

Relazione
Socio Sanitaria
della Regione del
Veneto



Parte Sesta:

Risorse,
investimenti e
strumenti per il
miglioramento
e lo sviluppo

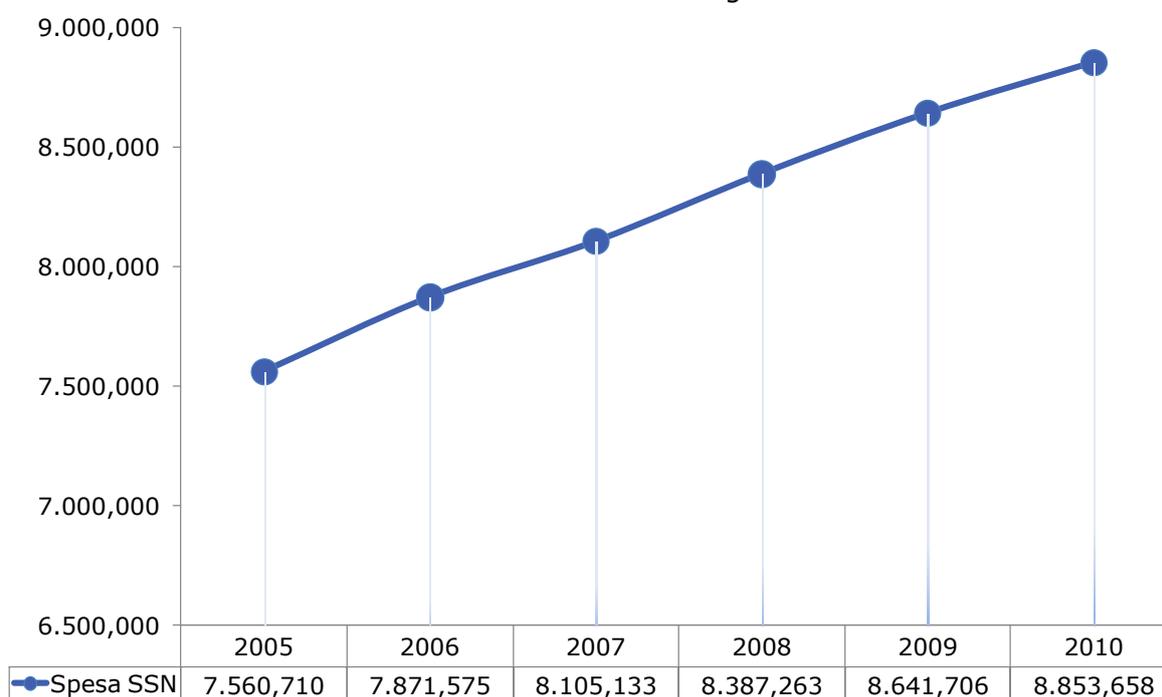
Anno 2011
(dati 2008-2010)

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

6.1 Governo economico e finanziario del Sistema Socio Sanitario Regionale

L'articolo 1 del Patto per la Salute 2010-2012, sottoscritto il 3 dicembre 2009, nel primo paragrafo prevede che "Le Regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza". Questa affermazione rientra nel portato di un percorso storico di graduale responsabilizzazione e di concreta applicazione del principio di sussidiarietà verticale.

Spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) 2005-2010
Dati in milioni di Euro relativi alla Regione del Veneto



Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi di produzione delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, stimati e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia.

Si ricomprendono:

- i valori della mobilità passiva verso il Ospedale Bambin Gesù e lo Sovrano Ordine di Malta (Smom)

Non si ricomprendono:

- i valori della mobilità passiva interregionale ed infraregionale;
- le voci introdotte dalla contabilità economica: "Ammortamenti", "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie".

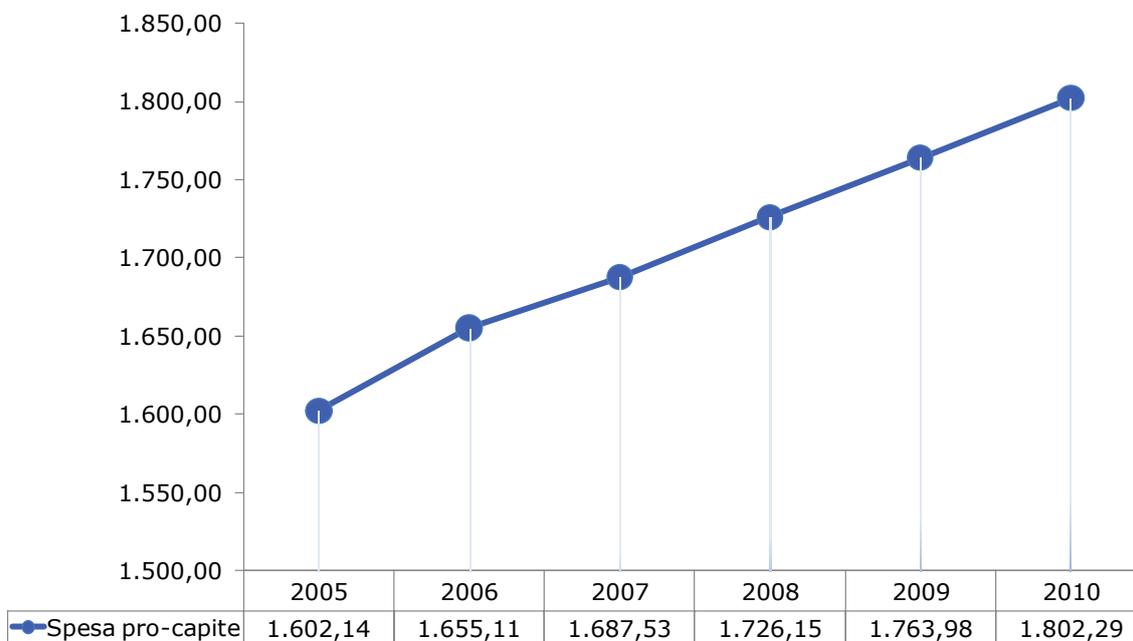
Fonte: Ministero della Salute NSIS, dati di consuntivo

Dati tratti da: Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2010 cap. 7 – Il Servizio Sanitario Nazionale (a cura del Ministero della Salute)*.

Su queste basi ed in relazione ai conseguenti vincoli, la Regione del Veneto ha incentrato la propria politica su un più efficace ed efficiente controllo della spesa, a fronte del mantenimento e miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate ai

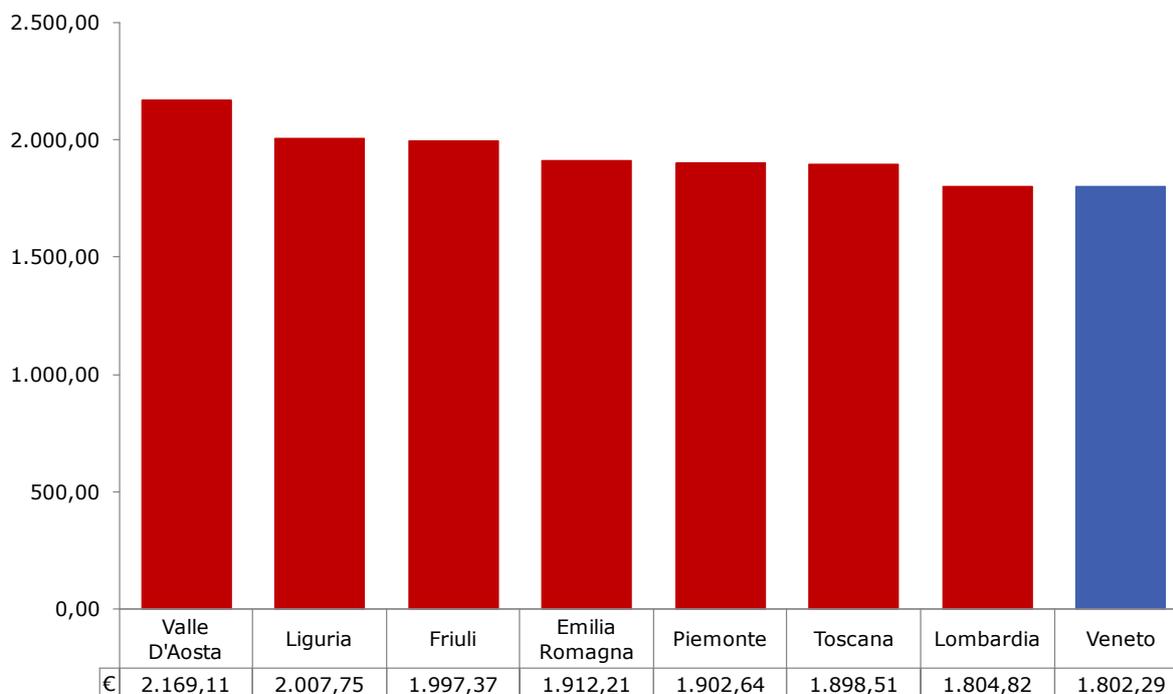
cittadini. Non si tratta certo di una questione di oggi. Con l'obiettivo di mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del Sistema Socio Sanitario regionale in questi anni sono stati adottati sistematici interventi di contenimento dei costi.

Spesa pro-capite SSN in Euro relativa alla Regione del Veneto
Anni 2005-2010 - Fonte: Ministero della Salute NSIS



608

Spesa pro capite SSN in Euro nelle Regioni del centro-nord Italia
Anno 2010 - Fonte: Ministero della Salute NSIS



* La Provincia Autonoma di Bolzano ha una spesa pro capite pari a 2.190,69 Euro, mentre la Provincia Autonoma di Trento ha una spesa pro-capite pari 2.078,82 Euro.

In particolare nel 2010 si è operato attraverso la fissazione di limiti massimi e misure volte alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate e alla riduzione della costosità del SSR, mediante l'assegnazione di obiettivi e di indicatori di performance ai Direttori Generali. Vi è da dire che il Servizio Sanitario Regionale ha finora conseguito i propri obiettivi di soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza garantendo, nel contempo, il sostanziale equilibrio finanziario del sistema considerato nel suo complesso.

In questi ultimi anni sono state perseguite alcune linee di intervento:

- la condivisione di processi gestionali volti a migliorare l'interazione tra aziende facenti capo ad una stessa area provinciale;
- il potenziamento e lo sviluppo delle attività del Centro Regionale Acquisti in Sanità istituito con funzioni di centrale di committenza dal 2008, dopo un percorso iniziato nel 2002;
- la continuazione dell'attività della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) costituita sempre nel 2008, per la definizione e l'aggiornamento dei criteri di definizione del piano allocativo delle risorse di investimento nell'ambito regionale, in un'ottica di ottimizzazione dell'utilizzo delle stesse;
- il monitoraggio del rispetto della normativa statale e regionale sulle dotazioni di personale dipendente;
- i diversi e più incisivi accordi con le strutture private preaccreditate per la determinazione delle quote di attività;
- l'ottimizzazione dell'attività dei Dipartimenti strutturali per le attività dei centri trasfusionali;
- l'allargamento delle procedure di monitoraggio sulla prescrizione ed erogazione dei farmaci oncologici anche ad altre tipologie di farmaci ad elevato costo;
- l'implementazione di un progetto complessivo di riorganizzazione delle cure primarie che possa migliorare l'appropriatezza prescrittiva, nonché la quantità e la qualità dei servizi della medicina di base resi al cittadino.

Quindi, come si è detto, sono stati individuati i limiti massimi di costo. Per l'esercizio 2010 tali limiti sono stati calcolati, al netto dei costi della mobilità sanitaria intraregionale ed extraregionale sulle seguenti voci:

1. Acquisti di beni

2. Acquisti di servizi sanitari:

- Acquisti servizi sanitari per medicina di base
- Acquisti servizi sanitari per farmaceutica
- Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale)

- Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa)
 - Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica)
 - Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera)
 - Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale)
 - Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F)
 - Acquisto prestazioni termali in convenzione)
 - Acquisto prestazioni trasporto sanitari)
 - Acquisto prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria)
 - Compartecipazione al personale per attività Libero professionale (intramoenia)
 - Rimborsi, assegni e contributi sanitari)
 - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie)
 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria)
3. Acquisti di servizi non sanitari
 4. Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
 5. Godimento di beni di terzi
 6. Totale Costo del personale
 7. Oneri diversi di gestione
 8. Accantonamenti tipici dell'esercizio

I limiti di costo sono stati altresì calcolati al netto dei ricavi derivanti dalle poste "R" ordinarie di scambio¹ tra le Aziende facenti parte del conto consolidato regionale per la Sanità, prendendo a riferimento le voci di conto considerate nel *costo della produzione* con esclusione delle seguenti poste a dinamica vincolata obbligata:

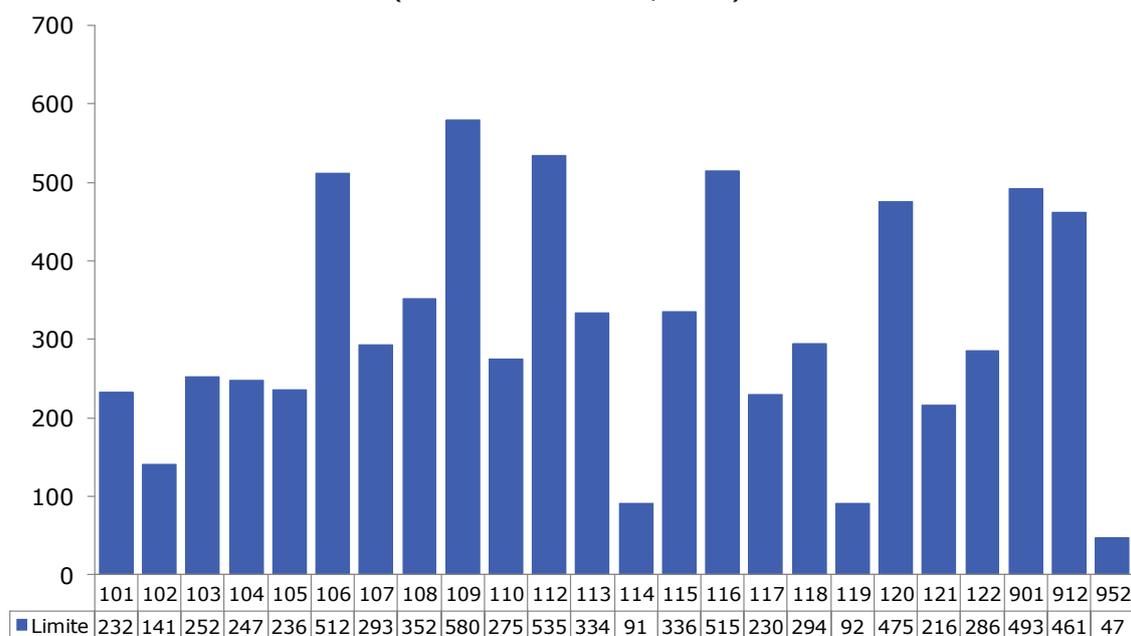
- costi per ammortamenti;
- costi per compartecipazione al personale per attività libero professionale (intramoenia);
- costi per variazione delle rimanenze e per perdite su crediti.

Sono stati inoltre neutralizzati gli effetti derivanti dai costi generati dalle poste compensative correlate all'attivazione dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMT). Parimenti non sono stati presi in considerazione i costi riferiti all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera in quanto la relativa dinamica risulta correlata a specifici provvedimenti regionali già adottati o in corso di adozione ai quali le singole Aziende sono tenute ad uniformarsi. Per i costi del personale dipendente il limite è stato calcolato tenendo conto dei costi riferiti al bilancio d'esercizio

¹ Si tratta di compensazioni di crediti e debiti tra Aziende.

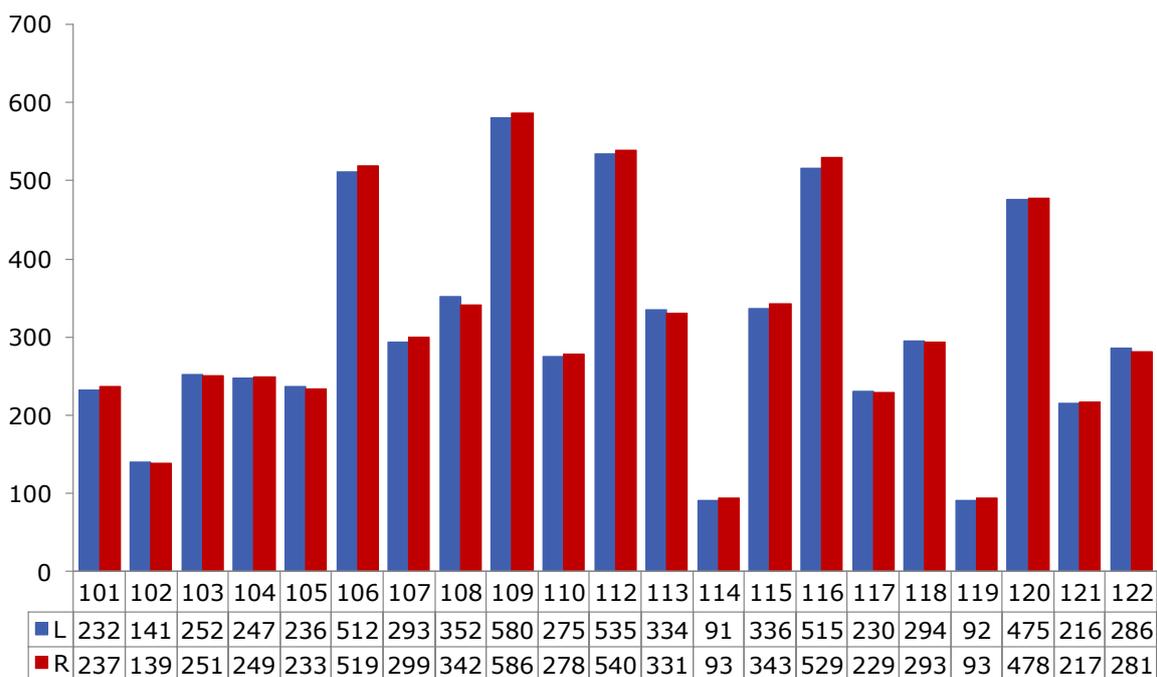
2009, incrementato delle autorizzazioni per le nuove assunzioni già concesse per gli anni 2009 e 2010, avuto riguardo alla diversa tempistica media rispetto alle date di autorizzazione. Di seguito si evidenziano i limiti di costo complessivi e le risultanze della verifica per singola voce.

Limite di costo stabilito per le Aziende Sanitarie del Veneto per l'anno 2010. Dati in milioni di Euro.
(Fonte: DGRV 1558/2010)



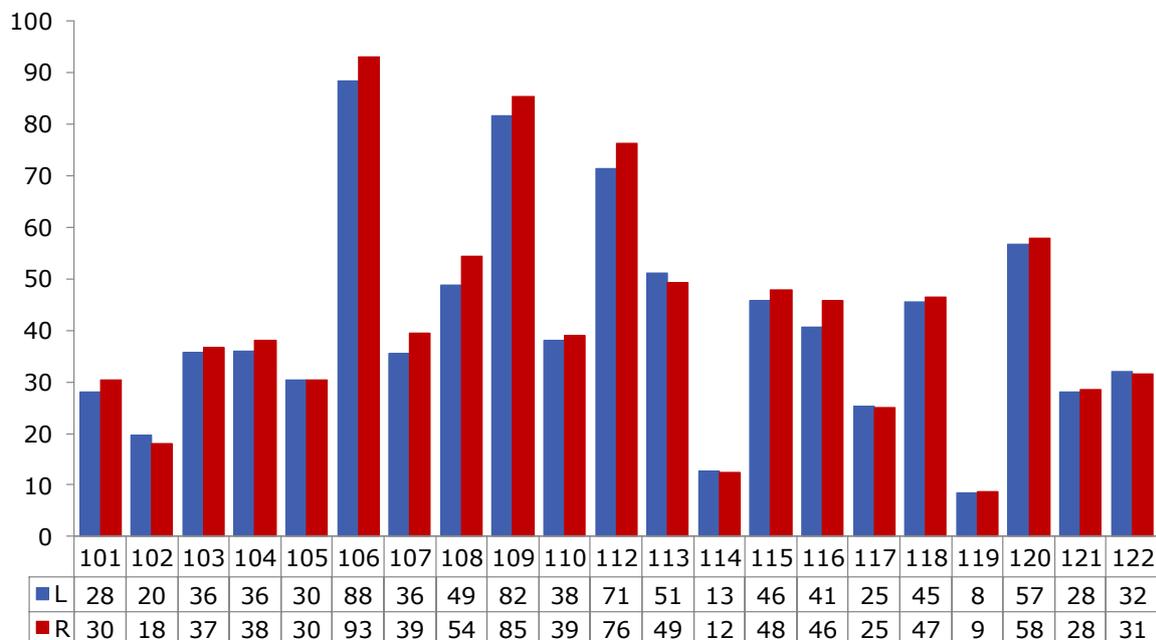
611

Limite di costo (L) complessivo e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS



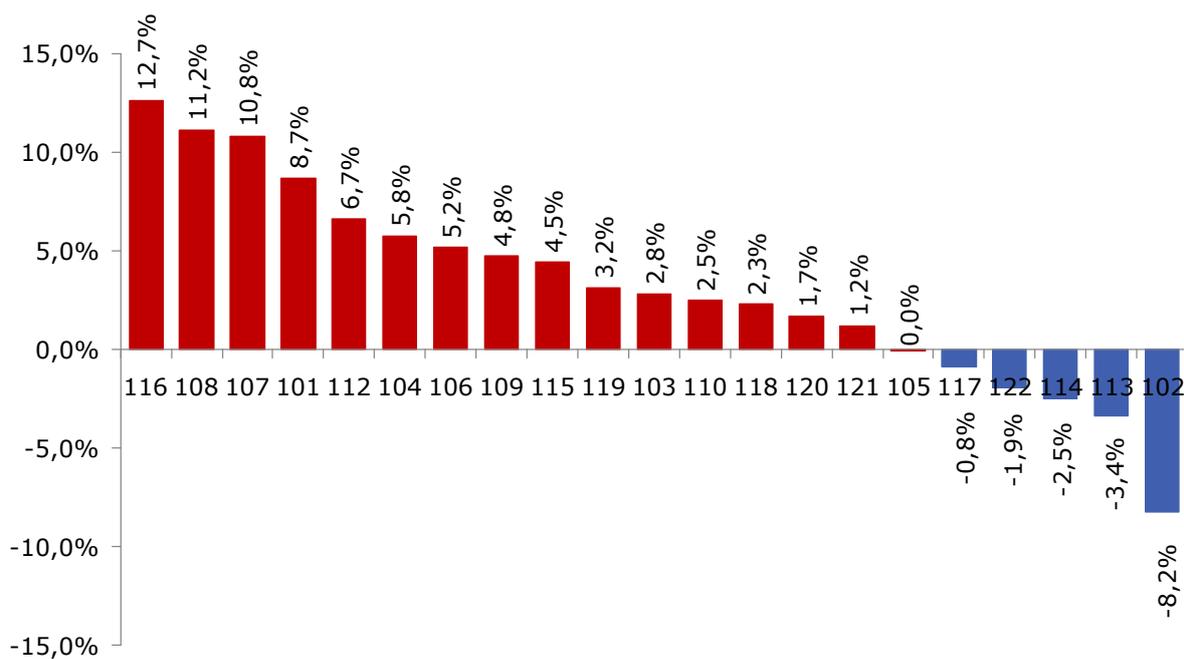
Nell'osservare i dati va considerata la necessità di un'efficace rappresentazione grafica e la conseguente "riduzione" dei valori in milioni di Euro che sconta gli effetti degli arrotondamenti.

Acquisti di Beni: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010.
Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria ARSS



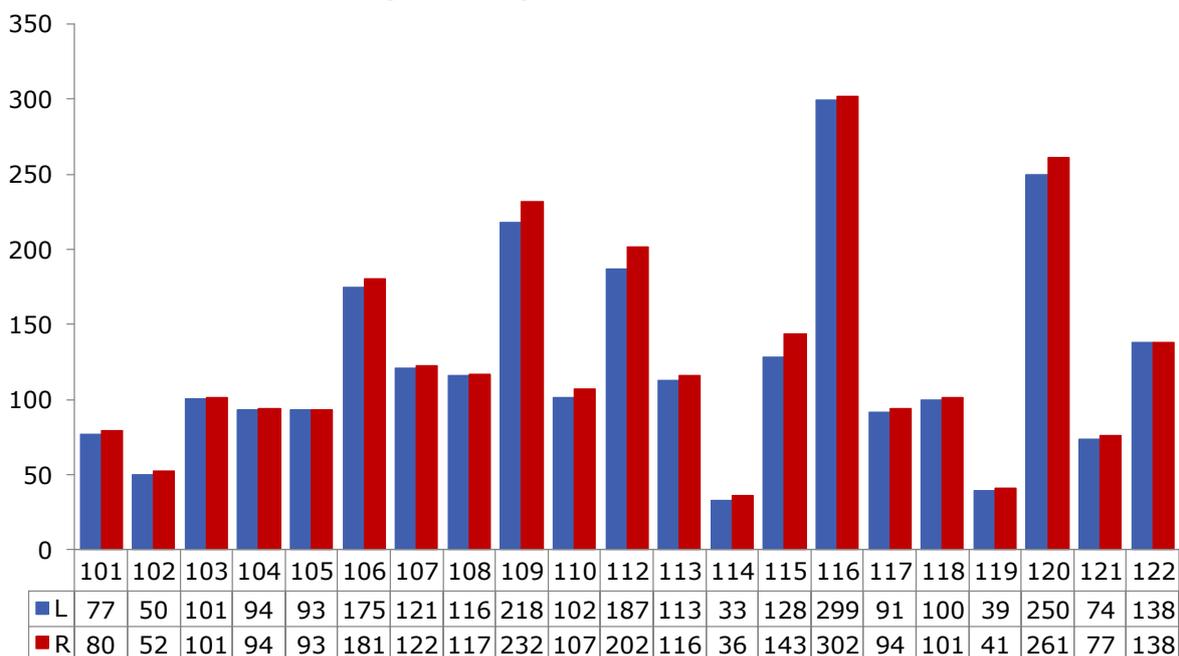
Per maggiori approfondimenti si rinvia quindi alle tavole della Relazione Socio Sanitaria in cui i limiti di costo, i valori rilevati e le percentuali relative sono indicati con maggiore dettaglio.

Acquisti di Beni: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS



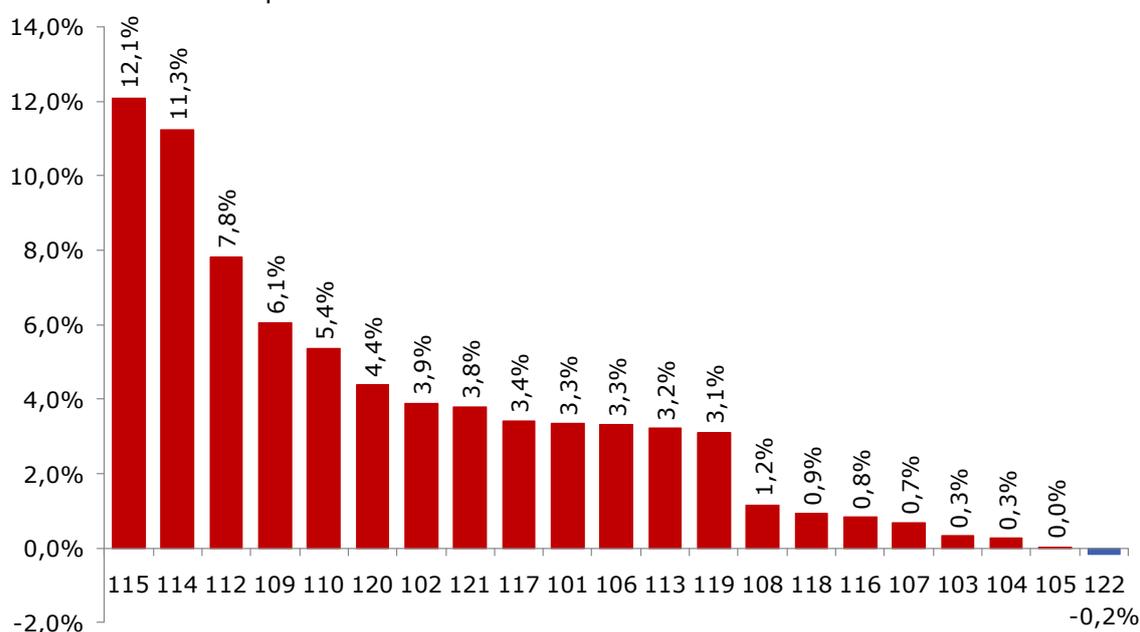
L'analisi dei dati evidenzia innanzitutto una notevole variabilità tra le Aziende Sanitarie del Veneto. Tuttavia, generalmente nei valori rilevati hanno una innegabile incidenza i fattori dimensionali e la realtà territoriale in cui le singole Aziende si trovano ad operare. Così, per gli acquisti di beni si hanno limiti di costo e valori rilevati più elevati nelle Aziende ULSS 6 di Vicenza, 9 di Treviso e 12 Veneziana, mentre gli scostamenti percentualmente più alti rispetto al limite si trovano nelle Aziende ULSS 16 di Padova, 8 di Asolo e 7 di Pieve di Soligo. Seguono l'Azienda ULSS 1 di Belluno e l'Azienda ULSS 12 Veneziana. Vengono invece rilevati valori inferiori al limite nelle Aziende ULSS 17 di Este, 22 di Bussolengo, 14 di Chioggia, 13 di Mirano Dolo e 2 di Feltre. Per gli acquisti di Servizi Sanitari i costi più alti vengono rilevati presso l'Azienda ULSS 16 di Padova e l'Azienda ULSS 20 di Verona. Si tratta di un fenomeno spiegabile in larga misura dall'interazione con le rispettive Aziende Ospedaliere di Padova e Verona. Seguono le Aziende ULSS in cui è radicata una presenza del privato accreditato.

Acquisti di Servizi Sanitari: limite di costo (L) e valori rilevati (R)
nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010.
Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria ARSS



Anche in questo caso si hanno limiti di costo e valori rilevati più elevati, dopo le citate realtà aziendali di Padova e Verona, nelle Aziende ULSS 6 di Vicenza, 9 di Treviso e 12 Veneziana. In tutte le Aziende si riscontrano valori superiori al limite di costo, fatta eccezione per l'Azienda ULSS 22 di Bussolengo e per l'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino che si colloca proprio sul limite.

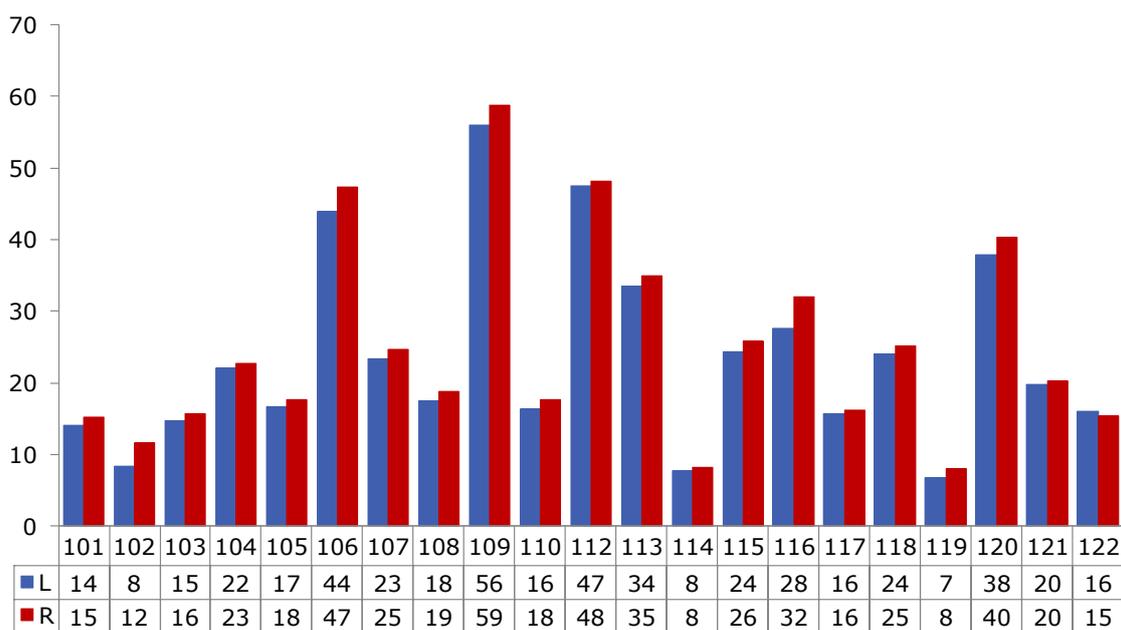
Acquisti di Servizi Sanitari: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS



Per gli acquisti di servizi non sanitari la situazione è più articolata. In linea generale i servizi non sanitari si riferiscono a costi sostenuti per lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, elaborazione dati, servizi trasporti (non sanitari), smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, altre utenze.

614

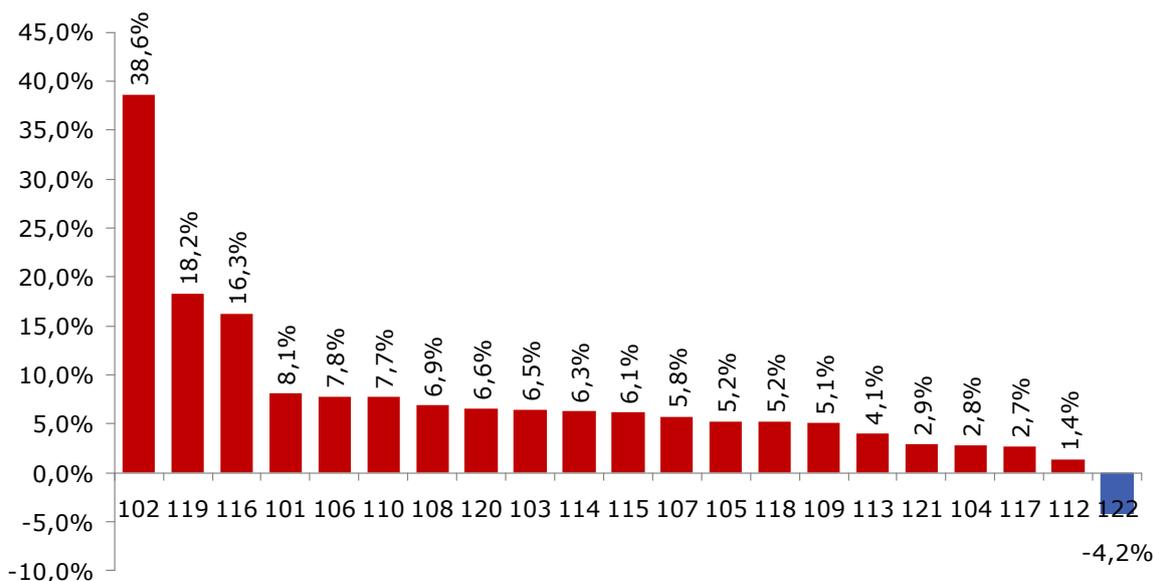
Acquisti di Servizi non Sanitari: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS



Con riguardo a questa voce si hanno limiti di costo e valori rilevati più elevati nelle Aziende ULSS 9 di Treviso (per la quale va considerato attentamente l'aspetto riguardante l'elaborazione dati, il sistema informativo, la telematica), 12 Veneziana e 6 di Vicenza.

Acquisti di Servizi non Sanitari: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite.

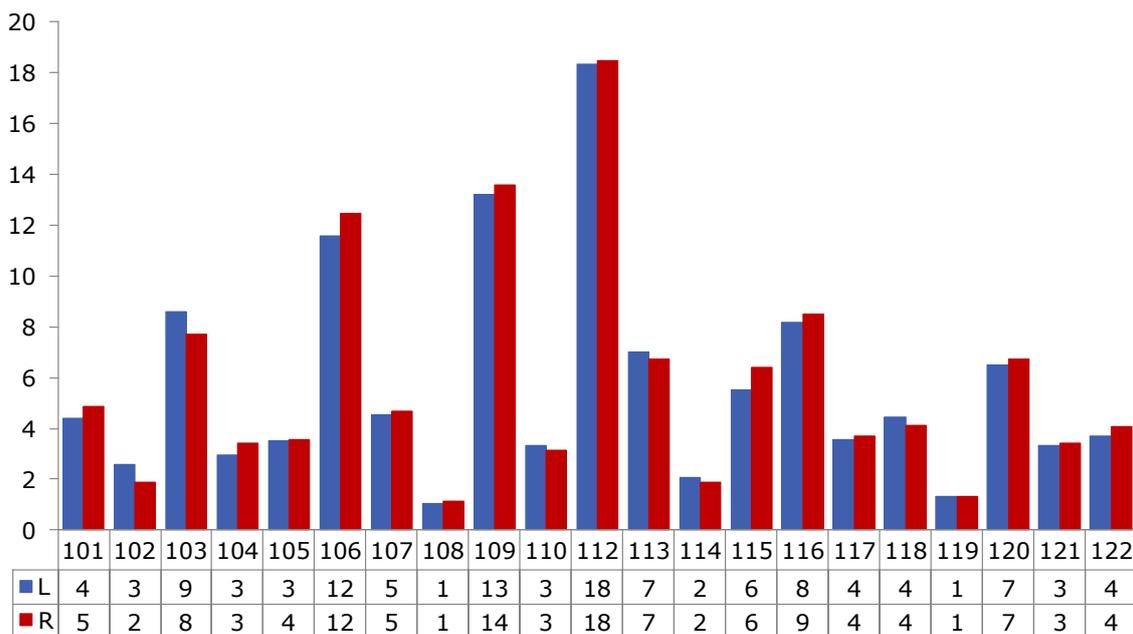
Fonte: ARSS



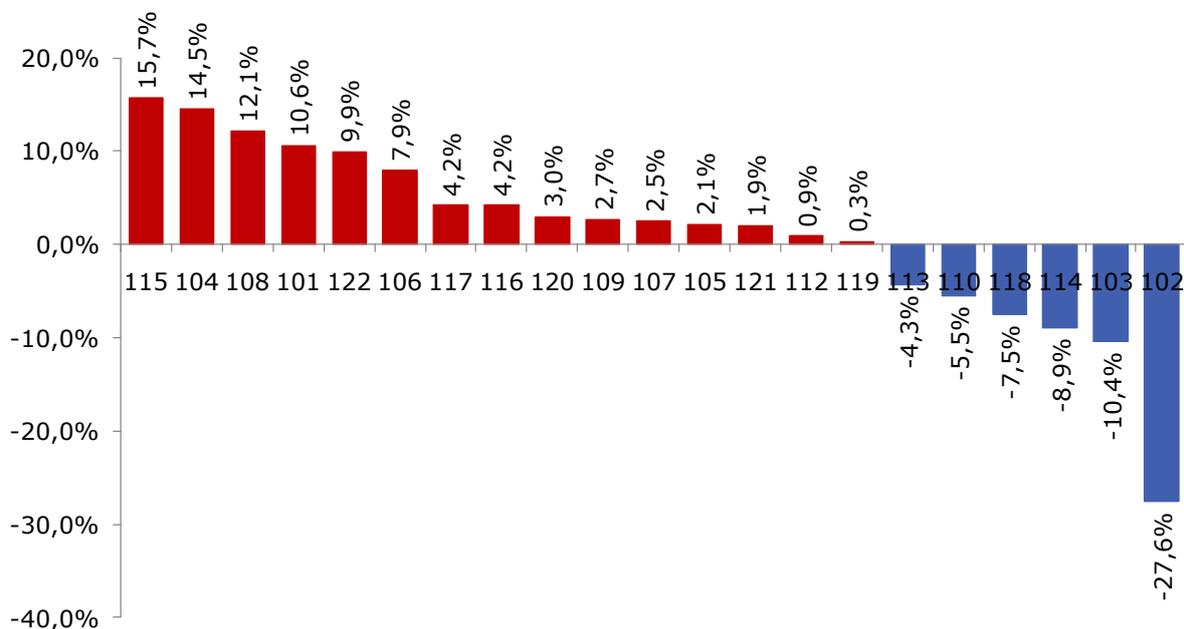
* L'Azienda ULSS 22 di Bussolengo è l'unica a manifestare uno scostamento positivo rispetto al limite

Manutenzione e riparazione ordinaria: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro.

Anno 2010. Fonte: ARSS

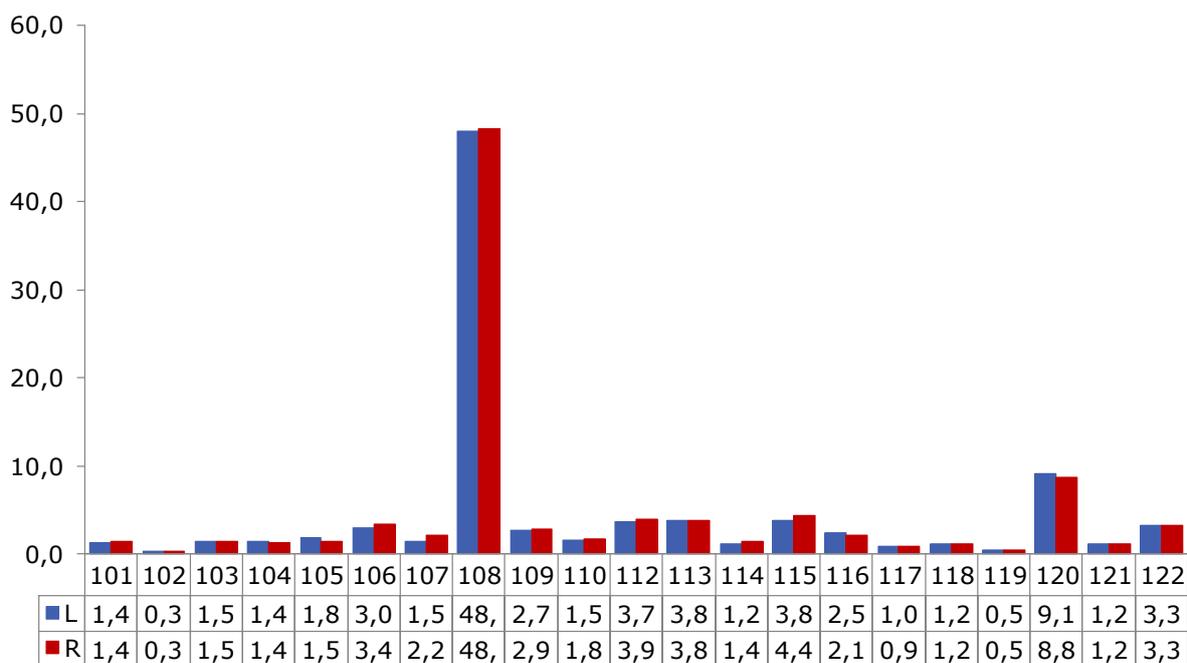


Manutenzione e riparazione ordinaria: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS

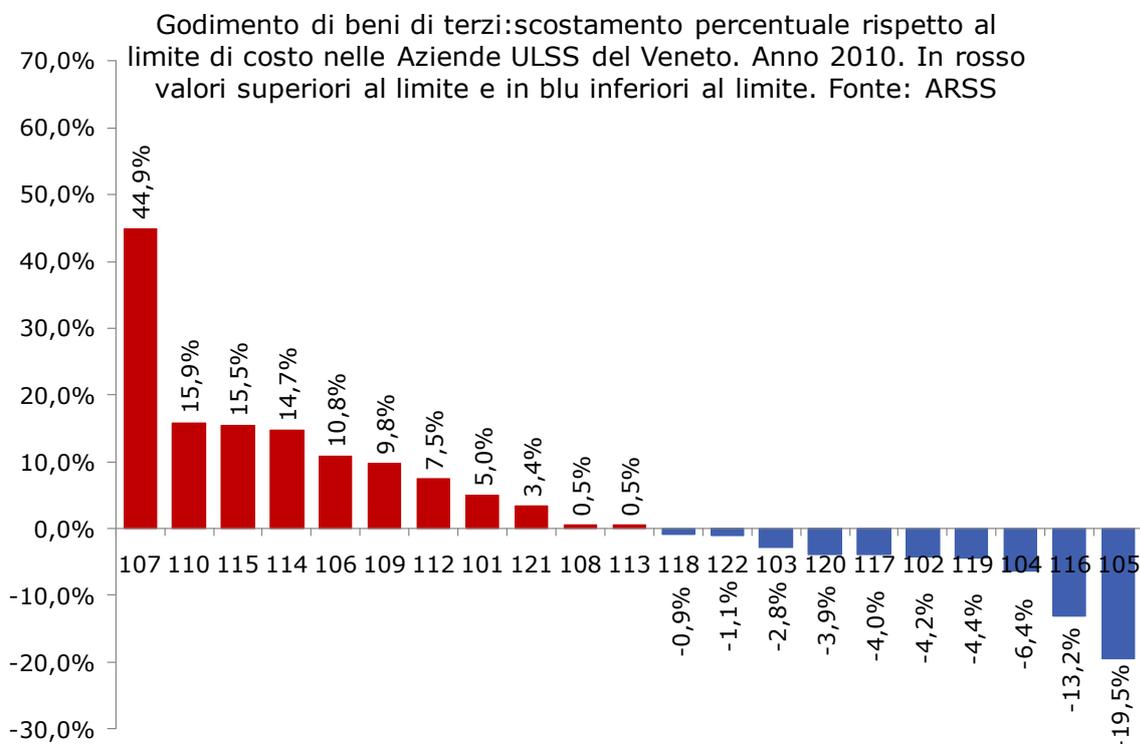


616 Per la manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata e per il godimento di beni di terzi i dati complessivi appaiono relativamente più equilibrati.

Godimento di beni di terzi: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS



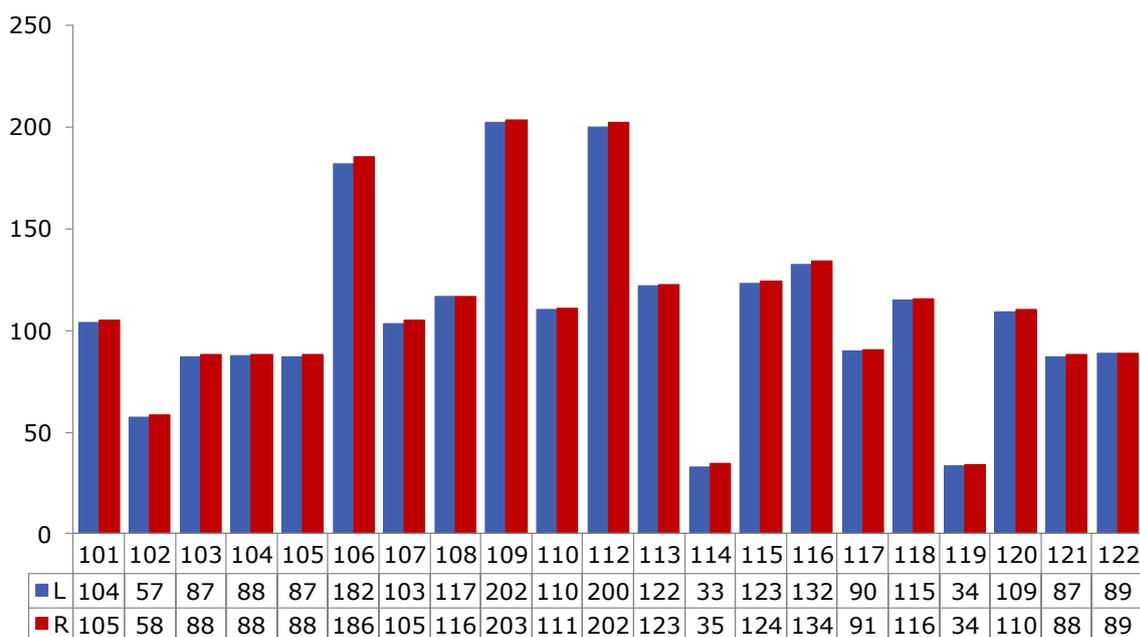
L'alto limite di costo e del valore rilevato presso l'Azienda ULSS 8 di Asolo e di scostamento per l'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo, per il godimento di beni di terzi, fa riferimento alle peculiare realtà aziendali del periodo.



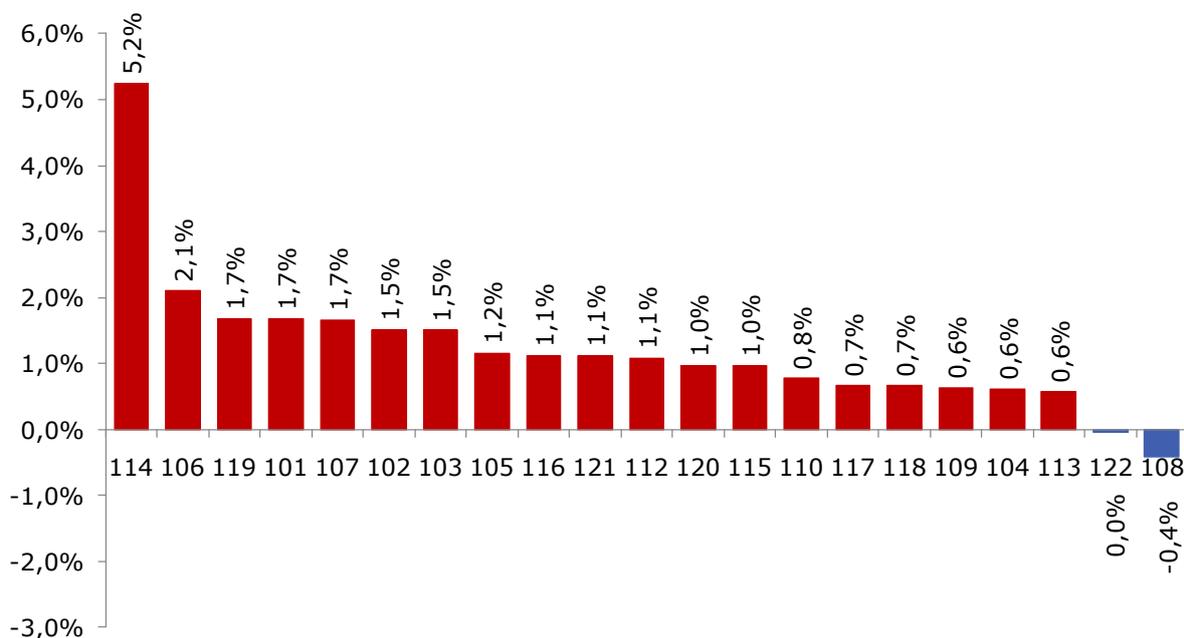
617

Lo stesso dicasi per il costo del personale, nel quale limiti e valori sono fortemente influenzati dalla numerosità conseguente alle dimensioni aziendali.

Totale Costo del personale: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS

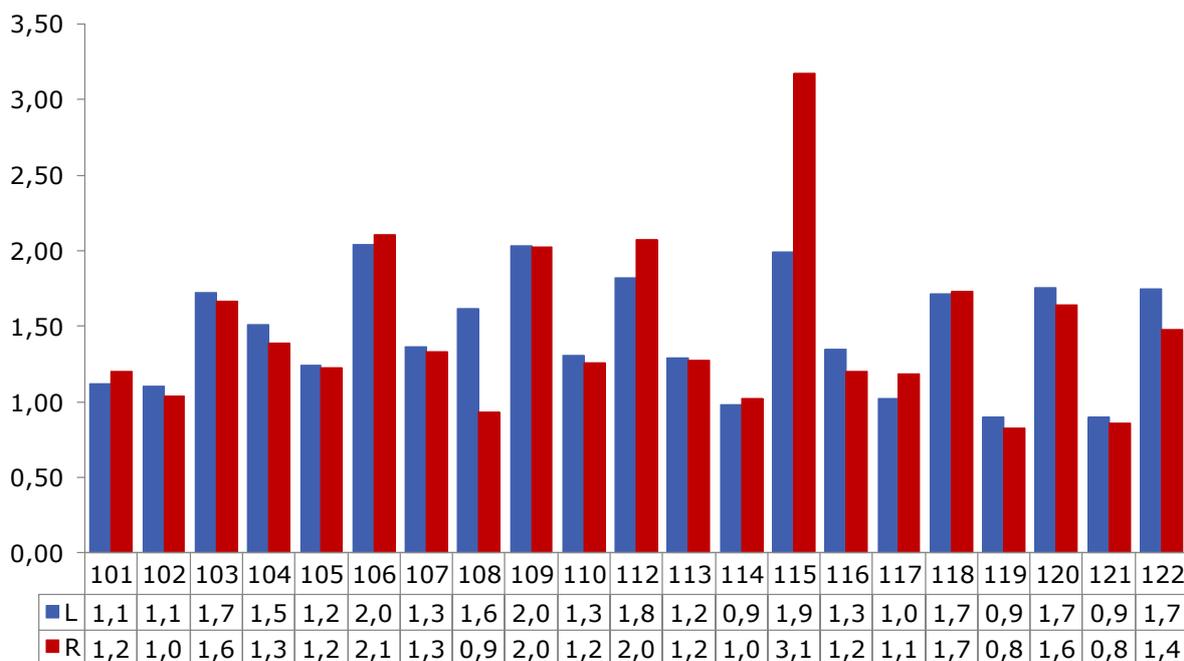


Totale Costo del personale: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS

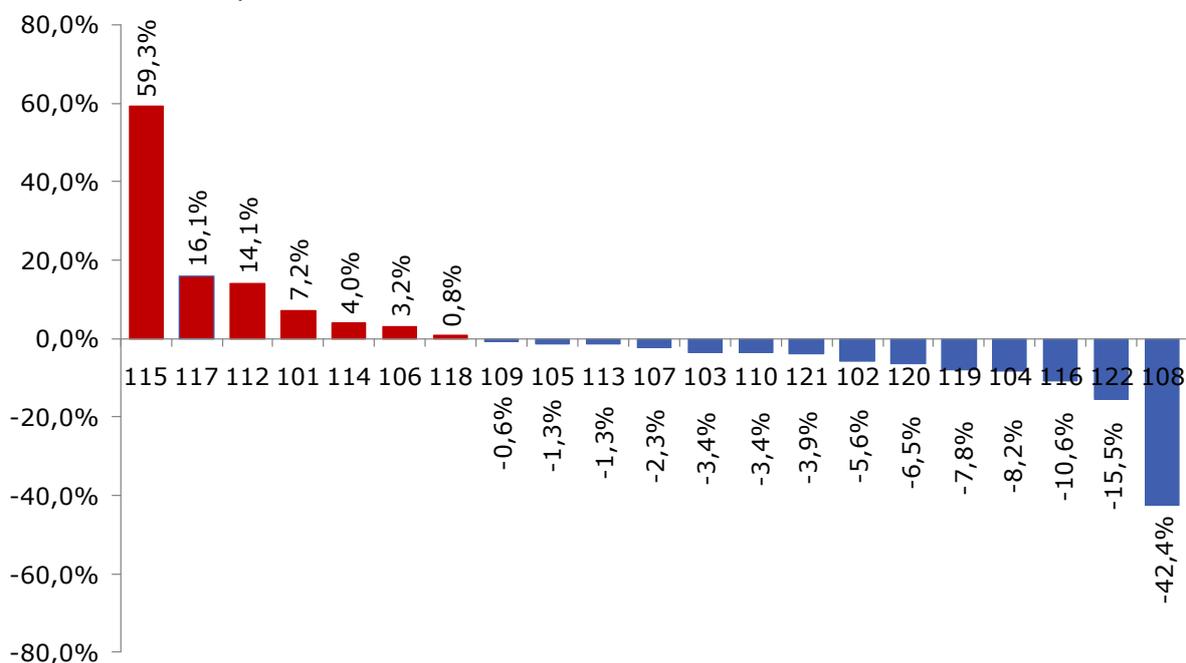


Gli scostamenti percentuali relativi a questa voce appaiono ridotti, fatta eccezione per l'Azienda ULSS 14 di Chioggia. Le Aziende con gli scostamenti minori sono l'Azienda ULSS 22 di Bussolengo (sul limite) e l'Azienda ULSS 8 di Asolo.

Oneri diversi di gestione: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS

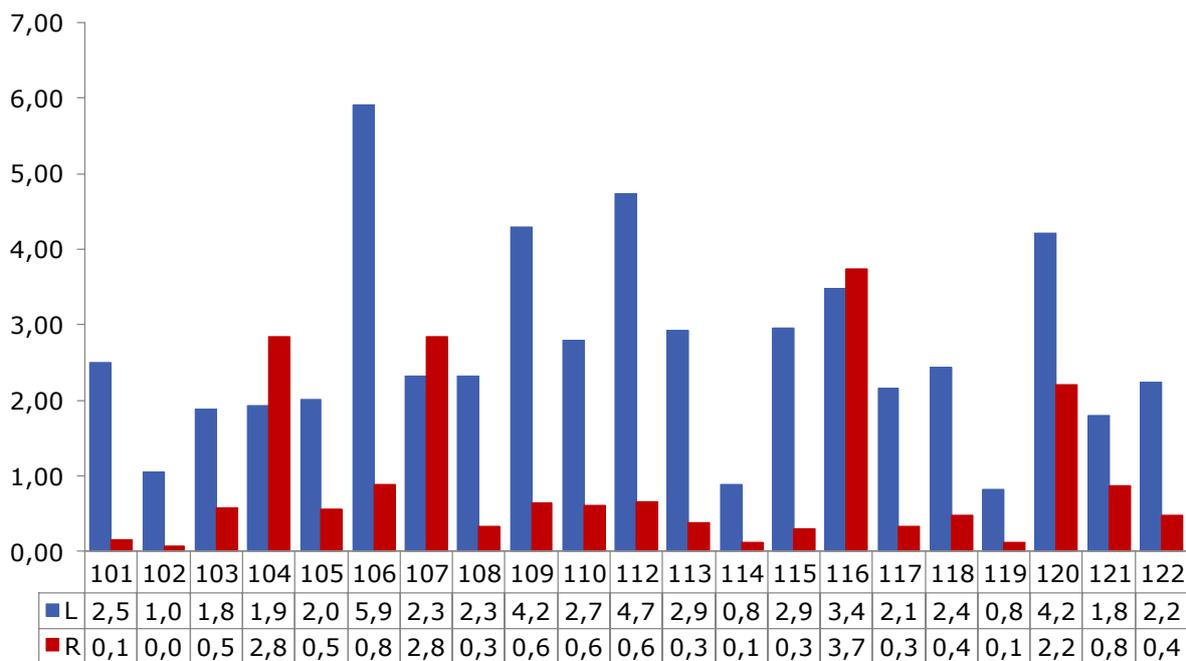


Oneri diversi di gestione: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS

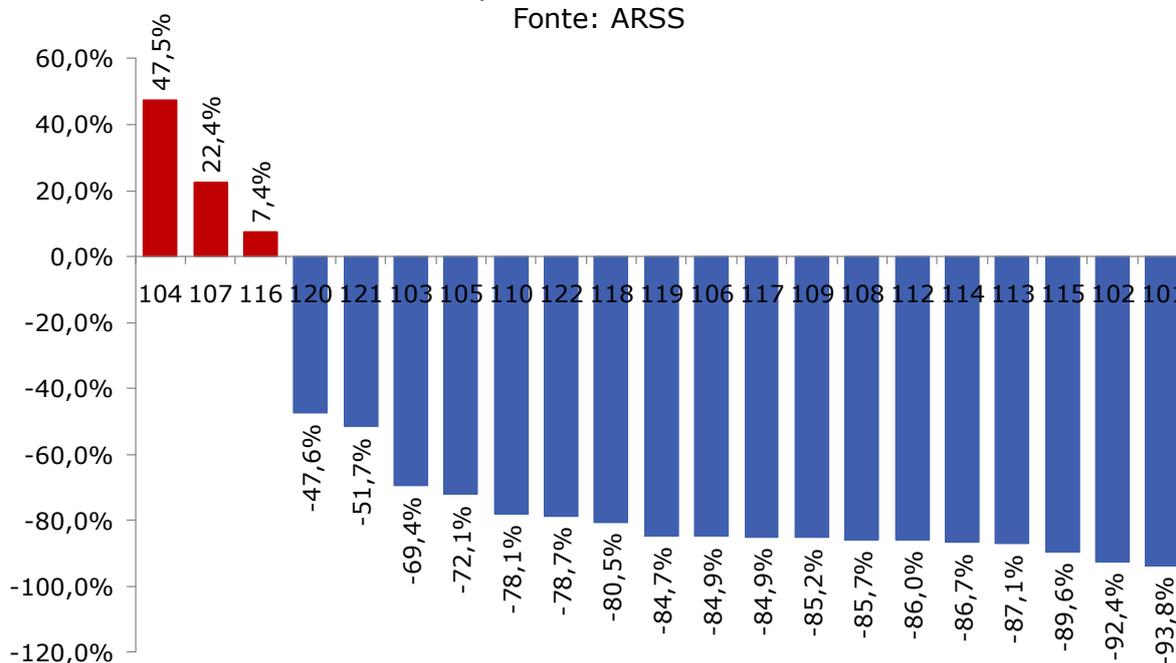


Gli oneri diversi di gestione e gli accantonamenti tipici dell'esercizio oltre ad essere in calo, evidenziano scostamenti positivi nella maggior parte dei casi.

Accantonamenti tipici dell'esercizio: limite di costo (L) e valori rilevati (R) nelle Aziende ULSS del Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS

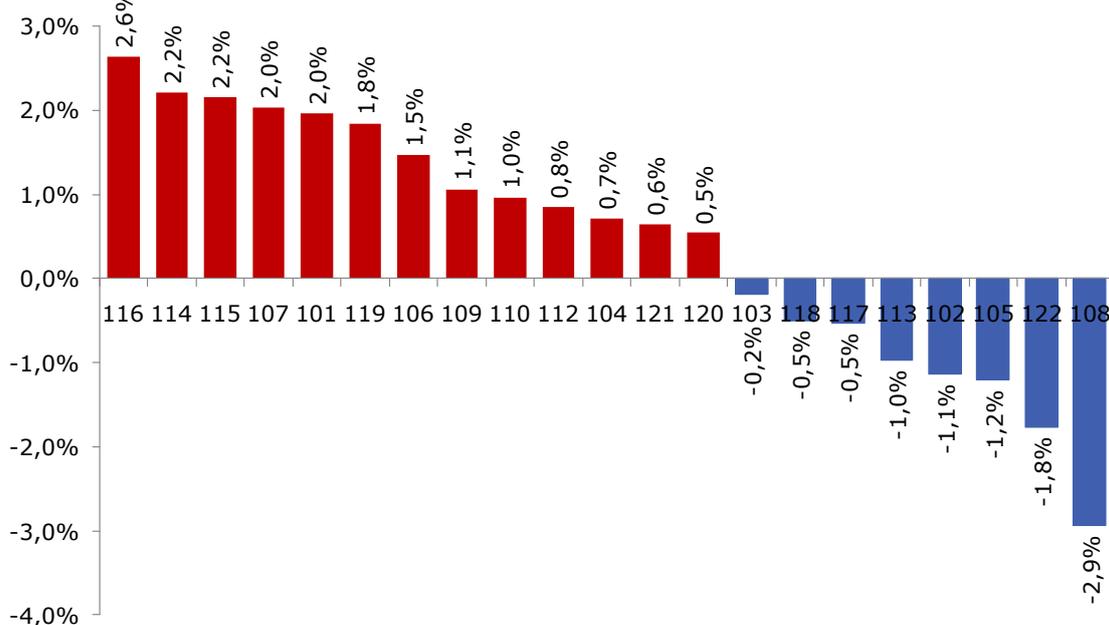


Accantonamenti tipici dell'esercizio: scostamento percentuale rispetto al limite di costo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS



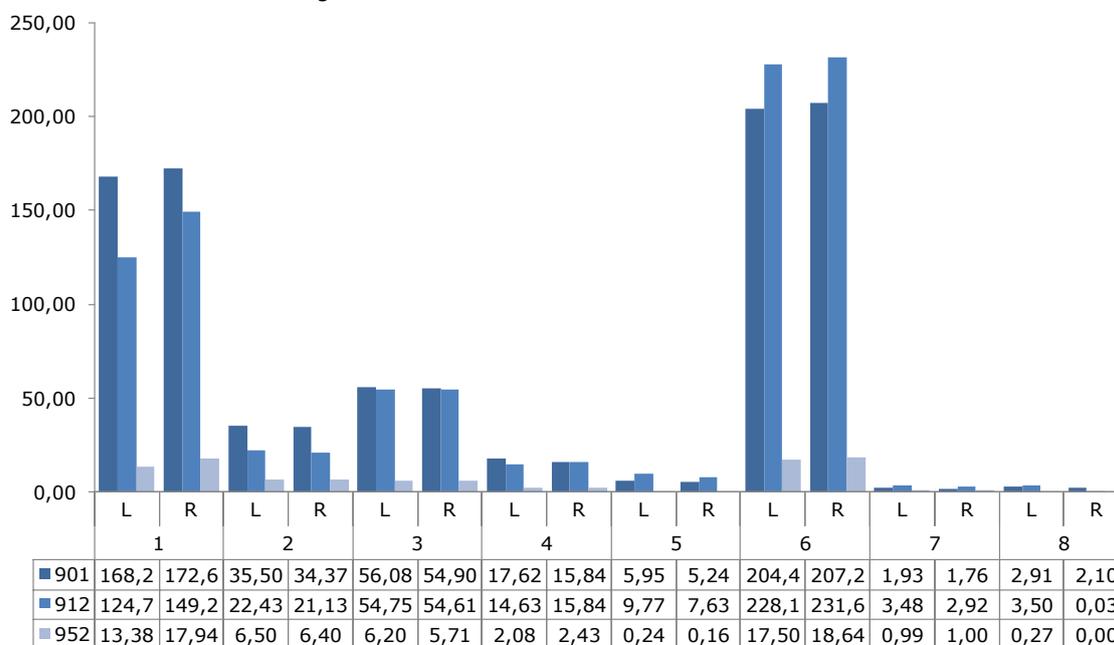
620 I valori rilevati complessivamente attestano il bisogno di operare per una riduzione dei costi in un contesto di mantenimento e miglioramento del livello qualitativo dei servizi.

Scostamento percentuale rispetto al limite di costo complessivo nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 2010. In rosso valori superiori al limite e in blu inferiori al limite. Fonte: ARSS



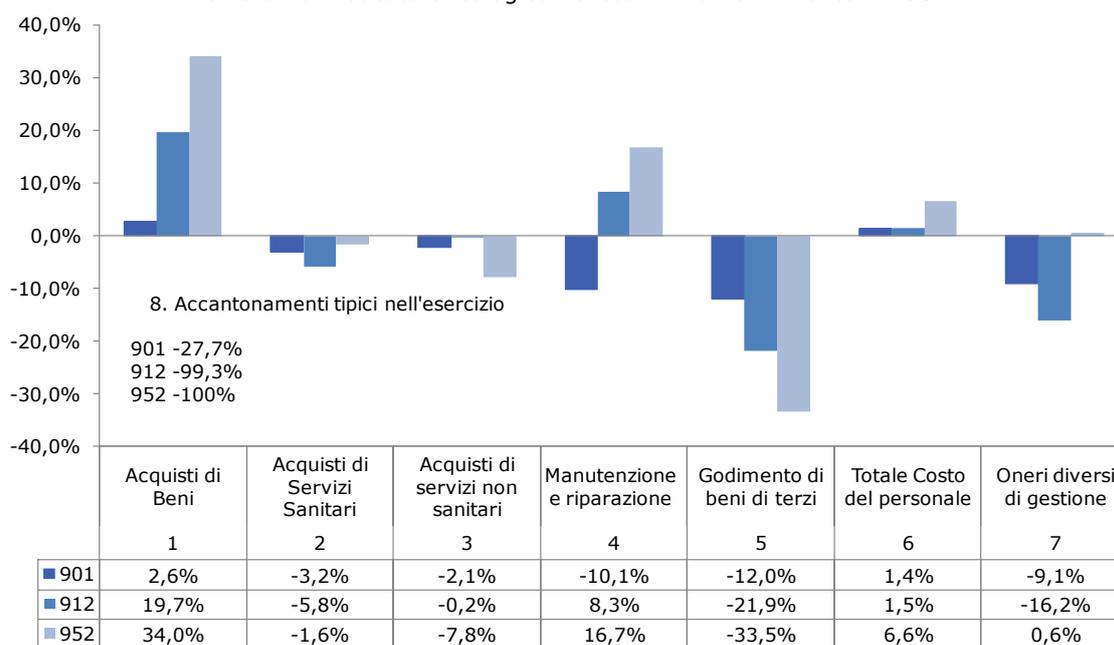
Gli scostamenti percentuali rispetto al limite di costo, per circa due terzi superiori al livello stabilito, confermano l'assoluta necessità degli orientamenti regionali posti in essere.

Limite di costo (L) e valori rilevati (R) Nell'Azienda Ospedaliera di Padova (901), nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (912) e nello IOV Istituto Oncologico Veneto. Dati in milioni di Euro. Anno 2010. Fonte: ARSS



1 = Acquisti di beni, 2 = Acquisti di servizi sanitari, 3 = Acquisti di servizi non sanitari, 4 = Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata), 5 = Godimento di beni di terzi, 6 = Totale Costo del personale, 7 = Oneri diversi di gestione, 8 = Accantonamenti tipici dell'esercizio

Scostamento percentuale rispetto al limite di costo nell'Azienda Ospedaliera di Padova (901), nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (912) e nello IOV Istituto Oncologico Veneto. Anno 2010. Fonte: ARSS

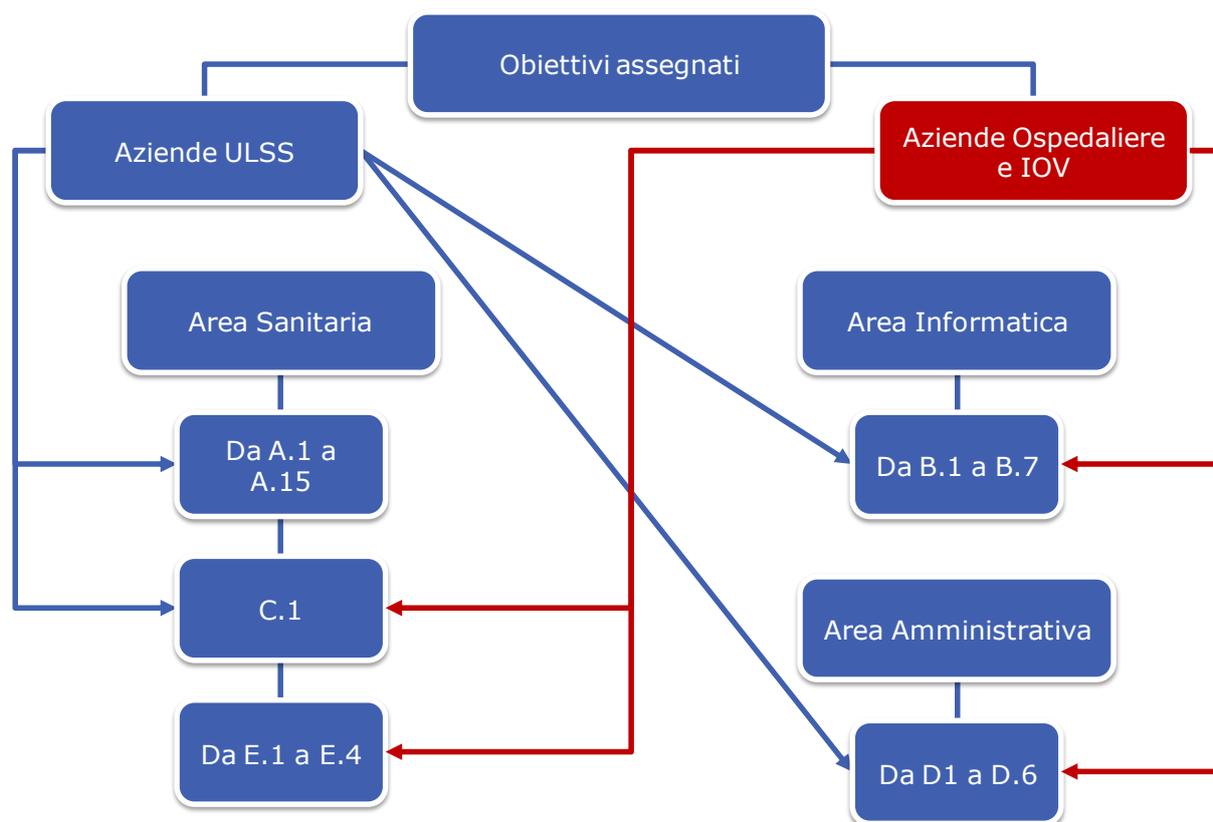


Certo una valutazione complessiva potrà essere effettuata tra alcuni anni, dopo l'affinamento dei sistemi di verifica e monitoraggio, che già oggi evidenziano la loro efficacia. In tal senso può essere richiamata un'altra azione attualmente in corso di svolgimento, che ha concretizzato una nuova e più articolata visione degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie regionali. L'Amministrazione regionale svolge infatti un'attività di supervisione sul sistema di erogazione e controllo delle prestazioni prodotte dalle Aziende stesse. La Regione del Veneto è inserita da tempo nel gruppo di Regioni virtuose (con l'Emilia Romagna, la Toscana e la Lombardia) da cui prendere ispirazione sul piano nazionale con riferimento ai processi di responsabilizzazione collettiva, alle migliori pratiche, al rigore gestionale ed alla qualità dell'assistenza. Da questo punto di vista l'impegno è quello di fornire precisi indirizzi al management delle Aziende Sanitarie, in linea con il governo della spesa ed il mantenimento dell'eccellenza del Sistema Socio Sanitario regionale. Su questo fronte si collocano, oltre ai limiti di costo precedentemente descritti, gli obiettivi assegnati alla fine del 2010 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e allo IOV Istituto Oncologico Veneto. La finalità di tale intervento è stata quella di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende del Servizio Socio Sanitario Regionale verso modelli organizzativi che rappresentano best practice regionali. Il ricorso ai risultati ottenuti dalle Aziende Sanitarie ha consentito infatti di individuare concretamente le soluzioni gestionali che hanno dato prova di soddisfare i bisogni dei cittadini e, contemporaneamente, di garantire migliori performance economiche. La valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dall'Amministrazione Regionale è infatti un passaggio fondamentale nella procedura di valutazione dell'attività della Direzione Strategica delle Aziende stesse. Per questo, al fine di verificare il conseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza e dai documenti regionali di programmazione sono state individuate tre macro-aree di riferimento:

- l'Area Sanitaria;
- l'Area Informatica;
- l'Area Amministrativa.

A queste macro-aree corrispondono 33 obiettivi a cui sono collegati 40 indicatori di performance. Sono stati inoltre stabiliti dei valori soglia per il biennio 2011-2012. Non è qui il caso di approfondire tale tematica che sarà oggetto di analisi nelle prossime edizioni della Relazione Socio Sanitaria, non appena saranno disponibili i dati, ma basti pensare che l'obiettivo generale è quello di rendere puntuali, misurabili e verificabili i risultati di che si intendono raggiungere.

L'articolazione degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie del Veneto



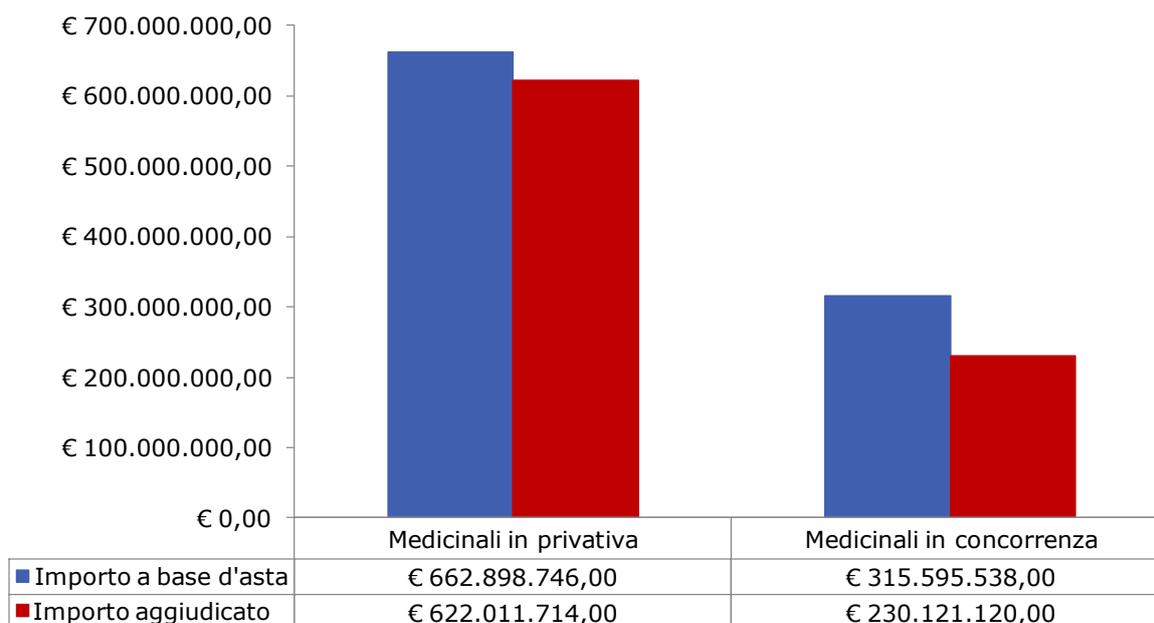
623

Sempre sul fronte del governo della spesa possiamo evidenziare la realtà storica del Centro Regionale Acquisti per la Sanità. La centralizzazione degli acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari costituisce un'esperienza ormai consolidata nella Regione Veneto. Nata nell'aprile 2002, si è sviluppata negli anni successivi determinando nel 2008 l'istituzione del Centro Regionale Acquisti per la Sanità, con funzione di Centrale di Committenza per l'acquisto di beni e servizi destinati alle Aziende Sanitarie regionali, caratterizzati da un alto grado di standardizzazione e che si prestano a una elevata omogeneità di utilizzo, nonché di acquisti strategici finalizzati al raggiungimento di obiettivi regionali rilevanti. L'attività di centralizzazione fin qui condotta, che ha riguardato l'espletamento di oltre 40 procedure di gara regionali, ha consentito, negli anni, di ottenere, insieme a risultati economici di notevole interesse, dovuti ad una maggiore competizione nei prezzi offerti, anche tutta una serie di altri vantaggi, come la riduzione dei tempi e dei costi del processo di acquisto e una maggiore efficacia e appropriatezza dei prodotti, frutto della comparazione tra le caratteristiche tecniche e i costi dei diversi beni impiegati per utilizzi analoghi in ambito sanitario. Con riferimento, in particolare, alle gare centralizzate regionali già espletate, si rileva che l'esperienza condotta ha confermato che si tratta di prodotti per i quali il mercato è in grado di

rispondere adeguatamente alle esigenze di una fornitura regionale. Inoltre le merceologie considerate, sia per quanto riguarda i farmaci, ma anche con riferimento alle altre categorie di beni, si prestano ad una standardizzazione di utilizzo e rispondono ad esigenze diffuse di impiego.

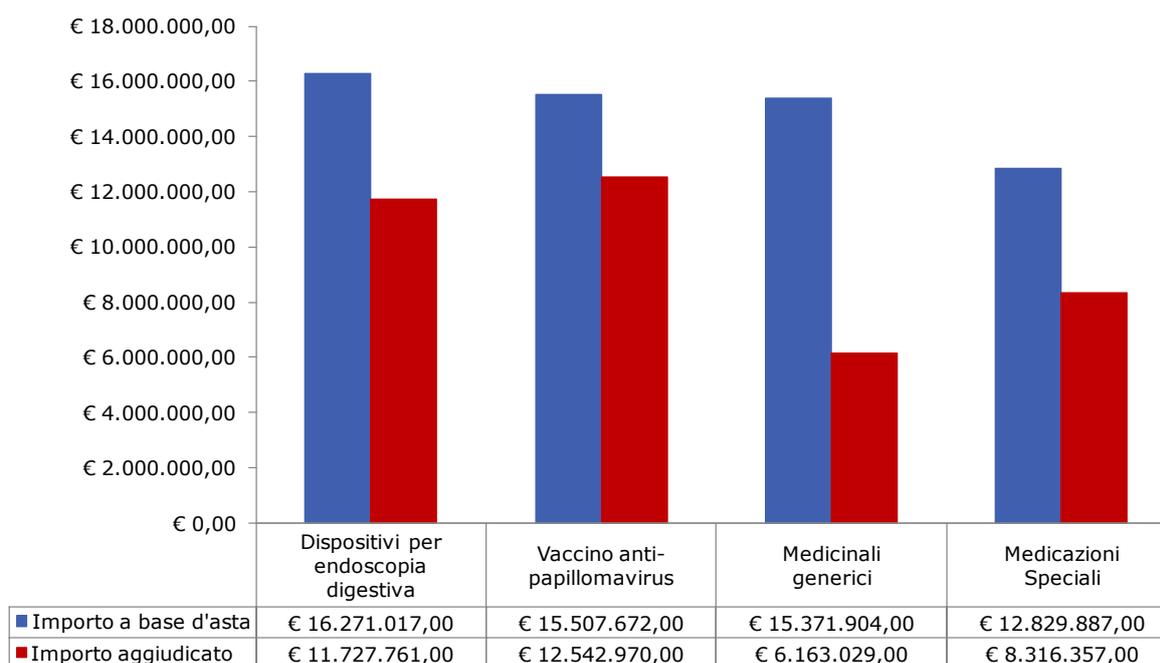
Medicinali in privativa e in concorrenza: importo a base d'asta e importo aggiudicato. Dati al 31 dicembre 2010

Fonte: CRAS Centro Regionale Acquisti per la Sanità

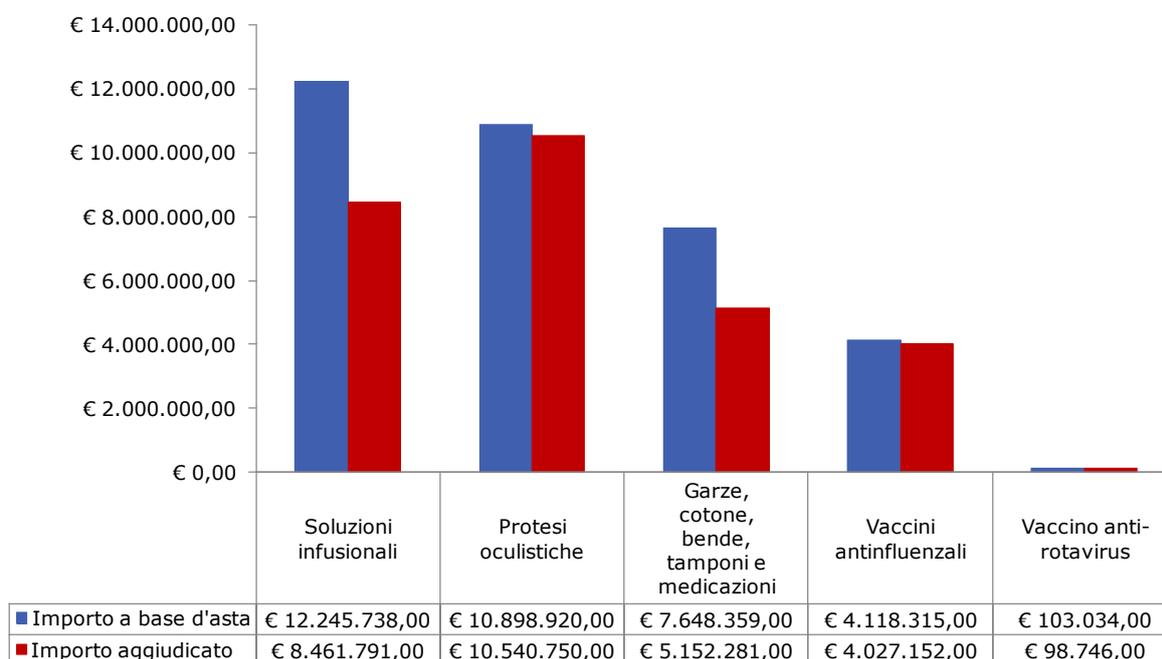


Altre gare espletate. Dati al 31 dicembre 2010

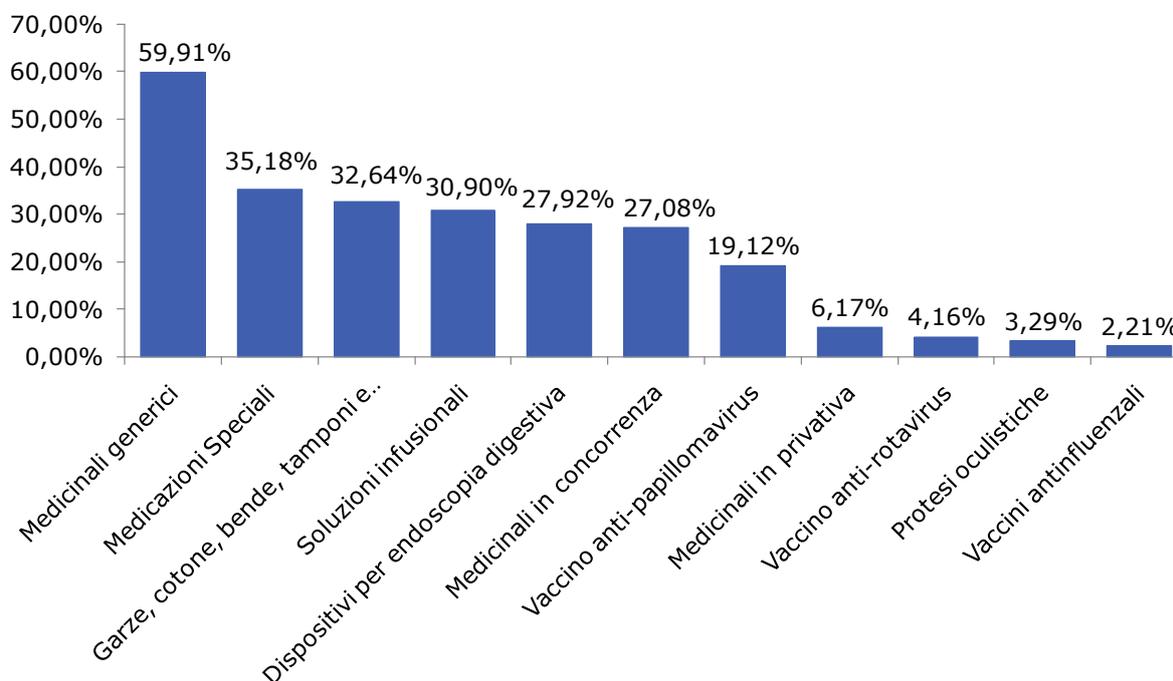
Fonte: CRAS Centro Regionale Acquisti per la Sanità



Altre gare espletate. Dati al 31 dicembre 2010
 Fonte: CRAS Centro Regionale Acquisti per la Sanità



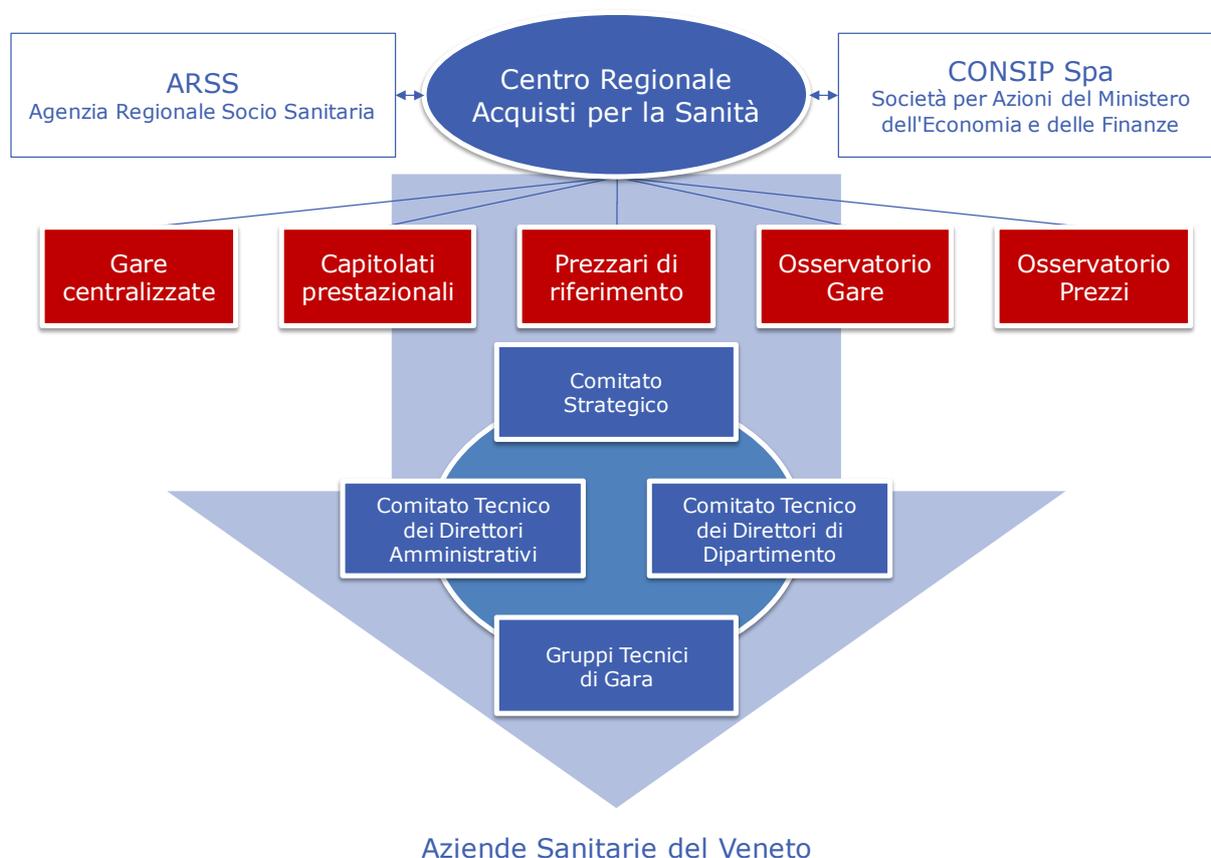
Gare espletate: percentuale risparmio. Dati al 31 dicembre 2010
 Fonte: CRAS Centro Regionale Acquisti per la Sanità



Nel periodo 2007-2010 gli acquisti centralizzati hanno ottenuto rispetto al valore base d'asta prefissato, basato sui costi pagati dalle Aziende Sanitarie, un risparmio

complessivo in valori assoluti pari ad Euro 154.325.459,00. Fra le ulteriori azioni, nell'ambito del processo di razionalizzazione degli acquisti, il 23 ottobre 2009 la Regione del Veneto ha sottoscritto un accordo di collaborazione con il Ministero delle Finanze e con Consip S.p.A., nel quadro del più ampio sistema a rete nazionale tra le centrali di committenza, che si prefigge, tra l'altro, l'obiettivo di incentivare, presso le strutture del Servizio Socio Sanitario Regionale, l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tra i quali il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA). L'acronimo MEPA definisce un mercato digitale dove Amministrazioni registrate e Fornitori abilitati possono effettuare negoziazioni veloci e trasparenti per acquisti sotto la soglia comunitaria, attraverso cataloghi on line. Per alimentare in modo esaustivo l'Osservatorio Gare, il MEPA costituisce un ulteriore valido strumento, in grado di rendere visibili e analizzabili nella loro composizione (per merceologia, per tempo e per territorio, oltre che per dipartimento e/o ufficio) gli acquisti sotto soglia comunitaria, che attualmente rappresentano più del 50% delle modalità di approvvigionamento di beni e servizi delle Aziende Sanitarie regionali.

Interazioni, strumenti e articolazioni organizzative nel disegno strategico del Centro Regionale Acquisti per la Sanità

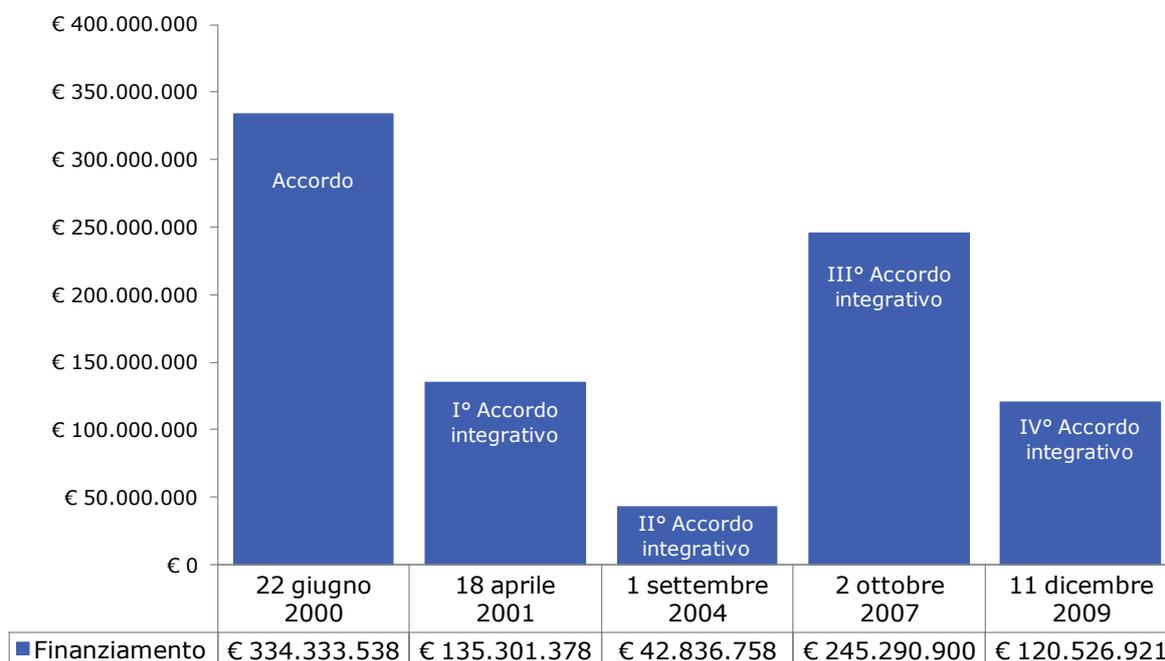


La leva degli acquisti centralizzati e la capacità di interazione sono alcuni degli elementi che orientano verso una maggiore efficacia ed efficienza, ma affinché la politica economica della spesa sanitaria regionale, diventi motore di cambiamento, sia sul versante della domanda, che su quello dell'offerta e sia di stimolo e di controllo alle scelte locali, vanno potenziati gli strumenti di supporto alle Aziende Sanitarie. In particolare va maggiormente rafforzata l'attività regionale di predisposizione centralizzata di capitolati prestazionali e/o di prezzari di riferimento per prestazioni standardizzate o comunque comparabili, come utile indicazione in termini di uniformità prestazionali e appropriatezza di costo e di utilizzo. In tal senso, la Regione del Veneto, al fine di uniformare, a livello regionale, le procedure di gara e la modulistica relativa (bandi, capitolati, lettere di invito, verbali, ecc...) si è già dotata di un applicativo informatizzato per tutti gli uffici acquisti delle Aziende Sanitarie, in grado di fornire le informazioni necessarie. Completa il disegno strategico l'istituzione, presso il Centro Regionale Acquisti per la Sanità, di un "Osservatorio Gare" e di un "Osservatorio Prezzi". Tutti gli strumenti evidenziati (gare centralizzate del Centro Regionale Acquisti per la Sanità, capitolati prestazionali, prezzari di riferimento, Osservatorio Gare, Osservatorio Prezzi) rispondono all'esigenza di garantire una maggiore flessibilità negli acquisti, fornendo il supporto necessario alle scelte aziendali nell'utilizzo appropriato dei prodotti e/o dei servizi, coniugando le esigenze cliniche con quelle tecnico-amministrative di contenimento della spesa sanitaria in crescita.

6.2 Investimenti in Sanità

Nel triennio di riferimento la Regione ha proseguito nell'attuazione degli interventi di edilizia sanitaria, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale. Gli investimenti in questo settore sono supportati dall'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti. Ai sensi di questa norma fondamentale sono state assegnate alle Regioni cospicue risorse statali. Su queste basi, i programmi di investimento si sono articolati in fasi triennali e, a partire dall'anno 2000, la Regione del Veneto ha iniziato a stipulare Accordi di Programma con il Ministero della Salute per l'utilizzo delle risorse statali che di volta in volta venivano individuate dalle Leggi Finanziarie e deliberate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67: Accordi di Programma sottoscritti. Finanziamento a carico dello Stato
Fonte: Ministero della Salute



Per questa ragione, la programmazione regionale ha trovato e sta trovando tutt'ora, ampia attuazione nei programmi di investimento relativi ai vari Accordi di Programma. Fondamentale, in questi anni, lo sforzo comunque compiuto dalla Regione per co-finanziare con risorse proprie gli Accordi stipulati. Ciò ha permesso da un lato, di

proseguire nell'azione di adeguamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie anche avviando, in parte, alle onerose procedure che caratterizzano l'iter amministrativo dei fondi statali pluriennali ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, e dall'altro di finanziare opere di interesse regionale di forte impatto economico e finanziario, quali i Poli Unici. Si tratta di una politica degli investimenti fortemente integrata, con un coordinamento delle risorse disponibili e con la volontà di implementare nuovi interventi nel settore ospedaliero, distrettuale, della prevenzione e nel settore socio sanitario. La precedente Relazione Socio Sanitaria aveva già individuato l'anno 2004 come un momento cruciale per gli investimenti sanitari in quanto, con l'approvazione della legge finanziaria regionale (L.R. n. 1/04) e del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e pluriennale 2004-2006 (L.R. n. 2/04), la Regione ha deciso di impegnarsi finanziariamente in maniera consistente e continuativa per il decennio a venire. Le leggi regionali citate, infatti, hanno approvato una previsione di spesa di:

- 40 milioni di euro annuali (per 10 anni) per gli interventi nel settore sanitario;
- 20 milioni di euro annuali (per 10 anni) per il settore socio sanitario e sociale.

L'Accordo di Programma del 02/10/2007 (Terzo Accordo Integrativo)

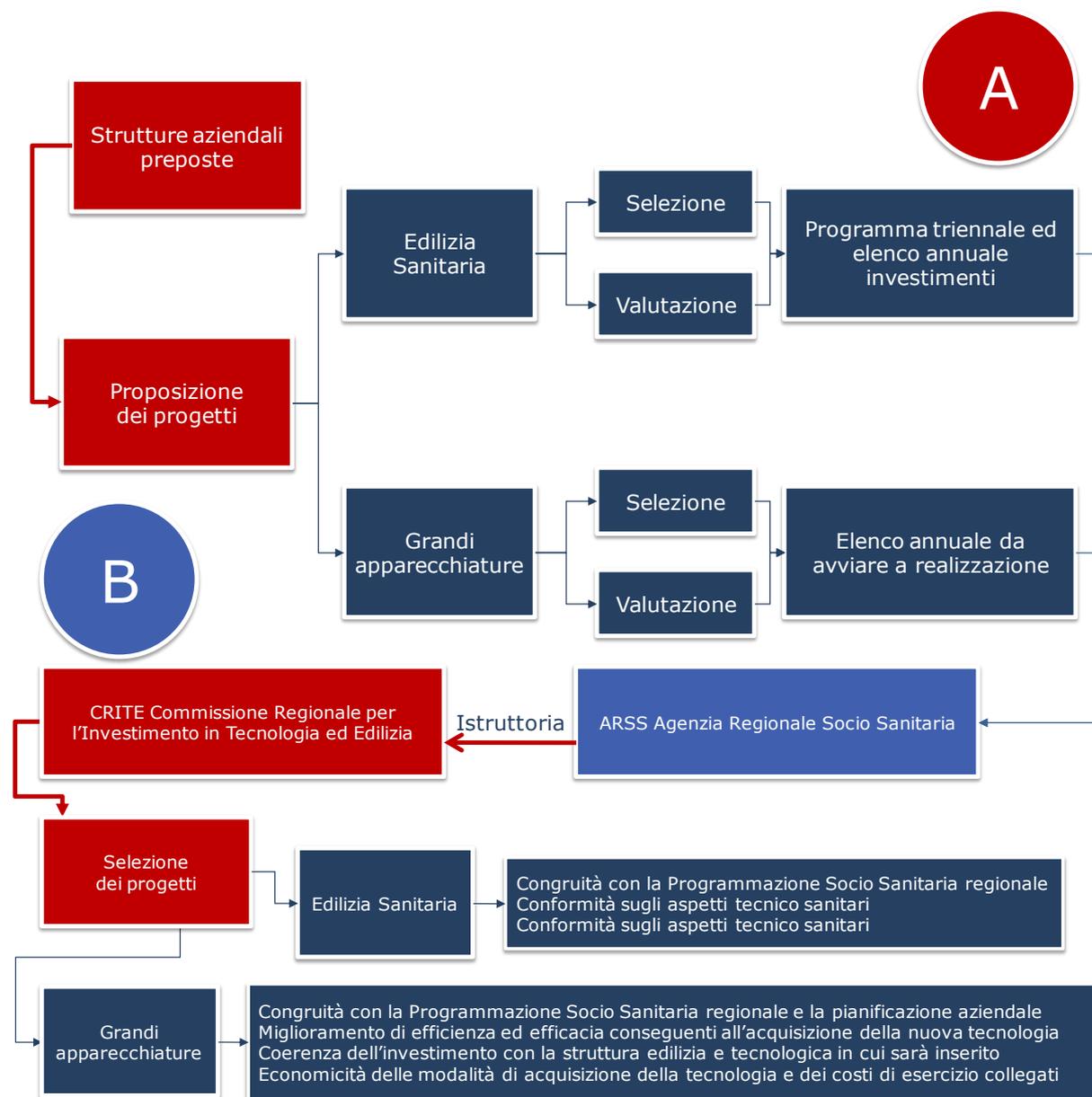
L'Accordo stipulato con il Ministero della Salute il 02 ottobre 2007 relativo al Programma di investimenti di cui all'art. 20 della Legge n. 67/88, ha concretizzato l'avvio dei processi di ammodernamento dei volumi e degli spazi dedicati alle attività Sanitarie e Socio Sanitarie della Regione programmate tra il 2004 ed il 2010. L'Accordo è basato su due provvedimenti della Giunta Regionale: la DGRV n. 1711 del 18 giugno 2004 e la DGRV n. 66 del 21 gennaio 2005, che riconducono l'utilizzo delle risorse finanziarie dello Stato e della Regione in un quadro decennale di interventi edilizi e tecnologici, coerenti con la programmazione nazionale e regionale. Durante gli anni 2008 e 2009 sono proseguite le procedure per l'ammissione a finanziamento degli 82 interventi di edilizia sanitaria e socio sanitaria previsti dal suddetto Terzo Accordo di Programma Integrativo per il settore degli investimenti sanitari, per l'importo complessivo a carico dello Stato di Euro 245.290.900,55. Ciò è avvenuto considerando l'applicazione delle nuove norme, nel frattempo intervenute, affiancata all'esigenza sempre più pressante di "dimensionare" modelli tipologici capaci di "servire" una organizzazione sanitaria basata sul concetto di dipartimentalizzazione e di attività differenziate nelle aree dell'emergenza, della degenza ordinaria e diurna. Il tutto ha delineato la necessità di un ulteriore affinamento della metodologia di analisi degli interventi e di verifica del risultato dopo l'investimento. L'attività di aggiornamento dei programmi di investimento è quindi proseguita per il raggiungimento del duplice obiettivo di riduzione dei posti letto e di aggiornamento e ammodernamento delle strutture ospedaliere, tenendo conto del risultato dell'investi-

mento nel tempo. Infatti, secondo il disposto dell'articolo 1, le finalità dell'Accordo di Programma del 2 ottobre 2007 sono le seguenti:

- riqualificazione della rete ospedaliera e riequilibrio territoriale con la sostituzione di posti letto esistenti;
- conferma mediante riorganizzazione di ospedali esistenti;
- adeguamento normativo ai requisiti minimi;
- riorganizzazione della rete di assistenza socio sanitaria.

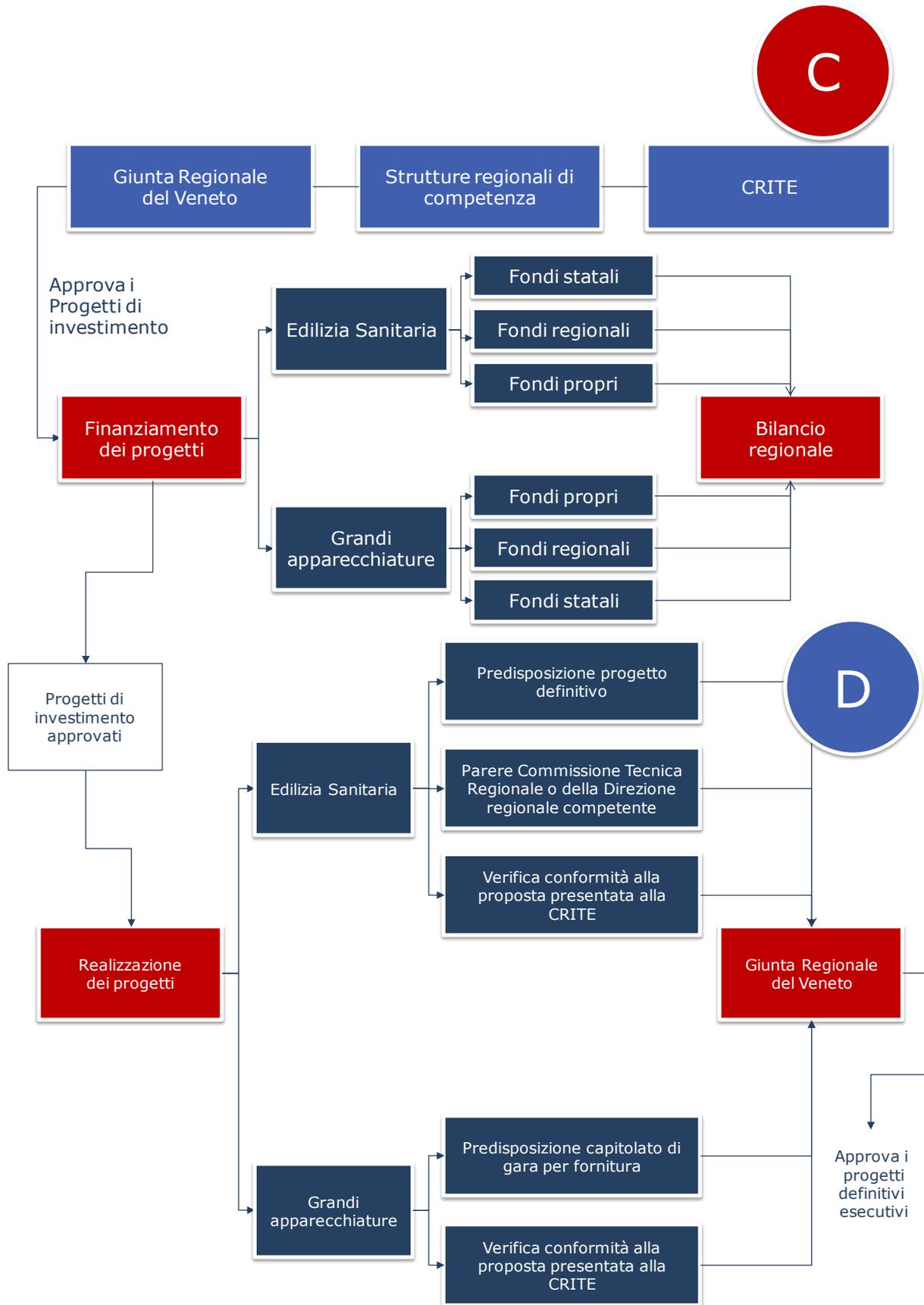
I processi autorizzativi all'interno della Regione del Veneto (A > B > C > D)

630



segue nella pagina successiva ...

Il Processo si articola nelle seguenti fasi: proposizione, selezione, finanziamento e realizzazione



In particolare, con l'Accordo di Programma del 2 ottobre 2007, la Regione si è impegnata a:

- completare la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la realizzazione di nuove strutture e la conseguente sostituzione dei posti letto esistenti;
- completare l'adeguamento dei sistemi di accessibilità e dell'urgenza con particolare riferimento alle strutture del pronto soccorso, delle piazzole per le elisuperfici e del sistema del 118;
- rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica esistente.

La Regione del Veneto ha approvato tutti gli 82 interventi inseriti nell'Accordo ed ha presentato al Ministero della Salute le richieste di ammissione a finanziamento entro il termine previsto, cioè il 2 aprile 2009. Le singole voci di intervento sono richiamate nella precedente Relazione Socio Sanitaria, alla quale si rinvia per eventuali approfondimenti.

L'Accordo di Programma dell'11/12/2009 (Quarto Accordo Integrativo)

L'Accordo di programma integrativo dell'11 dicembre 2009 è costituito da sei interventi facenti parte del programma della Regione del Veneto per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67. Nel corso del 2008, la Regione del Veneto aveva avviato un'ulteriore fase dell'art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, indirizzata ad utilizzare i fondi messi a disposizione dalla delibera CIPE n. 4 del 25 gennaio 2008 per l'anno 2007 per Euro 155.526.921,38. Da questo punto di vista, la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3504 del 18 novembre 2008 puntualizzava l'aggiornamento del programma di investimenti ed effettuava una serie di riflessioni derivanti dall'attuazione dell'Accordo di Programma del 2 ottobre 2007 e delle DGRV n. 1711 del 18 giugno 2004 e n. 66 del 21 gennaio. Il provvedimento suindicato individuava quindi gli interventi per la prosecuzione del programma di investimenti e li ammetteva a finanziamento per un totale di Euro 155.526.921,38. La delibera CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008 modificava la precedente delibera CIPE 4/2008, riducendo contestualmente l'importo messo a disposizione. Quindi, con successivo provvedimento (DGRV n. 2902 del 29 settembre 2009) la Giunta Regionale aveva approvato l'articolato contrattuale quale documento costitutivo dell'Accordo di Programma da sottoscrivere con il Ministero del Lavoro e della Salute confermando il finanziamento complessivo di Euro 155.526.921,38 ma, in relazione allo stato della progettazione e nel caso in cui lo Stato non garantisse, per l'esercizio 2009, tutta la quota prevista per tale esercizio, aveva pianificato gli interventi ripartendoli negli esercizi finanziari 2009 e 2010 rispettivamente per Euro 120.526.921,38 ed Euro 35.000.000,00. Ora, rispetto alla quota di Euro 155.526.921,38 assegnata dal CIPE con la deliberazione n. 4/2008, l'Accordo di

Programma dell'11 dicembre 2009 recepisce interventi per Euro 120.526.921,38, così come stabilito dalla Deliberazione CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008, di modifica della deliberazione CIPE n. 4/2008, rinviando quindi al 2010, per necessità di Bilancio del Ministero, l'intervento dell'Azienda Ospedaliera di Padova finanziato per Euro 35.000.000,00.

Interventi previsti dall'Accordo di Programma sottoscritto l'11 dicembre 2009 (in rosso l'intervento escluso dall'Accordo sulla base della delibera CIPE 98/2008)					
Azienda Sanitaria	Lavori	Ospedale	Importo complessivo	Importo a carico dello Stato	Autofinanziamento (Regione/Aziende)
Azienda ULSS 1 Belluno	Accorpamento Dipartimento Materno Infantile	Belluno	€ 11.300.000,00	€ 10.000.000,00	€ 1.300.000,00
Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	Adeguamento Ospedale	Asiago	€ 20.000.000,00	€ 19.000.000,00	€ 1.000.000,00
Azienda ULSS 6 Vicenza	Gruppo Operatorio e Terapie Intensive	Vicenza	€ 20.000.000,00	€ 19.000.000,00	€ 1.000.000,00
Azienda ULSS 19 Adria	Adeguamento Ospedale	Adria	€ 8.000.000,00	€ 7.526.921,38	€ 473.078,62
Azienda ULSS 22 Bussolengo	Nuova Piastra Servizi	Villafranca	€ 40.000.000,00	€ 32.000.000,00	€ 8.000.000,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Integrazione e completamento 1^ Fase	Borgo Roma e Borgo Trento	€ 40.000.000,00	€ 33.000.000,00	€ 7.000.000,00
Totale stabilito dalla Delibera CIPE del 18 dicembre 2008 (sottoscritto nell'Accordo di Programma dell'11 dicembre 2009)			€ 139.300.000,00	€ 120.526.921,38	€ 18.773.078,62
Azienda Ospedaliera di Padova	Gruppo Operatorio, Terapie Intensive, Materno Infantile e Ostetricia e Ginecologia *	Policlinico	€ 40.000.000,00	€ 35.000.000,00	€ 5.000.000,00
			€ 179.300.000,00	€ 155.526.921,38	€ 23.773.078,62

* da sottoscrivere

Nell'Accordo sottoscritto si prevede che una quota pari al 30,76% delle risorse sia destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10

dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. L'Accordo è altresì finalizzato alla riqualificazione della rete ospedaliera e al riequilibrio territoriale con la sostituzione di posti letto esistenti, alla conferma mediante riorganizzazione degli ospedali esistenti e all'adeguamento normativo ai requisiti minimi. In particolare la Regione si impegna a completare la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997.

Finanziamenti a carico della Regione per il Settore Socio Sanitario

I finanziamenti a carico della Regione per il Settore Socio Sanitario sono stati autorizzati dalla Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 recante: "Legge Finanziaria regionale per l'esercizio 2004". Con il 2009 si è concluso il secondo triennio di attuazione dell'articolo 36 della Legge regionale suddetta rubricato: "*Contributi per l'adeguamento e la realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio-sanitario*". L'articolo stesso ha previsto un finanziamento annuale di Euro 20.000.000,00 in conto capitale. A partire dal 2007, la Regione ne ha previsti altrettanti in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali per 15 anni (fondo di rotazione), per la realizzazione, l'adeguamento normativo e gli arredi di strutture socio-sanitarie, nei settori anziani non autosufficienti, disabili e minori. I criteri per la presentazione delle domande e per l'erogazione dei contributi, nonché per la successiva ripartizione, sono stati definiti già nel 2004 dalla Giunta Regionale sentito il parere del Consiglio Regionale.

Gli elementi caratteristici sono:

- Priorità assoluta al completamento di strutture inserite in precedenti programmi di finanziamento e già realizzate per almeno il 50%;
- Proporzionalità dell'investimento in relazione ai settori di riferimento (anziani, disabili e minori);
- Proporzionalità dell'investimento in relazione al bacino territoriale di riferimento (Azienda ULSS e Provincia);
- Specificità per ciascun settore d'intervento.

A conclusione del primo triennio di applicazione dell'art. 36 (2004-2006), è stato possibile trarre alcune prime considerazioni relativamente al sistema di definizione, attuazione e monitoraggio degli interventi finanziari nell'edilizia del settore socio sanitario rispetto gli obiettivi che ci si era prefissi e i criteri che sono stati applicati.

Soddisfacimento criteri

L'introduzione dei criteri di proporzionalità di intervento per settore e per bacino territoriale ha permesso di intervenire in maniera consistente in settori nei quali fino ad

oggi non si era riusciti ad intervenire in maniera efficace rispetto le necessità del territorio. Basta pensare che l'intervento finanziario nel settore dei minori e della tossicodipendenza ha permesso di accogliere quasi tutte le richieste finanziarie in linea con gli obiettivi della programmazione. Inoltre l'intervento prioritario previsto a completamento di interventi già in essere, unito all'elevata percentuale del finanziamento regionale (fino all'80% dell'importo dell'intervento), ha consentito di ridurre drasticamente le situazioni di strutture in avanzato stato di realizzazione ma non attivabili per mancanza di risorse finanziarie, così come situazioni di progetti approvati ma mai appaltati.

Semplificazione del sistema di accesso ai contributi

L'introduzione della scheda/domanda da compilare per presentare la richiesta di contributo, eliminando l'obbligo da parte dell'ente richiedente di allegare un progetto a detta richiesta, ha permesso da un lato di semplificare l'attività istruttoria da parte dell'amministrazione in quanto basata su dati omogenei e dall'altra di ottenere da parte degli enti un consistente risparmio relativo a spese tecniche di progettazione. Infatti ipotizzando indicativamente un'incidenza delle spese tecniche per la stesura dei progetti da allegare alle domande di circa l'1,5% dell'importo del progetto, sul totale di 926 domande presentate e non finanziate per un importo totale di progetti di circa Euro 931.297.400,00, l'importo teoricamente "risparmiato" dagli enti è di circa Euro 14.000.000,00 (€ 13.969.461,00). Se gli enti avessero dovuto allegare il progetto alla domanda, come avveniva prima del nuovo sistema introdotto con l'art. 36, avrebbero dovuto sostenere tale spesa, anche nel caso in cui, non ottenendo il contributo richiesto, non avessero dato seguito all'intervento. Inoltre il sistema della scheda/domanda ha semplificato molto l'attività istruttoria e di elaborazione dei dati permettendo in tempi relativamente brevi la valutazione di circa 1.200 domande, presentate da 802 Enti e relative a 1.146 strutture. Basti pensare che il primo programma di finanziamento relativo al 2004, è stato deliberato dalla Giunta regionale dopo appena tre mesi dalla scadenza per l'invio delle domande (30 settembre 2004) e solamente un mese dopo l'approvazione dei criteri di finanziamento.

Creazione di un quadro generale delle necessità sul territorio

L'aver creato un sistema di accesso ai finanziamenti unico oltre che per gli Enti istituzionali (Comuni, IPAB, ...), anche per tutti gli Enti, Associazioni, Fondazioni e Cooperative, così come definiti dal comma primo dell'articolo 128 della Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, con esclusione delle società di capitale, unito alla semplicità di presentazione della richiesta ha favorito la raccolta di un gran numero di dati e la

definizione di un ampio quadro delle necessità nel territorio in tutti i settori del sociale. Questo ha permesso di evidenziare realtà assistenziali a cavallo tra i vari settori o al limite della programmazione regionale per le quali la Regione ha ritenuto opportuno creare specifici canali di finanziamento (quali quelli rivolti alle tipologie innovative e al turismo sociale di cui alla L.R. 9/2005 art. 25 e art. 28). Una volta definito il quadro delle necessità lo stesso è stato preso come riferimento anche per altri programmi di finanziamento (ad esempio il citato art. 20 della Legge 67/88) che hanno quindi integrato e affiancato i programmi dell'art. 36 ottenendo così un sistema coordinato di interventi nel settore socio sanitario che prima era inesistente.

Altre considerazioni

Alcune considerazioni derivate dall'analisi di cui sopra hanno comunque permesso di analizzare alcuni fattori che hanno inciso pesantemente sulle condizioni generali di applicazione dell'art. 36 della Legge regionale 1/04:

- le scarse risorse economiche a disposizione hanno indotto a privilegiare le domande delle numerose strutture medio-piccole ma non hanno consentito di soddisfare, stante la notevole consistenza dei costi, le domande delle grandi strutture (con 90-120 posti letto), dove però è ospitato il 65% dei fruitori dei servizi;
- il venir meno delle risorse, di cui all'art. 20 della Legge 67/88, ha influito negativamente sul processo di trasformazione e adeguamento delle strutture di maggior dimensione (con 90-120 posti letto);
- i requisiti minimi di cui alla Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 recante "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" sono divenuti operativi con l'adozione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 84 del 16 gennaio 2007 che, nel settore anziani, ha introdotto il concetto di *capacità massima ricettiva*, che prevede per le strutture nuove una dotazione massima di 120 posti letto e per quelle esistenti l'obbligo di riorganizzazione in moduli, con un massimo di 120 posti letto ciascuno.

Questi elementi hanno suggerito, per il triennio 2007-2009 una pianificazione diversa rispetto a quella del 2004-2006 e calibrata al mutato contesto operativo. Si è evidenziato:

- da un lato, che risulta necessario proseguire nell'attuazione del piano di investimenti in conto capitale a favore delle strutture di dimensioni medio-piccole, che hanno dimostrato un apprezzabile sforzo nel fronteggiare, con risorse proprie, i due terzi della spesa per gli interventi di adeguamento; tale coefficiente rappresenta anche un significativo indicatore della diffusa sensibilità dei gestori rispetto all'esigenza di adeguamento messa in luce dalla Legge regionale 22/2002;

- dall'altro, che l'introduzione dell'obbligo imposto alle grandi strutture per anziani di organizzarsi in moduli con dotazione non superiore a 120 posti letto ciascuno, vincola anche le scelte di adeguamento di tali strutture ai requisiti minimi di legge: ancorché le richieste delle strutture di grandi dimensioni interessino specifici aspetti afferenti l'adeguamento normativo (come ad esempio quello sismico o antincendio), dovrà preliminarmente essere verificata la loro articolazione nella tipologia modulare imposta.

È apparso opportuno pertanto proporre l'obiettivo di continuare a operare, per le strutture medio piccole con il finanziamento in conto capitale e per quelle maggiori (relative soprattutto al settore degli anziani) mediante attivazione del fondo di rotazione che, articolato in rate costanti annue senza interessi su un arco temporale di 15 anni, permette di preordinare interventi consistenti e di inserirli nel bilancio dei soggetti richiedenti. Per particolari situazioni le due modalità di intervento finanziario previste possono essere interscambiate, sulla base di precise motivazioni tecniche, economiche e finanziarie (quali la specificità tecnica dell'intervento, l'importo dello stesso, l'impatto che esso ha sulla struttura o la presenza di particolari condizioni finanziarie).

I dati:

637

Finanziamento in conto capitale per annualità di riferimento

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2006, sono stati ammessi a finanziamento ottantadue interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 20.000.000,00.

Provincia	Anno 2006 - Finanziamenti in Conto Capitale (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	1.850.000,00		23.000,00	200.000,00	2.073.000,00
Padova	5.098.000,00	550.000,00	670.000,00	325.000,00	6.643.000,00
Rovigo	640.000,00	20.000,00			660.000,00
Treviso	2.460.000,00	481.000,00	795.000,00	100.000,00	3.836.000,00
Venezia	1.200.000,00	100.000,00	722.000,00	20.000,00	2.042.000,00
Vicenza	1.528.000,00	300.000,00	35.000,00		1.863.000,00
Verona	2.193.000,00		300.000,00	390.000,00	2.883.000,00
Totale	14.969.000,00	1.451.000,00	2.545.000,00	1.035.000,00	20.000.000,00
	74,80%	7,30%	12,70%	5,20%	100,00%

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2007, sono stati ammessi a finanziamento settantasei interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 20.000.000,00.

Provincia	Anno 2007 - Finanziamenti in Conto Capitale (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	885.000,00		200.000,00		1.085.000,00
Padova	1.220.000,00	150.000,00	215.000,00	180.000,00	1.765.000,00
Rovigo	1.200.000,00		100.000,00		1.300.000,00
Treviso	1.740.000,00	10.000,00	600.000,00		2.350.000,00
Venezia	3.320.000,00	80.000,00	200.000,00		3.600.000,00
Vicenza	3.750.000,00	120.000,00	245.000,00		4.115.000,00
Verona	4.785.000,00		650.000,00	350.000,00	5.785.000,00
Totale	16.900.000,00	360.000,00	2.210.000,00	530.000,00	20.000.000,00
	84,50%	1,80%	11,05%	2,65%	100,00%

638

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2008, sono stati ammessi a finanziamento novantasei interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 19.065.000,00.

Provincia	Anno 2008 - Finanziamenti in Conto Capitale (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	1.841.000,00	130.000,00	350.000,00	50.000,00	2.371.000,00
Padova	1.018.000,00		980.000,00	200.000,00	2.198.000,00
Rovigo	1.122.600,00		505.000,00		1.627.600,00
Treviso	2.142.000,00		668.000,00		2.810.000,00
Venezia	832.400,00		1.540.000,00		2.372.400,00
Vicenza	3.040.000,00		72.000,00	109.000,00	3.221.000,00
Verona	2.910.000,00	15.000,00	1.140.000,00	400.000,00	4.465.000,00
Totale	12.906.000,00	145.000,00	5.255.000,00	759.000,00	19.065.000,00
	67,69%	0,76%	27,56%	3,98%	100,00%

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2009, sono stati ammessi a finanziamento settantaquattro interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 20.100.000,00.

Provincia	Anno 2009 - Finanziamenti in Conto Capitale (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	2.260.000,00				2.260.000,00
Padova	1.932.914,00	35.000,00	40.000,00	90.000,00	2.097.914,00
Rovigo	2.650.000,00	70.000,00	300.000,00	45.000,00	3.065.000,00
Treviso	1.400.000,00		1.119.000,00	289.500,00	2.808.500,00
Venezia	1.732.000,00		214.000,00	470.000,00	2.416.000,00
Vicenza	3.770.000,00	20.000,00	344.000,00	52.000,00	4.186.000,00
Verona	2.045.086,00		1.171.500,00	50.000,00	3.266.586,00
Totale	15.790.000,00	125.000,00	3.188.500,00	996.500,00	20.100.000,00
	78,56%	0,62%	15,86%	4,96%	100,00%

Riepilogo anni 2006-2009

639

Provincia	Riepilogo finanziamenti in Conto Capitale per gli anni 2004-2009 (dati in Euro) Legge 1/2004 articolo 36				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	6.836.000,00	130.000,00	573.000,00	250.000,00	7.789.000,00
Padova	9.268.914,00	735.000,00	1.905.000,00	795.000,00	12.703.914,00
Rovigo	5.612.600,00	90.000,00	905.000,00	45.000,00	6.652.600,00
Treviso	7.742.000,00	491.000,00	3.182.000,00	389.500,00	11.804.500,00
Venezia	7.084.400,00	180.000,00	2.676.000,00	490.000,00	10.430.400,00
Vicenza	12.088.000,00	440.000,00	696.000,00	161.000,00	13.385.000,00
Verona	11.933.086,00	15.000,00	3.261.500,00	1.190.000,00	16.399.586,00
Totale	60.565.000,00	2.081.000,00	13.198.500,00	3.320.500,00	79.165.000,00
	76,50%	2,63%	16,67%	4,19%	100,00%

Finanziamento in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2007, sono stati ammessi a finanziamento venti interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 20.000.000,00.

Provincia	Anno 2007 Finanziamento in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	2.070.000,00				2.070.000,00
Padova	3.940.000,00				3.940.000,00
Rovigo	2.740.000,00				2.740.000,00
Treviso	2.350.000,00	2.430.000,00			4.780.000,00
Venezia	1.800.000,00				1.800.000,00
Vicenza	2.670.000,00				2.670.000,00
Verona	2.000.000,00				2.000.000,00
Totale	17.570.000,00	2.430.000,00			20.000.000,00
	87,85%	12,15%	0,00%	0,00%	100,00%

640

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2008, sono stati ammessi a finanziamento ventuno interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 20.000.000,00.

Provincia	Anno 2008 Finanziamento in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	200.000,00				200.000,00
Padova	2.200.000,00				2.200.000,00
Rovigo	2.800.000,00				2.800.000,00
Treviso	3.800.000,00				3.800.000,00
Venezia	3.850.000,00				3.850.000,00
Vicenza	4.400.000,00				4.400.000,00
Verona	2.250.000,00	500.000,00			2.750.000,00
Totale	19.500.000,00	500.000,00			20.000.000,00
	97,50%	2,50%	0,00%	0,00%	100,00%

Per il programma di investimento, relativo all'anno 2009, sono stati ammessi a finanziamento trenta interventi per l'importo complessivo a carico del bilancio regionale, di € 18.405.000,00.

Provincia	Anno 2009 Finanziamento in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali (dati in Euro)				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	755.000,00				755.000,00
Padova	2.200.000,00		500.000,00		2.700.000,00
Rovigo	2.700.000,00				2.700.000,00
Treviso	2.000.000,00		400.000,00		2.400.000,00
Venezia	2.060.000,00	150.000,00	500.000,00	200.000,00	2.910.000,00
Vicenza	1.800.000,00				1.800.000,00
Verona	5.140.000,00				5.140.000,00
Totale	16.655.000,00	150.000,00	1.400.000,00	200.000,00	18.405.000,00
	90,49%	0,81%	7,61%	1,09%	100,00%

641

Riepilogo anni 2007-2009

Provincia	Riepilogo Finanziamento in conto capitale a rimborso in quote costanti annuali per gli anni 2007-2009 (dati in Euro) - Legge 1/2004 articolo 36				
	Anziani non autosufficienti	Dipendenze	Disabili	Minori	Totale
Belluno	3.025.000,00				3.025.000,00
Padova	8.340.000,00		500.000,00		8.840.000,00
Rovigo	8.240.000,00				8.240.000,00
Treviso	8.150.000,00		2.830.000,00		10.980.000,00
Venezia	7.710.000,00	150.000,00	500.000,00	200.000,00	8.560.000,00
Vicenza	8.870.000,00				8.870.000,00
Verona	9.390.000,00			500.000,00	9.890.000,00
Totale	53.725.000,00	150.000,00	3.830.000,00	700.000,00	58.405.000,00
	91,99%	0,26%	6,56%	1,20%	100,00%

Altre risorse statali assegnate alla Regione del Veneto

Norme	Titolo Programma	Importo in Euro	Risorse impegnate*
Legge 5 Giugno 1990, n. 135 recante: "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"	Programma regionale di investimenti in edilizia per fronteggiare l'emergenza AIDS. Delibera CIPE 05/06/1998.	85.978.273,17	83.039.325,78
Finanziamenti residui Legge 5 Giugno 1990, n. 135 recante: "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"	Mutuo con oneri a carico dello stato	12.911.422,48	12.911.422,48
Legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Legge Finanziaria 2000), articolo 71	Riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani	27.047.214,49	25.604.206,37
Legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Legge Finanziaria 2000), articolo 28	Potenziamento delle strutture di radioterapia	909.576,12	909.576,12
Decreto Ministeriale 28 settembre 1999, istitutivo del Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (Hospice) - Prima Fase	Programma degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE")	10.529.923,48	10.529.923,48
Decreto Ministeriale 28 settembre 1999, istitutivo del Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (Hospice) - Seconda Fase	Programma di completamento degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE")	6.559.701,59	6.559.701,59
Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari) - Intramoenia	Attività Libera Professionale intramuraria	61.974.827,89	61.974.827,89
TOTALE		205.910.939,22	201.528.983,71

* nel Bilancio regionale al 31/12/2009

Dai dati sopra rappresentati si evince che tutti i programmi statali sono ampiamente avviati e che le relative risorse assegnate sono state impegnate quasi del tutto nel Bilancio regionale, quale anticipazione dei rimborsi che la Regione inoltra al Ministero dell'Economia e delle Finanze sulla base delle richieste di liquidazioni di spesa da parte delle Aziende sanitarie.

Fondo Sanitario Regionale: Progetti ammessi al finanziamento nell'anno 2008

Azienda ULSS	Programmazione interventi	Risorse impegnate
101	Ospedale di Pieve di Cadore: lavori di ristrutturazione del 1° piano e parte centrale del sottotetto - progetto definitivo	1.000.000,00
102	Ospedale di Feltre: nuovo blocco operatorio, nuova rianimazione, nuova radiologia, nuovo pronto soccorso e nuovi accessi	2.000.000,00
104	Nuovo Polo Ospedaliero Unico	13.000.000,00
107	Realizzazione della nuova sede distrettuale - ex Ospedale di Serravalle	4.800.000,00
108	Aggiornamento progettuale e realizzazione dei lavori di ristrutturazione e completamento dei Presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Montebelluna in regime di finanza di progetto	3.000.000,00
109	Ospedale Ca' Foncello: Progetto definitivo dei lavori di ampliamento e ristrutturazione dell'area del Pronto Soccorso (all'interno della Cittadella Sanitaria)	3.000.000,00
112	Progetto per il recupero e la ristrutturaz. di un fabbricato appartenente all'Ospedale S. Camillo di Venezia	1.000.000,00
115	Ospedale di Cittadella: progetto definitiva per la nuova piastra per l'emergenza	3.000.000,00
117	Realizzazione Polo Ospedaliero Unico per acuti	2.000.000,00
118	Ospedale di Rovigo: progetto definitivo nuova Piastra tecnologica	3.000.000,00
119	Ospedale di Adria: interventi di adeguamento strutturale e tecnologico	1.400.000,00
AO VR	Ristrutturazione e riorganizzazione complessiva dell'Ospedale Civile Borgo Trento.	4.000.000,00
Totale		41.200.000,00

643

Fondo Sanitario Regionale: Progetti ammessi al finanziamento nell'anno 2009

Azienda ULSS	Programmazione interventi	Importo 2009
101	Ospedale di Pieve di Cadore: lavori di ristrutturazione del 1° piano e parte centrale del sottotetto - progetto definitivo	1.000.000,00
101	Strada di accesso alla RSA Casa Vazzoler	100.000,00

Fondo Sanitario Regionale: Progetti ammessi al finanziamento nell'anno 2009

Azienda ULSS	Programmazione interventi	Risorse impegnate
102	Ospedale di Feltre: nuovo blocco operatorio, nuova rianimazione, nuova radiologia, nuovo pronto soccorso e nuovi accessi	1.000.000,00
104	Nuovo Polo Ospedaliero Unico (dgr 66/05: euro 72 milioni)	19.000.000,00
105	Osp. di Arzignano e Osp. Di Montecchio	1.064.004,32
108	Aggiornamento progettuale e realizzazione dei lavori di ristrutturazione e completamento dei Presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Montebelluna in regime di finanza di progetto	4.000.000,00
108	Ospedale di Montebelluna: contributo straordinario per opere di bonifica terreno	1.000.000,00
109	Complesso denominato "Villa Carisi": opere di restauro (ALL'INTERNO DELLA CITTADELLA SANITARIA)	2.000.000,00
110	Ospedale di Portogruaro: elisuperficie	206.582,76
112	IRCCS S. Camillo	500.000,00
113	Ospedale di Dolo: riorganizzazione e completamento – Prima fase	682.514,95
114	Ospedale di Piove di Sacco: adeguam. antincendio ai sensi del D.M.18/9/02 - 1° STRALCIO	530.000,00
114	Ospedale di Piove di Sacco: antincendio	1.015.000,00
114	Osp. di Chioggia: riassetto Ospedale nel decennio 2006-2016 lavori di ampliamento della sala di attesa del P.S.	455.000,00
114	Circonvallazione area ospedaliera di Camposampiero	2.500.000,00
114	Centro di Salute Mentale di Pontarollo in Cittadella	950.000,00
116	Complesso ai Colli - Centro Medico Psico Pedagogico	5.000.000,00
117	Realizzazione Polo Ospedaliero Unico per acuti	2.000.000,00
118	Ospedale di Rovigo: progetto definitivo nuova Piastra tecnologica (DGR 66/05: EURO 7.000.000,00)	2.000.000,00

Fondo Sanitario Regionale: Progetti ammessi al finanziamento nell'anno 2009

Azienda ULSS	Programmazione interventi	Importo 2009
119	Ospedale di Adria: Ex ortopedia per Dipartimento Salute Mentale	250.000,00
122	Acquisto Casa di Riposo di Bussolengo da destinare a servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Accordo di programma)	3.325.000,00
AO PD	Laboratorio per Cell Factory	2.400.000,00
AOUI VR	Osp. Borgo Roma	3.000.000,00
Regione del Veneto	Regione del Veneto art. 20 della Legge 67/88	257.279,29
112	Prevenzione: Azienda ULSS 12 Veneziana: caratterizzazione chimico-fisica di sostanze stupefacenti d'abuso diffuse sul territorio	350.000,00
112	Contributo per esecuzione sentenza Tribunale di venezia	800.000,00
106	IPAB Altavilla Vicentina	413.165,52
Totale		55.798.546,84

645

Fondo Sanitario Regionale (FSR): riepilogo anni 2007-2009			
Esercizio	Risorse attribuite	Risorse impegnate	Risorse erogate sull'impegnato al 31.12.2007
2007	60.000.000,00	59.947.640,08	33.017.836,47
2008	38.400.000,00	38.400.000,00	26.253.580,50
2009	55.800.000,00	55.798.546,84	7.261.178,64
Totale	274.200.000,00	226.348.149,81	129.279.993,05

Si attende ora la sottoscrizione del V° Accordo di Programma integrativo per il citato intervento presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, avente ad oggetto: "Realizzazione di struttura prefabbricata per gruppo operatorio e terapia intensiva presso il Policlinico ed interventi strutturali ed impiantistici per il miglioramento funzionale e di sicurezza dell'area materno infantile".

6.3 Sistema Informativo Socio Sanitario

Il Sistema Informativo Socio Sanitario è al momento caratterizzato dalla diffusione di una molteplicità di strumenti destinati alla gestione dei processi di prevenzione diagnosi e cura che hanno luogo nei diversi ambiti organizzativi: l'ospedale, il laboratorio diagnostico, il distretto socio sanitario, il servizio di terapia domiciliare, l'ambulatorio del medico di medicina generale, ecc.. Una gestione efficace richiederebbe che questi sistemi fossero tra loro integrati, in modo che le informazioni raccolte in un contesto, ad esempio l'ospedale, potessero essere automaticamente disponibili anche presso gli altri ambiti in cui vi è necessità del loro utilizzo, ad esempio l'ambulatorio del medico di medicina generale. Nonostante le numerose iniziative indirizzate verso questo obiettivo, l'integrazione dei sistemi informativi socio sanitari non ha ancora raggiunto un livello pienamente soddisfacente, e sono ancora presenti situazioni in cui per superare questa lacuna è necessaria la re-immissione manuale delle informazioni, con possibilità di errore. In questo contesto, compito del Fascicolo Sanitario Personale elettronico (FaSP) è realizzare una funzione di coordinamento dell'insieme dei sistemi informatici di ambito socio sanitario, che, valorizzando gli strumenti esistenti, possa consentire l'allestimento di un servizio volto a rendere fruibili tutte le informazioni raccolte. Infatti, conseguire appieno i benefici ricavabili da una capillare diffusione dell'ICT (information and communications technology) nell'ambito dei processi di diagnosi e cura costituisce oggi una delle sfide principali per il settore sanitario. L'aspetto essenziale del problema consiste nella realizzazione di soluzioni che consentano la condivisione delle informazioni sanitarie tra strutture e sistemi informativi diversi ed eterogenei, in modo che esse risultino elaborabili ed utilizzabili secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

646

Il Fascicolo Sanitario Personale elettronico (FaSP)

Lo strumento chiave per la realizzazione degli obiettivi descritti è costituito dal Fascicolo Sanitario Personale (FaSP), in inglese Electronic Health Record (EHR), che è definibile in prima approssimazione come un archivio di documenti e dati socio-sanitari relativi al cittadino-paziente, accessibile da parte degli operatori sanitari autorizzati da qualsiasi punto della rete di offerta, alla cui alimentazione concorrano tutte le entità organizzative abilitate alla generazione di informazioni. Si tratta dunque di uno strumento finalizzato ad organizzare le informazioni cliniche rilevanti generate in occasione di tutti gli accessi di un cittadino alle strutture sanitarie (ovunque queste siano collocate sul territorio), rendendole accessibili in rete agli operatori autorizzati e allo stesso utente, in modo sicuro, in qualsiasi momento e da qualsiasi punto di accesso al sistema. Il conseguimento

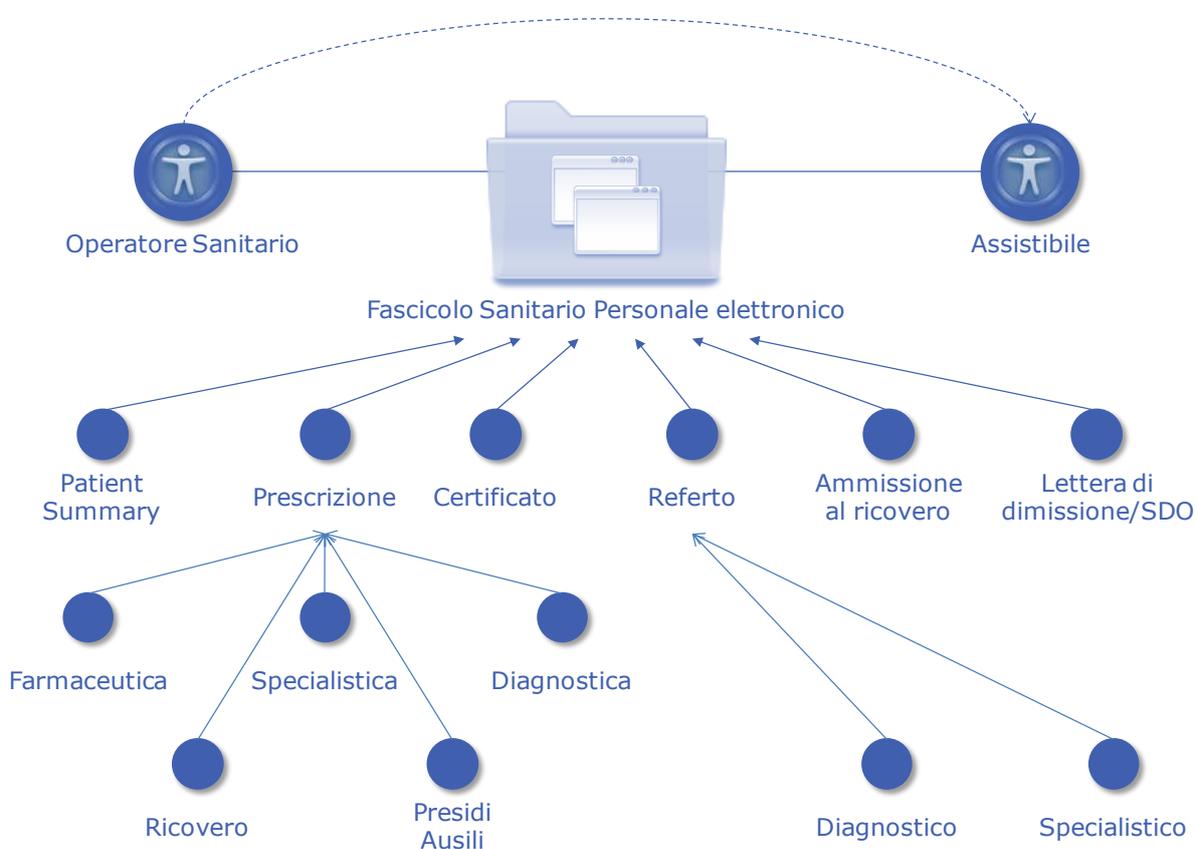
di questo risultato richiede, da un lato, la predisposizione di una un'infrastruttura finalizzata alla generazione, conservazione e consultazione dei documenti, e dall'altro, la definizione di regole per la produzione, la codifica e la gestione dei dati, che devono poter essere letti, interpretati ed utilizzati da qualsiasi operatore autorizzato, qualunque sia la fonte che li ha generati. È necessario dunque avviare un processo di standardizzazione per far sì ad esempio che nella cultura e nella pratica dei professionisti sanitari la cartella clinica cessi di essere strumento "proprietario" del singolo operatore o della singola struttura, per divenire veicolo di informazione utile all'intero sistema, così come accade, in parte, per i documenti già strutturati, quali il referto e la lettera di dimissione. In altri termini, il raggiungimento di un obiettivo di così ampia portata ha quali requisiti essenziali la definizione di nuovi modelli organizzativi, nei quali la collaborazione tra gli operatori, specialmente nell'assistenza ai pazienti cronici ed anziani, costituisca un elemento centrale; fondamentale inoltre è il ruolo della formazione, attraverso cui diffondere presso gli operatori una nuova concezione del Sistema Socio Sanitario, inteso come entità che agisce in modo coordinato ed unitario, attraverso le singole strutture, secondo piani di attività concordati. In quest'ottica di interazione tra le strutture e gli operatori sanitari per la condivisione del dato clinico, la concezione tradizionale dei sistemi locali di gestione elettronica della cartella clinica va radicalmente rivista, principalmente alla luce della possibilità di acquisire ed importare, per mezzo delle reti telematiche e soprattutto degli standard sulla comunicazione sanitaria, documenti e dati prodotti da altre organizzazioni ed operatori. Secondo le definizioni proposte dal Servizio Sanitario Inglese (NHS), occorre distinguere la "cartella clinica elettronica locale" (Electronic Patient Record, EPR), limitata nell'utilizzo e nei contenuti ad una singola struttura sanitaria, dal "Fascicolo Sanitario Personale" (Electronic Health Record, EHR), inteso come soluzione che implementa modalità di accesso in rete a documenti provenienti da strutture diverse e da applicazioni cliniche eterogenee. In questo contesto, è ipotizzabile uno scenario in cui il medico-utente utilizza la cartella clinica come strumento principale per la gestione dell'assistenza al paziente, ricorrendo al fascicolo per il reperimento delle informazioni di fonte esterna necessarie per meglio definire lo stato di salute del paziente.

Caratteristiche degli oggetti informativi gestiti

Come già osservato, il Fascicolo Sanitario Personale elettronico (FaSP) è un sistema distribuito di dati e servizi finalizzato a rendere disponibili le informazioni sanitarie necessarie agli attori autorizzati coinvolti nella cura del paziente ogni volta che queste sono necessarie. Il Fascicolo Sanitario Personale Elettronico è dunque composto da un insieme di oggetti informativi generati dagli eventi sanitari dell'assistito, quali ad

esempio: prescrizioni, referti, certificati medico-legali, lettere di dimissione, sintesi cliniche sullo stato del paziente (patient summary). I documenti sanitari referenziati attraverso il sistema FaSP devono essere oggetti informativi persistenti. Si deve dunque escludere che i dati relativi all'assistito privi di sufficienti caratteristiche di consistenza e stabilità possano affluire al sistema di fascicolo (si pensi ad esempio, alle comunicazioni tra un sistema di accettazione ed uno di laboratorio). Il FaSP dunque referencia e distribuisce oggetti informativi definiti, consistenti e stabili, il che vale a dire che deve essere certa l'identità del soggetto che li ha generati e se ne è assunto la responsabilità attraverso una sottoscrizione digitale.

Oggetti informativi di un Fascicolo Sanitario Personale



Impianto del FaSP e servizi di consultazione

Sebbene costituito fisicamente dall'interazione di basi-dati distribuite, gestite in rete mediante un'infrastruttura uniforme, il Fascicolo Sanitario Personale deve apparire agli operatori e agli utenti come un unico archivio. L'elemento essenziale dell'impianto è costituito dall'indice (registry), ovvero dall'archivio di metadati, anch'esso distribuito, utilizzato per orientare la ricerca verso le basi-dati di documenti clinici (repository)

alimentate e gestite sul territorio dalle singole strutture erogatrici. Un'ulteriore componente fondamentale è rappresentata dalle politiche e dagli strumenti utilizzati per garantire sicurezza e riservatezza dei dati gestiti. Dal punto di vista operativo, il sistema agisce mediante la costante alimentazione, da parte dei sistemi gestionali o dipartimentali, delle basi-dati standardizzate e distribuite (repository) volte all'acquisizione e gestione dei dati clinici di dettaglio (documenti). Ad ogni acquisizione di un nuovo documento da parte del repository si accompagna sistematicamente un'operazione di aggiornamento dell'indice (registry), in cui sono riportate le sole informazioni (metadati) necessarie alla ricerca e dunque al reperimento sulla rete del dato di dettaglio. Con il progredire dello stato di avanzamento delle iniziative di standardizzazione della struttura e dei contenuti dei dati sanitari la gamma dei documenti gestiti potrà progressivamente ampliarsi.

Standardizzazione

Dovendo disporre di regole uniformi per l'integrazione dei sistemi e la strutturazione dei documenti, vi è dunque la necessità di far riferimento a quanto proposto dalle organizzazioni di standardizzazione, che a livello internazionale hanno sviluppato regole specifiche per la gestione delle principali transazioni clinico-gestionali e per la trasmissione di documenti. In questo senso, l'approccio più seguito nella rappresentazione di oggetti informativi di interesse clinico è stato sviluppato da Health Level Seven International (HL7) ed è denominato "*CDA Clinical Document Architecture*". Lo standard, approvato dall' American National Standards Institute (ANSI), prevede di associare all'oggetto un'intestazione contenente le informazioni necessarie a permetterne la gestione nell'indice del fascicolo (registry). Si tratta dunque di uno standard per "*etichettare*" i documenti consentendone l'indicizzazione e l'interoperabilità.

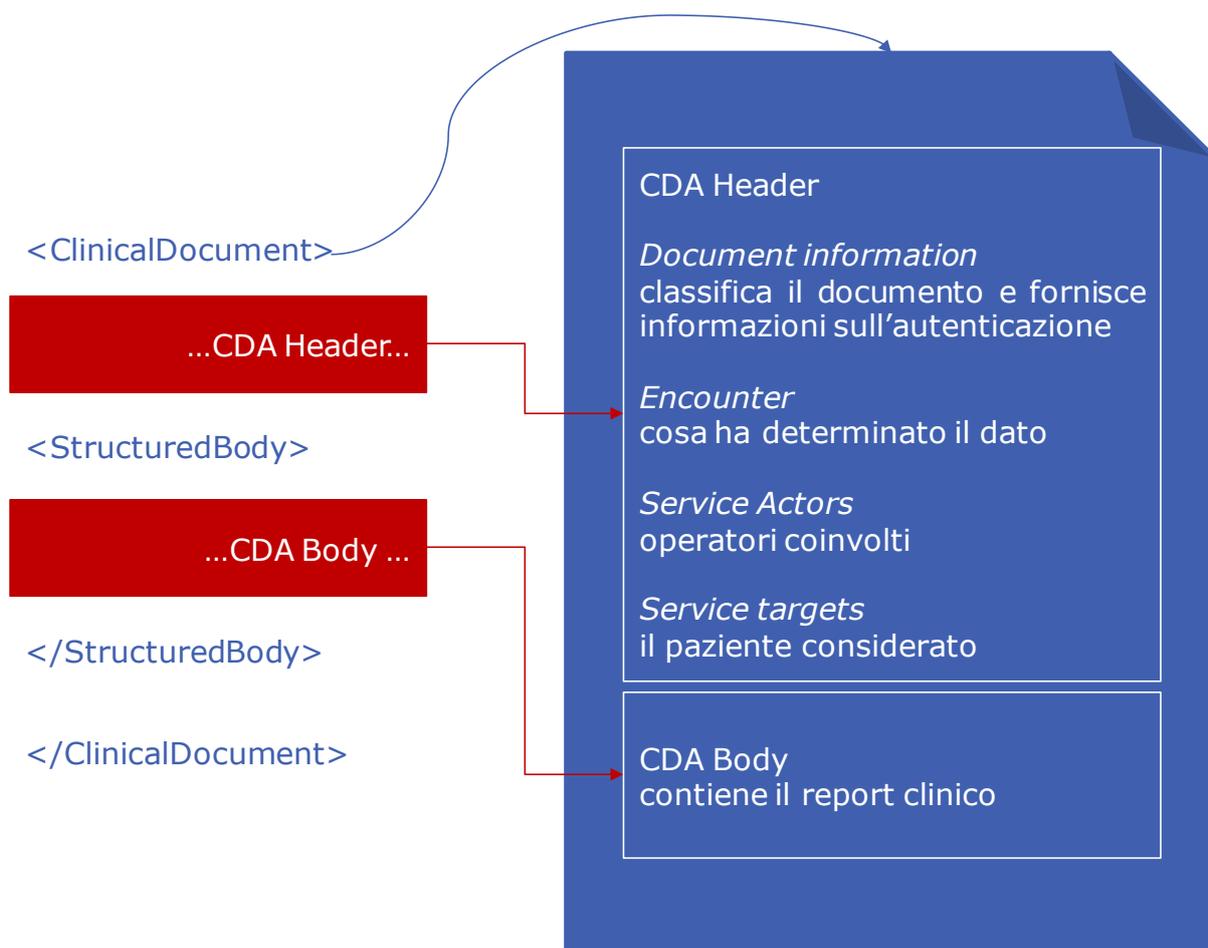
649

La struttura di un documento CDA è la seguente:

```
<ClinicalDocument>
...CDA Header...
<StructuredBody>
...CDA Body ...
</StructuredBody>
</ClinicalDocument>
```

L'intestazione (Header) è costante per tutti i documenti correlati ed è finalizzata a consentire lo scambio dei documenti tra soggetti e sistemi diversi oltre a favorire la composizione di più documenti in un Fascicolo Sanitario Personale elettronico.

La struttura del CDA che consente l'indicizzazione dei documenti



650

L'utilizzo

Descritti sinteticamente l'impianto e le modalità di alimentazione e funzionamento del fascicolo, occorre ora concentrarsi sulle modalità di utilizzazione dello strumento. Ad una prima analisi, ai fini dell'assistenza al paziente l'utilizzo diretto dell'infrastruttura, così come descritta, può risultare dispersivo e poco efficace. Essendo costituito da un insieme di oggetti informativi rintracciabili in rete grazie all'uso di opportuni descrittori (intestazione-header), nella sua struttura di base il fascicolo non è caratterizzato da una propria struttura. Ne deriva la necessità di sviluppare una serie di servizi di consultazione dei documenti disponibili orientati a specifici profili di utilizzo. In questo ambito, una funzionalità di particolare importanza potrà essere costituita dalla cosiddetta Cartella Clinica Virtuale (CCV), intesa come una rappresentazione uniforme e coerente di dati elementari estratti dai singoli oggetti contenuti nel fascicolo, opportunamente descritti per facilitarne l'utilizzo, ciascuno associato al proprio documento di riferimento. Sebbene appaia di complessa realizzazione, soprattutto su scala generale, data la necessità di disporre di standard e di dizionari dei dati clinici, questa soluzione potrà senz'altro essere

realizzata in ambiti circoscritti e specifici, relativi ad esempio ad una singola patologia o ad uno specifico percorso assistenziale. In termini generali, le modalità di consultazione ed utilizzo del fascicolo andranno diversamente strutturate secondo che l'obiettivo della ricerca sia costituito dall'intero documento o dalla singola informazione. Per agevolare le ricerche del primo tipo, nell'ipotesi ad esempio che il medico-utente sia interessato ad acquisire l'intero documento per inserirlo nella propria cartella clinica, sarà necessario definire ed implementare regole efficaci per la classificazione degli oggetti; nella seconda fattispecie, quando ciò che interessa è il singolo dato clinico, ad esempio perché il medico-utente è già a conoscenza della situazione generale del paziente e dunque vuole avere accesso ad informazioni puntuali, saranno utilizzate funzionalità del tipo di quelle descritte come CCV (Cartella Clinica Virtuale). In relazione all'estrema variabilità delle situazioni specifiche, le necessità informative degli utenti del sistema (ovvero degli operatori sanitari) appaiono estremamente diversificate e difficilmente standardizzabili in profili specifici di consultazione. A seconda dello scenario rappresentato, l'urgenza di avere accesso al dato, il numero dei documenti consultati, la frequenza di utilizzo del sistema, il tempo a disposizione per l'analisi del caso, la conoscenza pregressa da parte dell'operatore dei problemi del paziente, varieranno in modo significativo. Emerge dunque la necessità di arricchire il sistema con la definizione di regole per l'opportuna organizzazione degli oggetti informativi gestiti, anche attraverso la predisposizione di sintesi più o meno specifiche delle informazioni contenute nel fascicolo. Si tratta dunque di implementare ed attivare "viste" o percorsi di consultazione specifici, realizzando servizi e funzionalità volti ad un uso efficace dei contenuti, che potranno essere suscettibili anche di generare nuovi oggetti informativi, quali ad esempio il cosiddetto "patient summary", costituito da una sintesi dei dati clinici rilevanti del paziente. In via generale, il fascicolo è finalizzato a rendere immediatamente disponibile agli operatori sanitari l'informazione clinica relativa al singolo cittadino, nel momento e nel luogo dove sia necessario, per favorire la continuità delle cure, agevolando la collaborazione tra gli operatori che operano contemporaneamente sullo stesso paziente, anche in caso di emergenza. Un ulteriore campo di indagine riguarda la possibilità di impiegare le funzionalità dell'infrastruttura e del fascicolo per l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, anche per mezzo di servizi di telemedicina, ad esempio nella gestione delle malattie croniche, nell'attivazione di forme di dimissione precoce e di supporto all'home care, o nell'interazione tra ospedale e medici del territorio nella fase del pre-ricovero o durante la degenza. Un'altra ipotesi rilevante di utilizzo del fascicolo e dei dati gestiti dall'infrastruttura riguarda la realizzazione di attività audit, sorveglianza ed evidence-based medicine, al fine di porre in essere le azioni necessarie ad elevare l'appropriatezza e la qualità dei processi assistenziali. Non meno interessante è la possibilità di utilizzare i

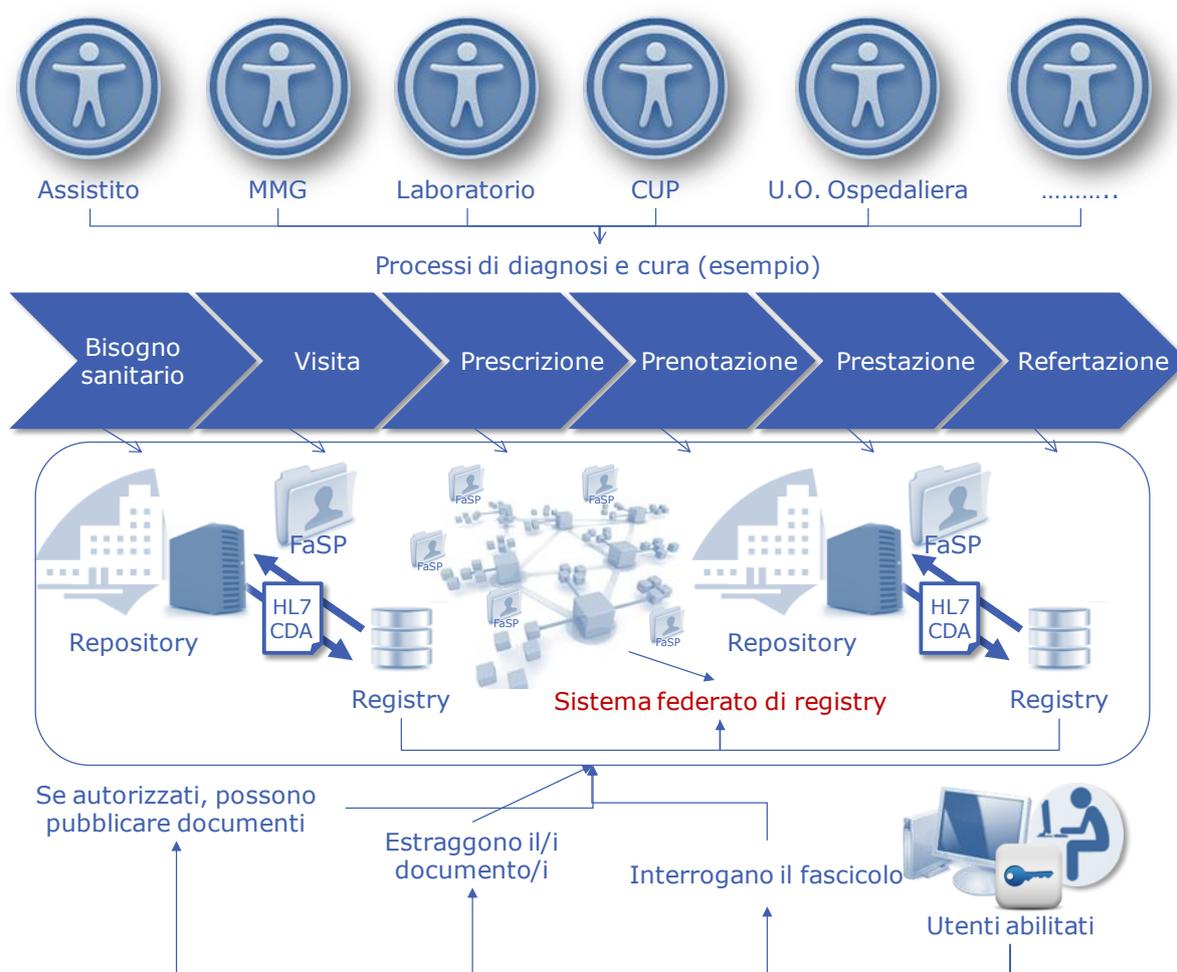
dati di dettaglio per l'implementazione di sistemi direzionali finalizzati a supportare il management nelle attività di governo clinico volte al controllo e alla riduzione degli errori medici (clinical governance). Resi opportunamente anonimi, i documenti che popolano il fascicolo potranno anche alimentare sistemi di supporto alla decisione (Data Warehouse), che saranno dunque costituiti da informazioni tempestive ed affidabili estratte da applicazioni di gestione, ed organizzate secondo i percorsi assistenziali di riferimento, consentendo valutazioni approfondite circa l'appropriatezza dei processi di diagnosi e cura rispetto alle specificità dei singoli pazienti. Analogamente, la disponibilità di una tale mole di informazioni strutturate attinte dai processi di assistenza permetterà di rendere più efficaci le analisi epidemiologiche; dal punto di vista della sorveglianza è interessante invece la possibilità di utilizzare le informazioni sistematicamente raccolte dal fascicolo per la definizione di eventi sentinella.

Componenti del FaSP

Volendo fornirne una rappresentazione articolata, si può sostenere che l'architettura del FaSP è costituita in primo luogo da un livello locale, in cui sono compresi i sistemi informativi ospedalieri, che a loro volta si compongono di applicativi specializzati per la gestione del percorso del paziente (sistema di gestione delle accettazioni e dimissioni, il sistema di gestione delle immagini radiologiche, il sistema di laboratorio, ecc.), i sistemi dei Distretti Socio Sanitari, dei Servizi di Prevenzione, delle Residenze Sanitarie Assistite, dei Poliambulatori, delle Farmacie, dei Medici di Medicina Generale, e così via. Si tratta dunque del dominio organizzativo in cui si genera ed è depositata e gestita l'informazione sanitaria. Sebbene l'archivio per la memorizzazione dei tali informazioni (denominato registry) possa risiedere anche in ambito aziendale, ovvero dove sono depositati i dati sanitari elementari, il livello cui vengono trasmessi i parametri di catalogazione e ricerca relativi ai documenti, e che dunque si fa carico dell'aggiornamento dell'indice, è logicamente sovra-ordinato rispetto a quello locale, ed è definito livello superiore o livello FaSP. Esso corrisponde all'universo geografico per cui è assicurata la condivisione della documentazione clinica, ed è caratterizzato dalla presenza di un indice, derivante dall'interazione di una pluralità di registry distribuiti, necessario per reperire le informazioni su tutto il territorio coperto dal servizio di cooperazione. Si è già detto che tra le funzionalità cosiddette secondarie del FaSP, essendo quelle principali finalizzate alla continuità dei processi sanitari e dunque alla prevenzione, diagnosi e cura della persona, è possibile ipotizzare un servizio indirizzato all'analisi epidemiologica e alla programmazione e controllo del sistema, anche con funzioni di supporto ad attività di tipo amministrativo (si pensi alla regolazione economico finanziaria dei flussi di mobilità dei cittadini).

Nell'organizzazione che è stata delineata, tutti i documenti contenenti informazioni a validità medico-legale che vengono condivisi in rete sono conferiti ad archivi informatizzati, denominati repository, che assolvono la funzione di deposito e conservazione. Fisicamente, il repository può essere parte del sistema gestionale che produce l'informazione, o costituire una componente separata e specializzata, che viene utilizzata anche per la raccolta di informazioni prodotte da altri sistemi. Rispetto al repository, un generico attore del sistema può svolgere il ruolo di fornitore delle informazioni ("producer"), o di utilizzatore dei documenti archiviati ("consumer"). Le informazioni archiviate nei repository sono rese accessibili attraverso un sistema di referenziazione basato su metadati che classificano i contenuti dei documenti presenti negli archivi.

Architettura per la realizzazione del FaSP



Il sistema di gestione dei dati di parametrizzazione dei documenti elementari (indice) è denominato registry. Gli indici devono essere posti in relazione gli uni con gli altri in modo da configurare un sistema federato di registry. Al registry può anche essere

attribuita la funzione di notificare in modo attivo ad una lista di soggetti interessati l'avvenuta acquisizione di un nuovo documento. Da quanto detto emerge chiaramente che il Fascicolo Sanitario Personale (FasP) non si identifica con una singola applicazione informatica, bensì è costituito da un insieme ampio ed articolato di sistemi e servizi distribuiti, in parte già esistenti ed in parte di nuova concezione, opportunamente integrati tra loro.

Caratteristiche dell'infrastruttura di cooperazione

L'elemento essenziale per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Personale (FasP) è costituito in particolare dalla *infrastruttura di cooperazione*, che dovrà naturalmente essere conforme alle specifiche già definite nell'ambito del *Sistema Pubblico di Connettività e Cooperazione* e dunque basarsi sulle tecnologie web-services.

Il Sistema Pubblico di Connettività (SPC) è l'insieme di infrastrutture tecnologiche e di regole tecniche, per lo sviluppo, la condivisione, l'integrazione e la diffusione del patrimonio informativo e dei dati della Pubblica Amministrazione, necessarie per assicurare l'interoperabilità di base ed evoluta e la cooperazione applicativa dei sistemi informatici e dei flussi informativi, garantendo la sicurezza, la riservatezza delle informazioni, nonché la salvaguardia e l'autonomia del patrimonio informativo di ciascuna Pubblica Amministrazione.

Testo vigente dell'Articolo 73, comma secondo del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante: "Codice dell'Amministrazione Digitale"

È inoltre opportuno che il modello di cooperazione adottato sia conforme ai principi delle architetture orientate ai servizi (SOA), per le quali le applicazioni informatiche cessano di essere concepite come lo strumento di supporto a specifici processi di lavoro, per diventare invece l'espressione di servizi riutilizzabili sia all'interno dei singoli domini sia verso l'esterno delle organizzazioni. Questa innovazione deve essere adeguatamente supportata dal punto di vista organizzativo. Per questo, tra i requisiti del sistema non vanno considerate le sole applicazioni informatiche, bensì anche le regole, i processi, gli strumenti, le motivazioni e gli incentivi che trasformano in sistema il complesso delle organizzazioni coinvolte. La sfida cruciale è dunque quella di considerare l'Information

Technology non più come un semplice supporto all'organizzazione bensì come una sua parte integrante, mediante una forte interazione tra la progettazione degli aspetti tecnologici e la definizione di quelli organizzativi e di processo. Per tali ragioni, la Regione del Veneto è da anni impegnata nei settori dell'interoperabilità e della cooperazione applicativa, grazie, tra l'altro, allo sviluppo ed alla messa a regime di una piattaforma per l'interoperabilità (Progetto SIRV-Interop) e alla costituzione del Centro Regionale Servizi di Cooperazione e Interoperabilità. Il Progetto SIRV-Interop è stato avviato operativamente il 1 luglio 2006 in connessione con il "Sistema Pubblico di Connettività" e si è concluso il 30 giugno 2009, consentendo di realizzare una collaborazione tra Regioni circa gli standards e le regole per la cooperazione applicativa, al fine di sviluppare politiche per l'interoperabilità tra pubblici uffici nonché di formalizzare l'impegno a realizzare un sistema integrato di strutture/servizi abilitanti l'interoperabilità e la cooperazione applicativa tra sistemi di e-government a livello inter-regionale regionale. Con riguardo a tale realtà consolidata, i requisiti funzionali del modello architetturale di cooperazione per la sanità elettronica sono riassumibili nei punti seguenti:

- *disponibilità delle informazioni sanitarie*: l'infrastruttura deve rendere disponibili le informazioni sanitarie dell'assistito dove e quando queste sono necessarie, consentendo anche usi secondari dei dati opportunamente anonimizzati (di governo, epidemiologici, di ricerca);
- *architettura federata*: l'architettura complessiva dell'infrastruttura deve essere federata, e dunque compatibile con l'assetto istituzionale che definisce la responsabilità delle Amministrazioni regionali nella programmazione del sistema sanitario;
- *sicurezza e privacy*: gestendo informazioni sensibili, l'infrastruttura deve avere un grado di sicurezza elevato, in termini sia tecnologici sia organizzativi;
- *disponibilità ed affidabilità dell'infrastruttura*: l'infrastruttura deve avere una disponibilità h 24 x 7 ed essere progettata con caratteristiche di ridondanza che le consentano di raggiungere un livello di affidabilità di tipo safety critical;
- *struttura modulare*: l'infrastruttura deve essere progettata come insieme integrato di moduli e componenti, sia per quel che riguarda la sua diffusione sul territorio (in modo che sia possibile realizzare avvii gradualmente, anche in attesa della completa diffusione del servizio), sia dal punto di vista delle singole componenti tecnologiche, in modo da consentire che in relazione all'evoluzione della tecnologia le sue singole componenti possano evolvere autonomamente senza impatti rilevanti sulla funzionalità complessiva del sistema;
- *integrazione con i sistemi esistenti*: la soluzione deve consentire di salvaguardare e valorizzare gli investimenti già effettuati, e dunque avere la minima invasività

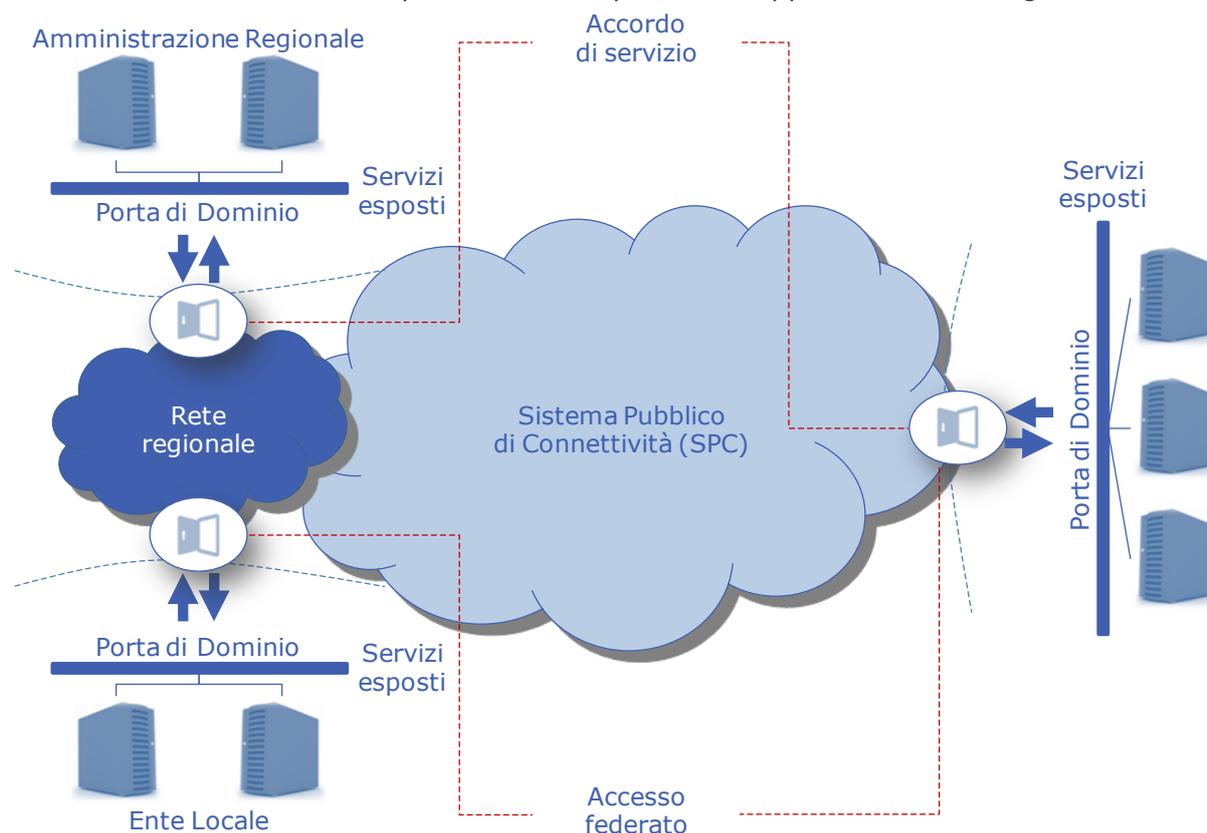
possibile rispetto ai sistemi esistenti;

- *uso di standard aperti*: dato l'obiettivo dell'interoperabilità, si tratta di un requisito essenziale, che consente anche di tutelare gli investimenti posti in essere. Il riferimento agli standard è fondamentale sia per quel che riguarda gli aspetti tecnologici della cooperazione (SPCoop) sia con riferimento agli aspetti sintattici e semantici (documenti e dati scambiati tra i sistemi).

Componenti del modello di cooperazione

Il Sistema Pubblico di Cooperazione (SPCoop) è un insieme di standard tecnologici e di servizi infrastrutturali il cui obiettivo è di permettere l'interoperabilità applicativa tra i sistemi informativi delle Pubbliche Amministrazioni al fine di garantirne la piena integrazione dei dati, delle informazioni e dei procedimenti amministrativi.

Modello architeturale del Sistema Pubblico di Cooperazione (SPCoop)
Fonte: ICAR Interoperabilità e Cooperazione Applicativa fra le Regioni

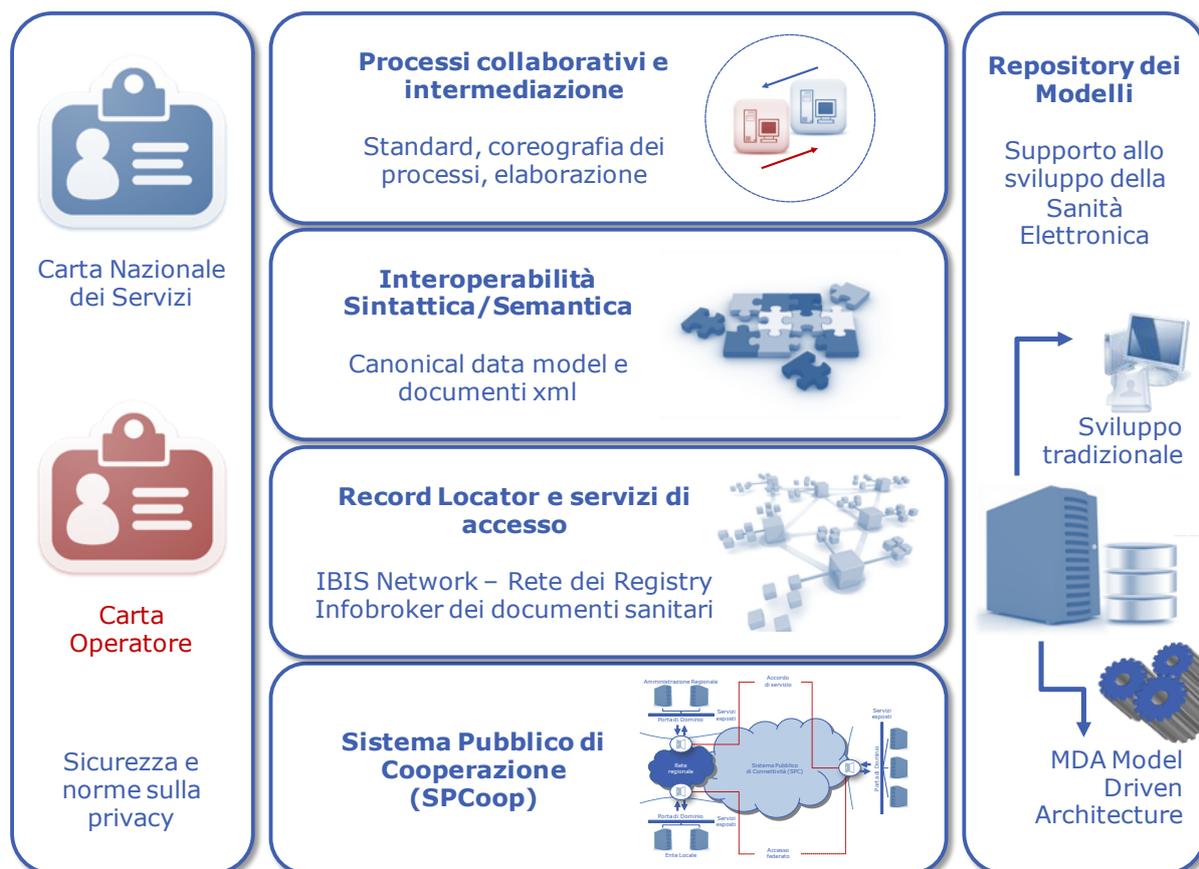


656

Il modello architettuale di riferimento dello SPCoop è basato su architettura SOA (Service-Oriented Architecture) e si appoggia sui servizi offerti dallo strato di connettività denominato Sistema Pubblico di Connettività (SPC), l'infrastruttura di rete ad uso esclusivo delle Pubbliche amministrazioni.

Ora, se consideriamo le componenti del modello di cooperazione e le loro articolazioni su diversi livelli, alla base dell'architettura sono ovviamente collocati gli standard per la cooperazione applicativa basati su web services specificati da Sistema Pubblico di Cooperazione (SPCoop), che costituiscono il riferimento essenziale per tutti i servizi di interoperabilità tra enti della Pubblica Amministrazione a livello centrale e locale.

Livelli del Sistema di Sanità Elettronica



Al livello immediatamente superiore è posizionato il sistema di indicizzazione delle informazioni sanitarie (nello schema: Record Locator e servizi di accesso). Si tratta di una componente infrastrutturale distribuita sul territorio, che riferenzia i documenti e ne permette la ricerca da parte degli attori autorizzati. Nel modello definito dal Tavolo di Sanità Elettronica, questa funzione è realizzata dall'*InfoBroker Individuale Sanitario* (IBIS), che dunque permette di comporre il Fascicolo Sanitario Personale elettronico in modo virtuale, senza quindi la necessità di duplicare i dati in un unico archivio centralizzato. I documenti di dettaglio, i cui riferimenti sono gestiti dall'IBIS, rimangono nella responsabilità delle singole organizzazioni che li hanno generati e li conservano nei propri repository. Dal punto di vista dell'utente autorizzato, tuttavia, essi appaiono come

un unico fascicolo, dotato eventualmente di una strutturazione interna atta ad agevolare le ricerche. Ad un livello ancora superiore sono collocate le regole che consentono l'interoperabilità sintattica e semantica, ovvero gli standard ed i vocabolari che disciplinano le modalità per la strutturazione e la compilazione dei documenti. In uno strato ulteriore sono collocate le componenti più sofisticate del sistema. Si tratta dei processi collaborativi, che definiscono le regole per l'integrazione delle singole transazioni nell'ambito di flussi di attività più complessi, orchestrando appunto la collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti (si pensi ad esempio ad un protocollo clinico). A questo livello sono collocati anche i cosiddetti servizi intermediari, che, in relazione al livello di interoperabilità sintattica/semantica raggiunta dal sistema, realizzano elaborazioni sugli oggetti informativi disponibili (ad esempio, la verifica della possibile interazione tra farmaci). Vi sono poi le politiche di sicurezza e di tutela della riservatezza dei dati, che costituiscono ovviamente un aspetto critico del sistema. Infine, l'ultima componente è costituita dal repository dei modelli, che documentano le logiche funzionali e tecnologiche utilizzate nell'implementazione, per facilitare il riuso delle diverse componenti e consentirne la manutenzione.

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale

658

Con lo sviluppo delle competenze e delle tecnologie, il miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, lo sviluppo del rapporto di fiducia tra cittadini e Servizio Sanitario Nazionale, la capillare diffusione dell'Information and Communication Technology (ICT) nei processi socio-sanitari costituisce uno dei fattori cui è collegato il miglioramento della qualità complessiva del sistema sanitario. Date le caratteristiche della sanità italiana, anche in questo ambito i Medici di Medicina Generale svolgono un ruolo fondamentale. In questo senso un problema rilevante è costituito dall'eterogeneità funzionale e tecnologica dei diversi sistemi di gestione della cartella clinica diffusi sul territorio nazionale, aspetto che ha fortemente ostacolato la condivisione dei dati sanitari, condizionando l'implementazione delle reti. Di fatto, la cartella clinica elettronica del Medico di Medicina Generale si è configurata essenzialmente come uno strumento di lavoro individuale, ciò che ha sì consentito al professionista di facilitare il proprio lavoro e di rendere per certi aspetti un miglior servizio all'assistito, ma che di fatto ha impedito di realizzare quei risultati positivi che avrebbero potuto essere conseguiti consentendo l'accesso da parte di altri soggetti a questo patrimonio informativo, sia per finalità di diagnosi e cura sia per obiettivi di valutazione ed analisi epidemiologica. Vi sono quindi due fondamentali esigenze: se da un lato è necessario porre in essere gli interventi finalizzati a sistematizzare le informazioni raccolte dal medico di famiglia, e a renderle disponibili per altri operatori attraverso il costante aggiornamento del fascicolo, dall'altro

occorre far sì che alla cartella clinica del medico affluiscano direttamente le informazioni sul paziente prodotte da altri attori, quali referti, notifiche di ricovero, lettere di dimissione, ecc. Si ritorna dunque al tema fondamentale, che è quello della realizzazione di una rete di interconnessione tra i professionisti del sistema sanitario che garantisca all'operatore e al cittadino di poter disporre del Fascicolo Sanitario Personale elettronico in qualsiasi luogo e momento. Da questo punto di vista i sistemi coinvolti sono:

- la cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG);
- il sistema di gestione dell'anagrafe assistibili dell'Azienda ULSS;
- il sistema di gestione dei pazienti ricoverati in ospedale (ADT: Accettazioni, Dimissioni, Trasferimenti), con gli applicativi di reparto;
- i sistemi amministrativi di accettazione e Centro Unico Prenotazioni (CUP);
- i sistemi dipartimenti di laboratorio e di radiologia.

La dematerializzazione degli archivi cartacei

Se in una prospettiva di lungo periodo si può ipotizzare la completa eliminazione dei flussi cartacei e dunque la generazione in formato elettronico di tutta la documentazione clinica, è evidente al contrario che nel breve periodo, continueranno a coesistere documenti in parte cartacei ed in parte digitali. Analogamente, vi è il problema di stabilire quale trattamento riservare agli archivi storici, che per le annualità più recenti sono peraltro oggetto di consultazione ed utilizzo frequente. Alla conversione in formato elettronico degli attuali archivi cartacei possono ovviamente essere associati vantaggi di diversa natura:

- la tempestività nell'accesso e nella consultazione dei precedenti clinici (una volta che il nuovo documento elettronico generato a partire da quello cartaceo sia associato ad un'anagrafica consistente ed unica);
- la razionalizzazione dei sistemi di archiviazione, con riduzione degli spazi necessari e dei costi correlati.

Del problema si è occupata la normativa nazionale, con l'obiettivo di definire le modalità e gli standard necessari ad assicurare la consistenza e qualità del processo di conversione e la validità legale dei documenti elettronici prodotti. In particolare il Codice dell'Amministrazione digitale (Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82) contiene diverse norme che disciplinano tali aspetti.

Applicazioni: il Progetto DOGE

La Regione del Veneto ha sviluppato un progetto che permette di collegare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con le Aziende Sanitarie e la Regione stessa, rendendo possibile il trasferimento dei dati clinici digitali dei pazienti. L'obiettivo

generale dell'iniziativa è favorire la continuità del processo di cura, riducendo tempi e costi. Il Progetto, denominato DOGE, è stato avviato nel 2009 per creare una rete di condivisione dei dati clinici tra professionisti. DOGE è stato affidato all'ULSS 19 di Adria che, per caratteristiche territoriali (bassa densità abitativa in un ampio territorio con conseguente dispersione dei servizi) e livello d'informatizzazione, risultava essere il miglior campo di prova per la sperimentazione alla quale seguirà la diffusione in tutto il Veneto. Grazie a DOGE il medico può essere costantemente aggiornato sui cambiamenti anagrafici dei suoi assistiti e inviare direttamente all'azienda sanitaria le prescrizioni in formato digitale (e-prescription). Inoltre può ricevere, previo consenso dell'assistito, i risultati degli esami specialistici direttamente nella sua cartella ambulatoriale senza dover attendere che l'assistito li ritiri allo sportello e glieli consegni. Tutto questo significa ridurre in maniera significativa i tempi e favorire il processo di cura del cittadino veneto, ponendolo al centro della rete dei servizi.

Il logo del Progetto DOGE



660

DOGE è un progetto innovativo, realizzato dall'Azienda ULSS 19 di Adria, che si è concretizzato grazie anche alla collaborazione dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, con la quale l'ULSS 19 di Adria condivide il sistema informativo e Arsenal.IT il Consorzio delle 23 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto per la Sanità Digitale, che ha curato il modello tecnologico, basato sull'utilizzo di standard nazionali e internazionali, in linea con le best practices che si stanno sviluppando oltre confine, e progettato per essere facilmente applicabile anche nelle altre Aziende Sanitarie venete. Punto di partenza per la

creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, DOGE è il secondo pezzo dell'ambizioso puzzle della sanità veneta del futuro che ha visto come tappa iniziale l'avvio, sempre nel 2009, di *Veneto ESCAPE*, progetto che ha il fine di permettere la gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, estrazione, distribuzione e conservazione dei referti digitali, permettendo di lasciare inalterata la loro validità legale. La soluzione ESCAPE è stata sviluppata inizialmente dall'Azienda Ulss 9 Treviso, che risulta ente cedente nel progetto di riuso. Oggi si tratta di replicarla in tutte le altre Aziende Sanitarie (enti riusanti) della Regione del Veneto. Il progetto Veneto ESCAPE è stato cofinanziato da DigitPA (Ministero della Pubblica Amministrazione e Innovazione) e dalla Regione del Veneto ed è coordinato dal Consorzio Arsenà.IT.

Arsenà.IT si configura come centro di competenza veneto per l'eHealth, che persegue il miglioramento dei processi sanitari e dell'assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione inter-aziendale. Il punto di forza sta nella capacità di costruire modelli sostenibili che permettono alle Aziende consorziate di ottimizzare le risorse impiegate e contenere i costi, facilitando la gestione del cambiamento. Per questo il Consorzio raccoglie esperienze e competenze di eHealth, patrimonio di ciascuna Azienda associata, svolgendo una permanente attività di ricerca per l'innovazione e la progettazione di nuove soluzioni, affidata ad un team di giovani esperti. Elemento fondamentale e perno dell'attività è il team, altamente qualificato e formato on-the-job, che ha reso il consorzio centro di riferimento specializzato, in grado di fornire analisi, proposte e risultati a servizio dei consorziati, seguendo una spiccata logica di rete e operando in contesti internazionali.

661

Gli obiettivi del Progetto DOGE

DOGE, come si è detto, è un progetto regionale finalizzato alla creazione di una rete di servizi per i professionisti sanitari di primary care (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta). L'iniziativa si colloca nel contesto del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria ed ha l'obiettivo di definire un'infrastruttura di servizi applicativi per il collegamento in rete degli operatori e la trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze dei dati delle ricette del Servizio Sanitario Nazionale. La fase sperimentale del progetto è durata due anni ed ha coinvolto circa settanta operatori. L'ingresso a regime è previsto nel 2011. In linea con gli orientamenti più evoluti in campo di informatizzazione dei servizi sanitari, il progetto prevede la realizzazione di una rete di

servizi in grado di soddisfare le esigenze dei vari attori coinvolti nel processo di cura, che, attraverso la condivisione del dato clinico da parte degli operatori autorizzati, aumenta il livello di continuità assistenziale. In tal modo il cittadino è posto al centro dei processi di diagnosi e cura e, contemporaneamente, vengono soddisfatte le richieste di trasmissione dei dati di natura sanitaria e amministrativa al Sistema Sanitario Nazionale.

Gli obiettivi principali del progetto sono due:

a) **la messa in rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** con lo sviluppo di un sistema finalizzato a consentire un'interazione costante tra tali Professionisti della Salute e l'Azienda Sanitaria di riferimento, che renda immediatamente disponibili agli attori interessati le informazioni clinico-amministrative riguardanti gli assistiti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati trattati. Il progetto prevede l'automazione, attraverso le nuove tecnologie, dei flussi informativi relativi all'allineamento anagrafico, incluse le informazioni relative alle esenzioni e alla scelta e revoca del medico, alle notifiche di ricovero, alle prescrizioni, all'invio dei referti, ecc.. In tal modo si prevede di aumentare significativamente la tempestività e l'accuratezza delle comunicazioni, a vantaggio sia degli assistiti che del Sistema Socio Sanitario nel suo complesso.

b) **il governo del ciclo prescrittivo** con lo sviluppo di soluzioni che consentano di dare attuazione alle disposizioni in materia di acquisizione telematica dei dati delle ricette secondo la normativa vigente. Il progetto non prevede l'introduzione di nuovi e diversi strumenti hardware o software, bensì definisce le regole e le modalità tecniche per l'attivazione di flussi di comunicazione adeguati tra i sistemi informatici esistenti. Grande attenzione è stata dedicata all'attività di allineamento dei sistemi di codifica mediante l'impiego di standard riconosciuti. Da questo punto di vista, una volta analizzato il quadro delle esperienze esistenti a livello nazionale e regionale, è stata definita l'architettura tecnologica del sistema da implementare, assicurandone la compatibilità con altre esperienze in corso e la conformità agli standard riconosciuti.

I risultati della sperimentazione

La sperimentazione ha previsto la trasmissione, direttamente da parte di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) al Presidio Ospedaliero di riferimento, della prescrizione di esami diagnostici, di visite specialistiche e prescrizioni farmaceutiche. Nel processo così attivato la richiesta viene visualizzata ed elaborata dall'operatore del Centro Unico Prenotazioni (CUP). In seguito all'erogazione della prestazione il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta riceve

dall'Azienda Sanitaria la notifica di pubblicazione del referto (ad esempio di laboratorio, di visita specialistica, ecc.) ed è in grado di importare il documento nel suo sistema di cartella clinica. Il progetto Doge ha inoltre garantito la realizzazione di quattro tipi di servizi, prima nella ULSS 19 e presto nell'intera Regione Veneto:

- *servizi anagrafici*: permettono di gestire i dati anagrafici sia tra anagrafe regionale e anagrafiche locali dei Sistemi Informativi Ospedalieri, sia tra Sistemi Informativi Ospedalieri e Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta. In tutto si tratta di sette servizi: inserimento nuova posizione anagrafica, aggiornamento e modifica delle informazioni, cancellazione della posizione anagrafica, variazione e annullamento del medico curante, incorporazione e scorporo (merge e unmerge) di due posizioni, query per ricerca di una posizione anagrafica, query per ricerca anagrafica di un singolo paziente, query massiva, notifica aggiornamenti;
- *servizi documentali*: in questa categoria rientrano tutti quei servizi che permettono la condivisione documentale tra Sistemi Informativi Ospedalieri e MMG/PLS, utilizzando specifici profili. In tutto sono 4 servizi: notifica documenti, query documenti, retrieve doc, submit doc;
- *servizi di e-prescription*: qui ritroviamo i servizi coinvolti nel ciclo prescrittivo che sono di competenza dei MMG/PLS e dei Sistemi Informativi Ospedalieri. Si tratta della creazione e della notifica della e-prescription;
- *servizi di privacy*: in questa categoria rientrano due servizi legati alla raccolta e alla consultazione del consenso, argomenti che comprendono in sostanza il trattamento del consenso che concede il cittadino per l'utilizzo dei propri dati anagrafici e clinici.

La costruzione di questa rete di servizi, nel suo complesso, pone le basi per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Personale (FaSP), nel quale sarà contenuta tutta la storia clinica del cittadino, in accordo con le linee guida ad oggi in fase di stesura da parte di un tavolo di cui fanno parte Regioni, Ministero della Salute e Garante della Privacy. La piattaforma cooperativa e le linee guida del Progetto DOGE risultano inoltre perfettamente in linea con il progetto Veneto ESCAPE per la digitalizzazione dei documenti clinici. Infine, l'implementazione di questi flussi permette un'integrazione efficiente anche con il Sistema di Anagrafe Regionale degli Assistiti già operativo nelle Aziende della provincia di Rovigo e in fase di diffusione in tutta la Regione.

6.4 Qualità e innovazione

Il punto di vista dei cittadini utenti può contribuire al miglioramento continuo della qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale, se viene loro riconosciuto un ruolo di attori a pieno titolo nella dimensione collettiva della tutela della salute. Nelle precedenti Relazioni Socio Sanitarie abbiamo parlato spesso della qualità organizzativa e della qualità professionale. Il profilo che in questa edizione vogliamo trattare è quello della qualità percepita. Nel corso del 2008 è stata realizzata a livello sperimentale una indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali, utilizzando il metodo del Picker Institute Europe opportunamente adattato al contesto organizzativo e culturale del Veneto. Alla sperimentazione hanno partecipato quattro Aziende Sanitarie: Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo, 19 Adria e 21 Legnago e Azienda Ospedaliera di Padova. I risultati della sperimentazione sono stati molto positivi sotto diversi punti di vista, in particolare:

- gli elevati livelli di adesione all'indagine tenuto conto della sua realizzazione con modalità postale (60% di questionari ritornati contro il 56% registrato in Inghilterra) e la complessiva buona qualità della compilazione dei questionari;
- le risposte dei pazienti, che da una parte, fanno emergere o confermano alcuni importanti punti di forza del Sistema Socio Sanitario regionale, da mantenere e rafforzare, e, dall'altra, consentono di identificare alcune aree di intervento, su cui lavorare per introdurre miglioramenti a livello sia regionale che locale.

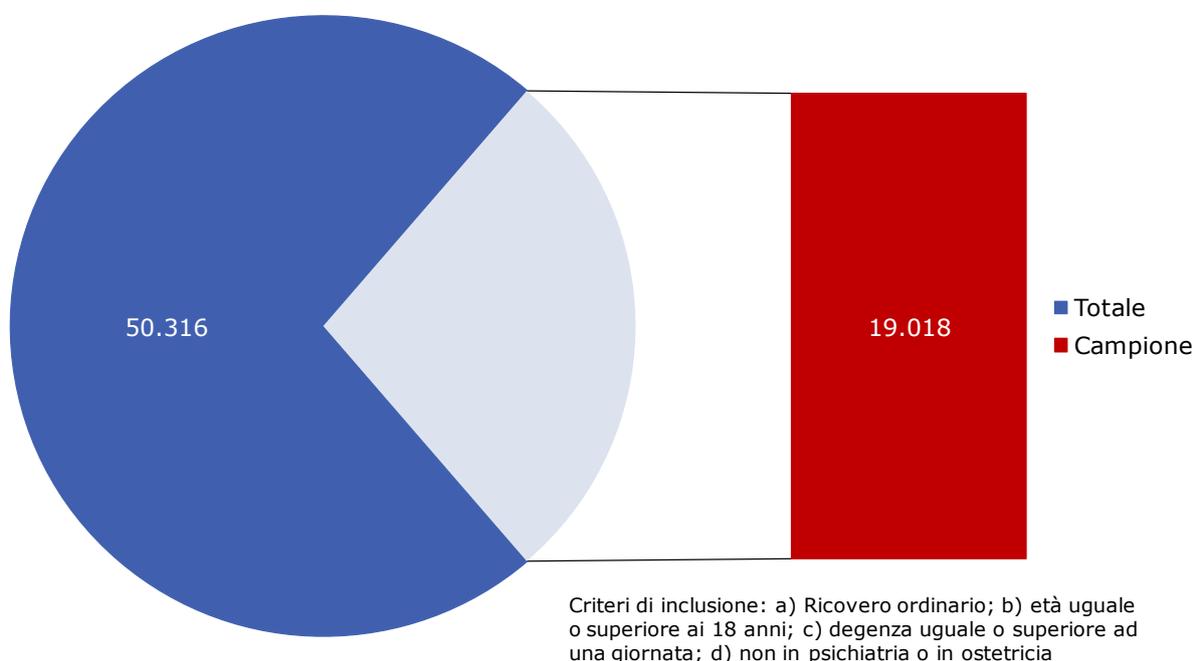
Indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali

Tenuto conto del successo della sperimentazione si è deciso di proseguire su questo filone progettuale con l'obiettivo generale di arrivare nel medio periodo alla definizione e alla messa a regime di un "Programma regionale di indagini sugli utenti dei servizi sanitari e socio sanitari" allargato a tutte le aree assistenziali e a tutto il territorio regionale. Nel 2009 il progetto ha visto l'estensione dell'indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali a tutte le Aziende Sanitarie regionali (eccetto le aziende che avevano partecipato alla sperimentazione del 2008) con i seguenti obiettivi specifici:

- ottenere il quadro completo del punto di vista dei pazienti sulla qualità dei servizi ricevuti dal SSR;
- definire piani di intervento a livello regionale e locale per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera che vadano nel senso della centralità del paziente attraverso attività di benchmarking tra le diverse Aziende Sanitarie regionali e con la situazione inglese;
- definire un programma di indagini periodiche sostenibile a livello regionale.

- L'indagine ha previsto l'invio postale di un questionario a un campione di pazienti. Il campione delle persone alle quali inviare il questionario è stato estratto a partire dall'archivio dei dimessi nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2009, e sono perciò stati inviati 19.018 questionari. L'estrazione del campione è stata rappresentativa a livello di singola struttura ospedaliera delle 20 Aziende sanitarie partecipanti. Il questionario somministrato riprendeva quello utilizzato nel 2008 e tutte le modifiche apportate sono state discusse e concordate con il Picker Institute Europe, istituto che svolge analisi analoghe per il Sistema Sanitario inglese e che supporta metodologicamente il progetto.

Popolazione eleggibile e campione: indagine sui pazienti dimessi dagli ospedali fine 2009 inizio 2010. Fonte: ARSS



665

Il questionario per l'indagine conteneva 71 domande complessive, suddivise in 9 macro aree tematiche che ripercorrono le tappe fondamentali dell'esperienza di ricovero del paziente. Al primo invio del questionario ha fatto seguito l'invio di 2 solleciti di risposta. L'indagine è stata svolta tra i mesi di settembre 2009 e gennaio 2010. L'adesione all'indagine è stata molto buona: gli 11.656 questionari ricevuti compilati (di cui 11.636 validati) corrispondono infatti ad un tasso grezzo di adesione pari al 61%.. Escludendo dal calcolo i pazienti che "non avrebbero potuto comunque rispondere al questionario", ovvero i deceduti, coloro che non l'hanno ricevuto in quanto il recapito era errato e coloro che non erano nelle condizioni fisiche o mentali per compilarlo, il tasso sale al 67% (tasso corretto). Si tratta di un risultato che ha superato quello dell'indagine sperimentale del

2008 (tasso grezzo: 60%; tasso corretto: 65%), già considerato come un grande successo sia dagli organizzatori che dagli addetti ai lavori a livello regionale, nazionale ed internazionale.

Analisi per dimensione della qualità

Dalla lettura delle risposte fornite dai pazienti in riferimento ai diversi momenti dell'esperienza di ricovero emergono alcuni elementi qualitativi che attraversano trasversalmente le diverse fasi del processo assistenziale analizzate dal questionario. Si è pertanto ritenuto interessante procedere ad una rilettura dei risultati in funzione delle dimensioni della qualità che possono fornire indicazioni puntuali su quanto e come il paziente sia messo effettivamente al centro del processo assistenziale. Da questo punto di vista, sono state adottate le stesse dimensioni della qualità previste dal Programma di accreditamento di eccellenza di Accreditation Canada adattato al contesto istituzionale, organizzativo e culturale del Veneto, che, dopo la sperimentazione avvenuta in sei Aziende Sanitarie regionali nel periodo 2008-2010, sarà sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale per diventare il "Programma di accreditamento di eccellenza del SSSR del Veneto". Sarà pertanto possibile leggere in modo integrato i risultati della valutazione della qualità dei servizi sanitari regionali da parte dei pazienti e dei professionisti sanitari (pari) esterni. Vediamoli:

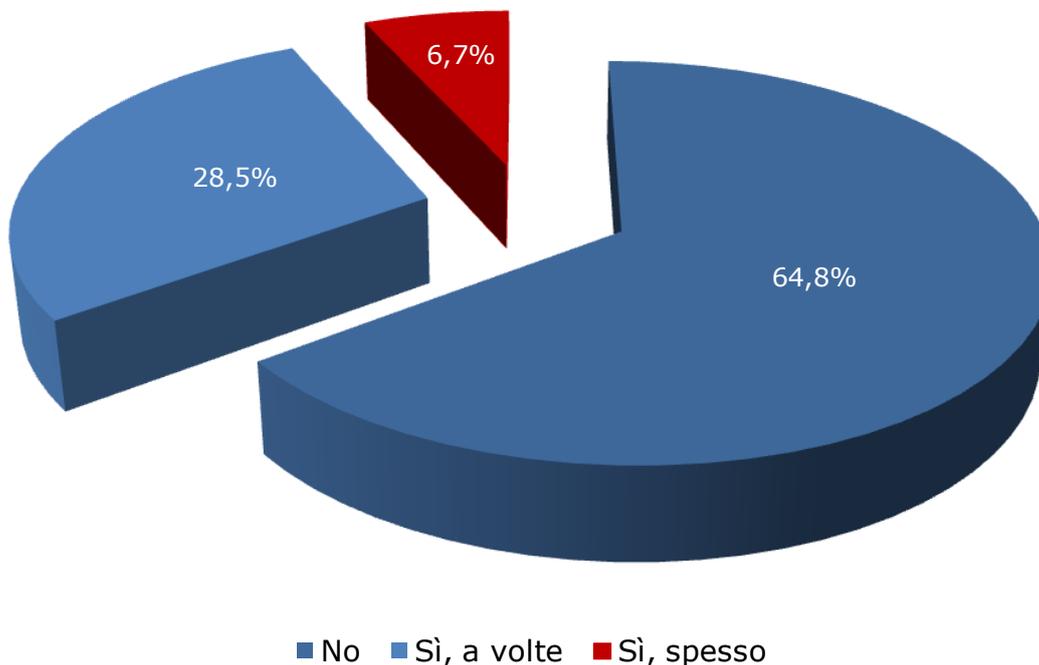
Comunicazione e informazione

Definizione: Tutte le informazioni rilevanti sono condivise con l'assistito e la famiglia in modo continuo, coerente, comprensibile ed utile.

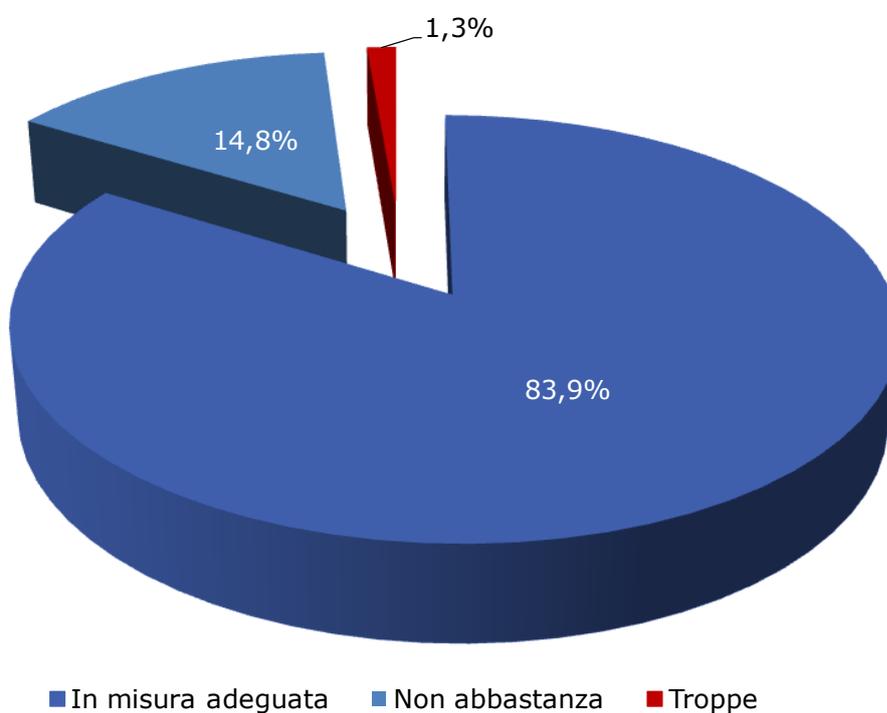
Domande	Risposte dei pazienti		
	Sì	Sì, a volte	No
Quando ha avuto una domanda da fare a un medico, ha ricevuto una risposta comprensibile?	69,8%	23,8%	6,4%
Quando ha avuto una domanda da fare a un infermiere, ha ricevuto una risposta comprensibile?	67,5%	27,9%	4,6%
Qualcuno del personale ospedaliero ha risposto in modo comprensibile alle sue domande su intervento chirurgico/ procedure?	66,1%	29,0%	4,9%

Per quanto riguarda la disponibilità e la capacità di comunicare, si presenta un quadro complessivo non connotato da importanti criticità, anche se in presenza di ampi margini di miglioramento. Anche la coerenza nella comunicazione fra i diversi operatori può essere migliorata al fine di minimizzare la confusione e l'incertezza che messaggi contraddittori possono generare nei pazienti.

Domanda: è capitato che un operatore dicesse una cosa e un altro un'altra?



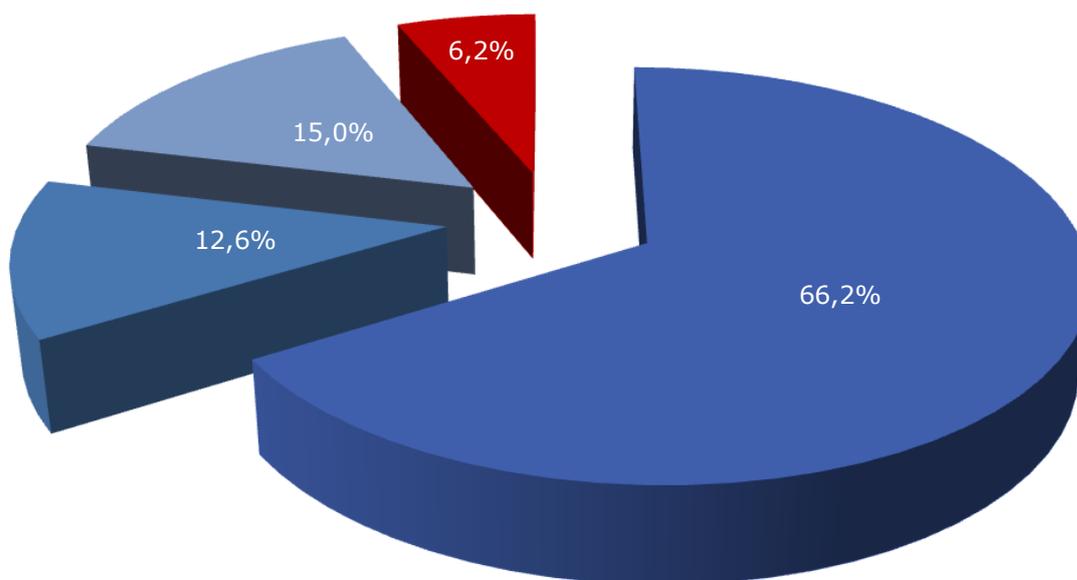
Informazioni in reparto su salute o trattamento



Il quadro delle informazioni fornite al paziente nelle diverse tappe della sua esperienza di ricovero risulta molto articolato con punti di forza e importanti criticità. In generale, i pazienti esprimono risposte molto positive alle domande relative alle informazioni

“dovute” in quanto previste da specifiche indicazioni normative o organizzative, come nel caso delle informazioni sulle condizioni di salute e sui trattamenti, compreso l'intervento chirurgico, che sono richieste per ottenere il consenso informato, o delle informazioni scritte sui comportamenti da adottare dopo la dimissione e sui farmaci da assumere, che sono inserite nella lettera di dimissione.

Informazioni in Pronto Soccorso su condizioni o cure



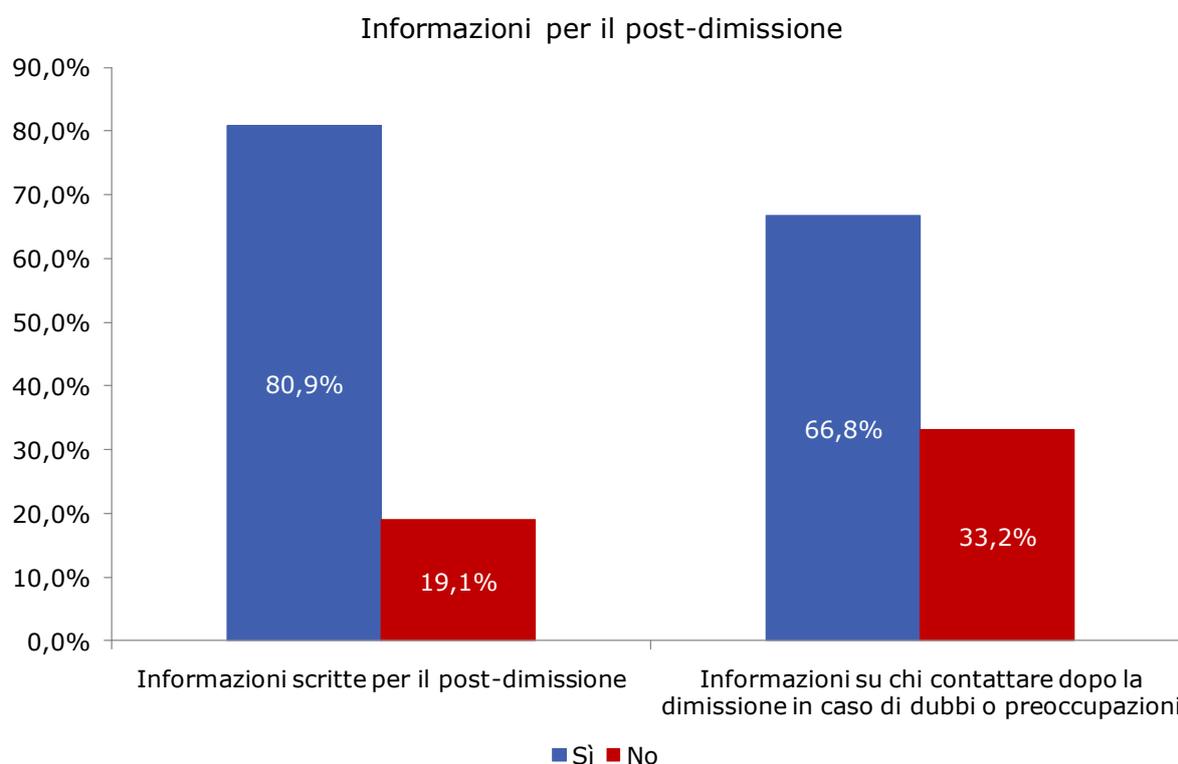
■ Abbastanza ■ Non abbastanza ■ Troppe ■ Nessuna

Informazioni fornite in occasione di intervento chirurgico/procedura e alla dimissione			
Tipo informazioni	Percentuale risposte dei pazienti		
	Informazioni complete	Informazioni parziali	Nessuna informazione
a) Informazioni su intervento chirurgico o altra procedura*			
- Rischi e benefici dell'intervento/procedura	70,50%	22,30%	7,20%
- Cosa sarebbe successo durante l'intervento/procedura	54,80%	29,10%	16,10%
- Come si sarebbe sentito dopo l'intervento/procedura	42,80%	30,30%	26,90%
- Come avrebbero addormentato/ controllato il dolore	60,10%	23,20%	16,70%
- Come era andato l'intervento/procedura	60,10%	27,70%	12,20%
b) Informazioni alla dimissione			
- A cosa servivano i farmaci prescritti	71,20%	18,80%	10,00%
- Effetti indesiderati dei farmaci da tenere sotto controllo	32,50%	17,30%	50,20%
- Come prendere i farmaci prescritti	76,70%	15,40%	7,90%
- Sintomi pericolosi da tenere sotto controllo	37,10%	19,20%	43,60%
- Informazioni ai familiari per assistenza post dimissione	56,70%	21,20%	22,10%

Più problematico appare il quadro relativo alle altre informazioni, in particolare quelle relative a momenti di particolare fragilità del paziente quali:

- l'arrivo in Pronto Soccorso;
- l'intervento chirurgico² o la procedura diagnostico terapeutica di carattere invasivo nelle sue diverse fasi di preparazione, realizzazione e uscita dalla sala operatoria;
- la dimissione.

In sintesi, al paziente sono fornite correttamente le informazioni su trattamento ospedaliero e post dimissione, ma è carente la spiegazione delle stesse e la loro contestualizzazione nella vita del paziente.



669

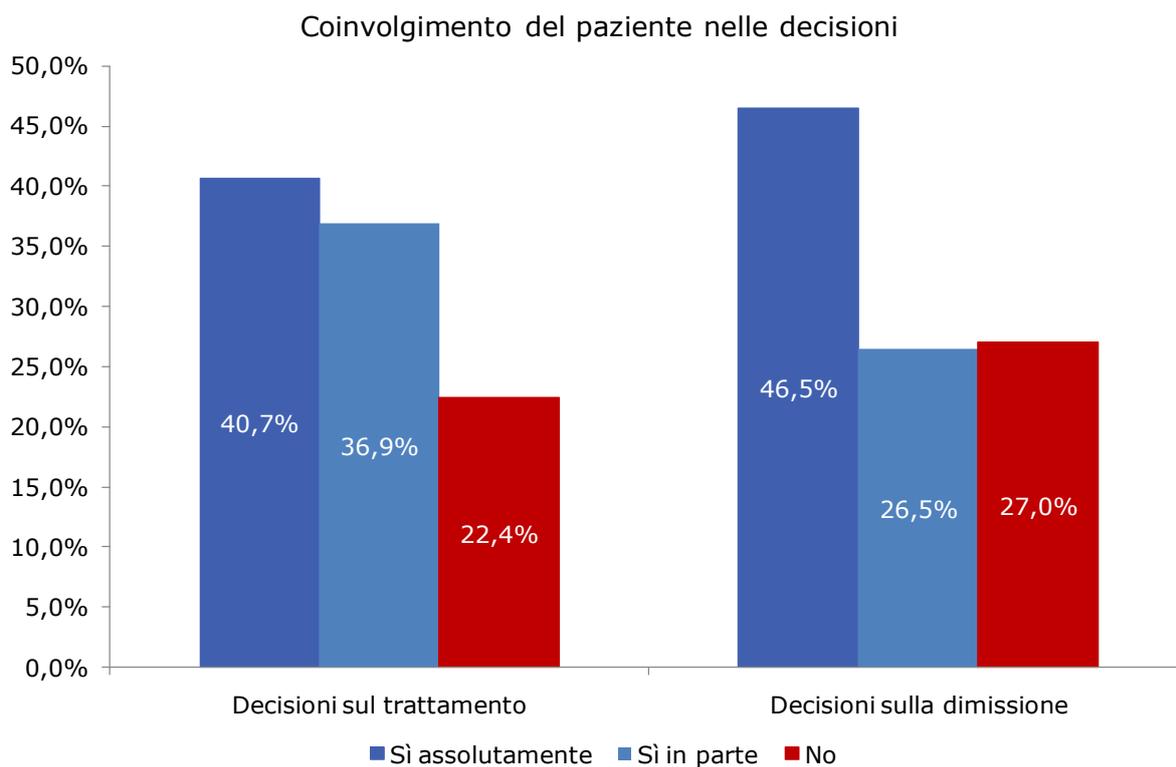
Partecipazione e responsabilizzazione del paziente

Definizione: L'assistito partecipa attivamente, in qualità di partner, al processo decisionale e alla programmazione, erogazione e valutazione dei servizi.

	Sì	No
Richiesta di esprimere parere su qualità dell'assistenza	14,6%	85,4%

Il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni che riguardano il loro percorso assistenziale è una delle principali aree di miglioramento espressa con evidenza nelle risposte al questionario, che risultano del tutto positive solo in meno della metà dei casi.

² Una consistente percentuale di intervistati, dal 25 al 33%, non ha risposto alle domande sulle informazioni relative all'intervento chirurgico, pur avendo dichiarato di essere stati sottoposti a intervento/procedura.



Rispetto e attenzione

670

Definizione: Cortesia, considerazione, sensibilità e rispetto caratterizzano ogni interazione con gli assistiti.

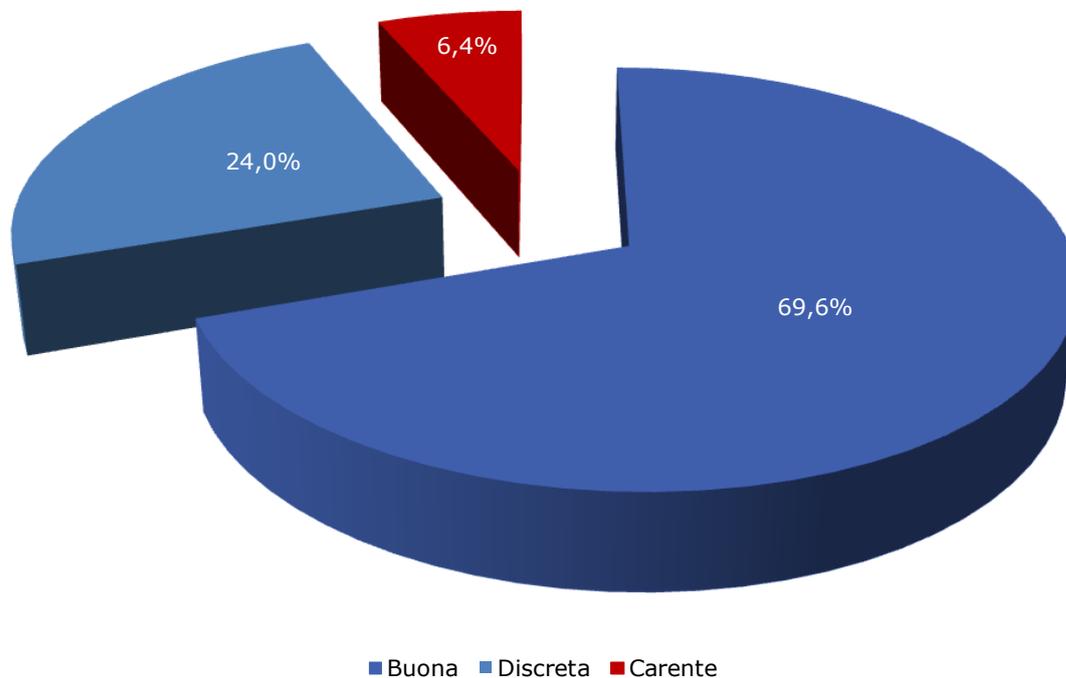
Risposte dei Pazienti	Complessivamente si è sentito trattato con rispetto e dignità?	I medici parlavano tra di loro come se il paziente non fosse presente	Gli infermieri parlavano tra di loro come se il paziente non fosse presente
Si, spesso/ assolutamente	81,00%	9,90%	9,90%
Si, a volte/ in parte	16,80%	31,80%	29,90%
No	2,10%	58,30%	60,20%

Risposte dei Pazienti	Tempo dedicato per parlare con il paziente (medici)	Tempo dedicato per parlare con il paziente (infermieri)
Si, spesso/ assolutamente	41,70%	42,40%
Si, a volte/ in parte	44,30%	45,10%
No	13,90%	12,40%

Sempre nell'ambito della centralità dell'utente, si ritrova ben presente nel questionario anche l'aspetto relativo al rispetto e all'attenzione nell'interazione con gli utenti. Si osserva un peggioramento progressivo dei giudizi dei pazienti passando da domande di carattere generale a domande relative ad aspetti specifici indicativi dei livelli di rispetto ed attenzione come ad esempio gli operatori che parlano fra di loro come se il paziente

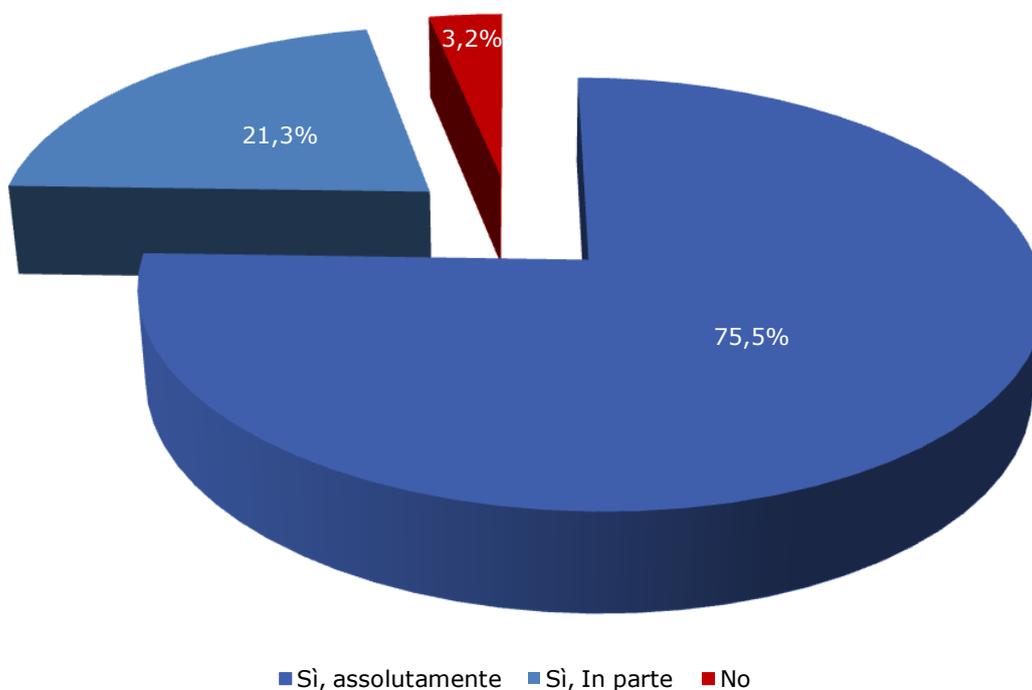
non fosse presente o il tempo dedicato da medici ed infermieri per parlare con il paziente o la cortesia degli operatori che accolgono il paziente in Pronto Soccorso.

Cortesia dell'operatore che ha accolto il paziente in Pronto Soccorso



671

E' stato fatto il possibile per alleviare il dolore?



La gestione del dolore rappresenta un aspetto esemplare nel fornire indicazioni sui livelli di attenzione per il paziente e i suoi bisogni. Dalle risposte dei pazienti esce un quadro

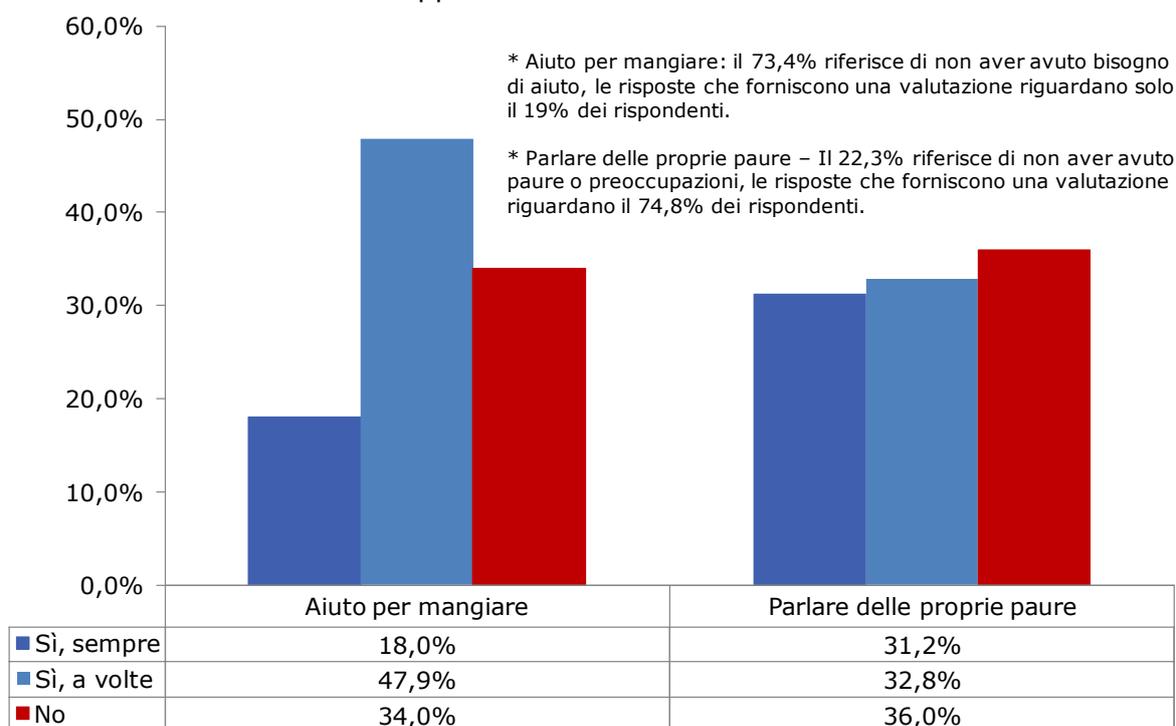
non sufficientemente soddisfacente su questo tema, soprattutto considerando che quasi i due terzi dei pazienti (64%) riferisce di aver avuto dolore e la particolare sensibilità e delicatezza di questo aspetto dell'assistenza, che negli ultimi anni è stato oggetto di attenzione specifica da parte dei decisori politici, della comunità scientifica e dei professionisti della salute.

Rispetto della privacy			
Risposte dei pazienti	In Pronto Soccorso	In reparto, parlando della salute	In reparto, visitando il paziente
Sempre	65,7%	70,2%	73,3%
In parte	32,4%	21,9%	20,2%
No	1,9%	7,9%	6,5%

Anche la privacy è stato e continua ad essere un tema centrale nel dibattito politico generale ed anche nell'ambito specifico sanitario, anche se più focalizzato sul trattamento dei dati personali. Considerando il rispetto della privacy in momenti specifici del percorso del paziente, come le visite e i trattamenti in Pronto Soccorso o quando si parla della salute o si visita il paziente in reparto di degenza, pur non riscontrandosi criticità particolarmente gravi (rispettivamente solo l'1,9%, il 7,9% e il 6,5% riferisce che la privacy non è stata rispettata affatto), sono presenti margini di miglioramento importanti, come indicato dalla quota elevata di risposte intermedie.

672

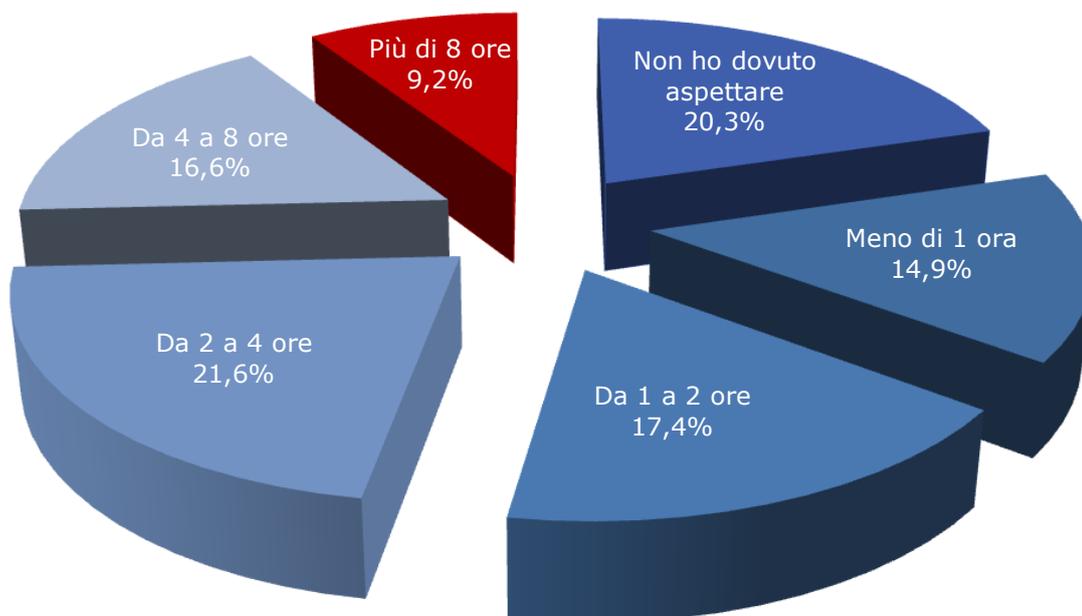
Supporto sociale ed emotivo*



Tempestività

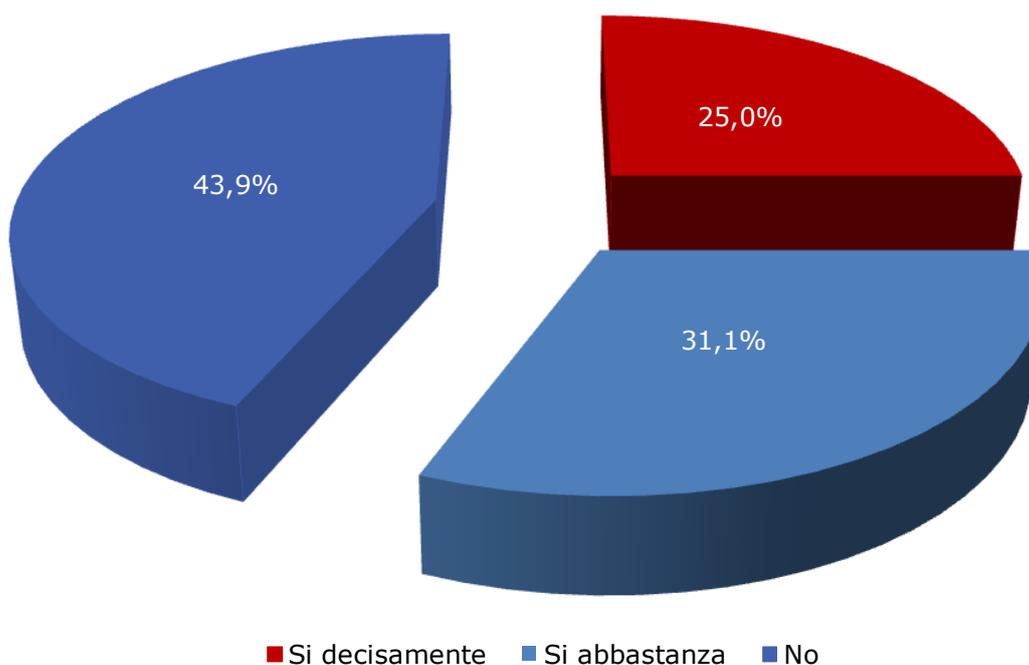
Definizione: I servizi sono forniti e le attività sono svolte per rispondere ai bisogni dell'assistito nei tempi appropriati o favorevoli.

Tempo trascorso in Pronto Soccorso prima di assegnazione del letto



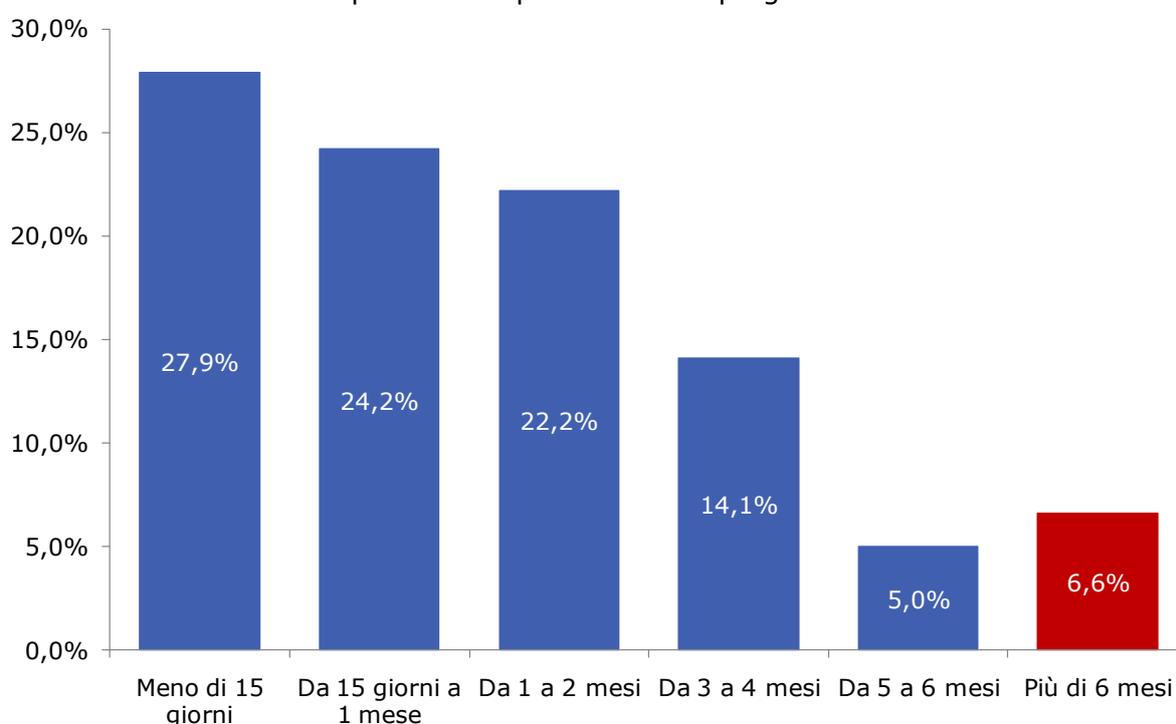
673

E' sembrato lungo il tempo trascorso in Pronto Soccorso prima della assegnazione del letto?



I tempi di attesa rappresentano uno degli aspetti dell'assistenza sanitaria su cui si concentra maggiormente l'attenzione dell'opinione pubblica e spesso sono vissuti con ansia e preoccupazione dalla persona che ha bisogno di una prestazione per risolvere o migliorare un problema di salute, in particolare se questo si presenta senza "preavviso", come nel caso del ricovero d'urgenza. Da sottolineare comunque che quasi il 90% dei pazienti interessati ritiene che l'ordine di visita in Pronto Soccorso sia stato corretto che parrebbe confermare la comprensione e la condivisione del triage da parte dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso. Più accettabili dal punto di vista dei pazienti risultano i tempi di attesa per i ricoveri ordinari, con solo il 6% che ritiene che avrebbe dovuto essere ricoverato molto prima.

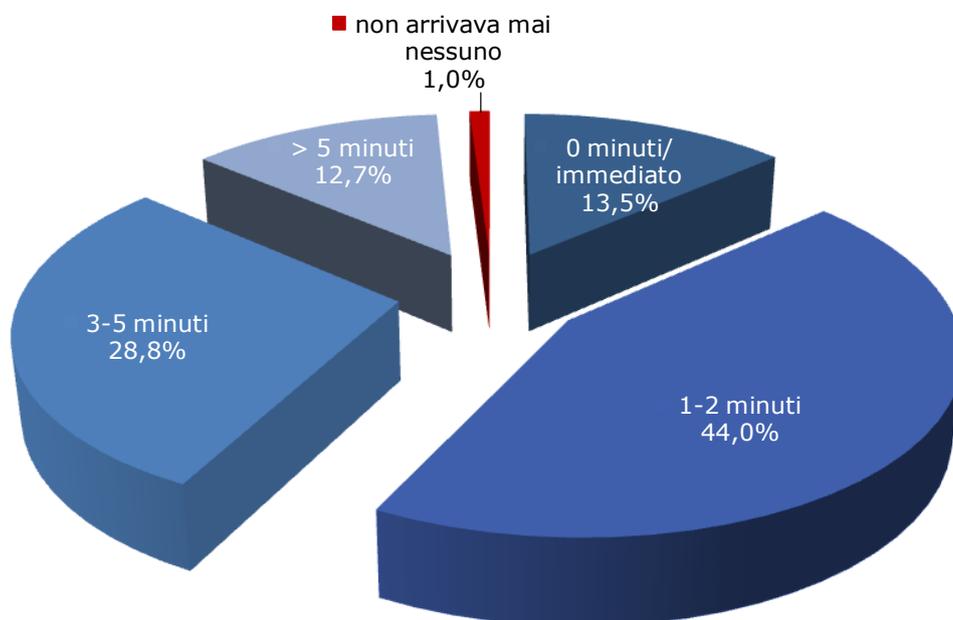
Tempi di attesa per il ricovero programmato



Giudizio sul tempo trascorso in lista di attesa prima del ricovero programmato		Giudizio su durata del ricovero	
Avrebbero dovuto ricoverarmi un po' prima	15,9%	Avrebbero dovuto dimettermi prima	2,8%
Avrebbero dovuto ricoverarmi molto prima	6,0%	Avrebbero dovuto dimettermi dopo	13,5%
Penso di essere stato ricoverato nei tempi giusti	78,1%	Dimesso nei tempi opportuni	83,7%
	100,0%		100,0%

Anche i tempi di attesa in reparto alla chiamata con il campanello non presentano particolari criticità oggettive, con l'86,3% di chiamate soddisfatte entro i 5 minuti.

Tempo trascorso dal suono del campanello all'arrivo dell'operatore



675

Sicurezza

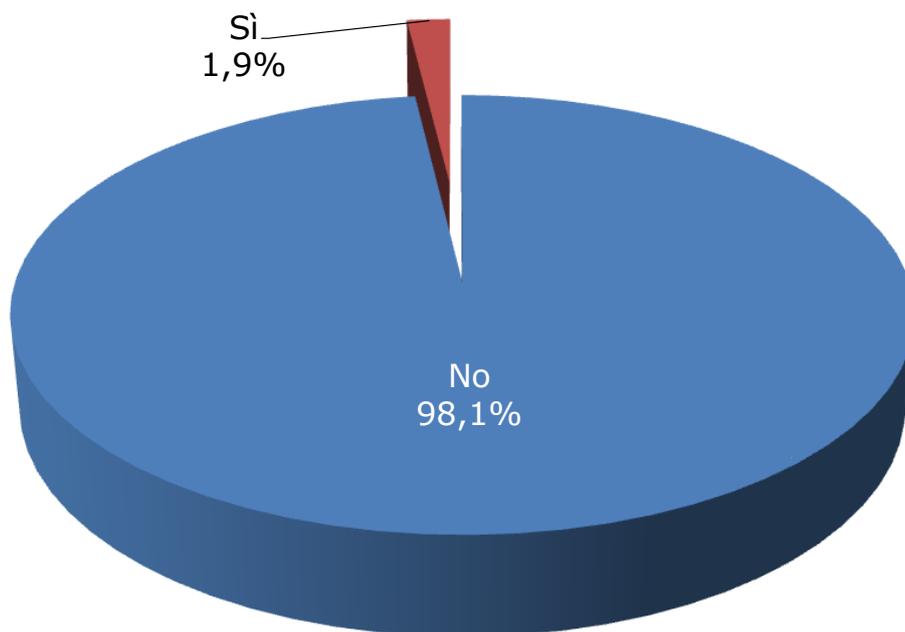
Definizione: I rischi potenziali e/o i risultati non voluti sono eliminati o ridotti al minimo.

Gli operatori si lavavano le mani o si cambiavano i guanti passando da un paziente ad un altro? *		
No	23,9%	8,6%
A volte	13,3%	16,4%
Sempre	62,8%	75,0%
	100,0%	100,0%

Medici: il 39,3% risponde "non saprei/non ricordo". Le risposte che contengono una valutazione riguardano il 57,5% dei rispondenti. **Infermieri:** il 27,1% risponde "non saprei/non ricordo". Le risposte che contengono una valutazione riguardano il 70,9% dei rispondenti.

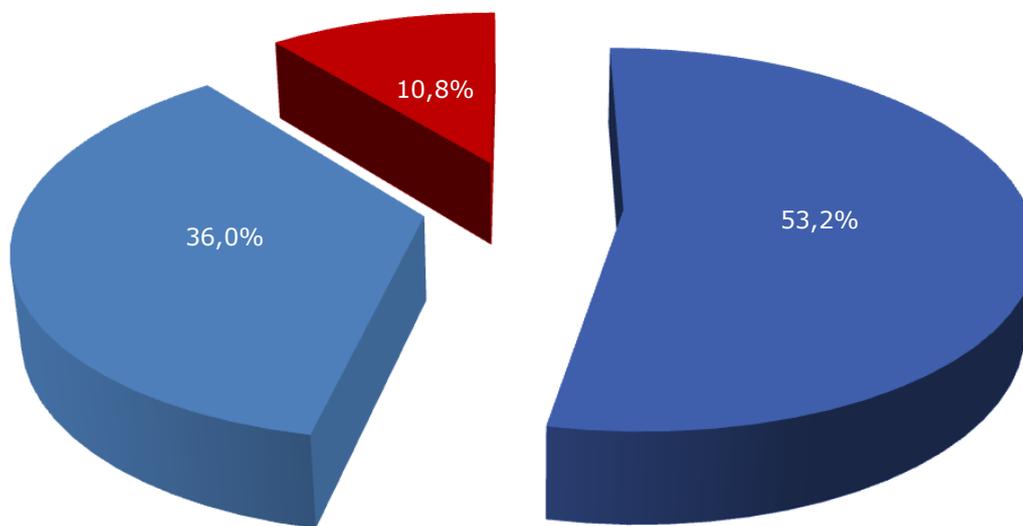
Livello di pulizia		
Per niente pulito	0,5%	1,3%
Non molto pulito	4,0%	6,3%
Abbastanza pulito	46,5%	48,8%
Molto pulito	49,0%	43,6%
	100,0%	100,0%

Sentirsi minacciato da altri pazienti o visitatori



Pasti e confort ambientale

Qualità dei pasti



■ Molto buona/buona ■ Discreta ■ Scadente

Disturbo da rumore nelle ore notturne		
Risposte	Altri pazienti	Personale ospedaliero
No	66,3%	87,0%
Sì	33,7%	13,0%
	100,0%	100,0%

Competenza, Continuità, Disponibilità

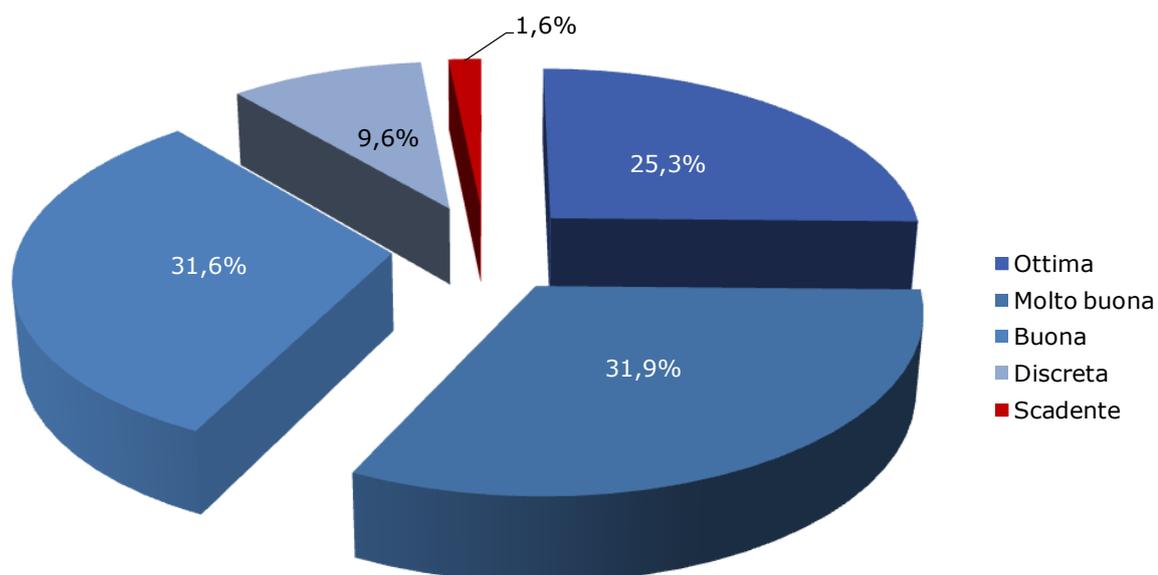
Definizioni:

- **Competenza:** conoscenze, capacità ed attitudini individuali risultano appropriati ai servizi offerti;
- **Continuità:** i servizi sono offerti in modo coordinato assicurando la continuità nel tempo;
- **Disponibilità:** servizi e risorse (finanziarie, umane, informative e di attrezzature) sono disponibili per rispondere ai bisogni dell'assistito.

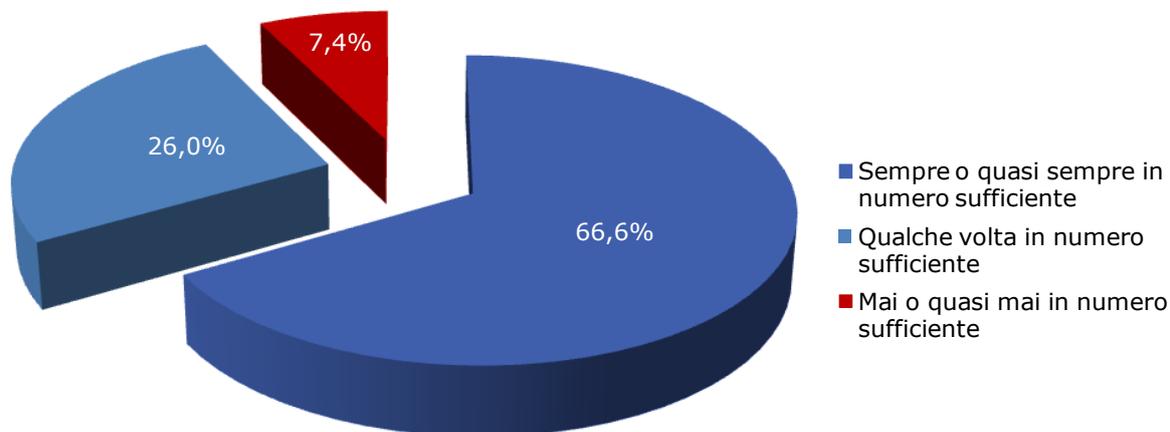
Nel questionario ci sono alcune domande che indagano aspetti vari legati alla qualità professionale e organizzativa dell'assistenza ospedaliera. Le risposte a queste domande forniscono indicazioni sul punto di vista dei pazienti su questi aspetti qualitativi e si rivelano utili per una valutazione complessiva degli stessi attraverso l'integrazione con altri elementi conoscitivi di natura più oggettiva.

Competenza: aveva piena fiducia negli operatori che la stavano curando?		
Risposte	Medici	Infermieri
No	2,7%	3,3%
A volte	16,3%	22,1%
Sempre	81,0%	74,6%
	100,0%	100,0%

677

Continuità: come giudica la collaborazione fra medici e infermieri?

Disponibilità: c'erano abbastanza infermieri per prendersi cura di lei?



Indagine sugli assistiti delle Cure Primarie

678

Nel 2009 è stata inoltre realizzata una indagine sperimentale per rilevare l'esperienza e la percezione della qualità dell'assistenza da parte degli utenti delle Cure Primarie che ha visto coinvolte sette Aziende ULSS:

- Azienda ULSS 4 Alto Vicentino;
- Azienda ULSS 9 Treviso;
- Azienda ULSS 13 Mirano;
- Azienda ULSS 16 Padova;
- Azienda ULSS 19 Adria;
- Azienda ULSS 20 Verona;
- Azienda ULSS 21 Legnago.

Gli obiettivi dell'iniziativa possono essere così riassunti:

- verificare quanto la metodologia e gli strumenti Picker siano adattabili facilmente e in modo efficace al contesto veneto relativamente alle cure primarie;
- valutare le modalità con cui presentare nel modo migliore i risultati ai fini del loro utilizzo a livello regionale e locale;
- definire risorse, expertise e supporto necessari in futuro per gestire il programma su base continua e allargata a tutto il SSSR;
- ottenere un primo quadro del punto di vista dei cittadini utenti sulla qualità dei servizi ricevuti dal SSSR nell'ambito delle cure primarie.

Analogamente all'indagine sui pazienti dimessi è stata usata la tecnica dell'invio postale del questionario a un campione di assistiti. L'adattamento del questionario inglese alla realtà veneta è stato sviluppato attraverso focus group con assistiti e test cognitivi, oltre ad interviste "faccia a faccia". Il campione delle persone alle quali inviare il questionario è stato estratto dall'Anagrafe Sanitaria regionale, in cui sono iscritti tutti i cittadini che hanno effettuato la scelta di un Medico di Medicina Generale (MMG) o di un Pediatra di Libera Scelta (PLS) convenzionati con il Servizio Socio Sanitario Regionale. Il questionario è stato inviato a 7.000 assistiti, 1.000 per ogni Azienda ULSS partecipante.

Il questionario definito per l'indagine sperimentale regionale contiene 79 domande complessive suddivise in nove macro aree tematiche di cui sette riguardano agli aspetti principali dell'esperienza dell'assistito con il proprio medico di famiglia, una l'esperienza con la Guardia Medica e una le informazioni personali. Le nove sezioni sono:

- accesso al Medico di famiglia (16 domande);
- l'incontro (visita o colloquio con il medico (11 domande);
- i farmaci (10 domande);
- prescrizione di esami diagnostici o visite specialistiche (8 domande);
- visita o colloquio con un altro professionista che opera presso la sede dell'ambulatorio del medico di famiglia (8 domande);
- prevenzione (4 domande);
- servizio di Guardia Medica (10 domande);
- informazioni personali (7 domande).

Al primo invio del questionario ha fatto seguito, l'invio di due solleciti di risposta. L'indagine è stata svolta tra i mesi di gennaio e aprile 2010. L'adesione all'indagine è stata molto buona: i 4.374 questionari compilati e validati corrispondono infatti ad un tasso grezzo di adesione pari al 62%. Escludendo dal calcolo gli assistiti che "non avrebbero potuto comunque rispondere al questionario", ovvero coloro che non l'hanno ricevuto in quanto il recapito era errato, i deceduti e coloro che non erano nelle condizioni fisiche o mentali per compilarlo, il tasso sale al 66% (tasso corretto). Si tratta di tasso di risposta molto positivo, di gran lunga superiore a quello registrato in Inghilterra nell'ultima indagine analoga (2008) coordinata dal Picker Institute Europe per cui il tasso di risposta corretto si è fermato al 40% ovvero 26 punti percentuali in meno rispetto al risultato veneto.

Analisi per dimensione della qualità

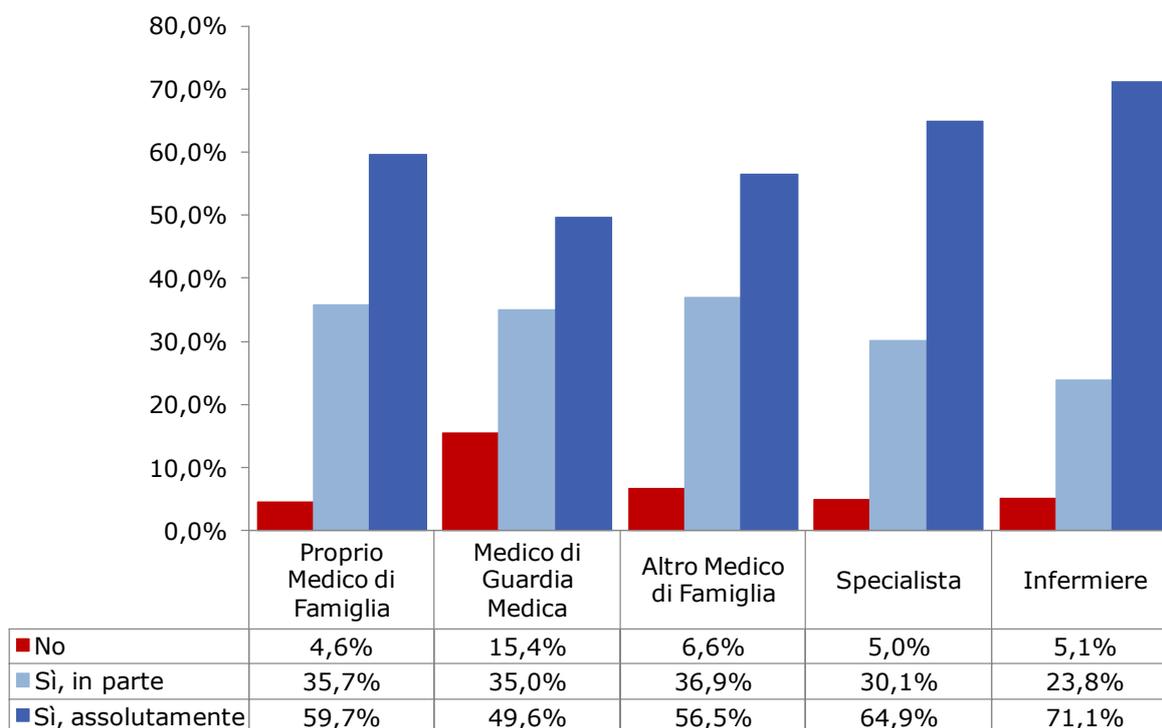
Dall'analisi delle risposte in riferimento ai diversi aspetti dell'esperienza con il proprio medico di famiglia e con la Guardia Medica emergono alcuni elementi qualitativi che li

attraversano trasversalmente. Come per l'indagine sui dimessi dagli ospedali si è pertanto proceduto ad una rilettura dei risultati in funzione delle dimensioni della qualità che può fornire indicazioni puntuali su quanto e come l'assistito sia messo effettivamente al centro del processo assistenziale.

Competenza

Definizione: conoscenze, capacità ed attitudini individuali risultano appropriati ai servizi offerti.

Fiducia nei Professionisti delle Cure Primarie



Nota: Per tutti i professionisti i giudizi sono espressi con riferimento all'ultimo incontro-contatto.

I giudizi relativi a "Altro Medico di Famiglia", "Specialista" e "Infermiere" sono forniti dagli assistiti che hanno riferito che il proprio Medico di Famiglia opera all'interno di una forma associativa avanzata (UTAP o Medicina di gruppo) e che negli ultimi 12 mesi hanno avuto una visita o un colloquio con questi professionisti.

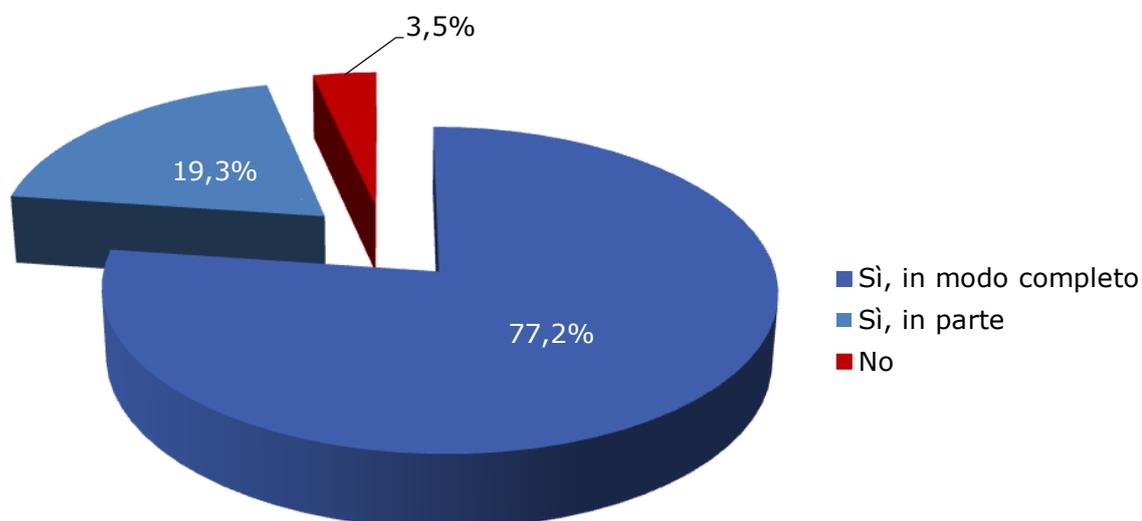
Comunicazione e informazione

Definizione: Tutte le informazioni rilevanti sono condivise con l'assistito e la famiglia in modo continuo, coerente, comprensibile ed utile.

Gli assistiti esprimono risposte relativamente positive (oltre il 70% di risposte assolutamente positive) alle domande relative alle informazioni e spiegazioni di carattere generale sia su trattamenti o azioni da intraprendere sia su scopo dei farmaci. Più problematico appare il quadro relativo ad altre informazioni più specifiche sui farmaci, in particolare quelle sugli effetti indesiderati che solo meno di un terzo degli assistiti

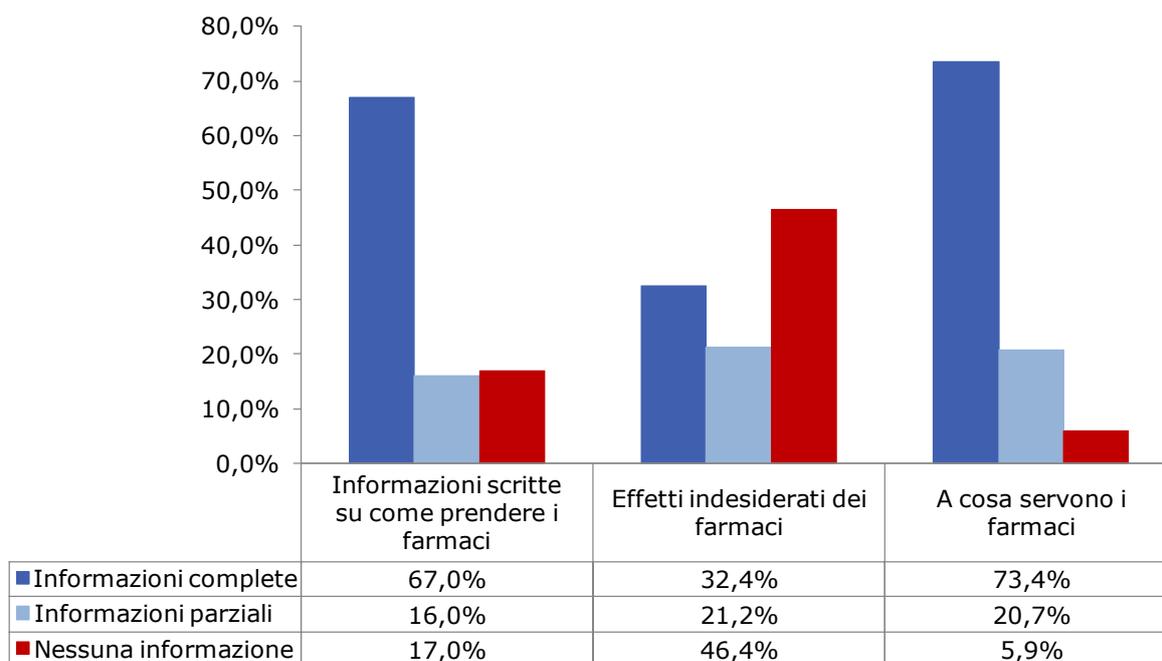
dichiara di aver ricevuto in modo completo e quasi la metà di non aver ricevuto per niente.

Spiegazioni su motivi trattamenti o azioni
(Medico di famiglia – Ultimo incontro)



681

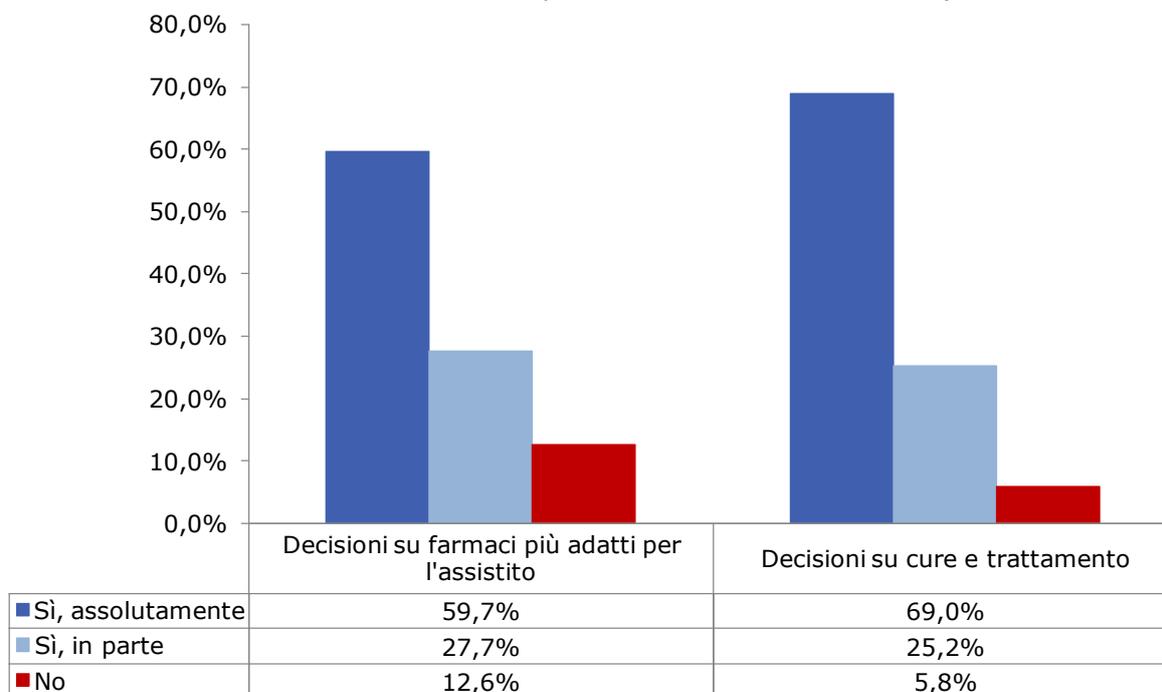
Spiegazioni e informazioni sui farmaci (Medico di famiglia: ultima prescrizione di farmaci mai assunti prima/nuovi)



Partecipazione e responsabilizzazione dell'assistito

Definizione: L'assistito partecipa attivamente, in qualità di partner, al processo decisionale e alla programmazione, erogazione e valutazione dei servizi.

Coinvolgimento dell'assistito nelle decisioni (Medico di famiglia:
Ultimo incontro/ultima prescrizione di farmaci nuovi)



Oltre i due terzi degli assistiti dai medici di famiglia riferisce di essersi sentito assolutamente coinvolto nelle decisioni su cure e trattamento. Questo dato risulta nettamente più elevato di quello corrispondente relativo all'assistenza ospedaliera (40,7%), presumibilmente in ragione del rapporto più continuo e più stretto che si instaura con il medico di famiglia. Inferiore appare il coinvolgimento nelle decisioni sulla scelta dei farmaci più adatti, con meno del 60% degli assistiti che risponde positivamente con piena convinzione.

Rispetto e attenzione

Definizione: Cortesia, considerazione, sensibilità e rispetto caratterizzano ogni interazione con gli assistiti.

L'88,4% degli assistiti riferisce di essersi sentito trattato con rispetto e dignità dal proprio medico di famiglia, percentuale che supera quella già considerata buona (81%) riscontrata in corrispondenza dell'analoga domanda di carattere generale rivolta ai pazienti dimessi dagli ospedali. Anche per la domanda generale relativa al sentirsi trattati con rispetto e dignità la Guardia Medica fa registrare una percentuale più bassa, ma con

uno scarto decisamente inferiore a quelli descritti precedentemente in riferimento al giudizio complessivo sull'assistenza ricevuta e alla fiducia nel medico. Dall'analisi delle risposte alle domande relative ad aspetti più specifici che possono fornire indicazioni sui livelli di rispetto ed attenzione del medico di famiglia emerge un quadro più articolato con alcuni punti di forza, come la capacità di ascolto del medico e in parte quella di tranquillizzare l'assistito su stato di salute e preoccupazioni, e alcune criticità, in primo luogo le interruzioni durante l'incontro con il medico per le telefonate ricevute dallo stesso, ma anche il tempo dedicato dal medico per parlare con l'assistito.

Risposte dei Pazienti	Complessivamente si è sentito trattato con rispetto e dignità?		Il MdF ha ascoltato attentamente tutto quello che lei aveva da dire?
	Medico di famiglia (MdF)	Medico Guardia Medica	
Si, spesso/ assolutamente	88,4%	77,6%	85,9%
Si, a volte/ in parte	10,7%	17,6%	12,6%
No	0,9%	4,8%	1,5%
	100,0%	100,0%	100,0%

Risposte dei Pazienti	Le è stato dedicato un tempo sufficiente per parlare con il MdF del suo problema di salute?	Il MdF ha fatto il possibile per tranquillizzarla relativamente al suo stato di salute e alle sue preoccupazioni?	La visita o il colloquio con il MdF sono stati interrotti da telefonate ricevute dal medico?
	Si, spesso/ assolutamente	67,7%	76,1%
Si, a volte/ in parte	29,4%	20,6%	
No	2,9%	3,3%	51,9%
	100,0%	100,0%	100,0%

683

Accessibilità

Definizione: L'assistito ottiene facilmente i servizi richiesti o disponibili nella sede più appropriata.

Risposte dei Pazienti	Ha dovuto rinunciare ad andare dal suo medico di famiglia a causa degli orari scomodi? (ultimi 12 mesi)	Il personale di segreteria del suo MdF ha creato difficoltà al contatto diretto con lui? (ultimi 12 mesi)	Le persone in sedia a rotelle possono accedere facilmente all'ambulatorio del MdF?
Si, spesso/assolutamente	5,6%	1,4%	57,3%
Si, a volte/in parte	22,1%	8,6%	17,7%
No	72,3%	90,0%	25,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

L'accessibilità, insieme alla tempestività, è una delle principali dimensioni della qualità che indicano il livello di fruibilità reale di un servizio. Per quanto riguarda il medico di famiglia le risposte degli assistiti segnalano due importanti criticità:

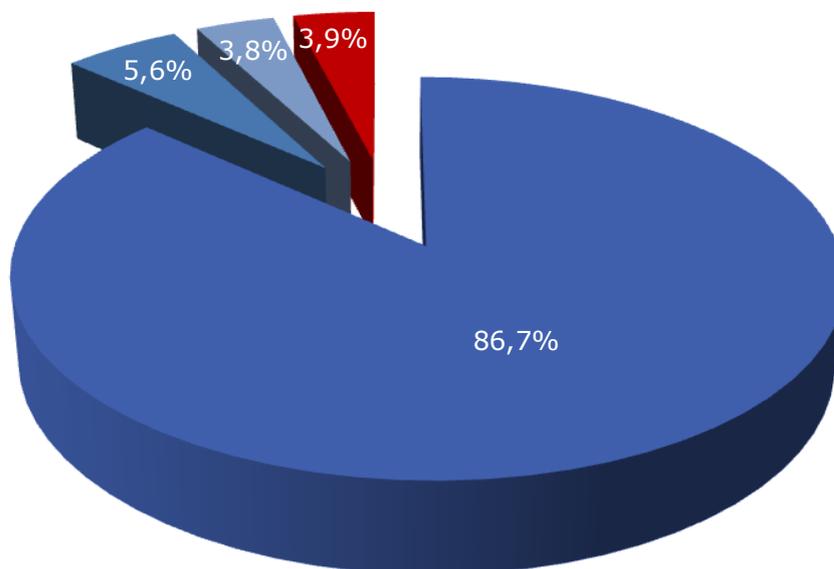
- La prima e più importante di carattere strutturale riguarda l'impossibilità o la difficoltà ad accedere all'ambulatorio delle persone in sedia a rotelle per la presenza di barriere architettoniche con il 25% degli assistiti che riferisce che questo problema esiste assolutamente e il 17,7% parzialmente;
- La seconda di carattere organizzativo relativa agli orari di apertura dell'ambulatorio. Il 5,6% e il 22,1% assistiti affermano di aver dovuto rinunciare a recarsi dal proprio medico rispettivamente spesso e qualche volta a causa degli orari scomodi.

Su altri aspetti le risposte al questionario indicano buoni livelli di accessibilità al medico di famiglia, quali:

- Il personale di segreteria non crea difficoltà al contatto diretto con il medico: lo afferma il 90% dei rispondenti;
- Il medico è facilmente reperibile per telefono: solo il 3,9% dei rispondenti che hanno cercato di contattare il proprio medico per telefono riferisce di non essere riuscito a parlare né con lui né con un suo collaboratore;

684

Possibilità di parlare con il medico per telefono
(Medico di famiglia - Ultimo contatto)

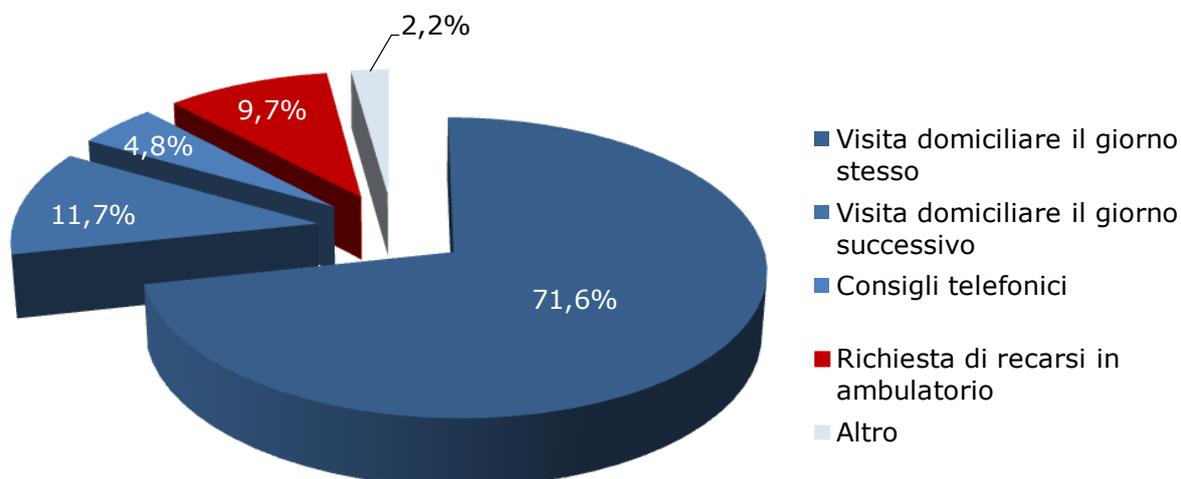


- Parlato con il Medico di Famiglia
- Parlato con collega/collaboratore
- Il Medico di Famiglia ha richiamato
- Non ho parlato con nessuno

- La risposta alla richiesta di visita domiciliare è nel complesso soddisfatta tempestivamente: il 71,6% riceve la visita al domicilio il giorno stesso e l'11,7% il

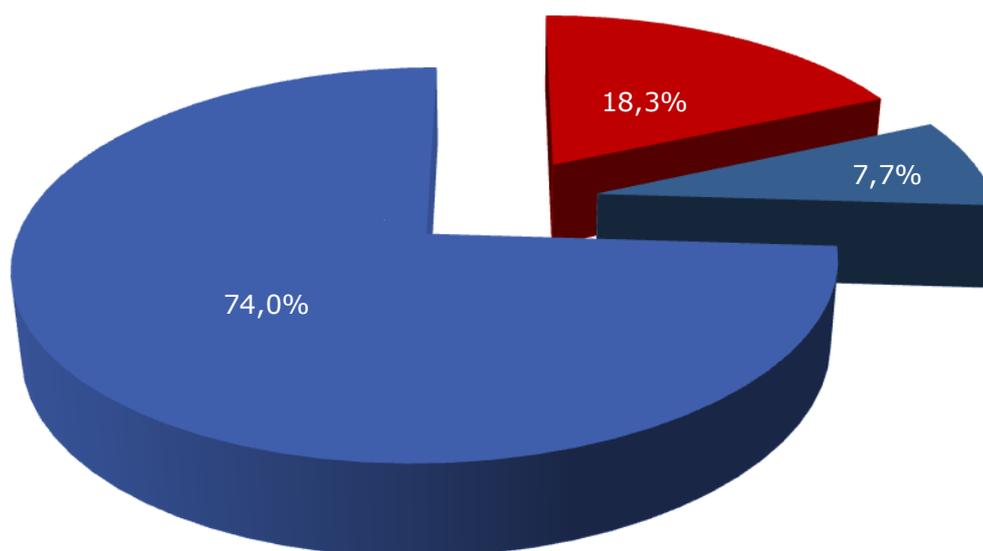
giorno successivo. Negli altri casi vengono dati comunque consigli telefonici o si invita l'assistito a recarsi in ambulatorio.

Esito richiesta visita domiciliare
(Medico di Famiglia - Ultima richiesta)



685

Indicazioni su dove effettuare prestazioni specialistiche
(Medico di Famiglia - Ultima prescrizione specialistica)



- No, anche se avrei voluto
- Ha preso contatti direttamente
- Mi ha dato informazioni

In generale, le indicazioni fornite su dove effettuare le visite specialistiche o gli esami diagnostici che vengono prescritti costituiscono un aspetto importante dell'accessibilità a queste prestazioni. Questo vale in particolare per il medico di famiglia che svolge il ruolo di prima porta di ingresso al sistema dei servizi. Dall'indagine emerge una importante carenza in questo loro ruolo di orientamento con il 18,3% dei rispondenti che dichiara di non aver ricevuto le indicazioni di cui aveva bisogno.

Ritorno dal medico per correzione prescrizione (Medico di Famiglia - Ultima prescrizione specialistica)		E' riuscito a parlare con un operatore? (Guardia Medica – Ultimo contatto telefonico)	
Si	11,4%	Dopo pochi minuti	90,0%
No	88,6%	Dopo molto tempo	8,0%
	100,0%	Nessuna risposta	2,0%
			100,0%

Anche il dover ritornare dal medico di famiglia per correggere o completare una prescrizione di prestazioni specialistiche è un aspetto molto specifico ma indicativo del livello di accessibilità alle prestazioni specialistiche che riguarda il medico di famiglia: l'11,4% dei rispondenti afferma che questo è successo. Infine, per quanto riguarda la Guardia Medica, pur in un quadro di non particolare criticità con il 90% che ha avuto una risposta immediata, va comunque segnalato che il 2% di quelli che hanno cercato di chiamarla per telefono non hanno avuto alcuna risposta.

Tempestività

Definizione: I servizi sono forniti e le attività sono svolte per rispondere ai bisogni dell'assistito nei tempi appropriati o favorevoli.

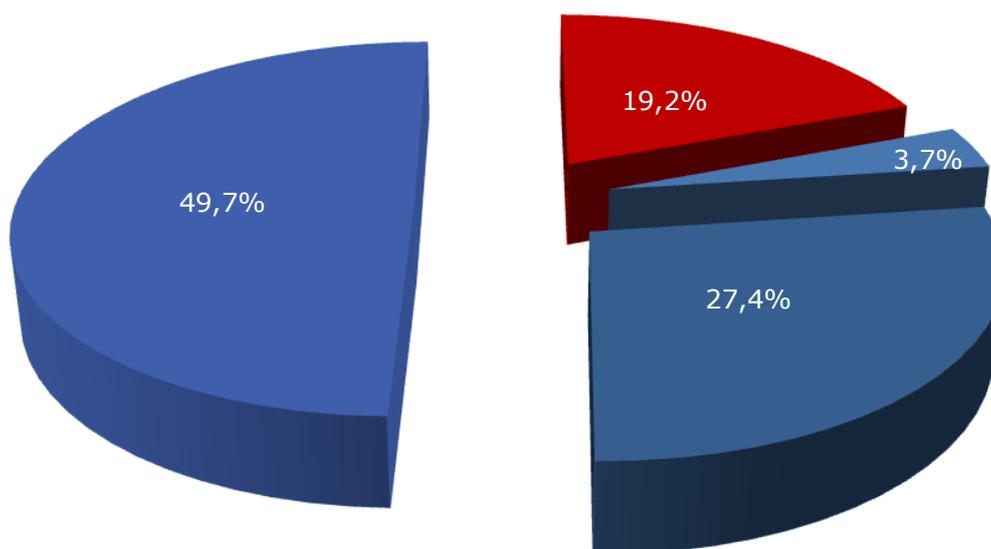
I risultati dell'indagine indicano che la tempestività è una delle principali aree di miglioramento espressa con evidenza dai rispondenti per tutte le domande relative a questa dimensione della qualità, in particolare:

- I tempi di attesa per avere un appuntamento con il medico: poco meno del 20% degli assistiti che lo hanno richiesto ha dovuto aspettare più di 2 giorni lavorativi e un altro 50% circa 1 o 2 giorni lavorativi con il risultato che quasi il 27% dei rispondenti pensa che il medico avrebbe dovuto riceverlo molto prima (5,4%) o un po' prima (21,4%);
- I tempi di attesa dall'arrivo in ambulatorio prima di essere ricevuto dal medico di famiglia: quasi un quarto degli assistiti che si sono presentati direttamente ha aspettato più di un'ora e un altro terzo da 30 a 60 minuti. La situazione è ovviamente migliore per gli assistiti che si sono recati dal medico su appuntamento che in oltre l'86% dei casi sono ricevuti entro 30 minuti dall'ora fissata per l'appuntamento, anche

se il 13,4% degli assistiti con appuntamento che aspettano più di 30 minuti va interpretato come una criticità importante nell'organizzazione delle visite su appuntamento;

- I tempi di attesa dalla chiamata della Guardia Medica all'arrivo del medico al domicilio: quasi un quarto dei rispondenti riferisce di aver aspettato più di un'ora, con un 5,6% che ha dovuto attendere da 2 a 6 ore.

Tempo trascorso tra richiesta appuntamento e incontro
(Medico di Famiglia – Ultima richiesta appuntamento)

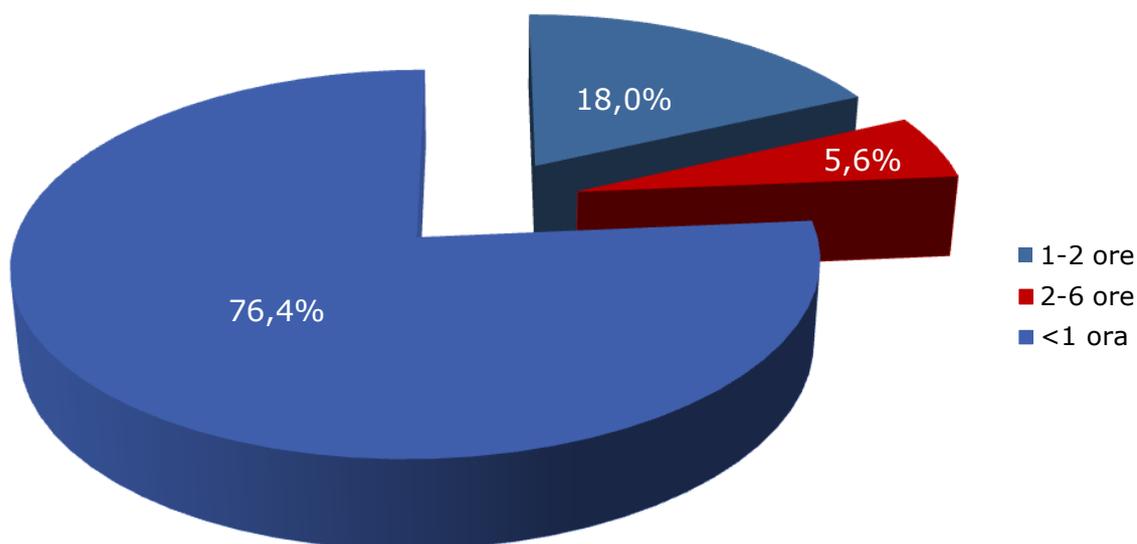


- Ho aspettato più di 2 giorni lavorativi
- Si trattava di una visita programmata
- Sono stato ricevuto il giorno stesso
- Ho aspettato 1 o 2 giorni lavorativi

Tempi attesa in ambulatorio prima di essere ricevuto (Medico di famiglia – Ultimo incontro in ambulatorio)		
Tempo di attesa	Appuntamento	Accesso diretto
< 15 minuti	44,3%	10,6%
15-30 minuti	42,3%	32,7%
30-60 minuti	10,1%	32,3%
> 60 minuti	3,3%	24,4%
	100,0%	100,0%

Come è sembrato il tempo di attesa per appuntamento? (Medico di famiglia – Ultima richiesta appuntamento)	
Avrebbe dovuto ricevermi un po' prima	21,4%
Avrebbe dovuto ricevermi molto prima	5,4%
Ricevuto nei tempi giusti	73,2%
	100,0%

Tempi attesa da chiamata ad arrivo al domicilio
(Guardia Medica – Ultima chiamata telefonica)



Appropriatezza

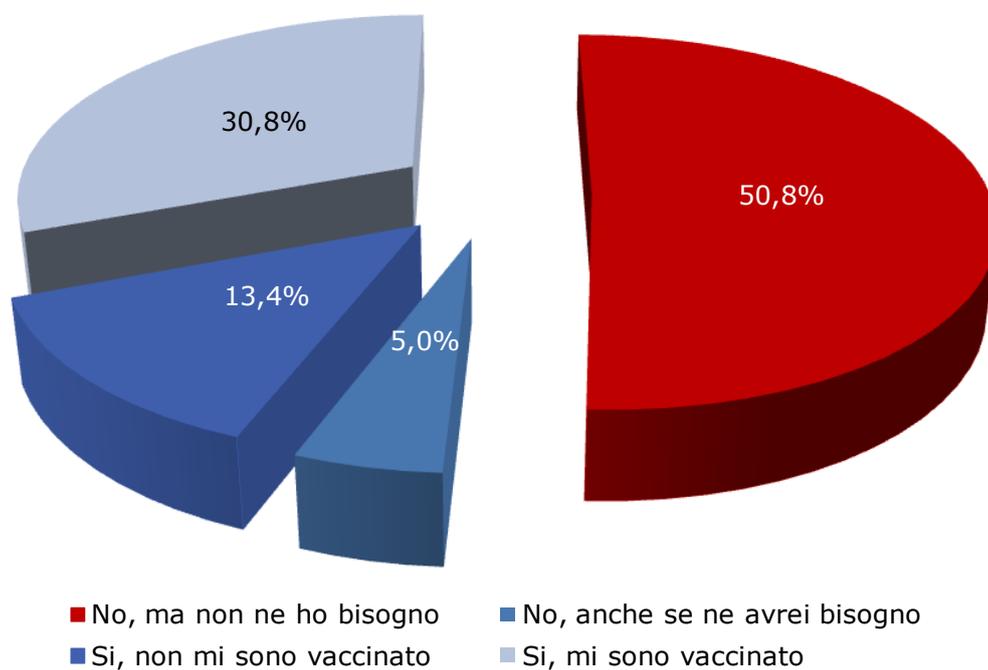
688

Definizione: I servizi rispondono ai bisogni degli assistiti, consentono all'organizzazione di raggiungere i suoi obiettivi generali, dimostrano, in base all'evidenza, di produrre benefici e si basano su standard definiti.

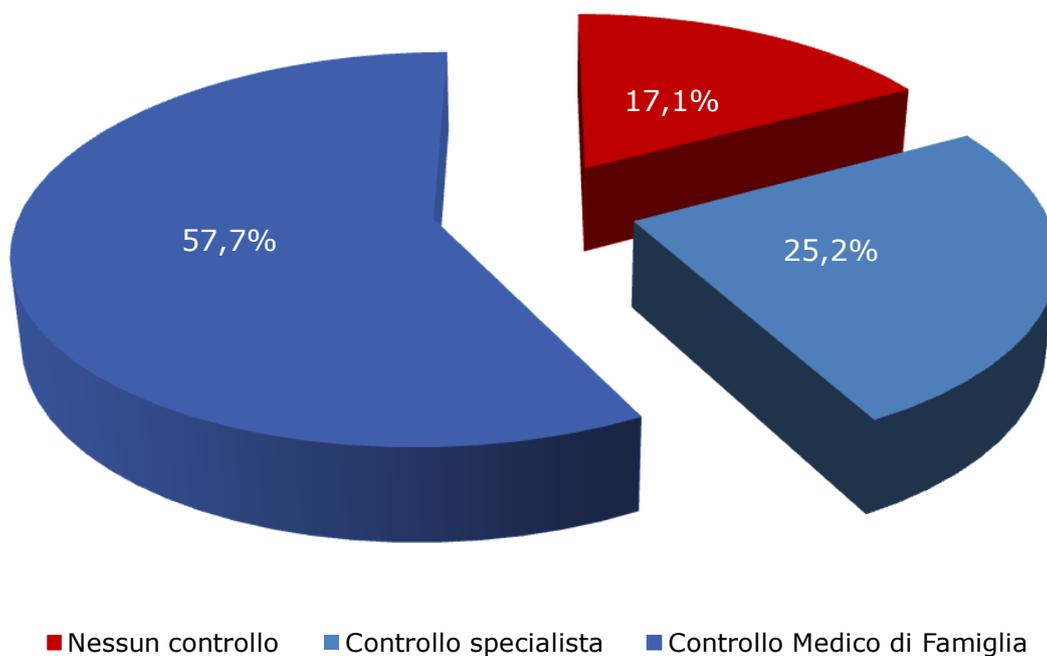
I focus group con gli assistiti hanno confermato la poca chiarezza riguardo alle funzioni del medico di famiglia nell'area assistenziale della Prevenzione: quando l'argomento veniva portato all'attenzione dei partecipanti agli incontri la loro reazione indicava sostanzialmente l'estraneità del Medico di Famiglia a questo tipo di attività. L'indagine mette in evidenza un altro problema di appropriatezza in riferimento al controllo degli effetti dei farmaci abituali, che nel 17,1% dei casi non viene effettuato.

Controllo pressione e informazioni su screening oncologici (Medico di Famiglia – Ultimi 12 mesi)		
Risposte	Controllo pressione sanguigna	Informazioni su screening oncologici
Sì	53,0%	26,8%
No	27,3%	48,2%
No, ma non ce n'era bisogno	19,7%	25,0%
	100,0%	100,0%

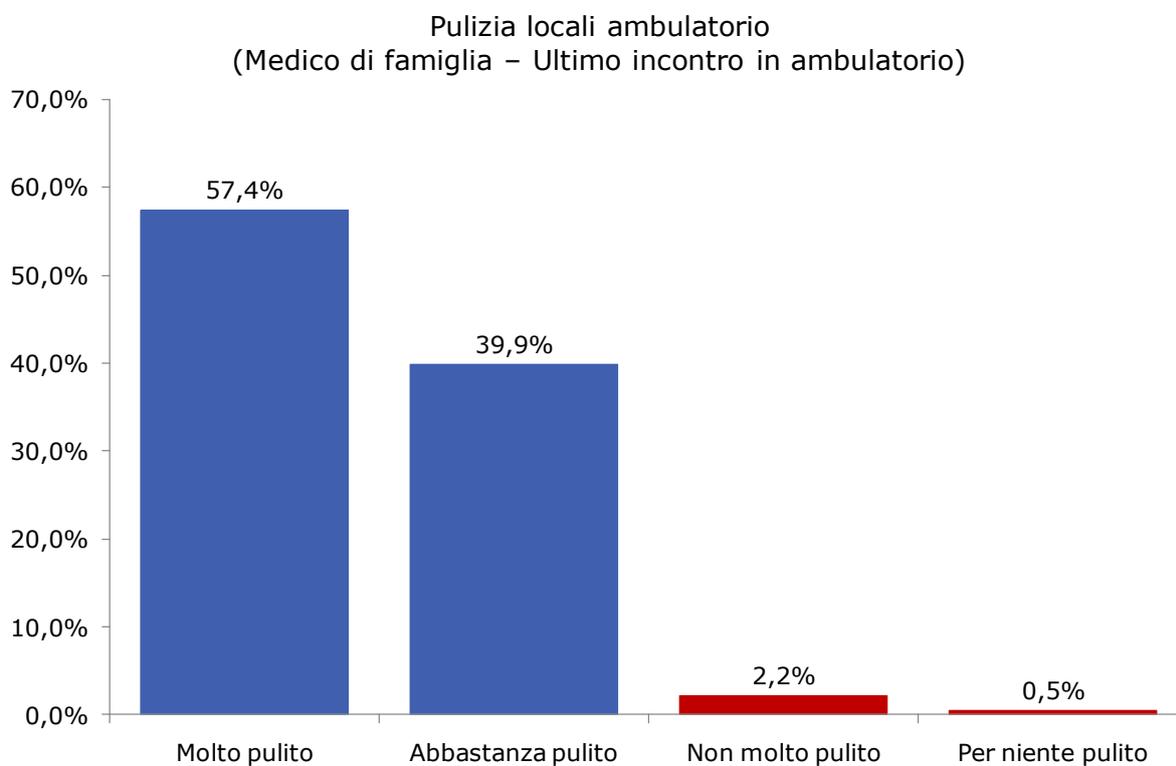
Proposta vaccino antinfluenzale
(Medico di Famiglia - Ultimi 12 mesi)



Controllo effetto farmaci abituali
(Medico di famiglia - Ultimi 12 mesi)

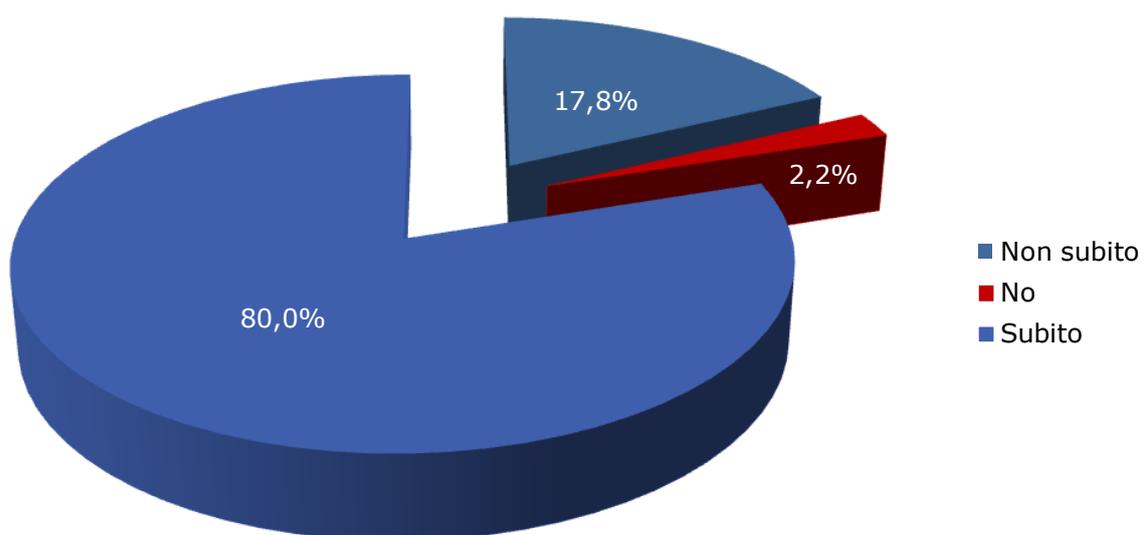


Confort ambientale



690

Posto per sedersi in sala attesa ambulatorio
(Medico di famiglia - Ultimo incontro in ambulatorio)

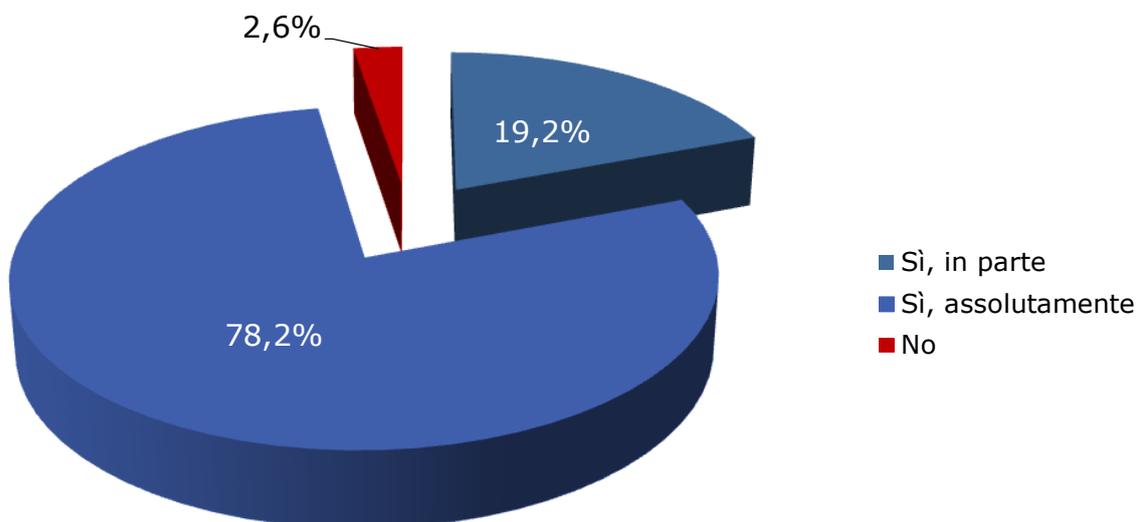


Efficacia – Continuità

Definizioni:

Efficacia: Servizi, interventi e azioni intraprese raggiungono risultati ottimali.

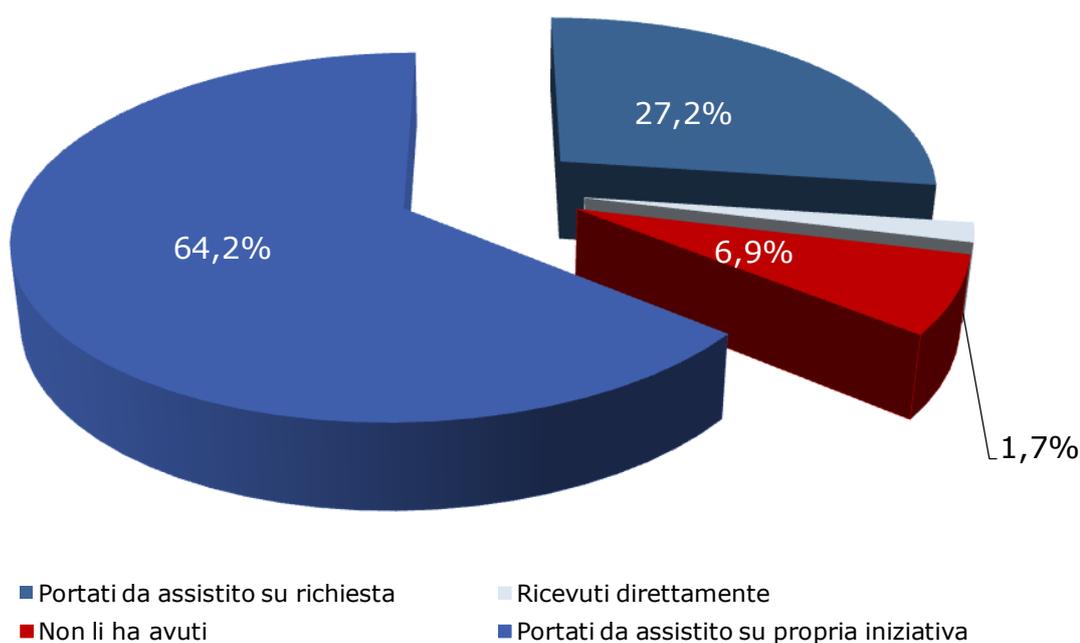
Efficacia: Gestione soddisfacente motivo incontro
(Medico di famiglia – Ultimo incontro)



691

Continuità: I servizi sono offerti in modo coordinato assicurando la continuità nel tempo.

Continuità: il medico di famiglia ha avuto esiti da prestazioni specialistiche (Medico di famiglia – Ultima prescrizione prestazioni specialistiche)

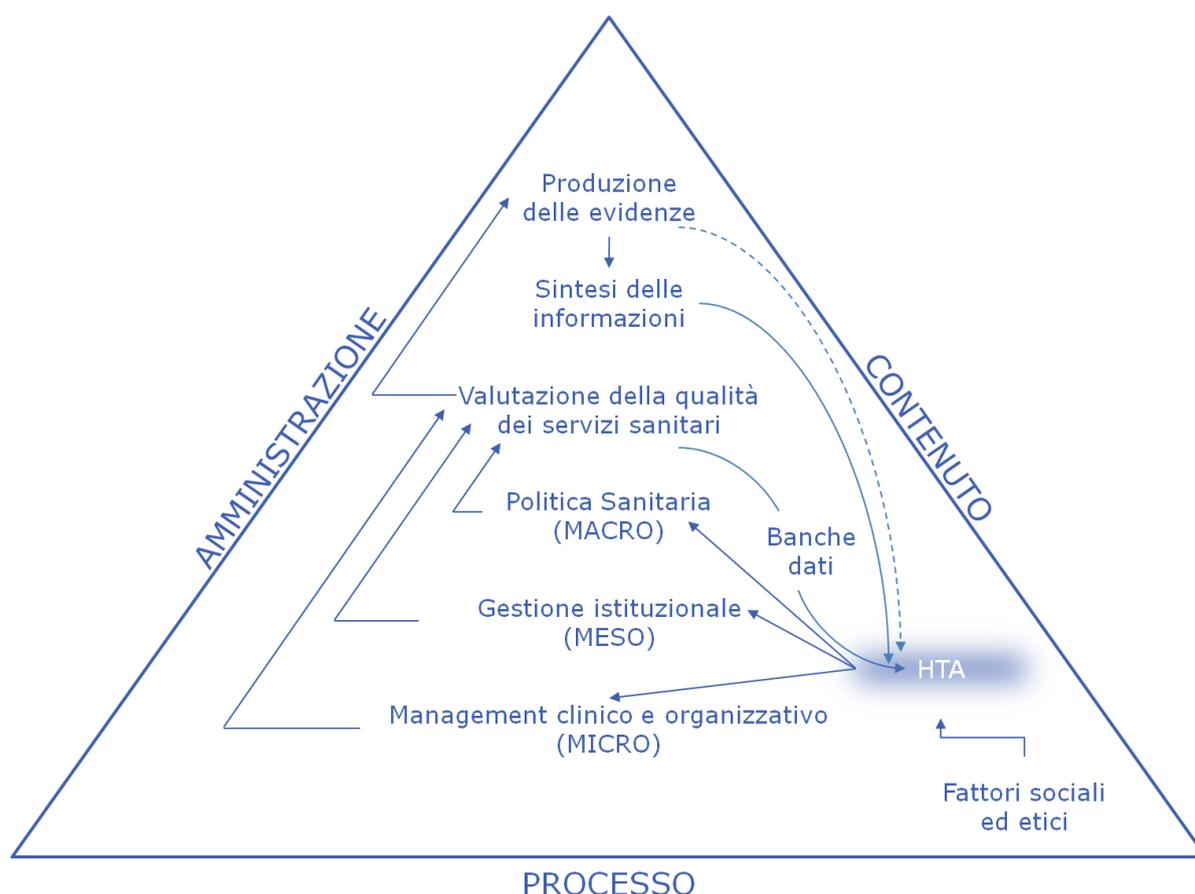


Innovazione e miglioramento:

Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA)

L'attività di ricerca e innovazione costituisce una condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Nell'ambito della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in campo sanitario, è rilevante la possibilità di creare una rete coordinata ed integrata di strutture e competenze che consenta di diffondere le conoscenze specifiche. È altresì di fondamentale importanza la diffusione di una cultura della ricerca, innovazione e valutazione della tecnologia in sanità. L'Health Technology Assessment (HTA) viene definito come *un approccio multidisciplinare di valutazione a supporto delle decisioni politiche nei Sistemi Sanitari.*

L'Health Technology Assessment nel modello di Renaldo N. Battista (1999)



Seguendo il modello di Renaldo N. Battista, l'Health Technology Assessment riguarda:

- *aspetti di contenuto:* la produzione e sintesi di prove di efficacia e la considerazione di fattori sociali, tra cui quelli economici, ed etici;
- *aspetti di processo:* i tre livelli macro, meso e micro dei sistemi sanitari;
- *aspetti di amministrazione:* l'HTA fornisce basi razionali alla produzione di servizi sanitari e ai loro standard operativi.

Fonte: Società Italiana di Health Technology Assessment.

L'Health Technology Assessment si sviluppa come la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. La valutazione di una tecnologia sanitaria va inquadrata nell'ambito di un moderno approccio di sanità pubblica e di modello generale di funzionamento dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte³.

Livelli di applicazione dell'Health Technology Assessment (HTA)			
Livello	Dimensione	Obiettivi	Attori
MACRO	Politica Sanitaria	Innovazione, regolazione, allocazione delle risorse	Enti regolatori internazionali, nazionali o regionali
MESO	Gestione Istituzionale	Definizione delle priorità, ottimizzazione dell'utilizzo	Regione, Aziende Sanitarie
MICRO	Organizzativa/Operativa	Appropriatezza dell'utilizzo, Linee Guida	Dipartimenti, Unità Operative

La Regione del Veneto nell'agosto 2008, ha avviato il Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA), di durata triennale, con la finalità principale di consentire la realizzazione di azioni necessarie a favorire lo sviluppo e la diffusione di una cultura della ricerca e dell'innovazione, ivi compresa la valutazione della tecnologia in ambito sanitario. Per garantire un approccio multidisciplinare al Programma, è stata prevista l'istituzione di un Gruppo di Lavoro composto da diverse figure professionali. Le attività principali, che il Programma include, comprendono:

- l'identificazione delle tematiche ritenute rilevanti a livello regionale e locale su cui promuovere l'attività di ricerca;
- la promozione della ricerca traslazionale e della sperimentazione volte a migliorare la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici;
- lo sviluppo di processi formativi rivolti agli operatori del settore socio sanitario per l'acquisizione e il miglioramento di competenze sulle metodologie da adottare per creare percorsi finalizzati ad un confronto continuo sui risultati ottenuti e a sostegno dell'attività di ricerca;

³ Carlo Favaretti, Presidente Società Italiana di Health Technology Assessment, nella prefazione al volume: Ricciardi W., La Torre G., Health Technology Assessment: Principi, dimensioni e strumenti, SEEd Edizioni, Torino, 2010.

- lo sviluppo di processi informativi (linee guida) sull'uso di specifiche tecnologie e procedure;
- l'individuazione degli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, attraverso la ricerca di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali;
- lo sviluppo di procedure per la formalizzazione di partnership pubblico/privato che rispondano ai bisogni della programmazione;
- la creazione di una rete di collaborazioni esterne, nazionali ed internazionali, per potenziare la possibilità di impatto della valutazione sulle decisioni, evitando la duplicazione di informazioni già esistenti e trasferibili nel SSR del Veneto;
- la raccolta sistematica della letteratura internazionale e la sua analisi critica, relativamente all'introduzione e alla diffusione di tecnologie sanitarie a supporto delle decisioni di programmazione sanitaria, di politica regionale e di gestione delle Aziende ULSS, al fine di creare un'apposita banca dati regionale;
- il censimento delle esperienze esistenti sul Technology Assessment e la promozione della metodologia dell'HTA nelle valutazioni nel campo dei farmaci, dei dispositivi e delle procedure assistenziali innovative.

Tali attività insieme alle metodologie utilizzate e agli obiettivi annuali perseguiti dal Programma, sono definite in un documento programmatico annuale. Nel 2010 gli obiettivi definiti sono i seguenti:

- Coordinamento delle attività di ricerca in cui la Regione del Veneto è Destinatario Istituzionale (art.12 e 12/bis del D.Lgs.502/92 come modificato ed integrato dal D.Lgs.229/99 e ricerca Europea);
- Identificazione delle aree di interesse prioritario a livello regionale rispetto alle quali sviluppare le attività di ricerca sanitaria e promuovere progetti di ricerca;
- Definizione della "Chiamata, nell'ambito di collaborazioni pubblico-private, alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2010";
- Follow up delle progettualità approvate nel 2009 in relazione alla "Chiamata, nell'ambito di collaborazioni pubblico-private, alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2009";
- Promozione della ricerca biomedica e traslazionale attraverso eventi divulgativi rivolti agli operatori del SSR ed eventi formativi per lo sviluppo di competenze a sostegno dell'attività di ricerca;
- Consolidamento delle collaborazioni instaurate a livello nazionale ed europeo in materia di valutazione di tecnologia sanitaria;
- Definizione e realizzazione di un percorso formativo rivolto alle commissioni di area vasta farmaci e dispositivi medici, relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie;

- Attivazione di una sperimentazione sui mini HTA;
- Aggiornamento dello spazio web regionale dedicato alla ricerca in ambito sanitario;
- Organizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca sino ad ora finanziata attraverso il Bando per la ricerca sanitaria finalizzata regionale.

Tali obiettivi sono il frutto di una consapevolezza diffusa sulla necessità di effettuare una valutazione sistematica delle tecnologie per verificare l'impatto dato dall'introduzione delle stesse nel Sistema Socio Sanitario, al fine di fornire strumenti oggettivi di valutazione ai decisori nei vari ambiti organizzativi e professionali. La Regione del Veneto si è dimostrata da tempo molto attenta a tale tipologia di analisi ed ha riconosciuto il bisogno di introdurre dei nuovi criteri per attuare gli investimenti tecnologici. Da questo punto di vista, nel giugno 2008, è stata riavviata l'attività di valutazione degli investimenti nel Settore Socio Sanitario, rinnovandola nei ruoli, nell'iter e nel metodo e costituendo quindi la nuova "Commissione Regionale per gli Investimenti in Tecnologia ed Edilizia" (CRITE). Per quanto concerne l'HTA, con riferimento al biennio 2008-2009, è stata approfondita in particolare la tematica relativa all'impatto delle grandi apparecchiature, quali le apparecchiature di imaging clinico, cercando una risposta ai tre quesiti fondamentali:

- conoscere cosa ho (WHAT);
- decidere quando acquistare (WHEN);
- decidere dove allocare (WHERE).

In tale ambito, ai fini dell'inserimento nell'iter autorizzativo, sono state considerate "grandi apparecchiature" tutte le apparecchiature di costo superiore ai 350.000,00 (Iva inclusa). Considerato che nel Veneto nel 2008 si disponeva di circa 700 grandi apparecchiature, è facile intuire l'entità dell'argomento trattato che, stimando in 8 anni gli anni di vita media di un'apparecchiatura, si aggira sui 30 milioni di euro all'anno, senza considerare i numerosi macchinari di costo superiore al minimo considerato, i costi di adeguamento edilizio e impiantistico, i costi di manutenzione, i costi per beni accessori, di formazione del personale ecc.. Le istruttorie e l'attività di rilevazione sono state svolte dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS). In particolare, l'ente strumentale della Regione del Veneto ha sviluppato le seguenti iniziative:

- Elaborazione e pubblicazione del quaderno ARSS n. 15 "*Definizione dei criteri per l'appropriatezza allocativa delle apparecchiature di imaging clinico*". Questo Quaderno dell'ARSS descrive il percorso logico che ha portato alla definizione dei primi criteri standardizzati di decisione per la autorizzazione all'acquisizione/sostituzione di alcune apparecchiature di imaging clinico (Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica, Angiografia e Radiologia interventistica, Mammografia, Gamma Camere). In tal senso,

per ogni tipologia di apparecchiatura, coordinando le attività di studio di un panel di esperti, si è provveduto a definire gli aspetti sotto elencati:

- Descrizione generale;
 - Analisi delle caratteristiche tecniche;
 - Analisi del mercato e dei costi medi di acquisizione, anche presso il privato;
 - Studio dei criteri qualità e sicurezza individuati congiuntamente da: ANIE Associazione Elettromedicali, SIRM Società Italiana di Radiologia Medica, AIMN Associazione Italiana Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare, per la definizione dell'età di obsolescenza;
 - Analisi della letteratura al fine di individuare l'appropriatezza clinica dell'apparecchiatura per tipologia di analisi;
 - Elaborazione di criteri di appropriatezza allocativa e definizione di congruità dell'investimento; analisi dell'apparecchiatura e della fascia tecnologica richiesta in rapporto al ruolo ricoperto dalla struttura nella rete di offerta regionale.
- Rielaborazione dei formulari per la richiesta di autorizzazione all'acquisto di nuove apparecchiature da parte delle Aziende, con snellimento e standardizzazione dei dati richiesti. Semplificazione in particolare dei dati richiesti nel caso di sostituzione per obsolescenza di apparecchiatura già in uso ordinario;
- 696 - Supporto alle Aziende nella compilazione dei formulari per la richiesta di autorizzazione alla sostituzione e/o acquisto di grandi apparecchiature;
- Realizzazione ed aggiornamento sistematico del Censimento delle grandi apparecchiature. A fine 2009 il censimento registrava oltre 20 tipologie di apparecchiature mappate e oltre 900 grandi apparecchiature censite. La mappatura comprende il 100% delle strutture pubbliche e 30 strutture Private convenzionate. Sono state inserite le grandi apparecchiature (costo ivato oltre i 350.000,00 euro), ma anche una sezione dedicata agli ecografi con oltre 1.000 ecografi censiti. Le apparecchiature sono state censite indicando l'anno di collaudo, la fascia tecnologica ed il prezzo di acquisto, al fine di consentire il monitoraggio dell'età media delle apparecchiature, nonché del costo medio di acquisizione (Osservatorio Prezzi).

Nel biennio sono state effettuate n. 248 istruttorie (incluse revisioni per approfondimenti e delucidazioni), differenziate nei casi di sostituzione, sostituzione con potenziamento e nuova acquisizione. Le pratiche sono state analizzate basandosi appunto sui metodi multidisciplinari dell'*Health Technology Assessment*, prendendo in considerazione:

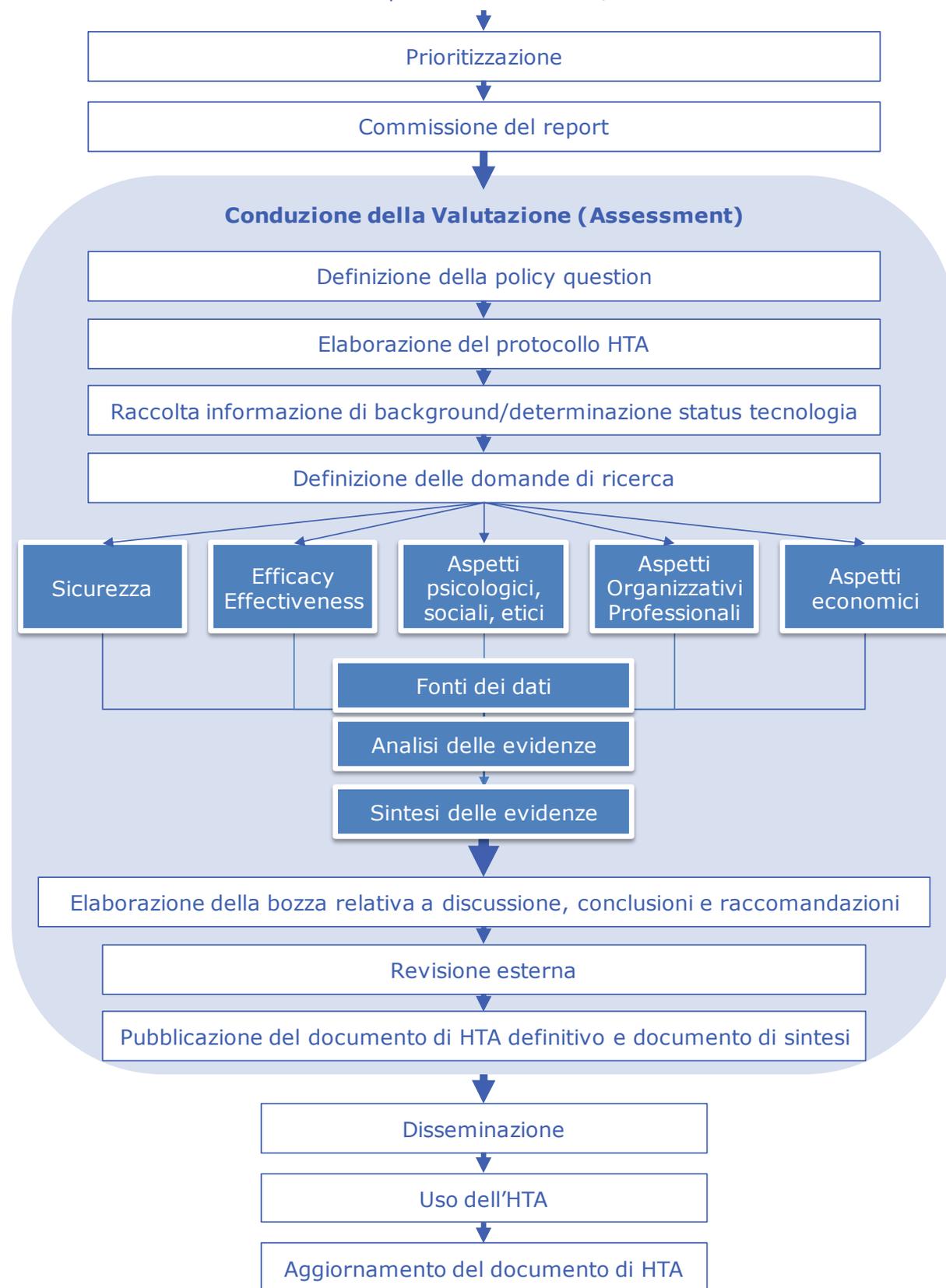
- *il ruolo del Presidio* richiedente nell'ambito della rete di offerta assistenziale;
- *l'analisi della letteratura* per verificare le indicazioni all'utilizzo appropriato dell'apparecchiatura (appropriatezza clinica per tipologia di analisi, equivalenza di utilizzo con apparecchiature alternative in termini di affidabilità della diagnosi);

- *l'analisi del fabbisogno:*
 - l'analisi dell'epidemiologia e dell'incidenza della patologia per la quale si ritiene appropriato l'utilizzo dell'apparecchiatura in oggetto;
 - l'analisi dei bacini di utenza e stima del fabbisogno teorico di prestazioni nel territorio di riferimento;
 - la stima della produttività teorica per apparecchiatura;
 - la stima del numero di fabbisogno teorico di apparecchiature;
- *l'analisi dell'offerta:*
 - l'analisi dell'erogato per verificare la situazione attuale dell'offerta (analisi della produttività da flussi di prestazioni effettuate come registrate dal datawarehouse regionale);
 - l'analisi delle liste di attesa;
 - l'analisi della mobilità;
 - l'analisi delle apparecchiature esistenti nel territorio e relative età (da censimento), prendendo in considerazione anche le acquisizioni future, ovvero le autorizzazioni all'acquisto già fornite;
 - la verifica del livello di utilizzo delle apparecchiature già in attività (prestazioni per apparecchiatura ed orario di apertura del servizio), con verifica della disponibilità di personale necessario per ottenere adeguato sfruttamento dell'apparecchiatura;
 - la stima del numero di prestazioni teoricamente erogabili con le dotazioni in essere e confronto con l'effettivo livello di utilizzo;
- *il confronto del fabbisogno con l'offerta*, ovvero confronto fra stima del fabbisogno di prestazioni e quantità erogata o erogabile dal sistema, per verificare la necessità dell'unità di erogazione richiesta;
- *l'analisi costi-benefici:*
 - l'analisi incrementale (incremento del beneficio sia economico che clinico vs incremento dei costi a seguito di inserimento di una nuova unità di erogazione);
 - il confronto fra i costi di inserimento di un'ulteriore unità di erogazione ed i costi per aumentare lo sfruttamento delle apparecchiature disponibili, laddove possibile (esempio: investimento in personale per portare la produttività ai massimi livelli attesi, dove si evidenzia notevole discrepanza fra produttività teorica ed erogata);
 - lo studio dei bacini di utenza per verificare l'ubicazione ottimale della nuova apparecchiatura da inserire, e l'appropriatezza dell'ubicazione richiesta.
- *l'analisi di alcune tecnologie emergenti*, ed approfondimenti specifici per tematiche di particolare interesse e complessità (esempio: Risonanza Magnetica Intraoperatoria);
- *l'avvio di sperimentazioni biennali in esclusiva regionale*, al fine di produrre studi relativi all'opportunità clinica ed economica dell'investimento (esempio: Neurovawe).

Il processo dell'Health Technology Assessment

Inizializzazione del processo

Richiesta di una specifica valutazione /identificazione



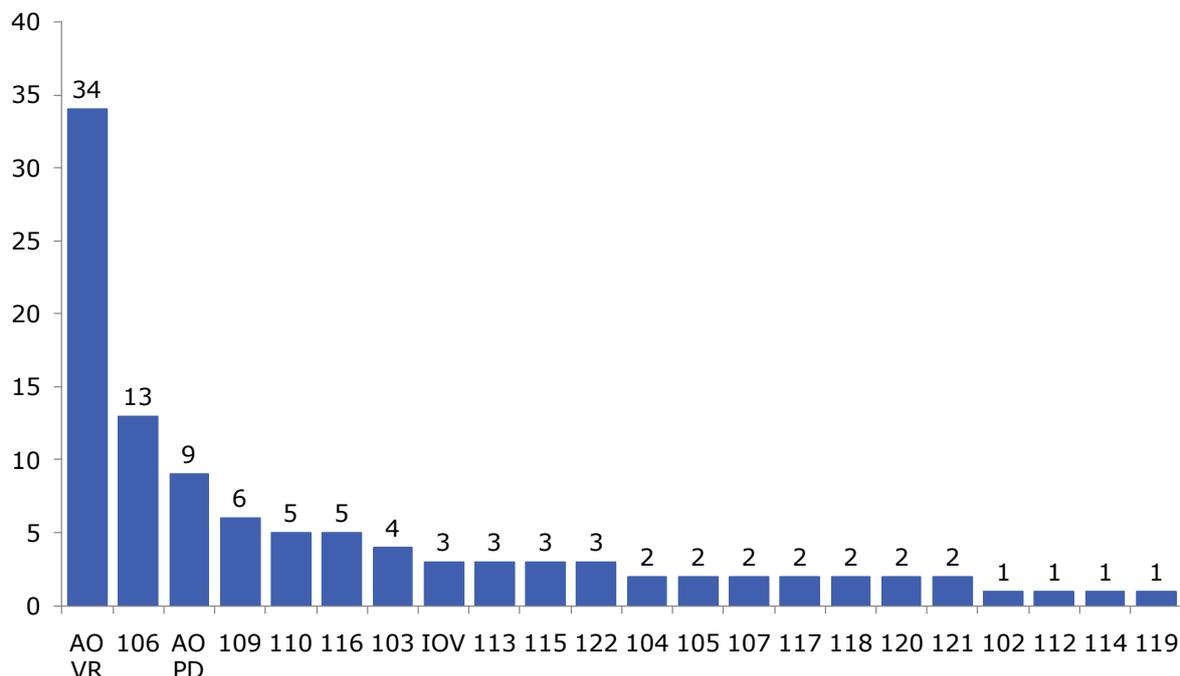
698

Risultati con riguardo alle autorizzazioni nel biennio 2008-2009:

Tale attività, di concerto con la CRITE, ha prodotto l'espressione di 106 autorizzazioni all'acquisto, per un importo stimato totale di 104.054.550,00 Euro.

AUTORIZZAZIONI PER APPARECCHIATURA	
APPARECCHIATURE	QUANTITÀ
TAC	19
RM	17
ANGIOGRAFO	15
MAMMOGRAFO	9
DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	7
RADIOLOGIA DIGITALE	7
TELECOMANDATO RADIOLOGICO	6
PACS	4
ACCELERATORE	2
CICLOTRONE	2
Litotritore	2
Gammacamera	2
RADIOLOGIA POLIFUNZIONALE	2
LASER	2
Ecovideogastroscopia	2
TOMOTERAPIA	1
PET/TC	1
CYBERKNIFE	1
Emodinamica digitale	1
Sistema chirurgico robotico	1
LASER ECCIMERI	1
IORT	1
NEUROVAWE	1
Totale complessivo	106

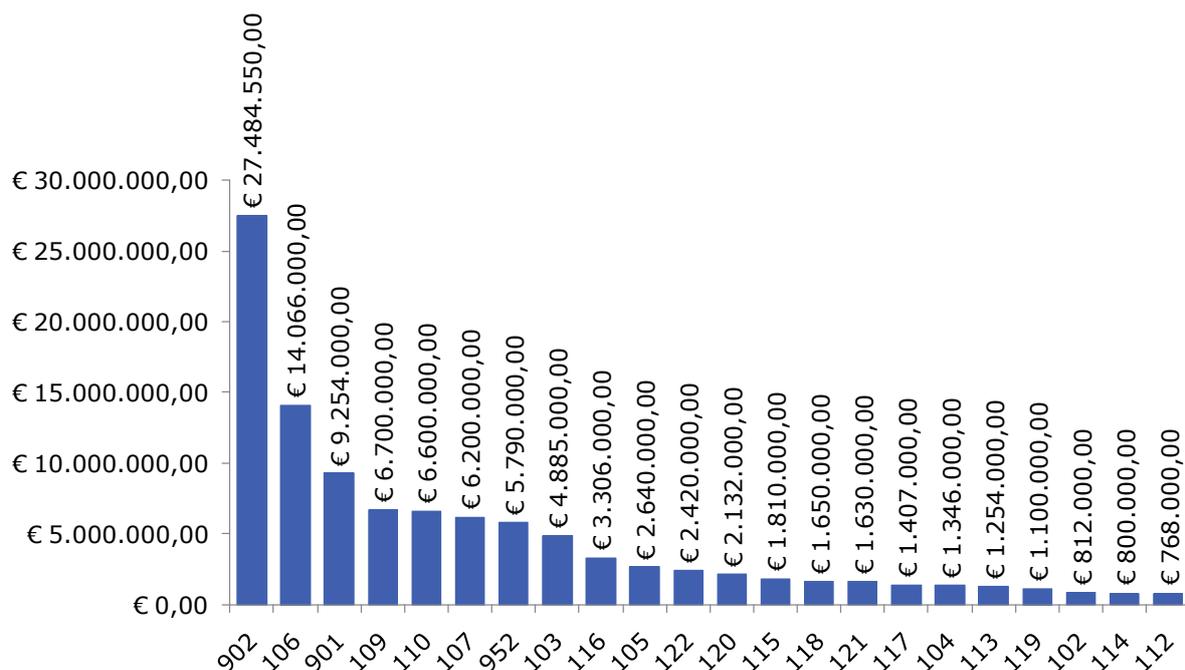
Numero apparecchiature autorizzate per Azienda Sanitaria
Dati al 31/12/2009 - Fonte: ARSS



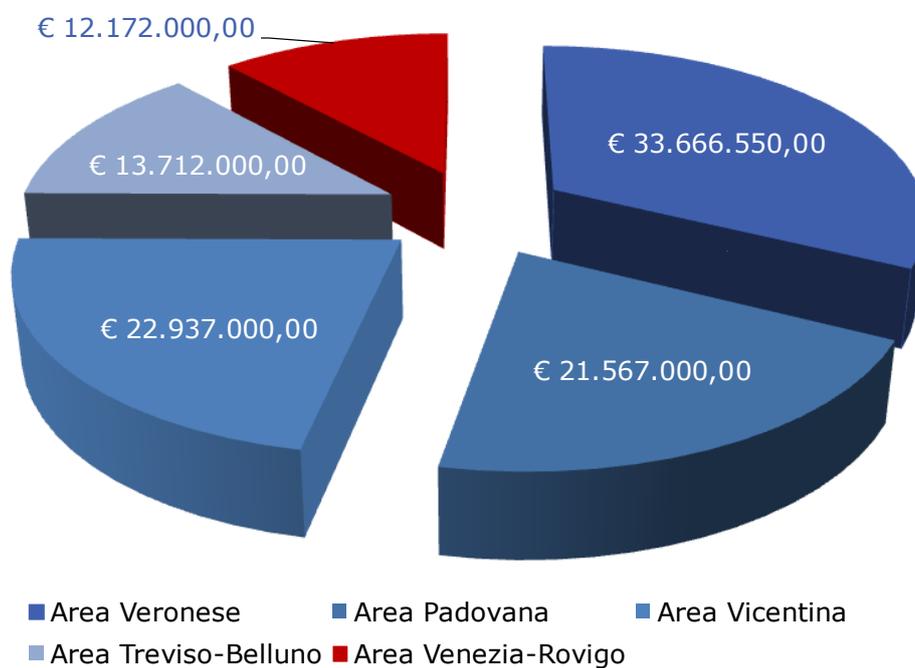
Analizzando le autorizzazioni all'acquisto ordinate per volume di spesa prevista, si desume che la maggiore fonte di spesa del biennio per grandi apparecchiature ha riguardato: Risonanze Magnetiche, Picture Archiving and Communication Systems (PACS) per la gestione delle informazioni radiologiche, Angiografi e TAC.

700

Distribuzione della spesa per Azienda Sanitaria
Dati al 31/12/2009 - Fonte: ARSS



Distribuzione delle autorizzazioni all'acquisto per Area territoriale.
Dati al 31/12/2009 - Fonte: ARSS



Età media per tipologia di apparecchiatura			
Apparecchiatura	Età media inizio 2008	Età media fine 2009*	Variazione
Acceleratore	6	7	↑
Angiografo	7	6	↓
Diagnostica Radiologica	4	4	↔
Gamma Camera	10	11	↑
Litotritore	6	4	↓
Mammografo	7	8	↑
PET/TC	4	4	↔
RM	4	5	↑
TAC	5	6	↑
Telecomandato Radiologico	10	11	↑

* (ipotizzando la sostituzione di tutte le apparecchiature autorizzate)

L'attività dell'ARSS ha accompagnato la CRITE Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia, all'espressione di 30 pareri non favorevoli, riguardanti un importo di circa 42 milioni di euro, da utilizzare in ambiti maggiormente appropriati.

Le principali motivazioni di diniego risultano essere state:

- non obsolescenza dell'apparecchiatura per età al di sotto della media regionale o dei criteri qualità e/o sicurezza ANIE-SIRM-AIMN;
- non coerenza con la programmazione regionale;
- apparecchiatura da acquisire in sostituzione del modello obsoleto anziché in aggiunta;
- potenza del macchinario non appropriata;
- bacino di utenza non sufficiente per garantire adeguato utilizzo dell'apparecchiatura
- apparecchiatura già presente nell'Area Vasta di riferimento;
- revisione formula di acquisizione (service troppo oneroso);
- parco macchine già adeguato.

6.5 Formazione

La Regione del Veneto ritiene fondamentale un proprio impegno costante, rivolto ad innalzare la professionalità degli operatori sanitari e la loro capacità di lavorare all'interno delle organizzazioni, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità organizzativa, professionale e percepita, oltre che delle prestazioni erogate.

Educazione Continua in Medicina

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ha istituito la formazione continua in medicina, comprendente sia l'aggiornamento professionale sia la formazione permanente. Con l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 è stato avviato il primo programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM). La Regione del Veneto ha dato piena realizzazione, fin dalla fase sperimentale, al sistema di formazione continua che costituisce lo strumento finalizzato a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali nonché a supportare i comportamenti degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2003, al fine di avviare le procedure di accreditamento in forma propria degli eventi formativi, la Regione ha istituito ed attivato in via sperimentale il *Centro Regionale di Riferimento per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)*, definendone nel dettaglio obiettivi, attività, compiti ed assetto organizzativo. Successivamente, nel febbraio 2005, è stato dato avvio al sistema di accreditamento ECM relativo alle attività formative residenziali, individuando i criteri e la metodologia per la procedura di accreditamento degli eventi/progetti di formazione che trovano svolgimento sul territorio regionale. A seguito del potenziamento delle attività in materia di ECM e dopo la fase di sperimentazione e di prima implementazione, nel maggio 2006, è stata avviata la fase a regime della Formazione di tipo "residenziale" ed è iniziato l'avvio della fase sperimentale per l'accREDITamento della Formazione sul campo (FSC), strumento quest'ultimo che si basa sull'attività di confronto, riflessione, supervisione e ricerca, derivanti dalla pratica professionale dei singoli discenti e dai problemi posti nelle specifiche situazioni di lavoro.

ECM: sviluppi successivi

L'Accordo del 1° agosto 2007, approvato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente il "riordino del sistema di formazione continua in medicina" sulla base dell'esperienza condotta durante il primo programma nazionale per l'ECM, avviato con l'Accordo Stato-

704

Regioni del 20 dicembre 2001, pone le basi per il transito da un sistema rivolto unicamente all'accreditamento dei singoli eventi e progetti da parte degli enti preposti (Commissione Nazionale per la Formazione Continua e Regioni), ad un sistema rivolto al miglioramento della qualità dell'offerta formativa, delle organizzazioni responsabili della programmazione, realizzazione e valutazione dei processi di formazione continua e delle loro relazioni. In particolare il sopra citato Accordo, oltre a confermare il debito formativo per gli operatori sanitari in termini di crediti formativi ECM da acquisire per il periodo di riferimento e di stabilire il dovere di tutti gli operatori sanitari ad aderire al programma di formazione continua, sottolinea il nuovo orientamento, atto ad indirizzare le attività formative, non più solamente verso obiettivi di interesse nazionale e regionale, ma verso lo sviluppo di percorsi formativi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi, coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema a livello locale e nazionale. L'aggiornamento deve essere quindi finalizzato sia al raggiungimento di obiettivi scelti sulla base della specificità professionale del singolo, sia ad obiettivi di interesse generale legati alla programmazione sanitaria, definiti su base triennale. L'accordo sottolinea come sia importante che il processo ECM sia organizzato e pianificato contemperando le specificità individuali e professionali con il contesto e gli interessi generali, mentre lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo è rappresentato dalla predisposizione di un dossier formativo, la cui coerenza ed adeguatezza potrà essere valutata per gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dell'Azienda in cui lavorano e per i liberi professionisti a livello degli Ordini, Collegi e Associazioni professionali. L'accordo individua, oltre al dossier formativo, altri strumenti che nel programma ECM assumono un ruolo rilevante: il Piano della Formazione Aziendale (PFA) ed il Rapporto sulla Formazione Aziendale (RFA). Unitamente agli aspetti sopra esposti, l'Accordo del 1° agosto 2007, fornisce i primi elementi per l'accreditamento dei provider e del sistema di registrazione dei crediti, mediante un'anagrafe regionale e un'anagrafe formativa nazionale, che contengono la registrazione complessiva dei crediti individuali. Da ultimo, l'Accordo individua, quale ente deputato alla certificazione dei crediti formativi, l'Ordine, il Collegio o l'Associazione professionale territoriale di riferimento per il professionista e prevede la costituzione dell'Osservatorio regionale della Formazione Continua in Sanità, al quale compete il costante monitoraggio delle attività formative, la verifica ed il controllo sulle attività formative svolte, nonché l'accertamento del mantenimento dei requisiti dei Provider. Infine, sulla base del suddetto Accordo, la Commissione Nazionale ha affidato al Consorzio di tutti gli Ordini, Collegi e Associazioni professionali (Co.Ge.APS) il compito di attivare e gestire l'anagrafe dei crediti formativi,

mentre le Regioni, mediante apposite convenzioni, possono avvalersi del medesimo ente per le funzioni regionali di registrazione anagrafica dei crediti ECM.

L'Accordo del 2009

Il successivo Accordo del 5 novembre 2009, approvato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, introduce una serie di ulteriori regole, indispensabili a far progredire il sistema ECM per migliorarne la fruibilità e per meglio garantire la qualità e l'efficacia della formazione. In particolare l'Accordo definisce i requisiti minimi richiesti per l'accreditamento dei provider e dei provider FAD (Formazione a Distanza), che riguardano le caratteristiche del soggetto da accreditare, l'organizzazione, la qualità dell'offerta formativa e l'indipendenza da interessi commerciali. Le modalità, le procedure operative e la documentazione che deve essere inviata ai fini dell'accreditamento, sono contenuti in uno specifico Manuale di Accredimento dei Provider (Regolamento) approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella seduta del 13 gennaio 2010.

Sempre in merito all'accreditamento dei provider l'accordo stabilisce che:

- le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private ed eventuali enti di formazione a partecipazione pubblica regionale o provinciale, hanno l'obbligo di accreditarsi presso la Regione in cui insiste la sede legale, salvo poter sottoporre alla Commissione Nazionale l'accreditamento degli eventi che si svolgono al di fuori del territorio regionale;
- tutti gli altri soggetti individuati, possono sottoporre la richiesta di accreditamento alla Regione o Provincia autonoma dove il soggetto ha eletto la propria sede legale solo se l'attività formativa svolta è limitata agli operatori sanitari che svolgono l'attività sanitaria prevalentemente nella Regione o Provincia autonoma; diversamente devono sottoporre la richiesta di accreditamento alla Commissione Nazionale e potranno svolgere l'attività formativa senza vincoli territoriali;
- il provider dovrà acquisire dall'Ente Accreditante prima l'accreditamento provvisorio che durerà al massimo 24 mesi, solo successivamente potrà acquisire l'accreditamento standard della durata di 4 anni; le Regioni possono individuare requisiti standard più restrittivi al fine di elevare la qualità dell'offerta formativa;
- la Commissione Nazionale, di concerto con gli Enti accreditanti a livello regionale e provinciale, predispone l'Albo Nazionale dei Provider;
- l'Ente accreditante ha la responsabilità del controllo dei Provider che ha accreditato e stabilisce annualmente l'effettuazione di visite atte alla verifica, su una percentuale di almeno il 10%, degli stessi.

Il nuovo Accordo riprende quanto già stabilito dal precedente, in ordine all'affidamento al Co.Ge.APS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) della gestione delle anagrafiche nazionali e territoriali, nonché il ruolo degli Ordini, Collegi e Associazioni Professionali quali enti certificatori del percorso formativo dei professionisti ed individua il "Comitato di garanzia", quale nuovo organismo atto ad assicurare l'indipendenza dell'ECM dal sistema delle sponsorizzazioni e garantire la concreta indipendenza dei contenuti formativi dagli interessi commerciali presenti nell'area sanitaria. Relativamente agli obiettivi formativi nazionali e regionali individuati nei precedenti accordi, impiegati per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori della sanità, il nuovo Accordo individua 29 aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa, all'interno delle quali individuare gli obiettivi formativi, che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli Provider pubblici e privati.

Le aree di particolare rilievo, che sono assunte come prioritarie per la stesura anche del Piano Regionale della Formazione, sono le seguenti:

- *Umanizzazione delle cure*: trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione;
- *Qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali*:
 - applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practise (EBM, EBN, EBP);
 - appropriatezza prestazioni sanitarie nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sistemi di valutazione verifica e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia;
 - aspetti relazionali (comunicazione interna esterna con paziente) e umanizzazione delle cure;
- *Conoscenze in tema di competenze specialistiche*: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.

Il nuovo accordo, inoltre, rimanda ad uno specifico *Manuale per la Valutazione delle Attività ECM* la definizione dei criteri, delle procedure, degli strumenti e degli obiettivi dei processi di verifica e valutazione delle attività formative che verranno svolte dagli Osservatori. Le funzioni svolte dagli Osservatori Regionali a livello periferico, hanno la finalità di assicurare alle rilevazioni sistematicità e capillarità, attraverso periodici interventi di "osservatori" opportunamente preparati e competenti in tema di procedure, strumenti e finalità delle valutazioni. Ordini e Collegi territoriali delle professioni sanitarie, collaboreranno per l'attivazione degli Osservatori Regionali. Da ultimo, l'accordo prevede che, fino al consolidamento del processo di accreditamento dei provider, venga

mantenuta la possibilità di procedere all'accreditamento degli eventi e dei progetti formativi aziendali secondo le modalità ora vigenti.

ECM nella Regione del Veneto

Dalla prima fase realizzata dal 2002 ad oggi, la Regione del Veneto, con successivi provvedimenti, ha sviluppato e meglio delineato l'ambito di operatività del Centro Regionale di Riferimento per l'Educazione Continua in Medicina, ora denominato Coordinamento regionale per la formazione continua ECM, aggiungendo ulteriori funzioni che di seguito vengono rappresentate per macro argomenti:

- rilevazione dei fabbisogni formativi;
- individuare gli obiettivi formativi regionali;
- creazione di un'anagrafe dei professionisti della salute per le finalità di ECM;
- coordinamento della rete formativa delle Aziende del Servizio sanitario regionale;
- accreditamento dei progetti di formazione nelle diverse tipologie della formazione residenziale, sul campo e a distanza;
- verifica delle ricadute formative delle attività di formazione continua.

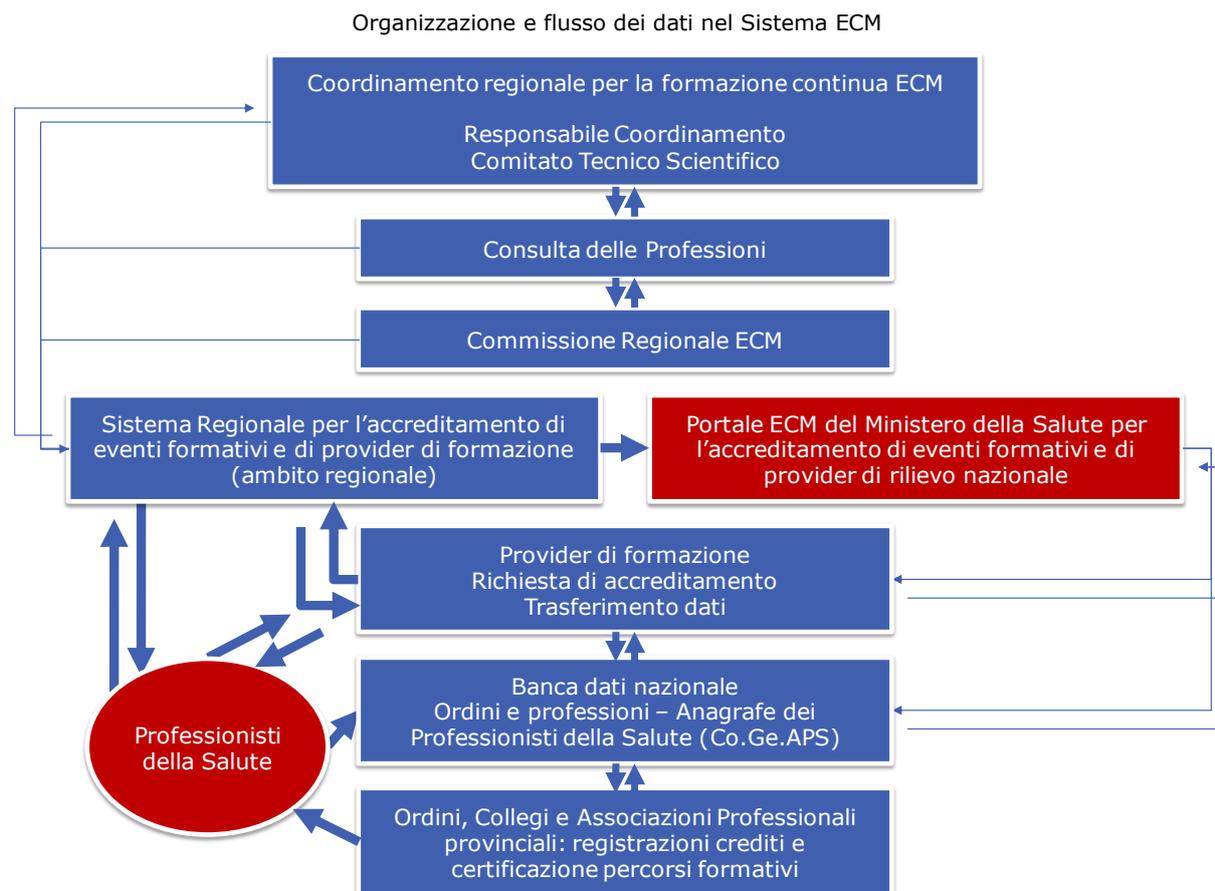
Il Coordinamento per l'espletamento delle proprie attività si avvale di Organismi consultivi e deliberativi che fungono anche da organi di controllo e di verifica della regolarità delle procedure di accreditamento adottate. Tali Organismi, le cui funzioni e compiti sono previsti dalle norme di riferimento e dalle deliberazioni della Giunta Regionale in materia, sono i seguenti:

- Consulta delle Professioni;
- Commissione Regionale ECM;
- Comitato Tecnico Scientifico.

La **Consulta delle Professioni Sanitarie della Regione del Veneto** è costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni Professionali interessate. Opera per l'accreditamento dei progetti/eventi formativi, avvalendosi, qualora ve ne fosse la necessità, di professionisti esperti nella materia oggetto di valutazione.

La **Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina ECM** opera per l'accreditamento dei progetti/eventi formativi, avvalendosi, qualora ve ne fosse la necessità, di professionisti esperti nella materia oggetto di valutazione. Affianca il Responsabile del Coordinamento regionale per la formazione continua ECM per l'assolvimento delle funzioni proprie del Coordinamento stesso.

Il **Comitato Tecnico Scientifico** supporta, per le funzioni proprie del Coordinamento, il Responsabile del Coordinamento regionale per la formazione continua ECM.



708

A partire dall'anno 2008 gli Organismi suddetti hanno esaminato la possibilità di elaborare una griglia di valutazione per i progetti di formazione a distanza, seppur in fase sperimentale e propedeutica all'emanazione dei criteri definitivi, da parte della Commissione Nazionale ECM. All'interno di detta Commissione Nazionale è stata istituita, infatti, una Sezione di lavoro denominata "Sviluppo e ricerca sulle metodologie innovative della formazione continua", che si occupa di Formazione a Distanza ed alla quale la Regione del Veneto partecipa attivamente. Analogamente nell'ambito della Commissione Regionale ECM è stato individuato un gruppo di lavoro, composto da membri della Commissione stessa, con la supervisione del Comitato Tecnico Scientifico, che ha formulato un'articolata proposta in merito all'accreditamento della FAD, che delinea il percorso progettuale attraverso l'individuazione di sei punti strategici, ovvero:

- incontri propedeutici sulla FAD, per i componenti della Commissione;
- predisposizione di una proposta di criteri di accreditamento degli eventi formativi in modalità FAD;
- valutazione dell'applicabilità della griglia di valutazione;
- supporto tecnologico alle Aziende Sanitarie ammesse alla sperimentazione;
- linee guida per i progetti e-learning;

- corso per i referenti della formazione delle Aziende Sanitarie del Veneto.

Nel novembre 2009, è stato delineato il percorso per pervenire ad un sistema di accreditamento, su base regionale, anche della Formazione a Distanza (FAD) attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro composto da membri della Commissione Regionale ECM, con la supervisione del Comitato Tecnico Scientifico del Centro Regionale ECM. Nella citata delibera è stabilito che l'ipotesi di lavoro contempli dei passaggi importanti di approfondimento sulla tematica dell'e-learning, necessari a dare ai componenti della Commissione e ai referenti della Formazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Sistema Socio Sanitario Regionale, alcune nozioni di base, al fine di garantire che la proposta di criteri per l'accreditamento e le linee guida per la FAD siano coerenti con il quadro normativo di riferimento nazionale e con le indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua. A garanzia del percorso intrapreso, in considerazione della complessità della materia, che impone il possesso di conoscenze di didattica, andragogiche (formazione degli adulti) e anche di tipo tecnologico, è stato previsto che la Regione si avvalga del supporto della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Padova che, per la specifica esperienza nel settore, è stata individuata quale soggetto istituzionale in grado di certificare la valenza scientifica del progetto.

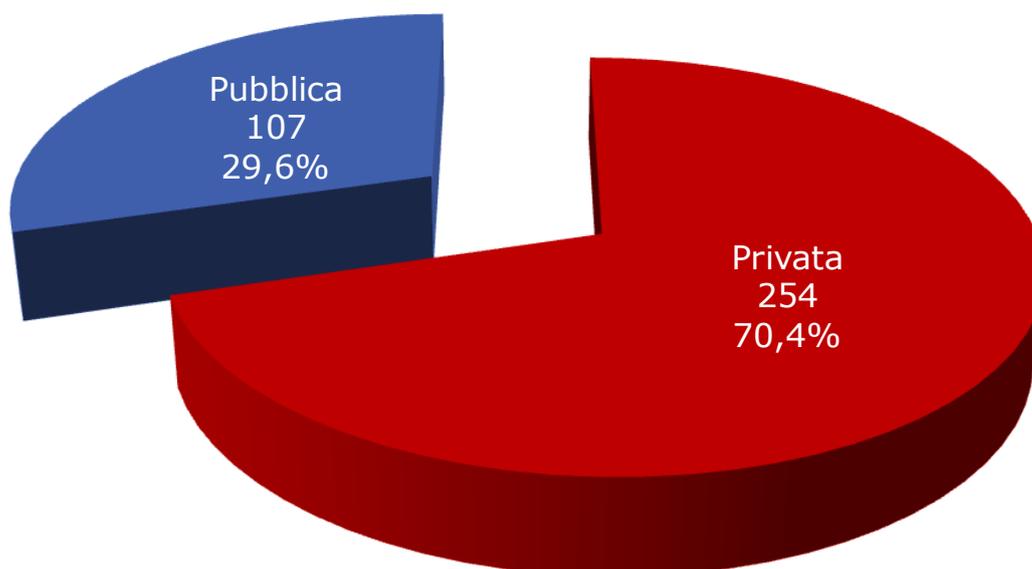
709

Il funzionamento dell'accreditamento nel Sistema Veneto ECM

Il Sistema Veneto prevede ad oggi l'accentramento delle funzioni di accreditamento dei progetti formativi, che si attua attraverso l'accesso diretto da parte degli Organizzatori di Formazione registrati, ad un sistema informatizzato utilizzabile via web, dal portale del "Centro regionale ECM". Il software di accreditamento calcola e conferisce i crediti ECM in modo automatico, applicando una formula matematica studiata da esperti in materia, per garantire uniformità di attribuzione dei crediti ECM, a tutti i corsi erogati nella Regione del Veneto. Il calcolo dei crediti, come peraltro nel sistema nazionale, è parametrato sul numero dei partecipanti e sulle metodologie utilizzate nell'erogare la formazione, senza che ciò costituisca una valutazione qualitativa del prodotto.

Registrazioni come Organizzatori di Formazione nel sistema ECM della Regione del Veneto al 31.12.2010		
Stato organizzatori di formazione	Numero	Percentuale sul totale
Regolari: con almeno tre anni di esperienza formativa	346	63%
In tutoraggio: con meno di tre anni di esperienza formativa	15	3%
Non abilitati	184	34%
Totale	545	100%

Suddivisione secondo la natura pubblica o privata degli
Organizzatori di Formazione regolarmente registrati
Veneto - Dati al 31.12.2010



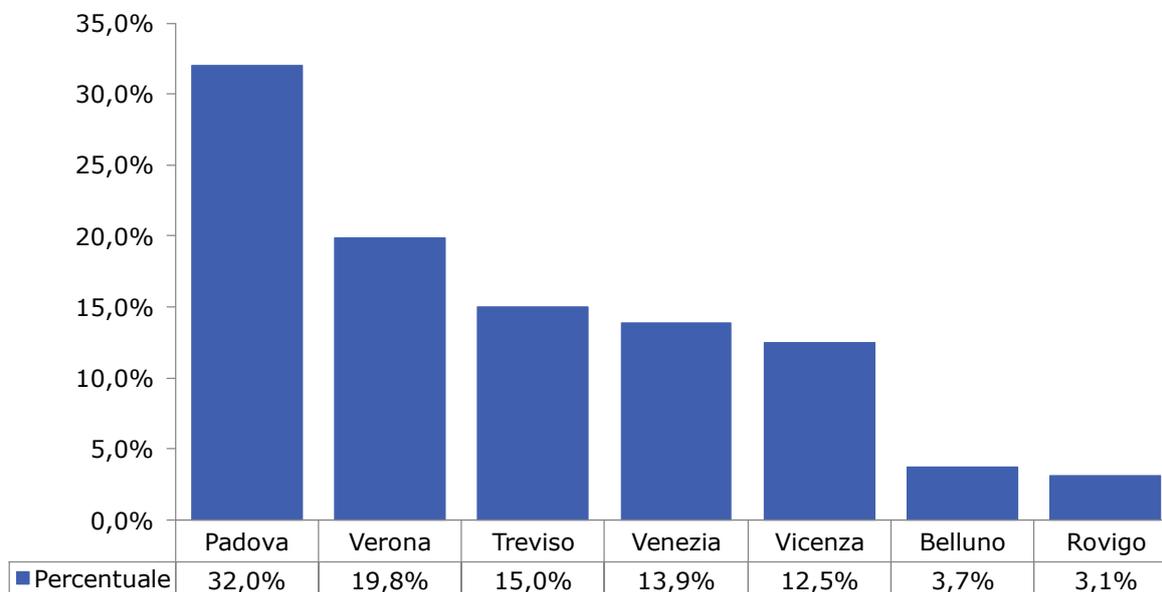
710

Suddivisione degli Organizzatori di Formazione regolarmente registrati (sono stati esclusi i soggetti in fase di registrazione, sospesi o non accolti) - Veneto dati al 31.12.2010		
Tipologia	Numero	Percentuale
Altro ente pubblico operante nell'ambito della formazione continua	7	1,9%
Altro soggetto privato operante nell'ambito della formazione continua	108	29,9%
Azienda ULSS o Azienda Ospedaliera*	31	8,6%
Ente o agenzia regionale gestore di formazione in campo sanitario	2	0,6%
Fondazione a carattere scientifico o sanitario	13	3,6%
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	2	0,6%
Ordine o collegio o associazione professionale rappresentativa della professione sanitaria	21	5,8%
Policlinico o istituto di cura pubblico o equiparato o privato accreditato	41	11,4%
Scuola di formazione a carattere regionale	43	11,9%
Società o casa editrice	5	1,4%
Società scientifica o associazione professionale tecnico - scientifica	56	15,5%
Università o facoltà o dipartimento universitario	32	8,9%
Totale	361	100,0%

* All'interno della tipologia "Azienda ULSS - Azienda Ospedaliera" sono compresi anche i Centri e gli Osservatori Regionali

Percentuali relative alla Provincia della sede operativa degli Organizzatori di Formazione regolarmente registrati (sono stati esclusi i soggetti in fase di registrazione, sospesi o non accolti)

Veneto dati al 31.12.2010



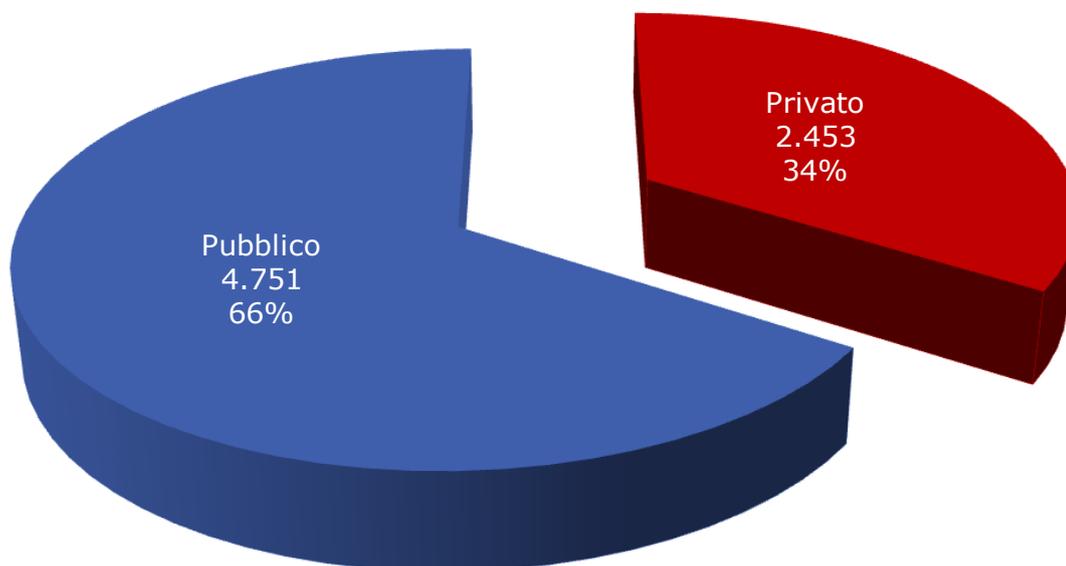
Attività formativa residenziale accreditata

711

NUMERO EVENTI ACCREDITATI (sono stati considerati gli eventi con data di inizio nel 2010)			
Eventi formativi accreditati	7.204	Partecipanti	268.126
		Ore	71.000
		Crediti assegnati	79.646
Eventi formativi non svolti	372		
Eventi formativi non accreditati	18		
Totale eventi presentati nel 2010	7.594		

Eventi con più di 12 crediti	2.012
Eventi fino a 12 crediti	5.192
Totale eventi accreditati	7.204

Numero di eventi formativi per settore pubblico e settore privato.
Veneto 2010



Numero totale di eventi in cui ogni professione è stata coinvolta. Veneto 2010

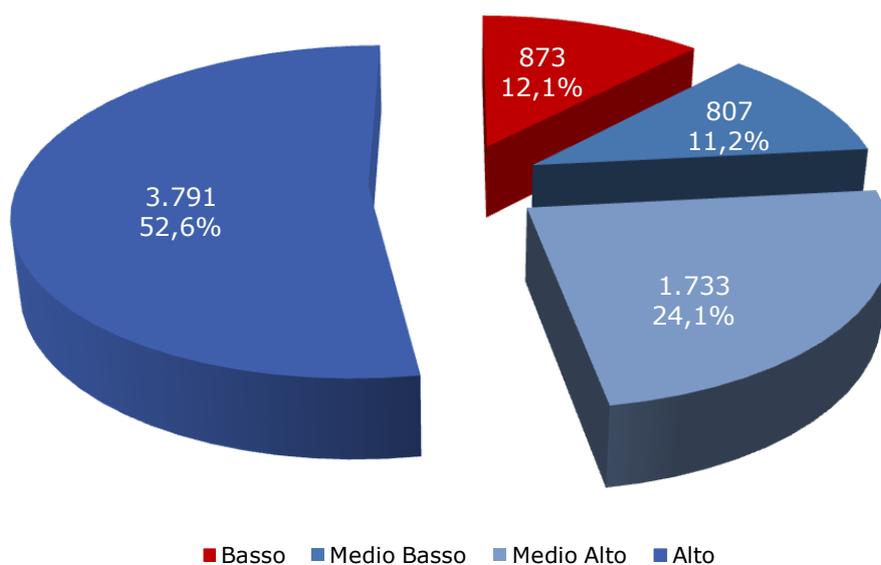
Professioni	Numero eventi
Medico Chirurgo	5.313
Infermiere	5.100
Fisioterapista	2.769
Psicologo	2.758
Educatore professionale	2.616
Ostetrica/o	2.613
Assistente sanitario	2.432
Infermiere pediatrico	2.365
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	2.318
Tecnico sanitario di radiologia medica	2.279
Logopedista	2.265
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	2.189
Farmacista	1.998
Biologo	1.985
Dietista	1.902
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	1.864
Fisico	1.860

segue dalla pagina precedente

Numero totale di eventi in cui ogni professione è stata coinvolta. Veneto 2010	
Professioni	Numero eventi
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	1.830
Odontoiatra	1.812
Ortottista/Assistente di oftalmologia	1.757
Tecnico audiometrista	1.736
Terapista occupazionale	1.733
Tecnico di neurofisiopatologia	1.730
Chimico	1.712
Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria	1.676
Veterinario	1.663
Igienista dentale	1.570
Odontotecnico	1.551
Tecnico audioprotesista	1.549
Tecnico ortopedico	1.545
Podologo	1.539
Ottico	1.530

713

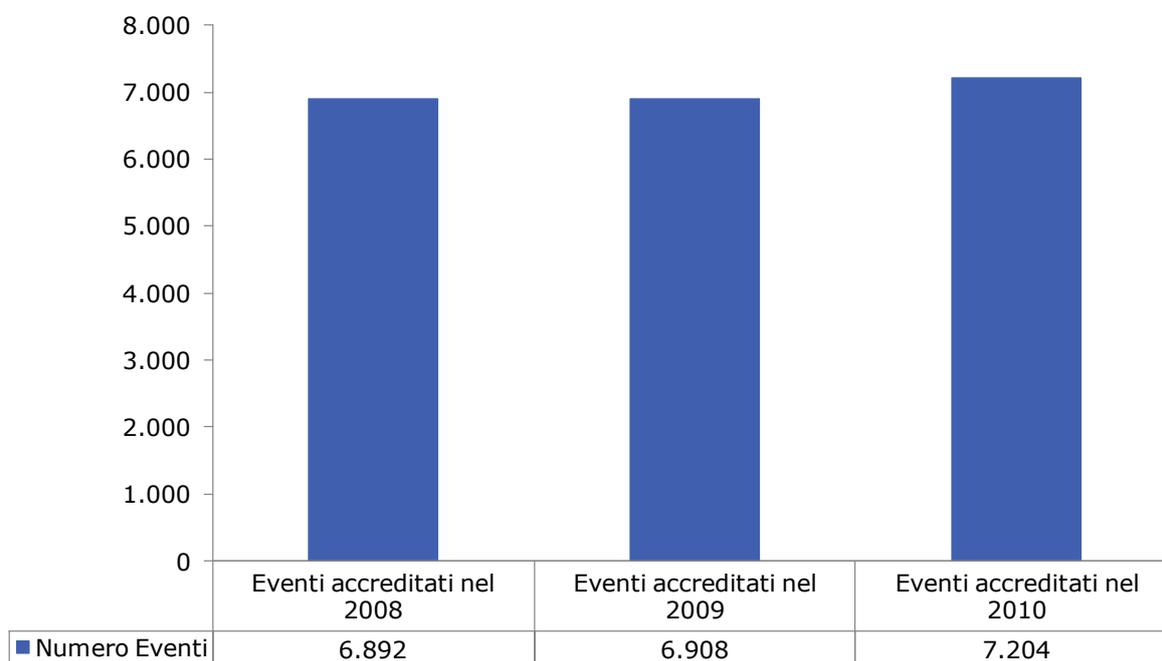
Impatto formativo degli eventi accreditati Veneto 2010



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

Eventi presentati da Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto						
Azienda Sanitaria	Numero Eventi	Numero ore	Numero crediti	Numero partecipanti	Media crediti	Media partecipanti
Azienda Ospedaliera di Padova	325	3.330	4.034	14.412	12	44
Azienda Ospedaliera di Verona	342	3.322	4.065	9.630	12	28
Azienda Ulss 1 Belluno	153	1.403	1.683	4.509	11	29
Azienda Ulss 2 Feltre	69	530	688	1.648	10	24
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	126	1.295	1.511	4.517	12	36
Azienda Ulss 4 Alto Vicentino	108	728	768	4.614	7	43
Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino	152	1.837	2.211	4.232	15	28
Azienda Ulss 6 Vicenza	242	2.141	2.337	7.352	10	30
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	239	2.821	3.363	6.619	14	28
Azienda Ulss 8 Asolo	158	1.425	1.578	5.759	10	36
Azienda Ulss 9 Treviso	202	2.329	2.705	6.930	13	34
Azienda Ulss 10 Veneto Orientale	137	1.358	1.570	4.303	11	31
Azienda Ulss 12 Veneziana	462	3.479	3.987	14.439	9	31
Azienda Ulss 13 Mirano	144	1.496	1.835	3.423	13	24
Azienda Ulss 14 Chioggia	57	507	541	1.879	9	33
Azienda Ulss 15 Alta Padovana	198	2.357	2.740	5.166	14	26
Azienda Ulss 16 Padova	211	1.983	2.376	9.003	11	43
Azienda Ulss 17 Este	189	1.537	1.665	6.118	9	32
Azienda Ulss 18 Rovigo	179	1.383	1.551	7.647	9	43
Azienda Ulss 19 Adria	77	556	632	2.244	8	29
Azienda Ulss 20 Verona	150	1.445	1.566	7.067	10	47
Azienda Ulss 21 Legnago	134	1.334	1.511	5.100	11	38
Azienda Ulss 22 Bussolengo	136	1.275	1.435	3.774	11	28
Totale	4.190	39.871	46.352	140.385	11	34

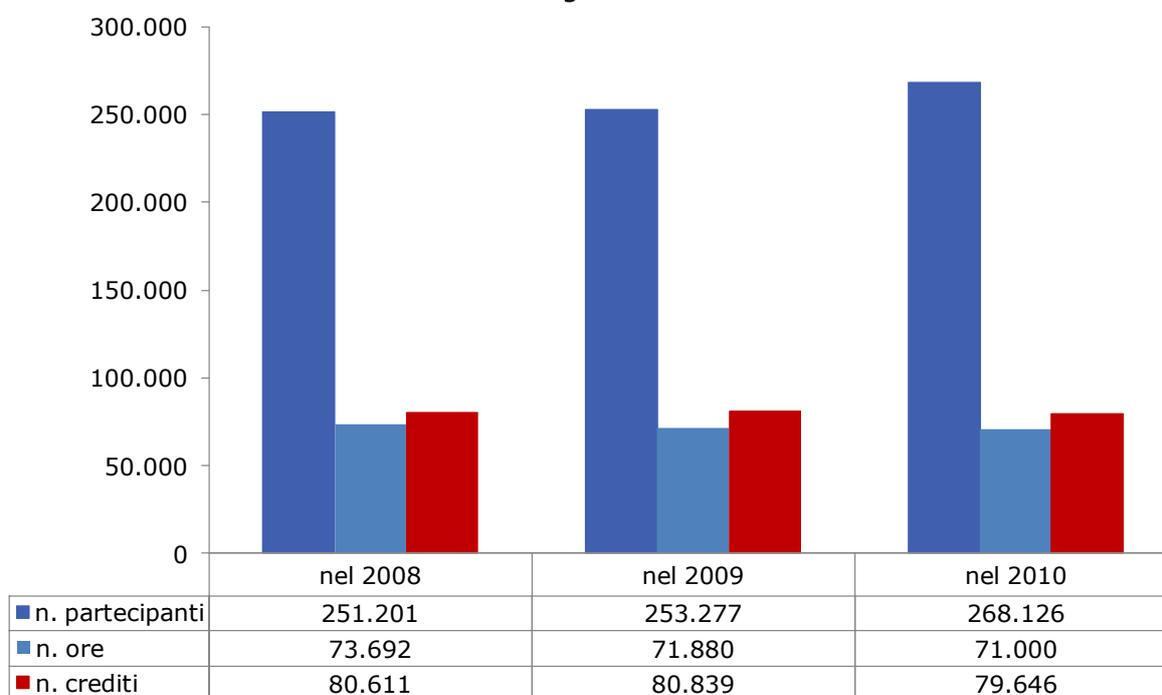
Numero eventi formativi accreditati nel triennio 2008-2010



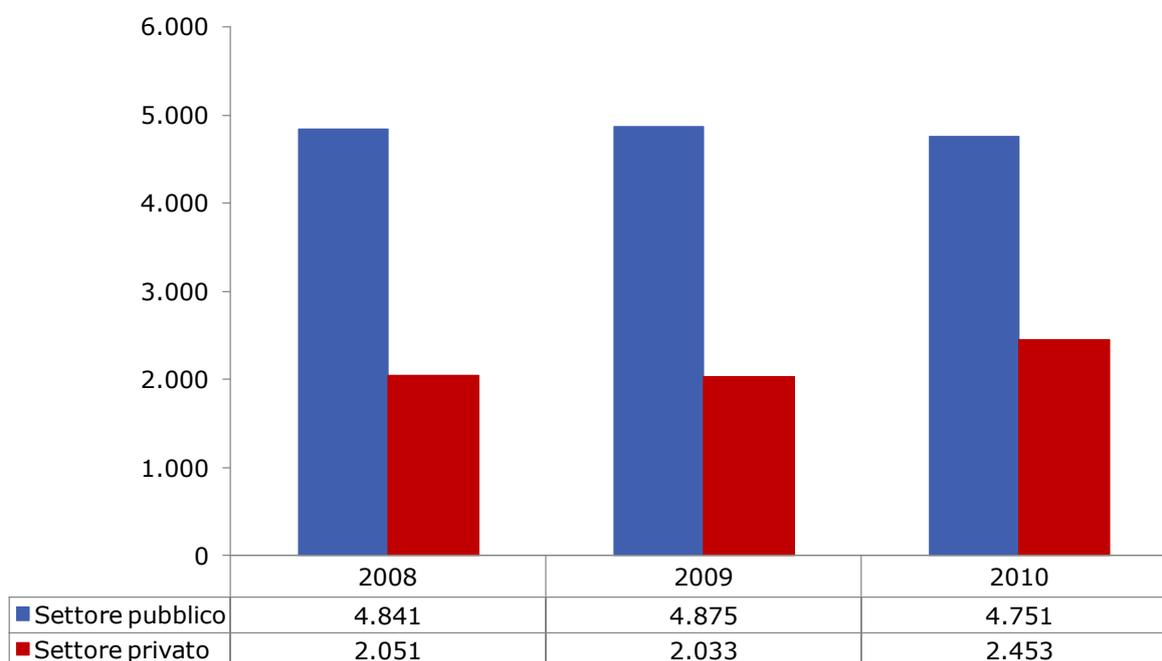
Nel triennio 2008-2010 si rileva un aumento del numero dei partecipanti e una relativa diminuzione-stabilizzazione del numero delle ore e dei crediti assegnati.

715

Distribuzione del numero totale dei partecipanti, delle ore di formazione e crediti assegnati nel triennio 2008-2010

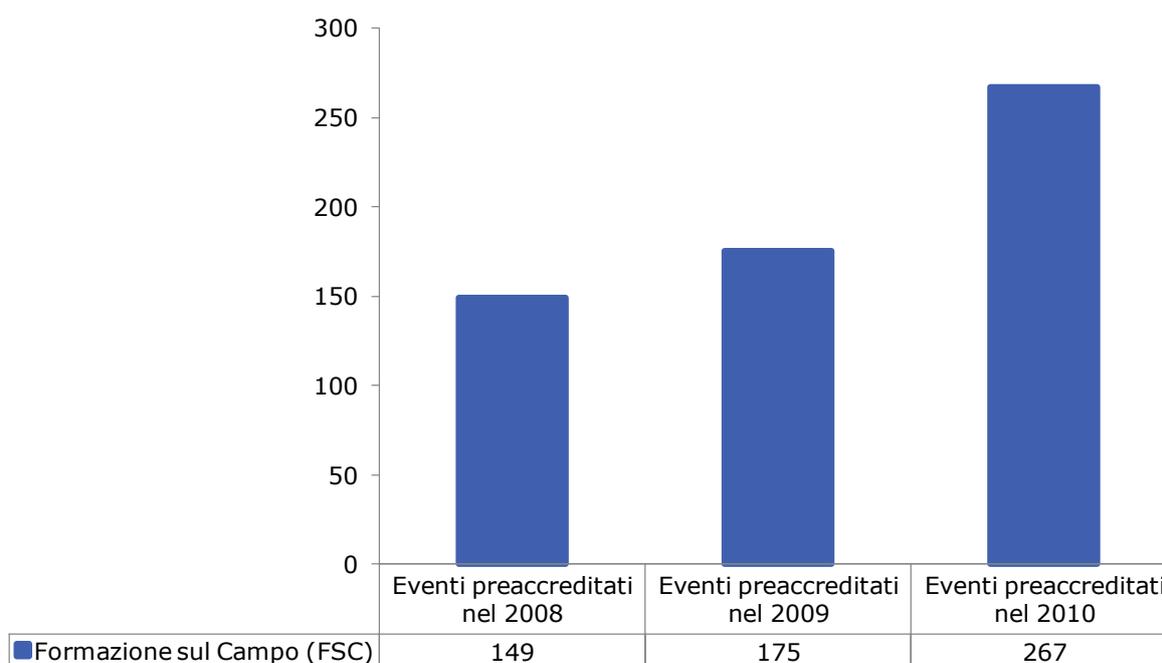


Eventi accreditati da organizzatori del settore pubblico e settore privati nei tre anni di riferimento

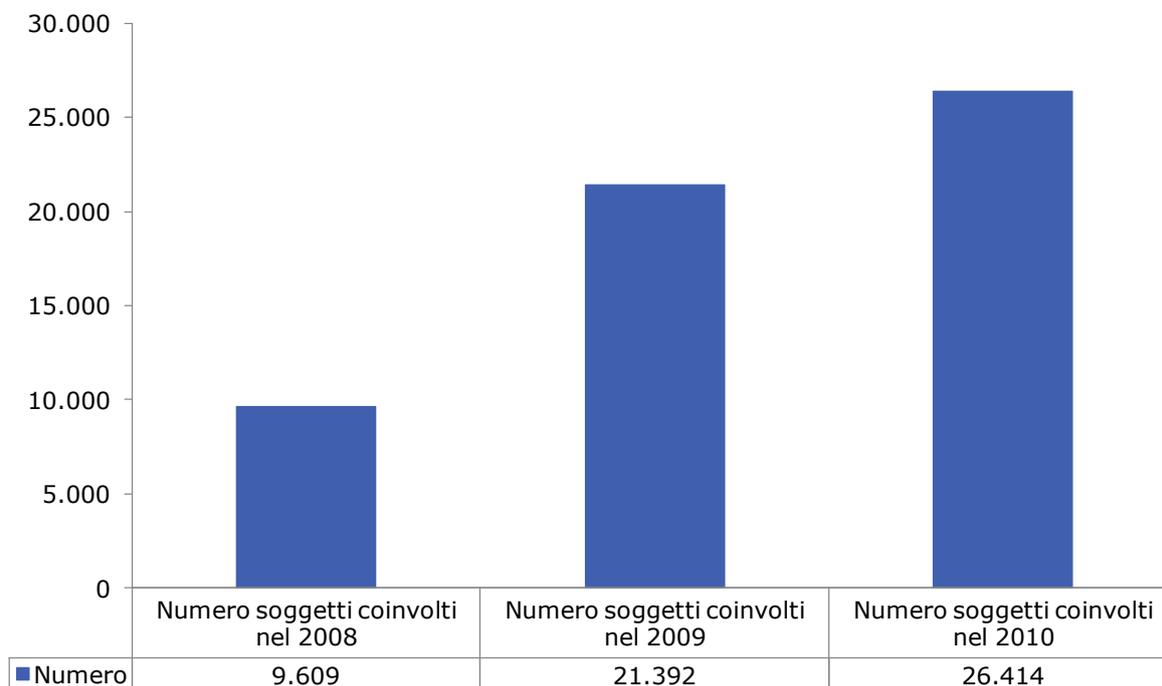


716 Nel triennio si riconferma l'assoluta prevalenza di eventi formativi accreditati e proposti da organizzatori del settore pubblico.

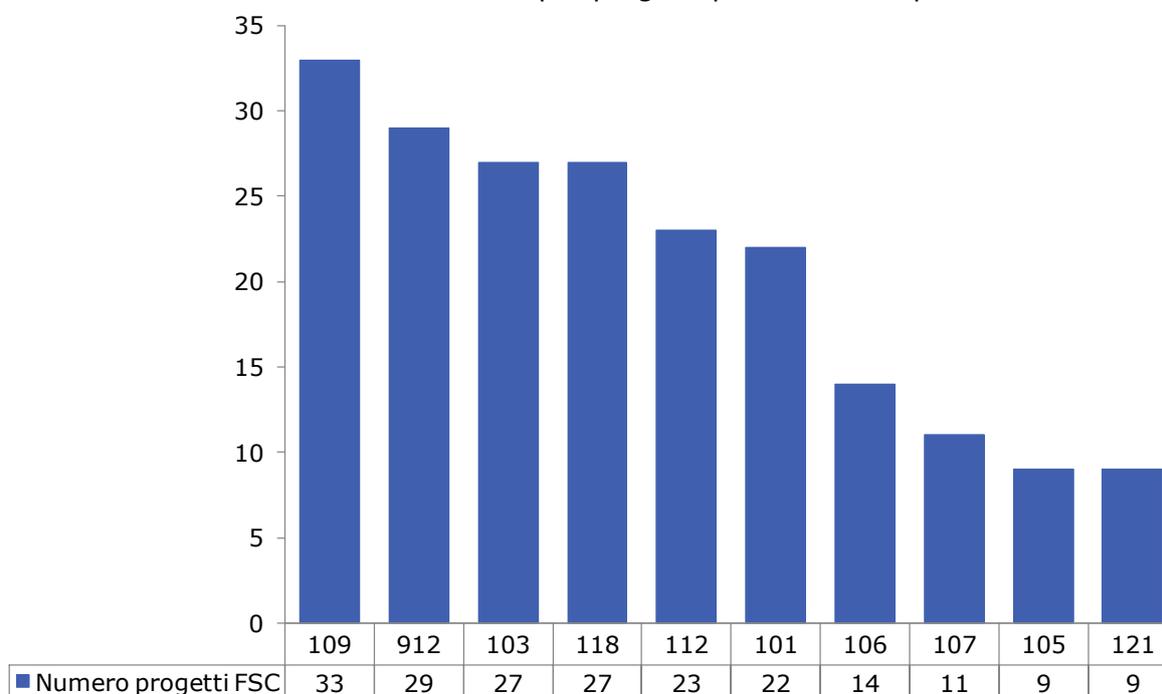
Formazione sul Campo (FSC)
Eventi preaccreditati nel triennio 2008-2010



Formazione sul Campo (FSC) Numero soggetti coinvolti nel triennio 2008-2010



Formazione sul Campo (FSC) - Veneto 2010 Prime dieci Aziende Sanitarie per progetti preaccreditati presentati



Fonti

Direzione Controlli e Governo SSR

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041 2793559 - Fax: 041 279.3503

E-mail: controlli.govssr@regione.veneto.it

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/La+Regione/Struttura+Organizzativa/Segr.+Regionale+per+la+Sanit%C3%A0/Dir.+Controlli+e+Governo+SSR.htm>

Servizio controllo investimenti prezzi acquisti SSR

Afferente alla Direzione Controlli e Governo SSR

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041 2793509 - Fax: 041 279.3503

E-mail: investmentissr@regione.veneto.it

Servizio Sistema Informatico SSR

affidente alla Direzione Controlli e Governo SSR

Ex Ospedale Giustinian - Dorsoduro, 1454 - 30120 Venezia

Telefono: 041-2793438 - Fax: 041 2793423

E-mail: sistemainformativo.sanita@regione.veneto.it

Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR

Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041 2793450 - Fax: 041 2793506

E-mail: prog.finsanita@regione.veneto.it

Direzione Edilizia Ospedaliera e a Finalità Collettive

Santa Croce 515 - 30135 Venezia

Telefono: 041 2792315 - Fax: 041 2792132

E-mail: edilcollettiva@regione.veneto.it

ARSS Agenzia Regionale Socio Sanitaria

Ca' Zen ai Frari S.Polo 2580 - 30125 Venezia

Telefono: 041 279 3561 - Fax: 041 2793566

E-mail: segreteria@arssveneto.it

Sito Internet: <http://www.arssveneto.it/>