

PARTE QUARTA
Strumenti per la garanzia
dei livelli di assistenza

8. PROCESSI E PRODOTTI DELLA PROGRAMMAZIONE

PREMESSA

L'analisi approfondita e puntuale della programmazione settoriale specifica si rimanda ai capitoli in cui sono trattati i diversi livelli di assistenza nelle loro diverse componenti e articolazioni, di seguito vengono analizzati nel loro evolversi generale e nei loro principi e criteri ispiratori di base i processi e prodotti della programmazione regionale nel loro insieme.

QUADRO GENERALE

Nella seconda metà degli anni '90 la programmazione regionale è stata chiamata a governare il cambiamento introdotto dalla riforma bis del Sistema Sanitario Nazionale (DLvo n. 502/92 e n. 517/93); il processo di programmazione si è articolato in quattro tappe fondamentali:

- Anni 1994-1995: riorganizzazione dell'assetto istituzionale e organizzativo e definizione degli strumenti programmatori, contabili, gestionali e di controllo atti a garantire l'avvio del rinnovato Servizio Sanitario Regionale (LR n. 55/94 e n. 56/94).
- Anni 1995-1996: definizione degli obiettivi strategici e delle politiche generali di intervento al fine del loro raggiungimento (LR n. 7/96 – Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996-1998).
- Anno 1997: riorganizzazione della struttura centrale regionale, al fine di meglio garantire lo svolgimento delle nuove funzioni di governo ad essa assegnate.
- Anni 1998-1999: interventi di razionalizzazione dei settori di intervento strategici per il cambiamento strettamente collegati ed interdipendenti fra loro: assistenza ospedaliera, assistenza residenziale extraospedaliera e assistenza domiciliare.

In particolare si segnalano i seguenti interventi programmatori:

a) Ridefinizione della rete di assistenza ospedaliera (DGR n. 740/99)

Viene formulata una nuova proposta di revisione delle dotazioni ospedaliere pubbliche e private del Veneto, da attuarsi entro il biennio 1999-2000, per garantire una più efficiente distribuzione delle risorse e più efficaci modelli di gestione delle medesime, anche mediante una riduzione della dotazione di posti letto, rispetto ai parametri normativi nazionali.

Il documento fissa in primo luogo gli standard di dotazione ospedaliera, tenendo conto della riduzione della quota di finanziamento per il livello di assistenza ospedaliera (dal 53% del Fondo 1995 è stata rideterminata dal Piano Sanitario Nazionale al 47% nel 1998).

La riduzione dei posti letto, di circa 4.000 unità nel complesso, deve realizzarsi contestualmente ad una riqualificazione degli stessi mirata a meglio rispondere ai bisogni di assistenza ospedaliera, in particolare rafforzando le funzioni per post acuti a scapito di quelle per acuti. A tal fine la proposta di programmazione regionale classifica gli ospedali, in funzione alla loro destinazione funzionale, in ospedali per acuti e ad indirizzo medico-riabilitativo; nei primi trovano risposta i bisogni assistenziali del paziente in fase acuta, con funzioni quindi di urgenza/emergenza, mentre nei secondi si garantisce la lungodegenza post acuzie e la riabilitazione per pazienti clinicamente stabilizzati.

Le strutture, nelle due diverse configurazioni, devono essere organizzate in dipartimenti ed aree omogenee, al fine di un migliore e integrato utilizzo delle risorse.

b) Ridefinizione della rete di assistenza residenziale extra-ospedaliera (DGR n. 751/00)

Si tratta delle strutture residenziali che assicurano una qualche forma di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) e di rilievo sanitario, con particolare riferimento alle strutture per non autosufficienti, anziani e non, e disabili non assistibili a domicilio.

La programmazione di questo settore, coerentemente alle linee guida del Ministero della Sanità in materia di riabilitazione, è articolata in due aree:

- Area della residenzialità con assistenza estensiva

Lo sviluppo di quest'area assistenziale è correlato alla evoluzione delle politiche sanitarie che, sempre più, tendono a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase dell'acuzie e delle

fasi immediatamente successive (lungodegenza e riabilitazione ospedaliera), rinviando alla rete territoriale di servizi e strutture i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata, che, se non effettuabili a domicilio, devono trovare la possibilità di realizzazione in strutture di accoglienza che integrano la rete ospedaliera, ma se ne differenziano per la minore intensità di cure ed una relativa minore complessità organizzativa.

Partendo dal presupposto che le forme di assistenza ad “alta intensità” sono realizzate in ambito ospedaliero o presso istituti o centri di riabilitazione, la residenzialità extraospedaliera per non autosufficienti e disabili, è articolata in servizi caratterizzati da livelli medio, ridotto o minimo di assistenza sanitaria.

Nel modello proposto per il Veneto la residenzialità sanitaria extraospedaliera a carattere estensivo si realizza attraverso la implementazione di una rete di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), costituita da presidi territoriali derivanti da riconversioni di strutture ospedaliere dismesse, nonché attraverso un processo di qualificazione della risposta sanitaria della rete delle case di riposo per anziani non autosufficienti e degli istituti per disabili.

- Area della residenzialità con assistenza intensiva

Comprende le attività dirette al recupero di disabilità importanti, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e durata dell'intervento (almeno tre ore giornaliere di terapia specifica erogate da personale tecnico-sanitario della riabilitazione, come fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, educatore professionale e infermiere).

Oggetto della programmazione in questo settore sono state: strutture dedicate alla riabilitazione intensiva extraospedaliera per età evolutiva e per adulti, hospice per malati terminali e comunità terapeutiche residenziali protette per pazienti psichiatriche.

c) *Sistema dell'assistenza domiciliare (DGR n. 5273/98)*

Sono definite le linee guida regionali valide sia per le Aziende ULSS che hanno già attivato o hanno in programma di attivare una qualche forma di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sia per i Comuni che, secondo i Piani di Zona, hanno organizzato l'assistenza sociale a domicilio.

L'assistenza a domicilio, nelle sue diverse configurazioni, coniuga l'esigenza dell'assistito e della sua famiglia di ricevere le prestazioni assistenziali nel contesto domestico, con l'interesse dell'ente pubblico di economizzare sugli interventi da garantire al cittadino; significa cioè migliorare la qualità della vita del paziente e della sua famiglia, evitare il ricovero durante le fasi non acute e quindi ridurre i tempi di ospedalizzazione e ottimizzare le risorse territoriali.

Le linee guida regionali contengono indicazioni puntuali su:

- destinatari dell'assistenza a domicilio
- definizione di ADI, specificando che l'integrazione si può realizzare a livello sia multidisciplinare (sociale – sanitario), sia multiprofessionale (tra operatori sanitari con professionalità diversa)
- classificazione delle diverse forme / moduli assistenziali in cui può articolarsi l'assistenza a domicilio
- obiettivi di copertura del fabbisogno assistenziale.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Come previsto dal DLvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, la formazione degli operatori sanitari infermieristici, tecnici e della riabilitazione, iniziata nella nostra Regione nell'anno accademico 1994/95, continua nell'unico canale formativo rappresentato dai corsi di Diploma Universitario. La collaborazione tra Regione e Università degli Studi è disciplinata da atti convenzionali che definiscono il rapporto collaborativo.

CORSI DI DIPLOMA UNIVERSITARIO ATTIVATI	1998/1999			1999/2000		
	N. Sedi	N. Posti	N. posti medi per sede	N. Sedi	N. Posti	N. posti medi per sede
Infermiere	6	560	93,3	7	650	92,9
Fisioterapista	3	90	30,0	3	85	28,3
Ostetrica	2	20	10,0	2	20	10,0
Audioprotesista	1	10	10,0	1	15	15,0
Logopedista	1	10	10,0	1	10	10,0
Dietista	1	10	10,0	1	10	10,0
Audiometrista	1	8	8,0	1	5	5,0
Ortottista - Assistente in Oftalmologia	1	5	5,0	1	5	5,0
T. Sanitario di Laboratorio Biomedico	2	30	15,0	2	47	23,5
T. Sanitario di Radiologia Medica	1	20	20,0			
Tecnico in neurofisiopatologia	1	5	5,0	1	5	5,0
T. di Fisiopatologia Cardiocircolatoria				1	10	10,0
Totale	20	768	38,4	21	862	41,0

Per aumentare il numero degli iscritti e rendere più agevole la frequenza, accanto alle due sedi Universitarie di Padova e Verona, dall'anno accademico 1997/98 sono state attivate sezioni staccate dei corsi di Diploma Universitario per "Infermiere" a Treviso e Vicenza e per "Fisioterapista" presso l'Associazione "La Nostra Famiglia" di Conegliano.

Dall'anno accademico 1998/99 è stata avviata la sezione staccata del Diploma Universitario per "Infermiere" dell'Università di Padova presso l'ULSS di Feltre e sono stati ricompresi nel fabbisogno formativo regionale gli studenti del primo anno di corso del Diploma Universitario "Infermiere", attivato dall'Università di Udine in collaborazione con l'ACISMOM di Mestre e con sede a Mestre.

Con l'anno accademico 1999/2000 è stata avviata un'altra sezione staccata del Diploma Universitario "Infermiere" dell'Università di Padova presso l'ULSS di Rovigo ed è stato instaurato il rapporto diretto tra l'Amministrazione Regionale e l'Università degli Studi di Udine finalizzato alla formazione degli infermieri, subentrando la Regione all'ACISMOM di Mestre-Venezia.

FORMAZIONE SPERIMENTALE INTEGRATA PER OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA (OTAA) E OPERATORE ADDETTO ALL'ASSISTENZA (OAA)

A seguito di uno studio condotto da un gruppo di lavoro regionale sulla figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTAA per l'area sanitaria) e dell'operatore addetto all'assistenza (OAA per l'area sociale) a partire dall'anno scolastico 1996/97 sono stati avviati corsi biennali sperimentali integrati OTAA - OAA.

Nello specifico, attraverso la fusione della normativa (DGR n. 3446/86, LR n. 10/90, DMSan n. 295/91) e dei relativi percorsi didattici, si è pervenuti alla creazione di un unico percorso formativo che si conclude con il rilascio del duplice attestato di qualificazione professionale a seguito di superamento di apposite prove di valutazione previste dalle normative di riferimento.

Nella stesura del programma, più che pensare a due figure separate da integrare sul piano formativo è stata focalizzata l'attenzione sui bisogni fondamentali dell'utente; sui contesti di vita, sugli stati di disagio, di emarginazione o di malattia e conseguentemente sugli obiettivi assistenziali.

Pertanto il programma non può dirsi unicamente una sommatoria fra quello dell'OAA e quello dell'OTAA ma "nuovo" ed integrato. Non è più possibile infatti distinguere la parte dell'uno o dell'altro, né si evidenzia nettamente la separazione fra sociale e sanitario.

Il percorso formativo integrato prevede 1200 ore ripartite su due moduli di cui 560 ore di attività d'aula (comprendente lezioni, lavori di gruppo, simulazioni, verifiche, rielaborazione del tirocinio e seminari) ed altre 640 ore di tirocinio pratico. I contenuti teorici sono raggruppati per aree cui afferiscono le discipline con l'indicazione degli obiettivi formativi da raggiungere. Il tirocinio pratico è anch'esso ripartito per moduli e si svolge nei servizi e nelle unità operative di ambito sociale e sanitario con una distribuzione oraria equamente ripartita nei due ambiti. La scelta delle sedi di tirocinio è di fondamentale importanza poiché consente allo studente di misurarsi con una realtà assistenziale molto complessa e non riproducibile in aula con opportunità situazionali pertinenti al percorso ed agli obiettivi formativi. E' inoltre prevista la presenza del "tutor", figura indispensabile per la trasformazione delle conoscenze in apprendimento interiorizzato e per l'acquisizione di adeguate abilità, nonché per la percezione del proprio ruolo e di quello degli altri operatori.

Dalla prima sperimentazione sono stati qualificati circa 200 operatori.

Con l'anno 1998/99 sono stati attivati 43 corsi annuali di formazione sperimentale integrata OTAA – OAA e circa 1200 studenti hanno ottenuto la doppia qualifica. Parallelamente, nello stesso anno formativo, sono stati autorizzati dal competente Assessorato per le Politiche Sociali corsi per soli OAA.

Con DGR n. 2833/99 è stato approvato il Piano dei corsi di formazione per l'anno 1999/2000 e i corsi sperimentali autorizzati presso le Aziende sanitarie regionali sono stati 79 per complessivi 2.214 studenti, mentre non sono più stati avviati corsi per soli OAA. L'attività formativa si concluderà entro l'anno 2000.

FONTI

- Regione Veneto:
– Unità di Progetto Personale Socio-Sanitario – Servizio Formazione

10. RICERCA FINALIZZATA

NORMATIVA

Nel biennio 1998-99 il settore della Ricerca Sanitaria Finalizzata è stato interessato da importanti innovazioni tese, da una parte, a rendere l'attività di ricerca sempre più collegata alle esigenze di conoscenza della programmazione regionale, e, dall'altra, a definire procedure gestionali sempre più efficienti ed efficaci.

Fra le innovazioni introdotte si segnalano:

Ricerca Sanitaria Finalizzata - Aree e Settori di ricerca - Anno 1998

AREE	SETTORI
1. Malattie cardiovascolari	1.1 Organizzazione dell'emergenza cardiovascolare 1.2 Controllo del rischio cardiovascolare nello sport 1.3 Stratificazione del rischio arteriosclerotico nell'anziano
2. Malattie oncologiche	2.1 Organizzazione dell'assistenza al malato oncologico
3. Pediatria	3.1 Malattie rare
4. Biotecnologie	4.1 Biotecnologie applicate
5. Gestionale	5.1 Sistemi di valutazione della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari
6. Percorsi clinici	6.1 Metodi di remunerazione dell'attività ospedaliera basati sui percorsi clinici

- Il Bando di concorso pubblico per la realizzazione di progetti di Ricerca Sanitaria Finalizzata per il 1998 oltre alle tre classiche Aree Mediche (Area delle Malattie cardiovascolari – Area delle Malattie Oncologiche – Area della Pediatria) introduce altre tre Aree di nuova concezione ma di emergente importanza: l'Area delle Biotecnologie, l'Area Gestionale e l'Area dei Percorsi Clinici.
- Sempre nel 1998 vengono introdotte novità nella gestione amministrativa dei progetti quali:
 - ulteriormente perfezionamento della modulistica per la presentazione dei progetti e per la redazione del rapporto finale;
 - maggiore standardizzazione del procedimento amministrativo che ha permesso la creazione di un archivio informatizzato.Tutto questo ha determinato uno snellimento dell'iter burocratico nella gestione di ogni singolo progetto di ricerca e ha consentito un controllo più preciso sull'utilizzo del finanziamento assegnato: in questo modo si è arrivati, nel corso dell'anno, ad ottenere per la prima volta la restituzione di fondi non utilizzati e ad accantonarli come risorsa futura per il finanziamento di altri progetti di ricerca.
- Con DGR n. 5081/98 è stata approvata la graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento relativi al Bando 1998.
- Grazie anche alle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR n. 23/98), nel 1999 i temi di ricerca sanitaria finalizzata sono stati ancora più puntuali e dettagliati. Il PSN rilancia la Ricerca sanitaria a livello nazionale e regionale, specificandone gli obiettivi primari ed i settori prioritari nell'ambito del quale la ricerca deve svolgersi. Il PSN 1998-2000 inquadra il tema "Ricerca, sperimentazione e sviluppo" tra le strategie del cambiamento e esplicita in modo inequivocabile la necessità di finalizzare la ricerca rispetto agli obiettivi prioritari del PSN. Conseguentemente è emersa l'assoluta necessità di finalizzare ed

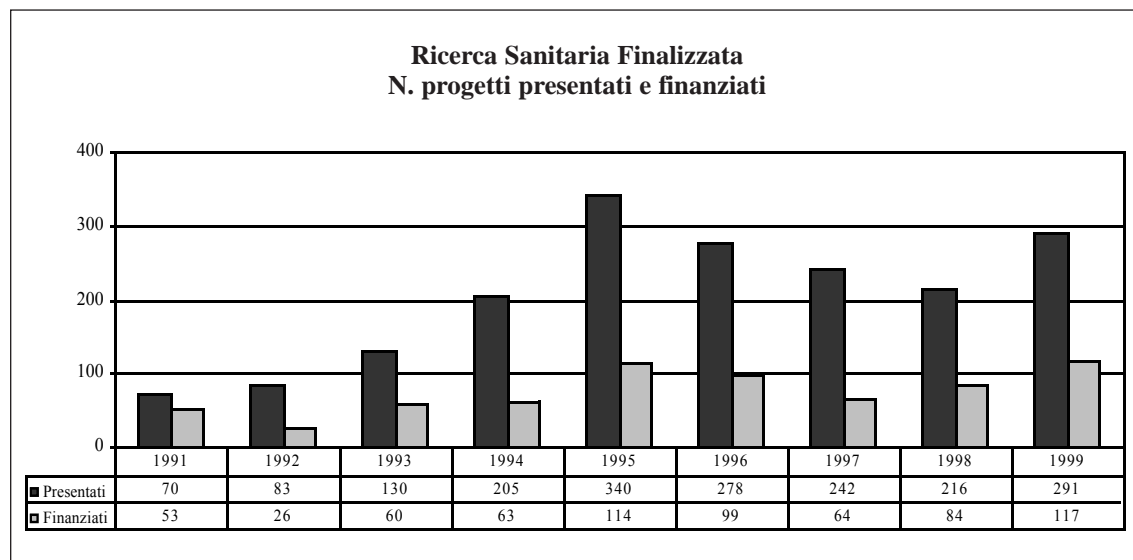
allineare puntualmente la ricerca sostenuta o coordinata dalla Regione rispetto alla programmazione regionale. La restrizione delle risorse finanziarie disponibili inoltre ha imposto di concentrare l'attenzione su attività di ricerca funzionali agli obiettivi regionali, trasformando il ruolo della Regione da finanziatore passivo a consapevole committente. Scopo della ricerca sanitaria finalizzata è creare un servizio sanitario fondato sulla conoscenza nel quale le decisioni cliniche, gestionali e politiche sono basate su solide informazioni, sui risultati della ricerca e sullo sviluppo scientifico. Di qui la scelta di orientare il bando su specifiche esigenze conoscitive della programmazione nazionale e regionale.

Ricerca Sanitaria Finalizzata - Aree e Settori di ricerca - Anno 1999

AREE	SETTORI
1. Malattie cardiovascolari	1.1 Il cardiopatico congenito operato
2. Malattie oncologiche	2.1 Nuove prospettive diagnostiche e trapeutiche
3. Malattie immunologiche	3.1 Patogenesi delle malattie immunitarie
4. Trapianti e ingegneria dei tessuti	4.1 Rigenerazione o sostituzione di tessuti e/o organi con materiali biologici da donatore omologo o eterologo
5. Tutela socio-sanitaria dei soggetti deboli	5.1 Approccio multidisciplinare ai bisogni e alle aspettative sanitarie delle famiglie straniere immigrate
	5.2 Disabilità funzionale e disabilità motorie in età evolutiva
6. Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale	6.1 Sperimentazione di modalità di funzionamento e organizzazione dei servizi sanitari correnti con l'obiettivo di fornire interventi di provata efficacia
	6.2 Accreditemento di eccellenza
	6.3 Impiego dei presidi medico-chirurgici
	6.4 Valutazione dell'assistenza chirurgica

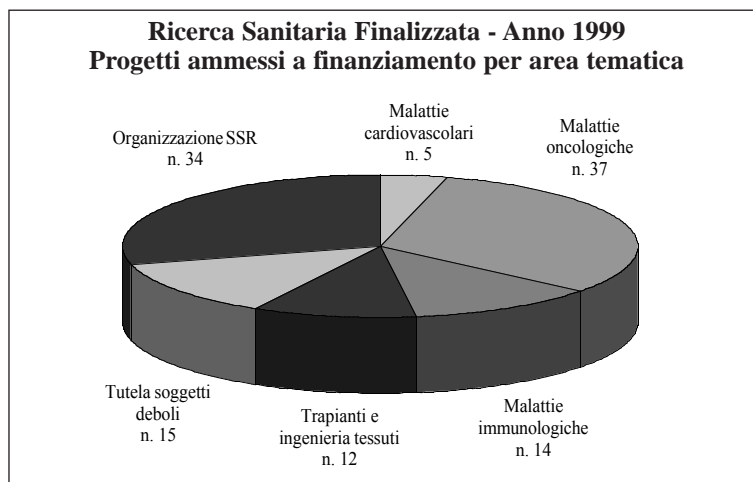
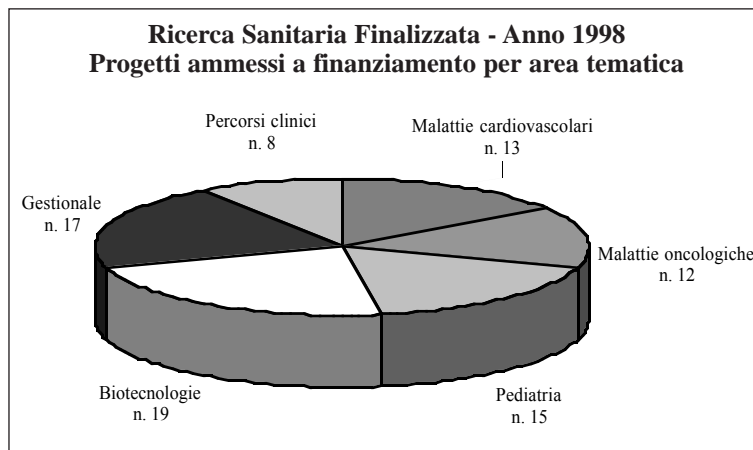
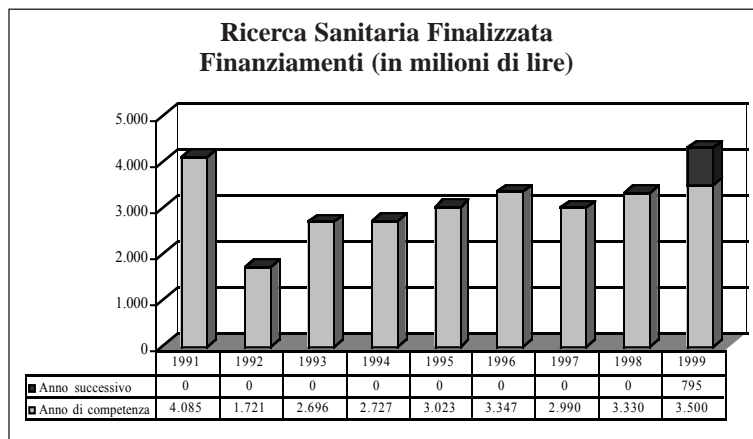
- Con DRG n. 4764/99 e con successiva DRG n. 1165/00 è stata approvata la graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento relativi al Bando 1999. Con la seconda Delibera sono stati finanziati 34 progetti di ricerca, per un ammontare complessivo di L. 795.000.000; questi progetti avevano riportato per due Aree di ricerca (Malattie oncologiche e Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale) un giudizio positivo da parte del Gruppo Tecnico Consultivo per la Ricerca Sanitaria Finalizzata ed un punteggio (score) pari a quello di altri progetti finanziati per le altre Aree, ma che non avevano potuto ottenere il finanziamento per l'insufficiente disponibilità dello stanziamento regionale per l'anno 1999.

PROGETTI AMMESSI A FINANZIAMENTO



I fenomeni di maggior rilevanza che emergono dall'analisi dei dati relativi ai progetti di Ricerca Sanitaria Finalizzata finanziati dalla Regione sono:

- dopo un periodo (anni 1996, 1997 e 1998) di costante e continua diminuzione del numero di progetti presentati, nel 1999 si assiste ad una forte ripresa della progettualità del territorio nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata, determinata certamente dalla maggior aderenza dei temi proposti alle priorità delle Aziende sanitarie e dei servizi socio-sanitari;
- progressivo aumento dei finanziamenti negli ultimi due anni, da collegarsi alle innovazioni gestionali introdotte, che, prevedendo un controllo più efficiente sull'utilizzo del finanziamento assegnato, hanno consentito, a partire dal 1998, di recuperare fondi non utilizzati da accantonare per il finanziamento di altri progetti di ricerca; l'entità dei fondi recuperati è stata rilevante: 300 milioni nel 1998 e 500 nel 1999;
- conseguente e proporzionale aumento dei progetti ammessi a finanziamento;
- individuazione delle Aree e dei Settori di ricerca in modo sempre più puntuale e coerente con le priorità di conoscenza e di approfondimento necessarie per il governo del Sistema Sanitario Regionale; in particolare si segnala l'importanza attribuita, sia in termini di progetti finanziati che di ammontare dei finanziamenti, all'area delle Biotecnologie nel 1998 (27% dei finanziamenti e 23% dei progetti) e dell'Organizzazione del SSR nel 1999 (36% dei finanziamenti e 29% dei progetti).



FONTI

- Regione Veneto:
- Unità di Progetto Nucleo Tecnico Socio-Sanitario

II. SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

SITUAZIONE ATTUALE I flussi informativi

Dal punto di vista dei contenuti del sistema informativo socio sanitario, il biennio 1998-2000 si caratterizza principalmente per alcune iniziative improntate ai principi della integrazione del patrimonio informativo e della centralità – nel disegno del sistema – del cittadino-utente.

In conformità a tali criteri di progettazione si è proceduto – con circolare regionale n. 87/20560 del 18 gennaio 1999 - alla ristrutturazione del flusso informativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera. L'intervento ha attuato il recepimento della nuova disciplina nazionale approvata dalla Conferenza Stato Regioni nel mese di dicembre del 1998, ed ha condotto – tra l'altro - all'adozione della classificazione delle diagnosi ICD9 CM (a partire dalla rilevazione dell'anno 2000) e all'introduzione – per esigenze di tutela della riservatezza – di modalità di trasmissione dei dati caratterizzate da gestione separata di informazioni anagrafiche e sanitarie.

Agli stessi principi si è ispirata la revisione del flusso informativo dell'anagrafe sanitaria, con introduzione di modalità dinamiche nell'aggiornamento della base dati regionale, e l'attivazione di un flusso informativo specifico – gestito in collaborazione con l'Azienda Ulss di Vicenza - relativo all'assistenza specialistica territoriale nella branca di psichiatria (DGR n. 308/98).

Tra le iniziative più rilevanti si segnala, infine, la costituzione presso il Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria di Legnaro (PD), in attuazione del Regolamento CE n. 820/97, della banca dati degli insediamenti zootecnici e dei capi bovini.

Le infrastrutture tecnologiche

Nel corso del 1998 è stata definitivamente compiuta ed attivata la rete INTRANET ULSS-Regione, perno fondamentale, dal punto di vista dell'architettura tecnologica, del sistema informativo regionale per le funzioni di interazione con le Aziende Sanitarie. Il collegamento telematico, attivo operativamente dall'estate, viene massicciamente utilizzato per la trasmissione da parte delle Aziende dei dati finalizzati all'alimentazione degli archivi regionali di governo (scheda di dimissione ospedaliera; anagrafe sanitaria; mobilità sanitaria; interruzioni volontarie di gravidanza; aborti spontanei; psichiatria territoriale; ecc.) e per la divulgazione della reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale a favore delle stesse ULSS e degli Uffici regionali. Dal mese di settembre del 1999 è inoltre disponibile a tutti gli utenti della INTRANET regionale un sito WEB (interamente sviluppato con risorse interne e adottando strumenti standard regionali) nel quale sono pubblicati report, aggiornati dinamicamente, a partire dalle basi dati di gestione costituenti il sistema informativo socio - sanitario regionale.

Le Aziende Sanitarie del Veneto e gli utenti della INTRANET regionale, transitando attraverso la rete geografica di Regione Veneto, hanno facoltà di accesso ai siti allestiti dal Ministero della Sanità: di recente, sono infatti attive le funzionalità derivanti dall'integrazione della INTRANET ULSS-Regione con la rete SIS del Ministero della Sanità. Il Veneto è la seconda Regione, dopo la Toscana, ad aver conseguito tale importante obiettivo di razionalizzazione dei collegamenti telematici.

In aderenza a quanto previsto dal DPR n. 318/99 ("Regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali a norma dell'art. 15, comma 2, della legge 31 dicembre 1996, n. 675"), si è provveduto alla definizione di specifiche politiche di sicurezza (in termini tecnologici, organizzativi ed operativi), nonché all'installazione di un sistema firewall a protezione del data base server destinato alla gestione dei dati sensibili.

Le basi dati e gli applicativi

Attualmente sono in esercizio le procedure informatiche di acquisizione/validazione/elaborazione e le corrispondenti basi-dati, finalizzate al trattamento dei dati oggetto dei seguenti flussi informativi:

- a) schede di dimissione ospedaliera;
- b) mobilità sanitaria interregionale;
- c) anagrafe sanitaria;
- d) interruzioni volontarie di gravidanza (IVG);
- e) aborti spontanei (ABS).

L'EVOLUZIONE

Tutte le basi di dati e le applicazioni di acquisizione e controllo utilizzano tecnologia standard regionale: RDBMS ORACLE; linguaggio di programmazione PL-SQL. Gli applicativi di livello regionale riguardanti IVG e ABS sono stati sviluppati con risorse interne. Parimenti, sempre per IVG e ABS è stato sviluppato internamente – con strumento standard regionale (DELPHI) - il pacchetto distribuito alle Aziende per il data-entry a livello locale.

Per quel che riguarda le applicazioni di carattere più gestionale, è stata effettuata la reimplementazione (con strumenti di sviluppo standard della suite di ORACLE DEVELOPER) della procedura per la gestione della graduatoria regionale dei medici di medicina generale e pediatria.

Utilizzando gli stessi strumenti di sviluppo, è stata realizzato – con risorse interne – il nuovo strumento software per la gestione dell'anagrafe delle farmacie.

Sempre con risorse interne sono state realizzate in ambiente DELPHI le procedure per la gestione dell'anagrafe dei medici di base e dei pediatri di libera scelta e dei dati relativi alla cd. continuità assistenziale (guardia medica).

Tra le iniziative previste per il 2000 e in corso va citata senz'altro quella consistente nell'attivazione di un flusso informativo per la costituzione di una base dati regionale delle prestazioni farmaceutiche.

Il progetto ha l'obiettivo di costituire un archivio regionale del complesso delle prestazioni di assistenza farmaceutica erogate, fornendo come output report sui consumi e le prescrizioni, per utente, prescrittore e principio attivo.

Un altro importante obiettivo in corso di realizzazione riguarda l'attivazione di un flusso informativo ULSS-Regione per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Si tratta di un progetto di elevata complessità, sia per il suo carattere innovativo (non esistendo in precedenza alcun standard regionale per la rilevazione uniforme di tali informazioni), sia per il numero dei soggetti coinvolti, sia per il volume complessivo delle prestazioni oggetto di monitoraggio (ca. 70 milioni per anno).

Al momento è disponibile una prima versione delle specifiche di rilevazione (universo del flusso informativo, contenuti, periodicità di trasmissione, ecc.), mentre è in corso l'analisi propedeutica all'implementazione degli applicativi di acquisizione e validazione dei dati.

Per quel che riguarda l'assetto dei sistemi informativi aziendali, vanno infine citate due iniziative di carattere fortemente innovativo:

- a) l'avvio della sperimentazione presso le Ulss di Mirano e di Bassano di un sistema informativo sanitario prototipale basato su tessera sanitaria elettronica (smart card), attuato in conformità agli standard recentemente emessi in materia dal livello centrale;
- b) l'attivazione di un progetto (approvato dal Ministero della Sanità ai sensi dell'art. 12 bis, comma 6, del DLvo n. 229/99) per l'impiego della firma digitale nella distribuzione di informazioni cliniche ed amministrative all'interno delle strutture sanitarie e ai cittadini utenti;
- c) la realizzazione di un sito web regionale destinato alla pubblicazione delle Carte dei servizi delle Aziende Ulss ed Ospedaliere, nonché alla divulgazione – con consultazione dinamica e possibilità di accesso secondo percorsi alternativi – del dato riguardante il luogo di erogazione e le modalità di accesso alle singole prestazioni. Il progetto – finanziato in parte dal Ministero della Sanità ai sensi dell'art. 12 bis, comma 6, del DLvo n. 229/99 – si colloca nell'ambito di una più ampia iniziativa regionale di informatizzazione degli Uffici di Relazione con il Pubblico delle Aziende Sanitarie, ed ha come fondamentale obiettivo (già significativamente conseguito per gran parte delle Ulss) la messa in rete su scala regionale dell'informazione relativa alla distribuzione sul territorio delle strutture erogatrici, con dettaglio delle modalità di accesso e significatività del dato a livello di singola prestazione. Fase ulteriore dell'iniziativa – già in corso di realizzazione – sarà il collegamento del sistema di interrogazione dati alle agende di prenotazione dei CUP, finalizzato al reperimento dell'informazione relativa al primo giorno di accesso disponibile per singola prestazione.

FONTI

- Regione Veneto:
- *Unità di Progetto Controllo e Sistema Informativo Socio-Sanitario - Servizio Informativo Socio-Sanitario*

12. INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E RAPPORTI INTERNAZIONALI

PREMESSA

Il Servizio per i Rapporti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Ufficio Rapporti Internazionali della Direzione per la Programmazione Socio Sanitaria sono stati istituiti con DGR n. 41/98.

Principale obiettivo del Servizio è favorire il confronto internazionale nell'ambito del sistema sanitario regionale, attraverso contatti e collaborazioni con istituzioni sanitarie pubbliche e private di altre regioni europee e di altre nazioni e con le agenzie delle Nazioni Unite, in particolare con l'OMS.

Il mutato assetto organizzativo del nostro Paese attuato con la riforma Bassanini e la crescita delle attività di integrazione dell'Unione Europea (UE) comportano la necessità di sollecitare l'avvio di una serie di programmi internazionali allo scopo di mettere in grado il sistema sanitario veneto di confrontarsi con l'Europa, come indicato dall'obiettivo V del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000.

ATTIVITÀ Rapporti con l'OMS

È stata avviata un'importante collaborazione su vari programmi di sanità pubblica con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed in particolare, con l'Ufficio Europeo di Copenhagen.

“The Verona Initiative” è il programma di collaborazione più importante.

Il programma è triennale ed è iniziato nel 1998, ospitando nella Regione del Veneto il dibattito internazionale dell'OMS sulla “promozione della salute in Europa nel XXI° secolo”, attraverso lo studio dei cosiddetti “fattori determinanti di salute” e delle “strategie di investimento in salute”.

“The Verona Initiative” si è caratterizzata sinora dalla realizzazione di due importanti incontri definiti “arena meetings” organizzati a Verona sulle seguenti tematiche:

- I arena meeting - ottobre 1998: investire in salute: implicazioni e macro-tendenze europee;
- II arena meeting - settembre/ottobre 1999: l'impatto delle macro-tendenze europee sulla salute dei diversi gruppi di popolazione.

Nel 2000 è previsto l'incontro conclusivo (III arena meeting) che metterà a fuoco il ruolo che la promozione della salute avrà in Europa nel XXI° secolo.

Altre attività avviate in collaborazione con l'OMS si sono sviluppate nelle seguenti aree: materno-infantile, riforme dei sistemi sanitari in Europa e politiche del farmaco; in particolare si segnalano:

- workshop sulla perinatologia - Venezia, aprile 1998;
- seminario dell'OMS sulle politiche del farmaco in Europa - Venezia, febbraio 1999;
- riunione di esperti sulle strategie per la prevenzione e la protezione dai maltrattamenti sui bambini - Padova, ottobre 1999;
- riunione di esperti sulle strategie integrate di protezione del bambino malato - Padova, novembre 1999;
- riunione di esperti sui modelli di finanziamento dei sistemi sanitari in Europa - Venezia, dicembre 1999.

Programmi di sanità pubblica della Commissione Europea (CE)

In collaborazione con la sede regionale di rappresentanza di Bruxelles sono state svolte attività di formazione dei referenti delle Aziende ULSS sui programmi della Commissione Europea.

Il Servizio ha partecipato ai seguenti progetti europei:

- “Europeer” che ha come obiettivo la preparazione delle linee guida europee sulla educazione fra coetanei per la prevenzione dell'AIDS;
- “Fesat” - European Foundation of Drug Helplines, partecipando alle attività della Fondazione Europea delle linee telefoniche per i problemi legati alle tossicodipendenze.

Attività di cooperazione allo sviluppo in ambito sanitario

Gli interventi di cooperazione internazionale in ambito sanitario si sono sviluppati in due filoni strategici:

- programmi di “cooperazione decentrata”, così come disposto dalla Convenzione di Lomè/CE IV bis del 1996 e in linea con quanto disposto dal DPR n. 31 marzo 1994, e dalle LR n. 18/92 e n. 55/99.

In collaborazione con le Aziende ULSS regionali sono stati avviati programmi di cooperazione decentrata, nei seguenti paesi: Argentina, Guatemala, Kosovo, Marocco, Moldova, Mozambico, Romania, Slovacchia, Uzbekistan;

- programmi di “emergenza umanitaria” quali la crisi del Kosovo e del terremoto in Turchia così come previsto dalla LR n. 46/99 – art. 25 “Emergenza Kosovo” – e in linea con le Ordinanze del Ministero dell’Interno n. 2967/99, n. 2968/99 e n. 2974/99 e con il DL n. 110/99.

Partecipazione ai network internazionali

È stata garantita la presenza delle Istituzioni coinvolte nel sistema sanitario regionale in network internazionali, quali:

- Rete europea delle regioni che promuovono la salute
- Commissione “Sanità e Affari sociali” della Comunità di Lavoro di Alpe-Adria
- Associazione Latina per l’Analisi dei Sistemi Sanitari (ALASS)

Attività di promozione della salute

Le più importanti attività di promozione della salute sono:

- partecipazione alle attività della Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute (IUHPE)
- avvio in Veneto dell’indagine internazionale dell’OMS denominata “HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children”, in collaborazione con l’Università di Padova
- passaggio dalla fase sperimentale del Centro di Riferimento Regionale di Educazione alla Salute di Padova, conclusasi nella metà del 1999, alla istituzione della “Rete Regionale di Educazione e Promozione alla Salute”, approvata con DGR n. 4782/99 con sede principale presso l’Azienda ULSS 12 e con alcuni programmi seguiti dall’Azienda ULSS 16 a Padova.

FONTI

- Regione Veneto:
- Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Rapporti con l’OMS