

parte quarta

GLI STRUMENTI PER LA GARANZIA  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA



## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

Di seguito vengono analizzati nel loro evolversi generale e nei loro principi e criteri ispiratori di base, le strategie e i prodotti della programmazione regionale per gli anni 2000 e 2001, rimandando l'analisi approfondita e puntuale della programmazione settoriale specifica ai capitoli in cui sono trattati i diversi livelli di assistenza nelle loro componenti e articolazioni.

Al pari dei sistemi sanitari di tutti i paesi sviluppati, il sistema socio-sanitario veneto deve fronteggiare simultaneamente:

- l'incremento delle aspettative dei cittadini soprattutto in termini di qualità del servizio, di informazione e di libertà di scelta;
- l'invecchiamento della popolazione ed il correlato incremento relativo della patologia cronico-degenerativa che determinano l'aumento della domanda di servizi;
- il crescente andamento dei costi determinato dall'innovazione scientifica e tecnologica;
- le restrizioni imposte al finanziamento pubblico dai cogenti impegni assunti congiuntamente ai partner europei per il mantenimento dei patti di stabilità.

A tutte queste tematiche la politica sanitaria veneta sta offrendo, fin dai primi anni novanta, una moderna risposta mediante un percorso che si è concretizzato inizialmente con la LR n. 39/93 di riorganizzazione ospedaliera ed è proseguito con le leggi di riordino del SSR LR n.55 e n.56 del '94 nonché con il PSSR per il triennio 1996-98.

A partire dal 2000 le linee dell'azione di governo regionale nel settore socio sanitario si stanno ulteriormente sviluppando secondo 7 direttrici fondamentali:

1. Il completamento del processo di regionalizzazione;
2. Il completamento del processo di aziendalizzazione;
3. Il completamento del riassetto strutturale;
4. Il rilancio delle politiche di prevenzione;
5. Il riadeguamento finanziario;
6. Il rilancio dell'integrazione socio sanitaria;
7. Il rilancio del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali.

Tali direttrici sono ancorate all'ipotesi politico programmatica di un sistema socio sanitario veneto che nasce e si sviluppa sulla base di una forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria e tra l'insieme di questi ed il comparto dei servizi sociali.

In particolare, seguendo le sette direttrici sopra elencate, si segnalano i seguenti atti programmatori, intervenuti negli ultimi due anni:

#### 1. *Il completamento del processo di regionalizzazione*

La regionalizzazione del sistema sanitario è stata profondamente influenzata dai mutamenti normativi intervenuti a livello nazionale. L'accordo dell'8 agosto 2001 tra Stato e Regioni ha già segnato un decisivo passo in avanti nel completamento del processo di definitivo trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni. La riforma del Titolo V della Costituzione ha portato il processo ad un punto di non ritorno: ormai la materia della tutela della salute, in quanto materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, vede affidata alle Regioni stesse la potestà legislativa effettiva, mentre rimane allo Stato l'emanazione di norme solo di principio.

Inoltre, l'approvazione della LR n. 11 del 13.4.01, ha consentito di innovare il quadro istituzionale del Servizio Sanitario Regionale intervenendo:

- a livello regionale, con la creazione della "Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria", per la partecipazione degli Enti Locali a tale programmazione;
- a livello di aziende sanitarie con il riadeguamento dei compiti della Conferenza dei Sindaci;
- a livello distrettuale con la costituzione del Comitato dei Sindaci di distretto.

#### 2. *Il completamento del processo di aziendalizzazione*

A tal fine sono state approvate le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale (DGR n. 1528 del 15.06.01 e successiva DGR n. 3415 del 29.11.2002), di diritto privato, con il quale le aziende ULSS ed ospedaliere dovranno essere in grado di reggere alle sfide della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficacia e della economicità. Ciò ha aperto una fase nuova e di grandi potenzialità. La Regione dovrà mantenere un ruolo di coordinamento e di indirizzo valorizzando le soluzioni applicative più efficaci ed innovative adottate dalle singole aziende sanitarie.

#### 3. *Il completamento del riassetto strutturale*

Sono stati definiti quattro grandi processi di riadeguamento strutturale che hanno riguardato:

PREMESSA

QUADRO  
REGIONALE

- a) la ridefinizione della rete ospedaliera;
- b) la ridefinizione della rete delle residenze sanitarie extraospedaliere;
- c) la programmazione e l'implementazione del sistema di assistenza domiciliare;
- d) l'organizzazione distrettuale.

Tali processi devono essere collegati necessariamente ad una attività di indirizzo e coordinamento per un "governo clinico" che sia rispettoso delle singole professionalità e che privilegi gli interventi e i percorsi assistenziali più appropriati e basati sulle evidenze scientifiche.

- a) Per quanto riguarda la **ridefinizione della rete ospedaliera**, occorre sottolineare come la finalità strategica della programmazione socio-sanitaria regionale consista nel promuovere l'evoluzione del modello veneto affinché essa sia guidata dai reali bisogni e non da quanto indotto dalla disomogeneità dell'offerta e da situazioni non sufficientemente presidiate. La fisionomia dell'ospedale nell'attuale scenario sta profondamente mutando nel senso di una sua organizzazione sensibile ed intelligente ad alta caratura tecnologica capace di offrire risposte tempestive ed efficaci a bisogni gravi, acuti ed urgenti di salute. Lo stesso concetto di sistema ospedaliero cambia: non più un arcipelago di presidi gerarchicamente stratificato ma un insieme di nodi collegati da una rete integrata in cui scorre l'informazione e nel quale introdurre le innovazioni organizzative e tecnologiche, queste ultime relative in particolare alle attività diagnostiche e chirurgiche. In occasione della modifica ed integrazione della DGR n. 740/99 si è approfittato, dunque, per varare una vera e propria proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera che trova il suo riferimento normativo immediato nelle prescrizioni del DL n. 347 del 18.09.01 convertito nella L n. 405 del 16.11.01;
- b) per quanto riguarda le **residenze sanitarie extraospedaliere**, l'impianto programmatico previsto dalla DGR n.751/2000 è fortemente unitario e presuppone che la gamma differenziata di risposte assistenziali residenziali agisca in maniera coordinata sia al suo interno che rispetto al sistema ospedaliero ed al sistema delle cure domiciliari. Per far fronte ad una serie di condizioni tali da permettere al Veneto di mantenere i livelli qualitativi raggiunti in tale settore (mantenimento dei vincoli di programmazione, diversificazione dei profili assistenziali e relativo sistema di remunerazione, verifica dell'appropriatezza, conferma e assestamento del flusso informativo sui cicli di residenzialità, dell'archivio delle strutture autorizzate ed accreditate, potenziamento dell'assistenza domiciliare, definizione delle possibilità di utilizzo delle opportunità previste dalla nuova normativa in materia di fondi integrativi) è stato progettato nel corso del 2001 un flusso informativo Aziende ULSS-Regione sui trattamenti residenziali extraospedaliere, rispondente ai principi fondamentali sanciti dall'accordo approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2001 e riconfermati dall'accordo dell'8 agosto 2001;
- c) per quanto riguarda l'**assistenza domiciliare**, resta valido il quadro organico di riferimento previsto con la DGR n. 5273/98. Si tratta di un settore assistenziale cui sarà affidato il compito di una indispensabile integrazione tra il sistema delle cure ospedaliere e quello delle cure residenziali. Si tratta, inoltre, di un'area prioritaria di impegno per le Aziende Socio Sanitarie, in quanto l'effettiva copertura degli obiettivi assistenziali comporta uno sforzo organizzativo del tutto straordinario che prevede necessariamente il coinvolgimento sia del privato accreditato sia del terzo settore;
- d) per quanto riguarda l'**assetto strutturale dei distretti**, si ribadisce la validità e l'attualità del modello delineato dalla legislazione della Regione Veneto (LR n. 56/94 e LR n. 5/96) modello peraltro fatto proprio dal legislatore nazionale (DLvo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

Le difficoltà e le disomogeneità emerse a livello locale nell'individuare e realizzare soluzioni funzionali ed organizzative capaci di rispondere adeguatamente al mandato attribuito al distretto, hanno indotto la Regione ad intervenire sul piano legislativo e amministrativo attraverso la LR n. 11/01, con la quale si è provveduto a disciplinare istituzione, composizione, funzioni e funzionamento del Comitato dei Sindaci di distretto e con l'approvazione della DGR n. 3242/2001, con la quale la Giunta regionale ha fornito gli indirizzi sull'assetto dei distretti socio - sanitari con riferimento alla dimensione, al modello, all'attività, al sistema organizzativo, agli strumenti di governo, ai rapporti interni all'azienda ULSS ed ai rapporti tra distretto e comuni;

Attraverso l'elaborazione, in ambiti territoriali corrispondenti a quelli delle aziende ULSS, dei "piani di zona dei servizi sociali" quale principale strumento d'integrazione delle attività sanitarie e sociali svolte nel territorio dai molteplici soggetti pubblici e privati, è stato confermato il sostegno all'integrazione tra il settore sanitario e quello sociale. Il distretto socio - sanitario si qualifica sede elettiva per l'effettivo coinvolgimento e coordinamento delle professionalità al fine di recuperare un approccio olistico alla persona.

#### 4. Il rilancio delle politiche di prevenzione

Sono state promosse iniziative di carattere generale e sistemico di promozione della salute e rafforzate le aree della prevenzione collettiva e della prevenzione rivolta alla persona. Con riferimento a quest'ultima dimensione, occorre rammentare le linee guida per i Dipartimenti di Prevenzione nonché l'avvio dei piani specifici per la Sicurezza Alimentare, per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), per la Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro e le campagne per la prevenzione secondaria attraverso gli screening oncologici (cancro della mammella e cancro della cervice uterina).

#### 5. Il riadeguamento finanziario

Al fine di ridurre la spesa per beni e servizi e garantire il rispetto del patto di stabilità interno, secondo quanto previsto dalla L n.405/01, si è pure dato avvio ad una serie di iniziative tra le quali la costituzione di un grup-

po di lavoro regionale per valutare e promuovere la gestione centralizzata degli acquisti e l'Osservatorio Regionale dei Prezzi.

La Regione Veneto ha perseguito infine l'obiettivo di rafforzare il proprio ruolo di cabina di regia del sistema socio - sanitario. Questo obiettivo è stato perseguito sia acquisendo specifiche capacità tecnico - professionali sia procedendo all'istituzione dell'Agenzia regionale socio - sanitaria con LR n. 32/2001. Quest'ultima si qualifica una struttura tecnica che dovrà svolgere una funzione di supporto alle attività che richiedono in particolare caratteristiche di terzietà .

Sono stati inoltre promossi e sviluppati interventi finalizzati al raggiungimento di obiettivi già avviati nel settore, quali:

- la conferma e sostegno all'integrazione tra settore sanitario e sociale;
- il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi;
- le misure di razionalizzazione della spesa per l'assistenza farmaceutica attraverso provvedimenti conseguenti alle disposizioni contenute nel DL n. 347/2001;
- l'approvazione del nuovo modello di riparto.

E' stato quindi incentivato un sistema di erogazione delle prestazioni ospedaliere adeguato al cambiamento ed alla diversificazione del fabbisogno di salute, al miglioramento delle conoscenze e degli strumenti tecnici ed organizzativi nonché alle necessità di rispetto dei vincoli finanziari.

#### 6. Il rilancio dell'integrazione socio sanitaria

Anche nell'area dell'integrazione socio sanitaria si è puntato su un rilancio del ruolo di programmazione della Regione, innovando fortemente il rapporto tra Regione, Comuni e Province.

Ciò potrà avvenire attraverso il recepimento dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio Sanitaria confermando la necessità di un definitivo superamento dell'accentramento regionale che ha caratterizzato alcuni aspetti della gestione di interventi di integrazione socio sanitaria.

Si conferma che la programmazione regionale dell'integrazione socio sanitaria deve avvenire attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale, mentre al Piano Sociale Regionale o Piano Regionale dei Servizi alla persona (ai sensi della L n. 328/2000) toccherà sviluppare gli aspetti di programmazione specificamente socio assistenziali.

Il Piano socio sanitario regionale dovrà dunque:

1. definire i livelli di assistenza coinvolti nell'integrazione socio sanitaria, in particolare gli interventi sanitari a rilevanza sociale.
2. definire, tra gli altri, ed in specifico riferimento all'integrazione socio sanitaria, i progetti obiettivo anziani, handicap, materno infantile, tossicodipendenza, salute mentale.
3. definire linee guida per il distretto socio sanitario quale unico ambito di effettiva realizzazione operativa dell'integrazione socio-sanitaria.

#### 7. Il rilancio del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali

La Regione Veneto continua a distinguersi a livello nazionale per il ruolo di alto profilo assunto nel settore dei servizi sociali. La recente approvazione da parte della Giunta Regionale del Disegno di legge di riordino dei Servizi Sociali è finalizzato a rilanciare tutte le attività in tale ambito in un moderno sistema dei servizi alla persona, con particolare riferimento alle politiche e ai servizi a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei minori, delle famiglie, delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, del carcere, dei giovani e delle istituzioni del privato sociale (IPAB, cooperative sociali) e del volontariato.

Tutto ciò ha grande rilevanza anche per i servizi sanitari e socio sanitari non solo perché rende più agevole ed efficace l'integrazione ma anche perché realizza una rete di protezione che previene, nei gruppi di popolazione a rischio, l'emergere di bisogni di tipo socio sanitario o addirittura sanitario.

### Elementi di riflessione per il governo regionale

Possono essere così di seguito elencati:

- la valutazione della congruità degli attuali ambiti territoriali delle ULSS rispetto al processo di aziendalizzazione: si prevede l'istituzione accanto alla Direzione Generale, di una nuova figura di Direttore dei servizi ospedalieri, dedicata alla direzione manageriale dei presidi ospedalieri pubblici, con particolare riferimento ai processi di gestione. Questo permetterà di garantire una migliore funzionalità dei servizi ospedalieri pubblici delle ULSS. Si tratta di individuare la funzione di gestione dell'ospedale unico della ULSS per una maggiore efficienza ed efficacia del settore di erogazione ospedaliero, in stretta interrelazione con il Distretto.

Si prevede inoltre di attribuire ad alcune ULSS compiti di carattere sovrazonale, accentrando in esse una serie di acquisizioni di beni e servizi e la regolazione di alcune funzioni di area vasta.

- il riordino dei servizi sociali: avverrà con la proposta di un testo organico, in corso di definizione, in materia di servizi sociali che revisioni le LLRR esistenti e recepisca il dettato della L. 328/00;
- la riprogrammazione della rete ospedaliera: il criterio generale da seguire sarà il completamento della riqualificazione della rete ospedaliera non agendo solo sui posti letto, ma agendo soprattutto con efficacia sull'articolazione funzionale della rete regionale e sugli aspetti organizzativi. L'evoluzione ospedaliera, in linea con gli orientamenti internazionali, prevede strutture che devono essere dotate di un minor numero di posti letto, ma con un continuo e cospicuo incremento sia della

tecnologia sia della complessità della casistica trattata con una rilevante diminuzione della degenza. L'elemento organizzativo di maggior rilievo sarà la definizione della destinazione funzionale d'ogni singolo ospedale in un contesto di rete ospedaliera, anche attraverso un adeguato sistema di trasporto sanitario. Il criterio di differenziazione delle strutture è inoltre necessario per poter garantire al cittadino sicurezza, appropriatezza e qualità delle cure. Si terrà conto, inoltre, delle specificità territoriali della montagna e dell'area lagunare e della connessione tra interventi di ristrutturazione della rete e tipologia di prestazioni specialistiche erogate.

- la deliberazione concernente l'atto di indirizzo e coordinamento sulla "funzione ospedaliera": a seguito delle nuove disposizioni regionali per l'istituzione e il funzionamento dei dipartimenti delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere che hanno comportato l'organizzazione in dipartimenti, il modello organizzativo potrà essere del tipo strutturale, se costituito da unità operative omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse e tecnologiche impiegate, oppure funzionale per obiettivi, se costituito da unità operative che concorrono ad obiettivi comuni.

I dipartimenti raggiungono gli obiettivi attraverso:

- la valorizzazione e la responsabilizzazione in rapporto alla professionalità e competenza degli operatori;
- un'efficace e integrato impiego delle risorse;
- la predisposizione di linee guida e/o protocolli e/o percorsi assistenziali basati sulle migliori evidenze cliniche con la definizione dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni;
- l'adozione del metodo di lavoro interdisciplinare, della ricerca e del confronto professionale;
- l'adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, consentano una minor permanenza in ospedale del paziente.
- l'assistenza specialistica: si ritiene che quest'area richieda un approccio programmatico specifico, che anche a stralcio del PSSR, regoli questo settore assistenziale, ne definisca la missione specifica all'interno dell'assistenza distrettuale e nel rapporto tra ospedale e territorio.

Tutte queste misure troveranno il loro quadro di riferimento generale nel nuovo Piano socio-sanitario.

## Normativa

### Normativa Nazionale

- DLvo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.
- DLvo n. 112/98 "Conferimento di funzione e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L n. 59/97 (2) (1/circ)".
- L n. 328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- DL n. 347 del 18.09.01 convertito, con modifiche, nella L n. 405 del 16.11.2001 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".
- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". DM 12.12.2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria".

Nel primo documento, in particolare, vengono indicate:

- le prestazioni che rientrano nei LEA
- le prestazioni totalmente escluse dai LEA
- le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione (elenco di DRG che possono essere definiti inappropriati se trattati in regime di ricovero ordinario)
- indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera.

Nel secondo documento viene definito un insieme minimo di indicatori finalizzato al monitoraggio del rispetto su tutto il territorio nazionale dei LEA.

### Normativa Regionale

- LR 39/93 - "Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 in materia sanitaria".
- LR n.55/94 - "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".
- LR n.56/94 - "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".
- LR n. 5/96 - PSSR per il triennio 1996-98.
- DGR n. 5273/98 - "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I. con particolare riferimento all'A.D.I. ex allegato "H" del DPR n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. a del DPR n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED."
- DGR n. 740/99 integrata con DGR n. 1180/00 e DGR n. 1686/01 - Aggiornamento delle schede di dotazione ospedaliera.
- DGR n. 751/2000 - "Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva - LR n. 5/96

(Art. 13 co. 3 – Art. 17) – PSSR 1996 – 1998.”

- LR 11 del 13.4.2001 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D Lvo n. 112/98”.
- LR n. 32 del 29.11.2001 “Agenzia regionale socio sanitaria”.
- DGR n. 1528 del 15.06.2001 – “Organizzazione delle aziende sanitarie. Linee guida per la predisposizione dell’atto aziendale (art. 3, comma 1/bis, del DLvo n. 502/1992 così come modificato dal DLvo n. 229/1999”.
- DGR n. 3574 del 21.12.2001 “Disposizioni per l’istituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti e delle aree omogenee per le Aziende ULSS e Ospedaliere”.
- DGR n. 3242 del 30.11.2001 “Programma settoriale relativo all’assistenza territoriale – Art. 13, LR n. 5/96 (P.S.S.R. 1996/1998). Approvazione definitiva”.
- DGR n.2190 del 3.8.2001 - Linee guida per i Dipartimenti di Prevenzione.
- DGR n. 3045 del 16.11.2001 – Piano Specifico per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP).
- DGR n. 3881 del 31.12.2001 – Piano specifico per la Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro.
- DGR n. 3415 del 29.11.2002 “Organizzazione delle aziende sanitarie. Linee guida per la predisposizione dell’atto aziendale e per l’organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle aziende UU.LL.SS.SS. (art.3, comma1-bis ed art.7-bis, comma 1 del d.lgs.502/92, e successive modifiche e integrazioni).

## fonti

- Regione Veneto - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria

## FONTI





## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

CORSI DI DIPLOMA UNIVERSITARIO ATTIVATI	1998/1999			1999/2000			2000/2001		
	N. Sedi	N. Posti	N. posti medi per sede	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	9	980	108,9
Fisioterapista	3	90	30,0	3	85	28,3	4	118	29,5
Ostetrica	2	20	10,0	2	20	10,0	2	19	9,5
Audioprotesista	1	10	10,0	1	15	15,0	2	55	27,5
Logopedista	1	10	10,0	1	10	10,0	1	20	20,0
Dietista	1	10	10,0	1	10	10,0	1	7	7,0
Audiometrista	1	8	8,0	1	5	5,0			
Ortottista - Assistente in oftalmologia	1	5	5,0	1	5	5,0	1	5	5,0
T. Sanitario di Laboratorio Biomedico	2	30	15,0	2	47	23,5	2	35	17,5
T. Sanitario di Radiologia Medica	1	20	20,0				1	19	19,0
Tecnico in neurofisiopatologia	1	5	5,0	1	5	5,0	1	5	5,0
T. di Fisiopatologia Cardiocircolatoria				1	10	10,0	1	10	10,0
<b>Totali</b>	<b>20</b>	<b>768</b>	<b>38,4</b>	<b>21</b>	<b>862</b>	<b>41,0</b>	<b>25</b>	<b>1.273</b>	<b>50,9</b>

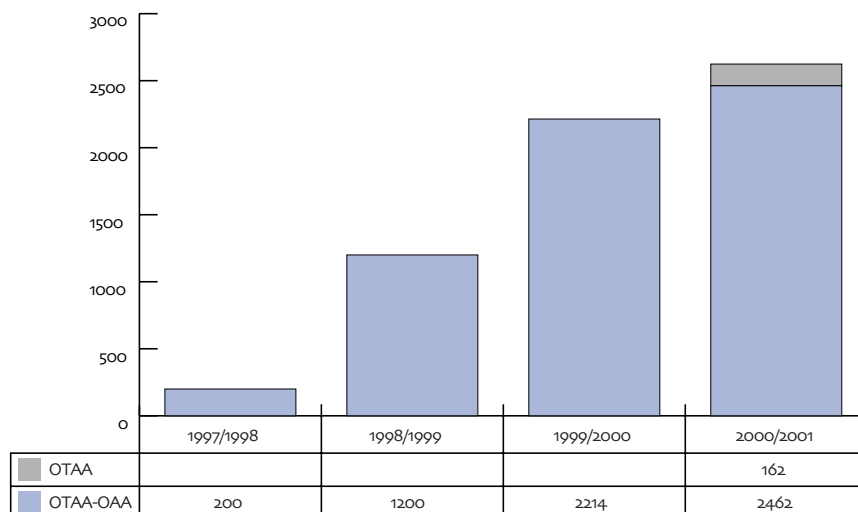
In seguito al DLvo n.502/ 92 e successive modificazioni e integrazioni, la formazione degli operatori sanitari, infermieristici, tecnici, della riabilitazione e della prevenzione avviene attraverso il canale universitario. La Regione del Veneto ha, perciò, stipulato apposite convenzioni con le Università degli Studi di Padova, di Verona e di Udine.

Allo scopo di aumentare il numero delle iscrizioni ai corsi per Infermiere e Fisioterapista, sono state attivate ulteriori sedi staccate dislocate nel territorio regionale. In particolare per il corso di Infermiere sono le seguenti:

- 5 sedi dell'Università degli Studi di Padova (Feltre, Treviso, Dolo, Portogruaro, Rovigo)
- 2 sedi dell'Università degli Studi di Verona (Vicenza e Legnago).

Occorre evidenziare che il corso per infermiere di cui è titolare l'Università degli studi di Udine è localizzato in Mestre-Venezia (ULSS 12). Presso quest'ultima sede è stata altresì attivata, a decorrere dall'anno accademico 2000/01, una sede di corso per Fisioterapista di cui è titolare l'Università degli Studi di Padova, oltre a quella già attivata presso l'Associazione la Nostra Famiglia di Conegliano.

**Formazione integrata per operatori OTAA - OAA - Veneto**  
**Numero operatori qualificati per anno di corso**



FORMAZIONE  
DEGLI OPERATORI  
SANITARI

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

A partire dall'anno scolastico 1996/97, in seguito ad una sperimentazione, la Regione del Veneto ha avviato un unico percorso formativo per le figure professionali di operatore tecnico addetto all'assistenza (OTAA per l'area sanitaria) e operatore addetto all'assistenza (OAA per l'area sociale) che si conclude con il rilascio del duplice attestato di qualificazione a seguito di superamento di apposite prove di valutazione previste dalle normative di riferimento.

Nello specifico, attraverso la fusione della normativa (DGR n.3446/86, LR n.10/90, DMinSan n.295/91) e dei relativi percorsi didattici, si è pervenuti alla creazione di un unico programma formativo integrato che 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.

I contenuti teorici sono raggruppati per aree cui afferiscono le discipline con l'indicazione degli obiettivi formativi da raggiungere: 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. Il tirocinio 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. Dalla prima sperimentazione sono stati avviati ogni anno un numero sempre maggiore di corsi cui hanno partecipato e si sono qualificati con la doppia qualifica professionale, sempre più operatori.

Tale attività formativa si è conclusa nell'anno 2001 ed è stata sostituita con quella prevista a seguito dell'approvazione della LR n. 20 del 16 agosto 2001 che ha introdotto la nuova figura dell'Operatore Socio-Sanitario. In attuazione pertanto della suddetta legge regionale troveranno avvio le attività didattiche che consentiranno di disporre della nuova professionalità a decorrere già dall'inizio dell'anno 2003.

Nel corso del 2001 si sono conclusi anche i percorsi di riqualificazione del personale dipendente del SSR per l'acquisizione della qualifica di Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTAA) (n° 162 operatori).

Per quanto riguarda la Formazione Specifica in medicina generale, già il DLvo n.256/91 e il DLvo n. 368/99, dando attuazione a Direttive CEE, istituivano e normavano le modalità organizzative dei corsi, riservandone la partecipazione ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale.

I corsi, della durata di due anni, comportano un impegno a tempo pieno dei partecipanti, con l'obbligo della frequenza alle attività didattiche sia pratiche che teoriche, e si concludono con il rilascio di un diploma di formazione specifica in medicina generale.

Con DMS del 23.3.2000, successivamente modificato con DMS del 18.5.2000, è stato emanato il bando di concorso per l'ammissione al IV° Corso biennale (2000/2004) per un totale di n.2.074 posti, di cui n.160 (7,7%) assegnati alla Regione del Veneto.

Le domande pervenute entro i termini stabiliti alla competente struttura regionale sono state n.212, e i candidati ammessi a sostenere la prova sono stati 196.

Le attività didattiche del IV° Corso si sono tenute in 5 sedi formative ubicate presso le AO di PD e VR e le Aziende ULSS 6, 9 e 12 e si sono concluse con un colloquio finale ed il rilascio di n.79 Diplomi su 120 candidati inizialmente ammessi a frequentare i corsi.

Il 3° Corso si era invece concluso con il rilascio di n.35 diplomi. Complessivamente, dall'inizio delle attività formative sono stati rilasciati n.393 Diplomi di Formazione in Medicina Generale.

Gli Accordi Collettivi Nazionali per i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni da molti anni prevedono la formazione continua obbligatoria (per un monte ore stabilito in 32/40 ore/anno). Essi definiscono anche l'ambito della formazione obbligatoria nonché la metodologia didattica preferenziale, privilegiando l'apprendimento attivo con soluzione di problemi a piccoli gruppi.

Nelle passate esperienze di formazione previste contrattualmente, i medici sono stati coinvolti nello studio di percorsi assistenziali in risposta ai bisogni dei servizi, in progetti di rilevazione ed analisi dei bisogni di salute, nello studio di valutazione delle performance dei medici e dei risultati delle cure.

Da ultimo, l'attuale contesto normativo, prevede per la formazione continua della Medicina Convenzionata una disciplina sufficientemente dettagliata che ha configurato un proprio ambito di specificità pur inquadrandola nel contesto del più ampio sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Quanto disciplinato dagli Accordi Collettivi ha permesso in epoca molto anteriore al sistema ECM, attraverso una serie di definizioni organizzative che hanno portato all'attuazione di percorsi di formazione condotti con metodologia adeguata, al raggiungimento del miglioramento delle performance ed allo sviluppo professionale continuo.

La Regione del Veneto, recependo le istanze provenienti dalla professione, ha individuato già dal 1987 percorsi di formazione per gli Animatori di Formazione, facilitatori didattici nella formazione obbligatoria, per i quali con DGR n. 2661 del 03.05.1988 è stato predisposto un primo apposito albo di riferimento regionale.

Nel definire i contenuti, i tempi e l'organizzazione di un progetto di formazione continua regionale che corrisponda ai bisogni degli utenti, a quelli dei servizi e dei professionisti coinvolti si sono considerati i seguenti importanti aspetti:

- l'equilibrio tra i bisogni del singolo professionista, quelli dell'organizzazione in cui esso è inserito e della comunità in cui opera;
- il rispetto delle peculiarità dell'attività dei medici della Medicina Convenzionata che condizionano in maniera importante contenuti, tempi e metodologie del loro percorso formativo;

- la valorizzazione delle esperienze di formazione, sia per gli aspetti metodologici che per quelli organizzativi, che in un percorso avviato da più di quindici anni hanno permesso il processo di crescita professionale dei medici di Medicina Convenzionata.

Perseguendo queste linee, la Regione del Veneto ha costituito la “Rete per la formazione continua dei medici di Medicina Convenzionata”, individuando competenze e modelli organizzativi, e definendo innanzitutto una “Commissione per l’aggiornamento obbligatorio e facoltativo - Formazione continua”, (DGR n. 4550 del 15.12.1997 e successive modifiche ed integrazioni).

La Regione del Veneto ha approvato fin dal 1999 il “Sistema Organizzato di Formazione” (SOF), nelle linee elaborate dalla Commissione quale modello uniforme di organizzazione e gestione della formazione dei medici di Medicina Convenzionata, e ha previsto la costituzione in ogni Azienda dell’“Ufficio per la Formazione dei medici di Medicina Convenzionata”, nonché i “Coordinatori aziendali e zonali per la Formazione dei medici di Medicina Convenzionata”, ovvero medici convenzionati individuati e nominati dai Comitati aziendali e zonali. Da ultimo con DGR n. 2511 del 28.09.2001 si è provveduto ad aggiornare l’Elenco regionale degli Animatori di Formazione dei medici di Medicina Convenzionata”.

## Elementi di riflessione per il governo regionale

Il ruolo strategico della formazione per l’adeguamento progressivo del patrimonio culturale, professionale del personale del servizio sanitario, impone alla Regione e alle Aziende Sanitarie una particolare attenzione per la realizzazione di un sistema strutturato in grado di assicurare la necessaria continuità e tempestività degli interventi formativi.

E’ di tutta evidenza che i notevoli cambiamenti imposti dall’evoluzione sociale, culturale e, non da ultimo dal legislatore, ai sistemi formativo e lavorativo necessitano di una attenta valutazione da parte del programmatore regionale al fine di armonizzare le diverse e complesse istanze che ciascuno di essi esprime.

In questo contesto, un’adeguata formazione degli operatori si fonda, oltre che su percorsi di tipo accademico, anche sulla partecipazione a processi formativi durante l’attività lavorativa (incontri di aggiornamento professionale, periodi di tirocinio e stage). Inoltre, la formazione continua deve garantire non solo l’innalzamento della specifica professionalità ma anche l’aumento della capacità di ognuno di lavorare all’interno della propria organizzazione e rapportarsi all’utenza.

Nel prossimo futuro, perciò, l’indispensabile attività di programmazione formativa regionale, da sempre realizzata, si preannuncia ancor più complessa, in particolare, in previsione di:

- inserimento di nuove professionalità quale, tra gli operatori erogatori di assistenza nelle strutture socio-assistenziali, la nuova figura di Operatore Socio-Sanitario. Inoltre, si pensi anche a professionalità che già si intravedono quali, ad esempio, gli operatori che dovranno programmare e gestire l’organizzazione dei servizi per patologie e per competenze, con nuove modalità connesse ai sempre maggiori bisogni di comunicazione e di educazione continua, allo sviluppo delle aree di e-governement, e-salute; al management del rischio, nonché al disease management, al governo clinico e allo stesso management della conoscenza, e così via;
- sviluppo e coordinamento interaziendale della formazione;
- sviluppo della formazione continua nell’ambito del sistema di formazione regionale;
- introduzione e consolidamento di una programmazione della formazione a livello regionale;
- promozione a livello regionale di progetti formativi di interesse comune del sistema sanitario e di altri enti ed istituzioni.
- integrazione dei processi formativi degli operatori del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento a quelli relativi al personale dipendente e convenzionato e al personale sanitario e sociale;
- la programmazione e attuazione di processi formativi complessi, articolati su più anni;
- sviluppo di metodologie formative innovative, con particolare riferimento all’e-learning;
- introduzione di adeguati strumenti di valutazione dei processi formativi.

## Normativa

- Direttiva CEE n.86/457
  - Direttiva CEE n.93/16/CEE
  - DMinSan n.295/91 “Regolamento dei corsi di qualificazione per l’accesso al profilo professionale di operatore tecnico addetto all’assistenza in applicazione dell’art. 40, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 28/11/1990, n. 384”
  - DLvo n.502/92 e successive integrazioni e modificazioni.
  - DLvo n.368/99 e DLvo n.256/91 di recepimento e attuazione delle direttive CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e di istituzione del corso di formazione specifica in medicina generale
  - DPR n.270 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale
  - DPR n.271 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni (SAI)
  - DPR n.272 del 28 luglio 2000 che disciplina i rapporti con i pediatri di libera scelta
- In particolare gli artt. 8 e 8 dei DD.PP.RR. n. 270/00 e n. 272/00, e art. 19 del DPR n. 271/00 nel rispetto degli

Normativa  
Europea

Normativa  
Nazionale

obiettivi ed indirizzi di carattere nazionale, disciplinano:

- i ruoli delle Regioni (programmazione ed organizzazione dei programmi formativi regionali) e delle Aziende UU.LL.SS.SS. (attuazione ed organizzazione dei corsi);
  - la previsione di un quantum di attività formativa da svolgersi obbligatoriamente a carico dei medici convenzionati (cd. formazione obbligatoria);
  - l'individuazione delle finalità che le tematiche formative debbono perseguire;
  - la predisposizione di accordi regionali tra Regione e OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale delle rispettive aree, sentiti gli Ordini dei Medici e le Società professionali, per l'attivazione di un sistema di formazione di animatori di formazione permanente e la creazione di un elenco regionale degli stessi.
- LR n. 10/90 "Ordinamento del sistema di formazione professionale e organizzazione delle politiche regionali del lavoro".
  - LR n. 20 del 16 agosto 2001 "La figura professionale dell'operatore socio-sanitario".
  - DGRV 3446/86.
  - DGRV 1286/97 e DGRV 4491/98 relative alla stipula della convenzione con le Università degli Studi di Padova e Verona.
  - DGRV 4771/99 relativa all'attivazione del rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Udine.
  - DGR n.1590/99 e DGRV 2833/99 relative all'attivazione e al Piano dei Corsi di formazione per OAA e OTAA per l'anno scolastico 1999/2000.
  - DGR n.1052 del 2.5.2001 e DGR n. 2411 del 28.7.2000 relative ai "Corsi di formazione per operatori addetti all'assistenza (OAA) integrati con quelli per operatori tecnici addetti all'assistenza (OTAA) (lr n. 10/1990 - DM n. 295/1991)", per l'anno scolastico 2000/2001.
  - DGR n.946 del 20.4.2001 e DGR n. 2413 del 28.7.2000 relative alla ricognizione e al piano dei corsi di formazione per operatori tecnici addetti all'assistenza.
  - DGR n. 3911 del 31.12.2001 "La figura professionale dell'operatore socio sanitario". Avvio dei corsi di formazione per l'anno 2001/2002 (Lr n. 20/2001).
  - DGR n. 3903 del 31.12.2001 "DMS 31/5/2001. Concorso per l'ammissione al corso biennale di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2001/2003. Approvazione graduatoria".
  - DGR n. 3576 del 21.12.2001 "Verbale d'intesa con le organizzazioni sindacali del comparto sanità, relativo alla formazione dell'operatore socio/sanitario. Approvazione".
  - DGR n. 4069 del 22.12.2000 e DGR n. 1338 del 1.6.2001 "Attività di formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione". Diploma universitario "infermiere". Campagna promozionale AA2000/2001 e AA2001/2002 (DLvo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni).
  - DGR n. 1134 del 17.5.2001 "Attività di formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione". DLvo n. 502/1992 e successive modificazioni. Diplomi universitari. Modalità di attuazione. Anno accademico 2000/2001".
  - DGR n.2199 del 3.8.2001 "Corsi di formazione specifica in medicina generale. Selezione per n. 35 posti di medico di medicina generale 'tutore'. Approvazione bando di selezione (DLvo n. 368/1999)".
  - DGR n. 6 del 12.1.2001 "3^ corso di formazione specifica in medicina generale. Presa d'atto risultanze lavori commissione per il colloquio finale e rilascio attestato (DLvo n. 256/1991 - DM 23/12/1997)".
  - DGR n. 4072 del 22.12.2000 "DLvo n. 368/1999 - DMS 23/3/2000 e 18/5/2000. Corso biennale di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2000/2002. Nomina organismi e corpo docente della scuola di formazione specifica in medicina generale e criteri di finanziamento".
  - DGR n.3889/2001-Accordo regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.
  - DGR n. 4550 del 15.12.1997 e successive modifiche ed integrazioni che ha istituito la "Commissione per l'aggiornamento obbligatorio e facoltativo - Formazione continua";
  - DGR n. 2632 del 27.07.1999 e successive modifiche ed integrazioni - "Sistema Organizzato di Formazione" (SOF), elaborato dalla Commissione quale modello uniforme di organizzazione e gestione della formazione dei medici di Medicina Convenzionata.
  - DGR n. 2511 del 28.09.2001 - "Elenco regionale degli Animatori di Formazione dei medici di Medicina Convenzionata".

- Regione Veneto:
  - Direzione Risorse Socio-Sanitarie – Ufficio formazione e aggiornamento del personale
  - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Medicina Convenzionata

## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

Per essere pronta ad affrontare tempestivamente gli adempimenti previsti dalla Legge regionale di attuazione e recepimento del DPR 14.1.1997 relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, ancora prima della sua approvazione la Regione del Veneto ha sviluppato le seguenti iniziative:

- Istituzione di un Gruppo di Lavoro in materia di autorizzazione ed accreditamento (Decreto del Segretario Regionale - Segreteria Sanità e Sociale 28 marzo 2002, n. 276), con il compito di elaborare proposte da sottoporre alla Giunta Regionale relativamente sia ai requisiti di accreditamento istituzionale sia allo sviluppo del programma di sperimentazione dell'accREDITAMENTO di eccellenza.
- Sviluppo del progetto "Implementazione e sperimentazione di un programma di accREDITAMENTO di eccellenza per il Servizio Sanitario della Regione Veneto".

Il progetto, iniziato nel 1999, si articola nelle seguenti macro fasi:

*Fase 1 - Studio di fattibilità*

E' stato realizzato nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata "Preparazione dell'ospedale di Belluno per l'accREDITAMENTO di eccellenza", affidata all'Azienda ULSS n. 1 di Belluno.

La ricerca si è svolta negli anni 1999 e 2000 con il supporto tecnico e metodologico del Canadian Council on Health Services Accreditation - CCHSA, uno degli organismi di accREDITAMENTO di eccellenza riconosciuto a livello internazionale, e della Sogess Srl di Milano, società di consulenza in materia socio-sanitaria con pluriennale esperienza in Regione Veneto.

*Fase 2 - Definizione di un progetto per la sperimentazione ed implementazione di un programma di accREDITAMENTO di eccellenza riconosciuto a livello internazionale*

Dopo l'espletamento di una procedura di gara svoltasi nella prima metà del 2001 è stato scelto il progetto presentato dall'Associazione Temporanea di Impresa - ATI CCHSA&Sogess.

*Fase 3 - Individuazione dei siti pilota in cui sviluppare il progetto*

I siti pilota in cui sperimentare il modello di accREDITAMENTO sono i seguenti:

- Azienda ULSS n. 1 di Belluno, capofila del progetto, con sperimentazione sia presso l'ospedale di Belluno sia presso i Distretti Socio-Sanitari n. 1 Cadore e n. 2 Agordo (Assistenza domiciliare);
- Azienda ULSS n. 9 di Treviso con sperimentazione sia presso l'ospedale di Treviso, sia presso i Distretti Socio-Sanitari n. 3 Villorba e n. 4 Oderzo (Assistenza domiciliare);
- Azienda ULSS n. 4 di Thiene, con sperimentazione presso il Distretto Socio-Sanitario n. 1 Thiene (Assistenza Domiciliare).

*Fase 4 - Adattamento degli standard CCHSA al contesto normativo ed organizzativo del SSR del Veneto*

E' stata effettuata nel primo semestre del 2002 da gruppi di esperti del SSR del Veneto utilizzando la metodologia del Focus Group. Gli standard adattati sono stati approvati dal CCHSA in giugno 2002.

*Fase 5 - Sperimentazione del processo di accREDITAMENTO (autovalutazione, visita dei visitatori esterni e report di accREDITAMENTO)*

Ha preso avvio in giugno 2002 con la nomina dei coordinatori del processo di accREDITAMENTO in ciascun sito pilota e la costituzione dei team di autovalutazione. La conclusione è prevista per marzo / aprile 2003.

*Fase 6 - Costituzione dell'organismo preposto all'accREDITAMENTO di eccellenza per SSR del Veneto*

Alla conclusione della sperimentazione nei siti pilota viene realizzato uno studio di fattibilità, con proposte in merito a:

- mandato e composizione
- tipo di entità
- struttura organizzativa
- riconoscimenti internazionali.

## Elementi di riflessione per il governo regionale

La legge regionale di recente emanazione dovrà ora trovare applicazione.

L'avvio dell'Agenzia Regionale per la Sanità, istituita con LR n. 32 del 29.11.2001, potrà fungere da supporto tecnico per l'attuazione, il monitoraggio e il controllo della sussistenza dei requisiti di accREDITAMENTO e qualità delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, così come previsto e delineato nella LR n. 22 del 16.8.2002.

## Normativa

- DLvo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.
- DPR 14.1.1997 di "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e provincie autonome di



Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

- LR n. 32 del 29.11.2001 “Agenzia regionale socio sanitaria”
- LR n. 22 del 16/8/2002, - “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”, delinea la disciplina in materia di:

Autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio

La legge regionale da un lato adempie agli obblighi derivanti dal DPR del 1997 (recepimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi e definizione delle modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto degli stessi) e, dall'altro, effettua un riordino della normativa regionale esistente, introducendo alcune innovazioni relativamente a:

- varie strutture o altri erogatori soggetti ad autorizzazione, in particolare è affrontata la tematica riguardante i settori socio-sanitario e sociale in modo da dettare una disciplina autorizzativa che distingua fra attività sanitarie e socio-sanitarie da una parte e attività sociali dall'altra;
- autorità competente ad emanare il provvedimento differenziata in funzione del tipo di autorizzazione (alla realizzazione o all'esercizio) e del tipo di struttura (sanitarie, socio-sanitarie o sociali; finanziate dalla Regione o meno);
- taluni aspetti procedurali;
- introduzione del criterio programmatico quale presupposto per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di determinate strutture sanitarie o socio-sanitarie.

Accreditamento istituzionale

Riguarda sia le strutture pubbliche, che quelle di istituti e organismi a carattere non lucrativo, che quelle private ed è finalizzato alla selezione dei potenziali erogatori per conto della Regione attraverso criteri di qualità dell'assistenza, in armonia con le esigenze di programmazione locale.

In sintesi le condizioni necessarie per l'accREDITAMENTO sono:

- preliminare autorizzazione, se richiesta;
- possesso degli ulteriori requisiti tecnici di qualificazione per l'accREDITAMENTO orientati a promuovere l'appropriatezza, l'accessibilità, l'efficacia, l'efficienza nelle attività e nelle prestazioni, oltre alla continuità assistenziale. L'indicazione contenuta nella legge regionale è che tali requisiti devono dimostrare il possesso, da parte del soggetto accREDITANDO, di un sistema attivo di miglioramento continuo della qualità, inteso come un definito insieme progettato, presidiato e coordinato di mezzi, risorse, procedure, personale, responsabilità, metodologie, strumenti informativi e conoscenze dedicate specificatamente alla gestione della qualità, in conformità alle norme nazionali ed internazionali di certificazione della qualità in materia di sanità. I requisiti ulteriori sono definiti dalla Regione entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale;
- conformità alla programmazione. La legge regionale riflette la convinzione che il raggiungimento di forme di assistenza qualitativamente adeguate è legato alla valorizzazione del momento programmatico che quantifica il bisogno di salute da soddisfare e, in seguito, definisce la configurazione dell'offerta di servizi in termini di localizzazione, tipologia delle prestazioni e allocazione delle risorse, indipendentemente dalla natura dei soggetti che erogano le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- compatibilità con le risorse finanziarie disponibili in funzione delle specifiche attività da svolgere e dei relativi volumi.

L'accREDITAMENTO istituzionale prefigurato è quindi chiamato a svolgere una duplice funzione:

- assicurare e promuovere la qualità, in quanto la Regione, definendo i requisiti di accREDITAMENTO, può garantire che l'assistenza erogata sia di buona qualità;
- programmazione e controllo, in quanto la Regione, attraverso il sistema di accREDITAMENTO è in grado di configurare l'offerta di una determinata area territoriale in modo da renderla coerente con gli obiettivi della programmazione, per la soddisfazione del bisogno di salute compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

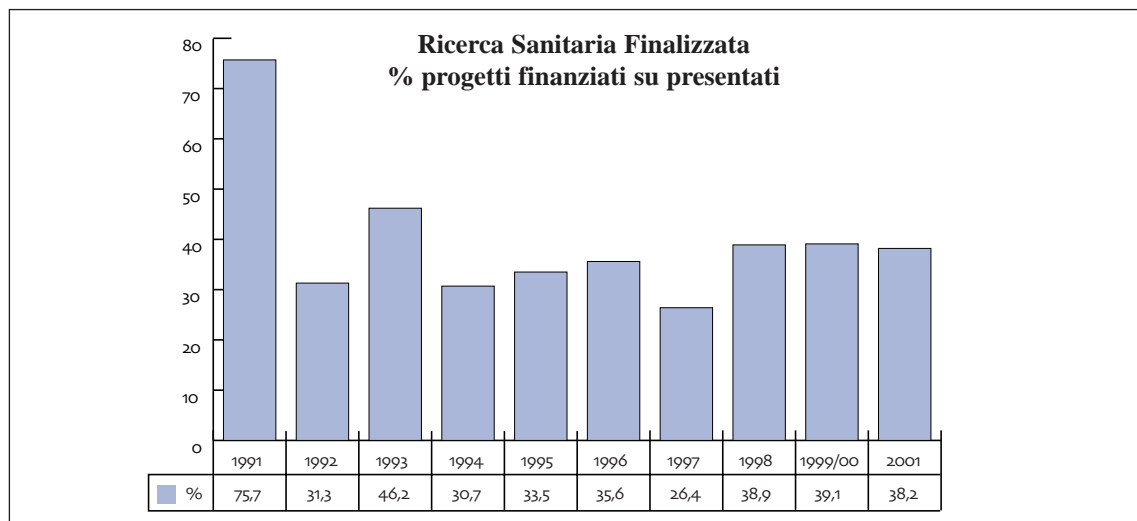
Inoltre la legge regionale:

- sancisce la competenza regionale in materia di accREDITAMENTO;
- definisce la procedura di accREDITAMENTO;
- individua un'apposita struttura responsabile della valutazione tecnica dei requisiti, che deve garantire un ruolo di terzietà rispetto ai soggetti da accREDITARE;
- specifica il ruolo dei valutatori che non deve essere di carattere meramente ispettivo ma soprattutto di impulso e di promozione del processo di miglioramento continuo della qualità.

AccREDITAMENTO volontario o di eccellenza

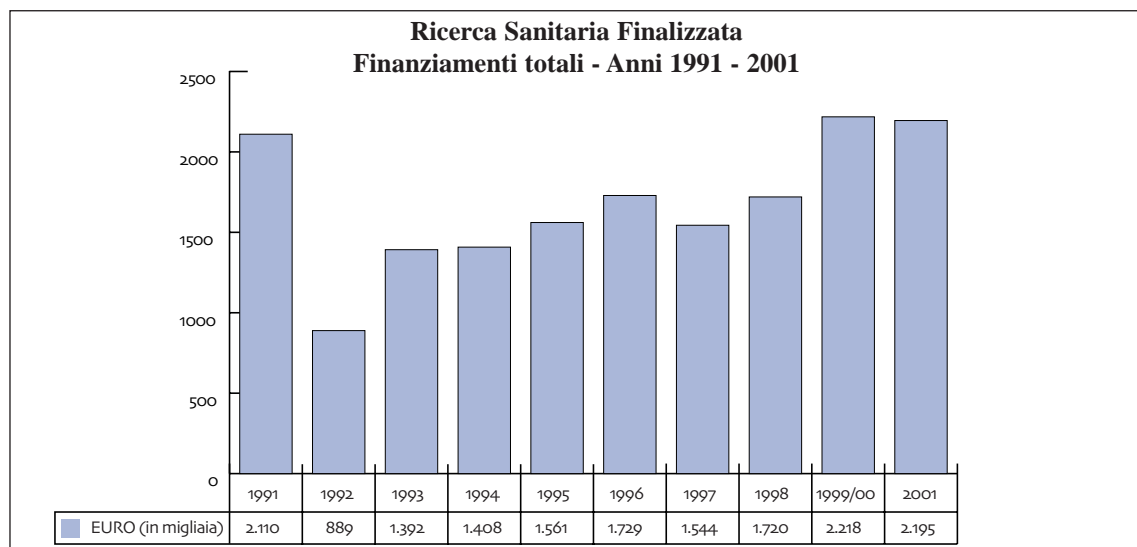
A completamento del sistema di qualità dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale che la Regione intende promuovere, la legge regionale indica l'accREDITAMENTO volontario o di eccellenza, inteso come riconoscimento internazionale dell'applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attuate da parte delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

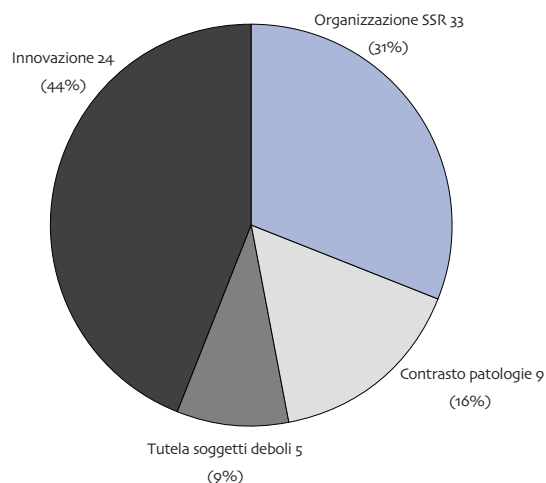


**Ricerca Sanitaria Finalizzata - Aree e Settori di ricerca - Anno 2001**

AREE	SETTORI
1. Contrasto delle principali patologie	1.1 Malattie cardio e cerebrovascolari 1.2 Tumori 1.3 Malattie infettive 1.4 Incidenti e malattie professionali
2. Rafforzamento della tutela dei soggetti deboli	2.1 Stranieri immigrati 2.2 Salute mentale
3. Innovazione	3.1 Riabilitazione 3.2 Innovazione tecnologica 3.3 Sorveglianza delle patologie rare 3.4 Sistema informativo sanitario e telemedicina 3.5 Certificazioni di qualità 3.6 Biologia molecolare, biotecnologie e ingegneria dei tessuti 3.7 Utilizzazione di cellule staminali per terapia genica, cellulare e per ricerca
4. Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale	4.1 Studio e sperimentazione di linee guida cliniche e organizzative e relativa valutazione dell'impatto 4.2 Valutazione dell'impatto economico e organizzativo delle tecnologie sanitarie 4.3 Sviluppo e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali 4.4 Accredimento di eccellenza



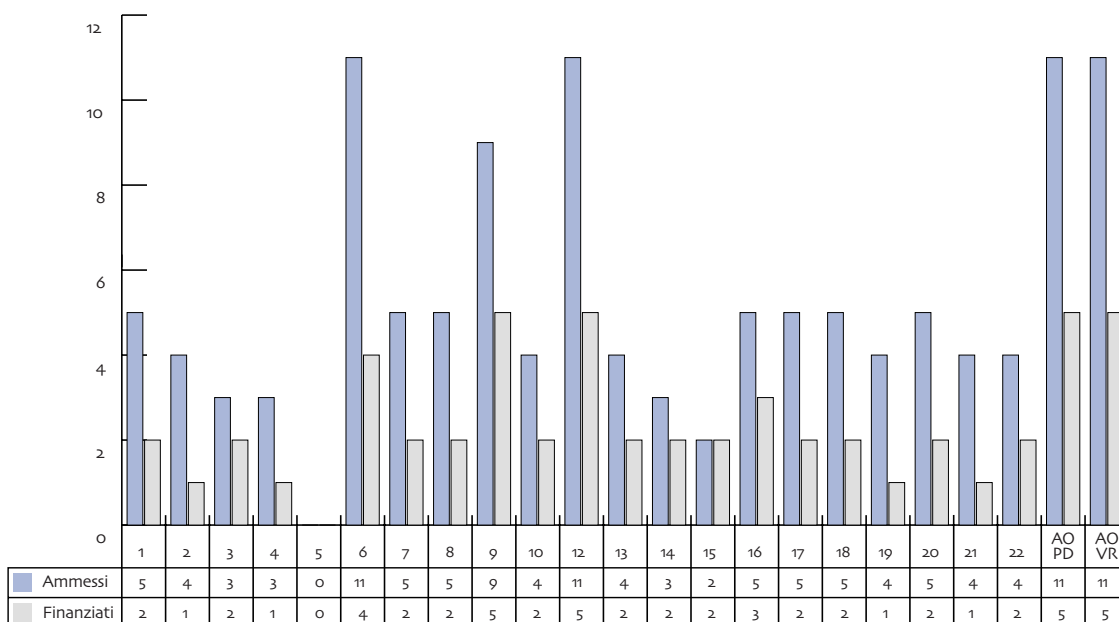
**Ricerca Sanitaria Finalizzata - Anno 2001**  
**Programmi ammessi a finanziamento per area tematica**  
**Valori assoluti e percentuali**



**Ricerca Sanitaria Finalizzata - Anno 2001**

AREE	FINANZIAMENTO			
	Totale progetto		Medio x progetto	Scostamento medio %
	N.	%	Euro	
1. Contrasto delle principali patologie	315.038,7	14,4	35.004,3	-12,3
2. Rafforzamento della tutela dei soggetti deboli	123.949,7	5,6	24.789,9	-37,9
3. Innovazione	958.027,5	43,6	39.917,8	0,0
4. Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale	797,9	36,4	46.936,8	17,6
<b>TOTALE</b>	<b>2.194.941,8</b>	<b>100,0</b>	<b>39.908,0</b>	

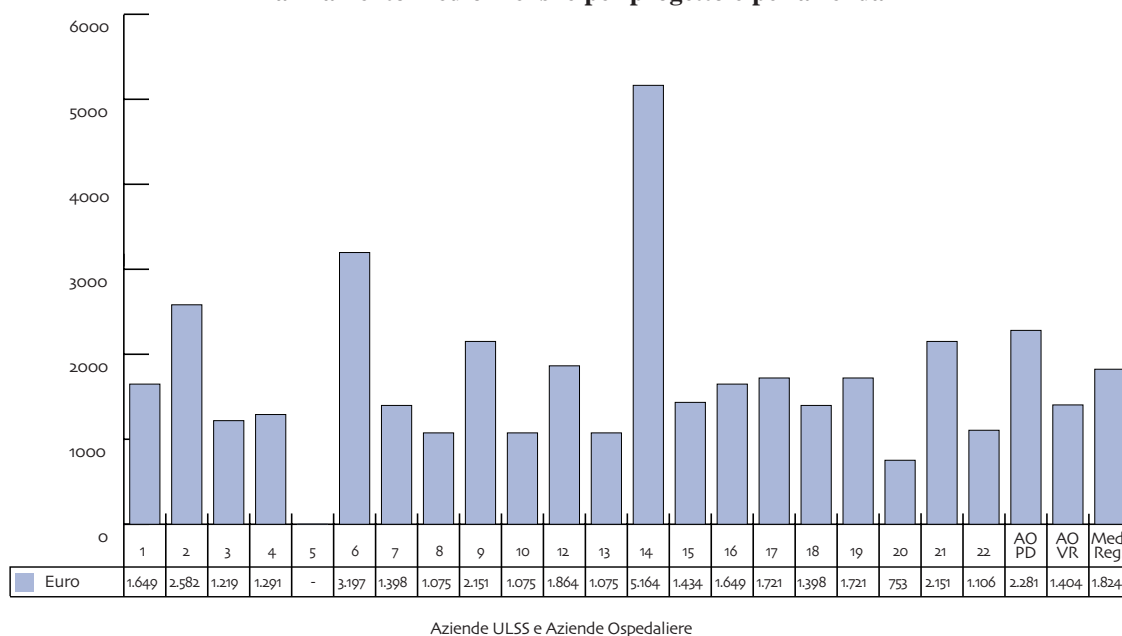
**Ricerca Sanitaria Finalizzata - Anno 2001**  
**N. progetti ammessi e finanziati per Azienda**



Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere



### Ricerca Sanitaria Finalizzata - Anno 2001 Finanziamento medio mensile per progetto e per azienda



La Ricerca Sanitaria Finalizzata è lo strumento mediante il quale la Regione del Veneto, a partire dagli anni '80, assegna annualmente specifiche risorse finanziarie per promuovere, sostenere e indirizzare la ricerca clinica, medico-scientifica, organizzativa e tecnologico-sanitaria, finanziando con una specifica procedura concorsuale singoli ricercatori, appoggiati da idonee strutture di ricerca, pubbliche o private. I fenomeni di maggior rilevanza che emergono dall'analisi dei dati relativi all'area della Ricerca Sanitaria Finalizzata nel 2001, sono:

- una ripresa della progettualità nel territorio regionale a partire dal 1999, temporaneamente arrestata nel 2000 per la mancanza di un bando specifico, ma nuovamente salita nel 2001;
- una maggior puntualizzazione sia della procedura amministrativa che delle aree e dei settori di ricerca ai fini di una sempre più coerente classificazione con le priorità di conoscenza e di approfondimento necessarie per il governo del Sistema Sanitario Regionale;
- l'importanza attribuita alle aree relative all'Innovazione e all'Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale sia in termini di progetti presentati che di progetti finanziati;
- un maggior coinvolgimento delle Aziende ULSS ed Ospedaliere impegnate a preselezionare i progetti ritenuti significativi per gli obiettivi aziendali e ad assumere la responsabilità della gestione del finanziamento per la realizzazione dei progetti approvati;
- le aziende che hanno presentato un maggior numero di progetti sono state rispettivamente le due aziende Ospedaliere di Padova e Verona e le ULSS di Vicenza e Venezia.
- progressivo aumento del controllo per un più efficiente ed efficace utilizzo del finanziamento assegnato che si è concretizzato a partire dal 1998, nel recupero dei fondi non utilizzati e nel loro accantonamento per un maggior finanziamento negli anni successivi e, a partire dal 2000 in un maggior impegno nella diffusione dei risultati raggiunti.

#### Elementi di riflessione per il governo regionale

- Con l'approvazione della LR n.5/01 e il consolidamento delle procedure amministrative relative alla pubblicazione dei bandi, della graduatoria delle ricerche ammesse a finanziamento e della diffusione dei risultati delle ricerche concluse nell'anno, la Ricerca Sanitaria Finalizzata è divenuta ormai un appuntamento fisso per gli operatori socio-sanitari della Regione del Veneto. E' inoltre intenzione dell'Amministrazione regionale raccogliere in un'unica pubblicazione i fascicoli dei Supplementi al Bur contenenti le sintesi dei risultati delle ricerche concluse a partire dall'anno 1999.
- Le risorse assegnate alle aree "Innovazione" e "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" hanno consentito l'evoluzione e lo sviluppo dell'intero sistema sanitario regionale e nazionale allo stesso tempo.
- La progettazione nell'area "Rafforzamento della tutela dei soggetti deboli", dovrà essere maggiormente favorita al fine di promuovere l'accesso ai servizi e una maggior attenzione da parte degli operatori del SSR a quelle fasce di popolazione che, perché deboli, rimangono spesso fuori o ai margini del sistema socio-sanitario, in situazioni croniche di patologia e generando disuguaglianza in termini di salute.

- DPR n. 23/98 - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
- LR n.5 del 9.2.2001 art.15 che recita : “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 sanitario, nei limiti dello stanziamento iscritto annualmente al capitolo 60047 del bilancio di previsione dell’anno cui il bando si riferisce”.
- DRG n. 1425 del 8.6.2001 e successiva DGR n. 3241 del 30.11.2001 con le quali sono stati approvati rispettivamente il “Bando di Concorso pubblico per la realizzazione dei progetti di Ricerca Sanitaria Finalizzata per l'anno 2001” e la relativa graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento.
- DRG n. 1165 del 28.3.2000 che ha approvato la graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento relativi al Bando 1999 e sono stati finanziati ulteriori 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.
- Pubblicazione, a partire dall'anno 2000, di un Supplemento al BUR dedicato alla Ricerca Sanitaria Finalizzata Regionale, contenete le sintesi dei risultati delle ricerche concluse. Il bollettino è stato diffuso presso le Aziende Sanitarie venete, le Università e tutti gli Assessorati alla Sanità d'Italia. Si elencano di seguito i fascicoli finora distribuiti:
- Supplemento al BUR n. 18 del 25 febbraio 2000: “Ricerca Sanitaria Finalizzata. Pubblicazione sintesi dei risultati di ricerche sanitarie finalizzate concluse nell'anno 1999”.
- Supplemento al BUR n. 89 del 6 ottobre 2000: “Ricerca Sanitaria Finalizzata. Pubblicazione sintesi dei risultati di ricerche sanitarie finalizzate concluse nell'anno 2000”.
- Supplemento al BUR n. 55 del 15 giugno 2001: “Ricerca Sanitaria Finalizzata. Pubblicazione sintesi dei risultati di ricerche sanitarie finalizzate concluse negli anni 2000/2001”.
- Supplemento al BUR n. 62 del 21 giugno 2002: “Ricerca Sanitaria Finalizzata. Pubblicazione sintesi dei risultati di ricerche sanitarie finalizzate concluse nell'anno 2001”.

### Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

Nel biennio 2000-2001 si è verificata una significativa svolta nelle politiche regionali per l'innovazione del "Sistema Salute".

La Regione del Veneto, intuendo la centralità strategica della leva tecnologica per la modernizzazione del Sistema Sanitario Regionale, ha avviato un profondo processo di riorganizzazione (reingegnerizzazione) del Sistema Informativo.

Facendo propri i principi e le opportunità contenute nel "Piano di Azione di e-government" e nel successivo "Accordo Quadro tra il Ministero della Sanità e le Regioni per lo Sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale" (22 febbraio 2001), il modello architetturale del Sistema Informativo Sanitario è stato ridisegnato secondo una logica di rete (internetworking).

Il nuovo Sistema Informativo è venuto così a configurarsi come una federazione di sottosistemi informativi integrati, comunicanti, interoperabili ma, pur sempre, autonomi.

La scelta di avviare un processo di riforma del Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) è stata dettata dall'esigenza di sfruttare al massimo le potenzialità offerte dal SISS "quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello (...) regionale, locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini-utenti" (cfr. Accordo Quadro, 4-5).

La filosofia ispiratrice dell'iniziativa - delineata nella DGR n. 697/2001 ed ulteriormente specificata nel successivo "Piano di Sviluppo del Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale" - consiste nella completa ristrutturazione delle modalità di erogazione dei servizi sanitari secondo una logica ispirata alla centralità del cittadino, diretta a migliorare la qualità dell'offerta sanitaria, al fine di dare concretezza ai principi della "continuità assistenziale" e della "libertà di scelta".

Tale risultato è promosso attraverso un'azione di standardizzazione volta al coinvolgimento in una logica di rete dei diversi attori del Sistema Sanitario Regionale e all'integrazione dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie. Fondamentale inoltre è l'adozione di un approccio che, preservando e valorizzando l'autonomia gestionale delle Aziende e l'architettura esistente per basi-dati distribuite, realizzi, attraverso la definizione di regole tecniche e semantiche comuni, la cooperazione applicativa dei sistemi, perseguendo il fine dell'erogazione al cittadino-utente di servizi strutturati su base sovra-aziendale.

Nella sostanza, dunque, oggetto essenziale dei progetti in corso è lo sviluppo di un processo di standardizzazione esteso a tutte le componenti del sistema informativo, vale a dire:

- l'infrastruttura tecnologica (sistemi di interconnessione, di sicurezza delle transazioni via rete e di accreditamento degli utenti: reti, firma digitale, smart card);
- l'infrastruttura informativa (sistemi di definizione dei data-set: registri di meta-dati e classificazioni);
- lo strato dei servizi comuni (sistema dei flussi di informazione attivati tra i diversi livelli organizzativi: prescrizioni; refertazioni; lettere di dimissione; richieste di ricovero; ecc.);
- lo strato dei servizi applicativi, nelle sue componenti cliniche ed amministrative.

Allo scopo di raggiungere questo obiettivo strategico, la Regione Veneto ha avviato una serie di progetti la cui significatività ha anche avuto riscontro nelle decisioni assunte a livello nazionale nell'assegnazione dei finanziamenti finalizzati all'attuazione del Piano di e-government.

Caratteristiche distintive dei diversi progetti di sviluppo del SISS sono:

- l'esplicita finalizzazione alla realizzazione di servizi on-line (servizi di e-health), allo scopo di rendere immediatamente visibile ai cittadini l'intera gamma dei servizi offerti dal Sistema Socio-Sanitario Regionale e permettere loro l'accesso diretto a tali servizi mediante lo strumento informatico;
- l'aggregazione degli enti proponenti (Regione Veneto, Ministero della Salute e/o Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie, Aziende Sanitarie e Ospedaliere, altri enti territoriali e locali ecc.) al fine di massimizzare il numero dei soggetti coinvolti nel finanziamento e/o nell'implementazione del progetto e sviluppare tra loro forme sinergiche di collaborazione e interazione;
- il ricorso a modalità di implementazione basate sul "concetto di riuso" delle soluzioni già positivamente sperimentate dalle Aziende Sanitarie, così da riconoscere, tra queste, le migliori (best practices), valorizzarle e potenziarle, favorirne lo scambio e la diffusione;
- l'individuazione e definizione di standard semantici, procedurali, funzionali e tecnologici che consenta l'effettiva interoperabilità (\*) ed integrazione orizzontale e verticale dei singoli sistemi informativi aziendali; presupposto, quest'ultimo, necessario per favorire lo scambio dei dati necessari ai fini dell'erogazione dei servizi e, quindi, per garantire la continuità assistenziale e ristabilire la centralità del cittadino.

Sul piano organizzativo, il processo è condotto dal gruppo di lavoro formato da alcuni Responsabili dei Sistemi Informativi delle Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto, istituito dalla Regione Veneto in attuazione della

(\*) Si ha interoperabilità quando i singoli sistemi informativi aziendali vengono progettati anche per l'erogazione di servizi applicativi i sistemi informatici delle altre amministrazioni

## I PROGETTI

## Telemed escape

DGR n. 697/2001 secondo l'impostazione definita dall'Accordo quadro Governo-Regioni sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (22 febbraio 2001). Tale Commissione dovrà altresì assicurare il recepimento e la valutazione delle indicazioni e degli standard provenienti dal livello centrale, cui la Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione) riserva la competenza esclusiva in materia di "coordinamento informativo-statistico ed informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale".

In particolare, il Gruppo di lavoro regionale si farà carico di interagire con la Cabina di Regia attivata in attuazione all'art. 6 dell'Accordo Quadro Governo-Regioni sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, al fine di allineare le iniziative di sviluppo implementate dalla Regione Veneto con le indicazioni formulate a livello nazionale.

Si evidenziano, di seguito, alcune delle più significative iniziative di innovazione intraprese nell'ambito dei progetti di e-government promossi dal ministero per l'Innovazione e le Tecnologie:

L'iniziativa rappresenta l'evoluzione dell'esperienza maturata nel progetto ESCAPE (vincitore al Forum P.A. 2001-Salute e premiato nella quarta edizione del premio "Cento progetti al servizio dei cittadini" 2002), e si propone l'obiettivo di trasmettere direttamente al cittadino-utente (proprio PC, e-mail del Medico di Medicina Generale curante, sportelli sul territorio, eventualmente altri punti di erogazione) il referto firmato digitalmente (e strutturato in formato XML), anche mediante l'utilizzo della Carta d'Identità Elettronica/Carta Nazionale dei Servizi.

Il progetto vede la partecipazione delle Regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia ed Umbria, con il coinvolgimento di un bacino di utenza pari a circa 3 milioni di cittadini.

Il progetto, in corso presso le Aziende Sanitarie di Bassano del Grappa e di Mirano, si pone l'obiettivo di realizzare l'integrazione dei sistemi informativi delle Aziende Ulss coinvolte, in termini di standardizzazione semantica e tecnologica, al fine di consentire la gestione in cooperazione dei processi e l'erogazione standardizzata e su base sovra-aziendale dei servizi, con impiego della CNS (Carta Nazionale dei Servizi) e/o della CIE (Carta d'Identità Elettronica) quale strumento di autenticazione e firma.

I servizi che si prevede di attivare sono i seguenti:

- Prenotazione delle prestazioni, presso Uffici CUP, Distretti, Farmacie, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta e domicilio dell'utente, via rete INTERNET mediante un portale specializzato e attraverso contact-center, con visibilità integrata delle disponibilità offerte dagli erogatori di entrambe le Aziende. Il sistema prevede anche la funzionalità di pagamento della quota di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, anche attraverso Carta di Credito, o mediante l'utilizzo della stessa CNS, secondo quanto già sperimentato nell'ambito del progetto europeo Netlink;
- Trasmissione delle refertazioni presso Distretti, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, mediante funzionalità rese disponibili dal portale, con i meccanismi di sicurezza tipici del sistema a doppia tessera, dell'operatore e del cittadino (CNS/CIE);
- Trasmissione diretta, in formato elettronico, delle prescrizioni, dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta alle Farmacie per le prescrizioni farmaceutiche, e ai Distretti e agli Uffici CUP per le prescrizioni di prestazioni, con utilizzo di sistemi di autenticazione del tipo CNS/CIE.

Nell'ambito di un progetto (SIRV-interop) volto a creare le basi organizzative, infrastrutturali e procedurali per attivare comunicazioni funzionali tra i diversi livelli di amministrazione e di governo all'interno della Regione, tra le Regioni e con la Pubblica Amministrazione centrale, è stata configurata una specifica iniziativa diretta a facilitare e rendere trasparenti al cittadino tutte le procedure legate ad una nuova nascita, coinvolgendo le diverse amministrazioni interessate (Aziende ULSS di nascita e di residenza, Comune di nascita e residenza, Ministeri della Salute e delle Finanze, ecc).

Il quadro normativo entro cui l'iniziativa si sviluppa è costituito dal D.P.R. n. 403 del 1998 (semplificazione delle certificazioni amministrative) e dal Decreto del Ministero della Salute n. 349 del 16.7.2001 (attivazione del Certificato di Assistenza al Parto - CEDAP).

Il riordino prevede che a partire dai punti nascita venga attivato il flusso informativo basato sui certificati di assistenza al parto, utilizzando un apposito strumento informatico, che consenta di provvedere già dalle sezioni di assistenza neonatale all'iscrizione del nuovo nato all'anagrafe sanitaria (con conseguente scelta del Pediatra), e contestualmente di effettuare sia la denuncia di nascita, collegandosi al registro di stato civile del Comune di nascita, sia l'iscrizione anagrafica presso il Comune di residenza.

Elemento essenziale dal punto di vista organizzativo di tale ristrutturazione è il conferimento al Direttore Sanitario della struttura di nascita delle funzioni di Ufficiale di Stato Civile, così come previsto dalla normativa vigente.

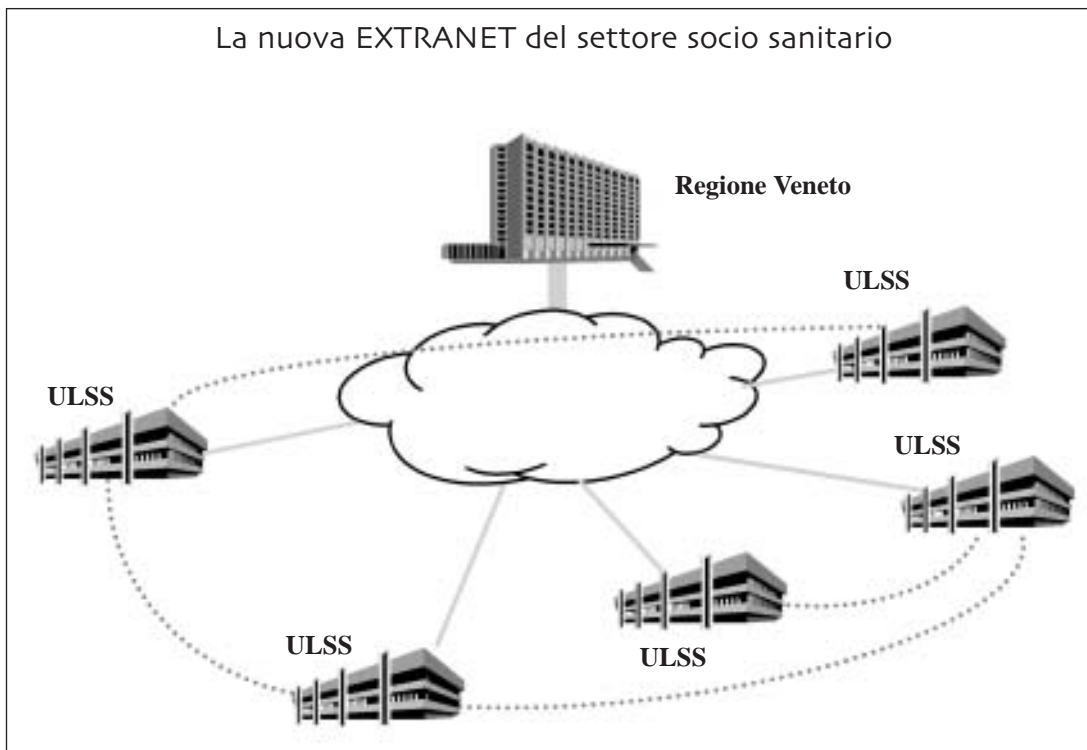
Oltre ad apportare evidenti vantaggi al cittadino, che eviterà una serie di dispendiose attività burocratiche, e all'efficienza delle Pubbliche Amministrazioni, questo progetto consente di colmare una lacuna nel processo di denuncia del nuovo nato. La normativa vigente ha infatti separato il flusso sanitario sulle nascite da quello amministrativo, così che è oggi possibile che il bambino sia dimesso dall'ospedale (in genere dopo tre giorni) senza che sia stata ancora presentata dichiarazione di nascita, per la quale sono previsti

IESS  
Integrazione per  
l'Erogazione di  
Servizi di SanitàSIRV-INTEROP  
Rete regionale  
sulle nascite

dieci giorni di tempo.

Il progetto consente infine di attivare un sistema di dimissione protetta del nato, grazie all'immediato coinvolgimento delle Istituzioni.

Tra le altre iniziative realizzate o in corso va citata l'implementazione della nuova rete EXTRANET del settore sanità e sociale.



Caratteristica essenziale del nuovo impianto, che sostituisce la INTRANET in esercizio dal mese di maggio del 1998, è la possibilità di attivare, su un piano di assoluta indifferenza e parità, collegamenti e comunicazioni orizzontali tra tutti i soggetti connessi, con la conseguente facoltà di elevare un qualsiasi nodo della rete al ruolo di server regionale per un particolare ambito applicativo.

Altro requisito essenziale della nuova EXTRANET è il suo carattere privato, come richiesto dalla natura di dati sensibili delle informazioni veicolate.

I servizi già attivati sulla nuova infrastruttura di telecomunicazione comprendono le funzionalità del Centro Regionale Trapianti (Azienda Ospedaliera di Padova), l'applicazione di gestione del flusso dell'Invalidità Civile (con architettura articolata nei tre livelli costituiti dalle Aziende Ulss territoriali – Uffici Periferici di Invalidità Civile -, dalle Aziende Ulss capoluogo di provincia - Unità Operative Invalidi Civili - e dall'Amministrazione Regionale), l'applicazione per la gestione delle certificazioni malattie rare, il sistema di gestione dell'anagrafe bovina (Centro di Riferimento per l'Epidemiologia Veterinaria di Legnaro – Padova), nonché le attività di trasferimento flussi verso il livello regionale per l'alimentazione del sistema informativo di governo.

Va inoltre ricordata l'attivazione presso il nodo informatico regionale di Palazzo Molin di un portale di applicazioni WEB based finalizzate all'implementazione dei sistemi di controllo e coordinamento regionale. Al momento sono in esercizio o in fase di rilascio le funzionalità di Osservatorio Prezzi, Monitoraggio Valori di Bilancio, Radioprotezione, Mobilità sanitaria, Monitoraggio HIV.

Lo stesso portale dà accesso a uno strumento di datawarehouse che consente all'utente la navigazione multidimensionale delle basi dati di governo, fornendo funzionalità di completa personalizzazione dei report prodotti, sia sotto il profilo delle dimensioni di analisi sia dal punto di vista dell'universo di indagine.

Rispetto all'attività di standardizzazione dell'infrastruttura informativa (metadati), si ricordano le iniziative di definizione dei data-set clinici e dei sistemi di classificazione relativi alle aree dell'attività distrettuale, ed in particolare alle attività di "Assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera", di "Assistenza Domiciliare" e di "Psichiatria Territoriale".

Tali interventi – destinati alla definizione di standard semantici in ambiti applicativi ancora privi di disciplina nazionale – si sommano alle iniziative di definizione di un nomenclatore regionale unico degli erogatori e delle prestazioni (elaborato nell'ambito del progetto URP integrato, volto alla pubblicazione in INTERNET delle Carte dei Servizi delle Aziende Sanitarie del Veneto, con disponibilità dell'informazione relativa a modalità e tempi di accesso rispetto alla mappa complessiva di offerta del Sistema Sanitario Regionale), e all'attività di normalizzazione e standardizzazione dei codici dei prodotti, per area merceologica, effettuata nell'ambito del progetto "Acquisti centralizzati".



## Elementi di riflessione per il governo regionale

Sviluppatasi in passato in un contesto di forte autonomia, i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie sono ora coinvolti in un'iniziativa che punta esplicitamente alla loro integrazione.

Obiettivi espliciti del processo che è stato descritto sono da un lato l'erogazione di servizi strutturati con riferimento a bacini sovra-aziendali sia sotto il profilo dell'utenza servita sia dal punto di vista degli erogatori (punti di accesso coinvolti), dall'altro l'analisi a livello regionale delle relative basi dati per fini di controllo e governo complessivo del sistema.

L'esigenza fondamentale sottesa a tale intervento di ristrutturazione è quella di garantire la "continuità assistenziale" e la "libertà di scelta" rispettivamente attraverso la visibilità via rete dei dati relativi alle prestazioni erogate (fascicolo sanitario personale) e alla loro disponibilità (prenotazioni); analogamente, si tratta di utilizzare il sistema informativo quale strumento per l'accesso ai servizi da parte del cittadino, al fine di agevolare e rendere trasparenti tali procedure.

In una situazione caratterizzata dalla necessità di una gestione estremamente oculata delle risorse, il modello organizzativo adottato per il raggiungimento degli obiettivi posti fa leva sul concetto di "riuso", ovvero sulla diffusione di esperienze e soluzioni già positivamente sperimentate in alcuni siti pilota. Lo scenario delineato dunque vede da un lato la valorizzazione delle capacità organizzative, gestionali e progettuali delle Aziende, e dall'altro la definizione di un contesto di standard semantici e tecnologici che permetta di realizzare concretamente l'integrazione delle basi-dati e dei servizi dei singoli sistemi informativi.

Elemento centrale del modello è la definizione del sistema informativo sanitario regionale come sistema unitario derivante dalla cooperazione dei diversi sistemi informativi aziendali gestiti in piena autonomia dalle singole Aziende Sanitarie, in linea con i principi definiti dal Piano di Azione per l'E-government e dell'Accordo Quadro Ministero della Sanità e le Regioni per lo Sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

## Normativa

## Normativa Nazionale

- Piano di Azione di e-government (22 giugno 2000)
- Linee guida del Governo per lo sviluppo della Società dell'Informazione nella legislatura (giugno 2002)
- Accordo quadro tra il Ministero della Sanità e le Regioni per lo Sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (22 febbraio 2001)
- Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione".

## Normativa Regionale

- DGR n. 697 del 23.3.2001 "Accordo quadro Regioni-Governo per il nuovo sistema informativo sanitario nazionale - strumento e linee guida essenziali per l'implementazione del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale".
- DGR n. 2210 del 3.8.2001 - Sistema informativo del distretto socio sanitario (SIDSS). Modulo: "Assistenza residenziale semiresidenziale extraospedaliera".
- DGR n. 1420 del 31.05.2002 "Sistema Informativo Regionale: approvazione delle schede-progetto per la partecipazione al primo bando di E-government".

## FONTI

## fonti

- Regione Veneto - Direzione Risorse Socio Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche

## Fenomeni di maggiore rilevanza/interesse

Le attività regionali realizzate attraverso la collaborazione tra la Regione del Veneto e regioni europee ed extra-europee, e tra la Regione del Veneto e istituzioni sociosanitarie sia pubbliche che private (Aziende ULSS, organizzazioni non governative, ecc.), riguardano 6 aree di intervento:

1. sviluppo di programmi congiunti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità;
2. programmi di sanità pubblica e ricerca finanziati dall'Unione Europea;
3. partecipazione alle attività di network internazionali;
4. viaggi studio con delegazioni internazionali;
5. gemellaggi con le Regioni degli stati candidati a entrare nell'Unione Europea;
6. cooperazione decentrata ed emergenza umanitaria.

In questi anni è stata avviata un'importante collaborazione su programmi di sanità pubblica e promozione alla salute con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare con l'Ufficio Europeo di Copenaghen.

Il programma più rilevante è stato "The Verona Initiative". Si è trattato di un programma triennale di ricerca sui fattori determinanti della salute e sulle strategie di investimento in salute, iniziato nel 1998 e conclusosi a Verona nel luglio 2000. La Regione del Veneto, che ha ospitato il dibattito internazionale dell'OMS sulla "Promozione della salute in Europa nel XXI° secolo", ha quindi continuato la sperimentazione dei risultati dei singoli "arena meetings" attraverso specifiche attività di ricaduta sul sistema sanitario regionale. Tra queste si segnalano:

- riunione internazionale sulla messa in opera di appositi progetti di sviluppo del documento "The Verona benchmark" (Venezia, 18-19 maggio 2000).
- riunione sulle attività di ricaduta regionale del progetto "The Verona Initiative" (Venezia, 23 maggio 2000).

Altre attività sviluppate in collaborazione con l'OMS sono:

- Riunione dei Centri Collaborativi OMS per la promozione della Salute (Venezia, 19-20 maggio 2000).
- Workshop sulle malattie infettive emergenti e riemergenti in Europa (Venezia, 6 dicembre 2000), organizzato in partnership con la Rete regionale degli Ambulatori per la medicina dei viaggiatori.
- Riunione europea della Rete OMS delle scuole che promuovono la salute (Vicenza, 6-8 giugno 2001). Attraverso questa riunione, è stata avviata, in collaborazione con Università di Padova e Provveditorati agli studi, un'importante indagine internazionale denominata "HBSC – Health behaviour in School-Aged Children" per la promozione della salute tra i giovani in età scolare (maggio 2001) i cui dati sono stati trasmessi ai sette Provveditorati del Veneto.

Sono state, inoltre, coordinate le questioni legislative, amministrative, organizzative e diplomatiche legate all'apertura di una nuova sede OMS denominata "Ufficio Europeo dell'OMS per gli investimenti in salute e lo sviluppo" e ubicata a Palazzo Dolfin Bollani in Campo Santa Marina a Venezia.

In collaborazione con la Sede Regionale di Rappresentanza di Bruxelles sono state svolte attività di formazione sui programmi della Commissione Europea e di consulenza alle Aziende ULSS sui programmi comunitari. Tra queste si segnala il "Corso di formazione sulla progettazione europea" per i referenti delle Aziende ULSS venete (2000). E' stata, inoltre, curata l'edizione della II parte del manuale "Progettazione sociosanitaria europea – Informazioni utili" (giugno 2000), poi pubblicato anche su "Il Sole 24 ore – Sanità", supplemento dell'11-17 luglio 2000.

E' stata garantita la partecipazione ai seguenti progetti europei:

- "Europeer" per la preparazione delle linee guida europee sulla educazione fra coetanei per la prevenzione dell'AIDS.
- "Fesat - European Foundation of Drug Helplines": attività della Fondazione Europea per la creazione di linee telefoniche per l'orientamento e l'ascolto dei problemi legati alla tossicodipendenza.
- "Health Information System in Europe – Structures and Processes" (2001), nell'ambito del programma europeo Health Suirveillance, in collaborazione col Servizio epidemiologico regionale di Castelfranco Veneto (TV).
- "Health Indicators in European Regions – Phase II (ISARE II, 2001), nell'ambito del programma comunitario Health Monitoring, in partnership con la Fédération Nationale des Observatoires de la Santé francese.
- "Evaluation of National and Regional Public health Report (EVA PHR, 2001), sempre nell'ambito del programma comunitario Health Monitoring, in partnership con Lodg (Istituto di Sanità della Renania – Westfalia del Nord).

ATTIVITA'

I programmi  
congiunti con l'OMSProgrammi di  
sanità pubblica e  
ricerca finanziati  
dall'Unione Europea

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

- Regions for Health Network, ovvero la rete europea OMS delle regioni che promuovono la salute (dall'ottobre 2000 il Veneto fa parte con altre sei regioni europee del Direttivo del network);
- Commissione "Sanità e Affari sociali" della Comunità di Lavoro di Alpe-Adria;
- Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari (ALASS).
- Partecipazione alle attività della Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute (IUHPE): riunione del Comitato scientifico della Conferenza Mondiale sull'Educazione alla Salute (Parigi, luglio 2000).

In collaborazione con la London School for Hygiene and Tropical Diseases, con l'Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria e con l'Istituto Mario Negri, è stato organizzato il "XIX° Corso Europeo di Epidemiologia delle Malattie Tropicali" (ECTE 2000, Negrar – VR, 4-15 settembre 2000).

Nel corso del 2000 sono stati organizzati viaggi di studio e interscambio con delegazioni di personale tecnico e amministrativo proveniente dalla regione svedese di Skane e dalla provincia cinese di Jiangsu. Nel 2001 si è organizzata una visita studio con l'Associazione delle aziende sanitarie olandesi.

Dalla fine del 2001 è stato avviato il gemellaggio con le regioni di Timisoara e Slovakia, assistite dal Veneto nel processo di decentramento del sistema sanitario e nella gestione della sanità pubblica. In particolare:

- con Timisoara, è attiva una collaborazione per la sorveglianza delle malattie infettive
- con la Slovakia si sta coordinando il processo di adeguamento delle normative per la marchiatura dei bovini agli standard in uso nell'Unione Europea

Gli interventi di cooperazione internazionale in ambito sociosanitario si sono sviluppati secondo tre filoni strategici:

- programmi di "cooperazione decentrata" (Convenzione di Lomè/CE IV bis del 1996 e dal DPR 31 marzo 1994, e dalle LR n.18/92 e n. 55/99) In particolare:
  - in collaborazione con le Aziende ULSS del Veneto sono stati conclusi nel biennio 1998-2000 programmi di cooperazione in Marocco, Romania, Repubblica di Moldova, Guatemala.
  - sono tuttora in corso programmi di cooperazione con: Uzbekistan, Argentina, Mozambico, Slovacchia, Etiopia, Georgia, Albania, Romania, Bosnia, Uruguay.
- programmi di "emergenza umanitaria":
  - nel biennio 2000-2001 il Veneto ha continuato a seguire l'emergenza umanitaria durante il conflitto in Kosovo e il terremoto in Turchia (come previsto dalla L.R. 46/99 – art. 25 "Emergenza Kosovo" – e in linea con le Ordinanze del Ministero dell'Interno nn. 2967/99, 2968/99 e 2974/99 e con il D.L. n. 110/99).
  - altri progetti di emergenza umanitaria sono in corso in Israele, Argentina e Afghanistan.
- programmi di ricovero in Veneto per ragioni umanitarie: dal mese di giugno 2001 sono stati avviati in via sperimentale (come previsto dall'art. 32, comma 15 della L. 449/97) programmi di ricoveri di cittadini non appartenenti all'Unione Europea negli ospedali del Veneto, in collaborazione e appoggio a ONG venete o altre istituzioni regionali riconosciute a livello internazionale che già operano nei Paesi in via di sviluppo.

## Elementi di riflessione per il governo regionale

Fin dal 1997 la Regione del Veneto ha investito nel processo di integrazione europea e di cooperazione internazionale, favorendo la spinta a un costante ammodernamento delle strutture organizzative e operative regionali, anche grazie all'acquisizione di metodologie nuove, prime tra tutte la partecipazione alla cooperazione allo sviluppo, alla progettazione a livello comunitario nel settore sociosanitario, alla promozione della salute con programmi congiunti con l'Organizzazione mondiale della Sanità. Con DGR n. 41/98 è stato istituito il Servizio Rapporti Sociosanitari Internazionali nell'ambito della Segreteria regionale Sanità e Sociale. Obiettivo principale 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, di altri Paesi e con le agenzie delle Nazioni Unite, in particolare con l'OMS. Questa ottica "globale" di programmazione sanitaria vede la Regione Veneto all'avanguardia essendo l'unica regione italiana ad aver istituito un servizio dedicato ai programmi internazionali in ambito sociosanitario.

Il completamento del processo di regionalizzazione del Sistema Sociosanitario ha permesso di decentrare molte scelte sulle priorità programmatiche. Per la Regione del Veneto questo si è tradotto in un importante processo di confronto e collaborazione con i sistemi sanitari e di welfare degli altri Paesi e Regioni dell'Unione Europea.

Grazie anche alle opportunità di azione e finanziamento offerte dai programmi comunitari, sono state avviate numerose iniziative nel campo della sanità pubblica e della ricerca biomedica, in cui la Regione



del Veneto è stata partner e, sempre più spesso, anche project leader. Si sta quindi creando un know-how e una ricca rete di rapporti e partnership con regioni, associazioni e istituzioni dell'Unione Europea e con i Paesi candidati a farne parte.

## Normativa

- Convenzione di Lomè/CE IV bis del 1996
- L n. 49/87 (in particolare , art. 2 commi 4 e 5): “Nuova disciplina dell'Italia con i paesi i via di sviluppo” (e relativo Regolamento di Esecuzione DPR n. 177, art.7, del 12.4.1998).
- L n. 146 del 22.2.1994: “Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea” e successive "leggi comunitarie" annuali .
- DPR 31.3.1994 “Indirizzo e coordinamento in materia di attività all'estero delle Regioni e Province Autonome”.
- L n. 449 del 27.12.1997, art. 32 comma 15.
- Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione".
- LR n. 30 del 6.9.1996 “Norme generali sulla partecipazione della Regione Veneto al processo normativo comunitario e sulle procedure di informazione e di attuazione dei programmi comunitari”.
- LR n. 46 del 9.9.1999, art. 25 “Emergenza Kosovo”.
- LR n.55 del 16.12.1999 “Interventi regionali per la promozione dei diritti umani, la cultura di pace, la cooperazione allo sviluppo e alla solidarietà”.
- DGR n. 41 del 14.1.1998 “Servizio per i Rapporti con l'OMS e Ufficio Rapporti Internazionali”.
- DGR n. 4782 del 28.12.1999 “Istituzione Rete Regionale per l'Educazione e la Promozione della Salute”.
- DGR n. 4816 del 28.12.1999 “Approvazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi previsti dall'art. 3 bis, comma 5, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, da assegnare a ciascun direttore generale delle aziende uu.ll.ss.ss. ed ospedaliere all'atto della nomina”.
- DGR n. 54/CR del 17.5.2001 “Interventi regionali per la promozione dei diritti umani, la cultura di pace, la cooperazione allo sviluppo e la solidarietà”. Capo III - cooperazione decentrata allo sviluppo. Programma triennale 2001/2003 (LR n. 55/1999).
- DGR n. 1424 dell'8.6.2001 “Definizione delle modalità di ricovero per ragioni umanitarie presso le strutture sanitarie della Regione Veneto. Protocollo operativo. Avvio programma pilota”.

Normativa  
Europea

Normativa  
Nazionale

Normativa  
Regionale

### fonti

- Segreteria Regionale Sanità e Sociale – Servizio Rapporti Socio Sanitari Internazionali

FONTI