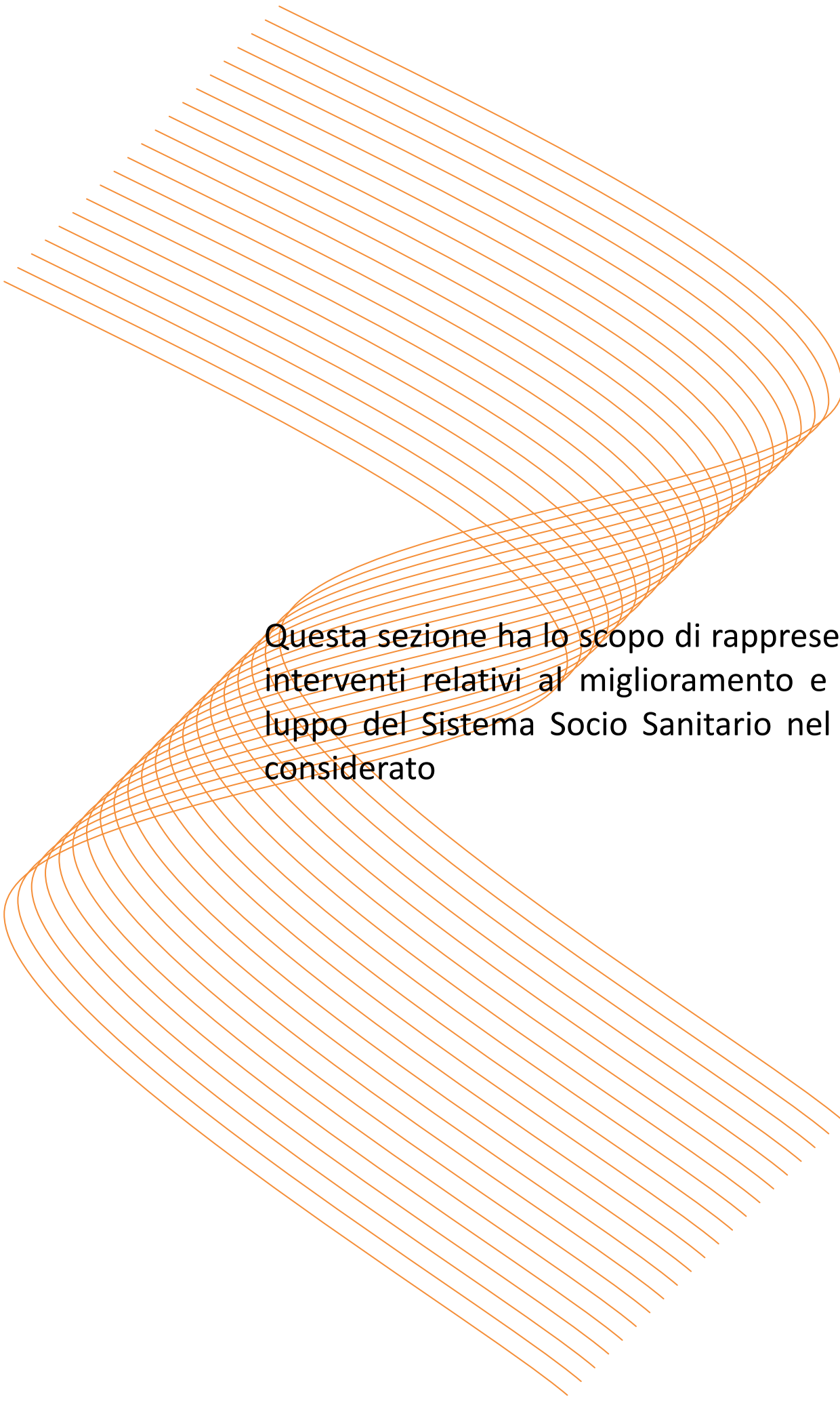


Parte Sesta

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 more densely packed in the center and become more sparse towards the top and bottom edges.

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%

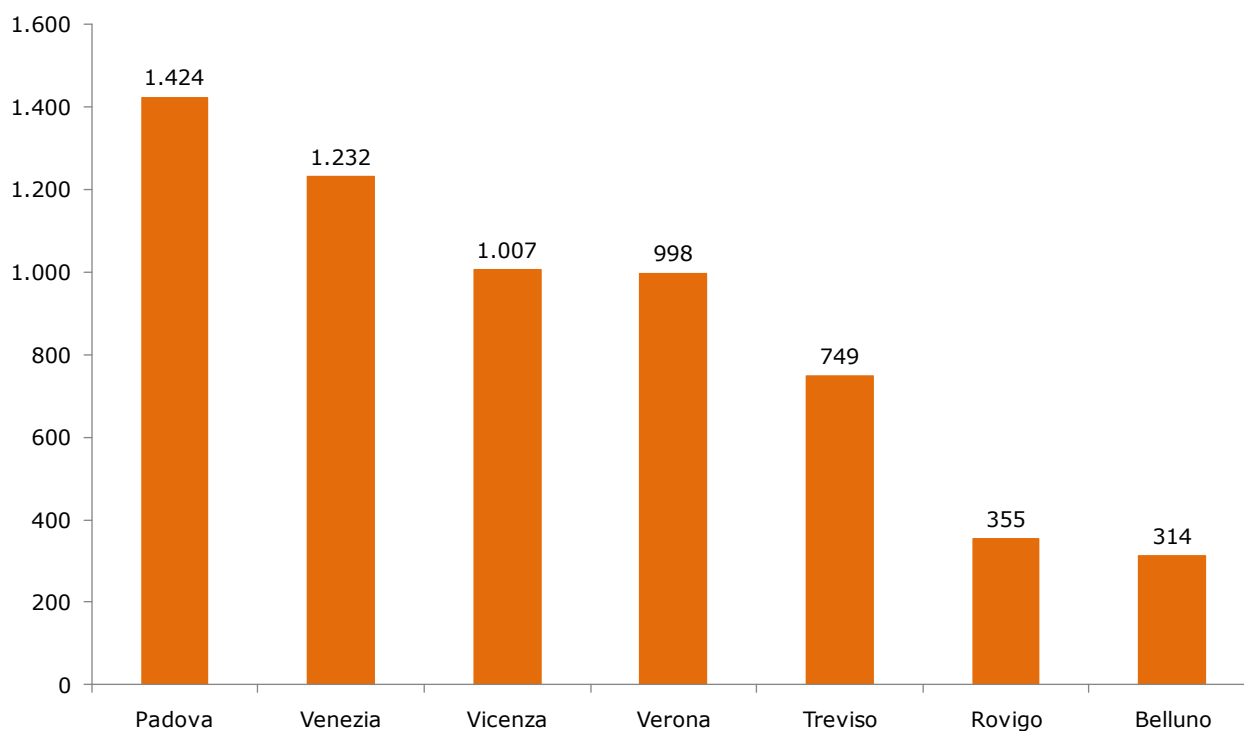
Numero dei partecipanti agli eventi formativi

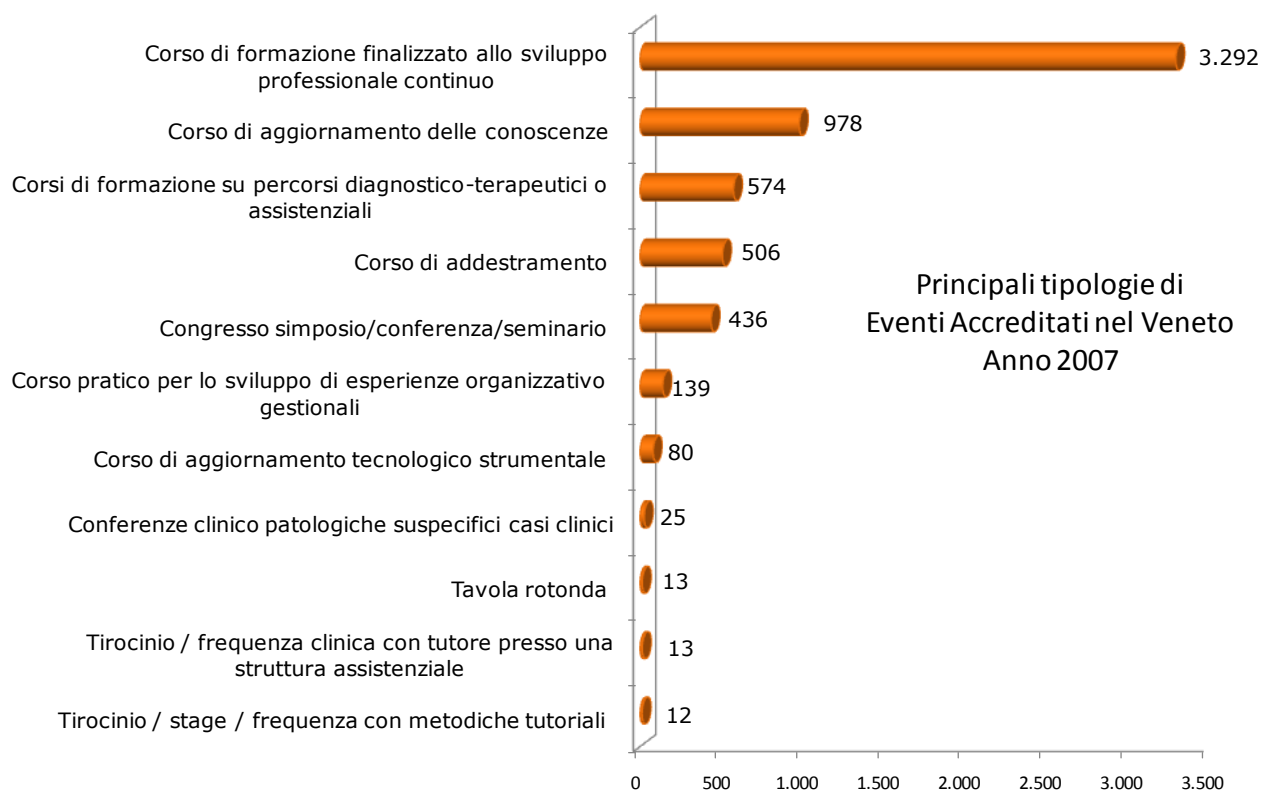
Dal	Al	Eventi Accreditati	Soggetti coinvolti	Media partecipanti per evento	Media crediti per evento
01/01/2006	31/12/2006	6.237	241.621	39	13
01/01/2007	31/12/2007	6.079	218.844	36	13

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	

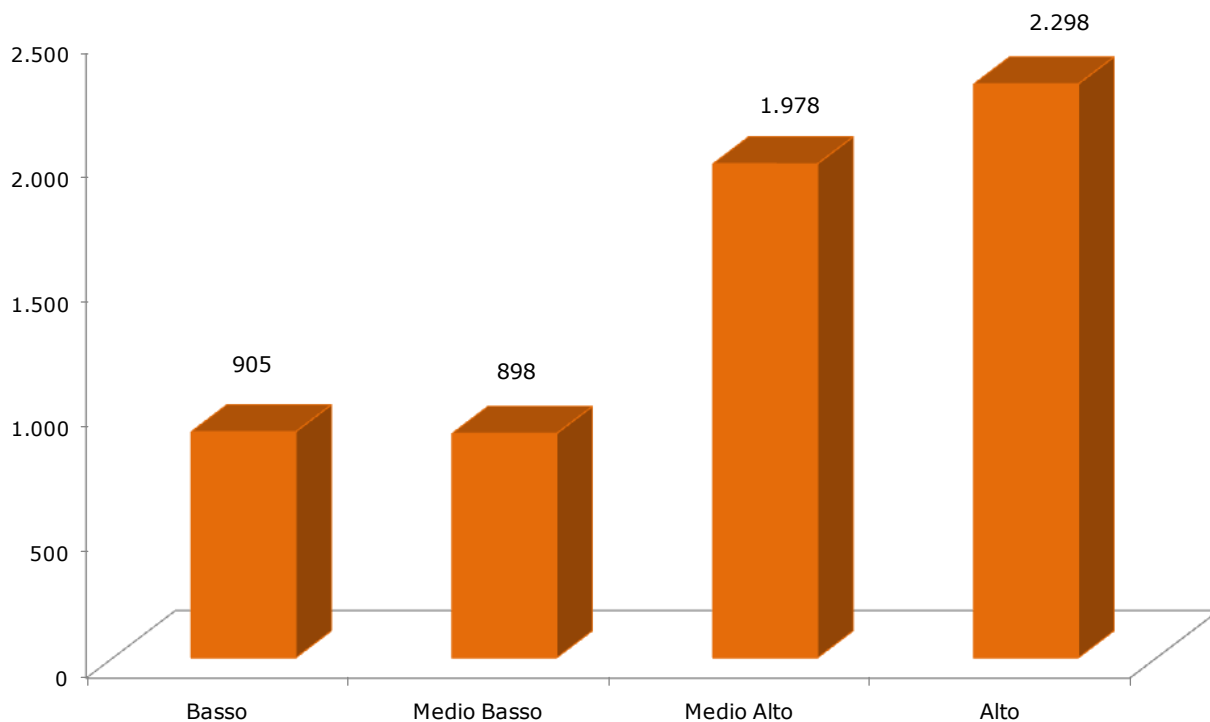
437

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

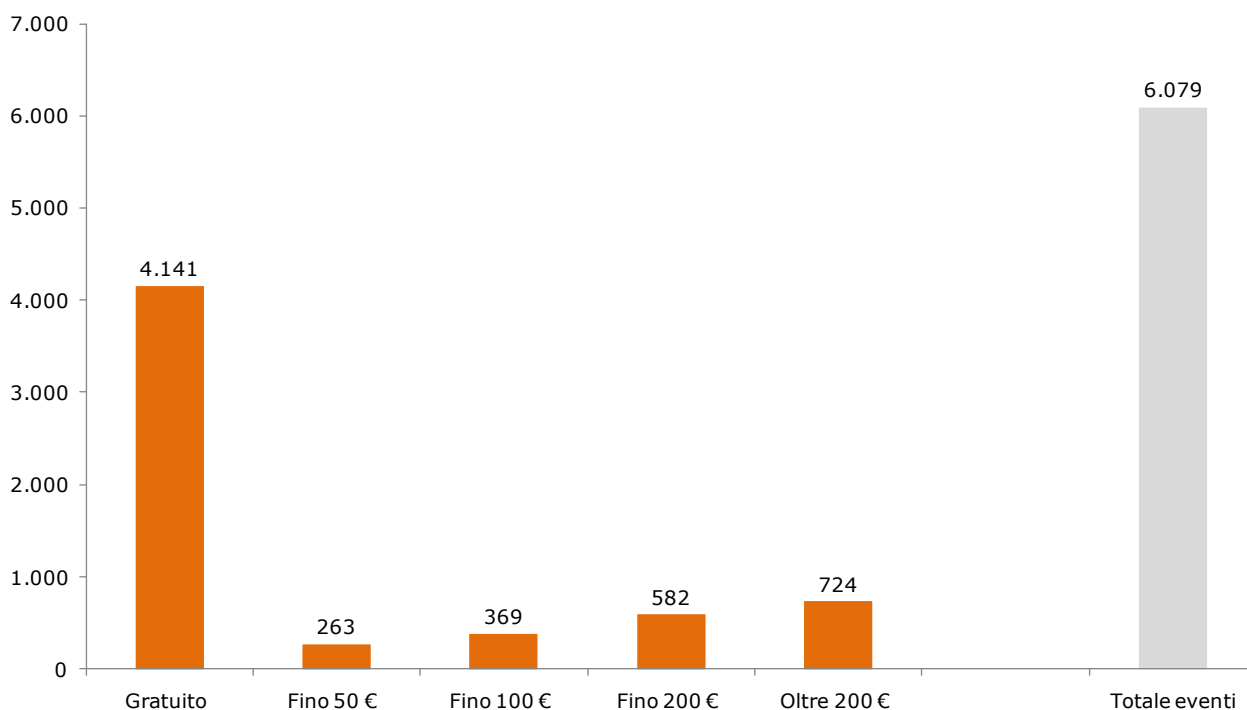
OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
1	qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari	655
2	etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto 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

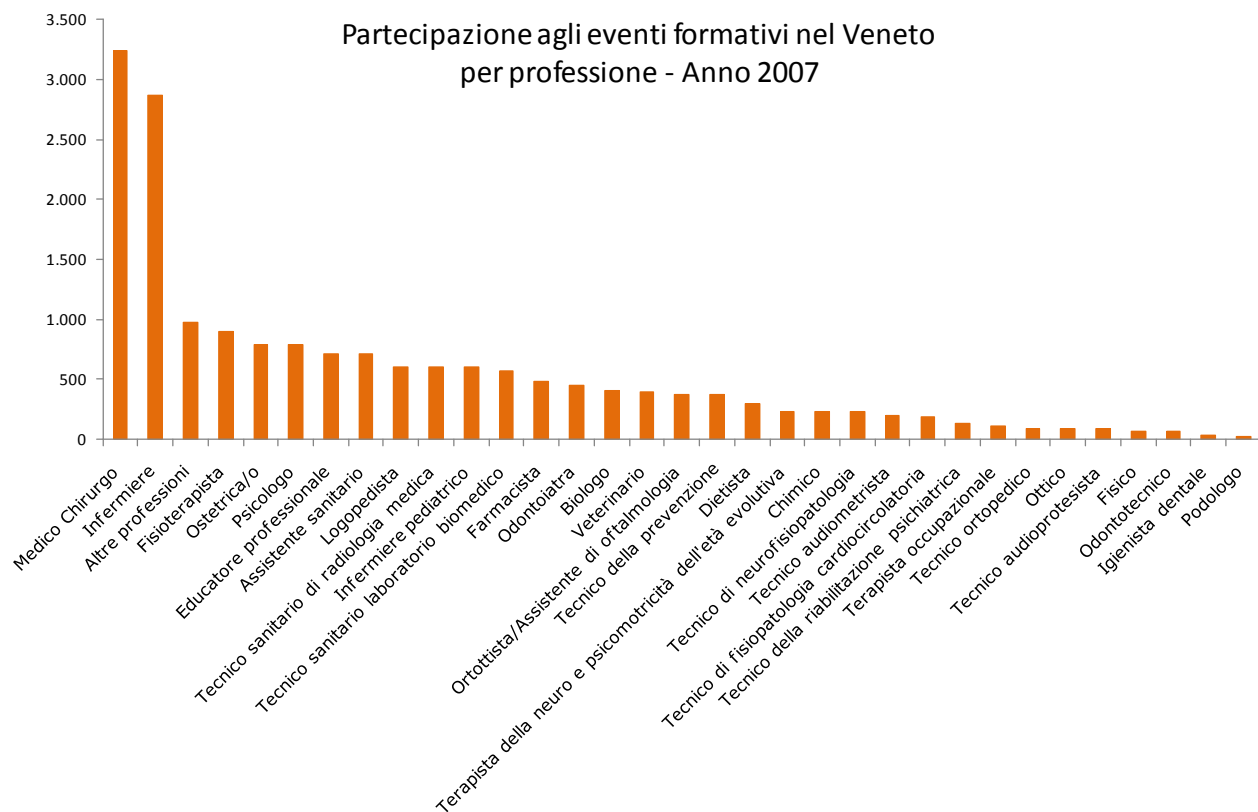
OB	Obiettivi formativi di interesse nazionale - Veneto 2007	Numero Eventi nel Veneto
24	basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate	9
25	formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici	577
26	promozione 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
		6.079

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
	6.709

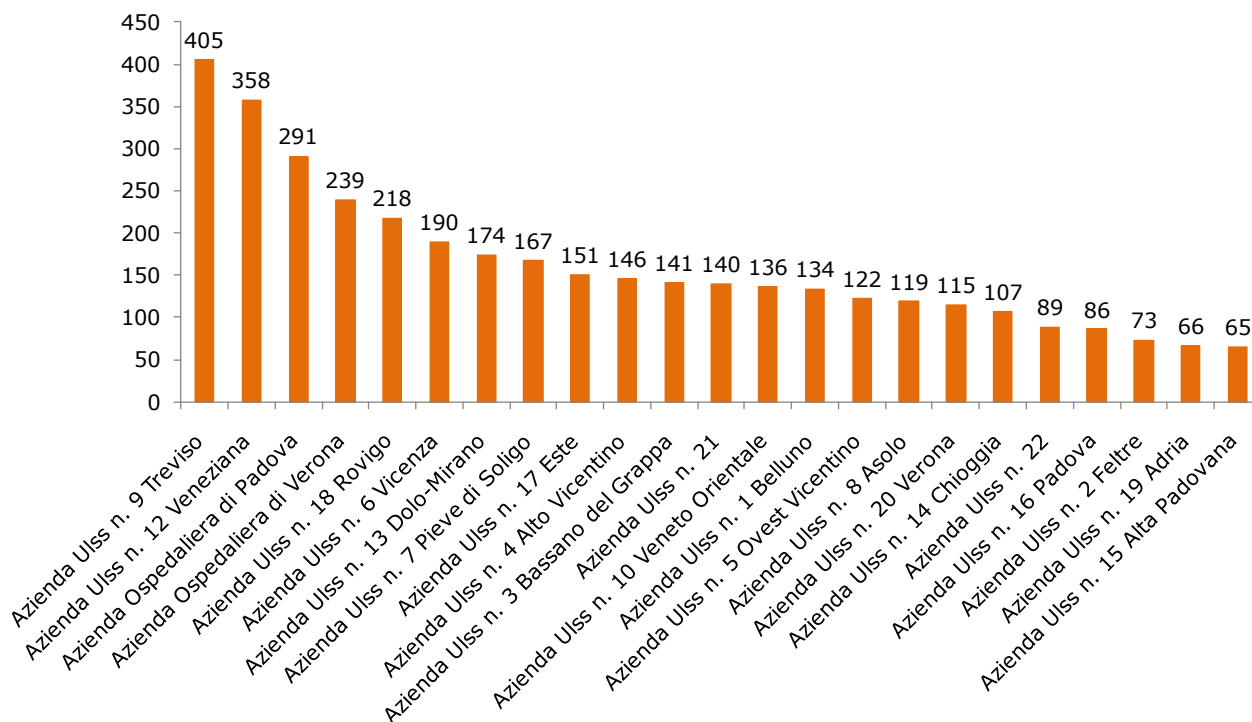


Professione	Numero Eventi
Medico Chirurgo	3.237
Infermiere	2.868
Altre professioni	976
Fisioterapista	893
Ostetrica/o	787
Psicologo	785
Educatore professionale	715
Assistente sanitario	710
Logopedista	605
Tecnico sanitario di radiologia medica	604
Infermiere pediatrico	600
Tecnico sanitario laboratorio 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
Totale	3.732	121.320	46.881		

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.

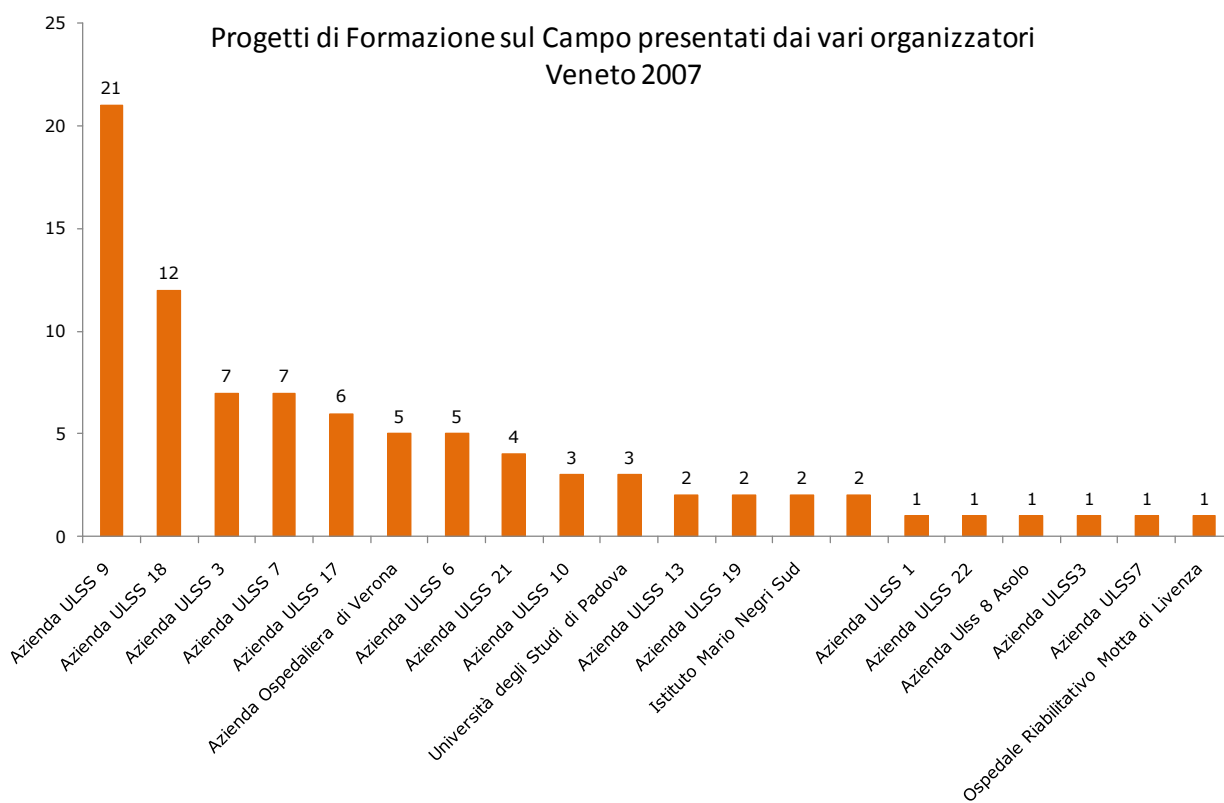
Attività di audit clinico: iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano 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

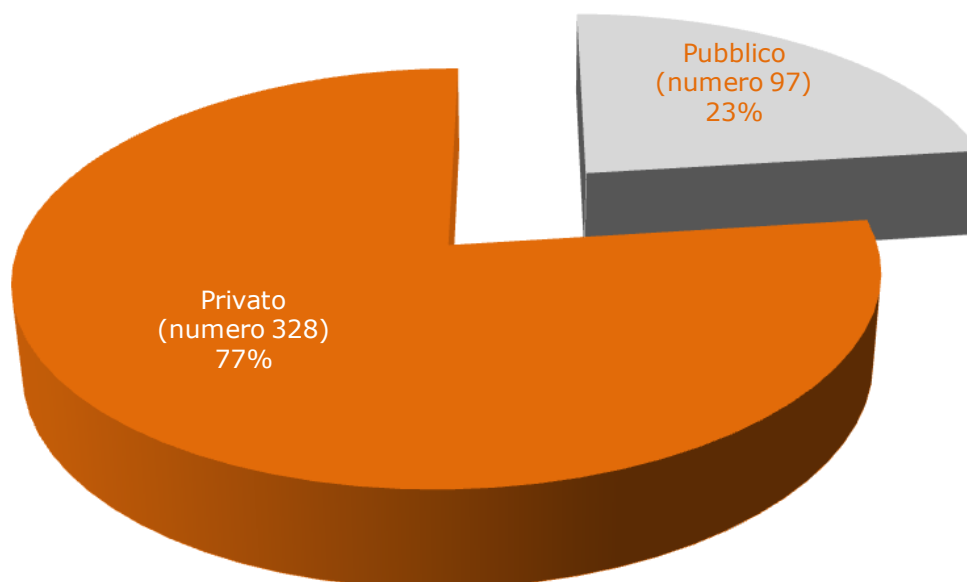
attraverso attestati di partecipazione ufficialmente riconosciuti dal sistema ECM Veneto. Nel primo anno di sperimentazione i dati sono i seguenti:

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
Totale complessivo	87

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
Totale	425

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,

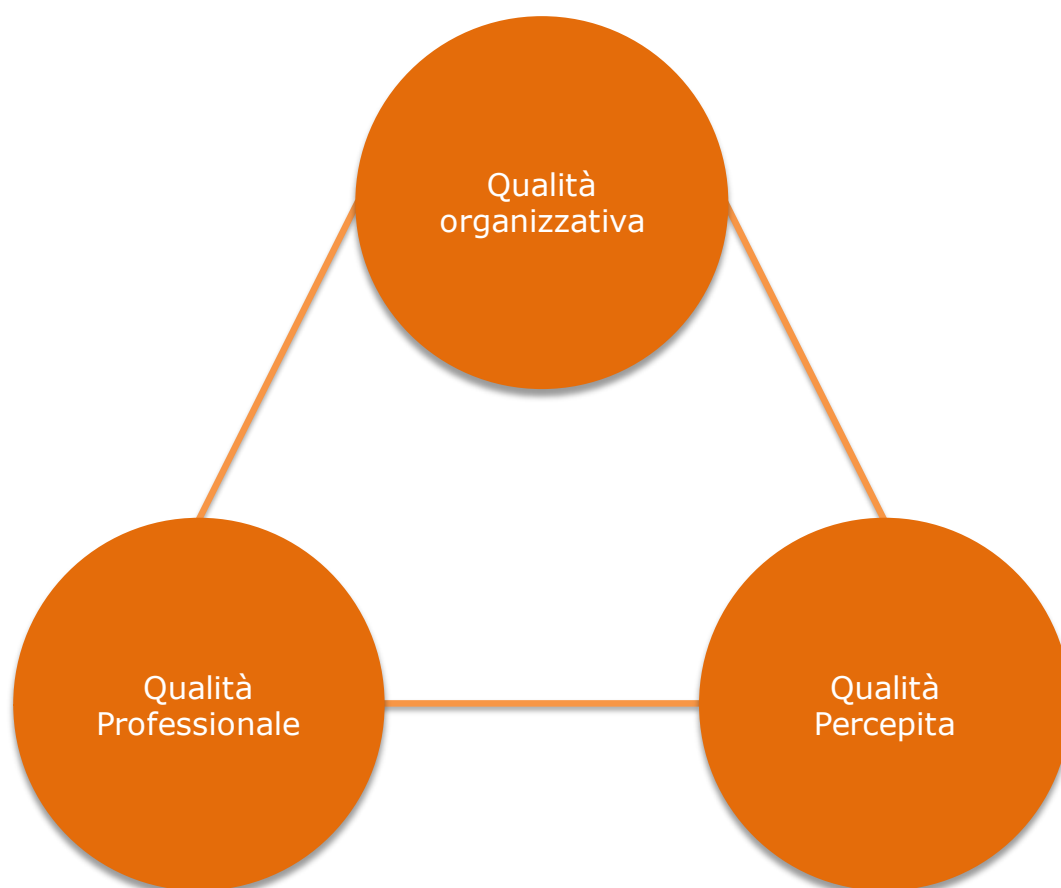
attraverso il riuso delle informazioni contenute all'interno del sistema informativo ECM e sarà messo a disposizione di tutti i soggetti autorizzati, ad esempio delle Associazioni professionali per permettere loro di certificare, quindi validare, i percorsi formativi dei propri associati. Altri soggetti 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 Sociale⁴

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

⁴ 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

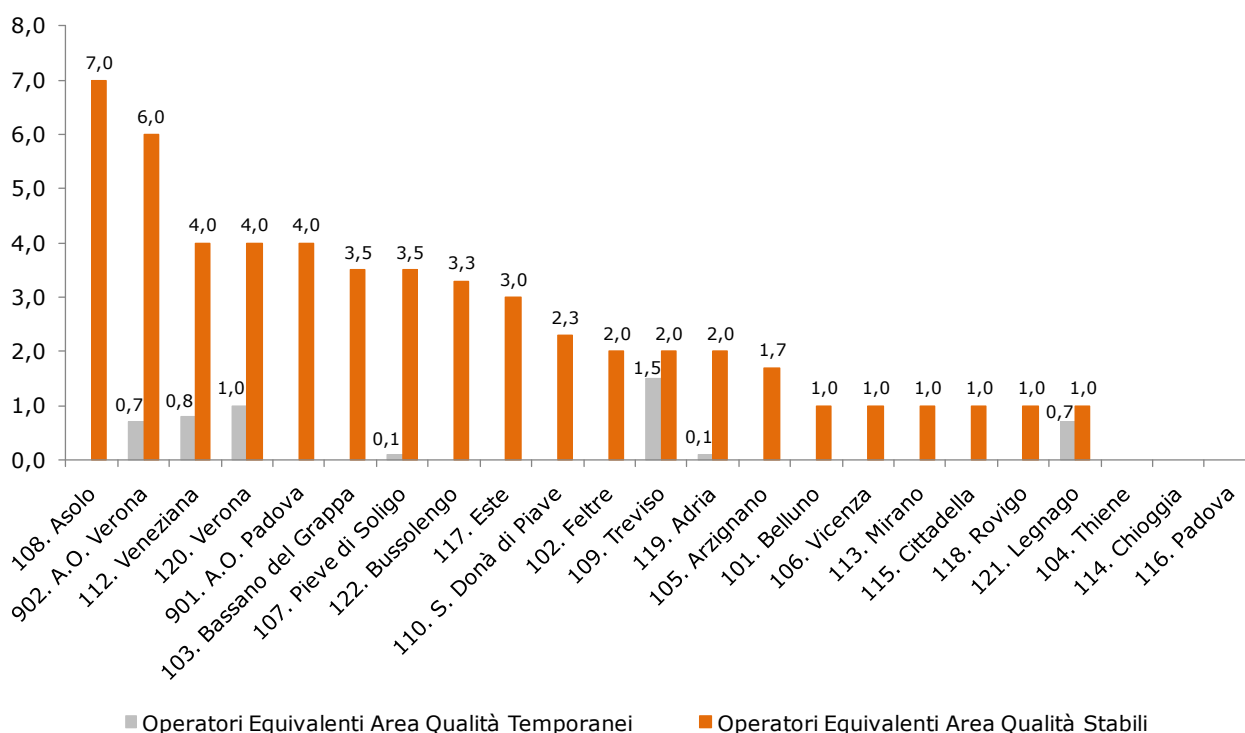
	Aziende ULSS e ospedaliere	Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate
Rete di referenti per la qualità per Dipartimento/Unità Organizzativa/Servizio	Attivata: 20 Aziende, di cui 17 in tutti o nella maggioranza dei Dipartimenti/UO/ Servizi	Attivata: 13 Strutture, di cui 11 in tutti o nella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



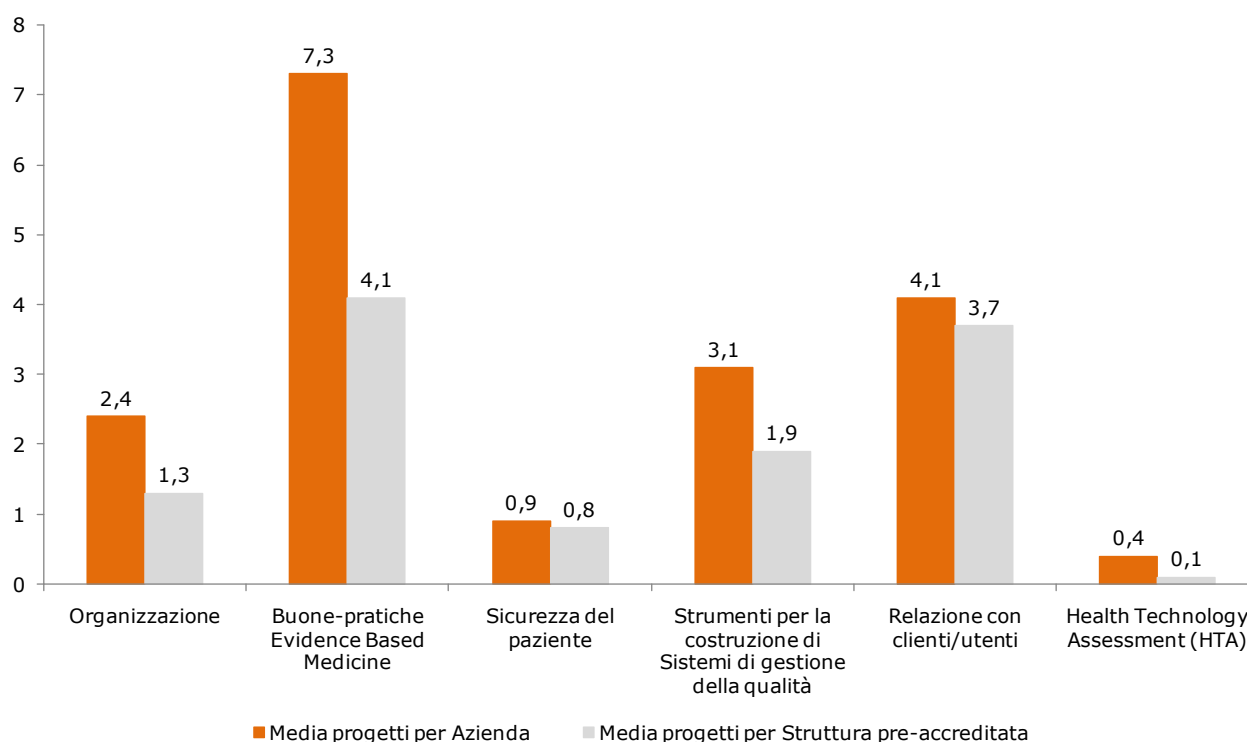
Progetti di miglioramento della Qualità attivi (Anno 2006)		Aziende e Strutture con progetto attivato			
Macroaree progettuali	Progetti specifici segnalati	Aziende ULSS e ospedaliere		Strutture di ricovero ospedaliero private pre-accreditate	
		Numero Aziende	%	Numero Strutture	%
Organizzazione	Progetti 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 valutarsi.

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.

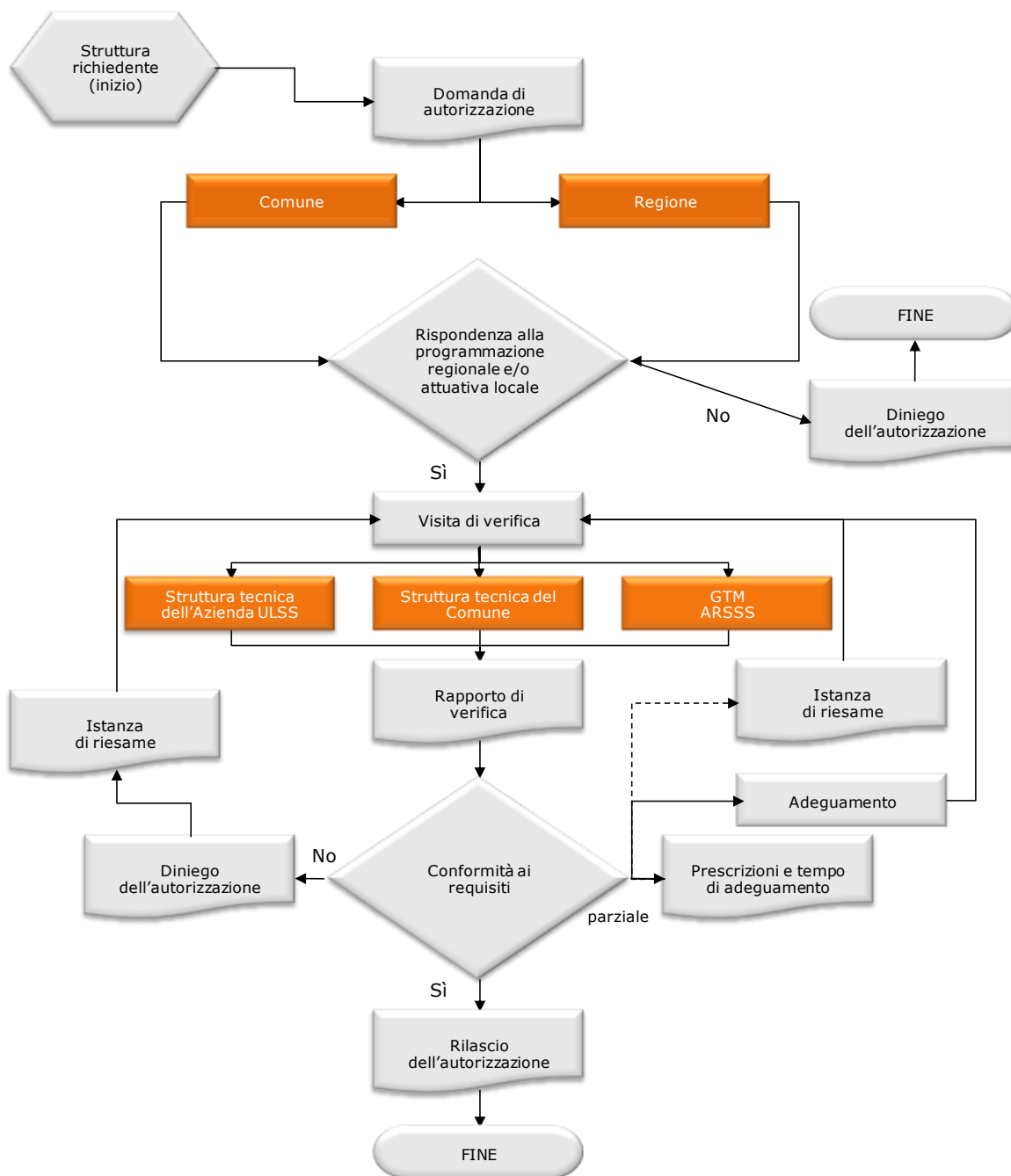
Sottoporsi alla verifica

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:

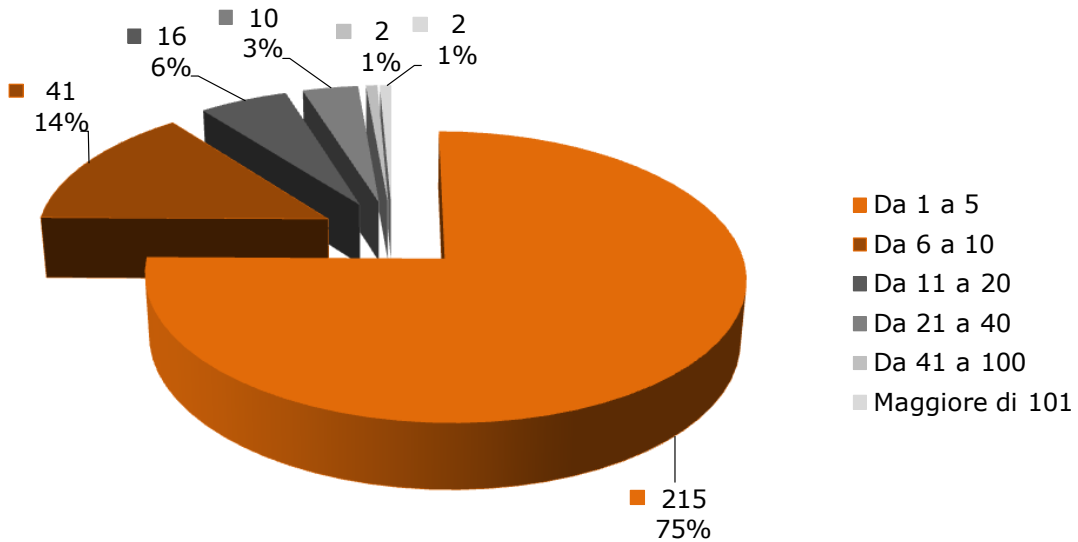
Soggetti coinvolti	Termine presentazione domanda	Termine evasione istanza
Nuove strutture o parti di strutture interessate da lavori di adeguamento	A richiesta	Entro 180 dall'arrivo della domanda
Ambulatori e studi specialistici già in esercizio e privi di autorizzazione	Già scaduto (31 dicembre 2005)	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):



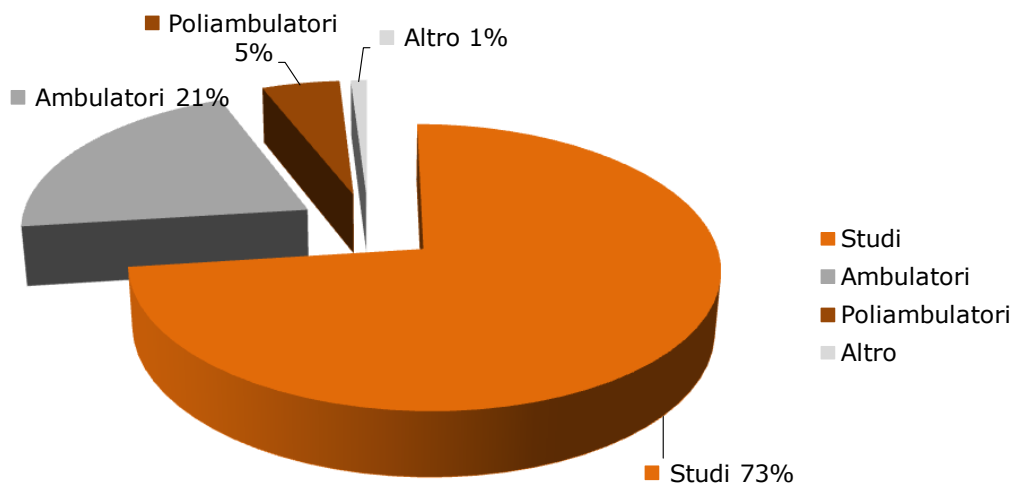
Analizzando i provvedimenti rilasciati dai Comuni si nota come dei 581 Comuni del Veneto ne siano stati coinvolti 286 di cui il 75% però ha rilasciato negli anni meno di 5 autorizzazioni.

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

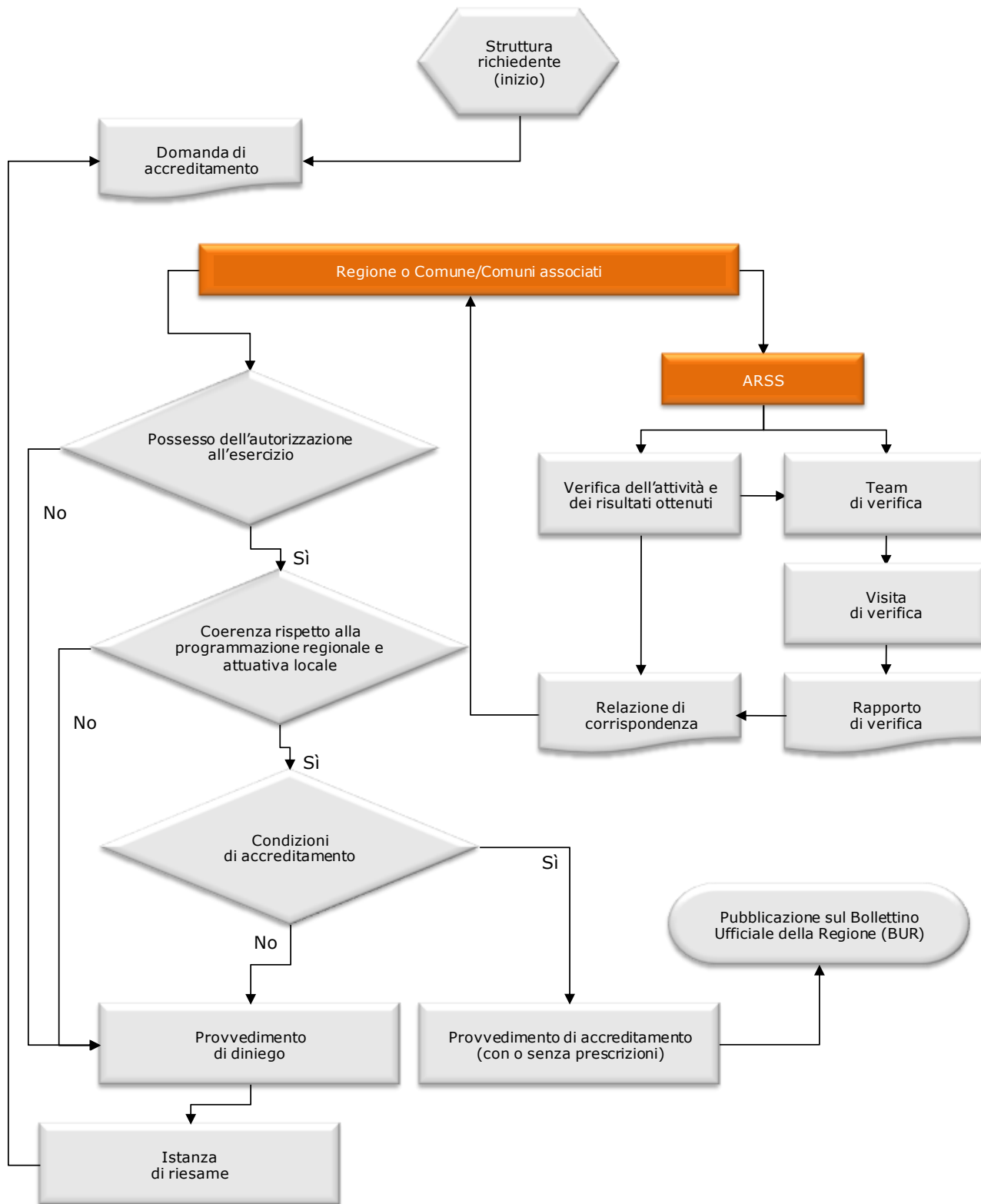


Per quanto riguarda le tipologie di strutture autorizzate si nota come in prevalenza siano studi (1.362) di cui 1.264 odontoiatrici. La voce "Altro" comprende le strutture di sanità animale e veterinarie.

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:

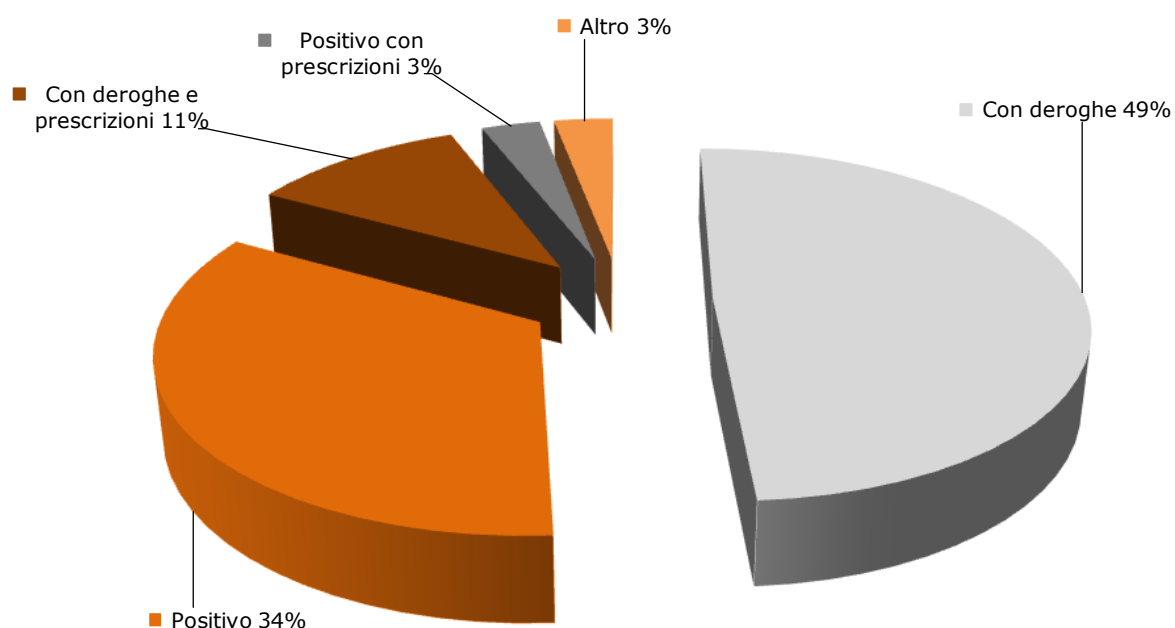
- *Positivo* - Esito di una visita di verifica nella quale si è riscontrata la piena corrispondenza di tutti i requisiti generali e minimi specifici di autorizzazione all'esercizio ex l.r. n. 22/02. Le strutture che iniziano ex novo l'attività devono avere un'autorizzazione con esito positivo per poter 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	
Veneto	307	28

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

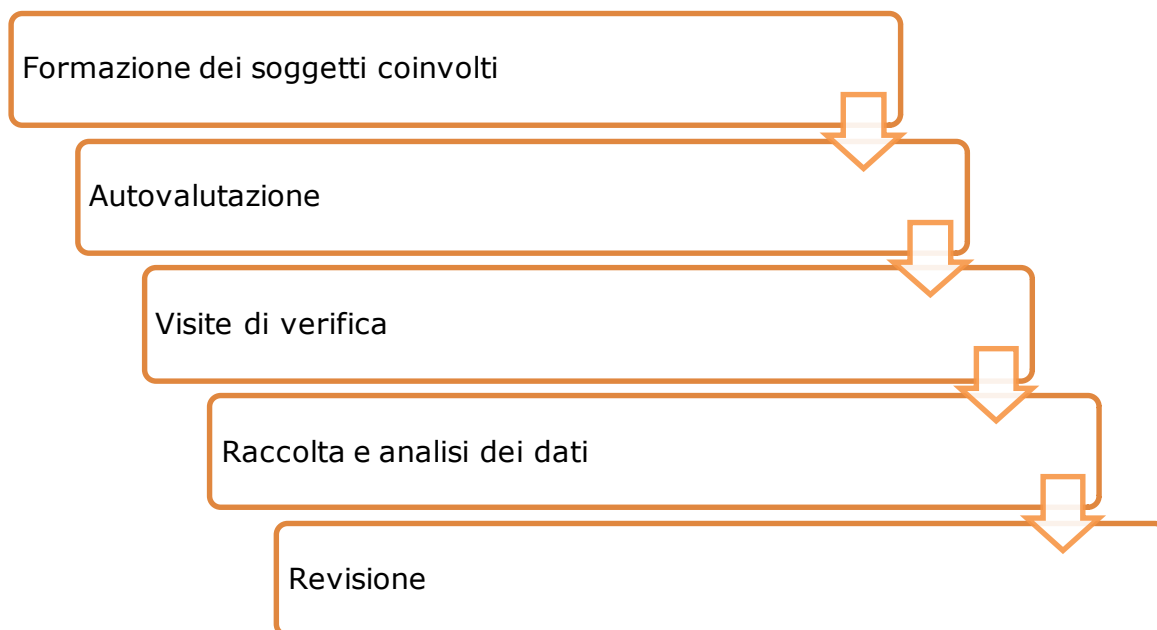


Area sociale: autorizzazione e accreditamento

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
Totale generale	202	13,8%	1.459

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
Totale		3	8	152	163

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:

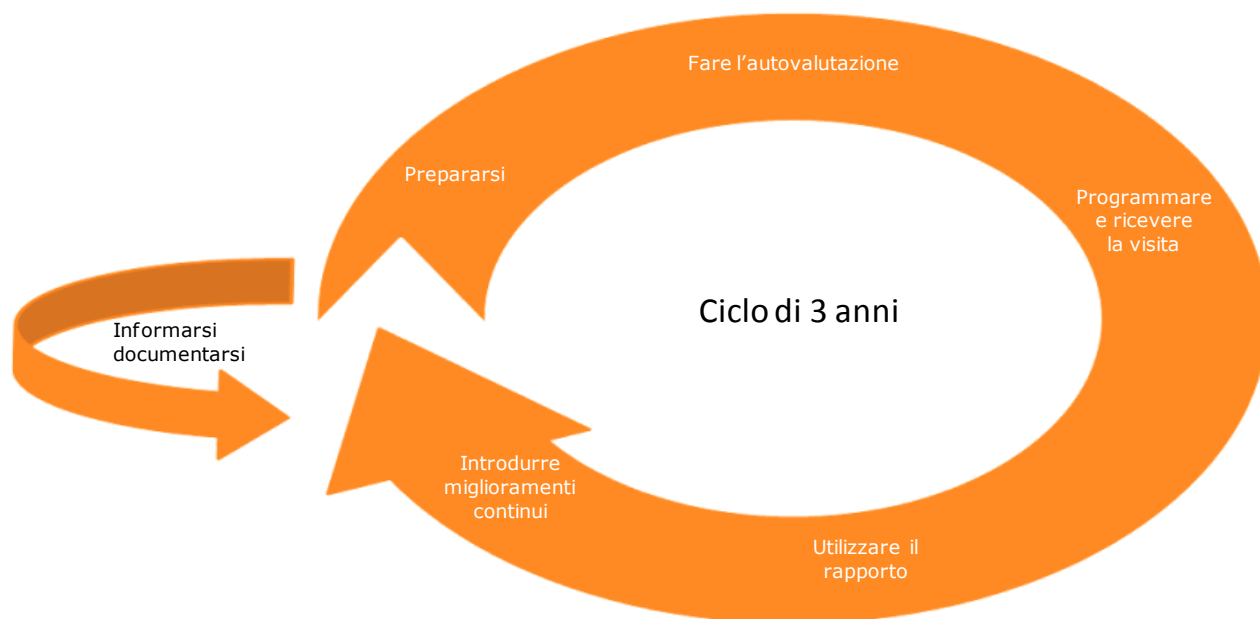
- *Prima macro fase* - Sperimentazione di un modello di accreditamento di eccellenza riconosciuto a livello internazionale per l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare procedendo alle modifiche ed integrazioni necessarie per adattarlo al contesto normativo, organizzativo e culturale del Veneto 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

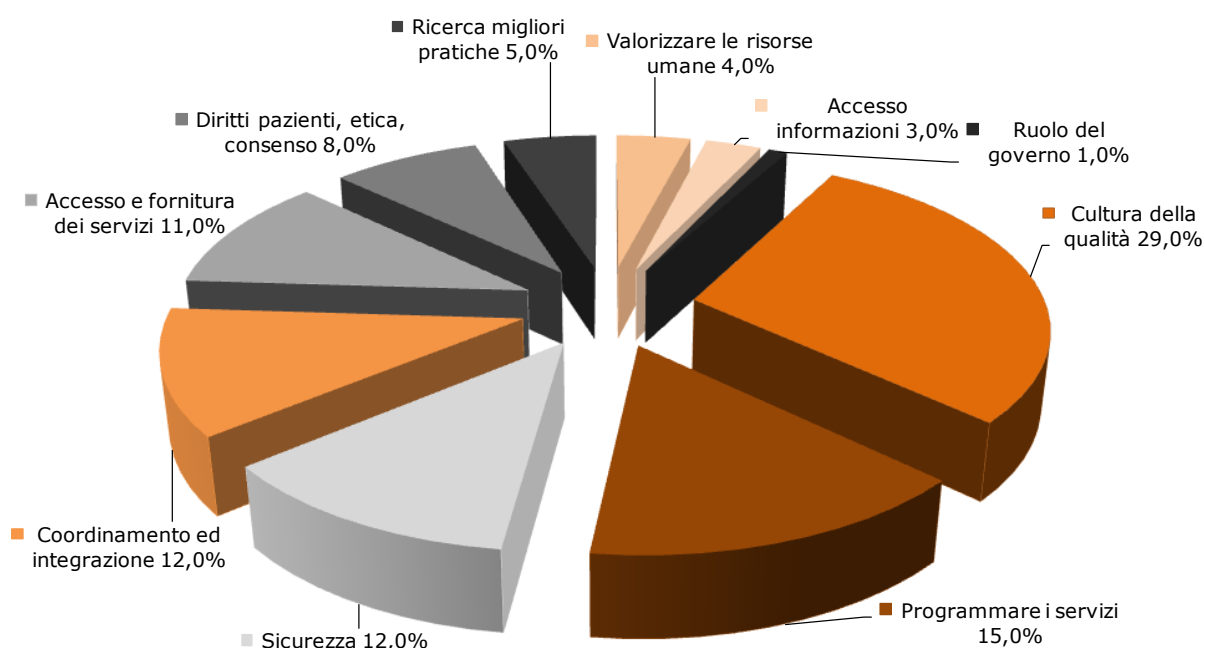
La fase operativa della prima macro fase del Progetto complessivo regionale si è sviluppata dalla seconda metà del 2001 ai primi mesi del 2004 ed ha riguardato l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare coinvolgendo i seguenti siti pilota:

- 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.

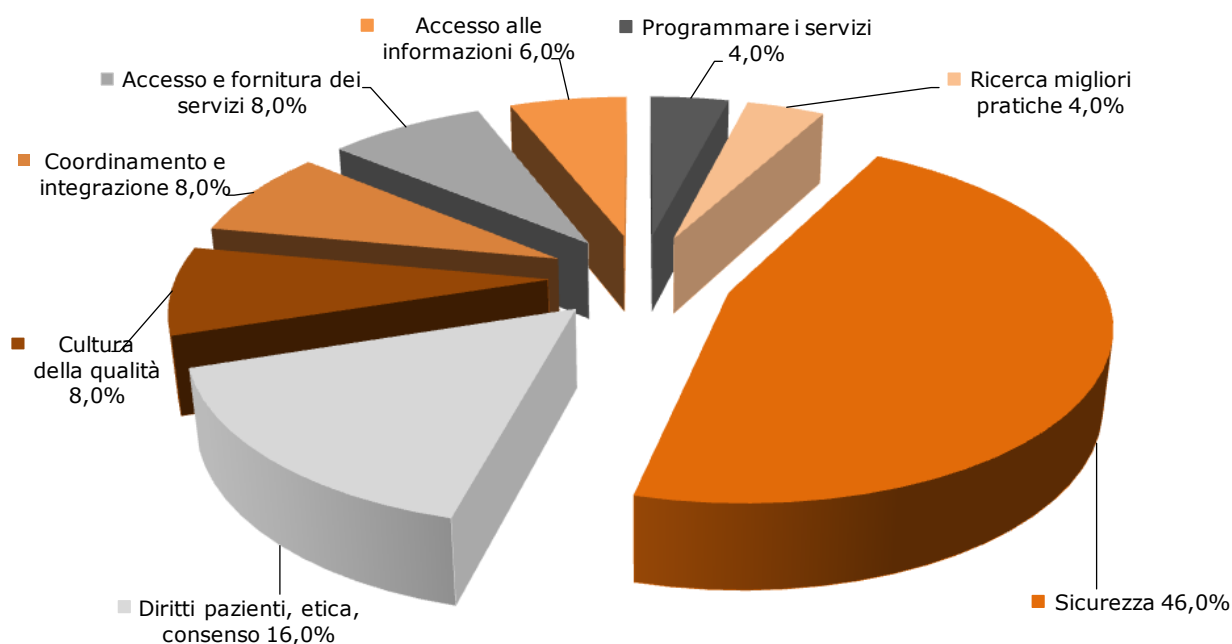
La sperimentazione ha riguardato tutte le componenti del programma di accredитamento del CCHSA descritte, escluso il riconoscimento formale dello stato di accredитamento. Nei grafici seguenti è riportata la distribuzione per aree omogenee di standard delle raccomandazioni totali e a rischio elevato contenute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

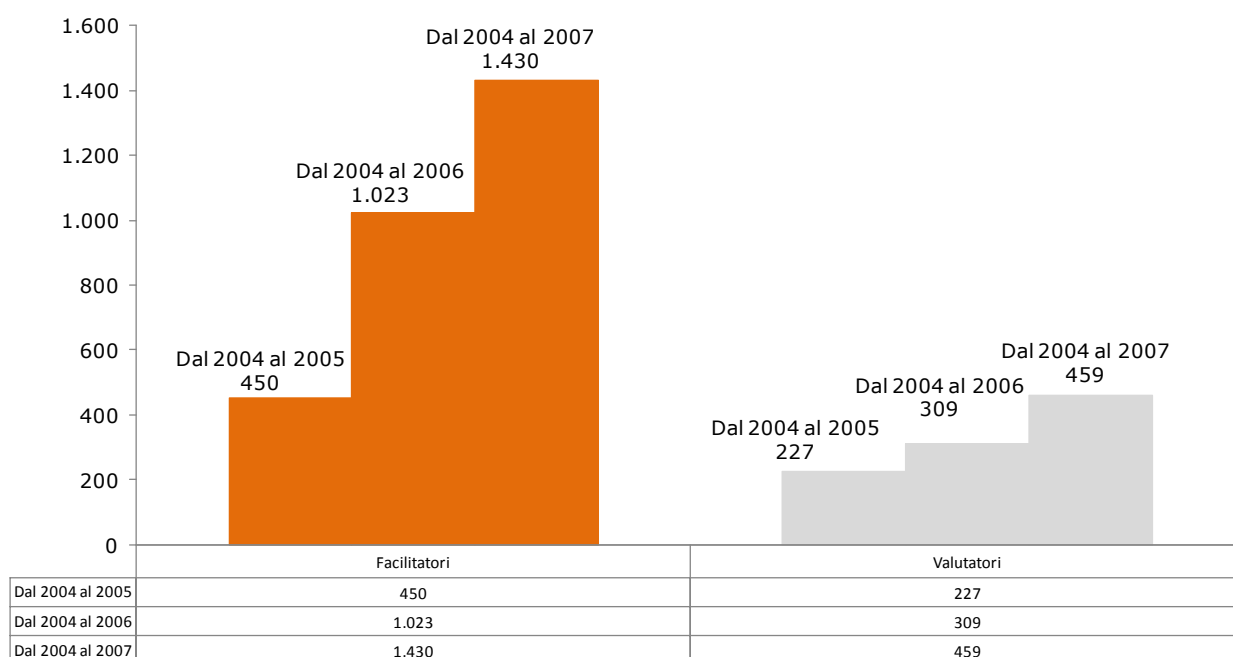
- Dimostrazione di impegno per migliorare la qualità dei servizi.
- Processo di formazione di cui beneficia tutto il personale.
- Acquisizione di validi suggerimenti pratici da parte dei valutatori esterni per migliorare i servizi.
- Crescita del livello di comunicazione e di collaborazione all'interno 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".

480

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). 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			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.
	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'	

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).

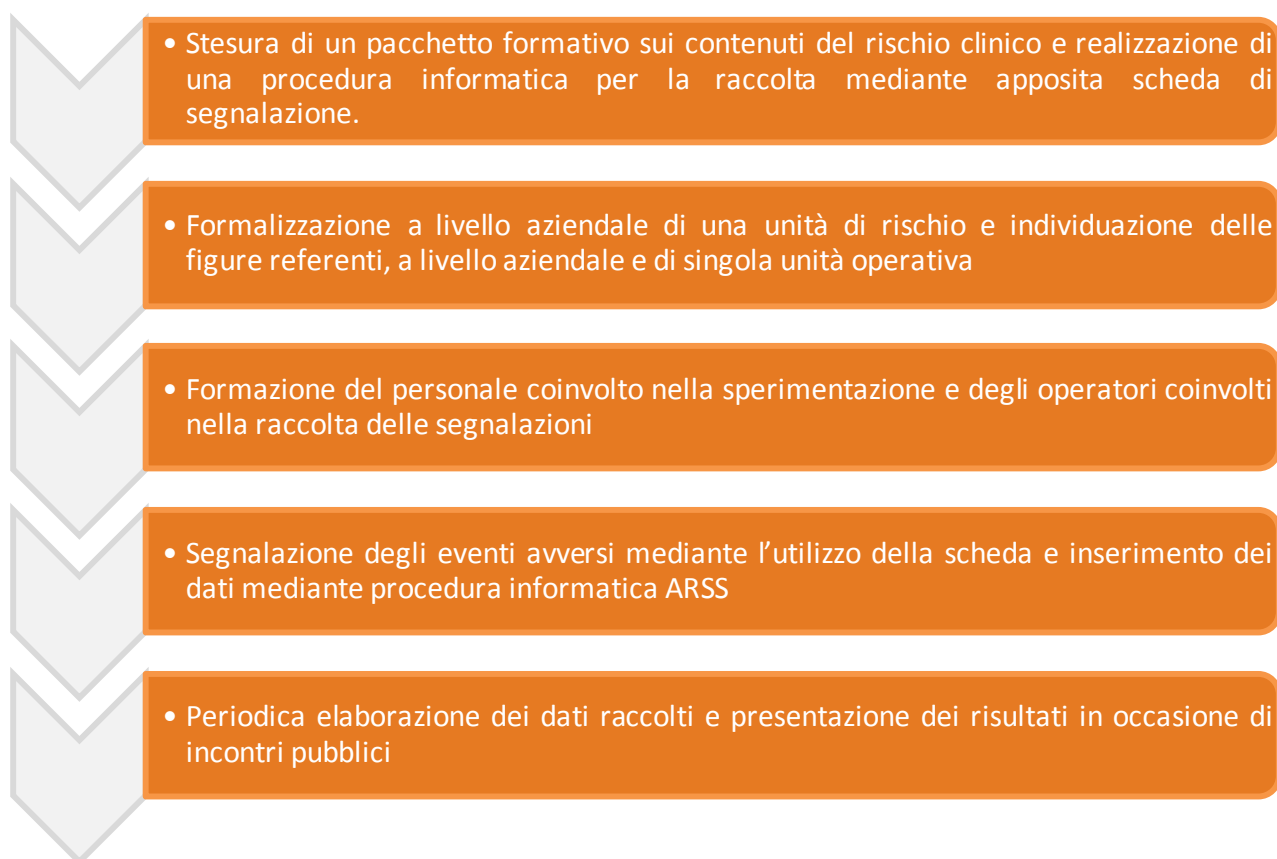
Diverse esperienze internazionali hanno dimostrato i vantaggi e l'utilità di questo sistema di rilevazione, in particolare si fa riferimento all'Australian Incident Monitoring System (AIMS) dell'Australia ed al National Reporting and Learning System (NRLS) del Regno Unito. Attività preliminare alla messa 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

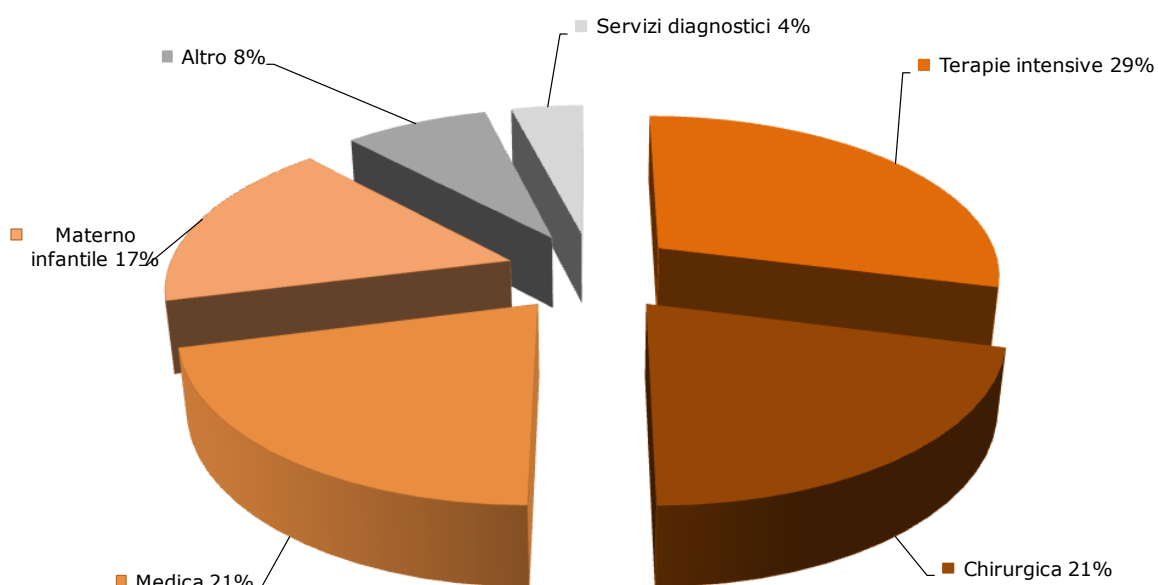


493

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:

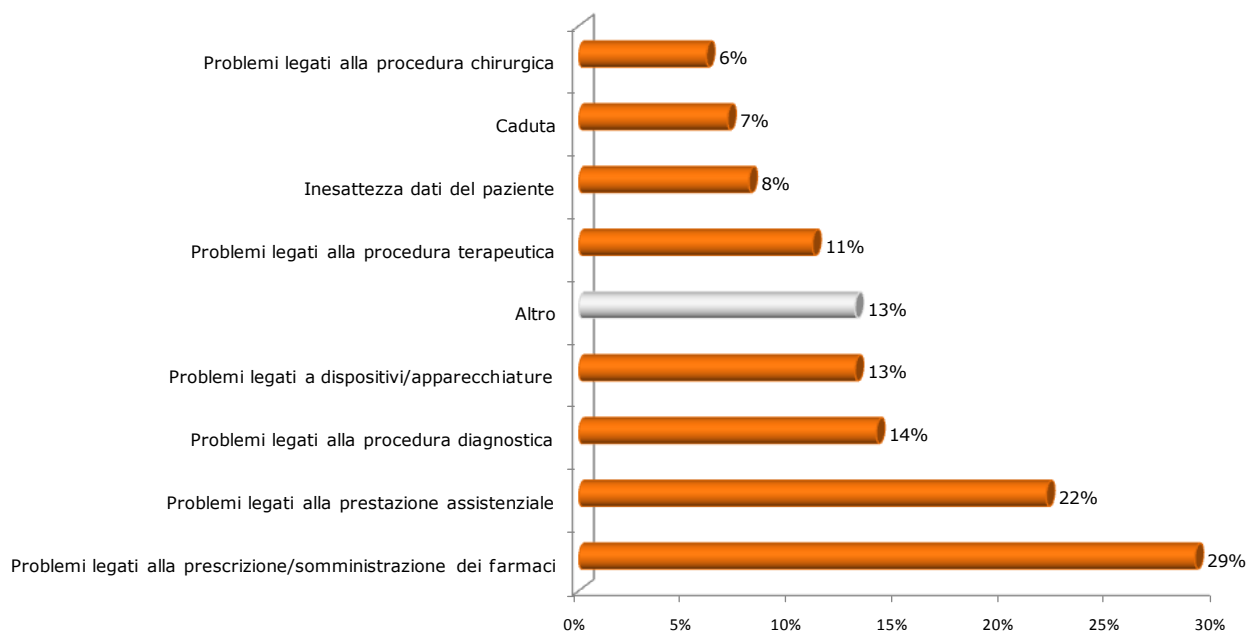
Aree disciplinari suddivise per percentuale sul totale rilevazione



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.

494

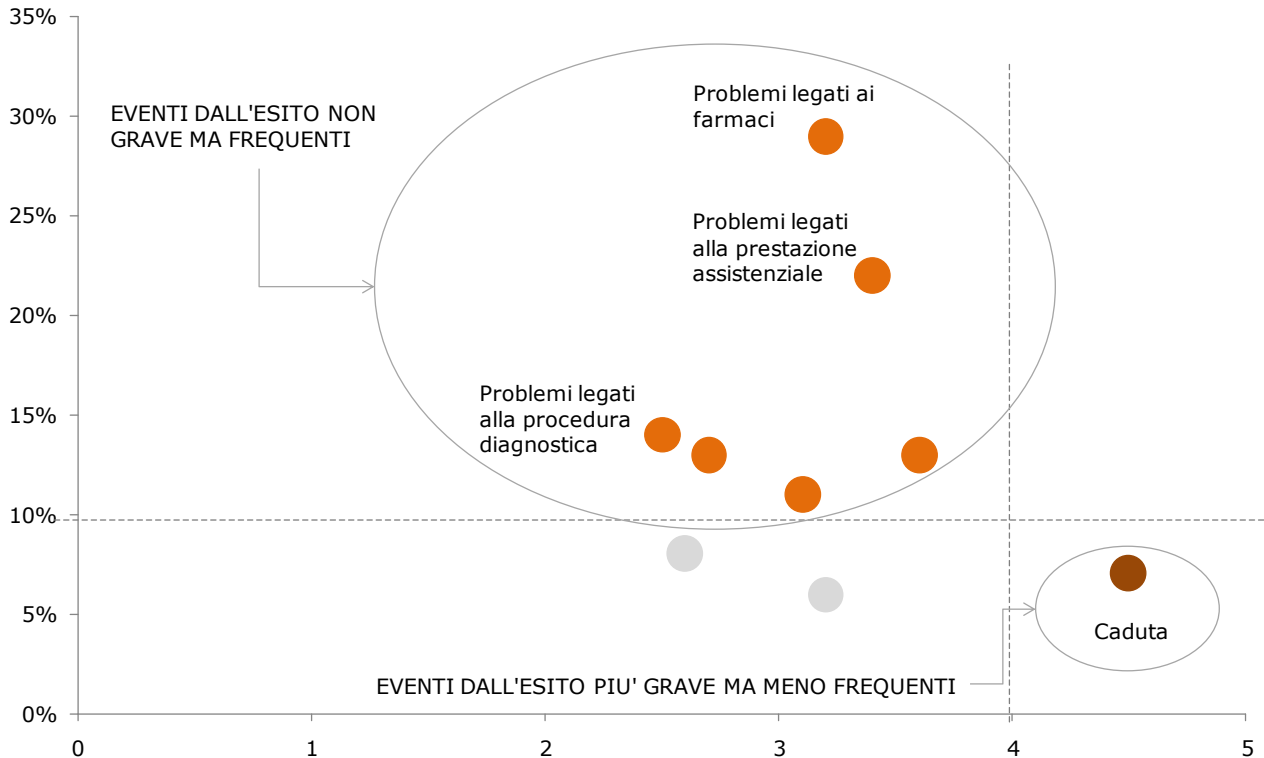
Tipologia di eventi segnalati suddivisi per percentuale sul totale



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:

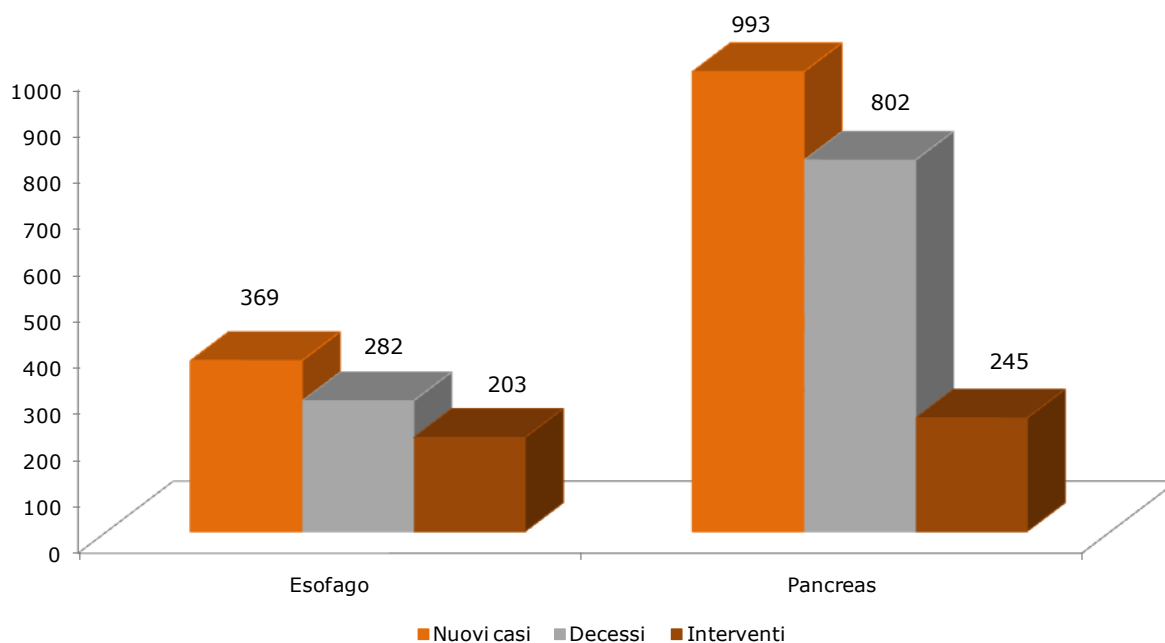
Processo di determinazione e sviluppo degli indicatori di qualità del Servizio Socio Sanitario del Veneto



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.

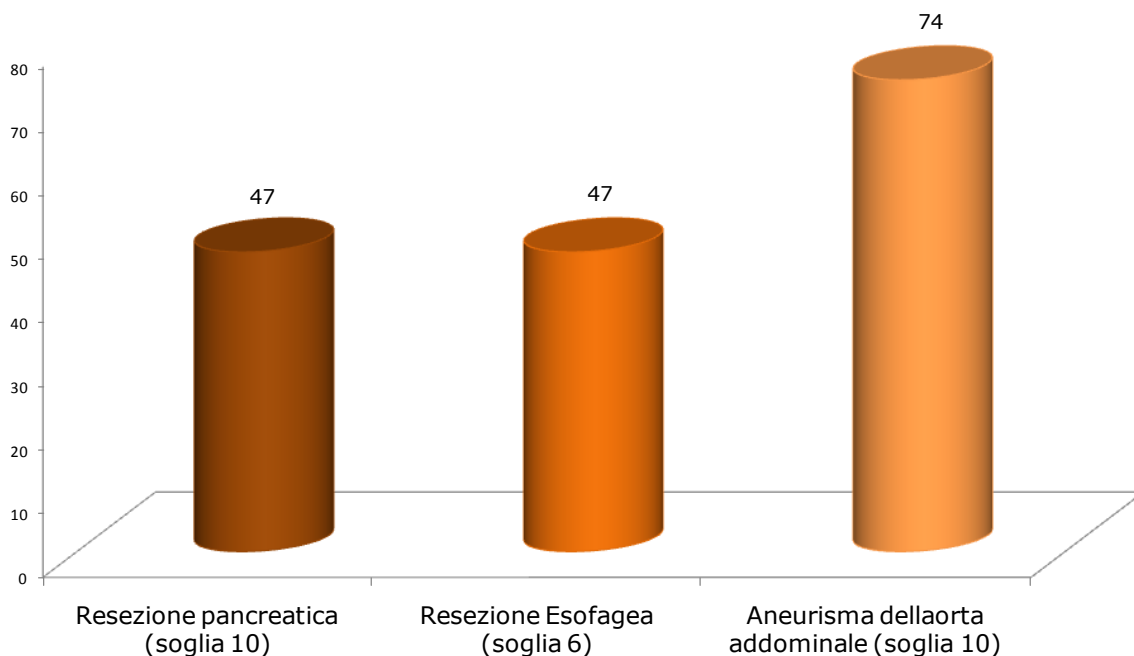
Neoplasie dell'esofago e del pancreas:
nuovi casi, decessi ed interventi di resezione - Veneto 2007



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

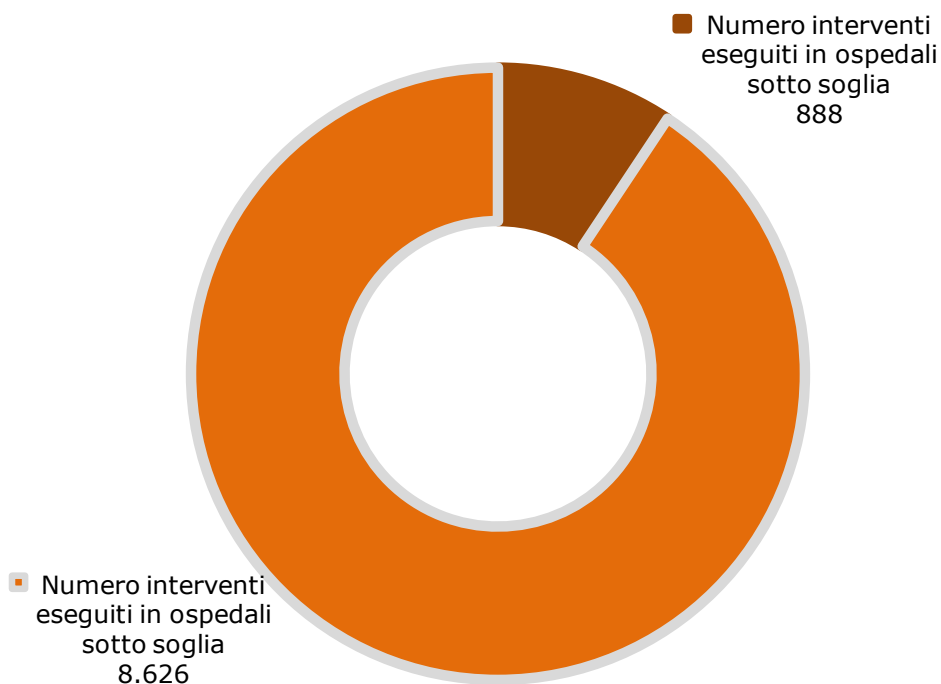
tanto meno un giudizio o un'assegnazione di colpe. Esso può costituire un importante contributo al miglioramento dei processi decisionali.

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



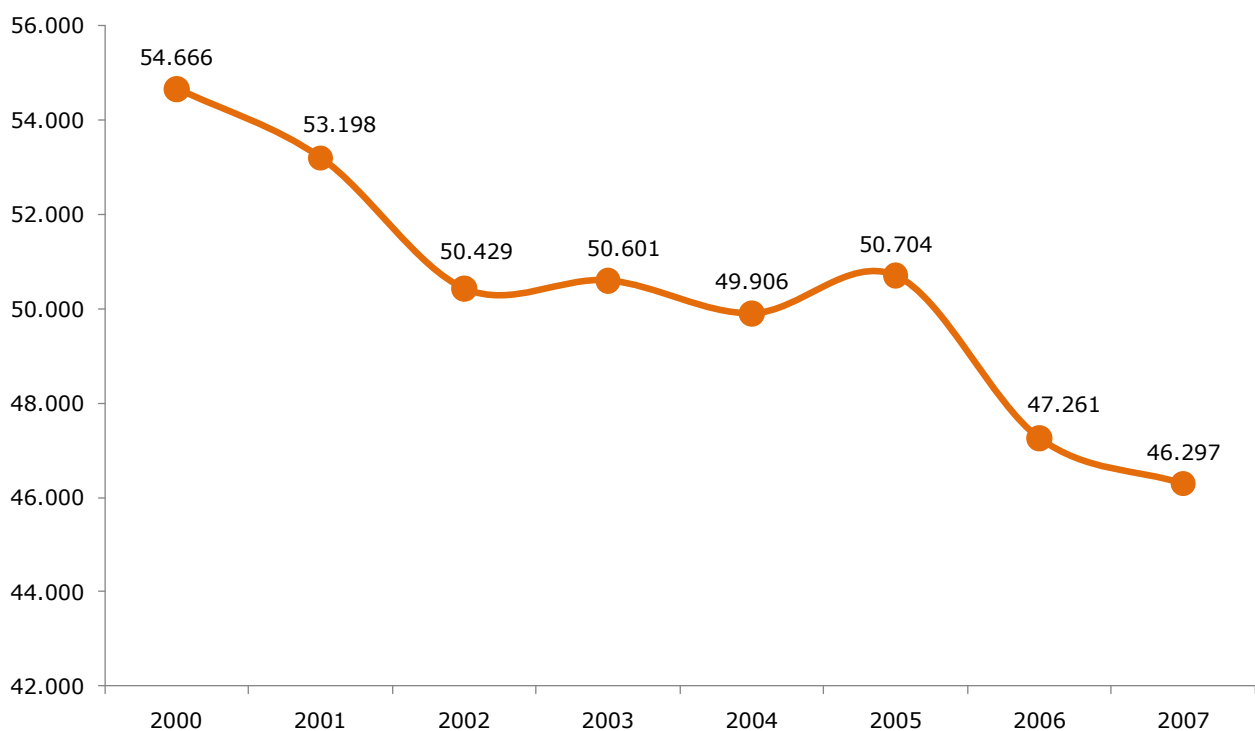
500

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:

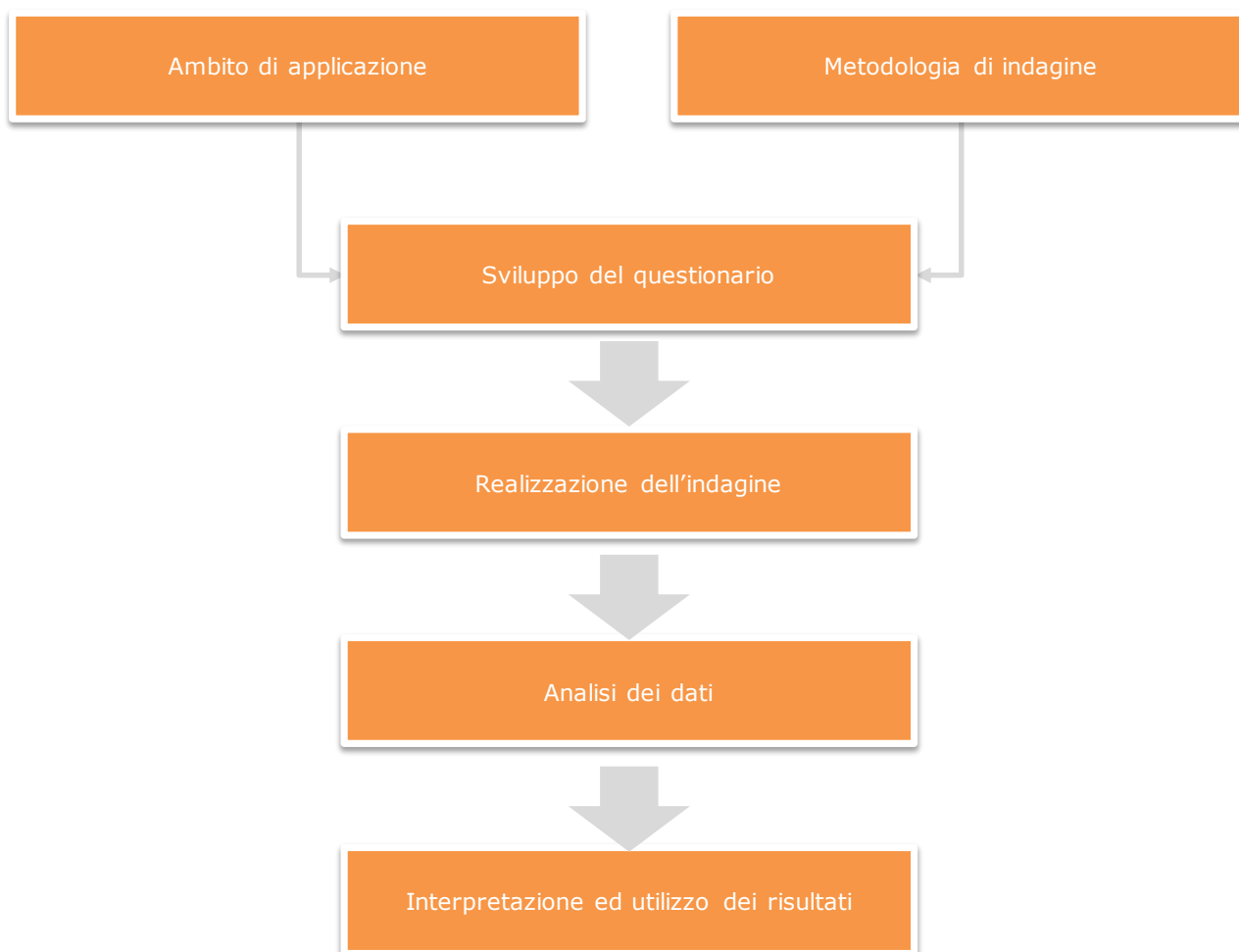
- ANCI Associazione Nazionale dei Comuni Italiani;
- Associazioni rappresentative dei cittadini (Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato, Veneto Salute);
- Coordinamento Regionale Ordini Provinciali dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri;
- Coordinamento Regionale Collegi IPASVI;
- Federazione 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)

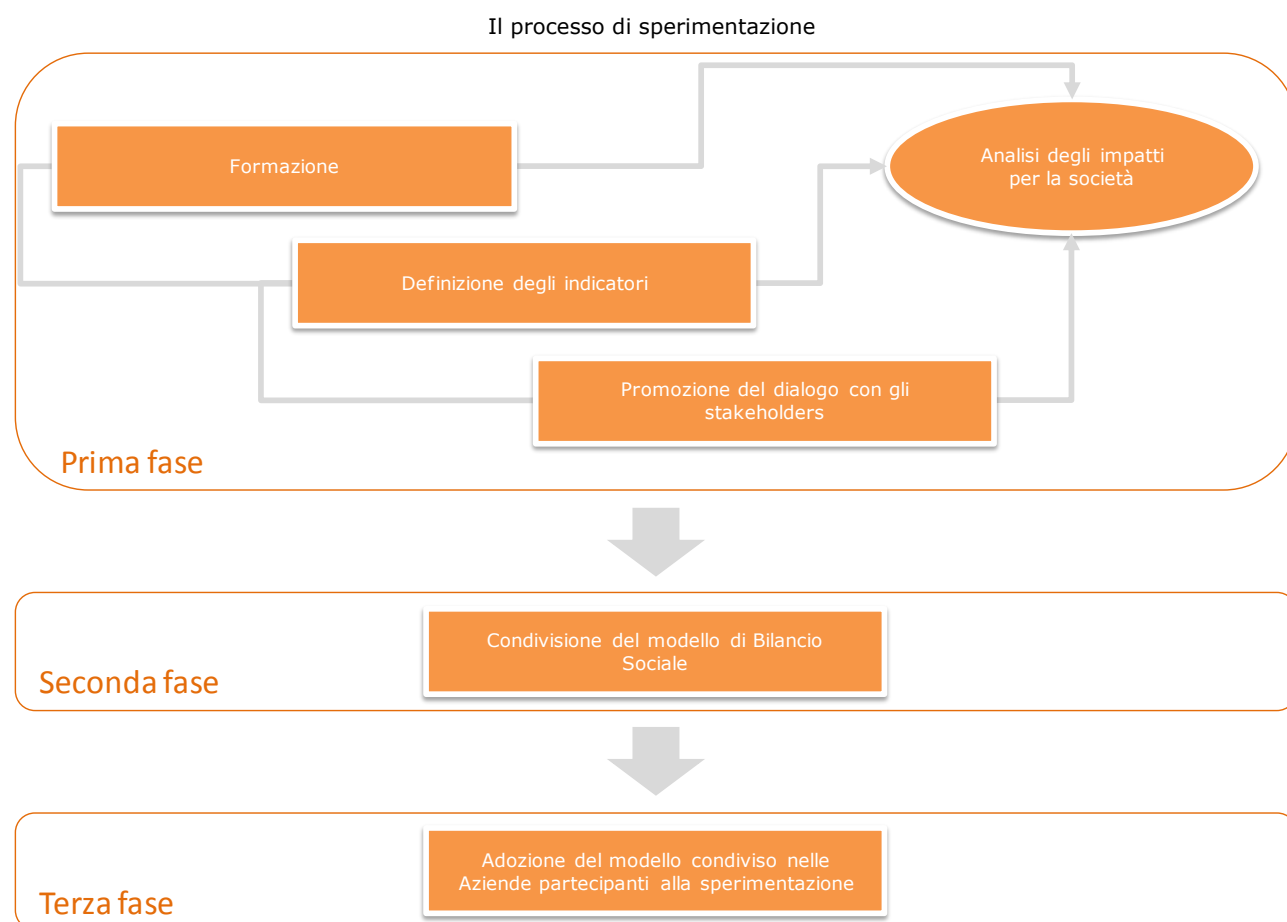
Risultati delle aree di rendicontazione

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).

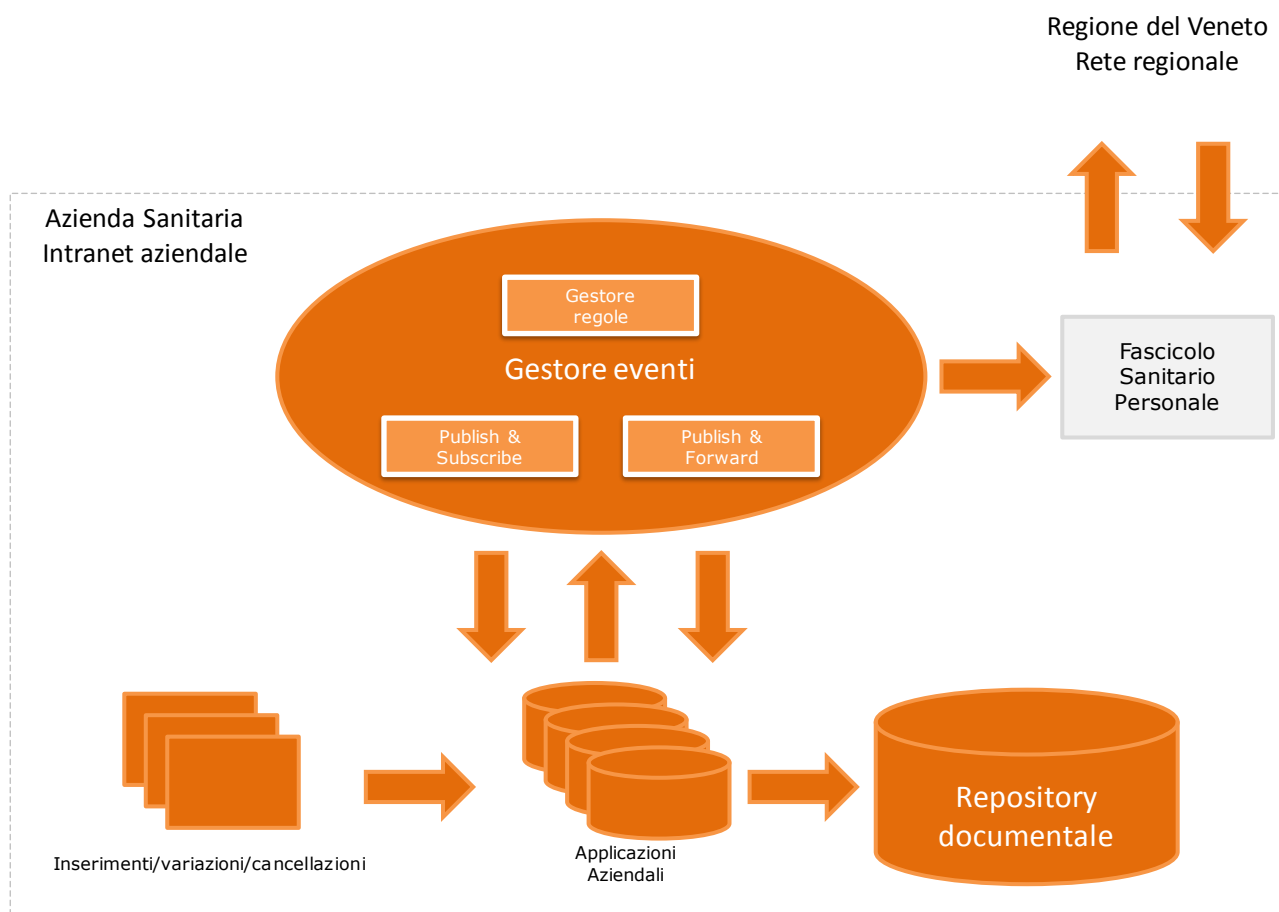
Portale delle applicazioni del Sistema Informativo Socio Sanitario: ampliamento delle funzionalità di data warehousing nel contesto di una gamma sempre più estesa di servizi informativi e di monitoraggio agli Uffici Regionali, alle Aziende Sanitarie ed ai Centri di Riferimento Regionali.

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 glucidica (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 basato 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 sinistrosità 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 through 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 collegati⁵.

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.

⁵ 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
<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
<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
<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

<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

<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

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