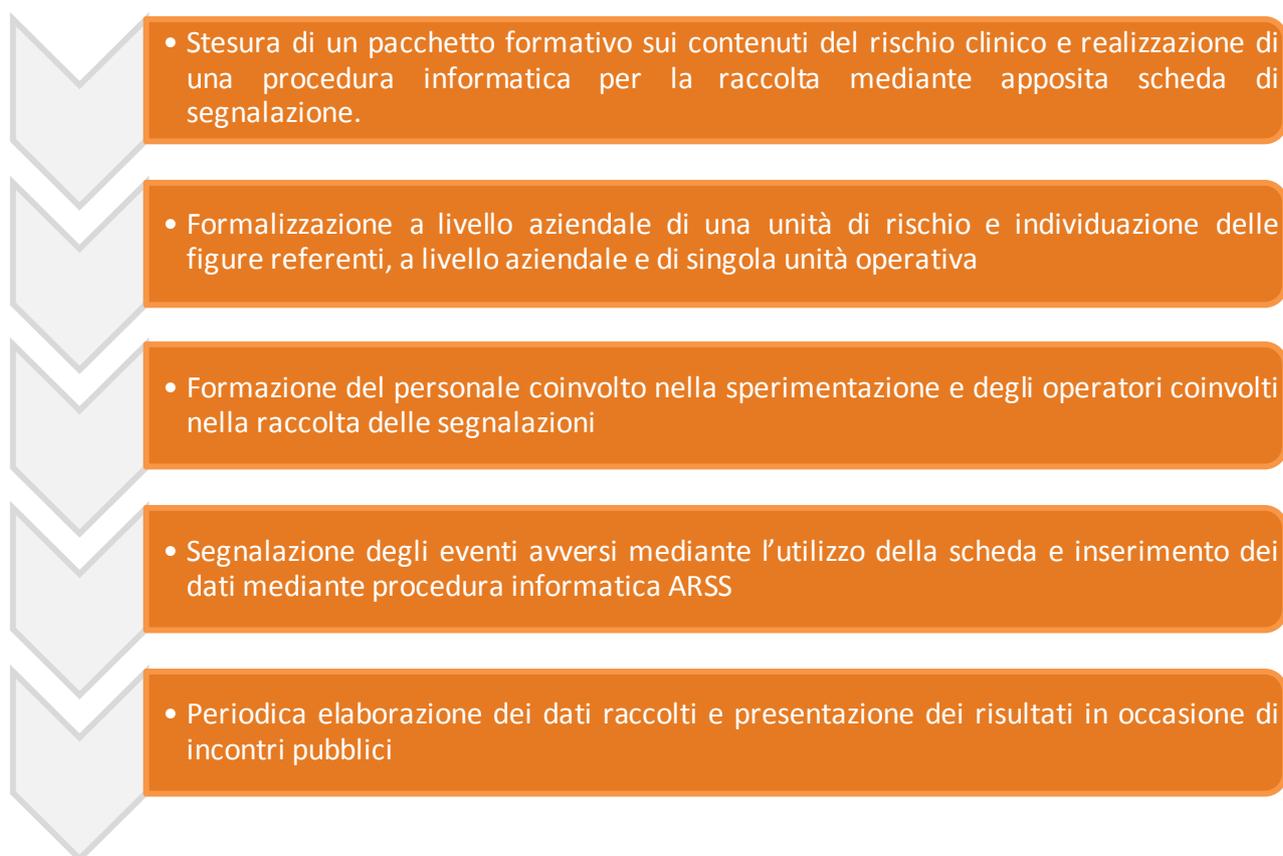
Diverse esperienze internazionali hanno dimostrato i vantaggi e l'utilità di questo sistema di rilevazione, in particolare si fa riferimento all'Australian Incident Monitoring System (AIMS) dell'Australia ed al National Reporting and Learning System (NRLS) del Regno Unito. Attività preliminare alla messa a regime di un sistema di segnalazione degli eventi avversi è l'individuazione e la sperimentazione di uno strumento per la loro rilevazione. A tal fine, è stato attivato il progetto "Gestione del rischio clinico: sperimentazione di un sistema volontario di segnalazione degli eventi avversi", con gli obiettivi di :

- sperimentare e validare la scheda di segnalazione degli eventi/incidenti, da utilizzare nelle strutture del Servizio Socio Sanitario Regionale;
- individuare e sperimentare modelli organizzativi di "Unità di rischio";
- sensibilizzare gli operatori al tema della sicurezza delle cure;
- creare le premesse per la costruzione di una banca dati, aziendale e regionale, degli eventi avversi ai fini della gestione del Rischio clinico;
- individuare aree di criticità per la conseguente attivazione di percorsi di miglioramento nelle Unità Operative coinvolte.

Il sistema di IR sperimentato si è basato sulla segnalazione spontanea di evento, inteso come "accadimento connesso ad un insuccesso", rilevato dagli operatori attraverso una scheda di segnalazione. La scheda utilizzata è stata elaborata dal Gruppo gestione del rischio clinico dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, con il contributo dei referenti delle Aziende Sanitarie del

Veneto. Per la raccolta e la gestione dei dati, rilevati tramite la scheda di segnalazione, è stata elaborata un'apposita procedura informatica, accessibile tramite internet, che garantisce riservatezza della trasmissione dei dati tramite crittografia della sessione di connessione, accesso (differenziato per livelli) solo alle persone autorizzate, possibilità di estrapolazione dei dati a fini statistici.

#### Fasi per la realizzazione del Sistema IR della Regione del Veneto

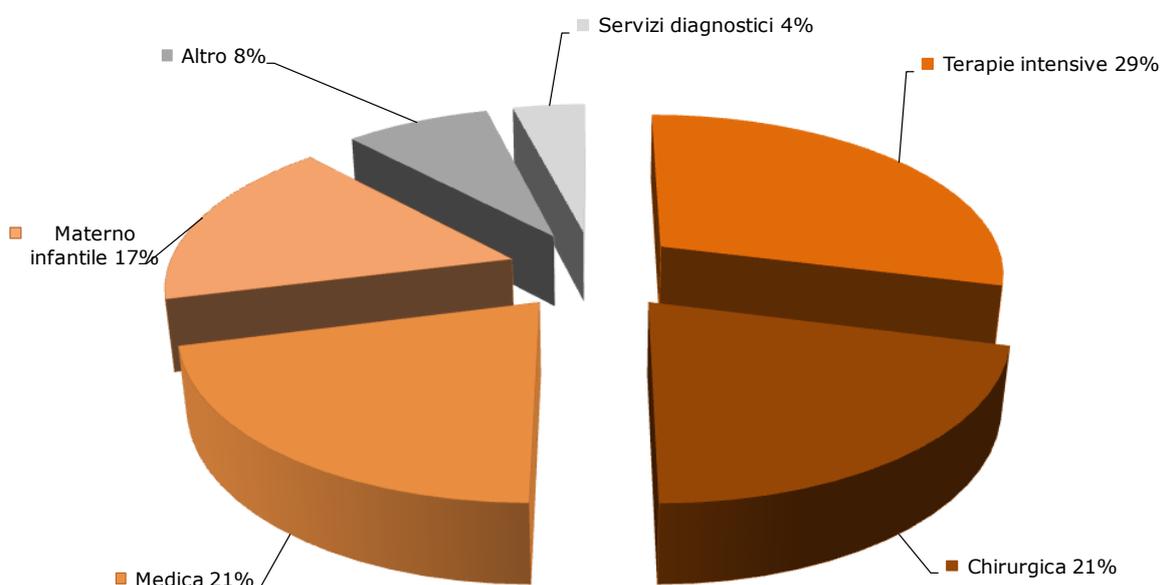


493

#### *Risultati*

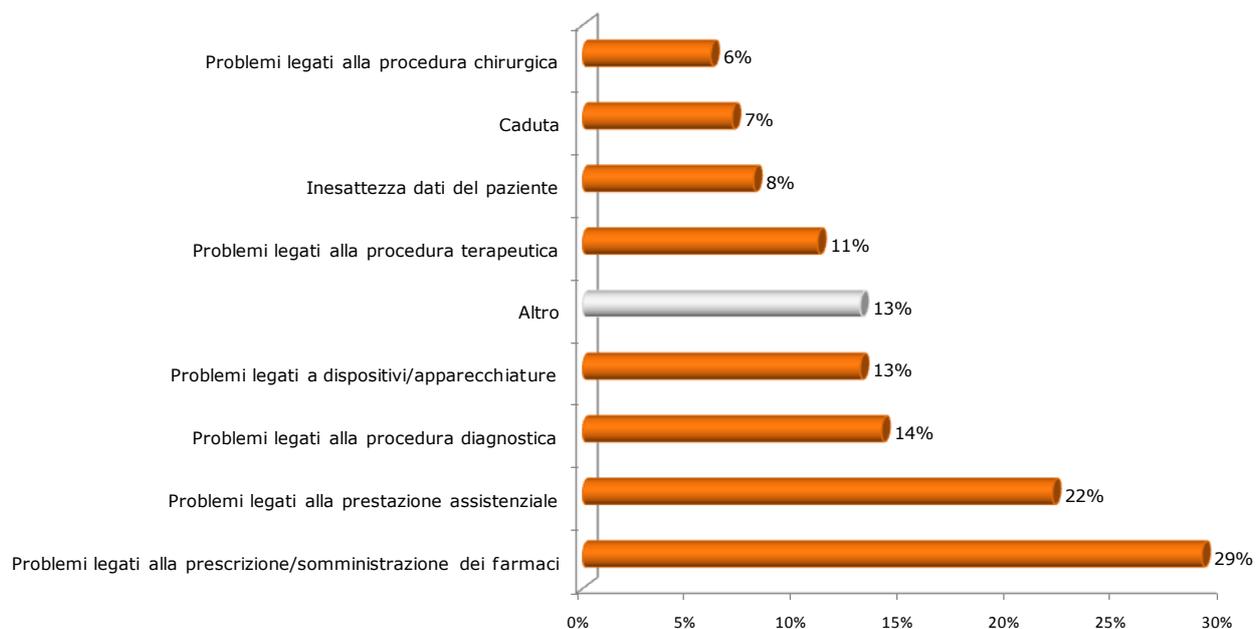
Ricordando che l'obiettivo dei sistemi di segnalazione spontanea è ottenere dati di tipo qualitativo per l'individuazione delle aree di criticità e l'attivazione di percorsi di miglioramento e di diffusione di una cultura della sicurezza e non è quello di raccogliere dati di tipo epidemiologico esatti, in quanto molti avvenimenti possono essere non riconosciuti o non segnalati. I risultati si riferiscono agli anni dal 2005 al 2007, raccolti da 122 utenti di 25 strutture ( 95 utenti di 13 Aziende ULSS e 27 delle strutture private). Tra gli utenti si contano 25 Responsabili di Struttura, 8 Responsabili di Presidio, 89 Responsabili di Unità Operativa. Il totale delle 409 segnalazioni è stato raccolto nelle seguenti aree disciplinari:

Aree disciplinari suddivise per percentuale sul totale rilevazione



Le prime quattro tipologie di eventi segnalati sono i problemi legati alla prescrizione/somministrazione di farmaci, i problemi legati alla prestazione assistenziale, i problemi legati alla procedura diagnostica, i problemi legati a dispositivi/apparecchiature.

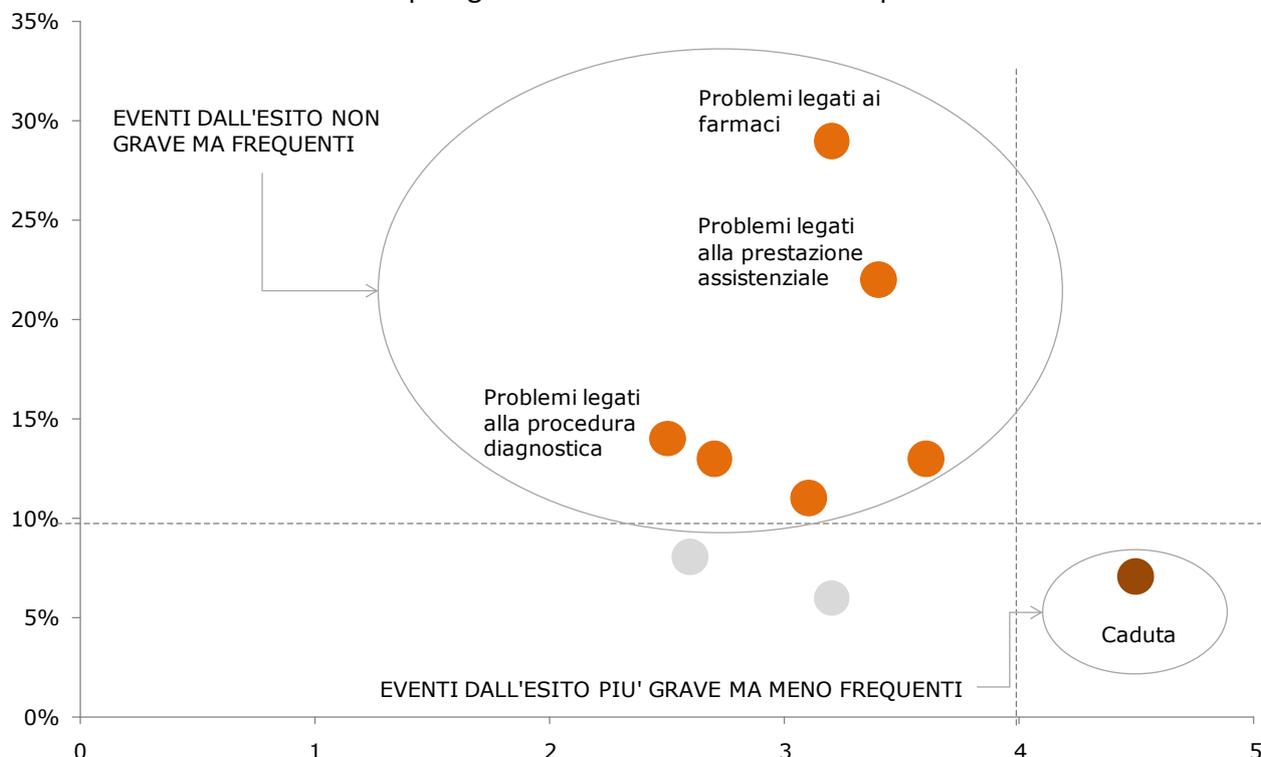
Tipologia di eventi segnalati suddivisi per percentuale sul totale



La frequenza degli eventi segnalati all'interno delle diverse aree disciplinari, anche in relazione alle diverse attività che vi si svolgono, è molto variabile. I dati riportati nello schema sono ricavati dalla valutazione soggettiva degli operatori che hanno segnalato gli eventi. Da questi appare evidente l'importanza della prevenzione degli eventi avversi, per quanto possibile.

Esito degli eventi registrati		Possibilità di riaccadimento futuro	
Esito registrato	Frequenza prevista	Evento raro	Evento frequente
Nessun esito - Esito minore	Livello 3-4	36	108
Esito moderato - significativo	Livello 5-6	39	43
Esito significativo - severo	Livello 7-8	6	3

Tipologie di eventi in relazione alla frequenza



Pur trattandosi di un sistema volontario di segnalazione degli eventi, che non riveste carattere di esaustività, i risultati che emergono dalla sperimentazione sono coerenti con quanto riportato in letteratura, in particolare sull'importanza della gestione farmaci come maggiore area critica e della comunicazione fra operatori come fattore contribuente.

#### *Indicatori di qualità del Servizio Socio Sanitario del Veneto*

Tradizionalmente in medicina la qualità dei servizi erogati viene valutata attraverso un giudizio professionale implicito applicato a casi individuali da parte di singoli clinici. Nel corso degli ultimi due decenni sono stati messi a punto metodi per valutare la qualità dei servizi erogati per mezzo di standard o criteri espliciti. Questi metodi si pongono l'obiettivo di misurare i processi clinici, ciò che viene fatto ai pazienti, ed i risultati dei processi in termini ad esempio di mortalità a breve termine, cioè intraospedaliera oppure a trenta giorni dal ricovero. Tali metodi ricoprono grande rilevanza per la valutazione ed il miglioramento della qualità del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto. La Regione del Veneto, per mezzo dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, sta conducendo una ricerca applicata con l'obiettivo di elaborare un insieme di indicatori di processo e di esito relativi ai servizi sanitari in ambito sia ospedaliero che territoriale. Per la costruzione degli indicatori sono state utilizzate quasi sei milioni di schede di dimissione ospedaliera compilate nel Veneto durante gli ultimi sei anni. Gli indicatori elaborati derivano da un programma denominato "Indicatori di Qualità" dell'Agenzia Federale degli USA per la qualità e la ricerca in sanità (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Quality Indicators (QIs)) e si basano su dati di routine, cioè le schede di dimissione ospedaliera (SDO) senza linkage ad altri archivi. Gli indicatori, relativi a varie specialità quali medicina generale, chirurgia generale, cardiologia, cardiocirurgia e ostetricia, rappresentano strumenti di screening e quindi non devono essere interpretati come un mezzo che permetta di stabilire in modo definitivo la qualità dei servizi erogati. Costituiscono invece premesse di analisi più approfondite basate su cartelle cliniche o raccolta di dati ad hoc. Lo spirito che anima questa iniziativa è quello del miglioramento continuo della qualità attraverso un approccio multidisciplinare che coinvolge la Segreteria Regionale Sanità e Sociale, le Aziende ULSS e Ospedaliere, le Società Scientifiche e l'ARSS in uno sforzo comune teso a migliorare la qualità dei processi di assistenza, la struttura dell'offerta e quindi lo stato di salute dei cittadini residenti nel Veneto e il loro grado di soddisfazione riguardo i servizi disponibili. La finalità è facilitare la presa di decisioni da parte dei responsabili del SSSR ai diversi livelli, in ambito ospedaliero e territoriale, mettendo a disposizione indicatori validi, affidabili ed utili all'identificazione di possibili situazioni di eccellenza o criticità. Le decisioni che l'azione intende sostenere riguardano questioni strategiche a livello Regionale come la definizione di priorità e la formulazione e valutazione di politiche e programmi, ma anche tematiche locali che possono richiedere scelte immediate e puntuali a livello delle Aziende ULSS e Ospedaliere e delle loro

articolazioni nei dipartimenti e reparti. La Regione è consapevole del ruolo fondamentale che i professionisti devono svolgere nell'interpretazione e nell'utilizzo delle informazioni elaborate e nel loro ulteriore approfondimento. La comprensione di questi indicatori passa necessariamente dalla loro contestualizzazione nelle distinte realtà che erogano i servizi e da conoscenze specialistiche riguardo le indicazioni al ricovero e/o all'intervento. A tal fine è previsto il coinvolgimento delle Società Scientifiche presenti in Regione e dei manager regionali e aziendali.

### *Classificazione degli indicatori*

L'insieme degli indicatori AHRQ è classificato nelle seguenti quattro categorie:

- Ricoveri tra adulti;
- Ricoveri pediatrici;
- Assistenza territoriale;
- Sicurezza.

Gli indicatori sui ricoveri di pazienti adulti sono a loro volta suddivisi nei seguenti quattro sottogruppi:

- Mortalità per procedure;
- Mortalità per diagnosi;
- Associazione volume/mortalità per procedure;
- Utilizzo di procedure.

Gli indicatori di utilizzo riguardano procedure chirurgiche come il by-pass aorto-coronarico ed il cesareo o di cardiologia interventistica, come l'angioplastica, per le quali esiste evidenza da numerosi studi in diversi sistemi sanitari di possibile sovra o sotto utilizzo e/o di utilizzo inappropriato. Gli indicatori territoriali si riferiscono a condizioni per le quali una buona assistenza extraospedaliera può prevenire l'ospedalizzazione tramite interventi che riducono il rischio di insorgenza e complicanze o l'evoluzione verso uno stadio più severo della malattia. Esempi di queste condizioni sono alcune malattie prevenibili con vaccino (polmonite dell'adulto), alcune patologie acute (disidratazione) e croniche (insufficienza cardiaca congestizia). Gli indicatori territoriali sono classificati nei seguenti gruppi nosologici:

- Diabete (coma, amputazioni delle estremità inferiori);
- Malattie circolatorie (ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca congestizia);
- Malattie respiratorie (malattia ostruttiva cronica polmonare, asma);
- Condizioni acute (disidratazione adulti e gastroenterite bambini, appendicite perforata);
- Basso peso alla nascita.

Una classificazione complementare degli indicatori AHRQ li suddivide nelle tre classiche categorie identificate da Avedis Donabedian, probabilmente il più influente autore che abbia studiato il tema della qualità in sanità:

- Struttura, cioè caratteristiche proprie delle organizzazioni che erogano servizi, ad esempio risorse umane, tecnologiche e finanziarie e volumi di attività.
- Processo, cioè attività realizzate da operatori a favore dei pazienti.
- Esito, cioè risultati in termini di miglioramento dello stato di salute in conseguenza dei servizi erogati.

### Metodi

Il progetto di elaborazione degli indicatori di qualità si articola nelle seguenti fasi:

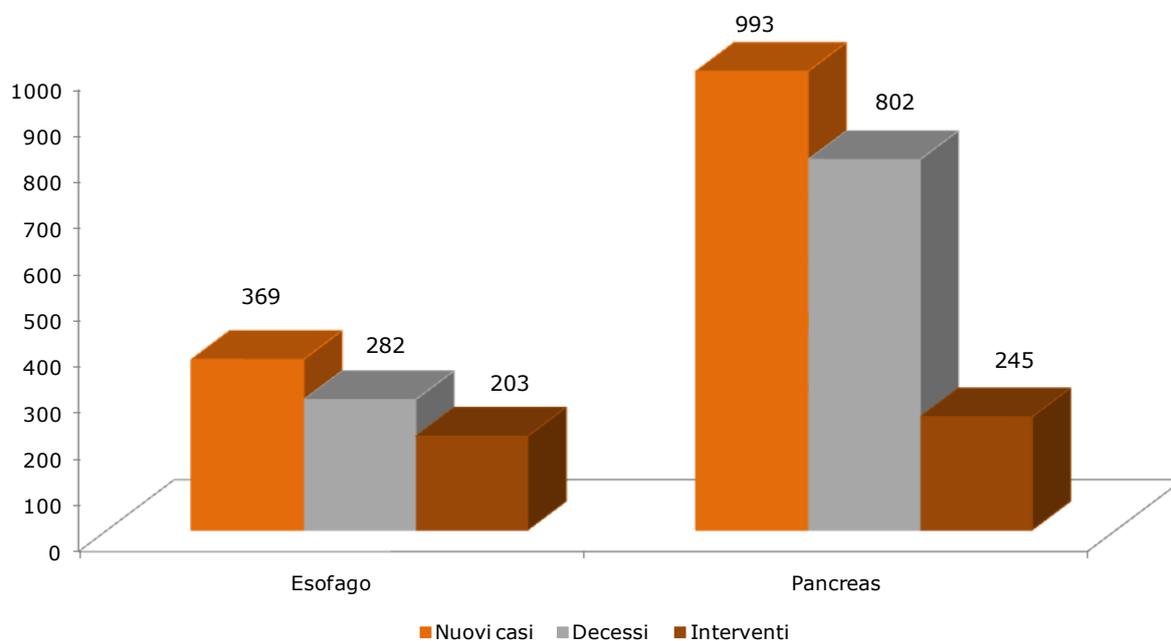
#### Processo di determinazione e sviluppo degli indicatori di qualità del Servizio Socio Sanitario del Veneto



Al fine di confrontare i valori degli indicatori tra diverse strutture e Aziende ULSS è necessario, dal punto di vista metodologico, prendere in considerazione e risolvere due questioni cruciali: le diverse caratteristiche dei pazienti e la variabilità casuale o naturale. La prima questione riguarda il problema del *confondimento*: i valori degli indicatori (proporzioni o tassi) possono differire non perché la qualità dei servizi sanitari sia diversa, ma perché le popolazioni di pazienti a confronto hanno una composizione differente e questa determina la divergenza dei valori. Questa difficoltà è superata attraverso l'elaborazione di modelli matematico-probabilistici che permettono di annullare le differenze tra l'insieme dei pazienti ricoverati in

diversi ospedali o all'interno dello stesso ospedale in diversi periodi. La seconda questione riguarda la *variabilità casuale o naturale*. Il concetto essenziale è che l'esito di un processo non è mai lo stesso in ogni intervallo di tempo, in altre parole, la fluttuazione o variabilità è una componente inevitabile, un evento atteso che insorge naturalmente da un insieme di eventi casuali. Eventi che oltrepassano i limiti della variabilità naturale o che danno luogo a modalità non casuali indicano che il processo è probabilmente fuori controllo. Tale variabilità è definita perciò speciale. L'analisi svolta in questi anni riguarda due gruppi di indicatori: quelli di utilizzo e quelli territoriali. I primi permettono di descrivere l'evoluzione del tasso di utilizzo per interventi nel corso degli anni considerati e la variabilità tra le Aziende ULSS. Ciò consente di riconoscere eventuali disomogeneità tra aree nell'utilizzo di interventi e quindi formulare strategie atte a ridurre la dimensione. I secondi aiutano a identificare e quindi migliorare questioni riguardanti efficacia e tempestività nell'ambito dell'assistenza primaria, ad esempio le immunizzazioni dell'adulto e la programmazione dei servizi diabetologici. Qui presentiamo alcuni dati limitatamente alla resezione esofagea e resezione pancreatica, all'angioplastica e alle ospedalizzazioni prevenibili.

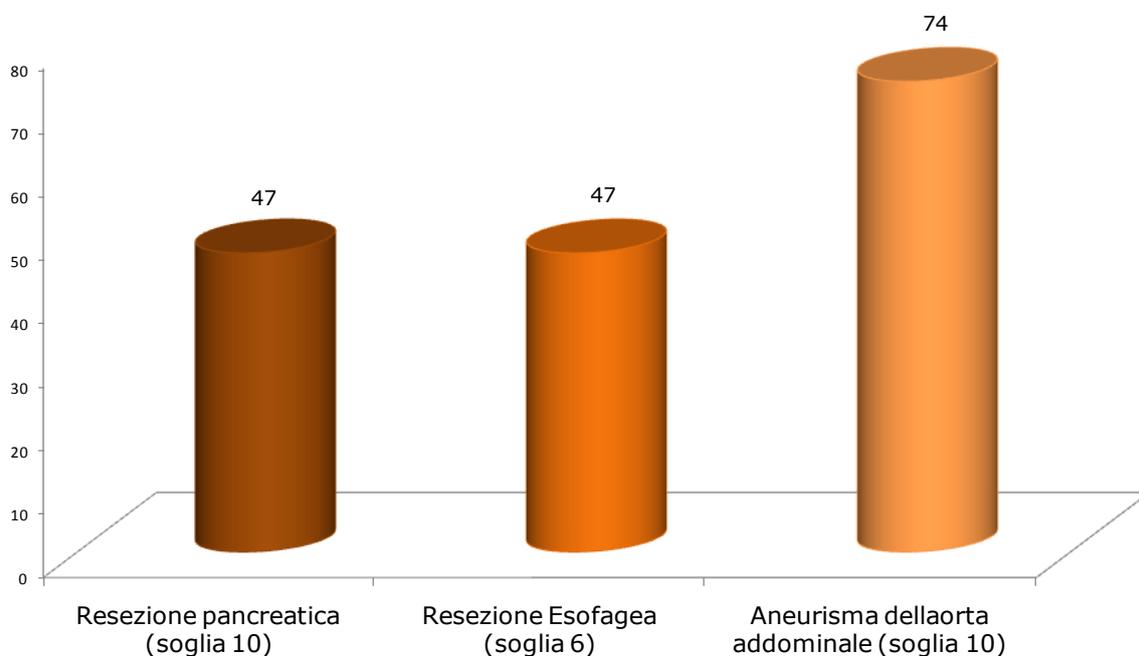
Neoplasie dell'esofago e del pancreas:  
nuovi casi, decessi ed interventi di resezione - Veneto 2007



Il progetto rappresenta uno strumento che favorisce la responsabilizzazione degli amministratori e dei clinici e non l'identificazione di risultati negativi raggiunti nel passato e

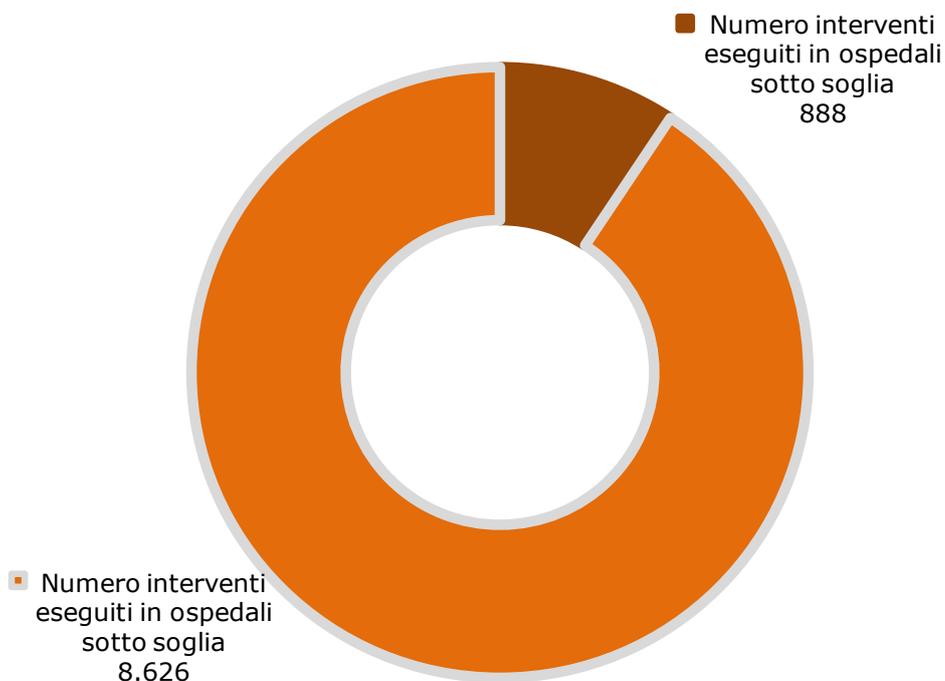
tanto meno un giudizio o un'assegnazione di colpe. Esso può costituire un importante contributo al miglioramento dei processi decisionali.

Numero interventi eseguiti in ospedali sotto soglia AHRQ  
Procedure complessive - Veneto 2007



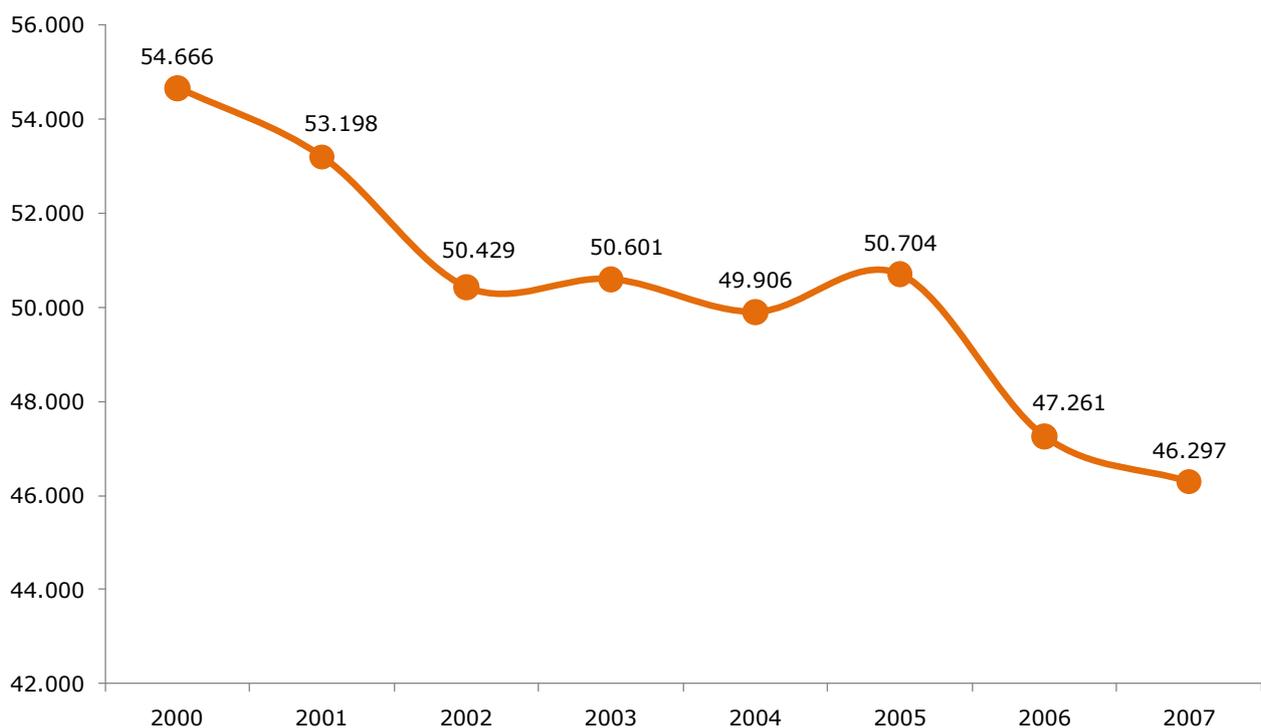
500

Numero interventi eseguiti in ospedali sotto soglia AHRQ  
Angioplastica (soglia 200) - Veneto 2007



Tuttavia, il successo di questa iniziativa dipende anche dall'adozione di questi metodi nelle strutture interessate, ovvero le Aziende ULSS, nelle loro diverse articolazioni (ospedali, distretti e dipartimenti di prevenzione), le Aziende Ospedaliere e le strutture di ricovero private pre-accreditate, il che implica il trasferimento della capacità di utilizzare questi strumenti di analisi, interpretare gli indicatori, prendere decisioni adeguate e monitorare i risultati, inclusi gli effetti imprevisti e indesiderati.

Dimissioni per ospedalizzazioni evitabili  
Veneto 2000-2007



501

Ospedalizzazioni evitabili in adulti: dimissioni e variazione percentuale 2000-2007

Indicatori	Dimissioni	Variazione percentuale
Scompenso cardiaco congestizio	16.752	17,1%
Polmonite batterica	8.788	-9,2%
Malattia ostruttiva cronica polmonare	5.270	-42,3%
Angina senza procedure	3.894	-38,3%
Infezioni urinarie	2.419	-6,3%
Ipertensione	1.656	-58,9%
Diabete scompensato	1.319	-23,2%
Disidratazione	745	106,4%
Appendicite perforata	742	-4,0%
Asma	659	-51,5%
Coma diabetico	503	-35,3%
Amputazione estremità inferiore in diabetico	347	-21,1%

Ospedalizzazioni evitabili in età pediatrica: dimissioni e variazione percentuale 2000-2007		
Indicatori	Dimissioni	Variazione percentuale
Gastroenterite	2.212	-17,6%
Basso peso alla nascita	2.193	69,9%
Infezione urinaria	603	-19,8%
Asma	365	-32,8%
Appendicite perforata	321	1,3%
Coma diabetico	73	35,2%

*Qualità percepita: il Sistema regionale integrato per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino utente*

Capire come i pazienti sperimentano l'assistenza che ricevono, come le cose appaiono ai loro occhi è essenziale sia per valutare in modo compiuto la qualità dell'assistenza sia per definire e mettere in atto qualsiasi programma di miglioramento della qualità stessa.



Il progetto inerente il Sistema regionale integrato per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino utente ha la finalità di valorizzare e facilitare il contributo e la partecipazione dei cittadini nel progettare e realizzare un *Sistema Socio Sanitario* di qualità, riconoscendo il loro ruolo di attori a pieno titolo e non considerandoli solo soggetti passivi, *meri fruitori di prestazioni e servizi*. La messa a punto di sistemi di ascolto che siano in grado di intercettare la "voce" dei cittadini utenti nei diversi modi in cui si può esprimere comporta l'utilizzo di strumenti e modalità di rilevazione diversificati ed integrati fra loro.

Il progetto si propone pertanto di raggiungere più obiettivi:

- Consolidare un sistema condiviso e diffuso di gestione delle segnalazioni degli utenti dei servizi sanitari e socio sanitari, in forma di reclamo, suggerimento o apprezzamento-elogio.
- Progettare, sperimentare e consolidare un programma regionale di rilevazione, analisi e valutazione dell'esperienza e della soddisfazione degli utenti del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSSR).
- Definire e consolidare strumenti di rilevazione di aspetti dell'assistenza che influiscono in misura importante sulla percezione che gli utenti hanno della qualità del servizio.

Al fine di garantire il confronto, la condivisione e la partecipazione attiva al progetto è stato istituito un Tavolo di lavoro, inaugurato il 6 novembre 2007. Nel Tavolo sono rappresentati, oltre all'ARSS, tutti i livelli istituzionali del SSSR, in particolare:

- la Segreteria Regionale Sanità e Sociale
- le Aziende Sanitarie con rappresentanti del Coordinamento dei Direttori Generali, degli Uffici Relazioni con il Pubblico e dei Referenti per la Qualità.

Il Tavolo prevede inoltre la partecipazione degli altri principali portatori di interesse, quali:

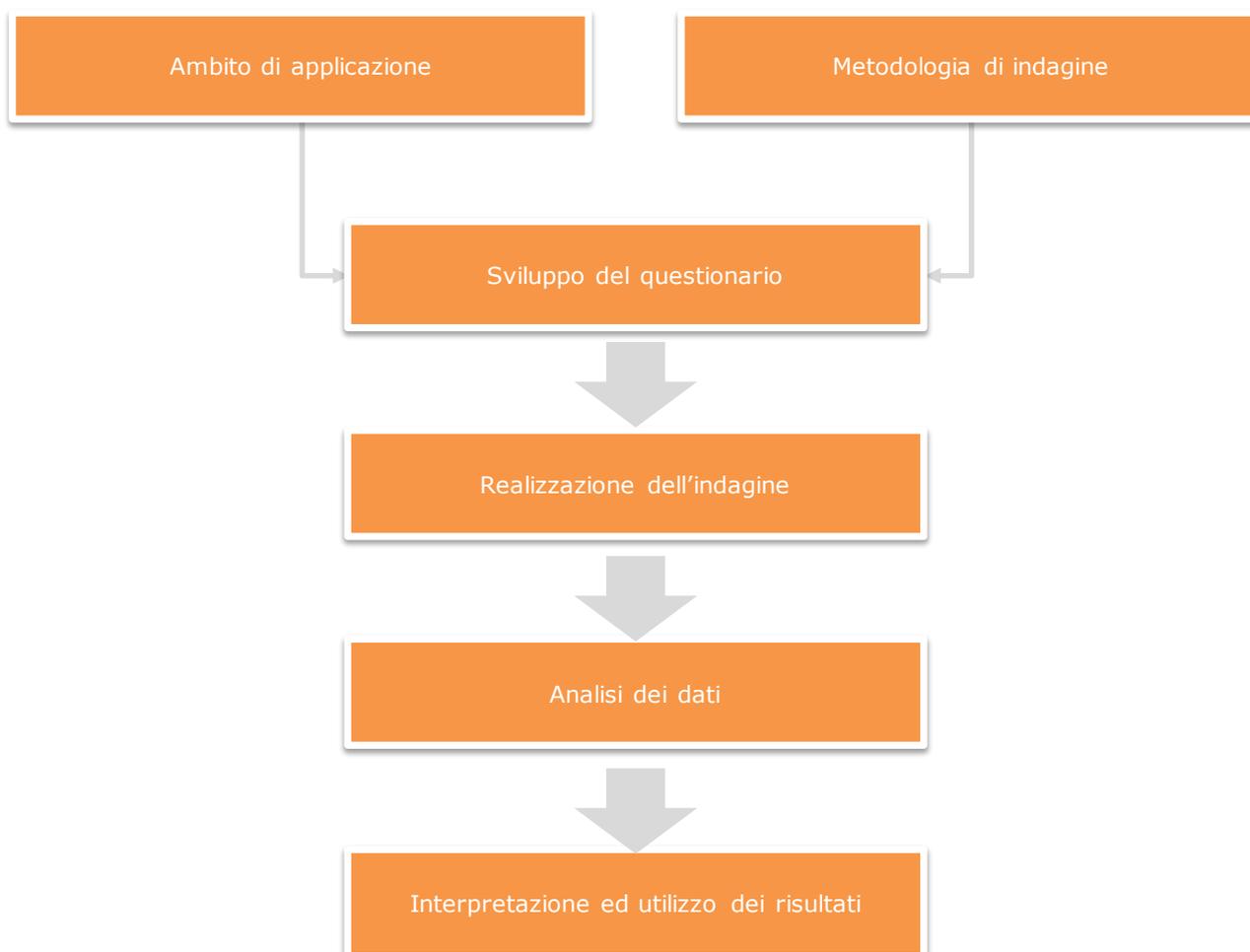
- ANCI Associazione Nazionale dei Comuni Italiani;
- Associazioni rappresentative dei cittadini (Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato, Veneto Salute);
- Coordinamento Regionale Ordini Provinciali dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri;
- Coordinamento Regionale Collegi IPASVI;
- Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;
- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - SIQuAS-VRQ;
- Società Italiana di Sociologia.

Oltre alle finalità sopra richiamate, il Tavolo dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, con questa composizione, ha anche il compito di garantire che l'interpretazione, l'utilizzo e la diffusione dei risultati avvenga a livello istituzionale secondo principi di trasparenza e terzietà.

#### *Programma regionale di rilevazione, analisi e valutazione dell'esperienza e della soddisfazione degli utenti del SSSR*

Per la progettazione, la sperimentazione e il consolidamento di questo programma l'ARSS si avvale del supporto tecnico metodologico del Picker Institute Europe, ente leader a livello internazionale nella progettazione ed implementazione di indagini sui pazienti dei servizi sanitari e socio sanitari, che dal 2000 coordina il programma per la rilevazione dell'esperienza e della soddisfazione dei pazienti per conto del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS). Con riferimento a questa specifica area progettuale è prevista una fase sperimentale con l'obiettivo di testare metodologie e strumenti del Picker Institute, in particolare il questionario e la sua modalità di somministrazione, al fine del loro adattamento al contesto regionale. In accordo con il Picker è stata individuata l'assistenza ospedaliera come area di sperimentazione e si è

deciso di coinvolgere 4 Aziende Sanitarie, che partecipano a livello volontario, scelte sulla base di criteri di dimensione e complessità e di rappresentatività territoriale. Queste sono: Azienda Ospedaliera di Padova, Aziende ULSS n. 7 Pieve di Soligo, Azienda ULSS n. 19 Adria e Azienda ULSS n. 21 Legnago.



Per quanto riguarda l'invio e la raccolta dei questionari, la metodologia Picker prevede l'invio postale di un questionario ad un campione di pazienti ricoverati negli ospedali pubblici delle Aziende interessate nei mesi immediatamente precedenti l'indagine. Il questionario, compilato in forma anonima, deve quindi essere rispedito all'ARSS in busta pre-affrancata. Il progetto prevede anche la sperimentazione della somministrazione del questionario con modalità telefonica, mentre il metodo Picker prevede solo la modalità postale. Questa parte della sperimentazione è limitata all'Azienda ULSS n. 7 Pieve di Soligo. I principali risultati attesi da questa prima fase sperimentale sono:

- a) Consolidare la metodologia di indagine, verificando:
- affidabilità, accessibilità e completezza dello schema di campionamento;
  - accettabilità delle modalità di somministrazione del questionario (postale e telefonica);

al fine di introdurre le modifiche necessarie alla procedura standard.

b) Definire un sistema di reporting che supporti:

- la definizione delle politiche regionali;
- l'introduzione di miglioramenti a livello locale.

c) Ottenere le indicazioni su come procedere in futuro per:

- estendere il programma ad altre aree assistenziali;
- portare il programma a regime.

Sulla base di questi risultati dovrà quindi essere definito il programma regionale di indagine sugli utenti del SSSR da portare a regime successivamente con l'estensione a tutte le Aziende Sanitarie e con il progressivo inserimento di tutte le aree assistenziali.

#### *Trasparenza e comunicazione: il bilancio sociale*

Il Bilancio Sociale è l'esito di un processo con il quale l'amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato. È uno strumento di rendicontazione sociale verso tutti i portatori di interesse che supera il concetto di mera elencazione di dati economico-finanziari. I portatori di interesse hanno, infatti, specifiche attese di conoscere sia i risultati ottenuti, che le modalità del loro perseguimento da parte dell'amministrazione. Anche in campo sanitario è auspicabile che ogni Azienda Sanitaria, in virtù della propria missione istituzionale, *renda conto* delle attività che svolge, dei risultati che raggiunge e degli effetti prodotti dal proprio operare. Il progetto "*Sviluppo di un modello per la rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie del Sistema Socio Sanitario del Veneto*", partito nel giugno 2006 e coordinato dall'ARSS, ha l'obiettivo principale di aumentare il livello di *accountability* del Sistema Regionale attraverso la definizione e l'implementazione di un sistema di rendicontazione sociale per pianificare, misurare e comunicare il valore aggiunto generato dalla gestione. Nella prima fase del progetto è stato elaborato l'insieme delle Linee Guida per la proposta di un *modello per la rendicontazione sociale* nelle Aziende Sanitarie venete da parte di un board scientifico composto da rappresentanti della Regione del Veneto, delle Università delle Aziende stesse e di esperti nazionali sull'argomento. Nella seconda fase, invece, è stato attivato un processo di condivisione con le Aziende Sanitarie del percorso di implementazione e dei principali contenuti ed indicatori del modello scelto, al fine di favorire la sperimentazione a livello aziendale di quanto deciso. Sono stati attivati 7 tavoli di lavoro, uno per ciascuna delle 7 sezioni del documento di Bilancio Sociale proposto nelle *Linee Guida*:

#### *Presentazione del documento*

Prima sezione: Presentazione dell'azienda (tavolo 1)

Seconda sezione: Strategie (tavolo 2)

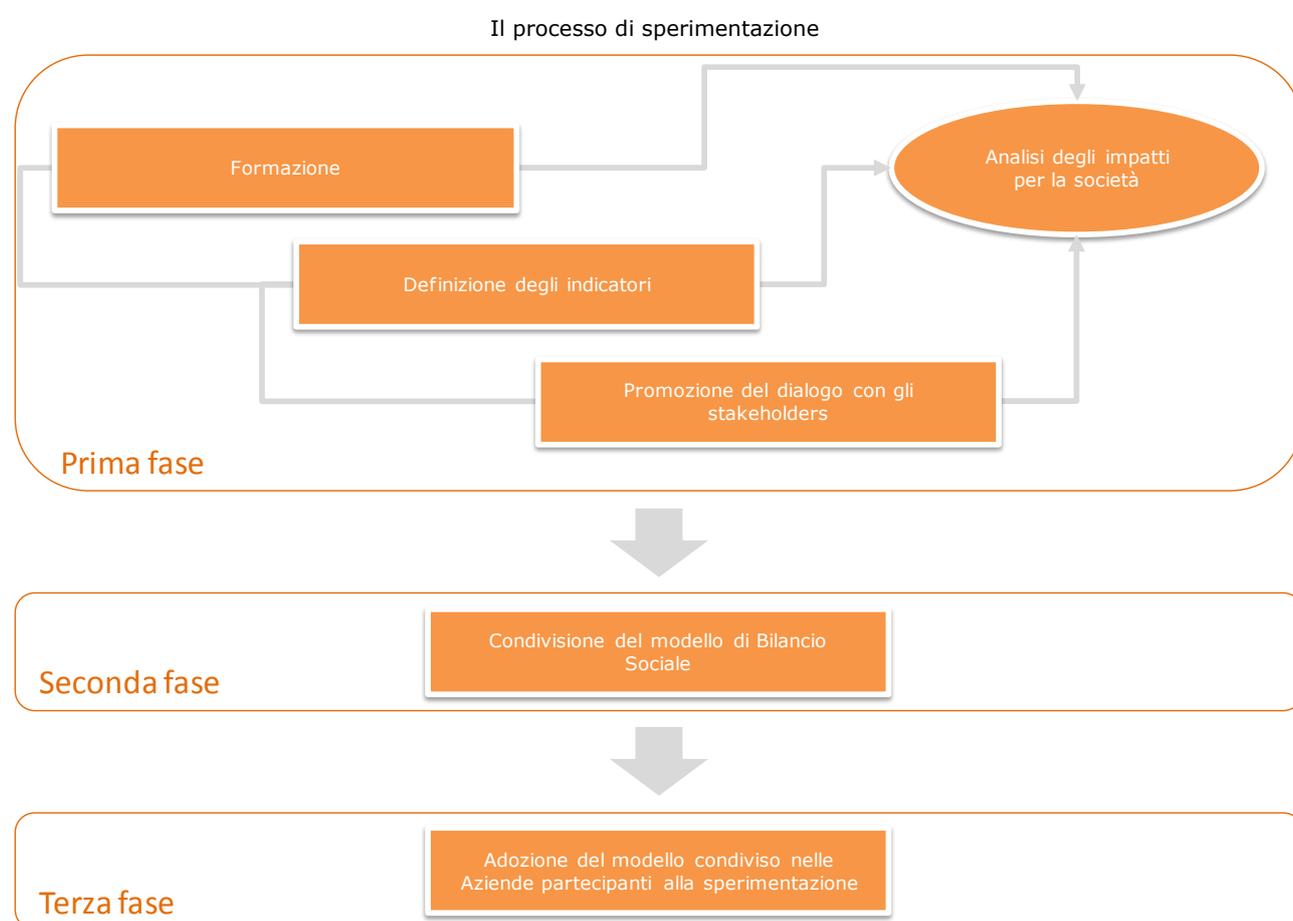
*Risultati delle aree di rendicontazione*

Terza sezione: Dimensione economica	(tavolo 7)
Quarta sezione: Sistema di relazioni	(tavolo 6)
Quinta sezione: Organizzazione	(tavolo 5)
Sesta sezione: Risorse umane	(tavolo 4)

*Impatto società*

Settima sezione Cittadini	(tavolo 3)
---------------------------	------------

*Sintesi e conclusioni*



I tavoli di lavoro hanno approfondito le Linee Guida, declinando le singole aree di rendicontazione e classificando puntualmente gli oggetti di rendicontazione. Inoltre ci si è posti il fine di definire la modalità per rendicontare obiettivi, azioni, risorse e risultati, individuando un set di indicatori comuni a tutte le aziende. Si è cercato altresì di individuare criticità e ostacoli. Alla conclusione degli incontri dei tavoli di lavoro sono state compilate delle *Schede Guida* strutturate in tre sezioni: a) obiettivo della sezione del documento; b) approccio

metodologico e struttura; c) contenuti della sezione. Le Schede Guida sono state un utile strumento per le Aziende Sanitarie che hanno partecipato al progetto sia durante la fase di progettazione che durante la redazione del Bilancio Sociale.

I Numeri dei tavoli di lavoro:
7 tavoli di lavoro
130 presenze ai tavoli
15 aziende partecipanti ai tavoli
15 Bilanci Sociali/Bilanci di Mandato prodotti (tra le Aziende che hanno partecipato al progetto)
2 aziende che, pur avendo partecipato ai tavoli, non hanno redatto un documento

### *Risultati*

Delle 17 aziende che hanno partecipato ai tavoli, 15 hanno redatto dei documenti di rendicontazione sociale. Data la concomitanza della fine del mandato dei Direttori Generali, 9 aziende hanno optato per la redazione di un *bilancio di mandato*, pur cercando di mantenere le indicazioni del progetto, riferendosi però ad un orizzonte temporale quinquennale, mentre il bilancio sociale fa riferimento a un solo anno. Vale la pena evidenziare che, nel 2007, ben 20 Aziende Sanitarie del Veneto hanno affrontato la tematica del Bilancio Sociale, e, pur non aderendo al progetto, altre 2 Aziende hanno redatto il Bilancio di Mandato, mentre un'Azienda ha avviato un corso di formazione sull'argomento. Alla luce di questi primi risultati l'interesse della Regione proseguirà verso l'implementazione del progetto sensibilizzando le aziende ad un coinvolgimento sempre più forte.

### *I prossimi passi*

- La revisione delle Linee Guida per raggiungere una definizione chiara, completa e condivisa del modello della Regione Veneto di Bilancio Sociale;
- Un ulteriore coinvolgimento dei tavoli di lavoro per condividere i risultati emersi dalla sperimentazione delle aziende stesse;
- La definizione di un set di indicatori opportuni per ogni sezione;
- La formazione su tematiche di pianificazione strategica, di programmazione e di controllo;
- L'attivazione di tavoli di confronto con la partecipazione diretta degli stakeholders.

### 6.3 Sistema Informativo Socio Sanitario

---

I Sistemi Informativi sono un importante strumento, necessario a supportare e diffondere le innovazioni di processo e le re-ingegnerizzazioni degli stessi, tenendo conto del continuo mutamento dello scenario di riferimento. Data la molteplicità e varietà di soluzioni tecnologiche adottate in relazione ai problemi comuni delle pubbliche amministrazioni, con specifico riferimento al contesto sanitario, si ravvisa sempre più la necessità di garantire la compatibilità e interoperabilità tra i differenti sistemi sanitari regionali e di coordinamento con il governo centrale, con particolare riferimento al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ed al Sistema Tessera Sanitaria, che sta spingendo anche altre Regioni italiane a creare un ambiente di lavoro comune con lo scopo di stabilire approcci condivisi verso tematiche critiche. La Regione del Veneto ha da tempo attivato interventi in questo campo finalizzati a sviluppare una sempre più stretta collaborazione tra aziende sanitarie e Regione, tramite la cooperazione applicativa, ovvero la condivisione di regole e di standard, che consentano ai diversi sistemi informativi eterogenei di dialogare tra loro e di scambiarsi servizi ed informazioni mediante protocolli standardizzati. Tutto questo per favorire l'integrazione tra le strutture erogatrici di prestazioni e servizi, soprattutto in ottica di area vasta, nonché consentire l'attivazione e gestione dei flussi informativi necessari a monitorare e governare l'andamento del Sistema Socio Sanitario regionale. Oggi proseguire l'azione per migliorare il Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale significa perseguire due obiettivi fondamentali: a) attuare un efficace coordinamento delle attività di investimento in ICT (Information and Communication Technology) delle Aziende Sanitarie per agevolare la standardizzazione dei processi di erogazione dei servizi/prestazioni anche in un'ottica di area vasta; b) concorrere e contribuire al piano di e-government e alle iniziative nazionali ed europee per la sanità elettronica (*eHealth*) sviluppando soluzioni compatibili per la garanzia della interoperabilità tra sistemi informativi nazionali e transazionali. Questi obiettivi vengono esplicitati nelle seguenti aree di intervento e di sviluppo:

*Fascicolo sanitario personale*: che può essere definito come una infrastruttura progettata al fine di rendere possibile, in un dominio territoriale esteso (regionale o nazionale), l'accesso da parte del personale sanitario autorizzato alle informazioni (referti, lettere di dimissione, ecc.) costituenti la storia clinica dei pazienti/cittadini, ovunque queste siano state prodotte. Ciò avverrebbe mediante la realizzazione di un'infrastruttura *distribuita*, ovvero tramite un sistema di condivisione e scambio di informazioni che fisicamente rimangono conservate presso ciascuna azienda sanitaria erogatrice.

*Interoperabilità delle anagrafi sanitarie*: gestione condivisa delle anagrafi sanitarie (iscrizioni per residenza, iscrizioni per scelta del medico, trasferimenti, cancellazioni, ecc.) mediante

integrazione dei sistemi anagrafici delle Aziende Sanitarie ed attivazione di servizi di cooperazione con le Anagrafi comunali;

*Strumenti di cartella clinica dei Medici di Medicina Generale:* definizione di un'interfaccia standard per l'integrazione dei sistemi di cartella clinica dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie, per la gestione dei servizi di: aggiornamento anagrafe assistiti, distribuzione referti, gestione prescrizioni, prenotazione prestazioni, ecc.;

*Cartella clinica informatizzata:* definizione dei contenuti della cartella e predisposizione delle regole per la condivisione delle informazioni sul paziente anche tra sistemi informativi aziendali diversi;

*Centro Unico di Prenotazione:* integrazione provinciale dei centri unici di prenotazioni, che permette alle singole aziende di gestire con tempistiche più efficienti la richiesta di erogazione delle prestazioni da parte del paziente, con conseguente impatto anche sulle liste di attesa.

*Repository documentazione clinica:* disponibilità di servizi per la consultazione delle informazioni cliniche standardizzate acquisite dai sistemi dipartimentali;

*Distribuzione referti informatici:* a) la definizione standardizzata dei servizi di cooperazione per l'integrazione dei sistemi dipartimentali di laboratorio con il repository della documentazione clinica; b) referti strutturati e firmati digitalmente; c) trasmissione tempestiva del documento clinico al prescrittore; d) integrazione con le cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale; e) garanzia della riservatezza e protezione del dato (sistema a doppia tessera).

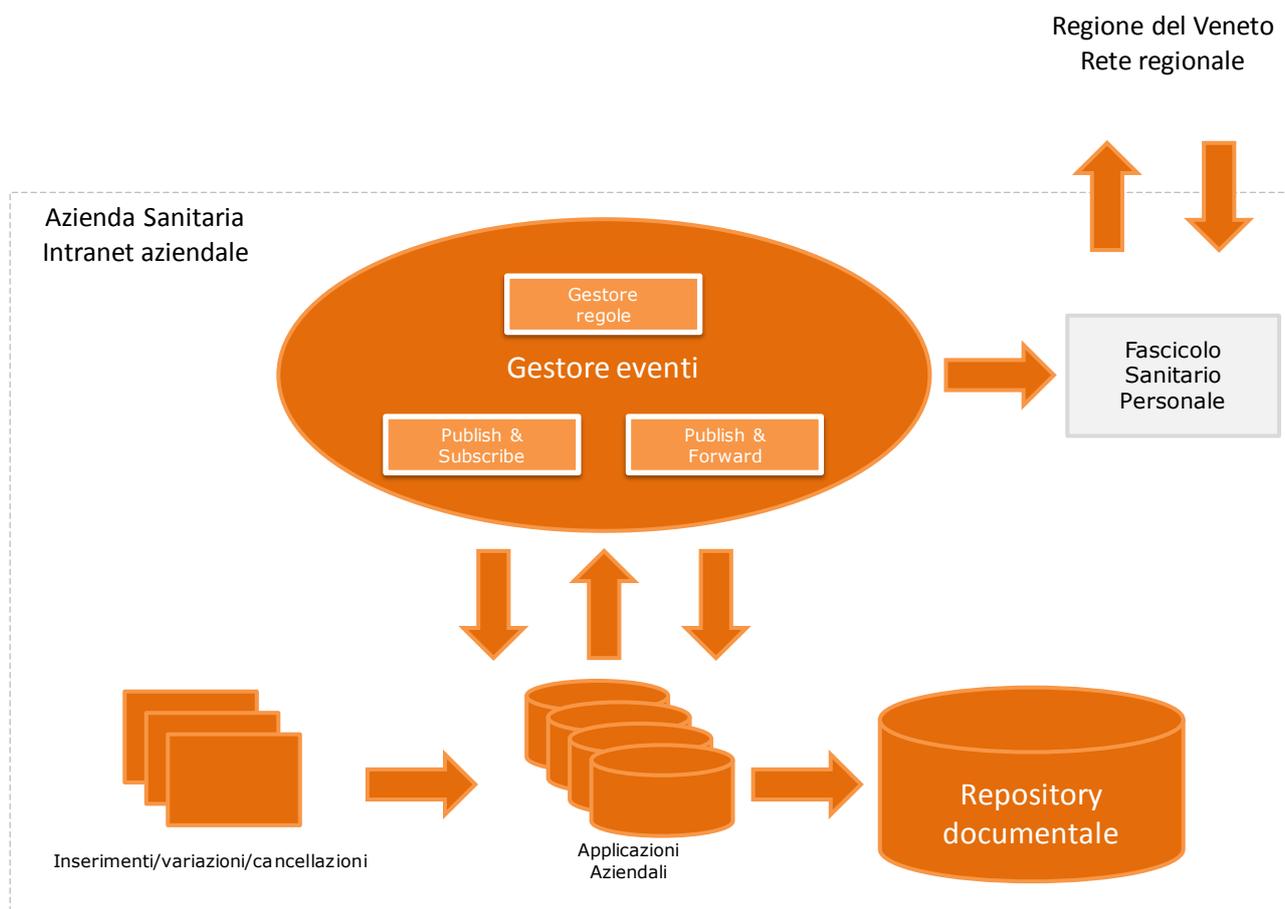
*Portale delle applicazioni del Sistema Informativo Socio Sanitario:* ampliamento delle funzionalità di data warehousing nel contesto di una gamma sempre più estesa di servizi informativi e di monitoraggio agli Uffici Regionali, alle Aziende Sanitarie ed ai Centri di Riferimento Regionali.

*Procedura Invalidi Civile:* implementazione di un software con l'adozione di un'architettura di tipo web based, ad uso di tutte le Aziende Ulss del Veneto, che garantisca la completa standardizzazione del processo relativo alla gestione dell'invalidità civile. L'evoluzione del sistema permetterà l'ottimizzazione della gestione dei flussi di lavoro mediante anche l'introduzione della firma digitale dei documenti, consentendo una più efficace gestione degli archivi storici, nonché una migliore organizzazione dell'attività operativa corrente degli uffici, soprattutto per ciò che riguarda le comunicazioni tra le diverse entità organizzative coinvolte (uffici periferici e provinciali).

Gli interventi definiti in tali aree si concretizzano nella sperimentazione e realizzazione di applicativi per la gestione dei dati socio sanitari e per la loro trasferibilità sicura. Ora, se le strutture regionali hanno svolto in questi anni un fondamentale lavoro indirizzato alla cooperazione applicativa, partecipando anche ai tavoli nazionali istituiti sulla materia, le Aziende Sanitarie hanno assunto da tempo un'ottica propositiva che ha dato dei risultati

riconosciuti in tutti gli ambiti istituzionali nazionali. Da questo punto di vista, i processi di collaborazione e condivisione a cui abbiamo più volte accennato vedono il loro fulcro nelle capacità di promozione e sviluppo aziendali. Tutte le Aziende ULSS del Veneto sono oggi attive in queste fondamentali attività per la sanità attuale e futura.

L'esempio più evidente dei processi di condivisione e collaborazione tra Regione e Aziende: il *Fascicolo sanitario personale*



Il fascicolo fa parte di un sistema di registry finalizzato alla navigazione all'interno dell'intranet aziendale e alla ricerca della documentazione su base regionale. Al sistema di registry accedono tutti i sistemi della rete per la risoluzione degli indirizzi di tipo applicativo. Il sistema si autoaggiorna grazie ad un circuito di eventi automatizzati relativi alle variazioni che intervengono sui sistemi periferici. Il sistema è così orizzontale a tutte le applicazioni e costituisce la base fondamentale per la costruzione e gestione della cartella clinica aziendale.

Il fascicolo è univoco all'interno dell'Azienda, non contiene dati analitici ma informazioni di navigazione nei sistemi aziendali. Può esser paragonato a un folder contenente varie tipologie di schede bianche contenenti i soli dati essenziali di identificazione del documento e l'indirizzo dove reperire i dati di dettaglio. Il fascicolo può interagire con l'esterno nel caso di dati distribuiti su più aziende.

Il fascicolo personale viene aggiornato automaticamente dal gestore eventi dell'Azienda. Ogni variazione di dati deve generare un evento di aggiornamento sul fascicolo sanitario personale. Gli eventi che aggiornano il fascicolo sanitario personale sono interni all'Azienda

## 6.4 Ricerca Sanitaria Finalizzata

La Regione del Veneto ha cominciato a promuovere e a finanziare la Ricerca Sanitaria Finalizzata fin dal 1981 attraverso dei Bandi approvati con Deliberazioni della Giunta Regionale. Nel triennio 1984-1986 ha introdotto la ricerca stessa nel proprio Piano Socio-Sanitario Regionale, anticipando i bandi di promozione e finanziamento della Ricerca Sanitaria Finalizzata ministeriali che sono iniziati solo dopo l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 502/1992 (articoli 12 e 12 bis). Nel 2001 la ricerca, che ormai è divenuta una consuetudine regionale, viene disciplinata anche con la legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 (finanziaria regionale) che all'Art. 15 testualmente indica "Entro il 30 aprile di ogni anno, la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, adotta una deliberazione che individua, con apposito bando, le aree e i settori di intervento della ricerca di maggior interesse per il servizio sanitario regionale, sui quali le ULSS, le Aziende Ospedaliere e per il loro tramite gli altri soggetti pubblici e privati individuati nel bando, possono presentare progetti di ricerca, determinando anche l'ammontare del finanziamento destinato alla realizzazione dei progetti. Entro il 31 dicembre dello stesso anno la Giunta regionale, sulla base delle regole stabilite nel bando, provvede ad assegnare il finanziamento ai progetti ritenuti congrui alla realizzazione degli obiettivi posti dalla programmazione regionale in ambito socio sanitario (...)." Nel bando si individuano le Aree (solitamente sono due) e all'interno di queste i settori della Ricerca Sanitaria Finalizzata.

Dal 2001 ad oggi invece ogni progetto ha:

- un Responsabile Scientifico che può essere un qualsiasi soggetto pubblico o privato che opera nel territorio regionale nel campo della ricerca sanitaria;
- un Responsabile Amministrativo proponente che deve essere esclusivamente o un'Azienda ULSS, o un'Azienda Ospedaliera;
- inoltre, recentemente è stato previsto che il Responsabile Amministrativo proponente può essere anche uno dei due IRCCS riconosciuti (IOV e San Camillo).

Nel bando si fissa il Budget che è a disposizione per la ricerca. Nel 2006 questo è stato pari ad 2.200.000,00 Euro, mentre nel 2007 è stato corrispondente a € 2.400.000,00 Euro. Il numero massimo di progetti, che ciascun Responsabile Amministrativo può presentare, attualmente è fissato in:

2 progetti di ricerca per ogni Azienda ULSS	Massimo 2 progetti x 21 Aziende ULSS =	42
2 progetti per IRCCS	Massimo 2 progetti per IRCCS =	4
4 per ogni Azienda Ospedaliera di cui: 2 afferenti all'Università	Massimo 4 progetti x 2 Aziende Ospedaliere =	8
Totale progetti di Ricerca Sanitaria Finalizzata presentabili		54

\* IRCCS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

I progetti vanno presentati con le modalità e secondo i termini indicati nel bando stesso (attualmente entro 60 gg. dalla Pubblicazione sul BURV, con 1 originale + 2 copie, in carta semplice e redatti in base al fac-simile di modulo che è l'allegato B della deliberazione stessa). Successivamente si procede d'ufficio ad un controllo formale sui progetti di ricerca. Quindi si riunisce un Gruppo Tecnico Consultivo formato dai Dirigenti delle strutture interessate (e da eventuali componenti esterni esperti nella materia della ricerca, nominati dal Segretario Regionale) e si valutano i progetti, attribuendo a ciascuno un punteggio. A fine anno con deliberazione di Giunta Regionale si approvano i progetti di ricerca ritenuti meritevoli, si assegnano i finanziamenti ai migliori progetti e si approva una bozza di convenzione da stipulare fra la Regione del Veneto, Responsabile Amministrativo/beneficiario del finanziamento (ossia Azienda ULSS, o Ospedaliera o IRCCS) e Responsabile Scientifico. Una volta firmata la convenzione inizia lo svolgimento della ricerca che può avere una durata di uno o due anni prorogabili una sola volta su richiesta del Responsabile Scientifico. La Regione del Veneto in passato (fino al 2003) impegnava e liquidava il finanziamento con un primo acconto del 45% all'avvio, un secondo acconto sempre del 45% a relazione intermedia ed il saldo, cioè l'ultimo 10%, a conclusione. Dal 2004 al 2007 si impegna e poi si liquida un acconto dell'80% all'avvio della ricerca e un saldo del 20% a conclusione. Dal 2008 si procederà ad erogare un acconto del 70% all'avvio ed un saldo del 30% a conclusione del progetto. Da sempre le sintesi delle ricerche prodotte dai responsabili scientifici vengono pubblicate sul BURV e inviate alle Aziende ULSS ed Ospedaliere regionali ed agli assessorati alla Sanità delle altre Regioni, così da permettere la diffusione dei risultati e l'eventuale applicazione in ambito del SSSR o del Servizio Sanitario Nazionale. In questi ultimi anni, così come sopra specificato, si è limitato il numero di ricerche che ogni Responsabile Amministrativo può presentare, ed è stato ridotto anche il numero di ricerche finanziate dalla Regione del Veneto in modo tale da sviluppare e privilegiare la qualità della ricerca anziché la quantità. Si è ritenuto inoltre di proporre nuovi temi di ricerca in linea con gli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale e con i temi di ricerca previsti dalla Commissione Europea nell'ambito del VII Programma Quadro Pluriennale di Azioni comunitarie di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione per la realizzazione dello spazio europeo della ricerca (2006-2010). Si è ritenuto altresì utile uniformarsi alle finalità promosse dalla legge regionale 18 maggio 2007, n. 9 recante: "Norme per la promozione ed il coordinamento della ricerca scientifica, dello sviluppo economico e dell'innovazione nel sistema produttivo regionale", con lo scopo di promuovere la tutela, la valorizzazione, lo sviluppo e la diffusione della ricerca di base ed applicata, mettendo in rete le Università degli Studi del Veneto, le istituzioni di ricerca, l'impresa veneta e altri soggetti operanti sul territorio regionale. Infine, poiché l'investimento di risorse regionali destinate alla ricerca deve garantire un "ritorno" alla Regione in termini di risultati conseguiti direttamente utilizzabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, logico presupposto è che le aree e le tematiche di ricerca

siano strettamente attinenti alle esigenze della programmazione regionale, anche allo scopo di sviluppare progetti condivisi dalle Aziende Sanitarie e dal livello regionale, in un'ottica di holding che favorisca l'ottimizzazione degli investimenti ed eviti possibili sprechi anche nel campo della ricerca.

Le tematiche di quest'anno, così come scritte nel bando, sono:

#### Area di Ricerca Finalizzata Biomedica

##### Settori:

- 1) *Approcci innovativi nella prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie che si manifestano nella Regione del Veneto*, con particolare riguardo ai seguenti temi:
  - Oncologia (ponendo l'accento sull'elaborazione di strategie orientate al paziente, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla cura, in collegamento con il territorio);
  - Malattie cardiovascolari, mentali e neurologiche;
  - Malattie di interesse materno infantile (ponendo l'accento sull'elaborazione di strategie orientate al paziente, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla cura, in collegamento con il territorio).
- 2) *Applicazione di biotecnologie e tecnologie mediche per migliorare la qualità e l'omogenizzazione della risposta diagnostico-terapeutica dei pazienti* con particolare riguardo ai seguenti temi:
  - Applicazione di metodologie di high-throughput screening con particolare interesse alle discipline "-omics" (proteomica, gnomica, metabolomica...);
  - Impiego di nanotecnologie per la terapia medica e antitumorale;
  - Sperimentazione di procedure chirurgiche mini invasive.

#### Area di Ricerca Finalizzata Sanitaria

##### Settori:

- 2) *Approcci innovativi finalizzati all'ottimizzazione dei servizi socio sanitari offerti ai cittadini del Veneto*, con riguardo ai seguenti temi:
  - Governo clinico con esplicito riferimento all'introduzione di nuove tecnologie (farmaci, devices, procedure, grandi attrezzature...);
  - Innovazione organizzativa e informatica: proposte ed applicazioni;
  - Health Technology Assessment: proposte ed applicazioni;
  - Formazione alla ricerca per lo sviluppo di competenze a sostegno dell'attività di ricerca;
  - Assistenza nelle fasi terminali della vita e lotta al dolore."

È infine opportuno evidenziare che le Ricerche sanitarie finalizzate finanziate in questi ultimi anni e molte delle quali ancora in corso sono:

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda Ospedaliera di Padova	Progetto per una Unità di psichiatria culturale	n. 4418/05	A	1	24	70.000
Azienda Ospedaliera di Padova	Rigenerazione delle valvole cardiache mediante l'uso di matrici biologiche e cellule staminali	n. 4418/05	A	1	24	70.000
Azienda Ospedaliera di Padova (UniPD)	Cadute e fratture da fragilità nell'anziano: valutazione del rischio, diagnostica differenziata, prevenzione non farmacologica	n. 4418/05	B	2	24	50.000
Azienda Ospedaliera di Verona	Coordinamento delle prestazioni sanitarie in area vasta: verso la rete di oncologia polmonare in Veneto	n. 4418/05	B	2	24	70.000
Azienda Ospedaliera di Verona	Genotipo, endofenotipo, fenotipo: identificare i fattori eziopatogenetici delle psicosi per costruire dei modelli di prevenzione e di terapia mirata	n. 4418/05	A	1	24	70.000
Azienda Ospedaliera di Verona	Ricodifica dei dispositivi medici secondo la classificazione ministeriale CND (classificazione nazionale dei dispositivi medici) nell'area vasta della provincia di Verona	n. 4418/05	B	2	24	70.000
Azienda Ospedaliera di Verona (UniVR)	Sviluppo di nuove strategie diagnostiche per il monitoraggio della risposta immunologica e della funzionalità d'organo quale strumento di diagnosi precoce del rigetto acuto e di prevenzione di patologie sistemiche nei pazienti con trapianto di rene	n. 4418/05	A	1	24	50.000
Azienda ULSS 1 BELLUNO	Sinergia tra fattori di crescita piastrinici e cellule staminali da sangue periferico nella terapia adiuvante per la riparazione tissutale	n. 4418/05	A	1	24	40.000
Azienda ULSS 2 FELTRE	La mobilità degli operatori sanitari in Europa	n. 4418/05	B	1	24	40.000
Azienda ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	Valutazione delle patologie del tratto riproduttivo maschile in militari veneti impegnati in zone belliche	n. 4418/05	B	2	24	50.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	Tecnologie al servizio del paziente	n. 4418/05	B	2	24	50.000
Azienda ULSS 4 THIENE	Definizione di un sistema di valorizzazione economica dei percorsi assistenziali in Assistenza Domiciliare Integrata - ADI finalizzato alla valutazione di appropriatezza e alla razionalizzazione del sistema di finanziamento	n. 4418/05	B	2	24	70.000
Azienda ULSS 5 ARZIGNANO	Progetto Progres Veneto 2006 ricerca e analisi della residenzialità psichiatrica nel Veneto	n. 4418/05	B	2	12	13.000
Azienda ULSS 5 ARZIGNANO	Telemedicina e qualità della vita: come la telemedicina modifica la percezione della cura da parte del paziente	n. 4418/05	B	2	24	40.000
Azienda ULSS 6 VICENZA (UniPD)	Neurofibromatosi tipo 1. Ricerca di mutazioni associate a maggior rischio di tumori maligni della guaina dei nervi periferici. (MPNST)	n. 4418/05	A	1	24	47.000
Azienda ULSS 6 VICENZA	Adeguamento dei protocolli diagnostici e terapeutico - abilitativi per i disturbi pervasivi dello sviluppo sulla base delle Linee Guida per l'Autismo (SINPIA 2005). Studio relativo alla costruzione di una rete interaziendale per la condivisione della metodologia operativa	n. 4418/05	B	2	24	40.000
Azienda ULSS 6 VICENZA	Cellule staminali nella terapia dell'insufficienza cardiaca e della miopatia scheletrica dello scompenso cronico di cuore	n. 4418/05	A	1	24	70.000
Azienda ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	Sviluppo di un modello di JME in drosophila	n. 4418/05	A	1	24	50.000
Azienda ULSS 8 ASOLO (UniPD)	Diagnosi e terapia in campo oncologico con radiofarmaci: nuove strategie di direccionamento molecolare	n. 4418/05	A	1	24	50.000
Azienda ULSS 9 TREVISO (UniBO - UniPD)	Strategie di prevenzione e trattamento del danno ossidativo in modelli cellulari di malattia neurodegenerativa	n. 4418/05	A	1	24	50.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 9 TREVISO	Valutazione della rispondenza dei requisiti adottati da programma canadese per il Quebec per l'accreditamento dei servizi trasfusionali, del laboratorio e della banca del sangue, con il sistema dell'accreditamento istituzionale definito dall'ARSS e valutazione della rispondenza da parte dei servizi dell'Ospedale di Treviso al sistema di requisiti suggeriti, utilizzando il metodo e il processo di accreditamento di eccellenza modello veneto, adottato dall'ARSS (metodo, processo e risultati)	n. 4418/05	B	2	12	60.000
Azienda ULSS 9 TREVISO	Sperimentazione di Business Process Management	n. 4418/05	B	2	12	60.000
Azienda ULSS 10 S. DONA' DI PIAVE (VE)	Point of care testing (POCT) applicato al letto del malato domiciliare	n. 4418/05	B	2	12	40.000
Azienda ULSS 12 VENEZIANA	Il teleconsulto poli-specialistico in assistenza domiciliare	n. 4418/05	B	2	24	60.000
Azienda ULSS 12 VENEZIANA	Nuove terapie antitumorali con bersagli biologici nell'era della medicina basata sull'evidenza: attivazione di una biblioteca e di un osservatorio virtuali	n. 4418/05	B	2	24	40.000
Azienda ULSS 12 VENEZIANA	Applicazione dell'isotacoforesi capillare nella valutazione delle caratteristiche delle lipoproteine nei soggetti con alterata regolazione glucida (Impaired Glucose Regulation) e nei diabetici	n. 4418/05	A	1	24	70.000
Azienda ULSS 13 MIRANO (UN. PD)	Rigenerazione del tessuto corticosurrenalico e ruolo di un promotore della crescita, l'adrenomedullina endogena	n. 4418/05	A	1	24	50.000
Azienda ULSS 13 MIRANO (UniPD)	Idoneità allo sport e genetica molecolare: identificazione dei soggetti a rischio cardiovascolare	n. 4418/05	A	1	24	60.000
Azienda ULSS 14 Chioggia Azienda ULSS 13 MIRANO	Modello organizzativo per la gestione integrata dei servizi di diagnostica per immagini degli ospedali delle ULSS 10, 13 e 14 della Regione Veneto - definizione dello studio di fattibilità	n. 4418/05	B	2	24	60.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 14 Chioggia	Il percorso di self audit sulla prescrizione farmaceutica nella pratica clinica dei Medici di Medicina Generale	n. 4418/05	B	2	24	50.000
Azienda ULSS 15 CITTADELLA	Accuratezza dei dati amministrativi correnti in soggetti affetti da bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): creazione di uno strumento valutativo in collaborazione con Samokov Hospital (Bulgaria)	n. 4418/05	B	1	24	50.000
Azienda ULSS 16 PADOVA	Il lavoro e la conoscenza delle reti primarie e secondarie come strumenti di integrazione sociale per i pazienti affetti da malattia mentale	n. 4418/05	A	1	24	40.000
Azienda ULSS 17 ESTE	Implementazione e valutazione di un sistema interaziendale di gestione delle liste d'attesa basate sulle priorità cliniche	n. 4418/05	B	2	20	50.000
Azienda ULSS 18 ROVIGO	Costituzione, regolamentazione e funzionamento di un tavolo provinciale (sperimentazione) per il governo clinico ospedaliero e per la medicina di base (definizione condivisione PCA) per patologie a forte impatto sociale: DM, ictus e BPCO. Confronto con il livello regionale (ARSS) per la formalizzazione di una rete anche telematica per il governo clinico fondato sui profili PCA (standard ARSS)	n. 4418/05	B	2	18	70.000
Azienda ULSS 18 ROVIGO (UniPD)	Interazione tra fattori genetici e ambientali nell'anziano: genetica di popolazione in una area del Veneto meridionale con creazione di un database genetico	n. 4418/05	A	1	24	50.000
Azienda ULSS 19 ADRIA	Progetto di area vasta nell'ambito della gestione dei disturbi psichici maggiori in adolescenza. Aspetti epidemiologici, diagnostici, terapeutici in un modello di assistenza basato sull'integrazione fra servizi per l'età evolutiva e l'età adulta	n. 4418/05	B	2	24	50.000
Azienda ULSS 20 VERONA (UniVR)	Modello di prevenzione, tutela, promozione della salute e assistenza del diabete in età evolutiva	n. 4418/05	B	2	24	50.000
Azienda ULSS 21 LEGNAGO	Elaborazione e applicazione di un programma multidisciplinare di screening e sorveglianza per le donne che presentano un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di carcinoma della mammella e dell'ovaio	n. 4418/05	A	1	24	40.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 21 LEGNAGO	Ipovisione: percorso riabilitativo medico e socio assistenziale	n. 4418/05	A	1	24	40.000
Azienda ULSS 22 BUSSOLENGO	Stima del risparmio di risorse correlato all'appropriatezza degli interventi gestionali e terapeutici secondo un modello che prevede effettiva integrazione fra specialisti territoriali e ospedalieri in tema di Malattie Ostruttive Persistenti delle vie aeree	n. 4418/05	B	2	24	40.000
Azienda ULSS 22 BUSSOLENGO	Attivazione di centro in rete interaziendale per la prevenzione, la cura e il follow up dello scompenso cardiaco	n. 4418/05	B	2	24	40.000
Azienda Ospedaliera di Padova (UniPD)	Nuovi approcci terapeutici nel carcinoma colonrettale e metastasi epatiche: trattamenti innovativi e loro impatto sulla qualità di vita	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	200.000
Azienda Ospedaliera di Verona	Progetto IOV razionalizzazione e standardizzazione di diagnosi e terapia della leucemia linfatica cronica: attivazione di una rete tra strutture ematologiche nella Regione Veneto	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	300.000
Azienda ULSS 2 FELTRE	Gestione del rischio clinico: sperimentazione di un sistema volontario di segnalazione degli eventi avversi nelle strutture territoriali	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	190.000
Azienda ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA	Sindrome delle Apnee Ostruttive durante il sonno (OSAS) e sinistrità stradale: fattori di rischio biologici e neuropsicologici e possibilità di prevenzione	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	48.000
Azienda ULSS 4 THIENE	Progetto REVAN - Regione Veneto Audit Net - Esperienza di audit clinico in medicina generale sulla assistenza ai pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	132.000
Azienda ULSS 6 VICENZA (UniPD)	Studio epidemiologico sulla incidenza e prevalenza della malattia del rene policistico (ADPKD) nell'area geografica afferente al dipartimento interaziendale di nefrologia dialisi e trapianto: ULSS 4, 5 e 6 del Veneto (Schio, Arzignano-Valdagno e Vicenza) e ricerca di un attendibile test genetico diagnostico	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	210.000
Azienda ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO (UniPD)	Analisi della metilazione di geni onco-soppressori nella diagnosi precoce dei tumori del polmone	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	200.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 9 TREVISO	Ricerca di nuovi modelli di formazione europea del management socio-sanitario in rapporto all'evoluzione dell'Assistenza Pubblica nell'Euroregione Alto Adriatica	N. 4446 28/12/06	0	1	24 20/04/07	200.000
Azienda ULSS 12 VENEZIANA	Bioindicatori di inquinamento ambientale come strumento di tutela del territorio e possibili ricadute di salute pubblica	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	90.000
Azienda ULSS 13 MIRANO	Realizzazione di un modello di integrazione fra ospedale e territorio con utilizzo di strumentazioni informatiche e reti telematiche per il monitoraggio a domicilio dello scompenso cardiaco	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	70.000
Azienda ULSS 14 CHIOGGIA	Realizzazione di un modello di integrazione fra ospedale e territorio con utilizzo di strumentazioni informatiche e reti telematiche per il monitoraggio a domicilio dello scompenso cardiaco	N. 4446 28/12/06	A	1	24 20/04/07	70.000
Azienda ULSS 17 ESTE	Progetto di lavoro interdisciplinare e internazionale sulla salute della persona, del gruppo familiare e della comunità	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	190.000
Azienda ULSS 20 VERONA	Livelli Essenziali di Assistenza di Odontoiatria nei Servizi territoriali ed ospedalieri della Regione Veneto: indagine conoscitiva ed elaborazione di Linee Guida per l'attuazione omogenea sul territorio, con particolare riferimento al paziente vulnerabile	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	200.000
Azienda ULSS 22 BUSSOLENGO	Analisi dei costi-benefici di tre modelli di screening mammografico, dalla diagnosi al trattamento, in tre Aziende ULSS del Veneto. Prospettiva di finanziamento privato nella prevenzione oncologica	N. 4446 28/12/06	B	2	24 20/04/07	50.000
Azienda ULSS 22 BUSSOLENGO	Implementazione di un sistema di gestione integrato per la qualità, la sicurezza e la tutela ambientale dell'Azienda ULSS 22 della Regione Veneto	N. 4446 28/12/06	B	2	12 20/04/07	50.000
Azienda Ospedaliera di Padova	Impiego delle biotecnologie per terapie avanzate orientate al paziente neoplastico sottoposto a trapianto di cellule staminali ematopoietiche: attivazione della Cell Factory Regionale di Padova e sua messa in rete in ambito macroregionale.	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	700.000
Azienda Ospedaliera di Padova (UniPD)	Studio di proteomica e trascrittomica plasmatica in pazienti con insufficienza epatica prima e dopo il trattamento extracorporeo di supporto epatico con il sistema prometheus.	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	160.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
IRCCS San Camillo - Alberoni Lido di Venezia	Il cruscotto direzionale informatizzato per il governo del Risk management e dell'attività di Benchmarking - prospettive di evoluzione e integrazione degli attuali modelli di gestione della qualità aziendale.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	24 (28/12/07)	160.000
IOV Istituto Oncologico Veneto IRCCS - Azienda Ospedaliera di Padova	Esofago di Barrett e Rischio di Adenocarcinoma. Progetto EBRA (Fase 2).	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	250.000
Azienda ULSS 2 FELTRE	Il ruolo delle politiche socio-sanitarie nello sviluppo economico e sociale del Veneto.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	12 (28/12/07)	120.000
Azienda ULSS 4 THIENE	Implementazione e valutazione di un progetto di area vasta provinciale per l'allestimento dei pap test di screening su strato sottile.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	24 (28/12/07)	200.000
Azienda ULSS 9 TREVISO	Coronary Disease treatment Evidence based medicine Results toward evidence based health Study.	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	180.000
Azienda ULSS 9 TREVISO	I servizi alla persona nel Veneto. Analisi della spesa sociale e potenziali di sviluppo dei servizi sociosanitari a livello locale.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	12 (28/12/07)	140.000
Azienda ULSS 12 VENEZIANA	Identificazione di una batteria di biomarcatori finalizzati alla predizione della risposta a terapie mirate a bersagli molecolari per il cancro mammario e validazione clinica di un metodo per la loro determinazione simultanea su minime quantità di campione biologico.	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	150.000
Azienda ULSS 13 MIRANO	Posizionamento transcateretere di valvole aortiche per via transfemorale o transapicale in pazienti con stenosi valvolare aortica serrata ad alto rischio operatorio.	N. 3262 del 16/10/07	A	1	24 (28/12/07)	40.000
Azienda ULSS 13 MIRANO	Uso del Bladder scan nelle disfunzioni minzionali della popolazione geriatrica: azione di razionalizzazione al cateterismo vescicale.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	24 (28/12/07)	30.000
Azienda ULSS 18 ROVIGO	Sperimentazione di un software per la Medicina Generale, al fine di migliorare appropriatezza, che indirizzi ad una corretta prescrizione di test di laboratorio in accordo con i criteri clinici dell'Evidence Based Medicine e delle Linee Guida.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	12 (28/12/07)	70.000

Proponente	Titolo	Delibera	Area	Settore	Durata mesi	Importo finanziamento
Azienda ULSS 20 VERONA	Progetto "New Medicines Horizon Scanning".	N. 3262 del 16/10/07	B	2	24 (28/12/07)	100.000
Azienda ULSS 21 LEGNAGO	Utilizzo dell'indice di Charlson quale misura effettiva della gravità, urgenza, priorità nella compilazione delle liste di attesa.	N. 3262 del 16/10/07	B	2	12 (28/12/07)	100.000

\* La scadenza dei progetti può essere prorogata.

## 6.5 Relazioni Socio Sanitarie internazionali

---

La dimensione internazionale - e quella europea in particolare - che la Salute e le Politiche Sociali hanno progressivamente assunto in questi ultimi anni, richiede di applicare nella gestione dei sistemi socio-sanitari un innovativo approccio transnazionale imperniato sul dialogo e sul confronto tra le Istituzioni internazionali, l'Unione Europea e le Amministrazioni nazionali, regionali e locali.

In questa prospettiva, per rispondere ad un preciso obiettivo di crescita del sistema socio-sanitario, da anni la Regione Veneto ha intrapreso un'articolata strategia di relazioni internazionali incentrata sul miglioramento della formazione/informazione dei propri operatori sanitari e sul confronto con le migliori esperienze internazionali, con l'obiettivo di coinvolgere nella strategia tutte le aziende sanitarie presenti nel territorio veneto.

In effetti, l'opportunità di sviluppare una strategia interaziendale per l'internazionalizzazione delle politiche ed azioni socio-sanitarie, appare evidente sotto due diversi profili:

- innanzitutto il nuovo ruolo che a livello europeo la salute pubblica e la protezione sociale hanno assunto nel complesso sistema di attuazione delle altre politiche comunitarie alla luce della libera circolazione dei cittadini e dei servizi all'interno della UE. Secondo questa logica i programmi socio-sanitari UE sono finalizzati a far sì che la salute e le politiche sociali possano svolgere un ruolo chiave nel realizzare il potenziale europeo di prosperità, solidarietà e sicurezza. Inoltre, il miglioramento dello stato di salute dei cittadini europei permetterà agli Stati Membri e alle loro istituzioni di dare attuazione della Strategia di Lisbona ed alla soluzione di alcune delle principali sfide che l'Europa ha di fronte: in particolare lo sviluppo sostenibile, l'invecchiamento della popolazione e ai rischi infettivi;
- in secondo luogo, la rilevanza assunta in Europa dal livello regionale nella gestione dei sistemi socio-sanitari, le cui esperienze ed il cui ruolo sono stati definitivamente acquisiti come buone pratiche operative e riconosciuti dalla Commissione Europea.

Le politiche di salute pubblica dell'Unione Europea riconoscono inoltre la salute quale diritto umano fondamentale, sulla scorta dei principi promossi anche dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità e le azioni ed i programmi comunitari cercano di coordinare le politiche sanitarie con il *metodo aperto di coordinamento* che ha l'obiettivo di favorire lo scambio di esperienze e la soluzione dei problemi comuni.

Gli obiettivi perseguiti dalla Regione del Veneto sono i seguenti:

- attuazione, anche a livello europeo, del decentramento politico-amministrativo e conseguente partecipazione del livello regionale alla determinazione delle politiche dell'Unione europea in materia di Salute Pubblica;
- ampliamento e coordinamento della partecipazione delle strutture sanitarie regionali e delle aziende sanitarie locali ai programmi e progetti comunitari di finanziamento;

- miglioramento del livello di informazione ed internazionalizzazione delle strutture e del personale sanitario attraverso la creazione di un ampio partenariato europeo a livello sia tecnico che politico.

La Regione del Veneto partecipa attualmente ad otto progetti promossi nell'ambito dei programmi europei di salute pubblica ed è previsto il coinvolgimento in altri cinque. Tra questi vogliamo evidenziare, per le grandi potenzialità di sviluppo, il progetto denominato *Health Optimum* - Health Care Delivery Optimisation trough TeleMedecine. Il progetto, che vede come capofila la Regione del Veneto ed è coordinato dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, si propone di analizzare le attuali strutture organizzative del Sistema Sanitario nei Paesi individuati per identificare e validare le migliori applicazioni nel settore della telemedicina. Il progetto è approvato e cofinanziato dall'Unione Europea nell'ambito del programma *eTEN* - Trans-European Telecommunications Networks.

Health Optimum coinvolge:

- l'Italia con la Regione Veneto in qualità di capofila;
- la Spagna (Gobierno de Aragon);
- la Danimarca (County of Funen);
- la Svezia (Uppsala);
- la Romania (Timisoara).

Tali Amministrazioni Sperimentatrici hanno costituito un consorzio con il Project Manager HIM (Health Information Management, Belgio) e con i partner tecnologici ed organizzativi Telemedicina Rizzoli (Italia), TB-Solutions technologies Software (Spagna) e PriceWaterhouseCoopers Advisory (Italia).

Inoltre, nell'ambito della Regione del Veneto sono coinvolte tutte le 23 Aziende Sanitarie per i filoni Telelaboratorio e Teleconsulto Neurochirurgico ed estensione ad altri servizi.

Il progetto nasce con lo scopo di dimostrare la valenza delle metodologie organizzativa, procedurale, tecnologica e medico legale individuate e poste in essere nel *Teleconsulto Neurochirurgico* e nel *Telelaboratorio applicato* alla cosiddetta *Homecare*, ovvero tutto ciò che riguarda i servizi di assistenza ai malati direttamente a casa, utilizzando risorse umane e tecnologiche per assicurare un continuo monitoraggio del paziente.

Tali metodologie sono peraltro estensibili anche ad altri ambiti di specialità (Ematologia, Radiologia, Oncologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cardiologia, ecc.). Quindi, gli obiettivi operativi possono essere così sintetizzati:

- validare le esperienze applicative esistenti attraverso l'applicazione di standard procedurali ed informatici;
- validare un modello in telemedicina sostenibile da un punto di vista clinico, organizzativo, procedurale, tecnologico e medico legale;
- diffondere i risultati ottenuti.

Il Teleconsulto Neurochirurgico nasce dall'esigenza di dare veloce e formalizzata risposta alle richieste di consulenza neurochirurgica su pazienti urgenti con trauma cranico e vertebro-midollare, presentate dall'Ospedale Periferico alla Neurochirurgia del Centro d'eccellenza.

Attraverso la tele-consulenza si desidera limitare gli spostamenti fisici di pazienti ed il trasferimento di documentazione dalla periferia al Centro d'eccellenza, fornendo un miglior servizio al cittadino. Da un punto di vista funzionale il medico, che ha in capo il paziente presso l'Ospedale Periferico, visualizza le immagini radiologiche TAC e, qualora abbia l'esigenza di una consulenza neurochirurgica, compila, firma digitalmente e invia la richiesta al Neurochirurgo in Polo o in reperibilità delocalizzata.

Il form di richiesta di consulto, definito dal Gruppo di Lavoro, contiene dati anagrafici del paziente e tutte quelle informazioni cliniche e di anamnesi ritenute necessarie, a corredo dell'iconografia. Il Neurochirurgo consultato, in caso di necessità, può richiedere una specifica consulenza sulle immagini al Neuroradiologo in Polo o in reperibilità delocalizzata e redige, firmando elettronicamente, il proprio parere sull' apposito form inviandolo al medico richiedente.

Le nuove strumentazioni per l'analisi decentrata di laboratorio (Telelaboratorio) permettono una reingegnerizzazione dei processi esistenti. Una nuova generazione di strumenti permette di effettuare esami on site e immediatamente mostrare i risultati semplificando così il flusso procedurale attuale e garantendo un risparmio in termini economici.

Il sistema si basa su dispositivi decentrati che interagiscono con il laboratorio centrale (Controllo Qualità, Trasmissione risultati, Ricezione Referti) attraverso un sistema di interfacciamento informatico.

Il Medico di Medicina Generale formalizza l'impegnativa dal paziente la quale arriva telematicamente al Centro Unico Prenotazioni. Da qui si invia un identificativo alla struttura residenziale o al domicilio del paziente ove viene eseguito il prelievo e condotto l'esame. Telematicamente viene eseguito il controllo di qualità e la validazione dell'esame stesso da parte del Laboratorio Centrale con firma elettronica. Il referto digitale così ottenuto entra nei sistemi aziendali di gestione dei referti ed è a disposizione degli utenti autorizzati per via telematica.

Il Telelaboratorio è un sistema basato su dispositivi (Poct, *Point Of Care Testing*) in grado di eseguire test fuori dal laboratorio ospedaliero centrale (ad es. Strutture di Residenza Sanitaria Assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata, unità di Pronto Soccorso). I Poct comunicano con il Lis (*Laboratory Information System*) e ciò ha consentito il monitoraggio e la gestione da parte dello specialista dei processi di Telelaboratorio e il governo della strumentazione. Poct delocalizzata, compresa la gestione del controllo di qualità della stessa, la validazione dei risultati, la trasmissione dei referti da parte del laboratorio, nonché la valutazione statistica dei dati rilevati sul territorio. Valutando i circa 13.000 test eseguiti durante la prima fase, si è

dimostrato che il Tat (*Turn Around Time*, intervallo di tempo che intercorre tra l'esecuzione del test e la disponibilità del risultato) si è ridotto drasticamente. L'analisi economica del processo, valutando la riduzione di spostamenti per il personale sanitario, ha dimostrato che un sistema di Telelaboratorio sul territorio comporta un risparmio misurabile per alcune tipologie di test. Il settore dove è prevista la maggiore diffusione è quello ospedaliero, dove da un lato si doteranno di Poct le unità di Pronto Soccorso e dall'altro verrà impiegato il modello proposto per garantire una corretta gestione di dispositivi presenti in gran quantità nei reparti (reflettometri per glicemia, emogasanalizzatori, ecc.). Sulla scorta dei risultati raccolti e degli sviluppi previsti, gli obiettivi minimi fissati per il *Deployment* del Telelaboratorio in Veneto sono:

- 30.000 test eseguiti;
- 21 siti di telelaboratorio e 21 Poct collegati<sup>5</sup>.

La sperimentazione operativa è stata effettuata presso le seguenti Aziende:

- Area Vicenza: Azienda ULSS 6 Vicenza per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedale Periferico: Noventa Vicentina) e il Telelaboratorio;
- Area Treviso: Azienda ULSS 9 Treviso per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedale Periferico: Oderzo) e il Telelaboratorio;
- Area Venezia: Azienda ULSS 12 Veneziana per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedale Periferico: Venezia) e il Telelaboratorio;
- Area Rovigo: Azienda ULSS 18 Rovigo per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedali Periferici: Monselice - Azienda ULSS 17 Este, Adria - Azienda ULSS 19 Adria) e per il Telelaboratorio;
- Area Padova: Azienda Ospedaliera di Padova per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedale Periferico: Cittadella - Azienda ULSS 15 Alta Padovana), e per il Telelaboratorio con il coinvolgimento delle strutture periferiche appartenenti all'Azienda ULSS 16 di Padova;
- Area Verona: Azienda Ospedaliera di Verona per il Teleconsulto Neurochirurgico (Ospedale Periferico: Legnago, ULSS 21 di Legnago) e per il Telelaboratorio Azienda ULSS 20 di Verona (San Bonifacio).

Health Optimum affronta anche l'esigenza che tutti i sei Poli Neurochirurgici regionali coinvolti vengano fra loro collegati così da permettere lo scambio delle informazioni attraverso un comune fascicolo clinico elettronico del paziente. Il fascicolo clinico del paziente rappresenta pertanto un comune strumento diagnostico, epidemiologico e di monitoraggio del sistema per l'intera Regione Veneto contenente documenti, risultati, referti, richieste e pareri prodotti nel progetto.

<sup>5</sup> Alessandra Bidoli dell'Azienda ULSS 9 Treviso in: *E-gov Mensile di cultura e tecnologie per l'innovazione – Sanità Digitale*, Gennaio/Febbraio 2008.

Nell'ambito del programma eTEN la Commissione Europea ha voluto premiare nel 2006 Health Optimum come miglior progetto di Telemedicina, selezionato tra circa 70 progetti di applicazione di nuove tecnologie, non solo in ambito sanitario. In tal senso Health Optimum è stato dichiarato "Progetto europeo dell'anno 2005". Grazie al successo raggiunto nella prima fase denominata "Market validation", la Commissione Europea ha suggerito la presentazione di un'ulteriore fase del progetto denominata "Initial Deployment", con l'obiettivo di estendere le applicazioni sperimentate ad altri ambiti di specialità e ad altri Paesi dell'Unione Europea. La prima fase, iniziata nel 2004 si è conclusa nel 2006. Nel giugno 2007 è stata avviata la seconda fase, la cui conclusione è prevista nel 2009. La durata complessiva del progetto è perciò di 5 anni. I finanziamenti programmati sono pari a 19 milioni e 400 mila Euro, un terzo dei quali erogati dall'Unione Europea. Health Optimum coinvolge 42 strutture ospedaliere, 1700 specialisti e un'area territoriale di cinque milioni e mezzo di abitanti. In prospettiva questa importante esperienza potrà essere "tesaurizzata" dalle Aziende Sanitarie del Veneto, affinché le applicazioni sperimentate diventino operative e di utilizzo comune.

## Fonti

---

Direzione Servizi Sanitari della Regione del Veneto  
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto  
Rio Novo, 3493 - Dorsoduro  
30123 - VENEZIA  
Tel. 041 2791442 - 1432 - 1443  
Fax. 041 2791683  
e-mail: [serv.sanitari@regione.veneto.it](mailto:serv.sanitari@regione.veneto.it)  
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Servizi+sanitari/>

Direzione Risorse Umane e Formazione servizio sociosanitario regionale  
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto  
Palazzo Molin – San Polo, 2514  
30125 Venezia  
Tel. 041 2793433 - 3434  
Fax. 041 2793513  
E-mail: [sanita.risorseumane@regione.veneto.it](mailto:sanita.risorseumane@regione.veneto.it)  
<http://www.regione.veneto.it/La+Regione/Struttura+Organizzativa/SEGRETERIA+REGIONALE+SANITA+E+SOCIALE/Dir.Risorse+Umane+e+Formazione+Sociosanitarie.htm>

Agenzia Regionale Socio Sanitaria ARSS  
Ca' Zen ai Frari – San Polo 2580  
30125 Venezia  
Telefono 041 2793561-62  
Fax 041 2793566  
E-mail: [segreteria@arssveneto.it](mailto:segreteria@arssveneto.it)  
<https://www.arssveneto.it/>

Unità Complessa Sistema Informativo Sociosanitario Regionale  
affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto  
Palazzo Molin – San Polo, 2514  
30125 Venezia  
Tel. 041 2793438  
Fax. 041 2793523  
E-Mail: [sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it](mailto:sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it)

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Sistema+Informativo+Socio+Sanitario+e+Tecnologie+Informatiche/>

Ufficio Ricerca Sanitaria Finalizzata

affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto

Palazzo Molin – San Polo, 2514

30125 Venezia

Telefono 041 2793530 oppure 041 2793465

Fax 041 2793491

E-Mail: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Ricerca+Sanitaria+Finalizzata.htm>

Unità Complessa Relazioni socio-sanitarie

affidente alla Segreteria Sanità e Sociale della Regione del Veneto

Palazzo Cavalli Franchetti

San Marco, 2847 - 30124 Venezia

Tel. 041 2791426-7

Fax. 041 2791366

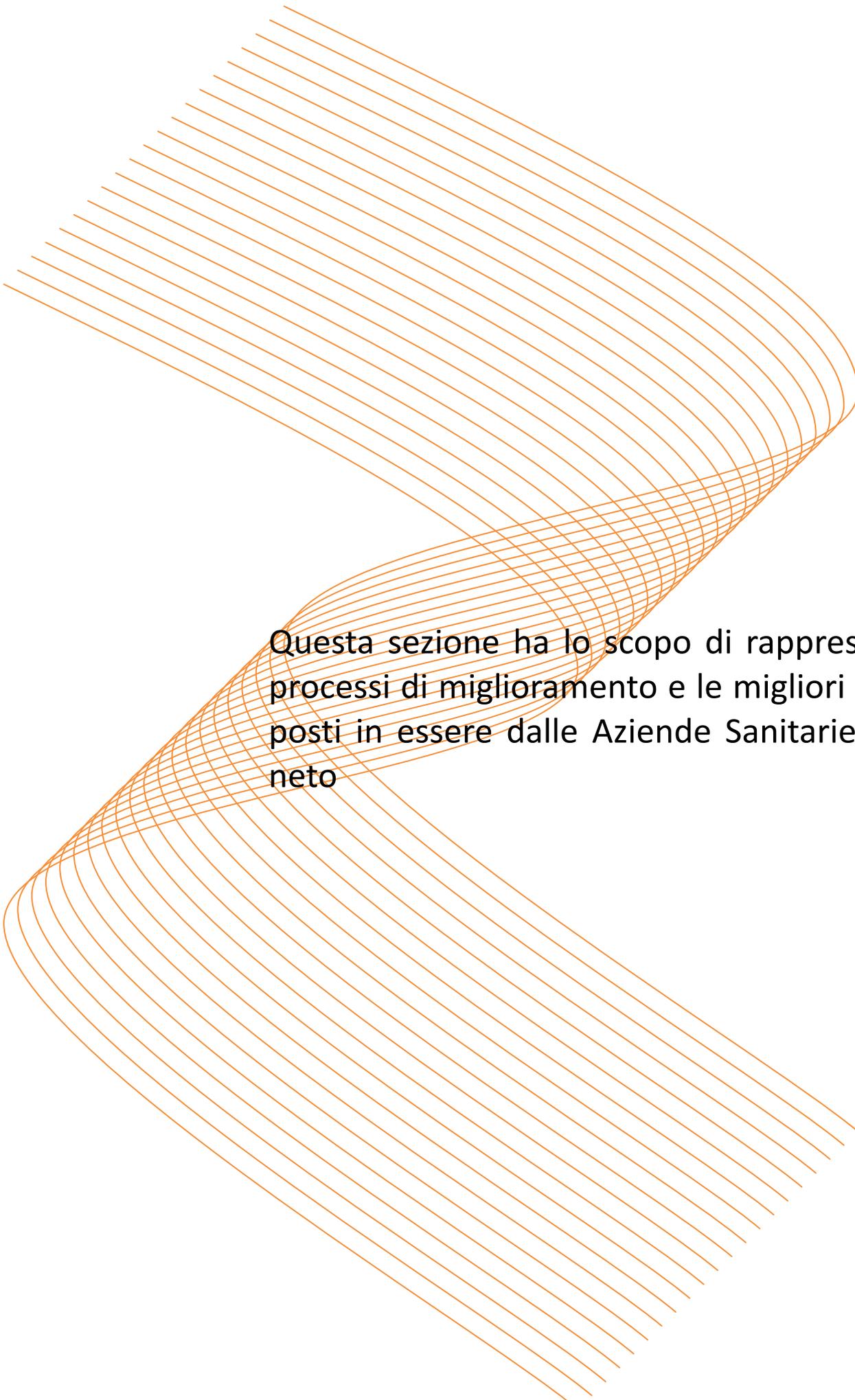
E-Mail: [serv.rapp.oms@regione.veneto.it](mailto:serv.rapp.oms@regione.veneto.it)

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Rapporti+Socio+Sanitari+Internazionali/>

Parte Settima

# Interventi delle Aziende Sanitarie del Veneto

Relazione Socio Sanitaria 2008  
della Regione del Veneto

An abstract graphic composed of numerous thin, parallel orange lines that curve and overlap to form a stylized, flowing 'S' or ribbon shape. The lines are more densely packed in the center and become more sparse towards the ends, creating a sense of movement and depth.

Questa sezione ha lo scopo di rappresentare i processi di miglioramento e le migliori pratiche posti in essere dalle Aziende Sanitarie del Veneto

## 7.1 Provincia di Belluno

---

Il territorio della Provincia di Belluno si caratterizza per avere la più bassa densità abitativa del Veneto: poco più di 58 abitanti per chilometro quadrato contro una media regionale che si attesta sui 263 abitanti per chilometro quadrato. Ciò è da imputare principalmente alla conformazione geomorfologica del territorio, quasi completamente montano, che ricopre circa il 20% del territorio del Veneto, estendendosi su una superficie di 3.678,1 Kmq. Il territorio provinciale è caratterizzato da Comuni di piccole dimensioni. Sono infatti ben 28 (su un totale di 69) quelli che hanno una popolazione inferiore a 1.600 abitanti e solo 2 i Comuni con più di 10.000 residenti. La maggior parte dei comuni (42 su 69) ha un territorio che si trova mediamente oltre i 600 metri s.l.m. La dispersione territoriale della popolazione e la conformazione del territorio creano problemi di mobilità e di spostamento per accedere ai servizi, principalmente concentrati in quattro poli provinciali: Belluno, Feltre, Pieve di Cadore ed Agordo. La vision, la mission ed i valori delle due Aziende ULSS (Belluno e Feltre) presenti nel territorio sono fortemente influenzati da questo aspetto. Per questo motivo, la struttura organizzativa che le caratterizza è tesa a garantire i bisogni di salute della popolazione di montagna, organizzando una rete ospedaliera e territoriale che consenta prestazioni appropriate, accessibili e di qualità nel rispetto del vincolo di risorse a disposizione. La visione strategica è rivolta a favorire la concertazione a livello provinciale di azioni sinergiche nell'organizzazione delle attività sanitarie e di supporto, allo scopo di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza, efficacia ed economicità, nonché di gradimento delle prestazioni sanitarie erogate dalle rispettive Aziende.

### *Specificità organizzative*

#### Azienda ULSS 1 Belluno:

- n. 3 Distretti Socio Sanitari (Cadore, Agordino, Bellunese);
- n. 1 Hospice ("Casa Tua Due");
- n. 3 Presidi Ospedalieri a gestione diretta: Belluno, Agordo e Pieve di Cadore;
- n. 1 Centro Sanitario polifunzionale con ricovero diurno (Auronzo di Cadore);
- n. 1 Centro di sperimentazione gestionale (Cortina).

#### Azienda ULSS 2 Feltre:

- n. 1 Distretto Socio Sanitario;
- n. 1 Hospice ("Le Vette");
- n. 2 Presidi Ospedalieri a gestione diretta: Feltre e Lamon\*.

\* (ospedale ad indirizzo riabilitativo)

### *Aree gestionali considerate strategiche a livello provinciale*

Nell'ottica di garantire l'equilibrio economico finanziario aziendale e regionale sono state privilegiate e potenziate le iniziative condivise ed integrate tra le due Aziende secondo le indicazioni regionali di costituzione dell'Area Vasta provinciale e sovraprovinciale con la provincia di Treviso. L'Area vasta è progettata e realizzata per mantenere e migliorare i livelli qualitativi dei servizi resi, introducendo soluzioni organizzative meno costose e destinando le risorse disponibili alle attività più appropriate ai cittadini.

Le due aziende sanitarie si sono avvalse del supporto dei seguenti servizi:

- Servizio controllo di gestione e qualità;
- Ufficio relazioni con il pubblico;
- Servizio prevenzione e protezione;
- Ufficio formazione e aggiornamento;
- Ufficio progettazione europea (solo Azienda ULSS 2).

### *Forme di interazione non gerarchica all'interno della struttura organizzativa*

Le due Aziende provinciali hanno creato due Dipartimenti interaziendali:

1. Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale;
2. Dipartimento Interaziendale per l'acquisizione organizzazione e gestione delle risorse materiali.

### *Indirizzi che qualificano l'area provinciale*

Mettere a fuoco ciò che risulta specifico alla Sanità in montagna e ne caratterizza il futuro, sia sul piano organizzativo, sia in termini di programmazione complessiva, sia come risorsa di salubrità.

### *Forme di cooperazione tra le Aziende*

#### *Area sanitaria:*

In questo ambito, le collaborazioni riguardano:

- La già citata attivazione in ambito provinciale del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (D.I.M.T.). Sono presenti all'interno del D.I.M.T. integrazioni di attività e sinergie operative che permettono, mediante il raggiungimento di adeguate masse critiche nelle attività, economie di scala, con minor consumo di risorse materiali e miglior impiego delle risorse umane. In particolare, sono centralizzati presso la sede di Belluno tutti i test in

biologia molecolare necessari alla validazione del sangue, mentre le procedure di inattivazione del plasma fresco congelato sono svolte per entrambe le aziende presso la sede di Feltre;

- Il progetto di telemedicina in ambito cardiologico (trattamento dell'infarto miocardico acuto in ambito provinciale) e radiologico;
- Il servizio di emergenza sanitaria territoriale - Centrale Operativa 118;
- La cardiologia e l'attività di emodinamica, nell'ambito delle quali gli interventi di cateterismo cardiaco, coronarografia ed angioplastica coronarica percutanea, nonché l'attività di emodinamica, sono eseguiti presso il presidio ospedaliero di Belluno per entrambe le aziende.
- L'attivazione del Nucleo Aziendale di Controllo dell'Attività Sanitaria a livello provinciale.

#### *Area degli acquisti di beni e servizi e della logistica:*

In questo ambito, le collaborazioni riguardano:

- Un progetto comune di acquisto, che si è concretizzato in numerose procedure congiunte di approvvigionamento (ad es. Servizio di Tesoreria);
- L'attivazione di un Dipartimento Interaziendale per l'acquisizione, organizzazione e gestione delle risorse materiali, con la condivisione del dirigente responsabile dei rispettivi Servizi Provveditorato-Economato;

#### *Area informatica:*

Già da alcuni anni, l'evoluzione dei sistemi informativi delle due aziende della Provincia di Belluno è stata centrata sulla condivisione delle infrastrutture tecnologiche, con l'obiettivo di evitare duplicazioni e convergere gradualmente su architetture hardware e software uniformi e omogenee. In particolare, è stato concordato un piano comune di evoluzione del sistema informatico ospedaliero, con la finalità di adottare le stesse procedure software, per rendere possibili effettive sinergie nella progettazione, attivazione, gestione e manutenzione delle procedure applicative.

#### *Area della formazione:*

Nell'ambito dell'area della formazione, sono state intraprese le seguenti iniziative:

Nell'anno accademico 2005-2006, è stato avviato un progetto volto a favorire l'accesso al Corso di Laurea Triennale in Infermieristica ai giovani provenienti da tutto il territorio provinciale. L'iniziativa è consistita nella realizzazione di una sede distaccata presso l'Azienda ULSS di Belluno del Corso di Laurea in Infermieristica di Feltre, con attivazione della didattica con modalità in parte residenziale e in parte a distanza (videoconferenza). L'iniziativa mira a favorire l'aumento delle iscrizioni, in modo da consentire la formazione nel territorio di

personale infermieristico per le due aziende, riducendo altresì l'impegno economico delle famiglie.

Sono state inoltre realizzate numerose iniziative di aggiornamento congiunte, rivolte in particolare al personale sanitario, consentendo così di conseguire economie di scala nella realizzazione degli eventi formativi.

#### *Attivazione di sistemi di acquisto di tipo centralizzato*

La creazione del Dipartimento Interaziendale, con la condivisione del dirigente responsabile, è stata realizzata con lo scopo di conseguire i seguenti vantaggi: a) risparmio economico, economicità, tempestività e certezza dei procedimenti di acquisizione di beni e servizi; b) riduzione dei tempi di approvvigionamento; c) garanzia di unitarietà di indirizzo nella gestione del servizio nelle due aziende e omogeneizzazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi nelle iniziative più rilevanti. In tale ambito sono state fatte gare in unione d'acquisto tra Aziende ULSS 1 Belluno e ULSS 2 Feltre e in Area Vasta per la Provincia di Belluno e Treviso.

#### *CUP provinciale*

È stato realizzato un Centro Unico di Prenotazione Interaziendale delle aziende sanitarie della Provincia di Belluno, finalizzato alla revisione, in un'ottica provinciale, del processo di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali. Ciò ha portato criteri di uniformità, omogeneità e trasparenza per l'utenza dell'intero ambito provinciale.

#### *Migliori pratiche*

##### *Forme avanzate di aggregazione e collaborazione tra MMG (o PLS)*

Nella provincia sono state attivate, nel corso del 2007, tre Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP): due nell'Azienda ULSS 1 Belluno ("Longaronese-Zoldo" e "Comelico-Sappada") ed una nell'Azienda ULSS 2 Feltre (denominata "Vallata Feltrina"). Esse consistono in una forma evoluta di aggregazione di Medici convenzionati volta al soddisfacimento dei bisogni di continuità assistenziale.

##### *Forme di utilizzo della tecnologia in favore dei cittadini*

Negli ultimi anni si sta procedendo ad un'informatizzazione dei servizi che, anche con l'aiuto di internet, semplifica l'accesso alle informazioni, trasformando referti cartacei e immagini in documenti digitali. Sono disponibili referti di laboratorio online (accesso internet degli utenti con password) e referti radiologici su CD (tecnologia PACS). Ciò comporta una più facile archiviazione e consultazione ed anche un risparmio di pellicole radiologiche. Si prevede la possibilità di collegare direttamente i medici di base e, con il consenso informato dei pazienti, permettere lo scarico automatico dei referti nelle cartelle dei medici. Inoltre, lo sviluppo della

telemedicina (in ambito cardiologico e radiologico) assicura al paziente delle zone periferiche la stessa qualità di prestazioni che avrebbe nella sede centrale evitando lo spostamento e riducendo i tempi di risposta al suo bisogno di salute.

Il progetto di informatizzazione descritto è già pienamente sviluppato nell'Azienda ULSS 1, mentre è incorso di realizzazione nell'Azienda ULSS 2. Anche in questo caso, la sinergia creata tra le due aziende permette di trasferire in breve tempo, l'esperienza e i risultati raggiunti dall'Azienda pilota.

#### *Specialità di eccellenza*

L'azienda ULSS 1 di Belluno è impegnata da un decennio in progetti di miglioramento continuo della qualità che si sono concretizzati in:

- certificazione secondo gli standard internazionali ISO 9001 per i seguenti servizi: Anatomia Patologica, Ingegneria Clinica, Dipartimento di assistenza farmaceutica, Laboratorio Analisi di Pieve di Cadore, Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- accreditamento di eccellenza secondo il modello canadese (Canadian Council on Health Services Accreditation - CCHSA) ottenuto nel 2007.

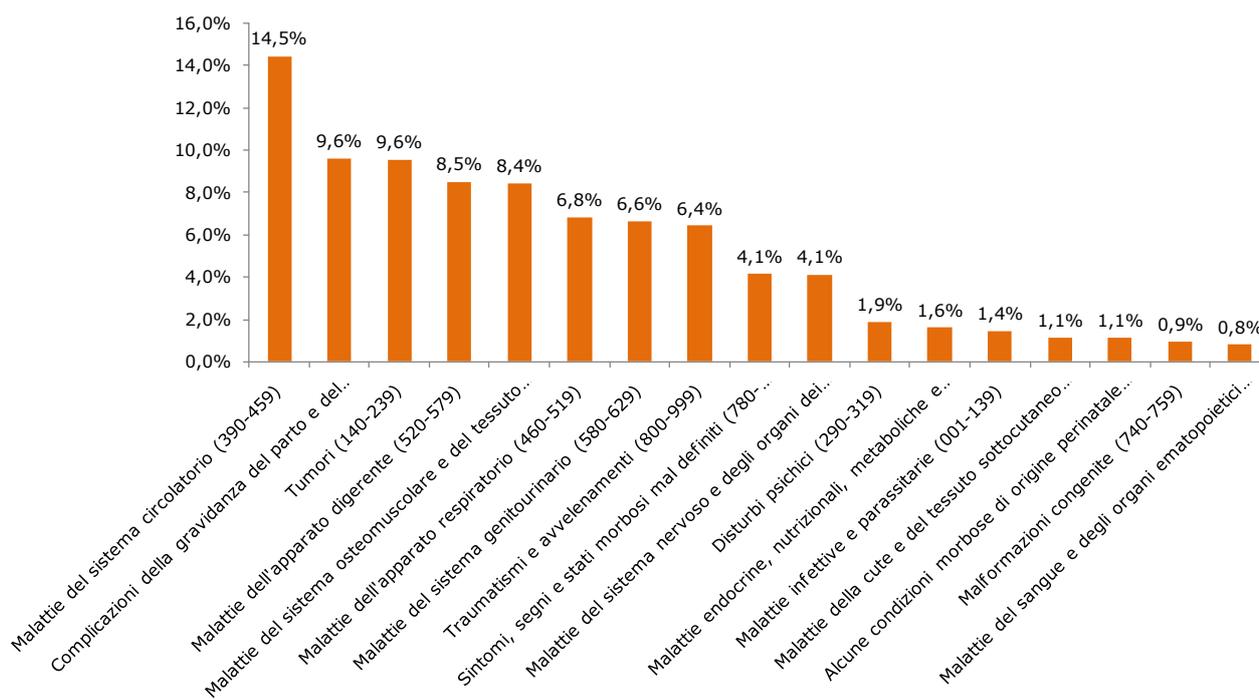
#### *Centri di Riferimento su particolari patologie*

La Sperimentazione Gestionale "Codivilla-Putti" di Cortina è centro di riferimento per l'accertamento e la cura delle patologie settiche dell'apparato locomotore.

## 7.2 Provincia di Treviso

La Provincia di Treviso coincide con l'antica Marca Trevigiana e confina con le Province venete di Venezia, Padova, Vicenza, Belluno e con la provincia di Pordenone nel Friuli Venezia Giulia. Le tre Aziende ULSS della Provincia di Treviso, Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo, Azienda Ulss 8 Asolo e Azienda Ulss 9 Treviso servono un territorio di 95 comuni che si sviluppa su 2.382 kmq, in gran parte pianeggiante anche se la parte settentrionale è collinare o montuosa (qualche massiccio è compreso nelle Alpi Venete e supera i mille metri). Alla fine dell'anno 2007 contava 869.781 residenti con una densità abitativa di 365 abitanti per chilometro quadrato. Come si è già detto il numero di stranieri regolari è tra i più elevati del Veneto e dell'intero Paese. Gli immigrati con età inferiore ai 6 anni sono il 17,1% di tutti i bambini di pari età.

Ricoveri Ordinari e Diurni Provincia di Treviso anno 2007  
Percentuali secondo il gruppo della diagnosi principale di dimissione



Nella Provincia, le più frequenti cause di ricovero sono le "malattie del sistema circolatorio" (14,5%), seguite dai "tumori" e dalle "complicazioni della gravidanza e puerperio" (entrambe il 9,6% del totale). Le Aziende ULSS 7, 8 e 9 della Provincia di Treviso hanno una base comune, essendo strutturate in modo analogo. Da questo punto di vista in queste Aziende Sono stati definiti nell'Atto Aziendale:

- le norme di organizzazione e di funzionamento, disciplinando i livelli di competenza e di responsabilità;
- le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa;
- le modalità di decentramento e di delega dei poteri, compiti e funzioni.

*Vision e Mission* comuni alle tre Aziende, possono essere così riassumibili: le Aziende Ulss riconoscono nella salute, da intendersi quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia, un fondamentale diritto dell'individuo ed un interesse della collettività; perseguono il soddisfacimento dei bisogni di salute espressi dalla comunità del territorio di riferimento, attraverso gli interventi di promozione, prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione contemplati dai livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione nazionale e regionale. L'assistenza viene erogata nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali. I processi clinici e manageriali dell'azienda, nel rispetto del vincolo del pareggio di bilancio, devono essere sostenuti da una tensione continua di tutta l'organizzazione verso la garanzia ed il miglioramento continuo della qualità, da intendersi in senso globale, professionale, manageriale e percepita. Vision: consiste nel riconoscersi quale parte di un sistema socio-sanitario regionale orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza così da soddisfare più compiutamente i bisogni sempre più complessi ed articolati dei propri cittadini, mantenendo sempre alta l'attenzione sullo sviluppo del sapere medico e del progresso tecnologico, per essere in grado di introdurre senza ritardi innovazioni nel proprio assetto.

*I Valori aziendali* invece: rappresentano i principi da rispettare nell'operato quotidiano e devono permeare le modalità di organizzazione e conduzione dei processi aziendali. Le Aziende assicurano lo svolgimento delle proprie diverse attività istituzionali nella prospettiva di mantenere elevati livelli di qualità dell'assistenza riducendo i costi, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle popolazioni residenti nel proprio ambito territoriale e dei singoli cittadini, realizzare un'organizzazione idonea a consentire l'espressione del potenziale professionale ed umano disponibile. I Principi di Assistenza che presiedono all'azione gestionale delle Aziende Sanitarie sono: la centralità della persona che beneficia del servizio; l'attenzione ai diritti del cittadino; l'appropriatezza dell'attività di assistenza, l'adeguamento della pratica professionale e clinica alle più aggiornate tecniche e procedure; l'innovazione; la formazione continua; la trasparenza nei processi decisionali; la partecipazione dei professionisti; il coinvolgimento dei cittadini.

Nelle tre Aziende l'organizzazione dipartimentale è riconosciuta come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, individuando Dipartimenti strutturali e Dipartimenti

funzionali. Nei tre organigrammi aziendali spiccano le Strutture di Staff che denotano un approccio comune. Tra le aree che sono considerate strategiche dalle Aziende Sanitarie all'interno della Provincia vi è innanzitutto il *Sistema di Gestione per la Qualità*.

Per l'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo lo sviluppo e il mantenimento di un Sistema aziendale di Gestione per la Qualità secondo standard di riferimento regionali (requisiti stabiliti per l'autorizzazione e l'accreditamento) e internazionali è considerato obiettivo strategico dell'Azienda. In tal senso, nel corso del 2007 si è concluso il progetto di certificazione ISO 9001:2000 dell'intero sistema aziendale. Il piano di sviluppo 2003/2007 prevedeva infatti una progressiva certificazione di tutte le Unità Operative. L'acquisizione dell'Ospedale De Gironcoli, ha inoltre implicato il mantenimento della certificazione ISO 9001 che il Presidio vantava dal 2003 e quindi l'integrazione nel Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda. L'Azienda ULSS 7 ha inoltre aderito al progetto sperimentale di Accredimento di Eccellenza promosso dalla Regione del Veneto, che riguarda il profilo organizzativo di tutte le aree assistenziali.

L'Azienda ULSS 8 Asolo ha avviato a partire dal 2002 il percorso di miglioramento della qualità basato sul modello di eccellenza dell'European Foundation for Quality Management (EFQM), in collaborazione con un network di Aziende Sanitarie italiane. Nel periodo 2004-2006 sono state realizzate le attività necessarie e previste dal modello. A partire dal 2007 si sono avviati programmi di miglioramento che sono stati inseriti nelle schede di budget. Per l'autorizzazione e accreditamento istituzionale l'Azienda si è dotata di una struttura organizzativa integrata con il Sistema Aziendale per la Qualità, che prevede una Unità di Staff denominata "autorizzazione ed accreditamento delle strutture". Attualmente ci sono tre Unità Operative che hanno ricevuto l'accreditamento professionale (Oncologia, Angiologia, Diabetologia). Inoltre per quanto riguarda la certificazione Iso 9001: 2000 è stata attribuita all'Unità Operativa Formazione, alla ditta che segue la logistica e al Servizio di front end.

L'Azienda ULSS 9 Treviso ha inizialmente deciso di sviluppare il Sistema di Gestione per la Qualità secondo gli standard ISO 9001. Parallelamente all'ampliamento del Sistema Qualità a diverse Unità Operative aziendali, è stata attuata la normativa regionale sull'autorizzazione e l'accreditamento. Inoltre, nell'ambito dello sviluppo del modello regionale di miglioramento continuo della qualità, la Regione del Veneto ha individuato l'Azienda ULSS 9 quale sito pilota per la applicazione sperimentale del programma di accreditamento di eccellenza Canadese del CCHSA (Canadian Council for Health Service Accreditation). La prima fase di sperimentazione (2002-2003), necessaria per l'adattamento al contesto culturale e legislativo del Veneto, ha portato al certificato di riconoscimento, nonché al recepimento del modello CCHSA da parte della Regione Veneto, avvenuto nel corso dell'anno 2005. In seguito l'Azienda ha potuto

scegliere di proseguire nell'adozione del modello CCHSA di accreditamento di eccellenza. L'accreditamento di eccellenza è un percorso di valutazione e miglioramento dei servizi socio sanitari offerti che conferisce all'organizzazione il riconoscimento del rispetto dei criteri di eccellenza e costituisce quindi per il cittadino garanzia di qualità, sicurezza ed eticità delle cure erogate. Nel 2007 l'Azienda ha accolto i valutatori canadesi. Nel corso della visita si sono svolte le interviste per l'autovalutazione, la visita nelle strutture ospedaliere, dei distretti e dei servizi nonché i colloqui con i pazienti ricoverati e assistiti a domicilio e tutto quanto necessario per l'accreditamento. È opportuno sottolineare che si tratta del primo esempio in Europa di accreditamento di eccellenza di un'Azienda Socio Sanitaria secondo il modello CCHSA.

### *Informatizzazione*

Ulteriore area considerata strategica dalle tre Aziende della Provincia di Treviso è l'Informatizzazione cui è dedicato un impegno volontario, sistematico e condiviso. Il particolare impegno nelle attività di ICT e il numero delle iniziative di informatizzazione realizzate hanno determinato l'avvio di nuovi servizi verso i cittadini, non solo in Area Ospedaliera, ma anche nel territorio, determinando anche lo sviluppo di applicazioni di Telemedicina a livello internazionale (Health Optimum). Le tre Aziende hanno investito in un insieme di progetti che partendo dall'avvio di un sistema interamente digitale di gestione dei documenti sanitari ha posto le basi per ulteriori iniziative. Al proposito si ricordano in particolare:

- il Fascicolo Sanitario Personale che permette la consultazione da qualsiasi luogo per gli utenti autorizzati della storia clinica di un paziente;
- la firma digitale che è stata attivata nell'ambito delle analisi cliniche, delle prescrizioni farmaceutiche, delle pratiche per protesi ed ausili e nell'anagrafe bovina;
- l'Archivio digitale, con la realizzazione del nuovo archivio centrale presso il Centro Servizi di Caerano San Marco (Azienda ULSS 8);
- la cartella clinica informatizzata che consente ai medici di disporre, attraverso il computer, della storia clinica di ciascun paziente;
- l'informatizzazione degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale con la trasmissione giornaliera delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche attraverso linee ad alta velocità;
- la realizzazione di un Centro logistico centralizzato e di un sistema di micrologistica ospedaliera, per gestire il farmaco con una soluzione digitale dalla fase della prescrizione alla fase della somministrazione.

Oltre a tutto ciò, tra le iniziative di informatizzazione dell'Ospedale si ricorda l'avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (Progetto SIO) e l'assegnazione automatica delle esenzioni ticket. Per quanto concerne il territorio va citato il progetto Sistema Informativo Territoriale (Progetto SIT) che consentendo la raccolta delle attività svolte si propone la creazione di una cartella elettronica territoriale per singolo paziente.

### *Sviluppo degli interventi e delle collaborazioni tra aziende*

Le Aziende ULSS della Provincia di Treviso hanno firmato un protocollo di intesa per un Tavolo di concertazione provinciale con il compito di proporre progetti relativi a sette aree di intervento: servizio farmaceutico, sviluppo informatico, servizi territoriali, formazione, provveditorato, integrazione socio sanitaria, collaborazione ed integrazione ospedali. Ciò ha portato all'individuazione di 32 iniziative. La Regione del Veneto ha riconosciuto che le Province di Treviso, Vicenza e Padova avevano intrapreso il percorso di ottimizzazione.

La Regione Veneto ha avviato strategie di razionalizzazione della spesa sanitaria finalizzate all'avvio di procedure regionali centralizzate per l'approvvigionamento di beni e servizi per le Aziende Sanitarie della Regione. Nell'ambito della collaborazione tra le Aziende della Provincia di Treviso, sono state avviate le seguenti procedure: Servizio di tesoreria e cassa, vaccini ad uso territoriale, sistema di raccolta e separazione di sangue intero ed emocomponenti.

La Regione Veneto ha successivamente approvato le azioni per l'avvio di attività finalizzate alla razionalizzazione ed alla integrazione dei processi gestionali tecnico-amministrativi tra le Aziende del Sistema Socio-Sanitario Regionale. In particolare si è dato ulteriore impulso al processo di riorganizzazione sovra aziendale dei servizi tecnico-amministrativi delle Aziende Sanitarie Venete. Nell'ambito dell'Area Vasta relativa alle Province di Treviso e Belluno sono stati organizzati specifici incontri per la presentazione del progetto per le aree di Approvvigionamento e Logistica previsto dalla Regione. Nell'ottica di progettualità di Area Vasta le Aziende ULSS 7, 8 e 9 hanno adottato in maniera congiunta il Piano Attuativo per il contenimento delle liste di attesa. Tra gli obiettivi previsti dal Piano vi è anche la possibilità per i cittadini della provincia di poter prenotare le prestazioni necessarie presso un qualunque CUP della provincia.

In attuazione delle indicazioni regionali è stato costituito il Comitato Etico Provinciale per la sperimentazione clinica della Provincia di Treviso (Aziende Ulss 7, 8 e 9) e approvato il relativo regolamento. Tale Comitato ha sede nell'Azienda del Capoluogo ed è competente in merito alle richieste di sperimentazione afferenti al territorio di riferimento.

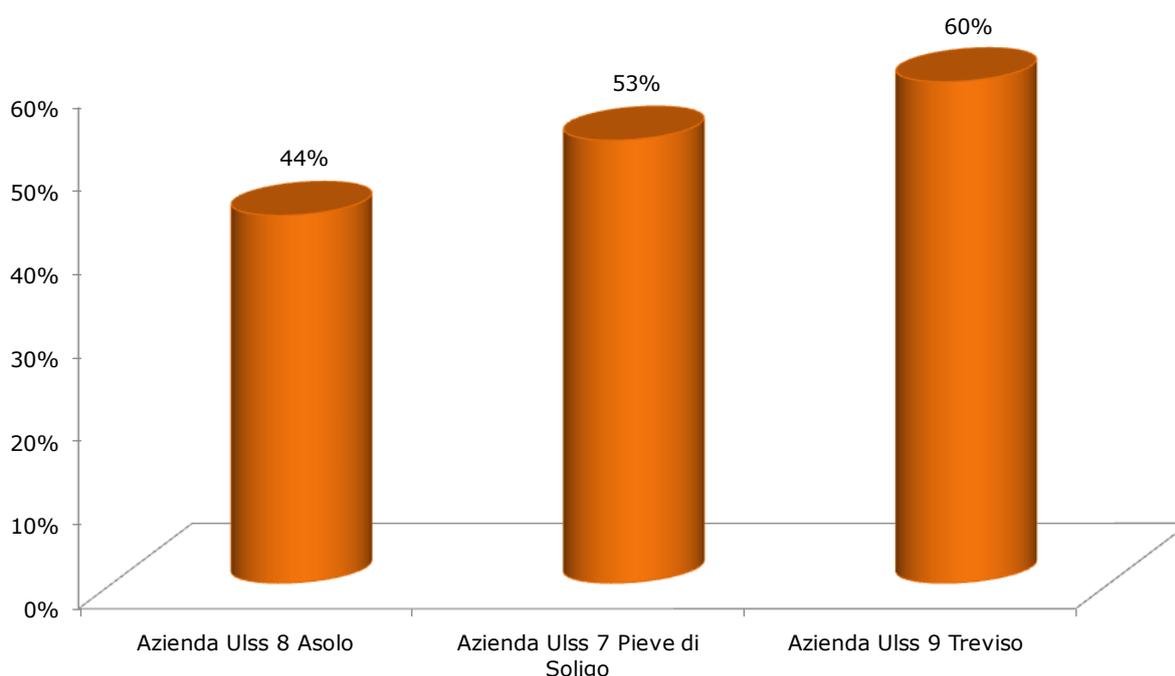
Inoltre è stato istituito il Comitato Provinciale di Controllo che si riunisce periodicamente in particolare per la discussione delle problematiche ed i controlli riguardanti l'appropriatezza delle prestazioni eseguite nelle tre Aziende.

### *Migliori pratiche*

Tra le particolari forme di utilizzo della tecnologia in favore dei cittadini va citato il Progetto TeleMed-ESCAPE, realizzato nell'ambito dei progetti di e-governement promossi dal Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie, che risponde all'obiettivo di migliorare il servizio al cittadino offrendo nuove modalità di distribuzione dei referti firmati digitalmente. Il progetto è stato coordinato dall'Azienda ULSS 9, coinvolgendo undici Aziende Sanitarie di Veneto, Umbria,

Lombardia, Friuli Venezia Giulia. L'iniziativa ha raggiunto l'obiettivo di smaterializzare il grande numero di documenti cartacei, clinici ed amministrativi prodotti ogni anno dalle Aziende Sanitarie, conservando inalterata la validità e l'efficacia legale, attraverso un sistema interamente digitale di gestione del documento informatico. I canali distributivi per l'invio dei referti sono: Internet, Postel, Distretto, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Sportelli comunali, Farmacie.

Percentuale referti estratti mediante il sistema Telemed-ESCAPE  
Provincia di Treviso - Rilevazione dicembre 2007



541

#### *Realtà di eccellenza: progetti comuni*

Tra le realtà di eccellenza presenti nel Sistema Socio Sanitario Veneto che hanno determinato l'avvio di un modello di rete ospedaliera interaziendale del tipo hub and spokes si ricorda in primis il Progetto Europeo già citato Health Optimum (Healthcare Delivery Optimisation Through Telemedicine) approvato e finanziato dalla Commissione Europea e dalla Regione Veneto. Vanno ricordate inoltre:

#### *a) la rete del teleconsulto neurochirurgico:*

La rete è formata da tutte le Aziende ULSS del Veneto e sono coinvolti i Servizi di Pronto Soccorso e Radiologia, i reparti di Neurologia, Rianimazione e Chirurgia.

*b) la rete del telelaboratorio:*

Anche la rete di telelaboratorio è formata da tutte le Aziende ULSS del Veneto e vede coinvolti Servizi e Reparti di degenza, RSA, Distretti e UTAP.

In un contesto di Sanità su una prospettiva territoriale allargata che esige servizi uniformi e con standard di qualità definiti in un ambito sovra-aziendale, è stato costituito a livello provinciale il gruppo di Area Vasta per l'integrazione tra tutti i Presidi Ospedalieri della Provincia di Treviso. Tale gruppo ha focalizzato la sua attenzione principalmente su tre ambiti:

*Percorsi assistenziali:* ove è stata sviluppata la linea guida per uniformare la richiesta di esami per la preparazione all'intervento chirurgico ed è stato definito un protocollo per l'assistenza dei pazienti affetti da lesioni da decubito;

*Soccorso territoriale di emergenza e urgenza:* in cui è stato elaborato un documento di analisi e prospettive per migliorare le attività coordinate dalla centrale operativa per il soccorso di emergenza provinciale;

*Medicina Trasfusionale:* come si è detto, in tale area si è costituito un Dipartimento Interaziendale (DIMT) dotato di propri organismi e obiettivi sulla base delle indicazioni regionali.

Altre iniziative di eccellenza comuni sono:

*L'ottimizzazione della diagnosi precoce e del trattamento dell'infarto miocardico acuto*

Le Aziende della Provincia sono state coinvolte nell'avvio della teletrasmissione di ECG per ottimizzare diagnosi precoci e trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) nell'area provinciale. Dieci ambulanze di emergenza sono state dotate di apparecchiature per la teletrasmissione di ECG alle quattro Unità coronariche che seguono un percorso condiviso di diagnosi e cura dell'infarto, con invio al centro di emodinamica attivo per eseguire l'angioplastica. Le principali funzioni e fasi del processo sono:

- identificazione del sospetto IMA da parte del Servizio 118;
- invio ambulanza con strumento a bordo per la teletrasmissione di ECG;
- identificazione del caso di IMA e decisione del cardiologo sul percorso da adottare;
- invio del paziente in Ospedale dove vengono somministrate le cure più idonee.

È attualmente in corso l'elaborazione dei dati a livello provinciale e l'implementazione del servizio in altre ambulanze.

E in una prospettiva territoriale ancora più vasta va collocata l'attività della *Banca dei Tessuti* che ha consolidato la sua posizione di Banca di riferimento Nazionale e Internazionale.

*Le aree di eccellenza all'interno delle singole Aziende sono invece le seguenti:*

Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo:

- "Centro Regionale Specializzato di Traumatologia dello Sport" presso il Presidio Ospedaliero di Conegliano. Esegue interventi di alta specializzazione per la cura di patologie conseguenti a traumi sportivi delle articolazioni soprattutto di spalla e ginocchio.
- "Centro Regionale Specializzato di Fisiopatologia della riproduzione, specializzato nella diagnosi e sterilità di coppia" presso il Presidio Ospedaliero di Conegliano.
- "Centro Regionale Specializzato per la chirurgia laser della patologia del segmento anteriore dell'occhio e dei vizi refrattivi e per lo studio della terapia dell'ipovisione" presso il Presidio Ospedaliero di Conegliano.
- "Centro Regionale Specializzato per lo studio, la diagnosi e la cura del carcinoma della laringe" presso il Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto. Si occupa della diagnosi, il trattamento e la ricerca continua per le patologie tumorali della laringe.

Si segnala che l'Ospedale di Conegliano è riconosciuto centro HUB per le attività di angioplastica primaria per i pazienti con infarto miocardico acuto (IMA) del territorio nord dell'Area Vasta. Presso l'Azienda Ulss 7 è attivo il Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT), finalizzato alla realizzazione di un sistema funzionale ad alta integrazione, che è al contempo organismo di progettazione, programmazione e verifica. Al CRAT, in collaborazione con le direzioni regionali competenti, è affidata la funzione di riferimento per le aziende sanitarie per le azioni specifiche di applicazione, indirizzo monitoraggio e verifica dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale, anche in materia amministrativa e contabile. L'Azienda Ulss7 collabora inoltre da tempo con la Direzione Regionale per la Prevenzione in relazione specifica ai temi inerenti la prevenzione delle malattie infettive dei traumi da traffico, delle patologie fumo-correlate e della patologia tumorale mediante screening. Si segnala infine la piena strutturazione d un programma di assistenza domiciliare con cure palliative ai malati terminali.

Azienda ULSS 8 Asolo:

- "Dipartimento di diagnostica per immagini": la Medicina Nucleare, nata nel 1974, è stato il primo centro in Italia ad effettuare la diagnostica radioisotopica per le paratiroidi, la diagnostica SPECT, ed infine la diagnostica PET con l'introduzione nel 1994 della prima apparecchiatura per esami total body nel nostro Paese. Nel 2004 è stata installata la prima

apparecchiatura PET/TC con TC a 16 strati, seconda in Europa accanto al Centro PET dell'Università di Monaco di Baviera.

- "Centro regionale per le malattie del sangue": il centro, oltre ad assistere i pazienti con varie patologie ematologiche (anemie, piastrinopenie, leucemie, linfomi, mielomi), rappresenta un centro specialistico nazionale per la cura dell'emofilia.
- Unità operativa di chirurgia maxillo-facciale: ha una vasta esperienza di chirurgia preimplantologica e ortognatica; svolge attività di ricerca clinica in ambito della chirurgia preprotetica, soprattutto sull'utilizzo dell'osso omologo congelato in collaborazione con la Banca dei Tessuti di Treviso.
- Chirurgia generale: È uno dei più importanti centri italiani di chirurgia videolaparoscopica.

Per le unità territoriali il Servizio di assistenza domiciliare e cure palliative: il servizio è diffuso capillarmente nel territorio e trae la sua esperienza fin dagli anni Settanta; giornalmente sono trattati in linea circa 300 pazienti.

Azienda ULSS 9 Treviso:

- Centro Regionale Specializzato in Chirurgia epatobilaire-pancreatica, Coordinamento: UO IV Chirurgia;
- Centro Regionale Specializzato per la studio e la cura della Disfagia, Coordinamento: UO III Chirurgia;
- Centro Regionale Specializzato di Riferimento per l'Oncologia cervico-facciale, Coordinamento: UO ORL.

La possibilità di avere medici in grado di dare risposte appropriate sia per patologie "comuni" che per quadri clinici estremamente complicati o rari rende l'Ospedale Ca' Foncello dell'Azienda Ulss 9 una struttura peculiare e punto di riferimento per un bacino di utenza di livello sovraprovinciale pari a circa un milione di abitanti. A titolo esemplificativo si ricorda che l'Ospedale è l'unica struttura delle due Province di Treviso e Belluno in grado di eseguire angiografie urgenti notturne o risonanza magnetica nucleare notturna o festiva. La patologia neonatale, unica per le due Province fa sì che i parti complicati vengano ricondotti a Treviso con "trasporto in utero" del nascituro. Va infine ricordato che l'Ospedale di Treviso funge da centro di riferimento per le attività di cardiocirurgia, angioplastica primaria per i pazienti con infarto miocardio, trombolisi dell'ictus e per le attività di emato-oncologia, nonché Polo Neurochirurgico di afferenza.

#### *Formazione*

Con riferimento alle forme di integrazione e sviluppo per la gestione della formazione in ambito provinciale si ricorda il tavolo di concertazione interaziendale: dall'anno 2004 all'interno del

Tavolo di concertazione delle 3 Aziende è operativo il Gruppo di Lavoro "Formazione" che ha presentato due progetti interaziendali: il primo relativo alla realizzazione delle attività formative interaziendali e il secondo per la realizzazione di procedure condivise per la gestione della formazione permanente obbligatoria. Nel corso degli anni 2006-2007 sono stati organizzati ed effettuati corsi residenziali in collaborazione tra le Aziende dell'Area Vasta. Le tre Aziende hanno aderito alla società consortile denominata CUOA Sanità, al fine di "ottenere un'economia di scala sovra-aziendale e di contenuti di alta qualità didattico-formativa o di elevata complessità tecnologica.

*E- Learning:*

È stato costituito su iniziativa dell'Azienda Ulss 8 di Asolo il Network italiano "Salus.net" a cui aderiscono una ventina tra Aziende Sanitarie, Università ed enti sanitari, per la condivisione di progetti ed esperienze sull'e-learning. L'offerta formativa che ne risulta utilizza in modo organico la tecnologia dell'e-learning, con la produzione aziendale di un proprio catalogo di corsi on-line, messo a disposizione anche di altri Enti italiani (Alleanza degli Ospedali italiani nel mondo, Provincia Autonoma di Bolzano, altre 12 Aziende sanitarie del Veneto, ecc.).

### 7.3 Provincia di Venezia

---

Il territorio della Provincia di Venezia copre un'area di 2.462 km<sup>2</sup> e comprende 44 Comuni con una popolazione assistita nel 2007 di 845.508 abitanti (48,6% uomini e 51,4% donne). Nella Provincia sono attive quattro Aziende ULSS: Azienda ULSS 10 Veneto Orientale, Azienda ULSS 12 Veneziana, Azienda ULSS 13 Mirano Dolo, Azienda ULSS 14 Chioggia. Nell'ambito di Area Vasta i dati e le informazioni prescelte sono riferite alle sole Aziende ULSS 12 e 13.

#### *Azienda ULSS 12: l'Ospedale dell'Angelo*

L'Ospedale dell'Angelo rappresenta il primo progetto italiano di realizzazione di un'opera pubblica sanitaria con la partecipazione di aziende private in Project Financing. Tale modello finanziario - organizzativo ha permesso la realizzazione dell'opera in tempi brevissimi: la prima pietra è stata posta il 20 febbraio 2004, il trasloco completo è previsto per giugno 2008.



Costruito in un grande parco di 260.000 metri quadrati, l'Ospedale all'Angelo si presenta come un'opera architettonica caratterizzata da una grande vela di vetro anteriore cui si contrappone la struttura a terrazze digradanti ricoperta da giardini pensili. Sotto la vetrata viene recuperata una grande hall che raccoglie i visitatori: illuminata da luce naturale, si configura come un

giardino interno con alberi, specchi d'acqua e luoghi di ritrovo. Contribuisce ad un approccio graduale all'ambiente ospedaliero, fornendo una serie di servizi. Scale mobili ed ascensori introducono agli ambulatori e alle degenze dei piani superiori.

Le dimensioni dell'ospedale sono di 117.600 metri quadri distribuiti su 9 piani di cui 2 interrati. La distribuzione dei servizi all'interno dell'ospedale è stata studiata per ottimizzarne la funzionalità: assieme ai servizi logistici, sono al *Piano interrato 2*, i parcheggi di grandi dimensioni (uno per il personale da 535 posti e due per visitatori da complessivi 557 posti) e alcuni servizi come Radioterapia, Curieterapia, Servizio Immunotrasfusionale.

Al *Piano interrato 1* si trova il Pronto soccorso e i servizi ad esso correlati: la diagnostica (Radiologia, piastre angiografica, endoscopica e Anatomia Patologica), le 16 Sale Operatorie, la piastra Day Surgery (4 Sale Operatorie), la Rianimazione, la Neuroradiologia, la Medicina Nucleare, l'Emodialisi.

Al *Piano terra* sono localizzati i servizi al cittadino: Centro Unico di Prenotazione, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la Direzione Medica e le Associazioni di volontariato. Inoltre vi sono il Laboratorio con Centro Prelievi, la Rieducazione Funzionale e il servizio di Biomeccanica, l'Oncologia.

Al *Primo Piano* sono invece stati riuniti tutti i servizi ambulatoriali e i Day Hospital, per non intralciare le attività di reparto che si distribuiscono nei *Piani Rialzati dal secondo al sesto*.

I posti letto (2 per stanza con servizi separati) fanno parte di un'organizzazione di Unità di Degenza strutturate per aree omogenee e caratterizzate dall'aver intensità di cura crescente. Gli studi medici, "open space" e dotati di postazioni informatizzate, assieme agli studi dei Direttori di Unità operative sono adiacenti alle aree di ricovero; inoltre le Unità Operative di specialità affini sono tra loro complanari, in modo da ridurre al minimo gli spostamenti dei pazienti e favorire le attività di consulenza interna.

Al vecchio concetto di ambulatorio di reparto si contrappone nel nuovo ospedale un'attività ambulatoriale concentrata in un'area unica (72 Ambulatori), così come il Gruppo Operatorio che è tutto complanare e suddiviso in 4 blocchi funzionali (con un totale di 16 Sale) e distinto dal Gruppo Operatorio per la Day Surgery.

Alcune cifre di sintesi dell'Ospedale All'angelo: 85 Ambulatori e 350 i locali di degenza per 637 posti letto (di cui 34 per Libera Professione), 35 Letti per il servizio di dialisi, 20 Culle.

La Dotazione tecnologica di ultima generazione di cui è fornito l'Ospedale dell'Angelo prevede i sistemi RIS (Radiology Information System), PACS (Picture Archiving and Communication System) (Laboratory Information System), LIS e una cartella clinica informatizzata che integra le attività di PS con le consulenze nei reparti e gli esami di laboratorio, permette inoltre l'Accettazione, il Trasferimento e la Dimissione dei Pazienti direttamente dalle Unità Operative. Per quanto riguarda i trasporti il personale è supportato sia da un sistema di trasporto pesante tramite "tartarughe", che da un sistema leggero tramite nastro.

Particolare attenzione è stata posta all'accesso del paziente acuto: il pronto soccorso è collocato nella parte più ad est dell'ospedale permettendo un accesso dei pazienti in urgenza, condotti in ambulanza o con mezzo privato, e tenuto separato dall'ingresso per il paziente deambulante. L'area di triage posta tra i due ingressi divide i flussi e individua il percorso terapeutico migliore e specifico. La gestione delle maxi emergenze ha un'area dedicata e la centrale del SUEM 118 è posizionata in stretto contatto con l'accesso delle ambulanze

Anche i servizi di Diagnostica per Immagini trovano una localizzazione finalizzata all'immediato supporto al Dipartimento di Emergenza e sono funzionalmente divisi in tre parti. La prima, per le indagini TAC e RMN, è localizzata nell'area più prossima al PS per garantire un'efficace risposta diagnostica ai casi urgenti, ma è raggiungibile anche da utenti esterni o interni mediante percorsi differenziati. La seconda comprende le altre 10 sale diagnostiche, e la terza è costituita dalle 7 sale del polo ecografico.

Nell'area sud-est dell'Ospedale è stata edificata la sede della Banca degli Occhi del Veneto, prima in Europa per il numero di cornee raccolte e distribuite, e il Centro di ricerca sulle cellule staminali epiteliali. Il laboratorio, nato dalla collaborazione di Banca degli Occhi, Regione del Veneto e Azienda ULSS 12 Veneziana, è in grado di potenziare il servizio di distribuzione delle cellule staminali corneali per tutti i pazienti affetti da patologie fino a poco tempo fa incurabili. Il padiglione ha una superficie di 5 mila metri quadrati e un volume totale di 22 mila metri cubi capaci di contenere un Auditorium da 400 posti, l'asilo nido per i dipendenti e negozi, bar, ristorante/mensa.



*Azienda ULSS 13: le migliori pratiche e le realtà di eccellenza*

Tra le migliori pratiche possiamo citare:

*Il parto indolore*

La possibilità di effettuare parti indolore viene garantita nell'arco delle 24 ore, anche nei giorni festivi, attraverso la metodica dei blocchi perimidollari realizzabile tramite l'iniezione di farmaci anestetici in sede peridurale o subaracnoidea. Grazie alla grande esperienza del personale sanitario che effettua questo tipo di prestazione, l'analgesia può essere effettuata anche in donne gravide con particolari caratteristiche di tipo anatomico, come ad esempio obesità, e che presentano condizioni patologiche quali ipertensione, diabete, cardiopatie, pre-eclampsia.

*L'anestesia totalmente endovenosa in sala operatoria e per procedure ambulatoriali*

Il ricorso sistematico all'anestesia totalmente endovenosa (TIVA) permette di offrire ai pazienti un'anestesia qualitativamente eccellente, soprattutto nella varietà TCI (Target Controlled Infusion), e al contempo priva di rischi di inquinazione ambientale. Il 100% delle sedazioni e delle anestesi generali è praticato in anestesia totalmente endovenosa (TIVA/TCI) senza l'uso ausiliario di gas anestetici. Questa tecnica di anestesia può essere impiegata da sola o in combinazione ad un'anestesia loco-regionale.

*La chirurgia laparoscopica*

L'attività di Chirurgia Laparoscopica è iniziata nel 1999 applicandola gradualmente a tutti i campi della Chirurgia Generale:

- resezioni coliche;
- resezioni del piccolo intestino;
- chirurgia epatica e delle vie biliari;
- chirurgia delle ghiandole surrenali;
- chirurgia bariatrica;
- chirurgia della parete addominale;
- chirurgia dell'urgenza.

Da alcuni anni, inoltre, vengono tenuti dei corsi teorico pratici sulla chirurgia laparoscopica che vedono la costante partecipazione di chirurghi provenienti per la maggior parte dal Triveneto ma anche da Regioni del Centro Italia.

*Il Progetto Mirano: Telemedicina per lo scompenso cardiaco*

La gestione tradizionale dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico spesso si dimostra inadeguata. Tali pazienti vanno incontro a frequenti ospedalizzazioni ripetute, spesso in reparti o centri di cura diversi, con frequenti modifiche della terapia. Ciò rende difficile la continuità

assistenziale e la successiva gestione domiciliare. Le re-ospedalizzazioni frequenti di tali pazienti rappresentano inoltre un considerevole consumo di risorse per le Aziende Sanitarie.

Partendo da tali considerazioni, il "Progetto Mirano", ha come obiettivi:

- il miglioramento dell'aderenza del paziente agli stili di vita consigliati, in particolare regime dietetico ed apporto di liquidi;
- il miglioramento della compliance terapeutica;
- il miglioramento della qualità di vita dei pazienti attraverso la continuità assistenziale Ospedale Territorio-Medici di Medicina Generale;
- il miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico con il mantenimento di una miglior stabilità clinica;
- ottimizzazione delle risorse aziendali mediante una riduzione del numero delle ospedalizzazioni ripetute;
- l'aumento della sopravvivenza dei pazienti.

La realizzazione del progetto prevede il seguente programma:

- selezione dei pazienti (III e IV classe NYHA con un adeguato supporto familiare);
- istruzione degli stessi alla trasmissione dei dati necessari al monitoraggio;
- realizzazione di un progetto pilota su un gruppo ristretto di pazienti, al fine di sperimentare il sistema;
- entrata a regime del sistema;
- formazione dei Medici di Medicina Generale alla gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico, e all'utilizzo dei servizi che il sistema rende disponibile per il progetto;
- realizzazione di un apposito gruppo di progetto che dovrà essere composto da: un primario cardiologo dell'Azienda ULSS 13, un cardiologo di riferimento, un responsabile infermieristico, un Medico di Medicina Generale (MMG) di riferimento.

#### Indicatori di processo

- numero di contatti con il centro TELECARE;
- numero di contatti con il Medico di Medicina Generale;
- numero di contatti con i centri cardiologico ospedalieri;
- numero di contatti con il centro infermieristico territoriale.

#### Indicatori di risultato

- miglioramento della qualità di vita del paziente valutato con la compilazione del questionario;
- minnesota *living with Heart Failure* (sistema di autovalutazione);
- miglioramento dell'aderenza la trattamento farmacologico,
- riduzione dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco.

Tra le realtà di eccellenza possiamo invece indicare:

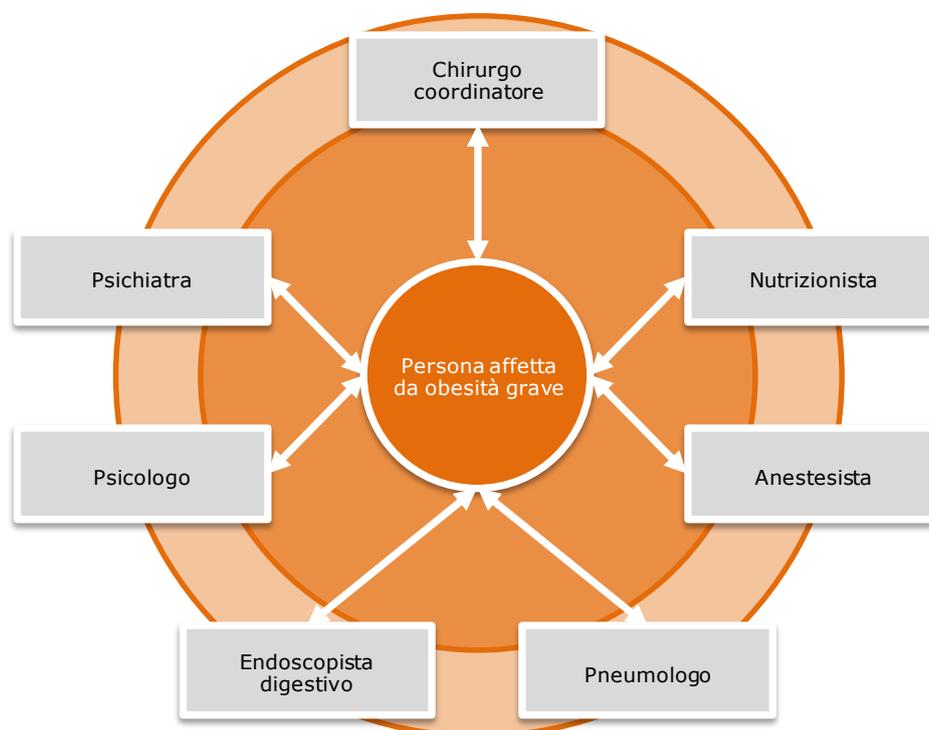
*Polo Cardiovascolare: diagnostica e terapia delle malattie cardiovascolari*

*Infarti miocardici acuti (IMA):* nell'ambito della rete regionale dell'IMA, l'Azienda ULSS risulta essere un *hub*, cioè centro di accoglienza per l'angioplastica primaria. Successivamente all'angioplastica il paziente viene trasferito in unità coronarica, nel reparto ed indirizzato alla riabilitazione interna. L'iter diagnostico è completato da eco-cardio, eco vascolare e risonanza cardiaca.

*Sindromi coronariche acute* (esclusi infarti) e stabili: il più presto viene eseguita coronarografia ed eventuale rivascolarizzazione percutanea oppure chirurgica. L'iter diagnostico viene completato da eco-cardio e eco-vascolare.

*Vasculopatia carotidea sintomatica o asintomatica:* diagnostica con immagini (eco-color Doppler, TAC 64; angio-risonanza). Eventuale angiografia e trattamento con angioplastica. Stretta collaborazione con la *stroke-unit*. Eventuale angiografia e trattamento con angioplastica.

*Vasculopatia periferica, (piede diabetico):* diagnostica con immagini (eco-color Doppler, TAC 64; angio-risonanza). Eventuale angiografia e trattamento con angioplastica. Presso l'Azienda ULSS 13 è già stato creato un gruppo di lavoro interdisciplinare per il piede diabetico. Riabilitazione presso la medicina dello sport.



#### *Centro di Chirurgia dell'Obesità*

Il Centro di Chirurgia dell'Obesità opera dal 2004 con un team multidisciplinare dedicato alla cura dell'obesità grave e costituito da un chirurgo coordinatore, un nutrizionista, uno

psichiatra ed uno psicologo per i disturbi del comportamento alimentare, un endoscopista digestivo, un anestesista ed un pneumologo.

I trattamenti chirurgici a cui vengono sottoposti i pazienti, dopo un'attenta valutazione e discussione dei singoli casi all'interno del team multidisciplinare, consistono in:

- posizionamento di palloncino intragastrico (B.I.B.) per via transorale, procedura eseguita endoscopicamente in sala operatoria sotto blanda sedazione;
- bendaggio gastrico svedese regolabile per via video laparoscopica;
- by-pass gastrico Roux -en-Y per via videolaparoscopica.

Il Centro di Chirurgia dell'Obesità è iscritto al Registro Nazionale SAGB (Swedish Adjustable Gastric Banding). I grafici dello Studio SAGB dimostrano i risultati del follow-up in termini di perdita di peso in base al BMI trend (Body Mass Index), PEWL trend (Percent Excess Weight Loss

#### *Centro di Medicina dello Sport*

L'attività svolta nell'ambito di Medicina dello Sport dell'Azienda ULSS 13 comprende:

- *Prevenzione primaria*, con iniziative di comunicazione ed informazione della popolazione sulla promozione dell'attività fisica e counseling sull'attività fisica;
- *Prevenzione secondaria*, con attività certificatoria (6.000 visite di idoneità sportiva/anno) e relativi accertamenti strumentali ad essa connessi, con approfondimenti diagnostici e strumentali nel campo cardiovascolare mirati all'individuazione di patologie che possono essere slatentizzate (fatte emergere) dall'attività sportiva e mettere a rischio la vita dell'atleta. Vengono inoltre fornite consulenze per pazienti inviati dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta per problematiche legate alla pratica di attività fisica e sportiva;
- *Prevenzione terziaria*, nell'ambito del progetto "Utilizzo dell'esercizio fisico nella terapia e riabilitazione di pazienti affetti da patologie croniche che ne possono beneficiare".

L'Unità Operativa di Medicina dello Sport è anche sede del Centro di Riferimento Regionale per la Tutela Sanitaria delle Attività Sportive, istituito dalla Regione del Veneto sin dal 1999.

#### *Centro per i Disturbi del Sonno*

Il Centro per i Disturbi del Sonno ha iniziato la sua attività nel 1999 e nel 2003 ha ottenuto l'accreditamento dell'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS) quale Centro Multidisciplinare e come tale in grado di diagnosticare e trattare qualsiasi patologia legata al sonno. Esistono altri due Centri, a Feltre ed a Bassano, per i disturbi cardiorespiratori del sonno, ma questo è l'unico Centro nel Veneto riconosciuto dall'AIMS come idoneo a valutare e trattare non solo i disturbi cardiorespiratori ma anche tutti gli altri disturbi del sonno. Per tale motivo il Centro sta studiando e trattando pazienti provenienti da tutte le Province del Veneto

ed intrattiene rapporti di collaborazione anche con le Cliniche Neurologiche dell'Università di Padova e di Verona. II Centro dispone di un laboratorio per la videoregistrazione diurna e notturna fornito di un poligrafo fisso necessario per monitorare EEG, EMG, oculogramma, movimenti respiratori toracici ed addominali, espirio, SaO<sub>2</sub>, russamento, posizione del corpo, movimenti degli arti. Dispone inoltre di due poligrafi mobili per la registrazione del sonno a domicilio del paziente e di un actigrafo per monitoraggi estesi a più settimane. Lo staff si avvale di: tre tecnici di neurofisiopatologia, tre neurologi, di cui uno responsabile del centro e due che hanno conseguito il patentino di esperto in disturbi del sonno riconosciuto dall'AIMS, tre pneumologi con specifiche competenze nel campo delle apnee del sonno, tre otorinolaringoiatri con specifiche competenze nel campo delle apnee del sonno e una dietista.

#### *Oncologia ed Ematologia Oncologica*

##### *Trapianto autologo ed allogenico cellule staminali ematopoietiche:*

- attività trapiantologia registrata presso EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) e GITMO (Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo);
- partecipazione a studio di analisi del ruolo del trapianto allogenico nel carcinoma renale metastatico coordinato da EBMT;
- partecipazione a studi sul ruolo delle alte dosi di chemioterapia nei linfomi non Hodgkin aggressivi coordinati dal Non-Hodgkin Lymphoma Cooperative Study Group.

##### *Ematologia oncologica:*

- analisi nuovi regimi terapeutici nei linfomi follicolari;
- analisi di peculiari parametri molecolari nella leucemia linfatica cronica B e nei linfomi non Hodgkin.

##### *Biologia cellulare e molecolare tumori solidi e patologie emato-oncologiche*

- valutazione clinica di nuove sonde molecolari per la rilevazione della malattia minima residua e microcontaminazione;
- analisi delle proprietà proliferative e differenziative in vitro di fibroblasti ottenuti da stroma mammario normale e neoplastico in collaborazione con Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Padova.

#### *Centro Trasfusionale*

Da diversi anni, il sangue impiegato nelle trasfusioni, viene caratterizzato mediante tecniche di biologia molecolare, per l'individuazione precoce dei costituenti virali potenzialmente trasmissibili, quali HCV, HBV e HIV. Da quest'anno il laboratorio di validazione NAT si occupa della caratterizzazione di tutto il sangue raccolto nella Provincia di Venezia, svolgendo la sua attività in Area Vasta.

### *Genetica Molecolare*

Nell'ultimo decennio l'analisi del DNA ha rappresentato un valido metodo d'indagine sia in campo clinico sia nella diagnostica di un numero sempre maggiore di malattie genetiche. Le tecniche della biologia molecolare si sono rivelate vincenti soprattutto nel campo dei disordini monofattoriali, cioè nelle sindromi causate dall'alterazione di un singolo gene, come le talassemie, la fibrosi cistica, la distrofia muscolare e le emoglobinopatie. Il metodo di scelta per la diagnosi di molte malattie genetiche è attualmente la *Polymerase Chain Reaction* (PCR) soprattutto per i suoi vantaggi di accuratezza e sensibilità.

### *Valutazione genetica del rischio di patologie cardiovascolari e del rischio trombotico mediante analisi di mutazioni del DNA*

Negli ultimi anni è sorta la necessità di identificare eventuali marcatori genetici di rischio cardiovascolare allo scopo di permettere lo sviluppo di nuove misure preventive e terapeutiche. In tale contesto, recentemente, alcuni ricercatori hanno dimostrato che le patologie cardiovascolari generano da complesse interazioni tra geni e fattori ambientali (fumo, dieta alimentare, mancanza di esercizio fisico, ecc). Tra questi geni, il gene dell'*Angiotensinogeno* (*AGTK del Fattore V di Leiden (F5)*) della *Protrombina (Fattore II)* e della *Metilentetraidrofolatoreduttasi (MTHFR)* hanno mostrato di esercitare un ruolo primario nell'insorgenza di tali patologie.

### *Eccellenza territoriale nella diagnosi e cura del trattamento della incontinenza urinaria*

La terapia varia in funzione del tipo di incontinenza e della relativa causa. Tra le varie strategie si possono ricordare:

- *la rieducazione del pavimento pelvico*: si tratta di esercizi specifici che, con ausilio di una strumentazione particolare, sono utili a rinforzare la muscolatura del pavimento pelvico e, di conseguenza, dello sfintere esterno della vescica;
- *la terapia farmacologica*: si avvale di farmaci che riducono l'attività della muscolatura vescicale;
- *l'intervento chirurgico*: è indicato nei casi medio-gravi di incontinenza da sforzo.

I risultati del metodo a breve e medio termine sono brillanti: il 98% delle pazienti che hanno partecipato ad uno studio *clinico* iniziato 10 anni fa sono ancora perfettamente continenti o vivono una condizione nettamente migliore rispetto a quella precedente all'intervento (i dati sono stati pubblicati a dicembre del 2004 dai Prof. Cari Gustav Nilsson operante presso l'Università di Uppsala in Svezia dove la tecnica TVT è stata sviluppata dal Prof. Ulf Ulmsten). L'intervento TVT/TOT è oggi la tecnica più diffusa al mondo per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo femminile.

## 7.4 Provincia di Padova

---

La Provincia di Padova, con 909.402 abitanti rilevati nel 2007, è la Provincia più popolata del Veneto. La sua estensione territoriale è pari a 2.142 km<sup>2</sup> e la sua densità abitativa è molto elevata (oltre 424 abitanti per chilometro quadrato). I Comuni che compongono la Provincia sono 104. Nel territorio sono attive tre Aziende ULSS (Azienda ULSS 15 Alta Padovana, Azienda ULSS 16 Padova, Azienda ULSS 17 Este) ed un'Azienda Ospedaliera (Azienda Ospedaliera di Padova che è Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione). Nell'Area Vasta padovana si sono attivate alcune innovazioni organizzative in comune tra le Aziende ULSS e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova.

Tra queste si possiamo richiamare:

- *l'attivazione del dipartimento immunotrasfusionale (DIMIT), la cui responsabilità è affidata a l'Azienda ULSS 15, che effettua le attività di biologia molecolare per i donatori di tutta la Provincia. Nel 2007 tali prestazioni sono state più di 300.000;*
- *l'attivazione del Dipartimento interaziendale per gli approvvigionamenti e la logistica, l'approvazione del regolamento per il funzionamento dello stesso e la graduale implementazione della nuova organizzazione;*
- *la rete interospedaliera hub and spokes per la sindrome coronarica acuta e la stroke unit;*
- *l'utilizzo della telemedicina per la trasmissione di immagini in campo neurochirurgico e per la lettura a distanza delle mammografie nello screening del tumore della mammella;*
- *l'espletamento di alcune gare regionali e provinciali con funzioni di capofila (materiale per anestesia, mezzi di contrasto, fornitura di sistemi diagnostici per l'esecuzione di indagini sieroinfettivologiche);*
- *l'attivazione del CUP provinciale;*
- *la formazione del personale (stages per gli studenti universitari di scienze infermieristiche, dei medici e degli specializzandi);*
- *la costituzione di un Comitato Etico provinciale;*
- *la realizzazione di un progetto per la prevenzione e la gestione omogenea in tutta l'area vasta dei pazienti con ulcere da pressione, vascolari e da decubito (progetto SOS Ulcera);*
- *la definizione di un progetto concordato al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione dell'intera provincia, che ha portato ad una importante riduzione dei ricoveri dell'intera provincia;*
- *l'acquisizione e l'implementazione delle procedure delibere e protocollo per tutte le Aziende della Provincia;*
- *la collaborazione per la gestione della previdenza tra Azienda ULSS 15 ed Azienda ULSS n. 17.*

- *il progetto di Area Vasta per la gestione delle liste d'attesa* basato sulla codificazione delle priorità relative alle indicazioni cliniche;
- *il progetto relativo all'invalidità civile*;
- *il Coordinamento 118 su area provinciale*;
- *il Centro regionale di riferimento per l'ergonomia occupazionale (CRREO)*.
- *il Progetto per il potenziamento e il miglioramento della qualità dei programmi di Screening dei Tumori del Colon Retto nelle Aree Vaste delle Province di Padova e di Rovigo*. L'obiettivo generale è il completamento dell'estensione dello screening dei tumori del colon retto a tutta la popolazione eleggibile delle Province di Padova e Rovigo e il suo mantenimento;
- *il progetto di messa in rete a livello provinciale dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile/Età Evolutiva (Aziende ULSS 15, 16 e 17)*.

#### *Azienda ULSS 15 Alta Padovana: le migliori pratiche*

È stata istituita nel territorio dell'Azienda ULSS una UTAP di tipo aggregato (10 medici) ed è attualmente in fase di costituzione una UTAP di tipo integrato (13 medici), al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, di garantire la continuità assistenziale e per una maggiore efficace integrazione socio-sanitaria tra Ospedale e territorio.

Nell'ambito degli Presidi Ospedalieri va evidenziata l'attivazione di un Day surgery centralizzato, modalità organizzativa che consente di razionalizzare l'attività chirurgica di un giorno e di seguire con più attenzione i numerosi pazienti (circa 2.200 l'anno) che accedono al servizio.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Prevenzione, è stato costituito un servizio epidemiologico, che consente di monitorare lo stato di salute della popolazione dell'Azienda ULSS. Al Dipartimento spetta inoltre il coordinamento di tutte le attività connesse alla realizzazione degli screening: va sottolineato il particolare impegno di questa Azienda nell'attivazione di tutti gli screening previsti dalla Regione.

Nell'ambito delle iniziative di umanizzazione, di accoglienza e di informazione ai cittadini, va evidenziato che agli Ospedali di Camposampiero e Cittadella è stato recentemente assegnato un "bollino rosa" da parte dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.

Inoltre da anni l'Azienda invia con cadenza quadrimestrale un notiziario informativo a tutte le famiglie residenti nel territorio (circa 80.000), in cui sono contenuti articoli sulla promozione della salute, informazioni sui servizi erogati dall'Azienda e la trattazione di argomenti suggeriti dai cittadini.

Sul fronte delle attività intraprese per migliorare il clima organizzativo nei confronti del personale dipendente, va sottolineata l'apertura in una delle due sedi ospedaliere di un asilo nido per i figli dei dipendenti, che ospita attualmente una trentina di bambini. Si evidenzia inoltre la produzione da qualche anno di un periodico aziendale che, con cadenza semestrale,

viene inviato a tutti i dipendenti per informarli sui più rilevanti fatti che hanno riguardato l'Azienda.

#### *Azienda ULSS 15 Alta Padovana: le realtà di eccellenza*

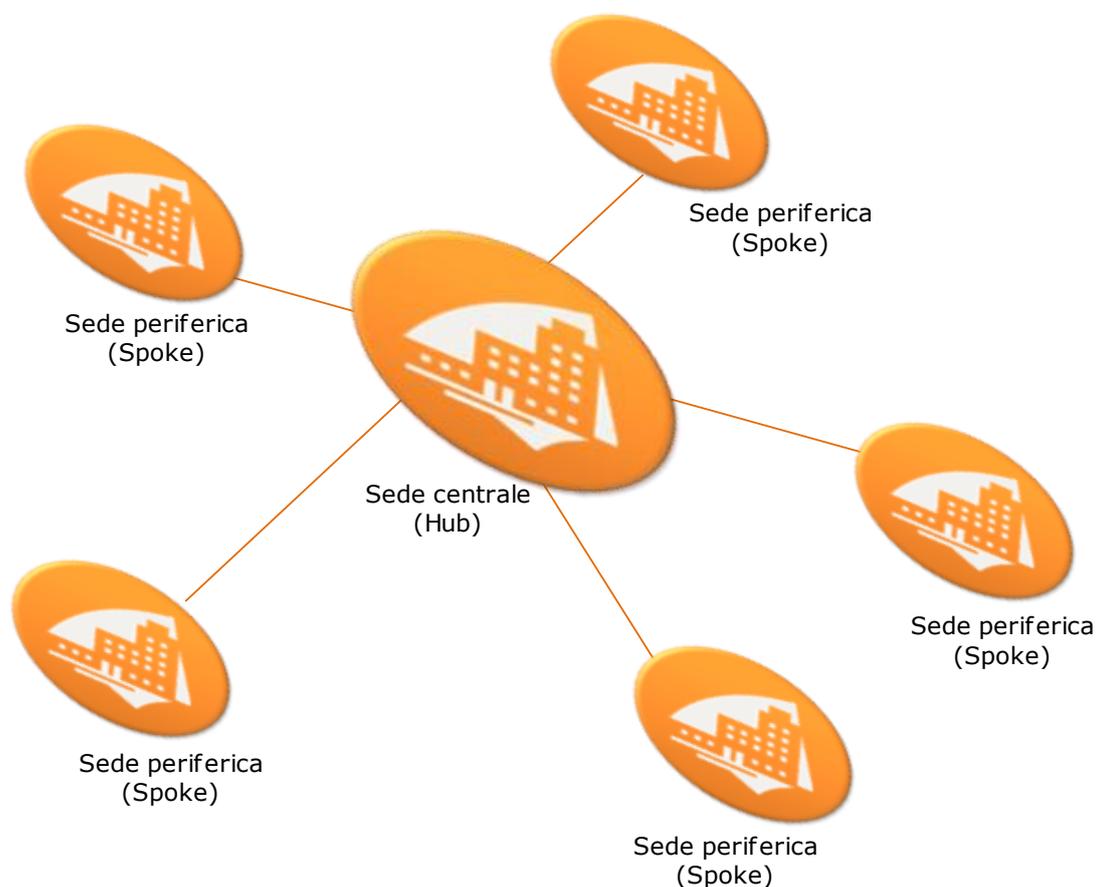
Fin dalla costituzione dell'Azienda ULSS n. 15, avvenuta nel 1995, tutti i Comuni del territorio le hanno affidato la gestione dei servizi sociali delegabili. Ciò ha permesso di progettare ed avviare un efficace processo di integrazione tra l'ambito sanitario e sociale e di contribuire al potenziamento della rete di risposta ai complessi bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari.

#### *Eccellenze in ambito ospedaliero*

Ospedale di Camposampiero	
Oculistica	Centro regionale dell'ipovisione e Centro di riferimento per la correzione dei difetti refrattivi con il laser a eccimeri
Chirurgia	Chirurgia "robotica" in chirurgia generale, urologia e ginecologia
Cardiologia	Studio elettrofisiologico endocavitario delle aritmie cardiache e loro trattamento con l'ablazione transcateretere
Servizio di chirurgia della mano	Recentemente attivato, tratta in regime diurno patologie molto specifiche della mano, con circa 500 pazienti l'anno
Radiologia	Completata la digitalizzazione e realizzata l'implementazione del sistema RIS/PACS, con conseguente importante riduzione del materiale diagnostico
Ospedale di Cittadella	
Ortopedia	Centro regionale per la patologia dell'anca
Ostetricia e ginecologia	Servizio di procreazione medicalmente assistita
Cardiologia	Emodinamica di riferimento per la sindrome coronarica acuta (hub and spokes) per il territorio dell'ULSS Alta Padovana e Castelfranco Veneto. Centro per le procedure di correzione percutanea di cardiopatie congenite non complesse
Chirurgia	Chirurgia vascolare (impianti di protesi endovascolari e interventi in "open")
Radiologia	Completata la digitalizzazione e realizzata l'implementazione del sistema RIS/PACS, con conseguente importante riduzione del materiale diagnostico

La rete assistenziale interospedaliera coinvolge tutte le strutture secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", con la presenza di centri di riferimento (Hub) e di centri periferici

(Spoke) coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi.

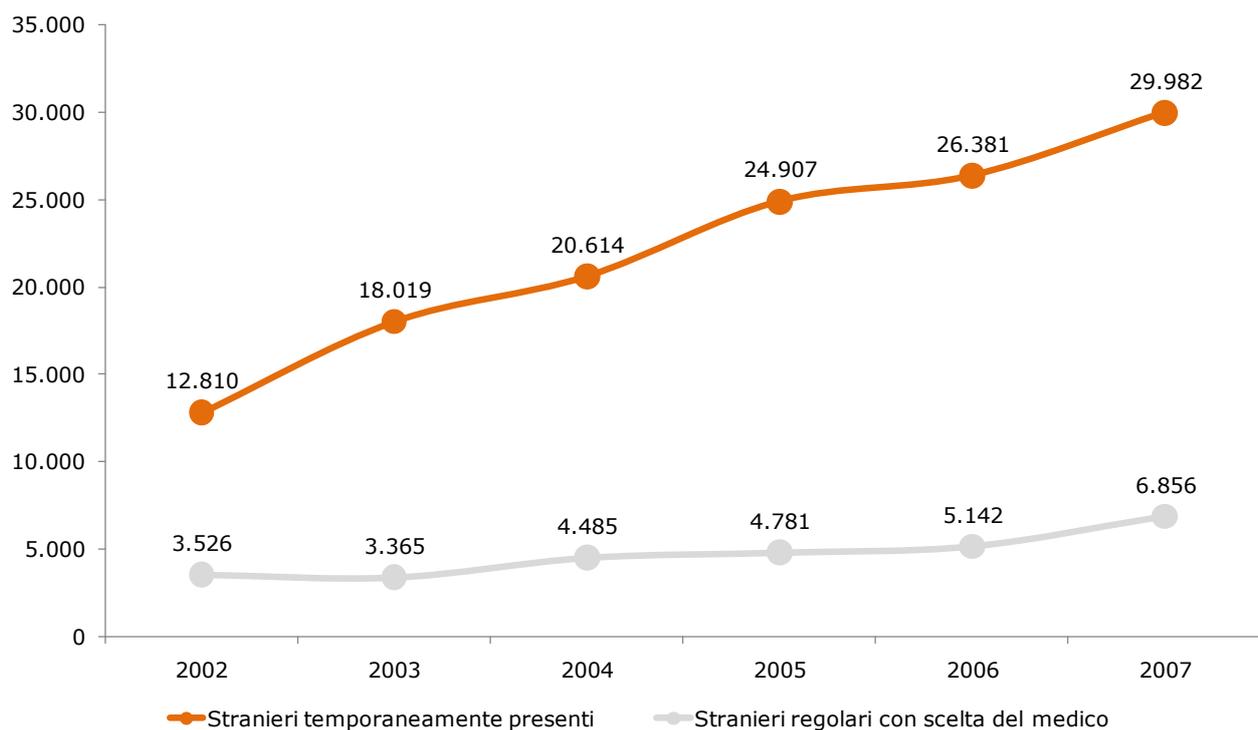


*Azienda ULSS 16 Padova – un aspetto rilevante: nuovi immigrati e solidarietà internazionale*

Con riferimento alla popolazione di nuova immigrazione, sin dal 2004 è stata istituita una specifica Struttura ad Alta Professionalità, unica nel Veneto, per il coordinamento delle problematiche legate all'assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria agli immigrati. Il numero della popolazione migrante è andato negli anni crescendo in modo consistente in tutta la Provincia di Padova e in particolare nel comune capoluogo, come del resto in tutta la Regione. Per questo è stata creata una rete con Enti Locali, Diocesi di Padova (Cucine Popolari e Caritas), Croce Rossa Italiana, Azienda Ospedaliera, Enti Istituzionali e non, ma anche attivato un Tavolo di Lavoro sull'Immigrazione che si riunisce, ogni secondo giovedì del mese, e a cui partecipa anche la Questura di Padova. Le sinergie e le collaborazioni sono quindi molto articolate ed importanti. I risultati non mancano: sono stati attivati vari progetti relativi a problematiche dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, per esempio, con il Comune di Padova, capofila, il Progetto Regionale "Integrazione Scolastica e Socio-Sanitaria, a favore di donne e minori migranti"; con il Settore Gabinetto del Sindaco e U.P. Accoglienza e Immigrazione, il Progetto

del Ministero dell'Interno relativo ai Rifugiati Politici e Richiedenti Asilo; con gli Interventi Sociali, il Progetto "Minori Non Accompagnati"; con la Provincia di Padova la Ricerca sull'Immigrazione Irregolare e l'elaborazione di un manuale di Pronto soccorso per i lavoratori stranieri; a livello europeo, il Progetto Internazionale "Migrant Friendly Hospitals" per l'ambito materno-infantile, e molti altre iniziative.

Stranieri assistiti dall'Azienda ULSS 16 Padova  
Serie storica 2002-2007



Inoltre, dato il costante aumento della presenza di cinesi, è stata avviata una specifica ricerca sulla comunità cinese, finanziata dal Comune di Padova, con l'ausilio dell'Università di Cardiff (UK), in collaborazione con il C.I.R.S.S.I. (Centro Interdipartimentale di Ricerca e Servizi per gli Studi Interculturali) e con il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Padova. I risultati della ricerca hanno consentito di mettere in atto azioni per favorire l'accesso di utenti cinesi, anche irregolari, ai Servizi Socio Sanitari. Inoltre, dal 2005 è stato istituito, in Via Scrovegni 14, un servizio di consulenza, per informazioni e orientamento socio-sanitario a tutti i cittadini stranieri regolari e irregolari, denominato "Spazio Ascolto".

Specifici Servizi Socio Sanitari per la popolazione straniera, extracomunitaria e/o irregolare, sono stati attivati presso l'ULSS 16:

- un Ambulatorio Ostetrico Ginecologico Multietnico, supportato da un'Assistente Sociale e da una Psicologa, per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, assistenza

ginecologica, prevenzione tumori all'utero, contraccezione e problematiche connesse alle interruzioni di gravidanza, anche in minorenni; tale personale organizza, insieme al Servizio di mediazione culturale "Incontri di Accompagnamento alla Nascita per Donne Straniere Irregolari", etnia per etnia;

- nei cinque Distretti Socio-sanitari sono presenti i Servizi di Pediatria di Comunità, in cui operano Pediatre affiancate da Assistenti Sanitarie per garantire a minori irregolari e nomadi, prestazioni sanitarie ambulatoriali; in particolare, per quanto riguarda i minori "Soli non accompagnati" in carico agli Interventi Sociali del Comune di Padova, grazie alla stipula di un protocollo d'intesa, sono garantite già dal 2003, le seguenti prestazioni: visita pediatrica, visita dermatologica, radiografia del torace, Rx del polso, controllo malattie infettive, esami ematochimici e vaccinazioni;
- uno specifico ambulatorio dermatologico, rivolto agli immigrati extracomunitari irregolari e nomadi, è stato attivato presso il Poliambulatorio dell'Azienda ULSS 16 in via Scrovegni 12, in stretta sinergia con l'Unità Operativa di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera, per il controllo di malattie ed infestazioni della pelle e delle malattie a trasmissione sessuale.

## 560 Azienda ULSS 16 Padova: le migliori pratiche

### *L'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate: Il Progetto Equal S.O.LE.*

Il progetto S.O.LE. – Strategie per l'Occupazione Sostenibile ha voluto concentrare la propria attenzione sull'accompagnamento al lavoro delle persone disabili o in situazione di svantaggio. Nonostante negli ultimi anni siano stati creati strumenti legislativi e si siano potenziati i servizi al fine di offrire sempre più occasioni di inserimento e facilitare i processi di inclusione di tali persone, i numeri delle imprese soggette all'obblighi di legge, e quindi "teoricamente" disponibili all'assunzione, sono nettamente superiori al numero degli iscritti nelle apposite liste provinciali. Inoltre, si assiste spesso a situazioni in cui la persona disabile/svantaggiata, dopo pochi mesi dall'inserimento, si licenzia, oppure l'azienda non rinnova il contratto a termine o non converte i tirocini in assunzioni. Analizzando i dati della Regione del Veneto forniti da Veneto Lavoro si evidenzia che il 35% degli inserimenti ha una durata temporale inferiore all'anno (fonte NetLabor 2004 – Provincia), di cui il 10% ha una durata inferiore ai 2 mesi di prova. D'altro canto, le Aziende che pur sono interessate ad effettuare un inserimento, non trovano persone che dispongono delle competenze professionali richieste. Partendo da queste considerazioni è stata proposta l'attivazione di un percorso sperimentale volto a verificare quali attività, processi e strumenti possono rimuovere i vari ostacoli all'inserimento delle persone disabili/svantaggiate nei contesti produttivi, e quali fattori concorrono invece a facilitarlo,

promuovendo un effettivo miglioramento per la persona inserita e una crescita per l'ambiente che la accoglie, per giungere ad una reale integrazione lavorativa e sociale.

Il Paternariato di cui è portatore il progetto Equal S.O.LE., si fonda su un approccio multifattoriale al processo di inserimento, al fine di realizzare:

- da un lato, una presa in carico globale del soggetto svantaggiato, attraverso la condivisione di un percorso mirato all'accrescimento delle autonomie;
- dall'altro, una presa in carico globale dell'azienda, sia essa pubblica che privata, per riuscire a porla nelle migliori condizioni per attuare e mantenere processi di inclusione lavorativa e sociale delle persone disabili/svantaggiate inserite.

Il Partenariato si era quindi riproposto di raggiungere, a conclusione del progetto, i seguenti risultati rispetto ai tre soggetti:

a) Le persone svantaggiate

- potenziare le capacità professionali e relazionali, adeguandole alle effettive richieste del contesto di lavoro;
- aumentare gli inserimenti lavorativi e nella loro sostenibilità nel tempo;
- aumentare il livello di inclusione lavorativa e sociale.

b) Aziende

- aumentare il grado di attività e di produttività delle persone svantaggiate inserite;
- aumentare il livello di inclusione sociale dei lavoratori svantaggiati all'interno dell'ambiente di lavoro;
- aumentare le capacità organizzative volte a aumentare la cultura interna di inclusione sociale.

c) La rete dei servizi

- potenziare gli strumenti a favore degli enti preposti per la progettazione e gestione degli inserimenti lavorativi e l'inclusione sociale;
- aumentare l'offerta dei servizi in termini di integrazione fra strutture diverse sia pubbliche che private.

Il progetto ha consentito agli operatori di confrontarsi per mettere a punto processi comuni e strumenti di osservazione e di progettazione personalizzata che sono stati successivamente testati durante lo svolgimento del progetto, e quindi analizzati e rivisti in fase conclusiva per giungere a una loro "validazione". Essi sono contenuti nel CD rom allegato alla pubblicazione finale del progetto (Candiotta K., Gioga G., Sartori P. (2008), *Persone, imprese, comunità. Esiti di un percorso di accompagnamento al lavoro*, Cleup, Padova), per renderli immediatamente fruibili a coloro che ne fossero interessati.

I partner che hanno partecipato allo sviluppo del progetto sono i seguenti: Amministrazione Provinciale di Padova, Azienda ULSS 13 - Dolo Mirano (VE), Azienda ULSS 14 - Chioggia (VE), Azienda ULSS 15 - Alta Padovana (PD), Azienda ULSS 17 - Este (PD), Politecnico calzaturiero -

società consortile a responsabilità limitata, Istituto Regionale di Educazione e Studi Cooperativi del Veneto (IRECOOP Veneto), Confcooperative Unione Interprovinciale di Padova e Rovigo, Ente Acli di Istruzione Professionale del Veneto (ENAIP Veneto), Unindustria di Padova, S.A.T.E.F. VENETO.

Complessivamente sono state assunte 62 persone delle 85 inserite nei percorsi, con una percentuale complessiva del 72,9%. Non si tratta, peraltro, di un dato definitivo, considerato che alla stessa data molti progetti di tirocinio sono ancora in corso. Considerato, inoltre, che uno degli obiettivi del progetto è dato dalla sostenibilità nel tempo delle assunzioni, si è verificato quanti sono ancora al lavoro al 28 febbraio 2008: delle 62 assunzioni effettuate, 52 sono ancora attive (pari al 83,1%). Per quanto riguarda gli altri 10 assunti, in 5 casi è stato avviato un nuovo percorso di tirocinio finalizzato all'assunzione, una persona si trova in carcere, in una situazione l'azienda ha cessato l'attività. Interessante sottolineare che oltre a cooperative di dimensione medio-piccole, che da sempre nel nostro territorio rappresentano l'ambito privilegiato di integrazione lavorativa, il progetto ha coinvolto numerose imprese for profit, anche di dimensioni medio-grandi.

Dimensioni delle aziende coinvolte per tipologia delle stesse

			Micro		Piccola		Media		Grande		Totale	
			1-9		10-49		50 - 250		251 e oltre		(n=85)	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
Cooperativa	4	10,5%	1	2,6%	21	55,3%	11	28,9%	1	2,6%	38	100,0%
Società a Responsabilità Limitata (Srl)	1	3,8%	4	15,4%	17	65,4%	2	7,7%	2	7,7%	26	100,0%
Ditta individuale		0,0%	2	40,0%	3	60,0%		0,0%		0,0%	5	100,0%
Società in nome collettivo (Snc)		0,0%		0,0%	3	100,0%		0,0%		0,0%	3	100,0%
Società per Azioni (Spa)	1	12,5%		0,0%	3	37,5%	2	25,0%	2	25,0%	8	100,0%
Non disponibile	4	80,0%		0,0%		0,0%	1	20,0%		0,0%	5	100,0%
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>11,8%</b>	<b>7</b>	<b>8,2%</b>	<b>47</b>	<b>55,3%</b>	<b>16</b>	<b>18,8%</b>	<b>5</b>	<b>5,9%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>

Il dato degli assunti da parte delle cooperative è elevatissimo: sono ben 35 su 38 i percorsi che si sono conclusi con l'assunzione. Le imprese for profit, che complessivamente hanno avviato meno percorsi conclusi con l'assunzione, dimostrano invece una media elevatissima di

mantenimento del posto di lavoro per i soggetti svantaggiati, pari al 96,9% complessivo, con sole due interruzioni dell'impiego sulle 27 assunzioni effettuate.

### *Progetto Anziano*

L'Azienda ULSS 16 ha programmato e attuato una serie di iniziative coordinate per dare una risposta unitaria e globale ai bisogni delle persone anziane ed aumentarne il benessere e l'autonomia, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, i Comuni, i Medici di Medicina generale, le forme organizzate della Società civile, finalizzato a migliorare le condizioni di salute (fisica, psichica e sociale) degli anziani. Attraverso l'attivazione di gruppi di lavoro ospedale-territorio, sono stati messi a punto percorsi protetti di dimissione e follow-up per particolari tipologie di pazienti con più di 65 anni. Sin dal 2004, sono operativi i percorsi per il miglioramento del trattamento dei pazienti affetti dalle seguenti patologie:

- scompenso cardiaco cronico;
- BPCO e altre patologie associate a ricoveri ricorrenti;
- Ictus.

Per raggiungere questi obiettivi l'Azienda ULSS 16 propone e sviluppa nuove modalità organizzative con i seguenti scopi: migliorare la comunicazione tra gli operatori sanitari, socio sanitari e sociali, realizzare la Integrazione e il controllo dei processi finalizzati all'anziano, promuovere l'educazione sanitaria al paziente e ai familiari. Tutto ciò fa parte del "Progetto Anziano".

I risultati attesi del progetto riguardano:

- il miglioramento della salute degli anziani: aumento della percentuale di anziani che possono continuare a vivere a domicilio;
- la riduzione delle giornate di degenza della popolazione anziana;
- la riduzione dell'impatto negativo dell'utilizzo di più farmaci negli anziani;
- l'incremento della soddisfazione degli anziani e dei loro familiari per i servizi utilizzati.

Per quel che riguarda l'area ospedaliera, si evidenzia che il progetto ha raggiunto pienamente gli obiettivi prefissati, anche se la percentuale di segnalati dai reparti ospedalieri ai Medici di Medicina Generale prima della dimissione è rimasta più bassa di quanto auspicato, segno della necessità di lavorare ancora sul versante della continuità assistenziale ospedale-territorio. Il numero medio dei ricoveri nei sei mesi successivi alla dimissione con una delle patologie sopra indicate (BPCO, ictus, scompenso cardiaco) è infatti considerevolmente diminuito per le persone anziane segnalate dai reparti ospedalieri. Nel caso dell'ictus, infatti, il numero dei ricoveri nei sei mesi successivi alla dimissione è sceso da una media di 1,5 del primo semestre 2006 a una media di 0,9 nel primo semestre 2007; nel caso dello scompenso cardiaco, da una media di 3 ricoveri registrata nel I semestre 2006 a una media di 1 nel primo semestre 2007;

nel caso della BPCO da una media di 1,8 del I semestre 2006 una media di 1,2 nel primo semestre 2007. Oltre a investire sulla cura e l'assistenza delle persone anziane, sono stati realizzati interventi per aiutare le persone *ad invecchiare in buone condizioni di salute*, in particolare con la realizzazione di 4 progetti riguardanti:

*La prevenzione delle cadute*: si tratta di un progetto realizzato nei distretti 1 e 2, rivolto alle persone ultrasessantacinquenni, che ha l'obiettivo di prevenire il numero della cadute e in particolare le conseguenze più gravi delle cadute quali i traumi, le fratture e le ospedalizzazioni. Le attività realizzate consistono in un intervento multidimensionale e multiprofessionale eseguito dal medico di famiglia e dal fisioterapista distrettuale per ridurre i fattori di rischio modificabili per le cadute, tra cui i difetti della vista, i farmaci, le malattie neurologiche e osteoarticolari così come alcuni aspetti della sicurezza domestica. Il progetto, iniziato nel 2006, è tuttora in corso e nel corso del primo anno ha coinvolto 104 medici e quasi 3.000 anziani a rischio di caduta.

*La consulenza per una corretta alimentazione e l'esercizio fisico*: il progetto è stato realizzato nei distretti 4 e 5 (alimentazione) e consiste in un'attività di informazione assicurata dal medico di famiglia circa la prevenzione delle principali patologie legate a disturbi alimentari e sulla promozione dell'attività fisica in alcuni gruppi di pazienti anziani con normale o ridotta capacità funzionale e anziani affetti da osteoartrosi del ginocchio o scompenso cardiaco. Le attività realizzate nel distretto 4 consistono in una valutazione accurata dello stato nutrizionale e delle abitudini alimentari di soggetti anziani e a rischio di malnutrizione e nell'avvio di un programma di counselling alimentare personalizzato. Le attività realizzate nel Distretto 5 consistono in una valutazione della capacità funzionale della persona e in un counselling personalizzato per incrementare l'attività fisica attraverso la proposta di attività motorie individuali o di gruppo mirate ad incrementare la capacità funzionale, la resistenza e la forza muscolare. I progetti, tuttora in corso, hanno coinvolto nel 2006, 670 anziani nel Distretto 4 e 439 persone nel Distretto 5.

*Un intervento di diagnosi precoce e follow-up dei disturbi del visus nell'anziano* per individuare le persone anziane con deficit visivi non adeguatamente corretti. Le attività realizzate nel Distretto 3 consistono in una rilevazione e monitoraggio dei disturbi del visus con questionario e l'accesso ad una visita oculistica in tempi rapidi e in via preferenziale agli utenti coinvolti. Le attività di screening sono tuttora in corso e nel 2006 hanno riguardato 942 persone.

*La riduzione degli effetti collaterali del trattamento con più farmaci*. Le attività realizzate hanno previsto un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale sulle interazioni

farmacologiche seguito dall'invio di un report personalizzato al medico contenente la segnalazione di possibili interazioni per i propri pazienti in terapia con 7 o più farmaci. Sono stati coinvolti 4.678 anziani cui è stata modificata dal medico la prescrizione di farmaci con l'obiettivo di ridurre i rischi di interazioni. Dopo l'intervento di modifica delle prescrizioni terapeutiche vi è stata la riduzione del 17% di interazioni farmacologiche maggiori, che si è associata anche ad una successiva riduzione del numero di ricoveri per paziente sottoposto all'intervento.

*Gestione dell'emergenza-urgenza di soggetti anziani potenzialmente dimissibili dal pronto soccorso, tramite la sperimentazione di un percorso di "triage socio-sanitario"*

È sempre più frequente da parte dell'anziano, e soprattutto del grande anziano con pluripatologie, l'accesso ai servizi sanitari di primo livello attraverso il Pronto Soccorso. La maggior parte dei problemi che porta alla richiesta di prestazione sanitaria è però la riacutizzazione di una patologia cronica che nella maggior parte dei casi può essere (e viene) risolta ambulatoriamente presso il Pronto Soccorso e non conduce a ricovero. Questi pazienti vengono spesso etichettati come "codici bianchi" perché accedono al servizio inappropriatamente, richiedendo prestazioni che sarebbero state erogabili dai servizi territoriali non ospedalieri di assistenza primaria. In alcuni casi però, nonostante la risoluzione della problematica acuta che ha condotto il paziente al Pronto Soccorso, il paziente viene avviato ugualmente ad un ricovero ospedaliero, per le molteplici difficoltà (resistenze familiari, fragilità del paziente, assenza del care-giver). È infatti molto difficile "rinviare" a domicilio un paziente con problematiche socio sanitarie complesse. Questi pazienti, ricoverati in Unità Operative di Geriatria o Medicina molto eterogenei per vocazione e competenza, entrano in un percorso a volte inappropriato di approfondimenti diagnostici che ne prolunga il ricovero, ne peggiora il grado di autosufficienza e, in alcuni casi, ne rende impossibile il rientro nell'ambiente sociale da cui provenivano. Con una terminologia gergale, questi pazienti vengono definiti bed-blockers. L'anziano che accede al Pronto Soccorso può essere ricondotto a cinque tipologie principali:

1. *pazienti che devono essere ricoverati in ospedale per la gravità delle condizioni cliniche, indipendentemente dalle condizioni socio-assistenziali e che seguono un normale percorso di accettazione e ricovero. Questi pazienti, nel caso presentassero poi dimissioni difficili continueranno ad esser gestiti attraverso gli usuali canali (SECC, dimissione protetta);*
2. *pazienti che potrebbero essere dimessi dal Pronto Soccorso, ma che necessitano di prosecuzione diagnostico-terapeutica per la cui organizzazione non hanno risorse familiari o sociali e necessiterebbero di un breve ricovero. (Degenza Breve Assistenziale o Struttura Intermedia, esempio: infezione urinaria con febbre nel demente con famiglia fragile);*

3. *pazienti che potrebbero essere dimessi dal Pronto Soccorso*, ma che necessitano di prosecuzione diagnostico-terapeutica per la cui organizzazione hanno però risorse familiari o sociali (possibile appoggio in Ambulatorio Integrato o Day Hospital, esempio: trasfusioni, previa verifica dell'indicazione);
4. *pazienti che presentano problematiche quasi esclusivamente socio-assistenziali* che non ne consentono una dimissione protetta dal PRONTO SOCCORSO e che sarebbero ad alto rischio di riammissione in PRONTO SOCCORSO e/o in ospedale (casi sociali, esempio: influenza in persona che vive sola in casa senza riscaldamento);
5. *pazienti che possono essere dimessi dal Pronto Soccorso* e che non presentano problematiche socio-assistenziali.

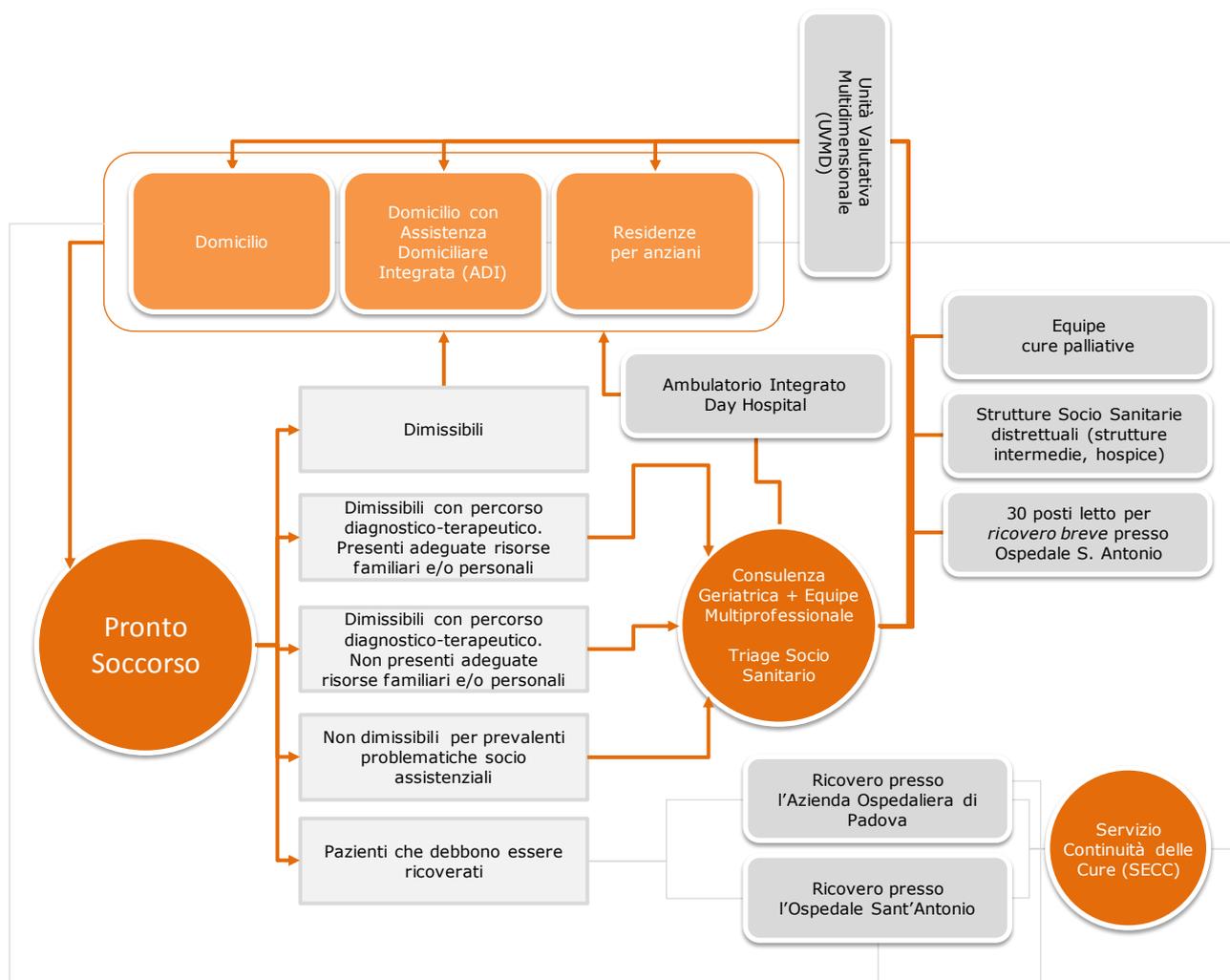
Rispetto alle persone che potrebbero rientrare nel secondo, nel terzo e nel quarto gruppo è stato attivata nel 2006, iniziando dall'Ospedale Sant'Antonio, la sperimentazione di un percorso triage socio-sanitario che ha l'obiettivo:

- *di valutare "in ingresso"*, sotto il profilo socio-sanitario, le persone anziane che si rivolgono al pronto soccorso (sperimentazione di un "triage socio-sanitario");
- *di individuare*, con la consulenza di un medico geriatra e di un'equipe multiprofessionale (infermiere e assistente sociale) *i bisogni di salute* ed i percorsi e le risposte più appropriate per la gestione della fase di "urgenza" (diversificazione della risposta);
- *di orientare e sostenere l'anziano* e la famiglia nell'accesso ai servizi sanitari territoriali (ADI, ambulatorio integrato, ecc.);
- *di segnalare tempestivamente* le situazioni di "fragilità" ai competenti servizi territoriali.

Per questi pazienti si vuole, quindi, rendere possibile l'inizio di un percorso che tenga conto non solo della situazione sanitaria, ma anche delle problematiche socio-assistenziali che spesso complicano o ritardano la risoluzione del problema sanitario. Queste problematiche sono misurate con uno strumento sperimentale di "triage socio-sanitario" che tiene conto di alcune dimensioni fondamentali della persona, tra le quali:

- *Dimensione sociale*: rete formale ed informale di supporto (in particolare vicinanza di figli);
- *Dimensione cognitiva*: presenza di decadimento cognitivo recente o cronico, disturbi comportamentali, altri problemi di salute mentale;
- *Dimensione sanitaria assistenziale*: necessità di assistenza infermieristica (bassa intermedia, elevata);
- *Dimensione funzionale*: capacità funzionali per le attività basilari (ADL: vestirsi, mangiare, gestire l'igiene personale, camminare) e per le attività complesse strumentali (IADL: preparare i pasti, gestire le medicine, gli appuntamenti medici, fare la spesa, le pulizie, usare mezzi di trasporto);
- *Dimensione familiare*: Situazione di convivenza del paziente o di istituzionalizzazione.

Prevedendo la valutazione del geriatra ospedaliero e l'avvio del percorso di triage socio-sanitario si può attingere a tutte le risorse ospedaliere e territoriali disponibili, che meglio soddisfano i bisogni complessi del paziente.



567

L'intervento della equipe ospedaliera riguarda decisioni assistenziali di natura sanitaria relative al breve periodo di urgenza e successivamente dà inizio, tramite la Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), alla ricerca di soluzioni socio sanitarie diversificate a seconda della tipologia e del regime di assistenza (ricoverato o meno) del paziente.

A questo scopo sono stati attivati i seguenti percorsi assistenziali:

*Accesso ad un "ricovero breve"* in alcuni letti dedicati di Degenza Breve Assistenziale della Geriatria e della Medicina d'urgenza durante il quale:

- viene gestito tempestivamente il problema sanitario diagnostico-terapeutico,
- viene valutato il problema assistenziale della fase post-dimissione che potrà essere verso il domicilio o verso le Strutture Intermedie;

*Rientro a domicilio con accesso differito e programmato all'Ambulatorio Integrato (c/o il Dipartimento del Complesso Socio Sanitario Colli) o al Day Hospital dove eseguire la prosecuzione diagnostico-terapeutica con la supervisione del geriatra. Per questa tipologia di accesso differito dovrà essere organizzata la tempistica ed il trasporto protetto;*

*Accesso ad un ricovero breve presso la Struttura Intermedia;*

*Rientro a domicilio, solo dopo diretto contatto con il punto unico del distretto di competenza, se già in regime di ADI;*

*Attivazione dell'Equipe di Cure Palliative Domiciliari.*

Infine è stata valutata, di concerto con le Amministrazioni Comunali, la fattibilità dell'attivazione di "un'equipe e di un set minimale di pronto intervento sociale", (esempio: pasti, spesa e farmaci a domicilio, assistenza temporanea post-dimissione, ecc.) da realizzarsi con la collaborazione anche dell'associazionismo e del volontariato, in via d'urgenza, per periodi di tempo limitati (due-tre giorni), prescindendo dai vincoli economici di eleggibilità.

*Azienda ULSS 16 Padova: le realtà di eccellenza*

L'evidenza clinica dimostra che il ricovero ospedaliero protratto di un anziano, oltre le reali necessità legate alla patologia acuta, aumenta il rischio di insorgenza di patologie tipiche nosocomiali. Si è pertanto provveduto, nella logica del superamento dell'Ospedale Geriatrico, a comporre un quadro formato da diversi servizi e strutture interfacciate e integrate tra loro, all'interno delle quali sono stati individuati specifici percorsi assistenziali adeguati alle necessità sanitarie e socio-sanitarie del singolo paziente. Una prima risposta in tal senso è stata la costituzione alla fine del 2004 del Dipartimento Socio-Sanitario dei Colli, sorto sulle ceneri dell'ex-Ospedale Provinciale Psichiatrico, con la specifica mission della gestione integrata delle diverse attività specialistiche ambulatoriali presenti con la residenzialità interna nel complesso dei Colli e quella esterna degli Istituti di Riposo convenzionati. Nell'anno 2006 è divenuto operativo l'Ambulatorio Integrato per l'anziano fragile che consente ad utenti anziani con età superiore ai 65 anni non autosufficienti oppure a soggetti con patologie gravemente invalidanti, assistiti in casa di riposo o in Assistenza Domiciliare Integrata, che necessitano di iter diagnostico-terapeutici multipli e complessi, di svolgere il percorso in ambiente protetto. L'obiettivo è evitare ripetuti accessi alle strutture ambulatoriali. Ed infatti, il paziente è in grado di accedere a prestazioni multiple (laboratorio, radiologia e specialistica) in un'unica giornata, all'interno della quale vengono strutturati tutti gli appuntamenti.

La richiesta dell'accesso avviene ad opera del Medico di Medicina Generale che invia, contestualmente alla richiesta dei vari esami, notizie cliniche dettagliate del paziente al Dipartimento dei Colli, sede in cui questo riceverà la gran parte delle prestazioni. Per quelle non ottenibili in loco, è previsto accompagnamento con mezzo idoneo da parte del personale di assistenza, che provvede pure al pasto e, se del caso, all'accudimento del paziente.

I pazienti che finora hanno usufruito di questo Ambulatorio sono stati pazienti affetti prevalentemente da demenze, patologie neoplastiche e patologie neurologiche gravi. I familiari, oltre ai pazienti stessi, hanno espresso elevato gradimento per il servizio ricevuto.

Sempre a partire dal 2006 il Dipartimento dei Colli è diventato punto di riferimento nell'offerta di visite specialistiche ambulatoriali e domiciliari, in consulenza, agli ospiti degli Istituti di riposo convenzionati con la Azienda ULSS 16. Le prestazioni specialistiche offerte sono:

- Consulenza telefonica;
- Visita specialistica e/o indagine strumentale ambulatoriale;
- Visita specialistica e/o indagine strumentale c/o la Residenza protetta.

Per ognuna delle tipologie sono riservati spazi appositi nell'agenda appuntamenti degli ambulatori specialistici dei Colli per soddisfare la richiesta degli ospiti non autosufficienti degli Istituti di riposo (che per inciso sono 1.900 persone), riducendo i tempi di attesa nell'ottica di garantire un'assistenza adeguata ed evitare ricoveri impropri.

#### *Posti letto Nucleo ad Alta Intensità di Cura (N.A.I.S.)*

Per una serie di tipologie di pazienti non autosufficienti non è facile offrire una corretta ed adeguata assistenza né a domicilio, né in struttura protetta. Ad esempio:

- Pazienti dimessi precocemente da Ospedali con esiti non ancora stabilizzati di patologia acuta o cronica riacutizzata, non assistibili a domicilio o che richiedono un follow-up riabilitativo giornaliero, come nei casi di esiti di intervento chirurgico ortopedico (frattura di femore, protesi d'anca, ecc.);
- Ospiti di strutture residenziali in letti a media assistenza che per l'aggravamento delle condizioni, richiedono una ulteriore e maggior assistenza sanitaria;
- Pazienti assistiti in Assistenza Domiciliare ad alta integrazione socio sanitaria (ADIMED) che necessitano di assistenza sanitaria temporanea elevata non più sostenibile a domicilio dai caregivers;
- Soggetti allettati obbligatoriamente e con piaghe multiple in stadio inoltrato, con gravi difficoltà respiratorie, tali da richiedere l'uso dell'ossigeno per più ore al giorno o peggio tracheotomizzati che necessitano di respiratore volumetrico durante la maggior parte della giornata;

- Soggetti con gravi difficoltà di alimentazione, portatori di sondino naso-gastrico o PEG e alimentazione obbligatoria enterale o totalmente parenterale tramite accesso venoso centrale.

Si è quindi ipotizzata una sperimentazione assistenziale di tali pazienti negli anni 2007 e 2008, in una struttura direttamente gestita dall'Azienda ULSS 16, con l'obiettivo di esportarla in altre strutture residenziali convenzionate in caso di riscontri positivi. Si tratta di un nucleo di 12 posti letto ad alta intensità sanitaria (N.A.I.S.), ricavati all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali a gestione diretta dell'Azienda ULSS 16 che ospitano, a termine, pazienti dell'ex-ospedale psichiatrico presso il Dipartimento dei Colli.

#### *Attività motoria e riabilitativa per la terza età. Convenzione con il Comune di Padova*

Con il Comune di Padova e il Servizio di Medicina dello Sport del Dipartimento dei Colli è stata raggiunta una larga intesa di reciproca collaborazione per l'offerta di servizi riabilitativi a soggetti anziani con problemi sanitari di osteoporosi e osteoartrosi. I soggetti destinatari dei servizi sono selezionati e successivamente sorvegliati dal punto di vista medico della équipe di medicina sportiva e avviati ad attività motorie specifiche riabilitative presso la palestra della fisioterapia del Dipartimento dei Colli con insegnanti messi a disposizione dal Comune. La stessa palestra è peraltro ceduta in uso al Comune che organizza in proprio attività motorie (ginnastica dolce) per anziani in buona salute in orari diversi della giornata.

#### *Azienda ULSS 17 Este: il nuovo Ospedale per acuti*

E' stato consegnato il progetto definitivo del nuovo ospedale per acuti dell'Azienda ULSS 17. L'inizio dei lavori della nuova struttura è previsto nel secondo semestre del 2009, mentre l'ultimazione è prevista avvenga entro il 2012. Il progetto del nuovo ospedale è stato redatto da un gruppo di affermati studi professionali, comprendente l'Architetto Aymeric Zublena, fondatore della società di architettura ed urbanistica SCAU di Parigi, che ha realizzato, tra l'altro, numerosi ospedali e cliniche universitarie in tutto il mondo.

La sede prevista per la sua realizzazione è ubicata, su un'area di circa 250.000 mq, a sud ovest della località Cà Oddo di Monselice e ad est della località Schiavonia d'Este. La struttura del nuovo Ospedale si caratterizza per l'integrazione con l'ambiente circostante, l'estrema flessibilità favorita dalla modularità delle soluzioni edilizie e impiantistiche adottate. Lo sviluppo sarà prevalentemente orizzontale, organizzato per grandi aree funzionali, con un design che bene si integra con la realtà collinare circostante. Il progetto prevede due edifici che si sviluppano su due piani fuori terra, oltre ad un piano tecnico posto in copertura per l'ubicazione dell'impiantistica, ed un terzo edificio che si sviluppa su tre piani fuori terra, oltre ad un piano tecnico posto in copertura per accogliere la necessaria impiantistica. Due ampi

corridoi disposti su due piani collegheranno orizzontalmente le diverse strutture. Il complesso è caratterizzato da una grande copertura a "onda", che unisce e ricopre i tre edifici che compongono la struttura. Questa copertura, che è l'elemento che contraddistinguerà l'immagine del futuro ospedale, fornisce all'insieme un'immagine dinamica e decisamente contemporanea che permetterà all'opera di diventare un segno architettonico importante.



La progettazione prevede la realizzazione all'ingresso di una ampia piazza di accoglienza, coperta da un'imponente vetrata, che, come tutte le superfici trasparenti dell'opera, è protetta da frangisole che ne controllano l'incidenza solare, nella quale sono previsti bar, ristorante, edicola, farmacia ospedaliera, baby park, negozi oltre al punto informativo e all'area accettazione. Questo grande atrio rappresenterà il cuore che farà da cerniera tra le funzioni pubbliche e quelle sanitarie. Con le sue dimensioni permette di accogliere e di orientare un gran numero di utenti che, attraverso l'ingresso, potranno facilmente individuare le zone e i servizi richiesti. Dalla hall, attraverso scale monumentali, si potrà accedere all'auditorium pubblico che sarà situato al primo piano.

Al piano terra, del primo edificio, saranno ubicati le prenotazioni, l'area ambulatori completa degli spazi per l'attesa, l'area prelievi e per le attività pre-ricovero, l'emodialisi, gli ambulatori specialistici chirurgici, le sale operatorie della chirurgia diurna e il servizio di endoscopia. Al primo piano troveranno sede l'auditorium, la biblioteca, le aree direzionali dipartimentali nonché l'area per la degenza diurna e per le attività di laboratorio analisi.

Il secondo edificio vedrà al piano terra l'area di emergenza collegata alla piazzola per l'elisoccorso, la radiologia, l'area interventistica cardiologica e vascolare, la pediatria dotata di spazi per attività ludiche e di soggiorno ad uso esclusivo dei bambini. Al primo piano sarà realizzato un gruppo operatorio composto di 10 sale, l'area delle terapie intensive e

semintensive, la degenza ostetrica ed il punto nascita con zona travaglio/parto, nido, posti culla per terapia semi-intensiva neonatale.

Il terzo edificio, che si sviluppa su tre piani fuori terra, ospiterà al piano terra la farmacia, la mensa, i depositi, gli spogliatoi, le centrali di sterilizzazione e disinfezione ed un'area adibita a foresteria per consentire l'alloggio ai parenti dei degenti. Sempre al piano terra troverà sede la psichiatria che disporrà di spazi all'aperto opportunamente attrezzati e protetti. Il primo e secondo piano saranno rispettivamente destinati alle degenze chirurgiche e mediche, dotate di stanze ad uno o due posti letto, con relativo servizio igienico e tutte utilizzabili con due posti letto qualora ve ne fosse la necessità. Tutti i servizi igienici all'interno dell'ospedale saranno accessibili ed utilizzabili dai portatori di disabilità.

Dalla zona di degenza risulterà facilmente raggiungibile l'area dedicata al culto. Fabbricati indipendenti saranno dedicati ai servizi mortuari ed alle centrali tecnologiche.

La struttura è stata definita in modo integrato e funzionale con l'organizzazione delle attività, infatti il nuovo ospedale sarà strutturato per livelli assistenziali in area ambulatoriale, area di degenza diurna, area di degenza ordinaria ed in area di degenza critica. L'area delle degenze ordinarie sarà differenziata in relazione al diverso impegno assistenziale richiesto (alta, media, bassa intensità) prevedendo il superamento della classica suddivisione per specialità di riferimento.

In relazione alle necessità assistenziali della popolazione residente nel territorio dell'Azienda ULSS 17 la Regione Veneto ha fissato la necessità di posti letto in circa 450, dei quali 190 per l'area internistica, 168 per l'area chirurgica, 56 per l'area materno-infantile e 33 posti letto per l'area intensiva e semintensiva. Oltre a questi sono previsti 12 posti per pazienti dializzati, 20 culle e 12 posti per osservazione prolungata nell'area dell'emergenza.

Tra i livelli assistenziali previsti è stato incentivato, rispetto agli altri, il regime di trattamento ambulatoriale, sia per evitare al paziente inutili disagi e distacchi dal suo habitat naturale sia per evitare sprechi con ricorsi inappropriati e inutili alla degenza.

L'organizzazione funzionale del nuovo ospedale prevede infatti, rispetto ai modelli assistenziali tradizionali, la centralizzazione ed il forte sviluppo dell'attività ambulatoriale e delle attività di degenza diurna, che troveranno spazio nella struttura principale della nuova costruzione, attorno alla piazza principale di accoglienza.

Nella progettazione è stato privilegiato il sistema di accoglienza e ospitalità globale che prevede spazi di socializzazione non solo all'ingresso, ma anche all'interno dell'intera struttura. Il nuovo ospedale sarà un luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona in particolare se malata e debole, ove tutti i percorsi saranno facilitati, brevi, con indicazioni chiare e privi di barriere architettoniche.

In definitiva si può affermare che la realizzazione del nuovo ospedale sarà caratterizzata principalmente da una elevata capacità e complessità di prestazioni a fronte di una capienza

contenuta dell'area di degenza, con alta qualità e gradazione di intensità di assistenza delle degenze. Verrà pertanto garantita la continuità dell'assistenza in particolare mediante lo sviluppo delle prestazioni ambulatoriali e di degenza diurna (day hospital e day surgery). Tutto ciò consentirà una elevata utilizzazione delle attrezzature specialistiche garantendo organizzazione per processi di cura, ottimizzazione dei flussi e coordinamento con le altre strutture del servizio socio sanitario regionale. La realizzazione del nuovo ospedale unico consentirà di superare l'attuale frammentazione dell'assistenza ospedaliera e di realizzare delle economie di gestione che permetteranno un ulteriore sviluppo dei servizi territoriali.

### I numeri del progetto

Posti Letto	
447 posti letto, di cui un terzo in camere singole, di cui:	
■	342 per posti letto ordinari, di cui:
■	148 area medica
■	144 area chirurgica
■	50 area materno infantile
■	72 per attività diurna, di cui:
■	2 area medica
■	24 area chirurgica
■	6 area materno infantile
■	33 per terapia intensiva e subintensiva

Altre dotazioni:	
■	12 posti letto per osservazione prolungata di pronto soccorso
■	20 culle
■	12 posti dializzati
■	10 sale operatorie ordinarie
■	4 sale operatorie di day surgery e 4 ambulatori chirurgici
■	11 camere alberghiere per foresteria
■	1.850 posti auto per il pubblico ed il personale
■	Elisuperficie per il 118 in volo diurno o notturno

Superficie:	
area di intervento complessiva di 250.000 mq, di cui:	
■	superficie coperta di 37.500 mq
■	circa 370.000 metri cubi edificati, fra i quali:
■	superficie complessiva fabbricati di 75.000 mq, fra i quali:
■	1.500 mq di laboratori di analisi
■	3.600 mq per attività radiologiche con:
■	3 sale TAC
■	2 sale RM (Risonanza Magnetica)
■	2 sale per Radiologia Interventistica
■	7 sale per Diagnostica Radiologica
■	12 sale per Ecografia, di cui:
■	1 per Ecografia Interventistica
■	2 sale per Mammografia
■	4.500 mq circa per attività poliambulatoriali con 64 ambulatori
■	18.200 mq circa per area degenze ordinarie
■	2.200 mq circa per area degenze diurne
■	33.000 mq circa per area servizi (ambulatori, radiologia, sale operatorie, gruppo parto, area emergenza, degenze terapia intensiva, dialisi, sterilizzazione, prelievi, studi medici)
■	2.500 mq circa per la hall principale con i servizi commerciali

Impatto ambientale	
■	Parco verde di 90.000 mq
■	650 nuovi alberi piantati (prevalentemente autoctoni)
■	Elevato isolamento termico
■	Riutilizzo acque piovane
■	Produzione energetica con impianti ad elevata efficienza
■	Utilizzo di impianti a basso consumo energetico
■	Flessibilità di regolazione degli impianti
■	Utilizzo di energie rinnovabili

## 7.5 L'Istituto Oncologico Veneto - IOV

L'Istituto Oncologico Veneto è stato istituito con la Legge regionale 22 dicembre 2005, n. 26 ed è diventato operativo nel marzo 2006. Nella prima fase di avvio lo IOV, nato per realizzare nei fatti una rete oncologica che coinvolgesse tutte le realtà regionali, ha rafforzato la struttura clinico scientifica della propria sede. Oggi esso rappresenta una realtà scientifica e sanitaria di sicura importanza per la città di Padova e per la Regione Veneto. Le attività di ristrutturazione, di adeguamento e sviluppo fino a questo momento effettuate, sono state realizzate mantenendo un sostanziale equilibrio economico. Oggi è possibile iniziare la seconda fase dello sviluppo dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, che si troverà attuazione con:

- il completamento, nell'arco massimo di un triennio, di quanto previsto dal piano degli investimenti tecnico-edilizi, già approvato;
- la piena realizzazione delle collaborazioni di ricerca e di assistenza con le strutture oncologiche della Regione del Veneto, nelle quali sono già operativi su specifici progetti ricercatori dipendenti dello IOV e provenienti dalle Regioni limitrofe;
- l'ulteriore sviluppo delle attività scientifiche già in atto con i principali IRCCS oncologici nazionali, anche grazie alla rete di Alleanza contro il Cancro;
- l'estensione dei rapporti di collaborazione internazionale, sia in tema di ricerca, sia in tema di aiuto e cooperazione con Paesi in via di sviluppo, in particolare del continente Africano, obiettivo per il quale si sta per realizzare un apposito ufficio.

Sul piano assistenziale l'Istituto implementerà il Registro Oncologico Regionale ed altri registri di alcune condizioni preneoplastiche con il fine di monitorare il fenomeno della oncogenesi a livello regionale. La gestione della assistenza ospedaliera sarà realizzata secondo il principio della dipartimentalizzazione. L'Oncologia Internistica continuerà ad operare su tutte le neoplasie, mentre la Chirurgia Oncologica sarà mirata ad alcuni tumori di largo impatto sociale (come mammella, coloretto, melanomi ecc.) e ad alcuni settori nei quali lo IOV vanta competenze specifiche riconosciute a livello nazionale ed internazionale, come le neoplasie epatiche, esofagee e tiroidee. L'Istituto continuerà a dotarsi delle attrezzature tecnologicamente più innovative, al fine di offrire la diagnostica e la terapia più innovative ed anche al fine di contribuire a stilare le linee guida di applicazione delle innovazioni stesse. Ultimo ma non meno ambizioso obiettivo è la possibilità di realizzare una collaborazione organica, in armonia anche con le eventuali indicazioni del Ministero della Salute, con strutture sanitarie del Sud del nostro Paese, in maniera tale da perseguire un vero tessuto di omogenei livelli di qualità di assistenza e di ricerca sul territorio nazionale. Tutto ciò comporta un ulteriore sforzo sul piano della qualità, continuità ed umanità delle cure. Da rilevare che i cittadini hanno dato un importante riconoscimento alle azioni sin qui implementate, attraverso la devoluzione del 5x1000 dell'IRPEF. Lo IOV si è infatti collocato, nei primi due anni di attività

all'undicesimo posto nella graduatoria nazionale dei beneficiari di queste risorse. Di seguito possiamo rappresentare alcuni dati rilevati con riguardo agli anni 2006 e 2007:

Indicatori dell'Istituto Oncologico Veneto		
Prestazioni	Marzo - Dicembre 2006	Gennaio - Dicembre 2007
Ricoveri ordinari	1.888	2.663
Ricoveri diurni*	6.099	4.407
Prestazioni specialistiche ambulatoriali*	125.049	174.799

\* La DRGV 734 del 20 marzo 2007 inserisce nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale le "Iniezioni e Infusioni di sostanze chemioterapiche" trasformando così l'attività di day hospital in attività ambulatoriale

I dieci DRG più frequenti nel 2007					
Codice DRG	DRG	2006		2007	
		Dimessi	Peso medio	Dimessi	Peso medio
410	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.696	0,61	4.202	0,61
409	409 - Radioterapia	892	0,99	1.057	0,99
239	239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	314	1,04	526	1,04
290	290 - Interventi sulla tiroide	10	0,79	124	0,79
260	260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza cc	36	0,8	120	0,8
266	266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere pelle/cellulite	12	0,7	114	0,7
183	183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC	36	0,45	110	0,45
466	466 - Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi	46	0,53	87	0,53
395	395 - Anomalie dei globuli rossi, età > 17	71	0,79	78	0,79
402	402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc	58	0,85	74	0,85

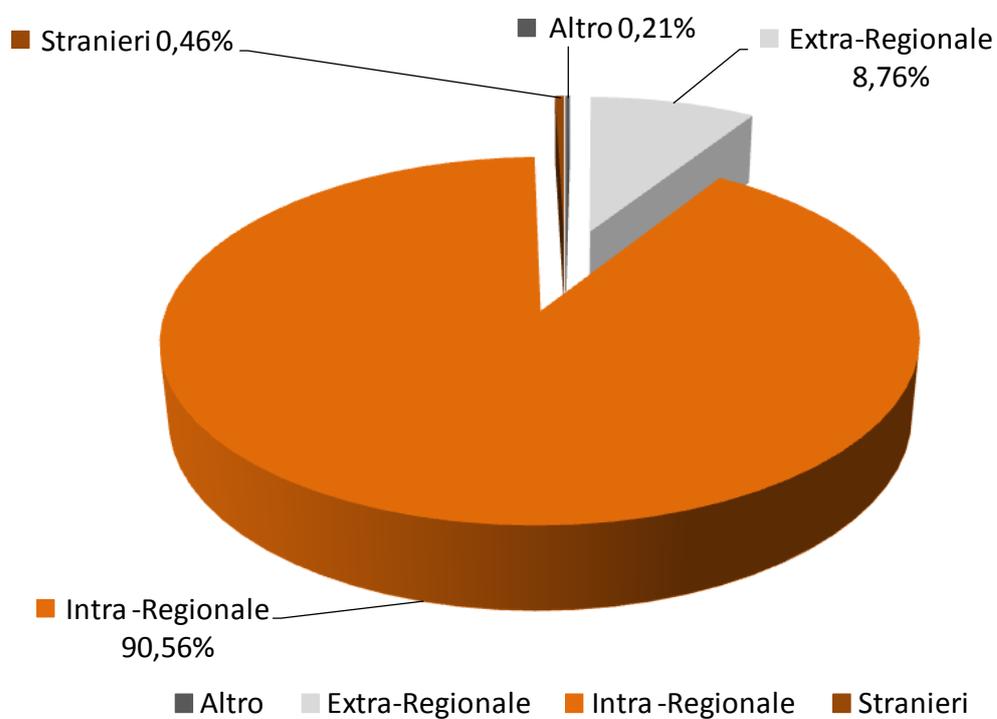
\* La tabella si riferisce ai 10 DRG con maggiore frequenza nel 2007, confrontati con la loro numerosità nel 2006.

Un altro dato soddisfacente è il trend di attrazione che lo IOV ha saputo sviluppare in questi due anni di attività. Nonostante la maggioranza dei pazienti sia trattata in regime

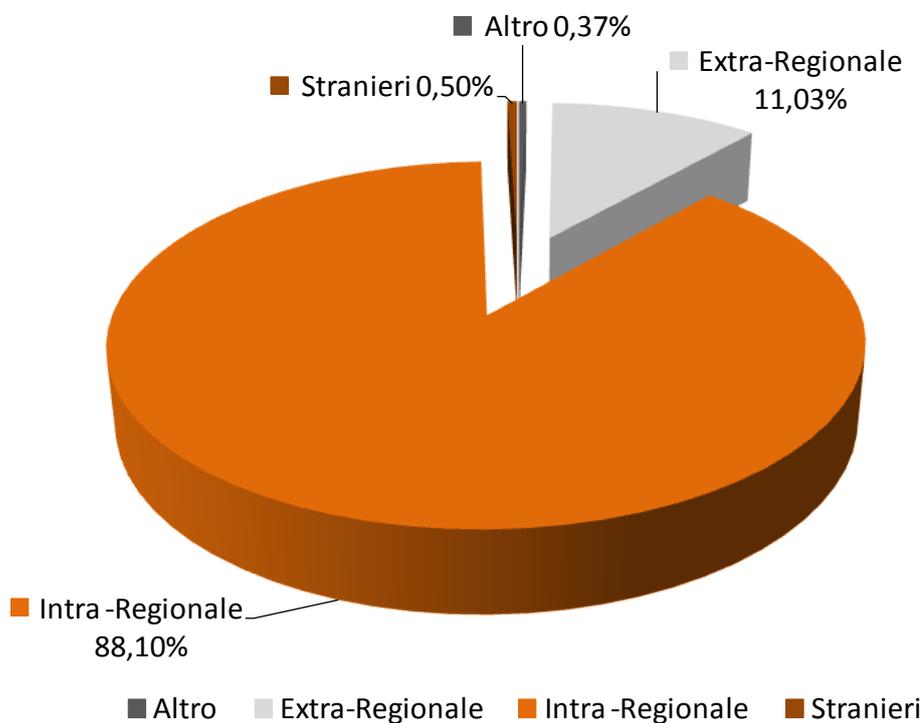
ambulatoriale esso risulta in crescita. Inoltre la diminuzione dei dimessi a fronte dell'incremento del volume della specialistica attestano un alto livello di efficienza.

Anno	Dimessi		Volume	
	2006	2007	2006	2007
Altro	17	29	16.735	17.918
Extra-Regionale	700	861	7.632	11.275
Intra -Regionale	7.234	6.878	130.261	182.905
Stranieri	37	39	70	191
<b>Totale</b>	<b>7.988</b>	<b>7.807</b>	<b>154.698</b>	<b>212.289</b>

IOV: Percentuali dimessi nell'anno 2006

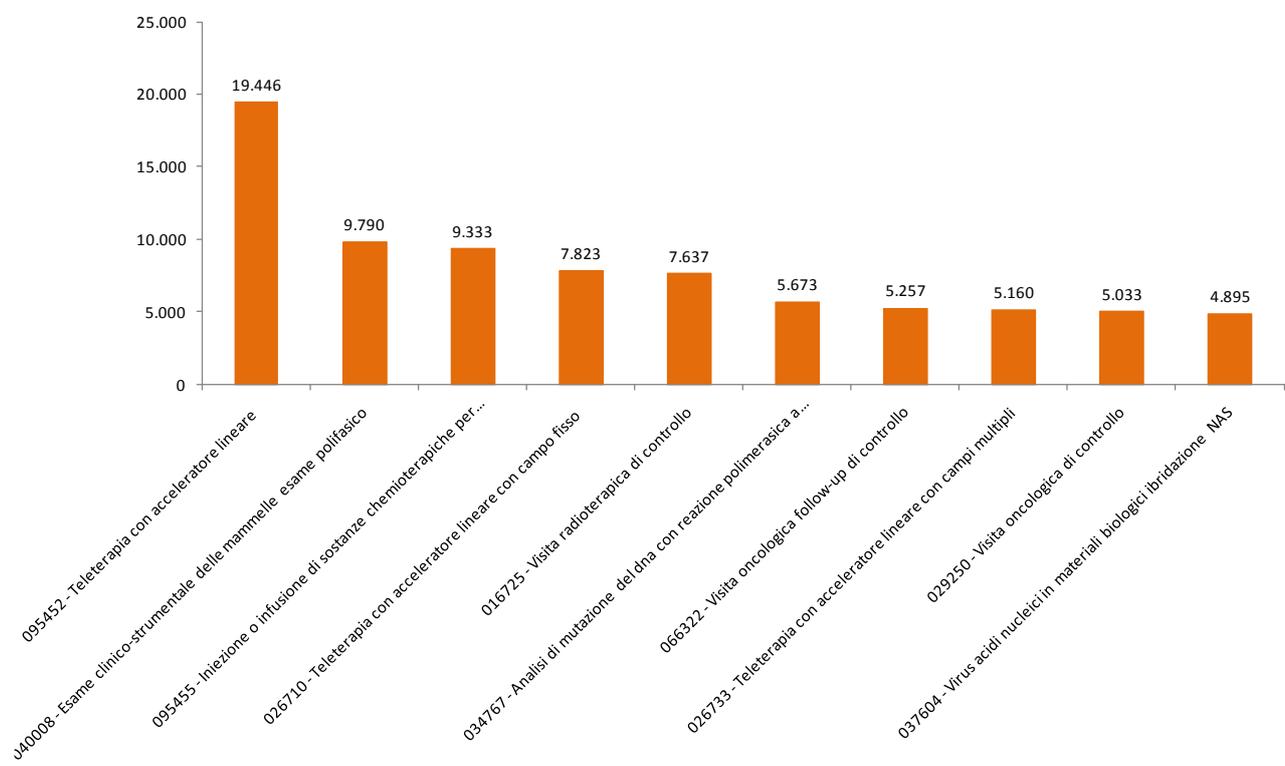


IOV: Percentuali dimessi nell'anno 2007

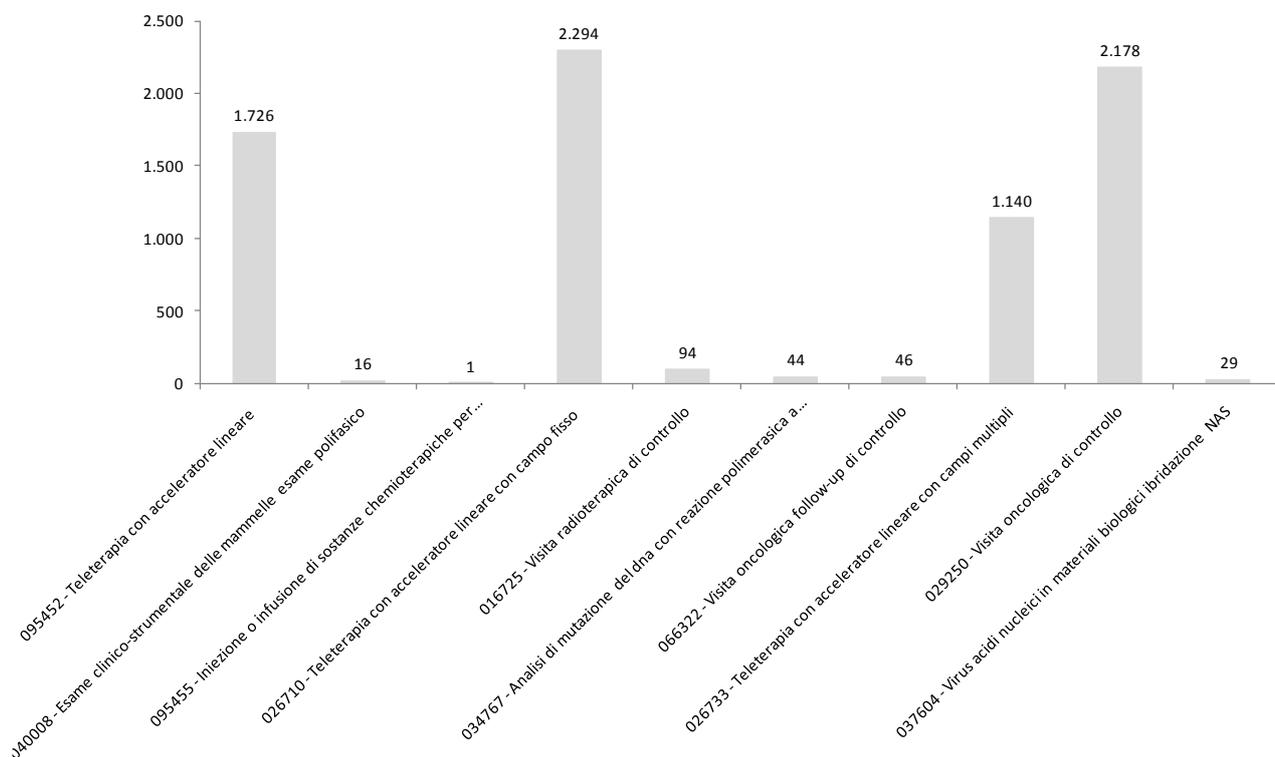


578

IOV: Dieci prestazioni più frequenti nel 2007 (pazienti esterni)



IOV: Dieci prestazioni più frequenti nel 2007 (pazienti interni)



La qualità e l'eccellenza delle prestazioni vengono perseguite anche attraverso la tecnologia. In tal senso possiamo evidenziare alcune indagini e procedure innovative di recente acquisizione presso l'Istituto Oncologico Veneto:

#### *Diagnostica PET-CT*

Installata negli ultimi mesi dell'anno 2007, è stata di recente attivata presso lo IOV la diagnostica PET-CT (Tomografia ad Emissione di Positroni- Computer Tomografia). Fra i vantaggi significativi per i pazienti che afferiscono all'Istituto Oncologico Veneto con l'acquisizione della metodica PET-CT vi sono una migliore precisione della diagnosi, una più accurata pianificazione della cura e una migliore valutazione della risposta terapeutica. In particolare sono già operativi protocolli di valutazione dell'efficacia della terapia per certe patologie maligne, in particolare per i linfomi, ove il risultato della PET-CT dopo due o tre cicli di terapia appare determinante nella prosecuzione dello stesso combinazione di farmaci oppure nella scelta di farmaci alternativi di fronte ad una scarsa risposta ai risultati PET. Questo tipo di strategia basata sui risultati PET già operativa per i linfomi, è ora in fase di studio per altri tipi di neoplasie (esofago, GIST, cancro della tiroide differenziato, cancro del polmone). Lo scopo finale è quello di scegliere la combinazione di antitumorali più efficace e più opportuna in base ad una risposta "biologica o metabolica" indicata dalla PET.

### *Elettrochemioterapia*

Dal mese d'ottobre 2006 il Centro per lo studio e la cura del melanoma ha acquisito il dispositivo medicale per elettrochemioterapia Cliniporator. L'elettrochemioterapia è il risultato della combinazione di due effetti: l'elettroporazione delle membrane cellulari e la somministrazione di dosi ridotte di farmaco:

- l'elettroporazione si basa sull'applicazione locale di brevi ed intensi impulsi elettrici che permeabilizzano reversibilmente la membrana cellulare;
- i farmaci più adatti per l'ECT sono la bleomicina ed il cisplatino, la cui citotossicità aumenta sensibilmente in combinazione con l' elettroporazione, come da risultati mostrati nella fase in vitro ed in vivo della sperimentazione.

### *VERIDEX CTC ricerca cellule tumorali circolanti*

Si tratta di un test diagnostico molto innovativo che si avvale di una nuova strumentazione (VERIDEX) per la ricerca di cellule tumorali circolanti (CTC) in pazienti con carcinoma mammario metastatico. L'identificazione di CTC nel sangue periferico è in grado di anticipare i segni clinici della malattia metastatica, e costituisce un parametro per il monitoraggio della terapia. La strumentazione è in uso presso il servizio Immunologia Diagnostica Molecolare Oncologica da poco più di 1 anno. Durante questo periodo è stato avviato un progetto di standardizzazione della metodica, in collaborazione con l'Oncologia 2 attraverso l'analisi di un numero di campioni ottenuto da pazienti selezionate con carcinoma della mammella metastatico. Il test può ora essere offerto su larga scala quindi anche a strutture esterne, sia regionali che extra-regionali (al momento solo tre centri in Italia hanno in uso la strumentazione VERIDEX).

### *Dermatoscopia*

Negli ultimi anni si è sviluppata una metodica non invasiva per la diagnosi del melanoma chiamata epiluminescenza o dermatoscopia e basata su una vasta semiologia. È dimostrato come la dermoscopia risulti realmente utile nella diagnosi precoce del melanoma e che i molti dermatologi che la utilizzano riescano a migliorare l'accuratezza diagnostica rispetto alla semplice ispezione visiva. Presso lo IOV viene utilizzato sia il dermatoscopio manuale che l'epiluminescenza digitale (o videodermatoscopia digitale). Il videodermatoscopio digitale, grazie ad una telecamera ad elevata risoluzione e ad un programma integrato nel sistema, permette non solo la visualizzazione su di un monitor delle lesioni esaminate, ma anche vari tipi di elaborazione dell'immagine, l'archiviazione dell'immagine stessa ed il confronto a distanza del tempo nel corso delle visite successive. Naturalmente la dermatoscopia digitale non è una metodica di screening di massa: la visita dello specialista dermatologo e l'analisi mediante dermatoscopia manuale sono il caposaldo del controllo delle lesioni pigmentate della

cute. Se il dermatologo ritiene che una lesione presenta dei caratteri clinici dubbi, tali però da non giustificare l'asportazione chirurgica, la dermatoscopia digitale permette di archiviare le lesioni individuate. Si tratta quindi di una metodica di secondo livello che viene effettuata su pazienti selezionati.

*Endoscopia a laser confocale per la diagnosi in vivo delle neoplasie intraepiteliali del tratto gastrointestinale superiore ed il cancro del colon retto*

L'endoscopia a laser confocale è una tecnologia di recente sviluppo (in Italia sono solo due i Centri che hanno a disposizione il sistema), che permette di ottenere immagini subepiteliali di cellule viventi (istologia virtuale in vivo) della mucosa in corso di un esame endoscopico di routine. Il microscopio confocale laser è infatti contenuto nell'estremità distale di un video endoscopio convenzionale, che offre quindi la possibilità di unire la video endoscopia e la endomicroscopia confocale. Tale tecnologia, mutuata da quella di ormai ampio utilizzo in campo microscopico, ha già ampiamente dimostrato le sue possibilità praticamente in tutti i tessuti. Si possono ottenere immagini di fluorescenza ad alta risoluzione (1 mega-pixel) della morfologia cellulare e subcellulare dalla superficie e dagli strati subepiteliali della mucosa gastrointestinale in vivo. Gli strumenti ovviamente sono completamente paragonabili ai normali strumenti e consentono di eseguire un esame in modo convenzionale. Quando si giunge ad un'area sospetta o ad alto rischio si attiva la tecnologia confocale. L'esame necessita della somministrazione endovenosa di fluorescina 5-10 mL al 10% di soluzione) prima dell'inizio della procedura o dello spray topico di acriflavina. Questo tipo di tecnologia potrà trovare ampie possibilità di utilizzo in futuro. Basti pensare a patologie che coinvolgono ampie aree di mucosa quali l'esofago di Barrett o la colite ulcerosa, nelle quali le cellule displastiche o neoplastiche necessitano di numerosi e ripetuti prelievi prima di ottenere una diagnosi certa. Un altro campo molto interessante sembra essere il follow-up delle lesioni precancerose nelle quali grazie a questa tecnologia si può decidere il momento ed il tipo più corretto di intervento da eseguire.

*Trattamenti chirurgici multimodali innovativi delle metastasi epatiche*

Presso la Chirurgia Oncologica dello IOV si effettuano i seguenti trattamenti:

- *Metastasi reseccabili*: associazione tra chirurgia resettiva epatica e terapia biologica adiuvante (anticorpi monoclonali e farmaci metabolici specifici).
- *Metastasi non reseccabili*: chirurgia mini-invasiva: in pazienti ad elevato rischio chirurgico o con meta non reseccabili è possibile associare una chirurgia mini-invasiva (radiofrequenza percutanea o laparoscopica) con una terapia biologica adiuvante.
- *Terapia citoriduttiva + terapia biologica paziente-specifica*: associazione tra un approccio chirurgico palliativo volto alla riduzione del coinvolgimento neoplastico del fegato ed una

terapia biologica mirata sulla base nell'analisi biologico-molecolare del materiale istologico prelevato durante l'intervento.

#### *Banche Biologiche*

##### *Banca cellulare di pazienti con patologia neoplastica eredo-familiare*

Presso l'Unità Operativa di Immunologia o Diagnostica Molecolare Oncologica è attiva una banca di linfociti da sangue periferico e/o linea linfoblastoide di circa:

- 680 pazienti affetti da carcinoma mammario e/o ovario eredo-familiare appartenenti a 637 famiglie indipendenti dei quali 55 portatori di mutazioni patogenetiche costitutive dei geni BRCA1 oBRCA2;
- 46 pazienti affetti da melanoma cutaneo dei quali 5 portatori di mutazioni costitutive del gene CDKNZA.

##### *Banca di tessuti tumorali da pazienti con neoplasia gastrointestinale*

Nel periodo 1992-2000 sono stati stoccati a -80° oltre 500 biopsie di neoplasie del colon-retto. Dei primi 300 casi sono stati studiati p53, k-ras, p27 ecc, e di questi è conservata anche la controparte di tessuto normale e per i casi in studio 4 anche le metastasi. Negli altri 200 casi, studiati per espressione di p.53 e p27 in immunoistochimica, manca il tessuto normale.

##### *Banca di tessuti tumorali da pazienti con neoplasia polmonare*

In corso di costituzione un repository di tessuti tumorali da pazienti affetti da patologia neoplastica polmonare che comprende finora:

- 29 adenocarcinomi;
- 2 carcinomi bronchiolo-alveolari;
- 9 carcinomi di altra istologia (squamosi e forme miste);
- 15 carcinomi polmonari con diagnosi istologica pendente.

In 19 di questi casi è disponibile anche la controparte non tumorale del tessuto polmonare.

##### *Banca tessuti neoplastici apparato gastroenterico*

È attiva presso l'Unità Operativa di Anatomia Patologica una banca di tessuti congelati dedicata alla patologia neoplastica dell'apparato gastroenterico con particolare riferimento a:

- patologia neoplastica e precancerosa dell'esofago;
- patologia neoplastica e precancerosa del grosso intestino;
- patologia neoplastica e precancerosa del fegato.

Il materiale è conservato a -80° e catalogato istologicamente. Per tutti i campioni collezionati sono noti i dati anagrafici (codificati in osservanza alla normativa sulla privacy). Tutti i casi consistono di non meno di n. 2 campioni biologici rappresentati da lesione target e da tessuto

non neoplastico. La banca sarà collegata in rete con il progetto BioBank di Alleanza Contro il Cancro.

### *Ricerca a servizio sperimentazioni cliniche e biostatistica*

Il Servizio Sperimentazioni Cliniche e Biostatistica è stato costituito come Ufficio di Epidemiologia Clinica nel 1997 nell'ambito delle attività del Centro Oncologico Regionale di Padova (C.O.R.). Il suo compito principale è programmare e coordinare progetti di ricerca clinica in ambito oncologico scientificamente rilevanti, a livello locale, nazionale ed internazionale, nel rispetto delle normative esistenti e dei requisiti etici. Inoltre, il Servizio ha storicamente svolto un ruolo di supporto alla Direzione Scientifica, prima del C.O.R. ed attualmente dell'Istituto Oncologico Veneto, nel censimento e valutazione dell'attività clinico-scientifica delle singole unità operative afferenti all'Istituto. Il Servizio Sperimentazioni Cliniche e Biostatistica è Centro di Coordinamento per studi clinici di gruppi collaborativi regionali (GIVOM - Gruppo Interdisciplinare Veneto Oncologia Mammaria), nazionali (IMI - Intergruppo Melanoma Italiano, AIEOP - Associazione di Emato-Oncologia Pediatrica) ed internazionali (EpSSG - European paediatric Sarcoma Study Group e International Society of Paediatric Oncology-Low Grade Glioma Consortium). Il Servizio partecipa all'attività della **Cochrane Collaboration**. Questa organizzazione mondiale ha come obiettivo principale la realizzazione e la disseminazione di revisioni sistematiche (meta-analisi) sull'efficacia e sicurezza degli interventi sanitari. Queste revisioni sistematiche vengono pubblicate periodicamente in formato elettronico sulla Cochrane Library (consultabile presso il Servizio). Infine, il Servizio fornisce collaborazione e/o consulenza statistica metodologica nell'analisi dei dati e nell'interpretazione dei risultati di diversi studi a carattere oncologico.

583

### *Ricerca Clinica*

L'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci e/o tecnologie/procedure innovative deve essere preceduta dalla dimostrazione del loro reale vantaggio mediante l'impiego di studi che applichino una metodologia rigorosa. Il corretto approccio alla pianificazione, realizzazione ed analisi dei risultati di uno studio clinico richiede il convergere di numerose competenze non solo mediche ma anche statistiche ed epidemiologiche. Il Servizio mette a disposizione competenze tecniche, metodologiche e strumenti operativi per tutte le fasi dello sviluppo dei protocolli di ricerca clinica e di data-management in accordo ai dettami della Buona Pratica Clinica, ed in particolare:

- Disegno di piani statistici sperimentali, dimensione campionaria e piano di analisi per protocolli di ricerca clinica sperimentale (fasi I, II, III) ed osservazionale;
- Preparazione di schede raccolta dati e di materiale per la conduzione dello studio (procedure operative, modalità di compilazione delle schede, scadenziari, ecc.);

- Costruzione di Data Base elettronici per condurre gli studi clinici in GCP (Good Clinical Practice) con l'utilizzo di programmi software specifici;
- Raccolta dati ed archiviazione elettronica;
- Presentazione dei protocolli di ricerca ai Comitati Etici per approvazione;
- Messa a punto di metodologie per il controllo della qualità dei dati presso i Centri Clinici e all'interno del Servizio, come previsto dal Data Quality Assurance delle GCP.
- Analisi statistiche intermedie e finali dei dati.

Attualmente il Servizio coordina sperimentazioni cliniche multicentriche nell'ambito del melanoma, delle neoplasie gastro-intestinali, del carcinoma mammario, dei linfomi e delle neoplasie pediatriche e studi che hanno come end-point principale la valutazione della qualità della vita (QoL). Nell'ambito degli studi clinici sul melanoma, prosegue l'arruolamento nello studio Mel.A., trial di fase III che valuta l'impatto di un trattamento intensificato con Interferone ad alte dosi in pazienti in III stadio di malattia, e il follow up dello studio TRECEM, trial che indaga l'impatto della temozolomide nel prevenire le metastasi cerebrali nei pazienti in stadio avanzato.

#### *Neoplasie pediatriche*

Per quanto riguarda le neoplasie pediatriche, alla fine del 2007, 442 pazienti risultavano arruolati e 220 randomizzati nello studio internazionale sui gliomi a basso grado di malignità. Nel 2005 è iniziato l'arruolamento e la randomizzazione dei pazienti nello studio sui sarcomi pediatrici in Italia, Francia, UK, Belgio, Spagna e Repubblica Ceca ed Israele. Infine, è proseguita la collaborazione con il gruppo TREP (Tumori Rari in Età Pediatrica) dell'AIEOP (Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica) nella gestione della raccolta dati e nella realizzazione di un registro prospettico nazionale sui tumori rari in età pediatrica. Da alcuni anni un'attività di ricerca peculiare del Servizio è la messa a punto di sistemi di raccolta dati da remoto, sfruttando la tecnologia informatica e la rete internet. I due studi internazionali coordinati dal Servizio nell'ambito dell'oncologia pediatrica sfruttano tale tecnologia per svolgere tutti le principali attività di data management nonché di analisi statistica descrittiva. In collaborazione con il CINECA (Casalecchio, Bologna) è stata realizzata un'infrastruttura telematica che permette un accesso protetto ai sistemi di raccolta dati, tramite un comune browser internet. Si vuole inoltre testare la possibilità di centralizzare in tempo reale, utilizzando software sofisticati, immagini neuroradiologiche ed istologiche.

#### *Qualità della vita del paziente oncologico*

Per quanto concerne i protocolli di studio che hanno come end point principale o secondario la valutazione della qualità di vita del paziente oncologico, sono stati attivati uno studio randomizzato di fase III che confronta la tecnica del linfonodo sentinella rispetto alla

linfadenectomia standard nelle pazienti con carcinoma della mammella, i cui risultati sono stati recentemente pubblicati, e uno studio osservazionale sull'impatto del trattamento multimodale nel cancro del retto localmente avanzato.

#### *Nuovi approcci metodologici nell'analisi di dati clinici in oncologia*

Nell'ambito degli studi multicentrici in oncologia spesso i dati vengono raccolti in più occasioni temporali per poter esaminare nel tempo l'effetto del trattamento sulla malattia, sulla qualità di vita o su altri end-points primari o secondari. La natura longitudinale e la struttura multicentrica degli studi possono causare problemi di dati mancanti non casuali e non ignorabili e di sovradisersione o correlazione delle osservazioni, inducendo problemi di distorsione dei risultati dell'inferenza statistica. Recentemente presso il Servizio si è rivolta particolare attenzione all'applicazione di metodologie innovative per l'analisi dei dati idonee ad affrontare tali problematiche.

#### *Supporto alla Direzione Scientifica*

Il Servizio fornisce alla Direzione Scientifica strumenti operativi per l'attività di censimento e valutazione dell'attività clinico-scientifica delle strutture oncologiche coinvolte nelle attività IOV e contribuisce alla raccolta ed elaborazione delle informazioni. Produce periodicamente indici bibliometrici della produzione scientifica dell'Istituto. In passato, ha collaborato alla raccolta e all'editing del materiale per la pubblicazione del report della attività clinico scientifico del COR per le edizioni 1997-1998, 1999-2000 e 2001-2002. Recentemente ha gestito operativamente il censimento dell'attività clinico scientifica oncologica di tutte le strutture del Veneto interessate alla costituzione dello IOV. Il materiale raccolto, archiviato su supporto elettronico, ha permesso la realizzazione di un database, facilmente consultabile ed aggiornabile, dell'anagrafe dei progetti di ricerca di tutte le Unità Operative afferenti allo IOV. In parallelo si è proceduto alla realizzazione di una banca dati delle pubblicazioni dei ricercatori dell'Istituto così da avere prontamente disponibile l'elenco delle pubblicazioni di ogni Unità Operativa dello IOV, con relativo punteggio di Impact Factor (anche normalizzato secondo la classificazione proposta dal Ministero della Salute). *L'impact factor di una rivista misura la frequenza con cui la rivista è stato citata mediamente in un anno. Esso è utile nel valutare l'importanza relativa di una rivista, specialmente se confrontata con altre dello stesso settore. L'impact factor viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli pubblicati nei precedenti due anni per il numero totale di articoli pubblicati nei precedenti due anni*<sup>6</sup>. Il Servizio, su mandato della Direzione Scientifica, si occupa della raccolta, editing ed inserimento nel sistema *Workflow della ricerca* delle informazioni inerenti le attività clinico-scientifiche dei servizi e delle strutture

<sup>6</sup> Definizione tratta dal sito della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute dell'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro": <http://www4.med.unipmn.it/edu/biblioteca/if>, 1 ottobre 2009.

affendenti allo IOV. Il Ministero della Salute ha attivato il progetto *Workflow della ricerca* per la gestione ed il monitoraggio dei flussi informativi relativi ai progetti di Ricerca Corrente tra gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Oncologici ed il Ministero. Tale sistema deve essere utilizzato dagli Istituti per inserire tutta la documentazione relativa alla ricerca corrente, in particolare pubblicazioni, brevetti, linee guida, registri malattie, trials clinici, linee, programmi e progetti di ricerca.

#### *Laboratori e servizi dedicati alla ricerca*

L'Istituto Oncologico Veneto dispone di una ricca dotazione di laboratori, tutti interni all'Istituto, che coprono una superficie globale di circa 1,300 mq. Gran parte dello spazio di laboratorio è dedicato alla ricerca (circa il 70% della superficie globale), mentre il restante 30% è coperto dal Servizio di Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica, dedicato all'esecuzione di analisi citogenetiche e molecolari in pazienti neoplastici. I principali laboratori di ricerca dello IOV sono:

##### *Laboratorio per lo Studio dei Tumori Eredo-Familiari*

Funzione: studio dei tumori eredo-familiari della mammella/ovaio e neuroendocrini e del melanoma eredo-familiare.

Attrezzature principali: DHPLC, HPLC, real-time PCR, sequenziatore 96 canali.

##### *Laboratorio di Immunologia Molecolare e Terapia Genica*

Funzione: studio delle interazioni tra cellule tumorali e microambiente, con particolare riferimento alle cellule endoteliali; strategie di ottimizzazione del trasferimento genico mediante vettori lentivirali a fini di terapia genica.

Attrezzature principali: citofluorimetro, real-time PCR, microdissettore laser.

##### *Laboratorio di Immunologia Cellulare e Molecolare*

Funzione: analisi della risposta immunitaria ai tumori nelle sue varie componenti, dall'espressione antigenica alla risposta linfocitaria, con particolare attenzione alle interazione tra cellula neoplastica e componente leucocitaria infiltrante il microambiente tumorale.

Attrezzature principali: citofluorimetro, real-time PCR, beta/gamma-counter.

##### *Laboratorio di Virologia Oncologica 1*

Funzione: studio delle interazioni tra virus e cellula ospite, con particolare attenzione alla patogenesi dei linfomi in condizioni di immunodepressione (ad esempio per infezione da HIV) e ai meccanismi di trasformazione neoplastica nei linfociti B infettati da EBV.

Attrezzature principali: facility P3 (circa 200 mq), real-time PCR, citofluorimetro.

*Laboratorio di Virologia Oncologica 2*

Funzione: studio delle alterazioni molecolari indotte da virus oncogeni quali HTLV-I e HHV-8/KSV e degli effetti trasformanti di proteine di derivazione virale.

Attrezzature principali: microscopio confocale, citofluorimetro, real-time PCR.

*Laboratorio HPV*

Funzione: studio della sieroprevalenza dell'infezione in progetti di screening di popolazione; studio della patogenicità di varianti virali; survey del trial vaccinale.

Attrezzature principali: real-time PCR, sequenziatore.

*Laboratorio di Oncologia Molecolare e Citogenetica*

Funzione: analisi delle alterazioni molecolari in patologie onco-ematologiche e nei tumori solidi.

Attrezzature principali: Sistema di cariotipizzazione Zeiss, real-time PCR, sequenziatore.

*Laboratorio di Analisi di Acidi Nucleici*

Funzione: studio con metodiche high-throughput di SNP, dell'espressione di RNA e di micro-RNA.

Attrezzature principali: Piattaforma Agilent, Piattaforma Affimetrix.

*Elenco e breve descrizione delle linee di ricerca riconosciute*

1. Epidemiologia, fattori di rischio e prevenzione. Prevenzione Primaria: campagne di informazione in collaborazione con la Lega Tumori su fumo, esposizione raggi UV ed alimentazione. Prevenzione secondaria: screening delle condizioni pre-neoplastiche genitali femminili e infezione da HPV nell'ambito di un trial multicentrico su approcci molecolari potenzialmente sostitutivi della citologia cervico-vaginale. Sorveglianza dell'infezione da virus HHV-8/KSV, valutando la sieroprevalenza dell'infezione nella popolazione e i parametri predittivi di evoluzione verso il sarcoma di Kaposi. Studio di fattibilità dello screening dei tumori colo-rettali e mammari. Registro Tumori del Veneto.
2. Cancerogenesi. Studi sul ruolo svolto da retrovirus umani e virus erpetici nel processo di trasformazione maligna di cellule emopoietiche, sia in modelli animali di linfomagenesi da EBV sia su campioni di pazienti con neoplasie ematologiche associate all'infezione da retrovirus e herpesvirus. Studi sulle alterazioni molecolari delle leucemie linfatiche acute e croniche dell'adulto. Studio delle alterazioni dei meccanismi molecolari coinvolti nel ciclo cellulare e nell'induzione di morte programmata nei linfomi non-Hodgkin.
3. Valutazione del rischio genetico. Studi sulle neoplasie eredo-familiari della mammella e dell'ovaio, sul melanoma, e sul cancro del colon-retto familiare non poliposico. Per la

mammella/ovaio, sono state finora sottoposte a screening oltre 300 famiglie del comprensorio veneto, che soddisfano i criteri per l'inclusione nella casistica, con un arruolamento globale di oltre 800 soggetti; lo studio viene condotto all'interno di un network italiano ed europeo. Per quanto attiene alle ricerche su oncogeni e oncosoppressori, sono in corso studi sulle relazioni tra gene di p53 e attivazione trascrizionale di geni per citochine, nonché su geni quali menina, CDK1, RET, VHL in neoplasie endocrine di varia natura, oltre che in neoplasie esofagee.

4. Ricerca di nuovi marcatori molecolari a scopo diagnostico, prognostico e predittivo della risposta. Sono in funzione piattaforme "high-throughput" di genomica funzionale (DNA microchip) per studi su campioni di tumore in pazienti affetti da tumori gastrointestinali, urologici, melanoma e sarcomi delle parti molli. Gli studi sono indirizzati sia all'analisi del profilo di espressione genica che all'individuazione di polimorfismi, con particolare attenzione a discriminare alterazioni propriamente genetiche da eventi epigenetici quali la metilazione di particolari geni.
5. Ottimizzazione di tecniche diagnostiche strumentali e delle indicazioni della chirurgia. Innovazioni tecnologiche per l'ottimizzazione di alcune indagini strumentali quali la mammografia, la PET, l'ecografia. Categorizzazione biomolecolare delle indicazioni chirurgiche, tecnica del linfonodo sentinella su tumori diversi dal melanoma e dalla mammella. Approccio chirurgico mini-invasivo e robotizzazione delle procedure chirurgiche.
6. Innovazioni nel campo della chemioterapia e della radioterapia. Sperimentazione di nuovi farmaci antineoplastici e della chemioterapia ad alte dosi; valutazione dell'efficacia di nuovi farmaci, da soli e in combinazione, e definizione di nuovi approcci farmacodinamici preclinici, anche sulla base di dati di genomica e proteomica sulla chemiosensibilità (personalizzazione del trattamento). Sperimentazione di nuovi protocolli terapeutici nel paziente anziano. Protocolli di radiochemioterapia concomitante, terapia radiometabolica e radioimmunoguidata e radioterapia conformazionale.
7. Oncologia geriatrica. Studio del paziente anziano fragile e non fragile. Valutazione multidimensionale geriatrica e oncologica.
8. Immunologia dei tumori e approcci terapeutici innovativi. Studi sullo sviluppo di strategie terapeutiche o preventive di vaccinazione verso antigeni tumorali, in particolare espressi da cellule di melanoma; studi condotti in modelli preclinici e partecipazione a trials clinici di vaccinazione con peptidi di antigeni tumorali e/o gangliosidi condotti su scala europea. Per quanto attiene ad approcci innovativi di terapia dei tumori, quali la terapia cellulare adottiva e la terapia genica, sono in corso studi su modelli in vitro e modelli preclinici. In particolare, sono andate maturando approfondite competenze sulle caratteristiche di vettori di diversa natura destinati al trasferimento genico.

9. Analisi biostatistica e supporto informatico. Informatizzazione e messa in rete dei dati prodotti; formazione del personale (data manager, infermieri di ricerca, biostatistici), implementazione di controllo qualità programmi dei dati, utilizzo di sistemi biostatistici avanzati.
10. Integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e valutazione della qualità della vita e delle cure. Modelli assistenziali per integrare la continuità delle cure tra ospedale e territorio; identificazione di modelli di comunicazione fra medico ospedaliero e medico di medicina generale basati sulla centralità del cittadino; percorsi di appropriatezza sull'utilizzo dei servizi con iniziative finalizzate al sostegno della domiciliarità; implementazione del sistema qualità basato su indicatori di efficacia delle cure.

Punti totali di Impact Factor Normalizzato suddivisi per Linea di ricerca e per anno di pubblicazione				
Linea di Ricerca	2005	2006	2007	Totale
1 - Epidemiologia, fattori di rischio e prevenzione	18,5	26,1	42,8	87,4
2 - Cancerogenesi	67,0	63,6	51,5	182,1
3 - Valutazione del rischio genetico	17,0	6,0	9,0	32,0
4 - Ricerca di nuovi marcatori molecolari a scopo diagnostico, prognostico ..	59,0	79,1	55,5	193,6
5 - Ottimizzazione delle tecniche diagnostiche e strumentali ..	31,0	79,0	121,6	231,6
6 - Innovazioni nel campo della chemioterapia e della radioterapia	69,0	142,5	66,0	277,5
7 - Oncologia geriatrica	16,0	14,0	76,1	106,1
8 - Immunologia dei tumori e approcci terapeutici innovativi	79,0	63,0	56,0	198,0
9 - Analisi biostatistica e supporto informatico		16,0		16,0
10 - Integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari ..	4,0	7,1	7,1	18,2
<b>Totale complessivo</b>	<b>360,5</b>	<b>496,4</b>	<b>485,5</b>	<b>1.342,3</b>

Punti totali di Impact Factor Grezzo suddivisi per Linea di Ricerca e per anno di pubblicazione				
Linea di Ricerca	2005	2006	2007	Totale
1 - Epidemiologia, fattori di rischio e prevenzione	20,798	26,021	64,204	111,023
2 - Cancerogenesi	68,514	60,585	60,174	189,273
3 - Valutazione del rischio genetico	14,503	3,937	15,721	34,161
4 - Ricerca di nuovi marcatori molecolari a scopo diagnostico, prognostico ..	65,663	90,638	74,292	230,593
5 - Ottimizzazione delle tecniche diagnostiche e strumentali ..	27,992	60,532	100,658	189,182
6 - Innovazioni nel campo della chemioterapia e della radioterapia	93,303	166,855	73,768	333,926
7 - Oncologia geriatrica	12,336	10,462	63,415	86,213
8 - Immunologia dei tumori e approcci terapeutici innovativi	107,851	79,544	55,887	243,282
9 - Analisi biostatistica e supporto informatico		8,617		8,617
10 - Integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari ..	9,835	5,739	6,377	21,951
<b>Totale complessivo</b>	<b>420,795</b>	<b>512,930</b>	<b>514,496</b>	<b>1.448,221</b>

## 7.6 Provincia di Vicenza

La Provincia di Vicenza nel 2007 conta 852.242 abitanti. La sua estensione territoriale è pari a 2.722 km<sup>2</sup> e la sua densità abitativa è pari a 313 abitanti per chilometro quadrato. I Comuni che compongono la Provincia sono 121. Nel territorio sono attive quattro Aziende ULSS (Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa, Azienda ULSS 4 Alto Vicentino, Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, Azienda ULSS 6 Vicenza). La Provincia di Vicenza è interessata da un sostenuto flusso migratorio le cui cause sono molteplici, anche se la principale è probabilmente la richiesta di manodopera da parte dell'industrie. Come evidenziato in precedenza, le rilevazioni demografiche evidenziano un costante crescita della popolazione anziana ultra 75enne, con conseguente impatto sul sistema socio-assistenziale e sanitario a causa dell'aumento dei non autosufficienti e di patologie cronico-degenerative. L'aumento del carico assistenziale si confronta con situazioni e tipologie familiari in continuo rimodellamento (nuclearizzazione della famiglia) e con la ben nota difficoltà di inserimento lavorativo della donna, acuita dal rallentamento della crescita economica.

### Forme di interazione non gerarchica

In ogni Azienda ULSS della Provincia, le Direzioni Aziendali favoriscono e promuovono molteplici forme di interazioni non gerarchiche e utilizzano come strumenti i gruppi di lavoro, i tavoli di coordinamento, le modalità di lavoro per obiettivi e progetti. Anche i Dipartimenti funzionali sono istituiti per promuovere forme di collaborazione non gerarchica.

Proposta di confronto su aspetti organizzativi e territoriali:

Aspetti organizzativi e territoriali		Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
Definizione Vision, Mission e valori aziendali finalità Socio-Sanitarie		X	X	X	X
Definizione deleghe facoltative dei Comuni:					
■	Residenzialità disabili per quota alberghiera		X		X
■	Tutela minori (pagamento comunità rette)		X		X
■	Psichiatria residenziale (Azienda ULSS 3 appartamenti protetti)	X <sup>7</sup>		X	
■	Altro	X <sup>8</sup>		X <sup>9</sup>	X
■	Presenza di Comuni in territorio disomogeneo	X	X	X	X

<sup>7</sup> Appartamenti protetti.

<sup>8</sup> Per Tutela Minori: aspetti sociali, ma non pagamento delle rette presso le strutture; gestione di convenzioni con 4 strutture di accoglienza di minori per la riserva di posti, assicurata con la corresponsione di un Fondo di solidarietà.

<sup>9</sup> Affidamento minori: promozione e gestione tecnica dell'affido familiare. Centri educativi per minori, Centri estivi per minori, Laboratori scolastici, Fondo di solidarietà.

Aspetti organizzativi e territoriali		Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
Numero Servizi/Uffici in Staff alla Direzione Generale		8	6	6	12
<b>Organizzazione dipartimentale</b>					
Organizzazione dipartimentale		X	X	X	X
■	Dipartimenti funzionali	3	1	2	3
■	Dipartimenti strutturali	9 <sup>10</sup>	11 <sup>11</sup>	2	18
<b>Dipartimenti interaziendali:</b>					
■	Medicina Trasfusionale DIMT	2	2	2	3
■	Nefrologia e trapianto renale				
<b>Formazione e specialità di eccellenza:</b>					
■	Specialità di eccellenza				13 <sup>12</sup>
■	Presenza di scuola di formazione per infermieri				X
<b>Assorbimento risorse 2007</b>					
■	Assistenza Ospedaliera	45,65%	42,28%	48,00%	50,30%
■	Assistenza Distrettuale	51,70%	54,11%	49,00%	47,10%
■	Prevenzione	2,65%	3,61%	3,00%	2,60%
<b>Dipendenti</b>					
■	Dipendenti	2.037	2.036	1.858	3.823
■	Dipendenti equivalenti	1.838,82	1.842,24	1.727,69	3.599,00
<b>Ripartizione personale per strutture:</b>					
■	ospedali	69,20%	71,00%	73,00%	68,20%
■	territorio	18,90%	17,00%	17,00%	19,30%
■	prevenzione	3,50%	4,00%	3,00%	4,00%
■	amministrativi e tecnici	8,40%	8,00%	7,00%	8,30%
■	Personale a part time sul totale	19,50%	18,00%	20,00%	16,50%
<b>Infortuni sul lavoro</b>					
■	Numero infortuni aziendali sul lavoro esclusi "in itinere"	-	131	132	-

Il modello ordinario di gestione di tutte le attività svolte dalle Aziende della Provincia è il Dipartimento nelle due tipologie "strutturale" e "funzionale". L'organizzazione dipartimentale persegue le finalità di tutela del paziente e dell'efficienza organizzativa favorendo l'efficacia, l'appropriatezza, l'umanizzazione e sviluppando il coordinamento delle diverse attività.

<sup>10</sup> Assistenza di base.

<sup>11</sup> Sette Dipartimenti Ospedalieri, due Dipartimenti Amministrativi.

<sup>12</sup> Specialità di eccellenza: si fa riferimento alle Unità Operative considerate di Alta Specializzazione così come da DGRV 2691/2006.

I Dipartimenti raggiungono gli obiettivi attraverso un efficace e integrato impiego delle risorse e grazie alla predisposizione di linee guida/protocolli e/o percorsi assistenziali, nonché la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi. Il Dipartimento, attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nella gestione della risorsa umana e professionale, favorendo il lavoro d'équipe interdisciplinare e multiprofessionale realizza obiettivi comuni nell'ambito della programmazione aziendale. Compiti e funzioni degli organi del dipartimento sono analiticamente previsti nell'apposito regolamento - Atto Aziendale.

Proposta di confronto a livello provinciale per gli Uffici di Staff:

Uffici di staff	Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
URP e Ufficio Stampa	X <sup>13</sup>	X		X
Servizio Epidemiologico		X		
Servizio Prevenzione e Protezione	X	X	X	
Direzione per le Professioni Sanitarie (ex servizio infermieristico e tecnico)	X	X	X	X
Servizio per lo studio, lo sviluppo e la verifica di modelli organizzativi aziendali		X	X	
Ufficio Formazione del personale	X	X		
Servizio Controllo di Gestione	X		X	
Direzione Medica di presidio Ospedaliero			X	
Direzione Amministrativa di presidio ospedaliero			X	
Ufficio Qualità e Formazione	X <sup>14</sup>			
Ufficio Gestione e Controllo del servizio di Global Service	X			
Ufficio Procedure di Autorizzazione e Accreditamento	X			
Ufficio Piano di Zona	X <sup>15</sup>			
Struttura Polispecialistica Territoriale				X
Servizio Qualità Accreditamento e sicurezza.				X
Ufficio Sanitario Aziendale				X

Sin dal 2003 è stato costituito un Tavolo permanente di Concertazione tra i Direttori Generali per introdurre formule collaborative programmate ed organiche tra le Aziende ULSS della Provincia. Al proposito è stato sottoscritto il relativo Protocollo d'Intesa. Dal 2005, nel confermare l'impegno di collaborazione si utilizza definitivamente il termine *Area Vasta provinciale*.

<sup>13</sup> Servizio Integrato di Accoglienza (SIA), che comprende URP, Ufficio Stampa, Ufficio Accoglienza ospiti residenti (accettazione) e Ufficio Accoglienza ospiti esterni (CUP, centralino, portineria).

<sup>14</sup> Ufficio Formazione assieme ad Ufficio Qualità, con denominazione: Ufficio Qualità e Formazione.

<sup>15</sup> In Staff alla Direzione Servizi Sociali..

I principali ambiti di collaborazione riguardano sia i processi amministrativi che alcune funzioni organizzative e sanitarie, per favorire nuove soluzioni sperimentali nel pieno rispetto della programmazione regionale. Di seguito si indicano gli ambiti di riferimento e le strutture che, attuando forme di collaborazione, hanno concretizzato "azioni" di area vasta che si esplicano nella definizione dei protocolli gestionali-organizzativi condivisi tra le Aziende ULSS del territorio vicentino.

Ambiti di realizzo in Area Vasta		Adesione aziende			
		Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
<b>Assistenza Ospedaliera</b>					
Dipartimento Area Critica Emergenza	Rianimazione		X		X
	Emergenza/degenze intensive: integrazione funzionale (modello Hub & Spoke).	X	X	X	X
Dipartimento Materno Infantile	Pediatria		X	X	X
	Patologia neonatale		X	X	X
Dipartimento Medico Internistico	Oncologia (accordo per radioterapia)		X		X
Dipartimento Interaziendale di Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale	Nefrologia Dialisi	X	X	X	X
Servizi Diagnostici	Laboratorio analisi		X	X	X
Convenzioni per prestazioni di interscambio tra le strutture dei Presidi Ospedalieri (primo semestre 2007)	Anatomia Patologica (diagnostica immunoistochimica e citologia)	X	X	X	X
	Radiologia	X	X		
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMT)	Centro Trasfusionale	X	X	X	X
	Settore emoderivati	X	X	X	X

Ambiti di realizzo in Area Vasta		Adesione aziende			
		Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
<b>Assistenza Ospedaliera</b>					
Accordi provinciali	Senologia - linfonodo sentinella		X		X
	Attività ambulatoriali per le prestazioni di radioterapia		X		X
	Telecardiologia	X	X	X	X
	Televideoconsulto	X	X	X	X
	Teleconsulto polispecialistico neuro-chirurgico	X	X	X	X
<b>Dipartimenti Funzionali</b>					
Dipartimento per la Riabilitazione	Software gestionale unico	X	X	X	X
<b>Assistenza Territoriale</b>					
Accordi Provinciali	Protocollo provinciale per IVG	X			
	DPC – Distribuzione Farmaci	X	X	X	X
	Disturbi comportamento alimentare			X	
<b>Sociale</b>					
Progetto pubblico tutore	Unità Operativa Bambino Famiglia - SAF	X	X	X	X
Fondazione di Comunità Vicentina per la Qualità della Vita	Programmazione socio-sanitaria	X	X		
Affido anziani	Unità Operativa Bambino Famiglia - SAF	X	X		

Prevenzione					
Screening	Screening area provinciale Provincia di Vicenza	X	X	X	X
Rete SIAN	Educazione sana alimentazione, sorveglianza nutrizionale e formazione	X	X	X	X
Direzioni Staff e Amministrativi					
Direttori Aziende	Contenimento delle liste di attesa: Gruppi di lavoro in Area Vasta Provinciale	X	X	X	X
Staff Servizio Epidemiologico	Coordinamento dei servizi aziendali; implementazione del programma di area vasta	X	X	X	X
Dipartimento Risorse Umane e Finanziarie per la Direzione Amministrativa dell'Ospedale	Servizio Personale (accordo di sub area vasta)	X	X		
	CUP Provinciale	X	X	X	X
Dipartimento Interaziendale Acquisti e Logistica	Servizio Provveditorato Economato (Servizio Approvvigionamenti)	X	X	X	X
Dipartimento Interaziendale Area Economico Finanziaria	Servizi Economico Finanziari			X	X

Nel contesto di Area Vasta gli ambiti di maggior rilievo sono:

#### *Servizio epidemiologico*

I principali ambiti di intervento su base provinciale sono stati: analisi della mortalità, produzione indicatori di performance dell'assistenza ospedaliera, analisi dell'accesso al Pronto Soccorso, valutazione delle cure domiciliari nella terminalità, valutazione delle coperture per lo screening oncologico, monitoraggio delle malattie infettive e delle coperture vaccinali, valutazione d'impatto dell'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici da parte dei Pediatri di Libera Scelta.

#### *Laboratorio analisi in area vasta*

Il Servizio di Laboratorio Analisi si accosta al percorso che ha visto realizzare il Servizio Immunotrasfusionale in Area Vasta per la "corretta gestione del sangue". Accanto ad un affinamento di modalità e tecniche operative, è previsto l'acquisto in Area Vasta di materiale e beni sanitari destinati ai laboratori provinciali.

### *CUP provinciale*

In data 1 gennaio 2006 è stato attivato il progetto di interoperabilità tra gli applicativi che gestiscono i CUP della provincia e in corso d'anno è stato aumentato il numero di prestazioni condivise tra le aziende. Grazie a questo progetto oggi è possibile prenotare più di 40 prestazioni in qualsiasi CUP della provincia verso qualsiasi ospedale delle quattro Aziende ULSS del vicentino.

### *Integrazione su base provinciale dei sistemi informativi e adesione ai progetti regionali di riorganizzazione dei sistemi informativi*

- *Telecardiologia:* nel corso del 2006 è stata aggiudicata la gara per la fornitura nelle quattro Aziende della provincia di un sistema per la gestione e la refertazione degli elettrocardiogrammi (ECG) prodotti nei vari Presidi territoriali. L'obiettivo è stato di uniformare, sia dal punto di vista della dotazione di ingegneria clinica, sia dal punto di vista dell'informatica, la produzione e la registrazione dei dati e tracciati delle principali prestazioni di cardiologia, con particolare attenzione al problema degli ECG. Le 4 aziende sono ora in grado di scambiarsi dati e tracciati sui pazienti seguiti dalle cardiologie, condizione necessaria per l'esecuzione dei consulti remoti. Il progetto è stato pienamente completato al 31 dicembre 2007.
- *Televideoconsulto:* a novembre 2006 è giunta al termine la procedura di acquisizione di un sistema unico provinciale per la gestione del Televideoconsulto, coinvolgendo le quattro Aziende della Provincia. Il fine è di consentire, per cardiologia, radiologia ed esami di laboratorio, il recupero di informazioni dai software dipartimentali di ciascuna Azienda funzionale all'invio di richieste di televideoconsulto verso unità operative della stessa o delle altre Aziende della Provincia. Nel primo semestre del 2007 la seconda fase di implementazione del progetto, ha portato alla diffusione e al perfezionamento del software prodotto, al fine di coprire gli ambiti aziendali più fortemente interessati. I referti, i dati, i tracciati e le bio-immagini di ogni paziente, sono potenzialmente estraibili da ogni applicativo specifico presente nelle quattro aziende. La messa in produzione del sistema garantisce l'obiettivo di avere un registro unico degli eventi sanitari a livello provinciale.
- *Software unico per il Dipartimento del Sangue:* implementazione nei quattro Centri Trasfusionali della Provincia di un unico software per la gestione di pazienti, donatori e sacche con evidenti obiettivi inerenti l'identificazione degli assistiti, la ricostruzione della storia degli stessi (sia pazienti che donatori) e quindi la riduzione del rischio.

*SUEM Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica*

È stata implementata la piattaforma software unica provinciale per la gestione della Centrale Operativa e dell'emergenza. Tutti i punti periferici del sistema sono stati collegati con una nuova infrastruttura di rete, per assicurare maggiori prestazioni e un più alto grado di sicurezza e affidabilità. Al 31 dicembre 2007 il software unico per i SUEM della Provincia era già disponibile.

*Contenimento delle liste di attesa: Gruppi di lavoro in Area Vasta*

Sono stati attivati *Gruppi provinciali-interaziendali* di lavoro per elaborare soluzioni comuni al contenimento delle liste di attesa. L'attenzione si è concentrata in particolare sui percorsi più a rischio e prevede accordi provinciali per quanto riguarda prestazioni specifiche (ad esempio radioterapie) garantite dall'Azienda del capoluogo. In applicazione delle disposizioni regionali, nel redigere il Piano Attuativo di Contenimento dei Tempi di Attesa le Aziende hanno previsto vari interventi per adeguare l'offerta ambulatoriale. Questi si sono concretizzati anche in *accordi provinciali* sulle attività ambulatoriali per individuare le prestazioni con bacino di utenza sovra-aziendale. Da questo punto di vista sono risultate di rilievo la scintigrafia tiroidea, le prestazioni di radioterapia e l'endocrinologia.

*Gruppi provinciali di lavoro*

Gli incontri a livello provinciale hanno visto impegnati:

- *i Direttori Sanitari* delle quattro Aziende della Provincia per gli aspetti di programmazione;
- *i Servizi Controllo di Gestione*, per la definizione del fabbisogno aziendale, da un lato con la valutazione delle prestazioni erogate (sia ambulatoriali sia di ricovero), dei servizi offerti e dei tempi di attesa, dall'altro con la determinazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero con bacino di utenza sovra-aziendale;
- *le Direzioni Ospedaliere* per la definizione e condivisione delle "Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni programmate ambulatoriali e/o di ricovero" e alla condivisione di una "Procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri programmati" ispirate ai provvedimenti regionali in materia;
- *i Servizi aziendali che si occupano delle convenzioni* per la predisposizione il piano provinciale sugli accordi con le strutture preaccreditate;
- *altri Gruppi Interaziendali* di lavoro per l'analisi delle tematiche succitate nelle singole realtà aziendali e per la realizzazione di adeguati strumenti di valutazione e di elaborazione dei dati per l'applicazione delle delibere regionali.

### *Accordi provinciali con gli erogatori preaccreditati*

Il documento quadro delle attività delle strutture pubbliche e preaccreditate della provincia di Vicenza, siglato dai Direttori Generali delle quattro Aziende ULSS, ha definito la programmazione dell'attività di ricovero nelle strutture con l'obiettivo di allineare il tasso di ospedalizzazione al 160 per mille in applicazione della programmazione regionale. Per l'assistenza specialistica ambulatoriale, le proposte di contrattazione sono state condivise dalle quattro direzioni ed elaborate sulla base di report predisposti, in modo coordinato, dai "controller" delle quattro Aziende ULSS. Sulla base dei dati di attività 2006 si è proceduto alla rilevazione e all'analisi del "bisogno assistenziale" per gli assistiti delle Aziende ULSS della Provincia, con particolare riguardo alla domanda di prestazioni specialistiche traccianti.

Le quattro Aziende Ulss della Provincia di Vicenza si sono accordate per:

- contrattare la propria quota parte del 30% del budget delle strutture private preaccreditate riproporzionato in base ai volumi di attività erogati a favore dei propri residenti nel 2006;
- chiedere ai privati preaccreditati uno sconto minimo pari al 25%;
- comunicare preventivamente alle altre Aziende ULSS della Provincia le decisioni in merito all'acquisto di pacchetti di prestazioni, con particolare riguardo all'acquisto da privati non preaccreditati;
- non procedere all'acquisto di pacchetti qualora dall'analisi dei dati si rilevi un rapporto numero prestazioni per 1000 residenti nettamente superiore alla media provinciale, o comunque a quello di Aziende ULSS affini;
- valutare l'acquisto "centralizzato" di pacchetti, su base provinciale, di determinate prestazioni ambulatoriali (ad esempio: ecocolordoppler TSA, elettromiografie, ecc.) in modo da offrire volumi consistenti di prestazioni che consentano da un lato ai privati di attivare investimenti adeguati e dall'altro di ottenere un maggiore sconto sulle tariffe.

Con le strutture private peraccreditate sono stati inoltre condivisi alcuni aspetti di carattere generale riguardanti problemi di ordine organizzativo quali la segmentazione delle agende, le ecografie ostetriche ed il laboratorio analisi.

### *Attività nel Sociale*

Meritano attenzione i tre progetti condotti in ambito di Area Vasta e sub-area vasta volti a garantire un approccio comune ad alcune problematiche sociali quali l'affido dei minori (gestito attraverso corsi di sensibilizzazione/formazione a livello provinciale), l'affido degli anziani e la costituzione di una fondazione di comunità per il miglioramento della qualità della vita, cui contribuisce anche la Fondazione CariVerona.

### *Aree gestionali considerate strategiche dalle Aziende appartenenti all'Area provinciale*

Oltre alle aree relative alla gestione del paziente e agli aspetti organizzativi, di cui si è già parlato, possiamo citare in proposito:

#### *Indagini e benchmarking*

Nel corso del 2006/7 sono state condotte alcune analisi specifiche, alcune delle quali patrocinate dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, per attuare un'azione di benchmarking in ambito interaziendale, rilevare le potenzialità di ciascuna Azienda ed individuare i possibili ambiti di collaborazione nonché verificare il livello di condivisione dell'organizzazione interna a ciascuna azienda. Si possono citare in particolare:

*La riorganizzazione dei servizi tecnico-amministrativi in ottica sovra-aziendale:* ha indotto ciascuna Azienda ad eseguire una mappatura dei processi tecnico amministrativi; nella prima fase le Aziende hanno condiviso un percorso formativo e tecnico-metologico per la rilevazione delle risorse umane e dei costi dell'outsourcing impiegate in processi di natura tecnico-amministrativa. L'obiettivo era individuare una metodologia di lavoro condivisibile, una soluzione operativa esportabile in realtà che hanno affinità funzionali ma che da un punto di vista organizzativo sono caratterizzate da eterogeneità;

*Analisi dell'offerta territoriale di assistenza sanitaria,* attraverso la mappatura per Livelli di Assistenza con individuazione di indicatori quantitativi – economici per la determinazione dei costi e confronto con i correlati finanziamenti. Il consolidamento e rimodulazione dell'attività distrettuale porta ad una definizione delle attività e alla determinazione dei costi e i correlati finanziamenti per aree di attività/livelli di assistenza attraverso la revisione dei flussi informativi vigenti, evidenziando la variabilità dei modelli organizzativi implementati dalle aziende per la gestione dei servizi (gestione diretta, acquisti da privati, ecc.). È stato individuato un set di indicatori condivisi e utilizzabili anche dalle Aziende Sanitarie, per comparare il grado di assorbimento delle risorse, la produttività dei fattori utilizzati e il grado di copertura della domanda.

#### *Sistemi di acquisto centralizzato per area provinciale*

Le azioni di mappatura dei processi tecnico-amministrativi sono evolute in una elencazione delle gare da espletare o recentemente espletate per verificarne la scadenza ed individuare i possibili ambiti di azione sinergica a livello interaziendale. Una serie di incontri in ambito provinciale hanno poi permesso di valutare meglio una più ampia collaborazione in questo senso. Le Aziende ULSS della Provincia di Vicenza hanno da alcuni anni implementato gare centralizzate su base Provinciale per alcuni dispositivi medici e materiale protesico.

In applicazione della programmazione regionale è stato sviluppato un progetto per la gestione, in Area Vasta, del processo di approvvigionamento.

Tale progetto prevede il perseguimento di quattro obiettivi:

- la standardizzazione e il consolidamento dei fabbisogni di beni e la pianificazione degli acquisti a valenza interaziendale di Area Vasta;
- la programmazione delle gare;
- l'espletamento delle gare per la gestione dei relativi contratti in modo unificato;
- la gestione unificata della logistica di magazzino e l'omogeneizzazione e l'informatizzazione della logistica di reparto.

Lo strumento organizzativo individuato per perseguire gli obiettivi citati, quale modello di governance più idoneo è il già citato *Dipartimento interaziendale*.

#### *Forme avanzate di aggregazione e collaborazione tra MMG/PLS<sup>16</sup> in ambito provinciale*

All'Azienda ULSS4 è stata affidata la gestione del progetto per la Riorganizzazione territoriale. In quest'ambito, tra le altre cose, si formuleranno gli indirizzi regionali sulla gestione di alcuni strumenti (ad esempio: Patti con la medicina Convenzionata ed indennità per le forme associative) da proporre ed estendere a tutte le Direzioni Generali.

#### *Pianificazione degli interventi relativi alle grandi attrezzature in area provinciale*

Nel corso del 2007 l'Azienda ULSS 6 ha proposto alle Aziende della Provincia l'individuazione in via sperimentale del Dipartimento Interaziendale di Ingegneria Clinica. Tale Dipartimento ha l'obiettivo di meglio supportare la programmazione e lo sviluppo di progetti concernenti le apparecchiature e i sistemi elettro-medicali, con particolare riferimento a quelle ad alta e medio-alta tecnologia. La finalità è quella di favorire l'efficienza e l'integrazione dell'attività delle Aziende nella scelta e nell'utilizzo di tale tecnologia, favorendo una logica di messa in rete delle attrezzature.

---

<sup>16</sup> Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

### *Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa: le migliori pratiche*

#### *Società mista pubblico-privato*

L'Azienda ULSS 3, nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità per le attività di front-office, ha inteso sperimentare, a partire dal 2005, una nuova forma gestionale, acquistando parte delle quote di una società mista pubblico/privato preesistente, che diventava così al 61% pubblica e al 39% privata. I servizi acquisiti sono quelli di prenotazione, call-center e refertazione. Lo sviluppo del progetto ha condotto, sotto la guida di tutor interni, nel corso del triennio 2005-2007 a:

- istituire un ufficio, anche fisicamente separato, dedicato alle agende dell'attività medica ambulatoriale libero-professionale;
- triplicare la ricettività delle postazioni telefoniche di prenotazione al CUP (Centro Unico Prenotazioni) centrale;
- aumentare da 2 a 5/7 gli sportelli di prenotazione del CUP centrale;
- aumentare da 3 a 5 le postazioni di accoglienza amministrativa delle prestazioni di Laboratorio Analisi nell'Ospedale San Bassiano;
- affidare alla stessa società gli analoghi servizi delle sedi territoriali.

#### *Global Service*

Il Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa si distingue per le caratteristiche architettoniche e organizzativo-funzionali e per i contenuti tecnologici ed impiantistici. Una sua gestione efficace richiedeva un'innovativa strategia organizzativa, capace in particolare di mantenere efficiente e tenere sotto controllo unitariamente tutto il complesso sistema edificio-impianti del nuovo ospedale. Tale gestione viene quindi affidata con un contratto di "Global Service" ad un unico "fornitore specialistico e qualificato in grado di assumere tutte le responsabilità connesse alla gestione integrata di un bene complesso al fine di ottenere la massima qualità e sicurezza al minor costo possibile". Il contratto comprende la gestione e conservazione dei beni immobili, il servizio per l'energia, la fornitura di servizi di supporto, i lavori di completamento e i lavori di riqualificazione tecnologica. La modalità gestionale adottata presenta una semplificazione ed economia organizzativa.

#### *Rete delle Cure Palliative*

L'Azienda ha realizzato un'efficiente ed efficace rete per le cure palliative e la lotta al dolore. Sono state sviluppate le diverse modalità di erogazione, in particolare quella domiciliare, anche specialistica (con 243 utenti seguiti nel 2007 e un tempo medio di cura di 62 giorni) e presso la nuova struttura residenziale per malati terminali, l'Hospice, dotata di 8 posti, a gestione mista, pubblica per il personale e la Direzione Medica e privata per la parte logistica ed alberghiera

(71 utenti nel 2007, con un tempo medio di presenza di 32,5 giorni a paziente). È stata incrementata la dotazione di personale del Nucleo per le Cure Palliative, dedicando parte dello stesso, in modo esclusivo o prevalente, all'Hospice. Inoltre, è stato attivato un progetto aziendale "Contro il dolore inutile". La soddisfazione degli utenti risulta molto elevata, sia rispetto al personale che al trattamento logistico-alberghiero per l'Hospice. Sono stati altresì realizzati corsi di formazione ad hoc per gli operatori, sia del servizio che altri coinvolti nella gestione di tali pazienti. L'obiettivo fondamentale è quello di prendersi carico, in tutti i diversi aspetti, dei pazienti oncologici, ma anche di quelli con altre patologie in fase terminale della vita, seguendo altresì i loro familiari, mantenendo standard elevati di assistenza e permettendo il decesso al proprio domicilio o in luoghi il più possibile riproducenti il contesto familiare (nel 2007, dei 186 assistiti deceduti, il 70% è deceduto a casa o in hospice).

#### *Osservatorio regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza*

L'Osservatorio è attivo presso l'Azienda ULSS 3 sin dal 1998 e rappresenta un punto di riferimento per coloro che agiscono professionalmente o in base ad un impegno culturale, politico, sociale o di volontariato per la promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti nella nostra Regione. L'Osservatorio mira a contribuire attivamente alla costruzione di un quadro completo e costantemente aggiornato di conoscenze sulla condizione dei minori e sui loro bisogni, in un rapporto di stretta collaborazione con le altre agenzie pubbliche e del privato sociale presenti sul territorio. Attraverso la sua attività di documentazione, ricerca ed analisi, fornisce alla Regione elementi utili per pianificare e programmare interventi diffondendo nel contempo le informazioni a tutti gli operatori, favorendo la circolazione e la valorizzazione delle esperienze territoriali.

#### *Azienda ULSS 4 Alto Vicentino e Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino: le migliori pratiche*

#### *UTAP*

L'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), formata dall'associazione di più Medici convenzionati, è punto di riferimento e coordinamento delle attività di alcuni specialisti per il raggiungimento di obiettivi distrettuali e si integra al servizio di continuità assistenziale per garantire alla comunità una presa in carico nelle 24 ore. L'area di maggiore efficacia attesa è costituita dalla garanzia della "presa in carico" e della continuità terapeutica per l'assistito, evitando il frazionamento della risposta o la ricerca da parte dello stesso di soluzioni al suo bisogno che potrebbero rivelarsi inefficaci oltre che inappropriate. Tutto il processo di comunicazione si basa su di un'adeguata rete informatica e sull'utilizzo di un call center quale "Centrale Operativa Unica" che favorisce, oltre alla rilevazione di tutte le attività, una

organizzazione che garantisce la comunicazione tra cittadini e Medici di Assistenza Primaria (MAP) e tra i vari attori coinvolti nelle cure primarie.

#### *Dipartimento delle Cure Primarie*

Storicamente formato dalle Unità Operative Cure Primarie e Bambino Famiglia dei due Distretti Socio Sanitari, ha subito una netta riorganizzazione: adesso accoglie al suo interno anche l'Unità Operativa Complessa di Diabetologia. Il diabete è infatti una patologia cronica il cui luogo di elezione per un miglior trattamento è il territorio, riservando all'ospedale il trattamento delle sole fasi acute della malattia.

#### *Informatizzazione del territorio (Sistema Informativo Territoriale)*

È stata avviata una procedura di gestione dell'Anagrafe assistiti, sviluppata una interfaccia esterna della procedura verso le anagrafi dei Comuni per migliorare e razionalizzare i flussi informativi attualmente in atto, garantendo un allineamento tra le anagrafiche e riducendo la possibilità di errori. Si è sviluppato il software per la gestione della presa in carico da parte dei *comuni* con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza sociale e domiciliare (SAD). Tutte le *Case di Riposo* sono attualmente in rete ed è in fase di completamento l'implementazione nelle strutture del software per l'attivazione delle fasi di accettazione<sup>17</sup>, della gestione clinica (con particolare riferimento alla scheda di terapia) della gestione dei bisogni assistenziali e utilizzo della Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA) generalizzata per l'ingresso e per le Unità Operative Interne.

603

#### *Circuito delle dimissioni protette*

L'obiettivo fondamentale è la presa in carico del paziente fragile da parte dei servizi territoriali già durante la fase di ricovero ospedaliero, attraverso la conoscenza di tutti i dati socio-sanitari utili alla definizione di un percorso assistenziale idoneo. La condivisione delle informazioni è stata realizzata attraverso l'implementazione di un protocollo operativo fra professionisti e con il supporto di uno strumento informatico comune tra Ospedale e Territorio. L'Unità Operativa di degenza viene avvisata se un paziente ricoverato è già seguito dai servizi territoriali (ADI, Comuni, Strutture Residenziali, ecc.) e può consultare la cartella clinica *alimentata* dal territorio. Viceversa, nel caso in cui il paziente non sia noto ai Servizi Territoriali e venga valutato dal reparto ospedaliero come un paziente fragile, l'Unità Operativa segnala il caso ai Servizi Territoriali attraverso una scheda informatizzata per l'attivazione del percorso di dimissione protetta.

<sup>17</sup> Integrazione informativa con le liste d'attesa delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD) disponibili a livello informatico.

La Centrale Operativa dell'ADI provvede quindi a definire a livello informatico un "piano dimissioni protette" e ad inserire un "diario Informatizzato" che permetta il dialogo bidirezionale e la visione della cartella clinica tra Ospedale e Territorio. Tutti gli attori del contesto presentato *alimentano* inoltre il sistema "giorno per giorno" con la compilazione di documenti strutturati di valutazione, monitoraggio e verifica.

### *Azienda ULSS 6 Vicenza: le migliori pratiche*

#### *Riorganizzazione del reparto di Medicina*

Il reparto di Medicina di Vicenza è diventato, una struttura divisa in tre aree a diversa intensità assistenziale in relazione al disturbo o al problema accusato dal paziente. Un'area ad alta intensità, una normale ed una a bassa intensità. La prima, maggiormente critica, ha a disposizione 27 posti letto ed è riservata a pazienti gravi che presentano malattie acute non ancora diagnosticate e parametri vitali instabili che necessitano di un monitoraggio continuo. La seconda (37 posti letto) è riservata a malattie acute non ancora stabilizzate che necessitano di osservazione prolungata ma che presentano i parametri vitali non compromessi. L'ultima (22 posti) è destinata a pazienti con parametri stabili ma fragili.

#### *Centro di Emato-Oncologia*

Grazie alla fondazione *Città della Speranza*, è nato il *Centro di Emato-Oncologia* per curare bambini leucemici, braccio operativo del Centro Regionale dell'Università di Padova. Il centro fornisce supervisione con diagnosi e programmi terapeutici: si tratta di un esempio virtuoso di sinergia tra pubblico e privato che ha permesso di ottimizzare le risorse, nonché di rappresentare un modello di servizio in cui si uniscono le forze dei professionisti della salute, del volontariato e delle associazioni, raggiungendo il traguardo di assicurare risposte qualificate a terapie complesse senza costringere i bambini e le loro famiglie a spostarsi in altre città. Inoltre, grazie all'inaugurazione di un Day Hospital per bambini malati di tumore del sangue e di un ambulatorio attrezzato per le procedure di analgesia, si rende possibile ogni anno, nella provincia di Vicenza, la guarigione del 75% di bambini ammalati di patologie emato-oncologiche in quanto inseriti in programmi di cura qualificati.

#### *Reparto di Nefrologia, Dialisi e Trapianto del Rene*

Si tratta di una struttura all'avanguardia conosciuta in Europa come "Vicenza Model". Il dipartimento afferisce all'Area vasta di Vicenza e ha permesso la condivisione di protocolli e procedure terapeutiche per garantire uno standard di terapia uniforme nel territorio provinciale. Il *Centro Dialisi* si è così "fatto in tre": il reparto di Nefrologia, primo reparto interaziendale veneto, è a disposizione degli Ospedali di Vicenza, Arzignano e Valdagno.

Attività del dipartimento (dati del 2006)	
Pazienti in dialisi	330
Trattamenti in dialisi extracorporea	30.000
Pazienti in dialisi peritoneale	120
Trapianti	30
Pazienti già trapiantati seguiti	450
Visite ambulatoriali	50.000

#### *Progetto dialisi trasportabile*

Un team composto dal primario di nefrologia e da ingegneri ha ideato un container in grado di effettuare la depurazione del sangue in ambienti esterni: si tratta di un Centro Dialisi trasportabile in zone impervie con elicottero o camion, da mettere in azione in seguito ad eventi catastrofici. In questi casi di emergenza la dialisi trasportabile rappresenta uno strumento che in tempi brevissimi riesce a depurare il sangue e condurre velocemente i pazienti in aree ospedaliere.

#### *Reparto di Medicina nucleare*

Il Reparto di Medicina Nucleare ed Ematologia ha presentato un nuovo protocollo di cura per chi è affetto da linfoma, che prevede l'iniezione in vena di una sostanza che ha analoga funzione di un farmaco intelligente. Un antigene (CD-20) riconosce la lesione tumorale, la individua e la distrugge con estrema precisione. I vantaggi rispetto la chemioterapia e la radioterapia sono notevoli poiché la sostanza colpisce solo l'area malata e lascia integro il tessuto sano, inoltre il trattamento si esegue in un'unica seduta. Il reparto in un anno effettua 2.400 PET, 7.000 visite di tiroide, 4.000 esami di medicina nucleare classica per malattie del cuore, neoplastiche e cerebro-vascolari, per demenze e morbo di Parkinson, oltre 4.000 densitometrie per valutare livello di osteoporosi e circa 1.000 ecografie

Per il Reparto è stato acquistato un nuovo sofisticato apparato tecnologico: la PET/TAC. Questo strumento, riunisce in sé le caratteristiche peculiari degli esami radiologici e nucleari; riesce cioè a sovrapporre la mappatura funzionale e metabolica alla conformazione anatomica

#### *Nuova Cardiochirurgia*

È stata inaugurata la nuova Cardiochirurgia: nuove sale con tavoli radiotrasparenti che consentono di effettuare certe procedure senza spostare il paziente.

*Centro di Ortottica*

Il Centro di Ortottica si conferma punto di riferimento nazionale, con operazioni complesse ben riuscite rivolte a piccoli pazienti dai 3 agli 8 anni. Il Centro attira pazienti dai 0 ai 13 anni di tutta Italia.

*Polo assistenziale Alzheimer*

È nato il Polo assistenziale Alzheimer, patologia che in seguito alla compromissione della sfera cognitiva e mentale porta alla progressiva perdita di autonomia. È situato a Monte Crocetta e può ospitare una cinquantina di pazienti.

*Fondazione San Bortolo*

È nata la Fondazione San Bortolo, la cui mission è quella di reperire risorse per svolgere attività scientifica, fornire borse di studio, attuare lavori di ammodernamento e acquisto di apparecchiature. La Fondazione unisce pubblico e privato reperendo fondi per progetti voluti dalla città di Vicenza.

## 606 Utilizzo della tecnologia a favore dei cittadini e comunicazione all'utenza: proposta di confronto a livello provinciale:

Servizi e modalità di utilizzo della tecnologia	Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
URP Ufficio Relazioni con il Pubblico	X	X	X	X
CUP Centro Unico Prenotazioni	X	X	X	X
Prenotazioni telefoniche e servizio di re-call	X	X	X	X
Prenotazioni via Internet	X			
Portale Internet Aziendale	X	X	X	X
Carta dei Servizi in Internet	X	X	X	X
Forme di pagamento automatico ticket, ecc.	X	X		X
Disdetta prenotazioni 24 ore su 24			X	X
Pubblicazione dei tempi di attesa in Internet e Intranet		X	X	X
Itinerario e orari bus navetta per Ospedali in Internet		X		
Lettura referti e lastre c/o Medici di Medicina Generale		X		X
Invio referti a domicilio su richiesta	X		X	X
Prestazioni a Teleconsulto	X	X		X
Telemedicina	X	X	X	

Servizi e modalità di utilizzo della tecnologia	Azienda ULSS 3	Azienda ULSS 4	Azienda ULSS 5	Azienda ULSS 6
Refertazione esami di laboratorio c/o farmacie	X <sup>18</sup>			
Identificazione del paziente con codebar nei processi diagnostico-terapeutici	X			X
Screening oncologici (+ doppia lettura esami)	X	X	X	
Cartella clinica informatizzata		X	X	
Dimissioni protette informatizzate		X		
Depliant e brochure su temi dedicati	X	X	X	X
Opuscoli di Reparto su permanenza ospedaliera ed eventuale gestione domiciliare	X	X	X	X
Spazi su Emittenti televisive				X
Intranet Aziendale	X	X	X	X
Stampa dedicata	X	X	X	X
Rassegna stampa on line (consultabile in Intranet)		X		X <sup>19</sup>
Periodici aziendali	X	X	X	X

In ambito provinciale, a quanto sopra elencato si aggiungono altri servizi offerti che, anche se non prevedono l'utilizzo di strumenti tecnologici "sostanziosi", migliorano sensibilmente la qualità, ad esempio:

#### *Azienda ULSS 4 Alto Vicentino:*

##### *Asilo nido per utenti "C'era una volta"*

Nel 2007 sono stati inaugurati i locali appositamente predisposti presso l'Ospedale di Thiene. Il progetto, promosso dal Comitato Pari Opportunità, permette agli adulti che devono effettuare visite all'Ospedale, di affidare i bambini al personale incaricato e in uno spazio dedicato, per il tempo necessario all'espletamento della prestazione.

##### *Bus navetta ospedali*

È attivo un servizio di bus navetta che collega i due Presidi Ospedalieri consentendo agli utenti di spostarsi per eseguire prestazioni/accertamenti anche se impossibilitati ad utilizzare un mezzo proprio o se invalidi. Le corse prevedono percorsi di andata/ritorno a cadenza oraria dalla mattina alla sera ed una fermata intermedia nei pressi della Sede del Distretto Socio Sanitario per consentire l'accesso ai servizi distrettuali e agli sportelli ivi presenti.

<sup>18</sup> Nel 2007 è stato stipulato un accordo tra l'ULSS 3 e l'Associazione delle farmacie vicentine per il quale è possibile ritirare, da parte dei cittadini, i referti degli esami di Laboratorio analisi eseguiti in Servizio Sanitario Nazionale presso le Farmacie del territorio. È un servizio gratuito, che non implica ulteriori procedure amministrative per l'utente e ne garantisce totalmente la privacy tramite un sistema di protezione dei dati personali.

<sup>19</sup> Esiste anche una Rassegna Stampa on line.

### *Azienda ULSS 6 Vicenza:*

La Direzione Aziendale ha perseguito una politica di forte potenziamento e di miglioramento degli strumenti di comunicazione esterna ed interna. In particolare sono stati attivati e/o potenziati:

#### *Nuovo Sistema multimediale "ULSSEINFORMA"*

Da circa un anno è stato attivato il nuovo sistema di informazione televisiva aziendale a circuito chiuso intitolato "ULSSEINFORMA". Esso è composto da una cabina centrale di regia e una serie di monitor collocati in diverse postazioni ospedaliere e territoriali. Esso fornisce all'utenza, in diverse lingue, informazioni sulle attività e sui Servizi aziendali, informazioni di prevenzione, trasmissioni di educazione e promozione della salute e notizie di attualità (agenzia Ansa). Ciascuna delle attuali 20 postazioni trasmette notizie diversificate, cioè specifiche per il Servizio dove è posizionato oltre a notizie generali.

#### *Servizio Videoteca Clinica*

Si effettua la ripresa e l'immissione on line delle immagini di eventi aziendali (chirurgici, formativi, istituzionali, ecc.) ritenuti di interesse socio sanitario per il personale aziendale e per il pubblico.

#### *Conferenze stampa*

Comunicati stampa, mirati a far conoscere alla popolazione tutte le innovazioni e le nuove strutture attivate.

L'Azienda realizza inoltre:

- pieghevoli informativi sulle varie Unità Operative e Servizi Aziendali, distribuiti a tutti i pazienti;
- testi istituzionali (es. Vicenza, i suoi Ospedali, La sanità Vicentina verso il terzo millennio, Bilancio di Mandato);
- CD rom quali supporti informatici per le refertazioni di lastre ed esami radiologici;
- DVD e CD rom con le riprese degli eventi informativi e formativi aziendali (Incontri organizzati dalla Biblioteca Biomedica, Atti convegno Pari Opportunità, ecc.).

*Le realtà di eccellenza**Modello di rete ospedaliera interaziendale*

Lo STeP (Sistema di Televideoconsulto specialistico Provinciale), con l'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino quale capofila provinciale, è stato avviato inizialmente per la sola area di Neurochirurgia, ora è stato definitivamente completato. Nel modello *hub & spoke* la periferia, senza muovere il paziente ma solo i suoi dati, le sue immagini e suoi referti, chiede il consulto al polo specialistico. Solo se è strettamente necessario il paziente verrà inviato al centro per l'eventuale intervento, nei restanti casi non ci sarà più bisogno.

*Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa:**Certificazioni UNI EN ISO*

L'Azienda ha da tempo iniziato i percorsi per le certificazioni, confermando o rinnovando nel 2006-2007 quella della Ristorazione aziendale e attività correlate e quelle delle Strutture Complesse di Cardiologia e di Otorinolaringoiatria ed ottenendo nel 2007 la certificazione del Laboratorio analisi (nelle 2 sedi di Bassano e di Asiago) e quella per le Attività ambulatoriali della Pneumologia.

*Riconoscimento OMS-UNICEF all'Ospedale di Bassano  
come "Ospedale Amico del Bambino"  
con attuale estensione al Territorio*

L'Ospedale di Bassano è stato nel 2002 il primo ospedale italiano ad avere tale riconoscimento da parte dell'OMS-UNICEF in seguito alle iniziative ed attività svolte per la promozione dell'allattamento al seno. Tale riconoscimento è stato mantenuto, entrando a far parte della Rete Nazionale degli Ospedali Amici dei Bambini ed è tuttora sostenuto all'interno della struttura ospedaliera di riferimento, anche con iniziative di formazione continua per gli operatori e con corsi e sostegno per le mamme. Più di recente (2006-2007) si è posta tuttavia l'esigenza di promuovere e sostenere l'allattamento materno all'interno della comunità, in un'ottica di maggiore integrazione Ospedale-Territorio, passando dall'Ospedale amico del Bambino alla Comunità Amica (BFCI). Ciò ha portato a definire uno specifico progetto aziendale con gli obiettivi di aumentare il numero di bambini allattati al seno e di sperimentare il Piano "7 passi" (specificatamente predisposto dall'OMS per il territorio), sostenendo le madri nel mantenere l'allattamento materno, garantendo la continuità d'informazione, promuovendo la cooperazione tra il personale sanitario e la comunità locale, con il coinvolgimento di tutte le strutture territoriali, con l'attivazione di gruppi di mutuo-auto-aiuto e la disponibilità di farmacie e di asili nido nel dedicare spazi, nonché monitorando e valutando i risultati ottenuti.

### *Azienda ULSS 4 Alto Vicentino:*

#### Screening

L'Azienda ULSS n. 4 non offre specialità di eccellenza ma presenta una realtà di eccellenza a livello regionale per quanto concerne la prevenzione dei tumori attraverso l'attività di screening. L'Azienda infatti è tra le prime per adesione e riuscita degli screening oncologici, per i quali si conferma al di sopra delle medie regionali. Un sorprendente successo ha riscosso anche la campagna per la prevenzione del tumore del colon retto. Nel 2007 sono stati registrati ottimi risultati sia in termini estensione che di adesione (dati provvisori di adesione corretta danno il mammografico all'85%, il citologico al 78% ed il colon-retto al 77%). I programmi sono ormai consolidati: il mammografico è al quarto round, il citologico al terzo ed il colon al secondo. Si può indubbiamente da citare la doppia lettura FOBT<sup>20</sup> e Mx<sup>21</sup> che consente di ridurre ulteriormente il margine di errore negli esiti di screening.

#### *Certificazioni ISO e Accredimento di eccellenza*

L'Azienda vede già un Servizio Veterinario in possesso della Certificazione ISO 9000 ed un Servizio della Formazione del Personale certificato. È in fase avanzata il procedimento per l'accreditamento di eccellenza nell'ambito di un programma triennale che ha visto impegnata l'azienda sia nella formazione dei valutatori interni (per l'autovalutazione) con corsi dedicati e con incontri specifici per i Responsabili delle Strutture Complesse, sia nello svolgimento dell'iter burocratico per l'espletamento della gara di aggiudicazione.

#### *Ospedaledonna – Bollini Rosa*

Nell'ambito del progetto "Ospedaledonna", l'Azienda ULSS 4 ha ricevuto il riconoscimento di Ospedale che rivolge particolare attenzione alla salute femminile rispondendo a determinati requisiti inerenti il grado di attenzione alle donne ricoverate.

### *Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino:*

#### *Ospedaledonna – Bollini Rosa*

Nel 2007 sono stati assegnati 2 "Bollini Rosa" all'Azienda ULLSS 5 Ovest Vicentino, per la particolare attenzione delle cure rivolte alle donne, dal Centro Donna. Quest'ultimo è la denominazione di un'attività multidisciplinare situata all'interno del Centro Sanitario Polifunzionale di Montecchio Maggiore, organizzata attorno alla donna, che in tempi brevissimi (10 giorni) riceve risposta e accompagnamento.

<sup>20</sup> FOBT = fecal occult blood test (ricerca del sangue occulto fecale)

<sup>21</sup> Mx = Mammografia

Il Centro Donna svolge attività di screening dei tumori alla cervice uterina e al seno, diagnosi e terapia e riabilitazione per le patologie femminili. Dal momento del primo sospetto o dalla visita di controllo la donna viene accompagnata in un percorso che comprende tutte le fasi diagnostiche, la terapia, gli interventi, le cure oncologiche, la riabilitazione anche con idroterapia nella piscina riabilitativa. È attiva inoltre l'assistenza della psicologa. Non va infine sottaciuto il supporto relativo all'accompagnamento delle volontarie dell'Associazione Nazionale Donne Operate al Seno.

#### *Rete dell'infarto Miocardico*

Nell'ambito della *Rete integrata interospedaliera per il trattamento dell'infarto miocardio acuto* nella Regione Veneto, l'Azienda ULSS 5 sta mettendo a punto una rete informatica che seguirà tutti gli utenti e li metterà in sicurezza in caso di infarto del miocardio. I pazienti, ovunque saranno, verranno sottoposti a elettrocardiogramma con una moderna attrezzatura portatile. Il tracciato verrà subito teletrasmesso e, attraverso il sistema STeP, l'operatore entrerà in collegamento con il cardiologo dell'Unità Coronarica. Egli valuterà il tracciato e, in caso di infarto, inizierà un percorso guidato per il paziente che terminerà presso il laboratorio di emodinamica dell'Ospedale di Vicenza o, a seconda della situazione clinica, presso l'Unità Coronarica dell'Azienda ULSS 5.

#### *Attività sanitarie di Riabilitazione*

Le prestazioni riabilitative sanitarie erogate dall'Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale (con piscina idroterapica) di Lonigo, che si occupa della riabilitazione di pazienti adulti-anziani affetti da disordini motori e/o del linguaggio e della deglutizione secondari a lesioni di natura:

- ortopedico-traumatologica;
- reumatologica;
- neurologica.

#### *Ortopedia*

È tra le realtà di eccellenza di questa azienda, soprattutto per la realizzazione di interventi di fratture di femore e più di cento interventi di protesi d'anca all'anno.

#### *Azienda ULSS 6 Vicenza:*

Le principali eccellenze dell'Azienda si possono suddividere in alcune aree:

##### *Area neurochirurgica*

Si tratta dell'area nella quale, dopo l'acquisto di un'apparecchiatura ad alto contenuto tecnologico come il Cyberknife, gravitano elevate prestazioni chirurgiche. A Vicenza si svolgono

progetti di formazione rivolti a medici di tutta Europa che vogliono acquisire lo strumento sofisticato. Nell'area si sono sviluppati progetti di ricerca e di elevata tecnologia/know-how neurochirurgico e neuroradiologico. Il Cyberknife è operativo all'ospedale di Vicenza dal 2003, grazie ad esso vengono eseguiti gli interventi di radiochirurgia. L'apparecchio consta essenzialmente dell'uso combinato e integrato di più tecnologie, un sistema di guida ad immagini ed un braccio robotico su cui è montato un acceleratore lineare miniaturizzato.

Durante la fase diagnostica di studio e di preparazione dell'intervento la forma e la sede della lesione vengono ricostruite tridimensionalmente sulla base dell'elaborazione e della fusione di immagini TAC, RMN e/o angiografiche. Nel computer del piano di trattamento vengono delineati bersaglio e strutture critiche. Sulla base dei requisiti clinici il programma studia un piano di trattamento adeguato e il tutto viene inoltrato al computer del sistema radiochirurgico.

La fase operatoria utilizza un sistema di guida ad immagini che permette di localizzare con precisione il tumore ed un braccio robotico, capace di muoversi intorno al paziente, su cui è installato un acceleratore lineare miniaturizzato che emette fasci di radiazioni X precisamente collimati e mirati sul bersaglio.

Lo strumento, in generale, può essere usato per trattare numerose patologie, tumori e malformazioni altrimenti inoperabili. Le casistiche che di regola affrontiamo sono per lo più angiomi cerebrali, cioè malformazioni che possono determinare emorragie cerebrali: con questo sistema si riesce a curarli e chiuderli senza bisogno di esportarli. Si interviene inoltre su tumori, sia maligni che benigni, metastasi cerebrali e meningiomi di difficile aggressione chirurgica. Grazie a macchine come questa il concetto di radiochirurgia può essere applicato anche a distretti vicini, la stessa tecnica può essere utilizzata per distruggere lesioni anche in altri organi (esempio: fegato e pancreas). Dal gennaio 2003 a Vicenza sono stati operati oltre 1.400 pazienti, residenti in Italia e provenienti dall'estero.

#### *Area Maxillo-facciale:*

Vicenza è un punto di riferimento nazionale per la cura delle malformazioni e l'oncologia cranio-facciale. La chirurgia maxillofacciale si interessa delle malattie dello scheletro facciale: capo, collo e faccia. Vicenza ha una lunga tradizione in questo campo: il reparto è al vertice in questa specialità sia in Italia che in Europa, cura le malattie traumatiche, cioè le fratture della mandibola, del mascellare, del naso, delle orbite, e le malformazioni della faccia e del cranio. Funge infatti da centro di studio delle malformazioni craniofacciali e ne cura la più frequente: il cosiddetto labbro leporino. L'affluenza dei pazienti provenienti da fuori Vicenza è superiore al

70%. La casistica operatoria occupa i primi posti in Europa: il reparto è in grado di affrontare tutta la patologia neoplastica, i tumori benigni ed i tumori maligni, del cavo orale, i tumori della lingua, i tumori mascellari, i tumori che possono invadere più o meno l'orbita. Si tratta di patologie di una specialità "di confine", poiché si interessa di casi al limite delle competenze degli otorini, al limite delle competenze del neurochirurgo o del chirurgo classico. L'équipe deve riuscire a coniugare competenze professionali importanti ad una profonda umanità e capacità di approccio al paziente. Esiste una molteplicità di reazioni psicologiche a queste patologie, è quindi necessaria una certa capacità di personalizzare il rapporto e di riconoscere non solo i bisogni legati alla patologia del paziente ma anche di rapporto e relazione.

#### *Area di Medicina Fisica riabilitativa - Fisiocinesi terapia*

L'area presenta tratti di eccellenza regionale per le patologie spinali. L'Unità Spinale accoglie i pazienti paraplegici e tetraplegici con lesioni gravi (riportate sempre più spesso a causa di incidenti stradali). In tutta Italia sono presenti solo nove reparti come questo che è l'unico centro della Regione del Veneto. È un reparto particolare perché è ad alta intensità riabilitativa e ad alta specialità per la riabilitazione e costituisce il Centro regionale di riferimento per i lesionati midollari: accoglie infatti i pazienti che per incidenti stradali, sul lavoro, sportivi, o a causa anche di aggressioni, subiscono una lesione al midollo spinale andando così incontro a gravi disabilità motorie, risultando privi dell'utilizzo delle gambe o degli arti superiori, a seconda del livello di lesione. Si prende cura di pazienti che presentano altri gravi problemi per quelle attività strettamente collegate alla funzione del midollo, come le funzioni intestinali o quelle sessuali, anche se la parte cognitiva è perfettamente integra. Nel reparto confluiscono tutti i pazienti, provenienti dalle rianimazioni o dalle neurologie, che hanno subito un grave danneggiamento, un trauma cranico o una grave emorragia celebrale. Un'altra tipologia di pazienti che accogliamo sono i gravi cerebrolesi, come ad esempio chi ha subito un ictus e arriva direttamente dalla Stroke Unit di Neurologia. I pazienti affluiscono da Belluno, Venezia, Treviso, Padova e da tutto l'est della Regione Veneto. Oltre all'attività di reparto e di day hospital, viene svolta attività di consulenza in ortopedia, in neurologia, in rianimazione, in malattie intensive, in pediatria e in neonatologia.

#### *Area Ematologica*

È stato il primo reparto veneto di questa disciplina e uno dei primi in Italia. Si occupa delle malattie ereditarie della coagulazione, di tipo emorragico e trombotico, dei difetti delle piastrine, della patologia dei globuli rossi, delle forme tumorali. Oggi la probabilità di guarigione è pari al 50%, mentre negli anni Settanta la morte era pressoché inevitabile. L'Unità Operativa ha 28 posti letto per le degenze, 10 in day hospital, è dotato di ambulatori per analisi e per la ricerca. L'ematologia vicentina ha una lunga tradizione, vanta competenze

approfondite, tecnologia e terapie d'avanguardia, sviluppo continuo delle conoscenze tramite attività di ricerca e dell'attività di volontariato che assiste malati e le loro famiglie. Ha iniziato il percorso di autorizzazione per il Centro di ricerca sulle cellule staminali nella sede di palazzo Baggio, ora in via di ristrutturazione.

#### *Area Nefrologica*

La nefrologia vicentina è all'avanguardia nel settore della innovazione tecnologica e nella ricerca translazionale. Il Dipartimento oggi ha un respiro provinciale con attività in 5 ospedali, fonde la cultura dell'umanesimo e della "pietas" con quella della medicina basata sull'evidenza e del rigore scientifico. Una attività clinica enorme, fatta di oltre 40.000 dialisi l'anno, oltre 130 pazienti in dialisi peritoneale e oltre 40 trapianti di rene all'anno, svolta con amore e "empatia" per il paziente, viene quotidianamente affiancata da una intensa attività di ricerca e di formazione del personale. È un punto di riferimento internazionale con corpus di ricerca di valore mondiale riconosciuto. Lo sforzo multidisciplinare per il malato critico si trasforma in un modello di diagnosi e cura che tende ad unire le competenze dei diversi specialisti in un momento unico. Non più specialisti che vanno e vengono, ma un gruppo di medici competenti nel loro settore che discutono assieme, al letto del malato, fondendo le loro conoscenze e potenziando le possibilità di diagnosi e terapia. Questa visione olistica del malato e questo approccio multidisciplinare al paziente critico è piaciuto alla comunità scientifica internazionale e specialisti di ogni paese e disciplina sono venuti negli anni a Vicenza per testimoniare la loro stima e per dimostrare l'interesse per il lavoro svolto dal gruppo del San Bortolo. A livello internazionale questo viene definito il "VICENZA MODEL" e nella comunità scientifica mondiale ciò viene portato ad esempio di fattiva collaborazione interdisciplinare per il bene del malato.

#### *Centro Provinciale di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso*

Il Centro è un servizio territoriale che offre una attività di tipo ambulatoriale rivolta alla prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso, come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, l'alimentazione incontrollata e l'obesità. Costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici. Le prestazioni sono di tipo ambulatoriale individuale e di gruppo. Per i casi più gravi è previsto un trattamento clinico, nutrizionale e socio-riabilitativo in terapia prolungata (permanenza di otto ore tipo day hospital).

## 7.7 Provincia di Verona

---

Il territorio della Provincia di Verona copre un'area di 3.121 km<sup>2</sup> e comprende 98 Comuni con una popolazione assistita nel 2007 di 896.316 abitanti (49,1% uomini e 50,9% donne), La densità demografica è pari a poco più di 287 abitanti per chilometro quadrato. Nella Provincia sono attive tre Aziende ULSS (Azienda ULSS 20 Verona, Azienda ULSS 21 Legnago, Azienda ULSS 22 Bussolengo) ed un'Azienda Ospedaliera (Azienda Ospedaliera di Verona).

In questi anni il Sistema Socio Sanitario si è evoluto, in modo adattativo, verso forme reticolari la cui complessità si è strutturata negli assetti di comunicazione e in quelli assistenziali fino a realizzare una vera "trama" di nodi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) e di relazioni. Il principio ispiratore che conduce tale evoluzione è l'appropriatezza delle prestazioni assistenziali, sia da un punto di vista clinico che organizzativo. In tale contesto, la rete assistenziale socio-sanitaria rappresenta nel Veneto ed anche nell'area vasta provinciale veronese una realtà particolarmente efficace e dinamica. L'integrazione dell'assistenza è infatti realizzata con la definizione di servizi assistenziali complementari, capaci di orientare l'offerta in rapporto ai bisogni effettivi dell'assistito ed in grado di organizzare le proprie funzioni in relazione al variare della domanda. All'interno di questa rete di servizi i percorsi assistenziali sono definiti con strumenti di valutazione multidimensionale del profilo e dei bisogni della persona, con positivi riflessi sulla riduzione dei ricoveri impropri, sulla fruibilità e sull'accessibilità delle prestazioni.

### *Organizzazione e management*

Per quanto concerne le Aziende che compongono la rete assistenziale provinciale, sul versante organizzativo si è sviluppata l'attività di *Day Care*, in particolare l'assistenza ambulatoriale integrata che ha assunto, anche prima dell'avvio normativo regionale del *Day Service ambulatoriale*, forme autonome di attivazione (ad esempio l'AMID Ambulatorio Integrato Diagnostico presso l'Azienda Ospedaliera di Verona). Analogamente sul piano dell'organizzazione di percorsi integrati di cura diurna si è registrato presso le Aziende lo sviluppo di attività *multispecialistica* di *Day Surgery*. Oltre a ciò sono emerse come strategiche nel corso degli ultimi due anni l'area dei Sistemi Informativi, l'area degli acquisti, della logistica e degli approvvigionamenti (implementate in modo integrato fra le tre Aziende ULSS) e l'area della formazione e della gestione delle risorse umane (in comune tra le Aziende ULSS 20 di Verona e ULSS 22 di Bussolengo).

### *Sviluppo degli interventi e delle collaborazioni tra Aziende*

Sono state avviate e consolidate esperienze di collaborazione tra le quattro Aziende che hanno interessato l'area della farmaceutica, della formazione-informazione e della programmazione

sanitaria. In particolare è stato realizzato un accordo tra le quattro Aziende per la distribuzione diretta dei farmaci tramite la Farmacia dell'Azienda Ospedaliera di Verona ad assistiti della Provincia. Analogamente le tre Aziende ULSS hanno avviato in comune l'acquisto e la distribuzione di medicinali. L'Azienda ULSS 20 e l'Azienda Ospedaliera di Verona hanno inoltre stipulato una convenzione per la fornitura di nutrizione parenterale ed enterale<sup>22</sup> per pazienti in assistenza domiciliare. Le stesse Aziende gestiscono un progetto editoriale di informazione indipendente sui farmaci (*Dialogo sui Farmaci*).

Nell'Area Vasta veronese si registra la presenza dei seguenti Dipartimenti interaziendali:

- Dipartimento di Salute Mentale (Azienda ULSS 20 e Azienda Ospedaliera di Verona);
- Dipartimento Trasfusionale (quattro Aziende provinciali);
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione (Azienda ULSS 20 e Azienda Ospedaliera di Verona);
- Dipartimento di Farmacia (Azienda ULSS 21 e Azienda Ospedaliera di Verona);
- Dipartimento di Radiologia (Azienda ULSS 20 e Azienda Ospedaliera di Verona).

Nell'ambito dei servizi amministrativi sono avviati i seguenti Dipartimenti interaziendali:

- Dipartimento per la gestione e amministrazione del personale (Azienda ULSS 20 e Azienda ULSS 22);
- Dipartimento per il servizio informatico (Aziende ULSS provinciali).

Nel corso del 2007 è stato attivato un Servizio Legale Interaziendale tra le Aziende ULSS 20 e ULSS 21, è stata avviata una collaborazione tra le tre Aziende ULSS nell'ambito regionale dei Rapporti Socio Sanitari Internazionali ed è stato siglato un Protocollo d'intesa per l'Area Vasta tecnica tra le tre Aziende ULSS. Sul versante delle cure primarie è stato adottato un Patto Aziendale 2006-2008 di Area Vasta per i Medici di Medicina Generale ed un il Patto di Area Vasta per la Continuità Assistenziale e per gli Specialisti Ambulatoriali Interni.

Al fine di contenere il tasso di ospedalizzazione è stato adottato dalle quattro Aziende un Piano Provinciale di riduzione dei ricoveri.

Tra le tre Aziende ULSS sono stati attivati sistemi di acquisto centralizzato per: farmaci, vaccini, rinnovo della flotta aziendale e Servizio di Rassegna Stampa Informatizzata.

---

<sup>22</sup> La Nutrizione Artificiale (NA) è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali dei pazienti che non sono più in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale (linee guida SINPE Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo). La finalità fondamentale della nutrizione artificiale è quindi quella di garantire la sopravvivenza delle persone, migliorandone lo stato nutrizionale e garantendo una qualità di vita soddisfacente. Essa si fonda sulla somministrazione dei principali substrati nutrizionali (glucidi, lipidi, fonti azotate, elettroliti, vitamine, oligoelementi, ecc.), attraverso accessi artificiali delle prime vie digestive (sondini naso gastrici, gastrostomia, digiunostomie, ileostomie, ecc) o mediante cateteri venosi. Nel primo caso la locuzione utilizzata è *nutrizione enterale*, mentre nell'eventualità di cateteri venosi si parla di *nutrizione parenterale*.

In particolare è stata pianificata la realizzazione del CUP provinciale.

### *Migliori pratiche*

Nell'area provinciale di Verona sono state sviluppate forme avanzate di aggregazione e collaborazione tra Medici di Medicina Generale mediante accordi provinciali di Area Vasta, che hanno visto la realizzazione di almeno una Unità Primaria di Assistenza Territoriale (UTAP) per ciascuna Azienda. La costituzione dell'UTAP viene enfatizzata quale fulcro della rete assistenziale socio sanitaria territoriale (integrazione Aziende Sanitarie), che ne intercetta la domanda e ne governa i percorsi assicurando continuità alle azioni di cura e riabilitazione e garantendo un elevato grado di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica in elezione.

Sul fronte dell'utilizzo della tecnologia in favore dei cittadini, nel prossimo futuro saranno trasferiti nelle Aziende Sanitarie della provincia di Verona i progetti di telemedicina già attivati nelle Aziende Sanitarie della provincia di Vicenza. Tali progetti riguardano la multiconsulenza clinica, il monitoraggio dei pazienti, la telediagnosi, la cartella clinica e la telecardiologia. Nell'Azienda ULSS 22 è attiva la radiologia digitalizzata che permette la consulenza e la refertazione on line in tempo reale nella sede di Bussolengo di tutti gli esami strumentali effettuati nelle sedi periferiche.

Sul versante dell'organizzazione distrettuale, oltre alla presenza di un Distretto Unico all'interno della Azienda ULSS 21 e 22, si registra nelle tre Aziende territoriali un forte impulso all'implementazione delle cure domiciliari in particolare attraverso l'utilizzo delle dimissioni protette e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che nelle sue diverse forme è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio assistenziali rese al domicilio del malato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso. I modelli di cure domiciliari attivati includono oltre all'ADI, l'assistenza programmata domiciliare fornita dai Medici di Medicina Generale (ed eventualmente anche da specialisti) e l'ospedalizzazione domiciliare.

Sul piano della comunicazione all'utenza dei Servizi Ospedalieri un grosso impulso è stato dato dalla realizzazione ed implementazione a Siti internet aziendali aggiornati con frequenza, che forniscono indicazioni anche sui Tempi di Attesa e si uniscono efficacemente al tradizionale canale comunicativo a mezzo stampa su iniziative promosse dalle Aziende ULSS.

Nel 2007 le Aziende territoriali hanno partecipato al progetto di Rendicontazione Sociale promosso dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria. Questa prima esperienza di redazione del Bilancio Sociale rappresenta la base per la realizzazione di strumenti che rendano possibile un confronto con i "portatori di interesse" delle Aziende stesse.

Nel 2007 i Servizi per l'Integrazione Lavorativa delle tre Aziende ULSS territoriali, 20, 21 e 22, hanno avviato con la Provincia di Verona e il Centro Don Calabria un progetto di rete sull'integrazione lavorativa nelle fasce sociali svantaggiate, finanziato dalla Fondazione Cariverona, allo scopo di migliorare le pratiche di implementazione del collocamento mirato.

#### *Realtà di eccellenza*

Presso l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'Azienda ULSS 21 sono stati individuati due centri *hub* nell'ambito del programma regionale di istituzione della rete interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto (IMA). L'obiettivo iniziale è quello di offrire la possibilità di rivascularizzazione con PTCA<sup>23</sup> ai pazienti a rischio più alto, secondo il protocollo definito. Nelle tre aziende della provincia di Verona sono attivi i programmi di screening per la prevenzione dei tumori della mammella, della cervice e del colon-retto. È stato inoltre avviato un progetto di prevenzione per il rischio cardiovascolare tra l'Azienda ULSS 20 e l'Azienda Ospedaliera di Verona. Nell'ambito delle strutture di assistenza per acuti dell'Azienda Ospedaliera di Verona insistono alcune attività di alta specialità quali trapianti di rene e fegato, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia plastica e centro ustioni, radioterapia. Quest'ultima è presente anche nell'Azienda ULSS 21 di Legnago. Presso l'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Area dell'Azienda ULSS 22) sono attivi l'Unità Gravi Cerebrosi ed il Centro di Riferimento per la Diagnostica di Celiachia. Nell'Azienda ULSS 21 di Legnago è presente un Centro per l'integrazione scolastica di situazioni di handicap ad elevata gravità (Centro di Angiari), unico nel suo genere a livello regionale. Scopo di tale centro è quello di integrare le pratiche riabilitative a favore di minori con grave disabilità all'interno di percorsi personalizzati definiti con istituzioni scolastiche e con le stesse famiglie dei minori. Infine presso le Aziende ULSS della Provincia sono attivi numerosi Centri di Riferimento della Regione Veneto.

#### Centri di Riferimento nella Provincia di Verona

Azienda	Centro di riferimento
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro specializzato per lo studio, la prevenzione e la riabilitazione della mucoviscidosi (fibrosi cistica del pancreas)
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro interregionale di riferimento area vasta per le malattie rare
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro di riferimento per la diagnosi e la predisposizione del piano terapeutico della Sindrome da iperattività con deficit di attenzione (ADHD)
Azienda Ospedaliera di Verona e Padova	Centro di riferimento regionale per i soggetti stomatizzati

<sup>23</sup> Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (PTCA).

Azienda	Centro di riferimento
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro Ricerche Cliniche Azienda Ospedaliera Istituti Ospedalieri di Verona
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro di riferimento regionale di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro di riferimento regionale per le malattie del pancreas
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro regionale per la Chirurgia della mano
Azienda Ospedaliera di Verona	Entro regionale per l'attività di ricostruzione microchirurgica dei distretti cranio maxillo-facciale
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro regionale specializzato per la chirurgia e la riabilitazione bionica dell'udito
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie allergiche
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro regionale aggiornamento permanente ricostruzione mammaria
Azienda Ospedaliera di Verona e Padova	Centro regionale di riferimento della nutrizione artificiale domiciliare in pediatria (NADP)
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro regionale per la retinopatia della prematurità
Azienda Ospedaliera di Verona	Centro di riferimento regionale per l'osteoporosi di Verona
Azienda Ospedaliera di Verona e Azienda ULSS 20 Verona	Centro interaziendale e interdipartimentale con funzione di centro regionale e centro di riferimento provinciale per i disturbi comportamentali dell'alimentazione
Servizio farmaceutico dell'Azienda ULSS 20	Centro di riferimento regionale sul farmaco
Farmacologia Università degli Studi di Verona	
Farmacia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera di Verona	
Azienda ULSS 20 Verona	Centro di riferimento regionale per i disturbi specifici dell'apprendimento
Azienda ULSS 20 Verona	Centro di riferimento regionale per la prevenzione dei viaggiatori internazionali
Azienda ULSS 20 Verona	Centro di riferimento per la promozione della salute
Azienda ULSS 20 Verona	Centro regionale di diabetologia pediatrica
Azienda ULSS 21 Legnago	Centro di riferimento regionale per l'infarto miocardico acuto
Azienda ULSS 22 Bussolengo	Centro nazionale di riferimento per lo studio, ricerca, cura degli effetti tardivi della polio (sindrome post-polio)
Azienda ULSS 22 Bussolengo	Centro tematico regionale di epidemiologia ambientale

*Alcune considerazioni*

Nell'Area Vasta provinciale, in cui insistono le tre Aziende ULSS (Verona, Bussolengo, Legnago) e l'Azienda Ospedaliera di Verona è stato avviato da tempo, e successivamente perfezionato, un percorso che segue le linee di evoluzione sistemica dei bisogni socio-sanitari della popolazione, alla ricerca di strumenti organizzativi, operativi e tecnici per il loro più appropriato soddisfacimento. Nel corso dei primi sei mesi del 2008, tale impegno si è ulteriormente concretizzato in una sempre maggiore integrazione in ambito di pianificazione e realizzazione di servizi "trasversali" e di collaborazione anche sul piano della ricerca e della formazione, nell'ottica di definire e stabilizzare reti assistenziali omogenee e "trasparenti" per il cittadino.

## 7.8 Provincia di Rovigo

---

La Provincia di Rovigo nel 2007 conta 246.255 abitanti (48,53% maschi e 51,47 femmine). La sua estensione territoriale è pari a 1.789 km<sup>2</sup> e la sua densità abitativa è pari a 138 abitanti per chilometro quadrato. I Comuni che compongono la Provincia sono 50. Nel territorio sono attive due Aziende ULSS (Azienda ULSS 18 Rovigo e Azienda ULSS 19 Rovigo). Un aspetto che emerge dall'assetto territoriale è la grande estensione in lunghezza della Provincia, della superficie di alcuni comuni e, conseguentemente, la bassa densità per abitante di alcune zone tra cui, per esempio, il Comune di Porto Tolle (45 abitanti per Km<sup>2</sup>). Tutto ciò ha strette implicazioni nella progettazione dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

### *Organizzazione e management*

Le Aziende ULSS 18 e ULSS 19 perseguono la loro *missione* in modo da assicurare una crescente integrazione tra processi assistenziali e organizzativi, ponendo attenzione alla centralità del cittadino, ai suoi bisogni e all'equità di accesso, ma anche cercando di armonizzare tale centralità con le esigenze e le aspettative delle altre parti interessate al funzionamento dell'Azienda. L'azione complessiva delle Aziende è orientata a sostenere e a sviluppare nella comunità la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società civile e sociale, la partecipazione e il coinvolgimento delle persone e della comunità.

I *valori* principali cui si ispirano le Aziende ULSS 18 e 19 sono quelli propri di una pubblica amministrazione che impernia la sua attività nella relazione tra le persone, cioè tra i cittadini e gli operatori: libertà di scelta del cittadino, tutela della vita umana, responsabilità verso la comunità, lealtà dei membri dell'organizzazione, collaborazione tra i professionisti, coerenza tra principi e comportamenti, servizio ai cittadini, crescita personale degli operatori, sostegno e sviluppo della comunità, miglioramento continuo, professionalità, legittimità e legalità, imparzialità, buona amministrazione e trasparenza.

La *visione* aziendale è caratterizzata da una sfida impegnativa: bilanciare il continuo e rapido miglioramento dei servizi destinati ai cittadini (nuove attrezzature, nuove attività assistenziali, nuovi farmaci, ecc.) con una costante attenzione al miglioramento della efficienza organizzativa aziendale (razionalizzazione, controllo dei costi, semplificazione delle procedure e dei processi, ecc.).

Dall'esame degli Atti aziendali delle due Aziende ULSS che servono il territorio della Provincia di Rovigo, si desume che il modello di organizzazione e di gestione ordinario comune ad entrambe è quello per *Dipartimenti*.

Esistono Dipartimenti strutturali, nei quali le strutture complesse e semplici sono aggregate gerarchicamente e, ove possibile, anche fisicamente, in modo da favorire la gestione in comune delle risorse. I Dipartimenti funzionali sono invece costituiti da strutture complesse e semplici che perseguono finalità comuni. I Dipartimenti concorrono al funzionamento delle tre Strutture tecnico-funzionali delle Aziende, cioè il Distretto Socio Sanitario, l'Ospedale e il Dipartimento di Prevenzione.

Le strutture facenti parte dei Dipartimenti possono appartenere anche ad Aziende Sanitarie diverse, nell'ambito degli indirizzi programmatori regionali o di "area vasta", dando luogo ai Dipartimenti interaziendali, con lo scopo di armonizzare e coordinare attività clinico-assistenziali o di natura amministrativa, utilizzare in modo efficiente e razionale le tecnologie e le risorse disponibili, aumentare il livello di professionalità degli operatori e migliorare la qualità dei risultati (per esempio, Dipartimento provinciale di medicina trasfusionale).

In altri casi i Dipartimenti sono transmurali, costituiti da strutture operative complesse e semplici dell'Ospedale e del Distretto, al fine di perseguire obiettivi di integrazione e continuità dell'assistenza socio-sanitaria (ad esempio Dipartimento materno-infantile e della famiglia).

Una importante specificità organizzativa che ha caratterizzato le due Aziende sanitarie è stata la scelta di sviluppare, a partire dal 2005, un sistema informativo comune, unica esperienza finora nella Regione Veneto, che porterà a *rendere omogenei e con una sola gestione logistica e informatica i sistemi informatici* delle due Aziende Sanitarie della Provincia di Rovigo. Parte delle attività oltre descritte sono state rese possibili da un finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, per quasi 9 milioni di euro (progetto "Sviluppo della telemedicina in ambito provinciale"), pesando quindi in maniera limitata sui bilanci delle due Aziende sanitarie. Per la realizzazione sono stati definiti accordi non solo tra le due Aziende, ma anche con le strutture sanitarie private accreditate della Provincia per la condivisione di alcuni applicativi.

Per fare ciò, le Aziende ULSS 18 e 19 hanno effettuato ingenti investimenti strutturali e organizzativi sul versante informativo, finalizzati a raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- integrare le informazioni cliniche relative ai pazienti, per un reale governo clinico dei percorsi assistenziali;
- ottimizzare i processi tecnico-amministrativi di supporto;
- sviluppare sinergie operative tra le due Aziende pubbliche e con le altre strutture accreditate.

Per raggiungere obiettivi così ambiziosi, è stato necessario portare a termine un'azione di completa sostituzione del sistema informativo esistente, che ha comportato:

- la creazione di infrastrutture di rete (dati/fonia) in ambito provinciale;
- l'adeguamento del centro di calcolo e la creazione di circa 3.000 stazioni di lavoro;

- il rinnovo dei software applicativi aziendali, sia sanitari che amministrativi (sistemi di gestione delle immagini, software dedicati, firma digitale, sistemi di crittografia, ecc.);
- sviluppo di nuovi modelli organizzativi assistenziali e tecnico-amministrativo.

Il programma congiunto è iniziato con le procedure relative alla parte territoriale (ADI, Case di Riposo, Consultori, ecc.) ed è continuato, rendendole uniche per la provincia di Rovigo e portandole a regime nel 2006, con le procedure relative all'*anagrafe sanitaria* e al Centro Unico Prenotazioni Provinciale.

Il CUP delle Aziende ULSS 18 e 19 è lo strumento che garantisce il collegamento tra la domanda e l'offerta di prestazioni ambulatoriali e che permette l'effettuazione di prenotazioni per tutte le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private presenti nelle due ULSS. Nel 2006 è stata introdotta una nuova procedura informatica, che ha consentito di realizzare un sistema di prenotazione completamente integrato con le altre procedure aziendali di gestione clinica e amministrativa (es. anagrafe, cassa). Il CUP provinciale consente quindi di proporre agli assistiti, in modo trasparente e diretto, tutta la gamma dell'offerta ambulatoriale e dei relativi tempi di attesa presente nell'intero territorio provinciale. Nel corso del 2007 il sistema si è affinato e sono state aggiunte alcune agende delle strutture private presenti nel territorio della Provincia di Rovigo.

Alla fine del 2007 è iniziata l'attività del Call-Center unico provinciale che permette di prenotare, chiamando il numero unico 800061644, tutta l'offerta disponibile sul CUP Provinciale. In concomitanza sono state eliminate le altre strutture di prenotazione telefonica presenti all'interno delle due Aziende ULSS. Dunque dal 2006 è possibile prenotare tutta l'offerta pubblica del territorio polesano da qualsiasi postazione di prenotazione ed è attivo un unico servizio di prenotazione telefonica tramite numero verde, con un notevole vantaggio per l'utente che ha visto diminuire la necessità di dover ricorrere a più interlocutori per poter veder soddisfatte le proprie esigenze.

L'accesso dei cittadini al sistema di prenotazione può avvenire anche recandosi di persona agli sportelli CUP presenti negli ospedali, nei punti sanità distrettuali e nelle farmacie territoriali. Inoltre, alcune strutture operative ambulatoriali sono collegate direttamente al CUP, per consentire una prenotazione più mirata e per ridurre i disagi dei cittadini che devono prenotare esami collegati tra di loro o di controllo. È possibile contattare il CUP anche attraverso la posta elettronica ed è in avanzata fase di realizzazione la possibilità che i singoli cittadini possano effettuare le prenotazioni direttamente e in modo autonomo collegandosi alla rete internet.

È anche attivo un numero verde per disdire le prestazioni già prenotate: questo servizio, facile e rapido da utilizzare, consente di rendere disponibile per altri pazienti dei posti che altrimenti resterebbero inutilizzati ed evita il pagamento delle prestazioni prenotate ma non disdette.

Il sistema informatico interaziendale si è arricchito nel 2006 di un unico *sistema di gestione delle immagini (PACS)* per l'intera Provincia: questo ha permesso di eliminare quasi

completamente la produzione di pellicole radiografiche, tramite la visione diretta delle immagini sui monitor dei reparti, degli ambulatori e delle sale operatorie e la consegna ai pazienti ambulatoriali di un CD contenente le immagini radiologiche. Questo comporta, inoltre, la possibilità da parte di medici di Presidi Ospedalieri diversi, appartenenti ad Aziende ULSS diverse, di poter refertare e offrire consulenza, in tempo reale, su immagini radiologiche non prodotte dal proprio ospedale.

Infine, il sistema informatico comune, in ottica di "Area Vasta" a livello provinciale, ha supportato anche la scelta fatta dalle Aziende di Adria e Rovigo di uniformare le procedure amministrativo-contabili attraverso la scelta di migrare a piattaforma client server. Il risultato immediato è stato di adottare un unico piano dei conti e di puntare ad avere un unico archivio dei prodotti e dei clienti/fornitori da sviluppare nel tempo. Le procedure sono installate su elaboratori situati presso il CED di Rovigo. La scelta effettuata permette di aumentare l'efficienza sia nell'uso delle procedure da parte degli operatori, sia di ottenere dei risparmi economici attraverso lo svolgimento di corsi di formazione che si sono tenuti assieme per le due aziende, sia di ottenere condizioni più favorevoli per quanto riguarda i contratti di manutenzione.

#### *Sviluppo degli interventi e delle collaborazioni tra aziende*

Oltre alle attività comuni già descritte per lo sviluppo del sistema informativo comune, le Aziende ULSS 18 e 19 hanno messo in campo nel 2006 e 2007 alcune attività interaziendali di seguito descritte:

*Attività di Area Vasta di Nefrologia-Emodialisi e Nutrizione Clinica* con la messa in rete di tutta l'attività dialitica e di Nutrizione Clinica per le ULSS 14 di Chioggia, 17 di Este e Monselice, 18 di Rovigo e 19 di Adria. L'attività è proiettata alla assistenza di qualità al paziente con insufficienza renale terminale in terapia conservativa e sostitutiva (emodialisi standard, emodialisi ad alti flussi ad alta efficienza, dialisi peritoneale standard e automatizzata, outcome del trapianto renale). La Nutrizione Clinica si articola in prestazioni ambulatoriali su pazienti con problemi nutrizionali e metabolici, e su soggetti con disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità grave), attività chirurgica delle grandi obesità (Centro di chirurgia bariatrica a Trecenta) e attività sul territorio per la Nutrizione artificiale. L'attività è svolta a livello provinciale e transprovinciale.

*Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale* per la Provincia di Rovigo, comprendente le Aziende ULSS 18 di Rovigo e 19 di Adria. L'attività del Servizio si svolge a livello provinciale con la raccolta, validazione e la distribuzione del sangue allo scopo di garantire anche l'autosufficienza regionale e nazionale, di offrire la massima sicurezza al donatore e al

ricevente. La collaborazione con le Associazioni dei Donatori è totale e improntata alla diffusione della cultura della donazione, alla selezione dei donatori e all'educazione sanitaria della popolazione.

*La Centrale Operativa 118 per le Emergenze-Urgenze*, collocata presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia a Rovigo ed è in collegamento diretto con tutti gli ospedali e le basi ambulanze dell'intera Provincia di Rovigo e con le Centrali Operative degli altri 118 della Regione Veneto ed extra Regionali, Centrali Operative della Polizia, dei Carabinieri, dei Vigili del Fuoco e con il Centro Operativo Autostrade. La Centrale Operativa gestisce anche tutte le chiamate per I Medici della Continuità assistenziale ed attiva la reperibilità dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione (SISP, SPISAL e SPV) e dell' ARPAV.

*Dipartimento Interaziendale Funzionale di Pediatria "Salus Pueri"*: attivato e sviluppato sulla base di un accordo di collaborazione tra la Struttura Operativa Complessa di Pediatria dell'Azienda ULSS 18 e l'Azienda Ospedaliera di Padova. Questo accordo, operativo da oltre tre anni, si propone di armonizzare alcuni importanti obiettivi assistenziali in modo da corrispondere ai bisogni di "area vasta" in sinergia con le indicazioni della programmazione regionale. In sinergia con la Direzione del Dipartimento di Pediatria di Padova e della Clinica Pediatrica di Padova vengono condivisi il miglioramento delle attività di Pronto Soccorso pediatrico, di Pediatria d'urgenza, di Assistenza e di Patologia Neonatale, di Assistenza Specialistica pediatrica.

*Convenzione per la lettura dei vetrini di anatomia patologica*: al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa dei pazienti oncologici l'Azienda ULSS 19 ha stipulato un'apposita convenzione con la Struttura Operativa Complessa di Anatomia Patologica di Rovigo.

*Commissione Provinciale per l'accertamento della morte celebrale*: il servizio, connesso alla donazione di organi, è assicurato grazie ad accessi da parte dei medici anestesisti dell'Azienda ULSS 19 di Adria presso l'Azienda ULSS 18. La collaborazione tra le due aziende si esplicita in reciprocità con l'accesso di neurologi e di un tecnico di neurofisiopatologia dell'Azienda ULSS 18 presso l'Azienda ULSS 19. Tale attività è stabilita con apposita convenzione biennale. Importante è anche l'attività svolta sul territorio per la sensibilizzazione della popolazione alla tematica della donazione di organi.

*Nutrilandia*: anche nel campo della promozione della salute vengono attuate iniziative di area vasta, come il Progetto annuale "Nutrilandia" per la promozione di una corretta alimentazione e dell'attività fisica. Il progetto ha coinvolto i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

delle Aziende ULSS 18 e 19, le Amministrazioni comunali e scolastiche, Veneto Agricoltura, l'Istituto alberghiero di Adria e i genitori.

*Osservatorio epidemiologico provinciale:* tra il 2006 ed il 2007, è stato condotto (e presentato ad Adria nel corso di uno specifico convegno) lo studio provinciale sulle malattie respiratorie nell'infanzia ed inquinamento atmosferico. La ricerca è stata patrocinata dalla stessa Amministrazione Provinciale ed è stata condotta congiuntamente dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle due Aziende ULSS della provincia di Rovigo e, parallelamente, dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della provincia di Ferrara. Di portata sovra-aziendale risulta anche la *campagna di prevenzione della talassemia e microcitemia* effettuata dai Dipartimenti di Prevenzione delle due Aziende ULSS.

*Nucleo Interaziendale di Controllo (NIC):* i controlli a livello delle Aziende Sanitarie si articolano su due livelli: controlli interni, sulla produzione delle stesse strutture, e controlli esterni, disposti dalle Aziende ULSS e relativi all'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: in particolare, per accertare l'effettiva attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni "traccianti", verificare la presenza della classe di priorità e del sospetto diagnostico sulle prescrizioni, accertare la corretta applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati. Le Aziende ULSS 18 e 19 hanno concordato di delegare i controlli al Nucleo Interaziendale di Controllo (NIC), a cui compete il controllo dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture di ricovero pubbliche e private preaccreditate della Provincia di Rovigo; sulla base di uno specifico piano annuale, il NIC svolge:

- *controlli interni* sulla produzione degli erogatori pubblici della Provincia di Rovigo: ricovero ordinario e diurno, le prestazioni ambulatoriali, le prestazioni ambulatoriali di Day Service;
- *controlli esterni* sulla produzione erogata agli assistiti della Provincia di Rovigo sulle stesse prestazioni di cui al punto a) e, qualora delegati da specifico atto del Direttore Generale, anche ai ricoverati assistiti al di fuori della Provincia di Rovigo.

*Area Vasta di Venezia-Rovigo:* nel 2007 è stata individuata, tra le altre, l'Area Vasta di Venezia-Rovigo, comprendente le Aziende ULSS insistenti sul territorio delle Province medesime: capofila dell'Area Vasta di Venezia-Rovigo è l'Azienda ULSS 12 Veneziana.

*Rapporto con il privato accreditato:* di particolare rilievo appare il citato inserimento delle prestazioni erogate dai privati nel sistema unico di prenotazione provinciale pubblico.

*Razionalizzazione*: vengono in rilievo le azioni poste in essere dall'Azienda ULSS 19 per ridurre il tasso di ospedalizzazione e recuperare razionalità ed efficienza tramite interventi sul piano organizzativo (attuazione del modello dipartimentale tra aree omogenee delle strutture ospedaliere), sul piano tecnico professionale (definizione di aree di attività prevalenti in ogni ospedale) e sul piano strutturale (trasformazione di 20 posti letto per acuti presso la casa di cura di Porto Viro in posti letto di post acuzie).

#### *Migliori pratiche*

Le due Aziende sanitarie presenti in Provincia hanno dato seguito a quanto previsto dai programmi regionali di autorizzazione e accreditamento istituzionale con una serie di iniziative formative che hanno coinvolto non solo i referenti per la qualità delle singole strutture, ma anche un largo numero di operatori, favorendone il coinvolgimento e la consapevolezza.

L'Azienda ULSS 19 nel 2007 ha effettuato le seguenti attività che si possono definire innovative e connotate come "buone pratiche":

- *Progetto "La gestione integrata del paziente diabetico per migliorare la qualità dell'assistenza: protocollo condiviso tra Medico di Medicina Generale e Specialista Diabetologo"*, con i seguenti obiettivi: la diagnosi precoce della malattia diabetica e la prevenzione delle complicanze acute e croniche, il monitoraggio e la gestione del paziente da parte del Medico di Medicina Generale, l'ottimizzazione e la razionalizzazione di accesso al Servizio di Diabetologia, la razionalizzazione delle risorse economiche ed umane, la cura e la diagnosi delle complicanze con l'integrazione delle diverse competenze professionali, la sensibilizzazione e la partecipazione del paziente alla gestione della malattia, l'individuazione di percorsi formativi medico/paziente e la realizzazione della scheda diabetologica personale.
- *Progetto "Mani pulite e sicurezza dell'assistenza"*, con l'obiettivo di migliorare l'igiene delle mani e la riduzione delle infezioni, sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani). Il progetto prevede il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari in un percorso formativo pratico, sperimentando la seguente strategia: adesione all'igiene corretta delle mani, uso di prodotti antisettici per la frizione delle mani, predisposizione di una fornitura idrica sicura ed accessibile.
- *Formazione sul campo "Percorso self audit sulla prescrizione farmaceutica nella pratica clinica dei Medici di Medicina Generale"* che ha coinvolto tutti i Medici di Medicina Generale del territorio aziendale e medici e farmacisti dell'Azienda. Nel quadro dell'esigenza di analisi dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci, nel contesto generale di gestione del governo clinico si è partiti da un serio ed approfondito esame di studio, verifica e autovalutazione da

parte dei medici prescrittori, in particolare i Medici di Medicina Generale, attraverso l'osservazione statistica dei dati rilevati tra gli assistiti del territorio dell'Azienda ULSS 19.

- *Formazione sul campo "La gestione del rischio clinico: un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale"*, con l'obiettivo di coinvolgere nel processo di miglioramento il maggior numero di operatori nei reparti a partire dalle persone individuate dai Direttori e dai Coordinatori Infermieristici che, una volta apprese le tecniche hanno disseminato nella struttura i principi del governo clinico ed il significato del rischio clinico. Il percorso ha evidenziato errori e comportamenti non corretti, ed aiutato nell'individuazione di strategie di miglioramento di tipo organizzativo e comportamentale all'interno delle Unità Operative.
- *Premio Azienda Sana*, concorso vinto con la presentazione dell'attività di prevenzione dello stress lavorativo, che ha previsto un primo modulo di formazione per il personale sulla prevenzione dei disturbi della colonna vertebrale attraverso l'intervento del medico del lavoro per la selezione dei partecipanti; un secondo modulo dedicato alla gestione emotiva corporea dello stress. L'elemento di originalità del progetto è l'interazione tra strutture aziendali a valenza strategica quali la Direzione Aziendale, i servizi Formazione, Medicina del lavoro, la Direzione Medica e Infermieristica dell'Ospedale di Adria.
- *Progetto "Wellness e parità: le pari opportunità come dimensione del benessere organizzativo. Un'indagine nell'Azienda ULSS 19 di Adria"*, finanziato dalla Regione Veneto con l'obiettivo di valutare, in un'ottica di genere, i vissuti nell'organizzazione, prendendo in considerazione dimensioni come il comfort ambientale, la chiarezza degli obiettivi, la valorizzazione individuale, la capacità di ascolto, la conflittualità, la sicurezza, le relazioni interpersonali, lo stress e l'equità.

#### *Forme avanzate di aggregazione e collaborazione tra MMG o tra PLS*

Uno sviluppo della qualità delle attività sanitarie di diagnosi e cura e una adeguata soluzione per dare risposte appropriate ai bisogni di salute dei cittadini si sono ottenute alla fine del 2007 con un accordo con i Medici di Medicina Generale per la costituzione sia nell'ULSS 18 che nella 19 di Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP). Le stesse sono state avviate operativamente nel corso del 2008 (Taglio di Po, Lendinara).

#### *Forme di utilizzo della tecnologia a favore dei cittadini*

Nell'ambito del nuovo sistema informativo, si sta realizzando il progetto di *implementazione della cartella clinica del paziente* ospedaliero che raccoglie tutte le informazioni sanitarie dei singoli episodi di ricovero e del *fascicolo sanitario del paziente* che conterrà tutte le informazioni riguardanti la salute del singolo utente e che, previa autorizzazione della persona interessata, sarà messo a disposizione di ogni professionista sanitario al fine di migliorare e rendere tempestivamente disponibili le informazioni utili per la diagnosi e la cura.

In tal senso, alla fine del 2007 è stata avviata la sperimentazione della *cartella clinica digitale*, la cui introduzione all'intera Azienda ULSS 18 sta avvenendo in modo graduale a partire dall'ospedale di Trecenta. L'esperienza sarà poi condivisa con l'Azienda ULSS 19 per l'implementazione dello stesso strumento anche nell'ospedale di Adria. Nella cartella clinica digitale la centralità del paziente ricoverato è supportata da un doppio livello di integrazione:

- la cartella contiene le informazioni prodotte e raccolte da tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente (per esempio, il medico, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, ecc.);
- la cartella è in grado di collegare le informazioni raccolte e prodotte da tutti i sistemi applicativi che gestiscono dati clinici e amministrativi (anagrafi, modulo di accettazione, dimissione e trasferimento, pronto soccorso, laboratorio analisi, imaging, cardiologia, anatomia patologica, immuno-trasfusionale, gestione delle richieste dai reparti).

Per quanto riguarda l'attività del laboratorio, è attualmente attiva solo presso l'Azienda ULSS 18 la possibilità per i pazienti ambulatoriali di poter ritirare i propri referti in modo telematico via Internet con un notevole risparmio di tempo: il cittadino può infatti scegliere se ritirare il referto cartaceo del laboratorio analisi presso gli abituali sportelli o collegarsi via web al sito dell'Azienda ULSS 18 e stampare i referti direttamente dal proprio computer. Il servizio viene utilizzato da oltre 1.500 utenti al mese.

#### *Sistemi di comunicazione*

Nelle Aziende ULSS 18 e 19 importanti sforzi sono stati fatti nell'ambito della comunicazione, grazie alla *pubblicazione di opuscoli cartacei e alla realizzazione dei nuovi siti Internet aziendali*: mezzi semplici, moderni e indispensabili per garantire un primo corretto approccio utente-sanità.

I siti delle due Aziende si presentano ricchi di contenuti informativi relativi alle prestazioni erogate e alle strutture aziendali. Nel caso dell'Azienda ULSS 18, come si è detto, i cittadini possono anche consultare e scaricare dal sito i risultati delle proprie analisi di laboratorio.

L'Azienda ULSS 18 supporta la comunicazione anche con altri strumenti, come la "Carta dei servizi", il periodico monografico "*Salute Ulss 18*" che affronta tematiche di informazione e di educazione sanitaria (per esempio, "giovani-anziani", "emergenza-urgenza", "salute territorio", ecc.) e i prodotti multimediali e cartacei della linea editoriale "*Per saperne di più*", destinati a dare informazioni su patologie specifiche (per esempio, l'oncologia).

Dal canto suo, l'Azienda ULSS 19, oltre all'aggiornamento annuale della Carta dei Servizi, rende disponibili due periodici d'informazione sulle iniziative e sulla vita aziendale: "*Fast News*" e "*Informa ULSS 19*".

### *Rapporti con i "portatori di interesse"*

Il Sistema Socio Sanitario veneto ha sempre dato molta importanza alla relazione che deve intercorrere tra le strutture sanitarie e le diverse componenti della comunità locale: per esempio, i comuni, la scuola, l'associazionismo, le imprese, i cittadini, il mondo della ricerca e dell'Università. È una scelta strategica che riflette un moderno approccio di promozione della salute e che vede come elementi caratteristici l'integrazione socio-sanitaria e l'azione intersettoriale, per valorizzare le competenze di tutte le parti interessate al complesso fenomeno della salute e non solo dell'assistenza sanitaria.

In modo coerente con questa impostazione le Aziende ULSS 18 e 19 hanno innanzitutto intensificato le attività di collaborazione con la *Conferenza dei Sindaci* dei Comuni che ne costituiscono l'ambito territoriale, sostenuto il rapporto con le *Associazioni dei cittadini e dei pazienti*, cercando di aggiungere anche il loro punto di vista nel processo di innovazione e miglioramento dei servizi. La collaborazione con le associazioni è stata poi ricercata anche con le *Associazioni delle categorie produttive*, per potenziare gli interventi comunitari di promozione della salute nel campo dell'igiene degli alimenti e della sicurezza sui posti di lavoro.

Nell'ambito della relazione tra Aziende e portatori di interesse è inserita anche la realizzazione della *Relazione Socio Sanitaria Annuale*, la cui pubblicazione continua dal 2004. Obiettivo dell'elaborato non si esaurisce in una sterile raccolta di dati ma è orientato a fornire una valida, coerente ed utile documentazione sulla nostra sanità e può quindi soddisfare il desiderio di conoscenza del cittadino e di tutti coloro che sono impegnati nella Pubblica Amministrazione e che sono in qualche modo coinvolti nel mantenere e promuovere uno stato di salute e di qualità della vita non solo accettabile, ma soprattutto migliorabile.

### *Realtà di eccellenza*

L'evoluzione strutturale nelle Aziende ULSS 18 e 19 è andata di pari passo con l'evoluzione tecnologica utilizzata per la gestione dei processi assistenziali. In questo campo, la strategia è stata quella di mettere a disposizione dei professionisti e dei cittadini attrezzature e sistemi innovativi e di altissimo livello, presenti in poche realtà sanitarie pubbliche, concentrandoli in piastre a uso multiprofessionale e non più monospecialistico.

La struttura di *Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18* dispone di due Gamma-Camere di altissimo livello tecnologico. Questa struttura realizza circa 10.000 esami annui, soprattutto nel campo della oncologia e della cardiologia, e il suo bacino di utenza è stimato in circa 900.000 abitanti. Alla fine del 2007, la Medicina Nucleare dell'Ospedale di Rovigo si è arricchita anche di una PET-TAC<sup>24</sup>, una nuova importante attrezzatura disponibile ancora in pochi centri di

---

<sup>24</sup> Tomografia ad Emissione di Positroni – Tomografia Assiale Computerizzata.

eccellenza e che consente di affinare ulteriormente le capacità diagnostiche. Il miglioramento che è derivato dalle attività di medicina nucleare svolte nell'ospedale di Rovigo ha avuto importanti riflessi non soltanto sul perfezionamento delle capacità diagnostiche, ma anche sul versante terapeutico, consentendo ai chirurghi, ai radioterapisti e agli oncologi di realizzare prestazioni e interventi più mirati ed efficaci.

Nel biennio 2006-2007, la *Diagnostica per bioimmagini* dell'Azienda ULSS 18 si è arricchita di 3 tomografi assiali computerizzati (TAC multislices da 8 e da 64 strati), una risonanza magnetica da 1,5 tesla, due angiografi per la diagnostica e l'interventistica vascolare, due apparecchiature radiologiche dirette (una a singolo e una a doppio detettore), un sistema radiologico telecomandato, un mammografo diretto, un ecografo portatile, un ecografo di alta gamma, un apparecchio radiologico mobile diretto, un sistema telecomandato uro-radiologico, due ecocardiografi. Dal canto suo, l'Azienda ULSS 19 ha completato la digitalizzazione dell'Unità di Radiologia dell'Ospedale di Adria: dal 2004 al 2006 sono stati infatti acquistate le seguenti apparecchiature: 1 TAC multislices, 1 telecomandato digitale, 2 diagnostica tradizionale, 1 ecografo multidisciplinare, 1 sistema di digitalizzazione/ conversione e 2 sistemi di riduzione della dose.

Per le due Aziende le nuove attrezzature sono state caratterizzate da tre elementi fondamentali:

- ottenere una elevata capacità diagnostica con procedure più sicure e meno invasive per i pazienti (riduzione delle dosi di esposizione alle radiazioni, angio-TAC e angio-RM al posto dell'angiografia tradizionale, colongrafia virtuale al posto di quella tradizionale, ecc.);
- acquisire immagini in formato digitale, per creare le condizioni necessarie alla gestione informatica a distanza delle immagini, allo sviluppo della cartella clinica digitale e alla eliminazione delle pellicole radiografiche;
- creare le condizioni tecnologiche per sviluppare modelli di assistenza basati sulla collaborazione tra strutture e professionisti diversi.

Nel luglio 2006 l'ULSS 18 ha inaugurato il *Polo Angiologico Multidisciplinare di Rovigo*, con una nuova dotazione di spazi, attrezzature, dispositivi e con un nuovo modello organizzativo multidisciplinare. I professionisti cardiologi, radiologi, neuroradiologi e chirurghi vascolari hanno potuto applicare metodiche innovative, meno invasive e più efficaci, per la diagnosi e la cura di importanti condizioni cliniche. Sono state così avviate le attività di interventistica vascolare periferica (per esempio, nella terapia del piede diabetico), vascolare neurologica (nella gestione della fase acuta e nella prevenzione secondaria dell'ictus ischemico ed emorragico) e di endoprotesi aortica. Nel Polo Angiologico Multidisciplinare ha trovato spazio anche l'attività cardiologica di angioplastica primaria miocardica, che era stata attivata l'anno precedente; questa tecnica consente di eseguire, con copertura 24 ore su 24, la dilatazione delle arterie coronariche in corso di infarto miocardico acuto. In occasione del trasferimento è

stato anche adottato un nuovo modello di integrazione organizzativa che ha consentito di migliorare la gestione delle urgenze, anche in collaborazione con altri ospedali di altre aziende, mediante una apposita area di osservazione post-intervento dei pazienti realizzata appositamente internamente al polo. È stata infine perfezionata la tecnica di mappaggio cardiaco endocavitario che consente, attraverso la ricostruzione di sofisticate mappe anatomiche ed elettrofisiologiche tridimensionali, di intervenire nella cura delle aritmie cardiache complesse.

Nel 2007 in seguito a importanti lavori di adeguamento nella *Radioterapia oncologica di Rovigo* è stato possibile installare un nuovo acceleratore lineare, che è tra le attrezzature più innovative presenti sul territorio nazionale. Con la nuova attrezzatura e in integrazione con il servizio di fisica sanitaria, il servizio di radioterapia ha potuto avviare modalità innovative di trattamento dei tumori, come la radioterapia stereotassica e la radioterapia ad intensità modulata (IMRT), che rendono sempre più precisa l'esposizione alle radiazioni e limitano il contatto con le cellule sane, aumentando l'efficacia nel controllo della malattia e riducendo le complicazioni e gli effetti collaterali.

Nel 2007, sempre nell'Azienda ULSS 18, è stato attivato il nuovo *Polo endoscopico di Rovigo*. La scelta strategica è stata di concentrare in un'unica sede le attività di endoscopia digestiva e respiratoria della struttura, inserendo il paziente in un percorso assistenziale sicuro (accettazione-preparazione all'esame-effettuazione esame-risveglio), tecnologicamente avanzato e personalizzato. Il polo comprende tre postazioni endoscopiche, due per l'endoscopia digestiva e una per quella respiratoria, con strumenti endoscopici di ultima generazione che consentono sia interventi diagnostici che terapeutici. Questa innovazione assistenziale è stata resa possibile anche dalla riorganizzazione e dal potenziamento della disciplina di gastroenterologia.

Nel 2006 è stata attivata presso la struttura di Neurologia dell'Ospedale di Rovigo una *stroke-unit* di 6 posti letto, per migliorare la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei pazienti colpiti da ictus. L'elemento cardine di tale innovazione assistenziale è dato dal percorso assistenziale che vede il coinvolgimento multidisciplinare di neurologi, neuroradiologi, fisiatristi, infermieri professionali e terapisti della riabilitazione.

Altre attività di notevole qualità organizzativa e di "modernità" nella visione del servizio, si possono ritrovare, per l'Azienda ULSS 19, in alcuni progetti ad opera del sociale, ed in particolare dell'Unità Operativa Handicap Adulto e Servizio Integrazione Lavorativa, quali il Laboratorio Sperimentale sul Turismo Accessibile e il progetto di "ortoterapia" denominato "Elicriso".

L'obiettivo del *Laboratorio Sperimentale sul Turismo Accessibile* è quello di riunire intorno a un tavolo di lavoro tutti gli interlocutori che, a vario titolo, possono contribuire per realizzare al meglio interventi di cambiamento culturale. Il Laboratorio, pertanto, si inserisce in un quadro

sinergico tra il mondo della disabilità e il mondo imprenditoriale, come vera realizzazione del principio dell'integrazione e della sussidiarietà. La sperimentazione del Laboratorio si colloca nell'ambito dell'area turistica del Parco Regionale del Delta del Po.

I punti fondamentali presi in esame sono:

- la residenzialità delle strutture (alberghi, campeggi, agriturismo, villaggi, ...);
- i percorsi accessibili, e la rete del trasporto (terra - acqua).

Il gruppo di lavoro, presieduto dall'Assessore Regionale alle Politiche Sociali della Regione Veneto, è ampio e articolato e comprende il responsabile dell'Unità Operativa citata, il Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda ULSS 19, il Presidente della Conferenza dei Sindaci, il Presidente dell'Ente Parco, rappresentanti del mondo della disabilità e disabili.

Il progetto di *ortoterapia* si avvale di precise evidenze scientifiche e tiene conto anche di elementi semplici e legati alla quotidianità della persona, quali creare un'atmosfera di tranquillità, di reciproca accettazione e di sostegno fra pari. Questi infatti sono aspetti essenziali a forte carattere terapeutico-riabilitativo.

L'intervento mira al recupero e all'inserimento di soggetti disabili in possesso di potenzialità lavorative, che hanno già un percorso terapeutico riabilitativo in contesto lavorativo da diversi anni, ma che non hanno sufficienti abilità per affrontare un ambiente produttivo inteso in senso classico. Attualmente queste persone trovano una risposta non del tutto rispondente alle esigenze personali, mentre dalla coltivazione di piante e l'attività lavorativa in uno spazio verde possono realizzare un buono stato di benessere.

## Fonti

---

Aziende Sanitarie del Veneto (Aziende ULSS ed Ospedaliere)

L'indirizzo completo è reperibile nella seguente pagina Web:

<http://www.regione.veneto.it/La+Regione/EntiSocietaOrgani/ULSS/>

IOV Istituto Oncologico Veneto

Via Gattamelata, 64

35128 Padova

Centralino 049 8211111

U.R.P. 049 8215664

Sito Internet: <http://www.ioveneto.it/>

E-mail: [urp@ioveneto.it](mailto:urp@ioveneto.it)

Lo IOV - Istituto Oncologico Veneto - I.R.C.C.S. è specificatamente destinato alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori ed alla ricerca sul cancro: la sua missione è infatti quella di fornire l'assistenza più avanzata ai malati neoplastici e svolgere nello stesso tempo ricerca biomedica, essenziale per il progresso delle conoscenze e il trasferimento ai pazienti delle cure più innovative.

Lo IOV è stato istituito con la Legge regionale del Veneto n. 26 del 22 dicembre 2005, quale ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, operante in conformità con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale. Lo IOV ha inoltre ottenuto dal Ministero della Salute (decreto del 18 marzo 2005) il riconoscimento a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.): in quanto tale, lo IOV affianca alle prestazioni di ricovero e cura di alta specialità un'intensa attività di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'erogazione e gestione dei servizi sanitari.

Lo IOV svolge le proprie attività assistenziali e di ricerca in collaborazione, con apposite convenzioni stipulate con l'Azienda Ospedaliera, l'ULSS 16 e con l'Università degli Studi di Padova.

# Appendice:

## Riferimenti normativi e deliberativi

635

## Principali norme nazionali e regionali

---

**Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502**, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

**Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, recante: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

**Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

**Legge 11 marzo 1988, n. 67**, recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" – Articolo 20 *Disposizioni In Materia Sanitaria*.

**Legge 23 dicembre 1998, n. 448**, recante: "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo" - Art. 71 *Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani*.

**Legge 26 febbraio 1999, n. 39**, recante: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000" - Articolo 1 (Hospice).

**Legge Regionale 9 giugno 1975, n. 72**, recante: "Interventi regionali per la realizzazione e il potenziamento dei servizi socio, recante: "assistenziali a favore delle persone anziane".

**Legge Regionale 25 marzo 1977, n. 28**, recante: "Disciplina dei consultori familiari".

**Legge Regionale 22 ottobre 1982, n. 49**, recante: "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool".

**Legge Regionale 15 dicembre 1982, n. 55**, recante: "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale".

**Legge Regionale 4 giugno 1987, n. 26**, recante: "Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane".

**Legge Regionale 9 agosto 1988, n. 42**, recante: "Istituzione dell'Ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori".

**Legge Regionale 30 gennaio 1990, n. 9**, recante: "Interventi nel settore dell'immigrazione".

**Legge Regionale 23 aprile 1990, n. 32**, recante: "Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi".

**Legge Regionale 6 settembre 1991, n. 28**, recante: "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali".

**Legge Regionale 16 dicembre 1997, n. 41**, recante: "Abuso e sfruttamento sessuale: interventi a tutela e promozione della persona".

**Legge Regionale 20 novembre 2003, n. 33**, recante: "Indennità regionale di anticipazione dell'indennità di accompagnamento agli invalidi civili".

**Legge Regionale 10 agosto 2006, n. 17**, recante: "Interventi a favore del "Centro polifunzionale per la promozione della salute e della vita sociale dei ciechi e degli ipovedenti".

**Legge Regionale 3 novembre 2006, n. 23**, recante: "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale".

**Regolamento Regionale 13 agosto 1976, n. 3**, recante: "Legge 22 dicembre 1975, n. 685, artt. 90 e 91. Istituzione e funzionamento del Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze".

**Regolamento Regionale 27 novembre 1981, n. 2**, recante: "Regolamento per la disciplina dei corsi periodici di formazione e di aggiornamento obbligatorio per consulenti familiari e operatori consultoriali".

**Regolamento Regionale 17 dicembre 1984, n. 8**, recante: "Determinazione degli standards relativi ai servizi sociali, punti 1, 2 e 3 dell'art. 23 della Legge Regionale 15 dicembre 1982, n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale".

**Regolamento Regionale 27 dicembre 1991, n. 9**, recante: "Determinazione delle procedure e delle modalità previste dall'art. 3, comma 3 della Legge Regionale 6 settembre 1991, n. 28 per la gestione delle provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio".

**Regolamento Regionale 31 marzo 1992, n. 10**, recante: "Regolamento della consulta regionale per l'immigrazione di cui alla Legge Regionale 30 gennaio 1990, n. 9 "Interventi nel settore dell'immigrazione".

**Legge Regionale 6 luglio 1993, n. 28**, recante: "Norme di applicazione della legge 8 novembre 1991, n. 362, sul riordino del settore farmaceutico".

**Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55**, recante: "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

**Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56**, recante: "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

**Legge Regionale 10 aprile 1998, n. 11**, recante: "Interventi a favore della nutrizione artificiale domiciliare".

**Legge Regionale 16 agosto 1999, n. 38**, recante: "Norme regionali in materia di istituzione di banche per la conservazione di cordoni ombelicali a fini di trapianto".

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11**, recante: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".

**Legge Regionale 29 novembre 2001, n. 32**, recante: "Agenzia regionale socio sanitaria".

**Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22**, recante: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio, recante: "sanitarie e sociali".

**Legge Regionale 20 novembre 2003, n. 34**, recante: "Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione del Veneto".

**Legge Regionale 3 gennaio 2005, n. 3**, recante: "Disposizioni sulle terapie complementari (terapia del sorriso e pet therapy)".

**Legge Regionale 22 dicembre 2005, n. 26**, recante: "Istituzione dell'Istituto Oncologico Veneto".

**Legge Regionale 23 marzo 2007, n. 7**, recante: "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva".

**Legge Regionale 14 dicembre 2007, n. 34**, recante: "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato".

## Principali Deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto

---

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1954 del 20 giugno 2006:** "Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Definizione Gruppo Tecnico Regionale e piano di attività 2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2043 del 27 giugno 2006:** "Nuovo calendario vaccinale dell'età evolutiva (DGR. N. 4403 del 30 dicembre 2005)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2459 del 1 agosto 2006:** "Piano formativo regionale per gli operatori dei servizi vaccinali".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2674 del 7 agosto 2006:** "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico - Anno 2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2675 del 7 agosto 2006:** "Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate piano di attività per l'anno 2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3478 del 7 novembre 2006:** "Consolidamento ed estensione degli screening oncologici. Finanziamento di programmi di controllo e promozione della qualità e di progetti aziendali di screening colon retto. Legge 26 maggio 2004, n. 138".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3479 del 7 novembre 2006:** "Definizione dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio delle attività vaccinali delle strutture del Servizio Sanitario Regionale".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3694 del 28 novembre 2006:** "Programma di prevenzione per la realizzazione del progetto: Mamme libere dal fumo".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3848 del 5 dicembre 2006:** "Approvazione dei Piani operativi specifici per il miglioramento del sistema vaccinale veneto (Modifica alla DGR. N. 2043 del 27 giugno 2006)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4434 del 28 dicembre 2006:** "Approvazione Progetto Cariverona-Regione: prevenzione cardiovascolare".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 302 del 13 febbraio 2007:** "Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 878 del 3 aprile 2007:** "Studio per il miglioramento della sorveglianza e del controllo delle malattie infettive con particolare riferimento alla tubercolosi"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1074 del 17 aprile 2007:** "Approvazione accordo di collaborazione per la realizzazione della progetto Genitori Più – campagna nazionale di comunicazione per la promozione della salute nei primi anni di vita"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1074 del 17 aprile 2007:** "Piano triennale per la Sicurezza Alimentare".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1311 dell'8 maggio 2007:** "Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto 2005-2007: Obiettivi ed attività per l'anno 2007"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1501 e n. 1502 del 22 maggio 2007:** "Progetto Cariverona-Regione Veneto: prevenzione cardiovascolare"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1504 del 22 maggio 2007:** "Sperimentazione sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Definizione Gruppo Tecnico Regionale e Piano di attività 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2053 del 3 luglio 2007 e n. 2602 del 7 agosto 2007:** "Nuove linee guida per il controllo della tubercolosi nella Regione Veneto e costituzione del Comitato strategico per la lotta alla TBC".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2603 del 7 agosto 2007:** "Nuovo calendario vaccinale dell'età evolutiva e approvazione progetti per il miglioramento sistema vaccinale veneto (DGR. N. 4403 del 30 dicembre 2005)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2604 del 7 agosto 2007:** "Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate piano di attività per l'anno 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2605 del 7 agosto 2007:** "Sviluppo e promozione della qualità degli screening oncologici. Finanziamento di programmi di screening aziendali e di programmi di controllo e promozione della qualità".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3068 del 2 ottobre 2007:** "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico – Anno 2007 – Educazione alla sicurezza stradale rivolta alla popolazione".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3258 del 16 ottobre 2007:** "Tariffario Unico Regionale relativo alle prestazioni rese dalle strutture del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto per l'esecuzione delle vaccinazioni: modifica alla DGR. N. 322 del 13 febbraio 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 168/CR del 18 dicembre 2007:** "Progetto Non lasciamoci con l'amaro in bocca. Campagna formativa ed informativa sugli effetti derivanti dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche. Richiesta di parere alla Terza Commissione Consiliare".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4538 del 28 dicembre 2007:** "L.R. 16 agosto 2002 n. 22 - DGR. N. 2501 del 6 agosto 2004: Approvazione del manuale per l'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici delle strutture del Servizio Sanitario Regionale".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4541 del 28 dicembre 2007:** "Programma di prevenzione del tabagismo e di sostegno alla legge 3/2003 nelle Regioni Italiane. Adesione al Progetto e approvazione Convenzione".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4445 del 28 dicembre 2006:** "Istituzione del Coordinamento regionale per la sicurezza del paziente".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2132 del 10 luglio 2007:** "D.G.R. n. 2217 del 09/08/2002 e successive. Prosecuzione per l'anno 2007 dell'iniziativa riguardante i compiti di indirizzo e coordinamento per gli Accordi regionali della Medicina Convenzionata - attività svolta in collaborazione con l'Azienda Sanitaria n. 4".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 876 del 03 aprile 2007:** "Riconoscimento del Laboratorio AntiDoping Regionale (LAD)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 183 del 29 gennaio 2008:** "D.G.R. n. 1500/2007 - Procedimento per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici dell'emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell'art. 100 dell'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005. Elenco candidati idonei".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 385 del 20 febbraio 2007:** "Avviso pubblico per l'ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2007/2010. Art. 3 della legge 29 dicembre 2000 n. 401".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3220 del 25 ottobre 2005:** "Accordo regionale in attuazione dell'acn reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza

stato \_ regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 28 febbraio 2006:** “ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti pediatri di libera scelta, recepito con Intesa della Conferenza Stato/Regioni del 15 dicembre 2005. Art. 24 - Comitato Regionale. Costituzione”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2667 del 07 agosto 2006:** “Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 15 dicembre 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4395 del 30 dicembre 2005:** “Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1309 del 08 maggio 2007:** “Progetto Cure Primarie - I Modulo - Percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. Attuazione D.G.R. n. 2667 del 07/08/2006 Accordo regionale per i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2693 del 20 settembre 2005:** “ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, recepito con Intesa della Conferenza Stato/Regioni rep. n. 2272 del 23.3.2005. Art. 25 "Comitato Consultivo Regionale". Costituzione”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1138 del 06 maggio 2008;** “Linee guida per il funzionamento del Servizio Integrazione Lavorativa delle A. ULSS del Veneto. Integrazione e modifiche alla DGR 3350 del 7.12.2001 e alla DGR 3787 del 20.12.2002”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1616 del 17 giugno 2008:** “Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali")”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1830 del 01 luglio 2008:** “Adesione alla Convenzione tra Regione del Veneto e Friuli Venezia Giulia - Protocollo Operativo per progetto Screening Oncologico”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4537 del 28 dicembre 2007:** “Consolidamento ed estensione degli screening oncologici. Finanziamento di Programmi di controllo e promozione della qualità e di Progetti Aziendali di Screening Colon retto. Legge 26 Maggio 2004, n. 138. Impegno di spesa”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2605 del 07 agosto 2007:** "Sviluppo e promozione della qualità degli screening oncologici. Finanziamento di Programmi di Screening Aziendali e di Programmi di controllo e promozione della qualità. Impegno di spesa".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2053 del 03 luglio 2007:** "Nuove Linee guida per il controllo della Tuberculosis nella Regione Veneto e costituzione Comitato Strategico per la lotta alla TBC".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2602 del 07 agosto 2007:** "Nuove Linee guida per il controllo della Tuberculosis nella Regione Veneto e costituzione Comitato Strategico per la lotta alla TBC" (DGR n. 2053 del 03/07/2007). Approvazione allegati e integrazione".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4120 del 19 dicembre 2006:** "Costituzione Commissione Oncologica Regionale".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1070 del 17 aprile 2007:** "DGRV n. 269 del 6 febbraio 2007. Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Integrazione composizione".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2044 del 03 luglio 2007:** Legge 26.02.1999, n. 39 - Programma degli interventi per la realizzazione ed il completamento di strutture per le Cure Palliative. Riallineamento e Modifica alla D.G.R.V. n° 698/2002".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4194 del 18 dicembre 2007:** "Assegnazioni alle Aziende U.L.S.S. - Servizi Sociali 2007. Legge regionale 13 aprile 2001 n° 11, art. 133, comma 3, lett. c)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4193 del 18 dicembre 2007:** Approvazione di progetti per il sostegno di percorsi di autonomia delle persone con disabilità. Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1855 del 13 giugno 2006:** "Fondo regionale di intervento per l'Infanzia e Adolescenza. "Il Veneto a sostegno della famiglia e della genitorialità sociale"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 392 del 11 febbraio 2005:** "Atto di indirizzo e di organizzazione dei Consultori Familiari Pubblici della Regione del Veneto, Legge Regionale 25 marzo 1977, n. 28.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 389 del 11 febbraio 2005:** "Progetto Regionale sui Consultori Familiari. Legge n. 28 del 25 marzo 1977".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2644 del 07 agosto 2007:** "Progetto Regionale di educazione alla sessualità e all'affettività nei Consultori Familiari delle Aziende ULSS".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 39 del 17 gennaio 2006:** "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 464 del 28 febbraio 2006:** "L'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 394 del 20 febbraio 2007:** "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/06".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1859 del 13 giugno 2006:** "Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili - Art. 26 e 27 - L.R. 9/05".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4135 del 19 dicembre 2006:** Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 84 del 16 gennaio 2007:** "L.R. 16 agosto 2002, n. 22 " Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 03 luglio 2007:** L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione delle procedure per l'applicazione della D.G.R. n. 84 del 16.01.2007

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 457 del 27 febbraio 2007:** "Disposizioni alle Aziende ULSS per l'assistenza di persone non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano Locale della Non - Autosufficienza. - DGR 464/06 e DGR 394 del 20 febbraio 2007"

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 751 del 11 marzo 2005:** "Modifica, attinente ad aspetti gestionali e strutturali, delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993, approvate con DGR n. 3223 dell'8 novembre 2002. L.R. n. 5 del 3 marzo 1996, art 14".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3735 del 20 novembre 2007:** "Sperimentazione del modello organizzativo-assistenziale di Week Surgery".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2609 del 07 agosto 2007:** "Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria della Regione Veneto ai sensi dell'art. 8-octies del Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 600 del 13 marzo 2007:** "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4450 del 28 dicembre 2006:** "Attività erogabili in regime di ricovero diurno".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1079 del 17 aprile 2007:** "Day Service Ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3913 del 04 dicembre 2007:** "Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 631 del 07 marzo 2006:** "Provvidenze a favore dei trapiantati d'organo e midollo osseo e dei donatori d'organi da vivente".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2610 del 07 agosto 2007:** "Piano regionale di informazione e sensibilizzazione sulla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto. 1<sup>a</sup> Fase".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1881 del 13 giugno 2006:** "Sistema Trapianti Veneto. Anno 2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2237 del 17 luglio 2007:** "Sistema Trapianti Veneto. Anno 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2237 del 17 luglio 2007:** "Sistema Trapianti Veneto. Anno 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4547 del 28 dicembre 2007:** "Determinazione dei costi standard delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali: Istituzione comitato tecnico-scientifico permanente ed affidamento incarico di studio e ricerca".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3461 del 30 ottobre 2007:** "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2007 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l. r. 5/2001. DGR 18/CR del 27/02/2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3595 del 15 novembre 2006:** "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2006 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l. r. 5/2001. DGR 63/CR del 20/06/2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 886 del 03 aprile 2007:** "Disposizioni relative all'anno 2007 in materia di personale delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale, attuative del disposto dell'articolo 37 della L.R. 19 febbraio 2007, n. 2".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1795 del 12 giugno 2007:** "Approvazione progetti Azienda Ulss n. 16 di Padova. Programma pluriennale di investimenti in sanità, ex art. 20 della legge 67/88. Art. 1, comma 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. D.M. del 17/10/2007. Fondo Sanitario Regionale in conto capitale di cui alla Legge Regionale 3/2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2614 del 07 agosto 2007:** "Approvazione progetto Azienda Ulss n. 22 - Ospedale di Bussolengo. Programma pluriennale di investimenti in sanità, ex art. 20 della legge 67/88. DGR 4010/99 e DGR 1782/03. Art. 1, comma 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. D.M. del 17/10/2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1909 del 08 luglio 2008:** "Programma regionale d'Educazione Continua in Medicina (ECM) - Accordo Stato Regioni 1° agosto 2007".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 597 del 13 marzo 2007:** "Proroga del regime sperimentale del Programma regionale d'Educazione Continua in Medicina (ECM)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3094 del 03 ottobre 2006:** "Individuazione Aree e Settori. Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata Anno 2006. Art 15 legge regionale n. 5 del 9 febbraio 2001. Deliberazione n. 89/CR del 1/8/2006".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1445 del 16 maggio 2006:** "Centro Regionale di Riferimento per la Formazione Continua in Medicina (ECM) nella Regione del Veneto: modifiche ed integrazioni alle DD.G.R. nn. 4097/2003, 881/2004 ed avvio del sistema regionale d'accreditamento per le attività formative "sul campo" (F.S.C.)".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3148 del 09 ottobre 2007:** "L.R. 16 agosto 2002 n. 22. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie. Ulteriori modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 2501/2004".

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1080 del 17 aprile 2007:** "L.R. 16 agosto 2002 n. 22. DGR n. 2501 del 6 agosto 2004: - definizione dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per attività di trasporto con ambulanza e attività di trasporto e

soccorso con ambulanza, nonché definizione dei criteri minimi di qualità per corsi di formazione a personale non sanitario”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2849 del 12 settembre 2006:** “Legge Regionale n. 22 del 16.8.2002. Istanze di accreditamento istituzionale relative al settore sanitario. Attestazione di Idoneità al Sistema di Qualità Regionale”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1380 del 10 maggio 2006:** “Invito a presentare proposte 2006. Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) (GUUE 2006/C37/08 del 14/02/2006)”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 2846 del 12 settembre 2006:** “Azioni per l'avvio, in ottica di Area Vasta, di attività finalizzate alla razionalizzazione ed alla integrazione dei processi gestionali tecnico -amministrativi tra Aziende del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3262 del 16 ottobre 2007:** “L.R. n. 5 del 9 febbraio 2001, art. 15. Ricerca Sanitaria Finalizzata. Attuazione programma annuale. Finanziamento progetti di ricerca per l'anno 2007”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 1510 del 22 maggio 2007:** “Ricerca Sanitaria Finalizzata anno 2007: approvazione bando per individuazione aree e settori di intervento. Art. 15, comma 1, legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5. Deliberazione n. 48 CR del 17 aprile 2007”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 4446 del 28 dicembre 2006:** “L.R. n. 5 del 9 febbraio 2001, art. 15. Ricerca Sanitaria Finalizzata. Attuazione programma annuale. Finanziamento a progetti di ricerca per l'anno 2006”.

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 3094 del 03 ottobre 2006:** Individuazione Aree e Settori. Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata Anno 2006. Art 15 legge regionale n. 5 del 9 febbraio 2001. Deliberazione n. 89/CR del 1/8/2006”.