



REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE

## REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 1 marzo 2013

Anno XLIV - N. 21



### **Oderzo (Tv), Piazza Grande.**

Sulla piazza principale di Oderzo si affaccia il Duomo, alto edificio del X secolo ricostruito, in forme gotiche, nel XIV. Accanto vi si trova il *Torresin*: una torre dell'orologio (completamente rifatta negli anni '30 del XX secolo) che coincide con la porta meridionale dell'antica cinta muraria medievale. Sulla piazza si affacciano, inoltre, altri edifici di pregio come Palazzo Saccomani o l'antica Loggia comunale. Restaurata agli inizi degli anni '90 su progetto dell'arch. Toni Follina, la piazza è interamente pedonale e, per la sua particolare forma a palcoscenico, sede di numerose iniziative di carattere culturale.

*(Archivio fotografico Promozione turistica Regione del Veneto)*

---

### **Direzione - Redazione**

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900 - Fax. 041 279 2905

Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: [uff.bur@regione.veneto.it](mailto:uff.bur@regione.veneto.it)

Direttore Responsabile avv. Mario Caramel

# SOMMARIO

## PARTE SECONDA

### Sezione prima

#### DECRETO DEL COORDINATORE DELL'AVVOCATURA REGIONALE

n. **63** del 21 febbraio 2013

D.G.R. n. 3757 del 2.12.2008. D.G.R. n. 912 del 22.05.2012. Avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, di n. 4 praticanti presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato..... 8  
**[Concorsi]**

#### DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

n. **17** del 14 febbraio 2013

D.G.R. n. 291/2009 e DD.G.R. nn. 363/2008 e 386/2007 (fuori contingente). Corsi triennali di formazione specifica in Medicina Generale. Determinazione dei compensi e rimborsi della Commissione costituita con il Decreto n. 233 del 27 novembre 2012. ... 9  
**[Concorsi]**

n. **19** del 19 febbraio 2013

Pubblicazione zona carente straordinaria: Azienda ULSS n. 3. Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con Intesa Conferenza Stato - Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.- art. 33 e Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta, recepito con DGR n. 2667 del 7/08/2006. .... 11  
**[Sanità e igiene pubblica]**

#### DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE INDUSTRIA E ARTIGIANATO

n. **56** del 14 febbraio 2013

DGR n. 180 del 11 febbraio 2013. Chiusura sportello di presentazione delle domande di contributo. DGR n. 1753 del 14 agosto 2012 "Bando per il finanziamento di interventi a favore delle reti di imprese operanti nella regione Veneto", DGR n. 2643 del 18 dicembre 2012 "Bando a sportello di partecipazione per l'ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI femminili", DGR n. 2644 del 18 dicembre 2012 "Bando a sportello di partecipazione per l'ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI giovanili". .... 16  
**[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]**

#### DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ISTRUZIONE

n. **345** del 21 dicembre 2012

POR FSE 2007-2013 - Ob. Competitività Regionale e Occupazione - Reg. (CE) n. 1081/2006. Asse IV - Capitale Umano - DGR n. 1686 del 7 agosto 2012 - Avviso "Assegni di Ricerca". Approvazione risultanze istruttorie dei progetti presentati e assunzione impegno di spesa. .... 18  
**[Formazione professionale e lavoro]**

#### DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA UNITÀ DI PROGETTO GENIO CIVILE DI VERONA

n. **49** del 20 febbraio 2013

Gara d'appalto n. 01/2013. Lavori di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso nei Comuni di Caprino Veronese e di Affi. 2° stralcio. Progetto n. 843/2010. Importo euro 1'789'741,48. Modificazione bando di gara. CUP H52 J10 000 070 003 - CIG 47 65 31 91 A4. .... 19  
**[Appalti]**

*Sezione seconda***DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE****n. 104 del 11 febbraio 2013**

Programma di cooperazione transfrontaliera IPA Adriatico 2007-2013 - Progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL" - Codice CUP H79E12000480007 - Avvio della procedura ai sensi della DGR n. 2919/2007 per l'individuazione di n. 1 figura professionale idonea all'espletamento delle attività oggetto del programma. .... 20  
**[Consulenze e incarichi professionali]**

**n. 127 del 11 febbraio 2013**

Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2012. - Accordo Rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281. .... 23  
**[Sanità e igiene pubblica]**

**n. 161 del 11 febbraio 2013**

Programma di Cooperazione Territoriale europea Interreg IVC. Progetto CHARTS "Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability". Avvio della procedura per l'individuazione di una figura professionale idonea all'espletamento delle attività oggetto del programma. Deliberazione n. 2919 del 18/09/2007. .... 184  
**[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]**

**n. 180 del 11 febbraio 2013**

Bandi di finanziamento con procedura aperta per la presentazione delle domande di contributo. Disposizioni in materia di chiusura e riapertura dello "sportello" previsto per la presentazione delle istanze. Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 123... 187  
**[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]**

**PARTE TERZA****CONCORSI****REGIONE VENETO**

Avvocatura regionale. Avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, di n. 4 praticanti presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato. .... 189

**COMUNE DI CAVALLINO TREPORTI (VENEZIA)**

Riapertura dei termini del concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 1 istruttore di vigilanza, Cat. C, a tempo pieno ed indeterminato. Sono riaperti i termini del concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 1 istruttore di vigilanza, cat. C, a tempo pieno ed indeterminato e per la formazione di una graduatoria. .... 195

**IPAB ALTA VITA - ISTITUZIONI RIUNITE DI ASSISTENZA, PADOVA**

Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura di n. 3 posti di "infermiere professionale" (Cat. C/C1 del C.C.N.L. Regioni/Autonomie locali) a tempo pieno e indeterminato. .... 196

**IPAB CASA DI ASSISTENZA PER ANZIANI "A. TOBLINI", MALCESINE (VERONA)**

Avviso di mobilità per la copertura di n. 1 posto di istruttore amministrativo a tempo pieno ed indeterminato (Categoria C - posizione economica C1 - ccnl 1° aprile 1999 enti locali) ex art. 30 d.lgs 165/01. .... 197

**IPAB CASA DI RIPOSO DI ARSIERO, ARSIERO (VICENZA)**

Concorso pubblico, per soli esami, per la copertura di n. 1 posto di infermiere (Categoria C, posizione economica C1, vigente CCNL Regioni ed Autonomie Locali) a tempo pieno e indeterminato. .... 198

**IPAB CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA "MORELLI BUGNA", VILLAFRANCA DI VERONA (VERONA)**

Avviso di mobilità per la copertura di n. 2 posti di operatore socio sanitario a tempo pieno ed indeterminato (Cat. B. 1 - c.c.n. l. 2006/2009 enti locali) ex art. 30 d.lgs. 165/01. .... 199

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 2, FELTRE (BELLUNO)**

Sorteggio componenti di commissione esaminatrice di concorso pubblico. .... 200

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 4, THIENE (VICENZA)**

Avviso per il conferimento di incarichi di assistenza programmata nei centri di servizio per anziani non autosufficienti e strutture intermedie da utilizzare nel caso in cui nessuno dei medici di assistenza primaria inseriti nell'elenco di disponibilità si rendesse disponibile per l'assunzione dell'incarico. ....201

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 6, VICENZA**

Avviso pubblicazione graduatoria per inserimenti relativa agli ambiti carenti di assistenza primaria 1° semestre 2012. .... 202

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10, SAN DONÀ DI PIAVE (VENEZIA)**

Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di dirigente biologo, disciplina patologia clinica. .... 203

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 12, VENEZIANA**

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di dirigente medico di ortopedia e traumatologia. Bando n. 14/2012. .... 204

**UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 15, CITTADELLA (PADOVA)**

Avviso pubblico per l'eventuale assunzione di personale, con profilo professionale di Dirigente Amministrativo, con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato. Deliberazione n. 96 del 8.02.2013. .... 209

**APPALTI****Bandi e avvisi di gara****REGIONE DEL VENETO**

Genio civile di Verona. Bando di asta pubblica - procedura aperta (decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 - legge regionale 7 novembre 2003, n. 27). Gara n. 1/2013. Lavori di proseguimento di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo a monte e a valle del torrente Tasso nel tratto del ponte delle Acque nei Comuni di Caprino Veronese e Affi. 2° stralcio. Importo lavori a base di gara € 1.345.000,00. Progetto n. 843 del 28/09/2010. Cup H52 J10 000 070 003. Cig 47 65 31 91 A4. Testo integrato del bando di gara con le modificazioni apportate. ....210

**COMUNE DI ARZERGRANDE (PADOVA)**

Bando di asta pubblica per la alienazione di un minialloggio comunale in via Comunanze. ....221

**COMUNE DI CAMPOLONGO MAGGIORE (VENEZIA)**

Bando di gara per l'alienazione mediante asta pubblica dell'area e relativi due immobili di proprietà del Comune di Campolongo Maggiore, siti a Campolongo Maggiore Capoluogo. .... 222

**COMUNE DI LUSIANA (VICENZA)**

Avviso d'asta per la vendita del fabbricato ex scuola elementare di Laverda sito in via Laverda in comune di Lusiana. .... 223

**COMUNE DI MONSELICE (PADOVA)**

Alienazione immobile comunale sede del comando di polizia municipale di Monselice. .... 224

**IPAB CASA DELL'ACCOGLIENZA "BALDO SPREA", ILLASI (VERONA)**

Estratto di bando di gara mediante asta pubblica per alienazione immobiliare casa ex ospite Merlo. .... 225

**IPAB CASA DI RIPOSO DI ASIAGO, ASIAGO (VICENZA)**

2° avviso di gara, ad evidenza pubblica, per la concessione in locazione di un'unità immobiliare ad uso abitativo sita in comune di Asiago. .... 226

**AVVISI****REGIONE DEL VENETO**

Direzione Geologia e Georisorse. Avviso relativo all'istanza di permesso di ricerca di acqua ad uso geotermico ai sensi del D.lgs. 22/2010 e della L.R. 40/1989 presentata dalla Società FIN.CI snc. .... 227

Genio civile di Treviso. T.U. 1775/33, art. 7 - L.R. n. 14/89. Pubblicazione avviso relativo istruttoria domanda della ditta Galileo Società Agricola s.s. per concessione di derivazione d'acqua in Via Piave del Comune di Maserada sul Piave Foglio 10 Mappale 364 ad uso Irriguo - moduli 0,0005. Pratica n. 4954. .... 228

Genio civile di Verona. Avviso Rif. pratica D/12202. Ditta: Madinelli Giuliana. Uso: irriguo (soccorso). Comune di San Martino B.A. Loc. Marcellise.....	229
Genio civile di Verona. Avviso. Rif. pratica D/12221. Ditta: Zuanazzi Luciano. Uso: irriguo. Comune di Verona. Loc. Contrada Moranda.....	230
Genio civile di Verona. Avviso. Rif. pratica D/12222. Ditta: Zivelonghi Roberto. Uso: igienico assimilato (zootecnico). Comune di Erbezzo, Loc. Malga Campo Retratto.....	231
Genio civile di Vicenza. Avviso d'istruttoria per concessioni preferenziali di derivazione d'acqua situate in Comune di Cison del Grappa, Marostica, Eneo e Gallio. Protocollo n. 79928 del 21/02/2013. ....	232
U.P. Coordinamento Commissioni (VAS VINCA NUVV). Verifiche di Assoggettabilità esaminate nella Seduta della Commissione VAS del 24 gennaio 2013. ....	233
<b>COMUNE DI ALBIGNASEGO (PADOVA)</b>	
Avviso di deposito. Adozione Piano di Assetto del Territorio (P.A.T.) e relativa Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.) Deliberazione di Consiglio Comunale n. 2 del 19/02/2013. ....	234
<b>COMUNE DI MOZZECANE (VERONA)</b>	
Avviso di deposito PAT. ....	235
<b>GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)</b>	
Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 312 "Sostegno alla creazione e allo sviluppo di microimprese" Azione 1 "Creazione e sviluppo di microimprese" del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.....	236
Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 "Incentivazione delle attività turistiche" Azione 2 "Accoglienza" del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.....	237
Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 "Incentivazione delle attività turistiche" Azione 4 "Informazione" del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.....	238
Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 "Incentivazione delle attività turistiche" Azione 5 "Integrazione dell'offerta turistica" del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa....	239
Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 311 "Diversificazione in attività non agricole" Azione 2 "Sviluppo dell'ospitalità agrituristica" del Programma di sviluppo locale (Psl) del Gal Montagna Vicentina Società Cooperativa....	240
<b>PROVINCIA DI VERONA</b>	
LR 33/2002 "Testo unico delle leggi regionali sul turismo". Avviso relativo alla tenuta dell'albo dei direttori tecnici, degli elenchi delle agenzie di viaggio, delle associazioni e degli organismi senza scopo di lucro e delle figure professionali del turismo. ....	241
<b>TRIBUNALE DI VERONA</b>	
Riconoscimento di proprietà Malaffo Lorenzo.....	242
<b>TRIBUNALE DI VERONA - SEZIONE DISTACCATA DI SOAVE</b>	
Ricorso ex artt.3 L. n. 346/1976 e 1159 bis c.c. sig. David Cavaliere. ....	243
<b>Procedimenti VIA</b>	
<b>DITTA BAÙ MARIO DI BAÙ DARIO S.A.S., ASIAGO (VICENZA)</b>	
Avviso ai sensi dell'art. 20, comma2, del D.Lgs. n. 152/06 e s.m.e.i.....	244
<b>DITTA ECOSANITAS DI GIRONDA PAMELA, LEGNAGO (VERONA)</b>	
Verifica di assoggettabilità a valutazione di impatto ambientale (art. 20, D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii.). ....	245
<b>DITTA M. GUARNIER S.P.A., BELLUNO</b>	
Deposito atti per verifica di assoggettabilità alla procedura di valutazione impatto ambientale ai sensi dell' art. 20 D.lgs. 152/2006 e s.m.i. ....	246
<b>SOCIETÀ SERENISSIMA COSTRUZIONI SPA, VERONA</b>	
Verifica di assoggettabilità a valutazione di impatto ambientale (art. 20, D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii.). ....	247

---



---

**PARTE QUARTA**


---



---

**ATTI DI ENTI VARI****Espropriazioni, occupazioni d'urgenza e servitù****COMUNE DI PADOVA**Decreto n. **26** del 5 febbraio 2013

Soppressione dei passaggi ferroviari a livello al km 121+378 della linea ferroviaria Bologna - Padova e al km 0+730 del raccordo bivio Montà - Padova campo Marte, al servizio di via Bezzecca e di via Montà per la realizzazione di sottopassi ferroviari, veicolari e ciclopedonali, e al servizio della viabilità di via Cagni. .... 248

**COMUNE DI SACCOLONGO (PADOVA)**Estratto decreto prot. n. 0011958 rep. n. **1305** del 20 dicembre 2012

Lavori per la realizzazione delle rampe di accesso alla passerella ciclopedonale sul fiume Bacchiglione - "Ponte di Creola". Esproprio ai sensi dell'art. 23 comma 1 d.p.r. 327/2001. Ditta: Valter Costola..... 249

Estratto decreto prot. n. 0011957 rep. n. **1306** del 20 dicembre 2012

Lavori per la realizzazione delle rampe di accesso alla passerella ciclopedonale sul fiume Bacchiglione - "Ponte di Creola". Esproprio ai sensi dell'art. 23 comma 1 d.p.r. 327/2001. Ditta: Camillo Cogo..... 250

**COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO (PADOVA)**Decreto n. **13** del 18 febbraio 2013

Deposito dell'indennità provvisoria di esproprio ai sensi dell'art. 20 comma 14, e art. 26 del D.P.R. 327/2001. Lavori di esecuzione della rotonda stradale sull'incrocio di via Montecchia con via Miazzo.....251

**COMUNE DI SOVIZZO (VICENZA)**Estratto determinazione n. **67** del 20 febbraio 2013

Procedimento espropriativo relativo ai "Lavori di costruzione nuovo tratto di marciapiede lungo Via Castegnini". Deposito dell'indennità provvisoria di espropriazione non condivisa presso la cassa Depositi e prestiti ai sensi dell'art. 20 del D.P.R. n. 327/2001. .... 252

**CONSORZIO DI BONIFICA "ACQUE RISORGIVE", VENEZIA**Estratto ordinanza di pagamento n. **58** prot. n. **2490** del 13 febbraio 2013

Lavori di realizzazione delle opere per la definizione delle interferenze con l'Autostrada - Variante di Mestre - Passante Autostradale. Interventi per la «Ricalibratura del Rio Storto nel tratto compreso tra l'intersezione con il passante e le cave di Maerne» [P.172-02].Espropriazione per pubblica utilità. Ordinanza di pagamento diretto della quota del saldo della indennità di espropriazione, soprassuoli ed occupazione temporanea (art. 22-50 DPR 327/01). .... 253

Estratto ordinanza di deposito n. **59** prot. n. **2491** del 13 febbraio 2013

Lavori di realizzazione delle opere per la definizione delle interferenze con l'autostrada - variante di Mestre - passante autostradale. Interventi per la «Ricalibratura del rio Storto nel tratto compreso tra l'intersezione con il passante e le cave di Maerne» [p.172-02]. Espropriazione per pubblica utilità. Ordinanza di deposito a seguito della non condivisione della indennità di espropriazione provvisoria determinata ai sensi e per gli effetti dell'art. 22 DPR n. 327/01..... 254

**PROVINCIA DI VENEZIA**Decreto n. **1** del 23 gennaio 2013

Decreto di esproprio definitivo - 1° stralcio. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (SP n° 28), II° lotto in comune di Dolo, e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino.....255

Decreto n. **2** del 23 gennaio 2013

Decreto di esproprio definitivo - 2° stralcio. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (sp. 28), II lotto in comune di Dolo, e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino. 256

Decreto n. **3** del 4 febbraio 2013

Decreto di asservimento definitivo. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (sp n° 28), II° lotto in comune di Dolo e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino. .... 257

**Statuti****COMUNE DI COLOGNA VENETA (VERONA)**

Delibera Consiglio comunale n. 5 del 29 gennaio 2013

Proposta di modifica dello Statuto Comunale ad iniziativa dei consiglieri Boscagin Piergiorgio Agostino, Febi Davide, Trevisan Emanuela: introduzione art. 25 avente ad oggetto "Commissioni consiliari e commissioni speciali" ..... 258

**Trasporti e viabilità****COMUNE DI GAZZO VERONESE (VERONA)**

Decreto n. 1 del 18 febbraio 2013

Declassificazione e sdemanializzazione di aree nel territorio comunale ..... 259

**COMUNE DI ROMANO D'EZZELINO (VICENZA)**

Decreto Segretario generale del 31 gennaio 2013

Declassificazione relitto stradale sito nella laterale di viale Europa individuato catastalmente comune di Romano d'Ezzelino - sez. u - fg. 13° - mapp. 1763. - d.lgs. n. 285 del 30/04/1992 e s.m.i. (nuovo codice della strada). ..... 260

**PROVINCIA DI VENEZIA**

Determinazione n. 179 prot. 2013/7996 del 25 gennaio 2013

Declassificazione e cessione al demanio del Comune di Pianiga il tratto di SP 28 "Cazzago - Mellaredo" dal Km 4+076 al Km 6+226 (Via Roma) dall'incrocio con la SP 25 (Via Marinoni) all'incrocio con la SP 34 (Via Accoppè). .....261

**PARTE SECONDA****CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI***Sezione prima***DECRETO DEL COORDINATORE DELL'AVVOCATURA REGIONALE**

DECRETO DEL COORDINATORE DELL'AVVOCATURA REGIONALE n. 63 del 21 febbraio 2013

**D.G.R. n. 3757 del 2.12.2008. D.G.R. n. 912 del 22.05.2012. Avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, di n. 4 praticanti presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato.***[Concorsi]*

Il Coordinatore

- Vista la deliberazione n. 3757 del 2.12.2008 con la quale è stata approvato il Regolamento per lo svolgimento della pratica forense presso l'Avvocatura regionale e successive sue modifiche;
- Vista la deliberazione n. 912 del 22.05.2012 recante "Progetto per la formazione e l'aggiornamento in tema di informatica giuridica e inserimento al lavoro di praticanti avvocati che svolgono un percorso professionalizzante finalizzato all'acquisizione di competenze trasversali in materia giuridica presso l'Avvocatura regionale. L.R. n. 3/2009"
- Vista la L.R. 24/2001;
- Visto il D.L. n. 1/2012;
- Vista la L.247/2012;
- Ritenuto quindi necessario indire la seguente selezione pubblica, per titoli e colloquio, per
  - n. 4 posti di praticante presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato

decreta

1. di indire la seguente selezione pubblica, per titoli e colloquio, per
  - n. 4 posti di praticante presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato
2. di approvare l'allegato bando (Allegato A), che forma parte integrante del presente provvedimento, dando altresì atto che per le modalità di svolgimento della procedura concorsuale si seguiranno, per tutto quanto non espressamente previsto dal bando, le norme regionali e statali vigenti in materia;
3. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.
4. di pubblicare il presente provvedimento sul sito web dell'Amministrazione regionale.

Ezio Zanon

(L'allegato bando è pubblicato in parte terza del presente Bollettino, *ndr*)[Torna al sommario](#)

**DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA n. 17 del 14 febbraio 21013

**D.G.R. n. 291/2009 e DD.G.R. nn. 363/2008 e 386/2007 (fuori contingente). Corsi triennali di formazione specifica in Medicina Generale. Determinazione dei compensi e rimborsi della Commissione costituita con il Decreto n. 233 del 27 novembre 2012.**

[Concorsi]

Il Dirigente

Premesso che:

- il D.Lgs. 17 agosto 1989 n. 368, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 8 luglio 2003 n. 277, che istituisce e disciplina il corso di formazione specifica in Medicina Generale, all'art. 29, comma 3, prevede che: "al termine del triennio la commissione di cui al comma 1, integrata da un rappresentante del Ministero della sanità e da un professore ordinario di medicina interna o disciplina equipollente designato dal Ministero della sanità a seguito di sorteggio tra i nominativi inclusi in appositi elenchi predisposti dal Ministero dell'università, ricerca scientifica e tecnologia, previo colloquio finale, discussione di una tesina predisposta dal candidato e sulla base dei singoli giudizi espressi dai tutori e coordinatori durante il periodo formativo, formula il giudizio finale";

- ai sensi della D.G.R. n. 4174/2008, come integrata con la deliberazione di Giunta n. 14/2011, le procedure relative alla formazione specifica in medicina generale sono state trasferite al Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria (Coordinamento), che provvede alla gestione delle attività trasferite per il tramite della propria struttura organizzativa collocata presso l'Azienda U.L.S.S. n. 9 di Treviso e afferisce alla Direzione regionale U.C. Assistenza distrettuale e cure primarie;

- con Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 233 del 27 novembre 2012 è stata costituita, nella composizione di cui al richiamato art. 29, comma 3, la Commissione d'esame per la formulazione del giudizio finale ed il rilascio del diploma di formazione specifica in Medicina Generale, ai 37 medici che hanno concluso positivamente i seguenti trienni formativi:

- triennio 2007 - 2010 di cui alla D.G.R. 386/2007 (3° Corso - sessione straordinaria);
- triennio 2008 - 2011 di cui alla D.G.R. 363/2008 (4° Corso - sessione straordinaria);
- triennio 2009 - 2012 di cui alla D.G.R. 291/2009 (5° Corso - sessione ordinaria).

Preso atto che il verbale dei lavori della Commissione, agli atti del Coordinamento, attesta che tutti e 37 i candidati ammessi a sostenere la prova di cui all'oggetto hanno ottenuto il giudizio di idoneità finale e che agli stessi è stato rilasciato dalla Commissione il diploma di formazione specifica in Medicina Generale;

Rammentato che il citato verbale, attestante il regolare insediamento della Commissione nelle date fissate per il colloquio finale ed il regolare svolgimento della attività di cui al richiamato art. 29, comma 3, è stato recepito con il Decreto del Dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 4 del 15 gennaio 2013;

Rilevato che, come disposto dalla disciplina dei bandi di concorso approvati con le deliberazioni di avvio dei corsi in richiamate in oggetto: "Per la determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni e al personale addetto alla sorveglianza si applicano le disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 marzo 1995";

Preso atto che il Coordinamento ha prodotto il seguente rendiconto delle spese sostenute per l'esperimento dei colloqui finali:

- per oneri connessi all'utilizzo dei locali sede dei lavori della Commissione € 1.391,50.= (comprensivi di IVA) a favore della fondazione CUOA con sede in G. Marconi 103, Altavilla Vicentina (VI);
- per rimborso delle spese sostenute e documentate dal componente della Commissione nominata dal Ministero della Salute, dott. ssa Irma Rita Guarneri: € 418,20.=
- per i compensi ai componenti della Commissione;

- PRESIDENTE di nomina ordinistica	dott. Brunello GORINI	€ 337,26
- COMPONENTE MMG di nomina ordinistica	dott. Paolo SARASIN	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina regionale	dott. Maurizio CHIESA	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina ministeriale	prof. Pietro MINUZ	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina ministeriale	dott.ssa Irma Rita GUARNERI	€ 281,17
- SEGRETARIO di nomina regionale	dott. ssa Maila TAVERNA	€ 225,82

Precisato che gli importi indicati sono da intendersi comprensivi dell'IVA eventualmente dovuta, per il caso di prestazioni rese in regime di libera professione o per la fornitura di beni e servizi.

Ritenuto di determinare gli oneri dovuti per le attività svolte dalla Commissione di cui al Decreto regionale 233/2012 in com-

plessivi € 3.497,46.=, precisando che gli stessi sono stati oggetto di impegno e trasferimento a favore dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 con il decreto n. 73 del 12 giugno 2012 del Dirigente della Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria alla voce "Oneri organizzazione concorso/colloquio finale;

Richiamato il decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 121 del 12 ottobre 2011 "Conferimento di delega ai responsabili di Unità Complessa e di Servizio, afferenti la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, per la sottoscrizione di atti e proposte di provvedimenti - riforma del decreto n. 44/2011."

Vista la L.R. 10.1.1997, n. 1;

Visto il D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368;

Visto il D.Lgs. 8 luglio 2003 n. 277;

Viste le DD.G.R. nn. 386/2007, 363/2008 e 291/2009;

Viste le DD.G.R. n. 4174/2008 e 1099/2011;

Visti i decreti del Dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 233 del 27 novembre 2012 e n. 4 del 15 gennaio 2013;

Visto il DPCM 23 marzo 1995;

#### decreta

1) di determinare, per quanto in premessa indicato, i compensi da corrispondere ai componenti della Commissione costituita con il Decreto Dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 233 del 27 novembre 2012 ai sensi dell'art. 29, comma 3 del decreto legislativo 368/99, nella misura indicata nel seguente prospetto:

- PRESIDENTE di nomina ordinistica	dott. Brunello GORINI	€ 337,26
- COMPONENTE MMG di nomina ordinistica	dott. Paolo SARASIN	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina regionale	dott. Maurizio CHESA	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina ministeriale	prof. Pietro MINUZ	€ 281,17
- COMPONENTE di nomina ministeriale	dott.ssa Irma Rita GUARNERI	€ 281,17
- SEGRETARIO di nomina regionale	dott. ssa Maila TAVERNA	€ 225,82

2) di quantificare, giusto quanto oggetto di rendiconto da parte del Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria (Coordinamento), le seguenti spese:

- oneri connessi all'utilizzo dei locali sede dei lavori della Commissione € 1.391,50.=(comprensivi di IVA) a favore della fondazione CUOA con sede in G. Marconi 103, Altavilla Vicentina (VI);
- rimborso delle spese sostenute e documentate dal componente della Commissione rappresentante del Ministero della Salute, dott. ssa Irma Rita GUARNERI: € 418,20. =;

3) di determinare gli oneri dovuti per le attività svolte dalla Commissione di cui al Decreto regionale 233/2012 in complessivi € 3.497,46.= autorizzando l'Azienda U.L.S.S. n. 9 a provvedere al pagamento degli stessi a favore degli aventi causa utilizzando i finanziamenti regionali allo scopo trasferiti con il summenzionato decreto n. 73/2012, che presentano la necessaria disponibilità;

4) di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del corrente bilancio di previsione regionale;

5) di pubblicare il presente decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Renato Rubin

[Torna al sommario](#)

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA n. 19 del 19 febbraio 2013

**Pubblicazione zona carente straordinaria: Azienda ULSS n. 3. Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con Intesa Conferenza Stato - Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.- art. 33 e Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta, recepito con DGR n. 2667 del 7/08/2006.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Il Dirigente

Visto l'art. 33, comma 1 dell'ACN per la Pediatria di libera scelta, reso esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. in base al quale ciascuna Regione, nei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno o diversamente secondo quanto previsto da specifici accordi regionali, pubblica nel Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati dalle singole Aziende U.U.L.L.S.S.S.S. sulla base dei criteri di cui al precedente art. 32;

Visto l'Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta, recepito con D.G.R. n. 2667 del 7/08/2006, che prevede la possibilità da parte delle Aziende ULSS di richiedere la pubblicazione di zone carenti straordinarie anche in deroga alle scadenze previste dall'art. 33 dell'ACN per la Pediatria di libera scelta, reso esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.

Vista la richiesta di pubblicazione di n. 1 (una) zona carente straordinaria, individuate dall'Azienda ULSS. n. 3 d'intesa con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e comunicata con nota del 11/02/2013.

Rilevato che, in applicazione dei criteri di assegnazione previsti dal vigente ACN ed in particolare dell'art. 15 comma 11, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di cui all'ACN non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Dato atto che, ai sensi dell'art. 33, comma 13 del citato ACN, i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico, dovranno presentare alla/e Azienda/e U.U.L.L.S.S.S.S. interessata/e, entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BUR del presente provvedimento, una domanda conforme allo schema di cui all'Allegato A) del presente decreto, secondo le "Avvertenze Generali" ivi indicate.

Richiamato il decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 121 del 12/10/2011 "Conferimento di delega ai responsabili di Unità Complessa e di Servizio, afferenti la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, per la sottoscrizione di atti e proposte di provvedimenti - riforma del decreto n. 44/2011.

decreta

1. di pubblicare, come previsto dall'art. 33 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15/12/2005 e s.m.i. e dall'Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta, di cui alla DGR n. 2667 del 7/08/2006, la zona carente straordinaria di seguito riportate:

- Azienda ULSS n. 3 - Via dei Lotti, 40 - 36061 - Bassano del Grappa (VI)
  - Distretto Socio-Sanitario n. 1 - n. 1 zona carente straordinaria da localizzare nel Comune di Pove del Grappa

2. di dare atto che ai sensi dell'art. 33, comma 13 del citato ACN, i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico, dovranno presentare alla/e Azienda/e U.U.L.L.S.S.S.S. interessata/e, entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BUR del presente provvedimento, una domanda conforme allo schema di cui all'Allegato A) del presente decreto, secondo le "Avvertenze Generali" ivi indicate;

3. di prendere atto che, in applicazione dei criteri di assegnazione previsti dal vigente ACN ed in particolare dell'art. 15 comma 11, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di cui all'ACN non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare l'U.C. Assistenza distrettuale e Cure primarie della successiva trasmissione del presente provvedimento alle Aziende U.U.L.L.S.S.S.S.;

6. di disporre la pubblicazione urgente del presente decreto nel BUR in forma integrale.

Renato Rubin

[Torna al sommario](#)



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

**Allegato A al Decreto n. 19 del 19 febbraio 2013 pag. 1/4**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI  
NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

*[ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta,  
es. con Intesa Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. - art. 33]*

**RACCOMANDATA A/R**

Applicare qui la  
**marca da bollo**  
(€ 14,62) secondo le vigenti  
disposizioni in materia

Al Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(riportare l'indirizzo indicato nel Decreto)*

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
Cod. fiscale \_\_\_\_\_,

**PRESENTA**

ai sensi del comma 13 dell'art. 33 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i., la seguente:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- a) DOMANDA di TRASFERIMENTO, secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. a), dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i. [UNICAMENTE PER I PEDIATRI CONVENZIONATI PRESSO LA REGIONE VENETO]**
- a1) DOMANDA di TRASFERIMENTO, secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. a1), dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i. [UNICAMENTE PER I PEDIATRI CONVENZIONATI PRESSO ALTRA REGIONE]**
- b) DOMANDA di INSERIMENTO, secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. b), dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i. [UNICAMENTE PER I PEDIATRI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEL VENETO IN CORSO DI VALIDITÀ]**

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti pediatriche, pubblicate nel BUR della Regione Veneto

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:

- Distretto/Ambito/Comune/i \_\_\_\_\_;
- Distretto/Ambito/Comune/i \_\_\_\_\_;
- Distretto/Ambito/Comune/i \_\_\_\_\_.

**Allegato A al Decreto n. 19 del 19 febbraio 2013 pag. 2/4**

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.,

**DICHIARA**

1. di ESSERE residente:

nella Regione Veneto, senza soluzione di continuità, dalla data del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa);

nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, dalla data del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa);

2. di ESSERE/NON ESSERE titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa):

**a)** nella REGIONE VENETO, presso l'Azienda ULSS n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
- Ambito territoriale di \_\_\_\_\_ Comune  
\_\_\_\_\_, con anzianità complessiva pari a mesi \_\_\_\_\_;

**a1)** in ALTRA REGIONE \_\_\_\_\_, presso l'ASL n. \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ - Ambito territoriale di \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_, con anzianità complessiva pari a mesi \_\_\_\_\_;

3. di ESSERE/NON ESSERE inserito nella graduatoria della Regione Veneto in corso di validità con il punteggio di \_\_\_\_\_;

Dichiara DI AVERE/NON AVERE presentato domanda in altre Aziende UU.LL.SS.SS: \_\_\_\_\_.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento di incarico.

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma per esteso (\*)

(\*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.

=====

## **Allegato A al Decreto n. 19 del 19 febbraio 2013 pag. 3/4**

### **AVVERTENZE GENERALI**

I pediatri interessati potranno presentare o spedire con Raccomandata A/R all'Azienda ULSS/alle Aziende UULLSSSS competente/i indicata/e nel Decreto, domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico - *per trasferimento o per graduatoria* - secondo il fac-simile di cui all'Allegato A), in regola con le vigenti norme in materia d'imposta di bollo. Il termine, ai sensi dell'art. 33 comma 13 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i., è di **15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel BURV**. Per le domande spedite con raccomandata fa fede il timbro dell'Ufficio postale. Il suddetto termine è da considerarsi perentorio.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i. "*I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.*" Si richiama, quindi, l'attenzione dei pediatri interessati sul fatto che l'essere convenzionato per la pediatria di libera scelta, *alla data di presentazione della presente domanda*, non consente di partecipare alla procedura di assegnazione delle carenze per graduatoria, poiché, come detto, il vigente ACN dispone che i pediatri già convenzionati possano concorrere all'assegnazione di una nuova zona carente SOLO PER TRASFERIMENTO.

Premesso ciò, possono concorrere al conferimento degli incarichi:

#### **a) per Trasferimento – PLS già convenzionati in Regione Veneto:**

i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Veneto, a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. *La data cui far riferimento per la maturazione degli anni di iscrizione negli elenchi di provenienza è quella della scadenza del termine per la presentazione della domanda utile ad ottenere il trasferimento nella zona carente.*

#### **a1) per Trasferimento – PLS già convenzionati presso altra Regione:**

i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. *La data cui far riferimento per la maturazione degli anni di iscrizione negli elenchi di provenienza è quella della scadenza del termine per la presentazione della domanda utile ad ottenere il trasferimento nella zona carente.*

#### **b) per Graduatoria:**

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta in corso di validità.

Per tale fattispecie, ai sensi dell'art. 33, comma 3, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., i pediatri aspiranti all'incarico sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;
- attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione Veneto da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

**Allegato A al Decreto n. 19 del 19 febbraio 2013 pag. 4/4**

Si sottolinea, inoltre, che “E’ cancellato dalla graduatoria regionale valida per l’anno in corso, il pediatra che abbia accettato l’incarico ai sensi dell’art. 34, co. 1” (art. 33, comma 8 dell’ACN).

***Eventuali ulteriori informazioni possono essere richieste direttamente al competente ufficio dell’Azienda indicata nel Decreto.***

---

---

**NOTA BENE**

1. Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – art. 18, D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.: i dati personali che l’Amministrazione regionale acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dall’art. 33 dell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.
  2. DAL 1° GENNAIO 2012 ENTRANO IN VIGORE LE NUOVE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CERTIFICATI E DI DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE INTRODOTTE DALL’ART. 15 DELLA L. 12/11/2011, N. 183, RECANTE “DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE DI STABILITÀ 2012)” DI MODIFICA DELLA DISCIPLINA DEI CERTIFICATI E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE CONTENUTE NEL DPR N. 445/2000.  
A DECORRERE DA TALE DATA I CERTIFICATI AVRANNO VALIDITÀ SOLO NEI RAPPORTI TRA I PRIVATI, MENTRE LE AMMINISTRAZIONI O I GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI NON POTRANNO PIÙ CHIEDERE O ACCETTARE I CERTIFICATI, CHE DOVRANNO ESSERE SEMPRE SOSTITUITI DA AUTOCERTIFICAZIONI.
- 
-

**DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE INDUSTRIA E ARTIGIANATO**

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE INDUSTRIA E ARTIGIANATO n. 56 del 14 febbraio 2013

**DGR n. 180 del 11 febbraio 2013. Chiusura sportello di presentazione delle domande di contributo. DGR n. 1753 del 14 agosto 2012 “Bando per il finanziamento di interventi a favore delle reti di imprese operanti nella regione Veneto”, DGR n. 2643 del 18 dicembre 2012 “Bando a sportello di partecipazione per l’ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI femminili”, DGR n. 2644 del 18 dicembre 2012 “Bando a sportello di partecipazione per l’ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI giovanili”.**

*[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]*

Il Dirigente

Premesso che con Decisione CE (2007) 4247 del 7 settembre 2007, è stato approvato, dalle competenti Autorità comunitarie, il Programma Operativo Regionale – Parte FESR relativo alla programmazione 2007 – 2013 avente ad obiettivo la “Competitività Regionale e Occupazione”;

che, con provvedimento n. 1753 del 14 agosto 2012, la Giunta Regionale ha approvato il Bando per il finanziamento di interventi a favore delle reti di imprese operanti nella regione Veneto in attuazione del Programma Operativo Regionale, parte FESR, Asse 1, linea di intervento 1.1 “Ricerca Sviluppo e Innovazione”;

che, con provvedimenti n. 2643 del 18 dicembre 2012 e n. 2644 del 18 dicembre 2012, la Giunta Regionale ha approvato i Bandi di partecipazione per l’ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI femminili e giovanili in attuazione del Programma Operativo Regionale, parte FESR, Asse 1, linea di intervento 1.3 “Politiche di sostegno alla promozione e allo sviluppo dell’imprenditorialità”;

Dato atto che, con DGR n. 2890 del 28 dicembre 2012, la Giunta Regionale ha deliberato di destinare ulteriori fondi ai fini dello scorrimento della graduatoria di finanziamento di altri progetti presentati da reti d’imprese, giudicati ammissibili ma non finanziabili per l’intervenuto esaurimento dello stanziamento previsto con DGR n. 1753/2012;

che, con DGR n. 180 del 11 febbraio 2013, la Giunta Regionale ha incaricato il competente Dirigente regionale dell’adozione dei provvedimenti idonei alla chiusura dello sportello di presentazione delle domande di contributo, a seguito di accertato intervenuto esaurimento degli stanziamenti previsti;

Accertato che, alla data di adozione del presente provvedimento le domande di contributo pervenute ed istruite determinano, in ogni caso, l’esaurimento degli stanziamenti di cui alle DDGR n. 1753/2012, n. 2643/2012, n. 2644/2012, n. 2890/2012;

Visti il Programma Operativo Regionale – Parte FESR, Asse 1, linea di intervento 1.1 “Ricerca Sviluppo e Innovazione”, Decisione CE (2007) 4247 del 7 settembre 2007, le DGR n. 1753 del 14 agosto 2012 e n. 2890 del 28 dicembre 2012;

le DDGR n. 1753 del 14 agosto 2012, n. 2643 e n. 2644 del 18 dicembre 2012, n. 2890 del 28 dicembre 2012;

in particolare, la DGR n. 180 del 11 febbraio 2013;

i DDIA n. 327 del 29 agosto 2012, n. 573 del 19 novembre 2012, n. 682 e n. 683 del 19 dicembre 2012, n. 20 del 28 gennaio 2013;

la documentazione agli atti;

decreta

1. la chiusura, a far data dal giorno successivo all’adozione del presente provvedimento, dello sportello di presentazione delle domande di contributo per la partecipazione al “Bando per il finanziamento di interventi a favore delle reti di imprese operanti nella regione Veneto”, giusta DGR n. 1753/2012;

2. la chiusura, a far data dal giorno successivo all’adozione del presente provvedimento, dello sportello di presentazione delle domande di contributo per la partecipazione al “Bando a sportello di partecipazione per l’ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI femminili”, giusta DGR n. 2643/2012;

3. la chiusura, a far data dal giorno successivo all’adozione del presente provvedimento, dello sportello di presentazione delle domande di contributo per la partecipazione al “Bando a sportello di partecipazione per l’ottenimento di agevolazioni agli investimenti di nuove PMI giovanili”, giusta DGR n. 2644/2012;

4. di dare atto che l’inoltro di domande di contributo per la partecipazione ai bandi, giusta DDGR n. 1753/2012, n. 2643/2012, n. 2644/2012, in data successiva all’adozione del presente provvedimento comporta la non ricevibilità delle istanze medesime, l’effettuazione di nessuna istruttoria amministrativa, la contestuale archiviazione, nonché l’avvio di nessun procedimento amministrativo;

5. di dare atto che, per le domande di contributo inoltrate entro la data del presente provvedimento, l’avvio del procedimento amministrativo mediante istruttoria dell’istanza di contributo è effettuata previa verifica di sussistenza della disponibilità finanziaria;

6. di dare atto che avverso i vizi del presente provvedimento è ammesso ricorso avanti il Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dall’avvenuta conoscenza ovvero, alternativamente, entro 120 giorni al Capo dello Stato, salva rimanendo la competenza del Giudice ordinario, qualora ne ricorrano i presupposti di legge, entro i limiti prescrizionali, per l’impugnazione del provvedimento;

7. di pubblicare il presente Decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione in forma integrale e sul sito Internet regionale [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it).

Michele Peloso

[Torna al sommario](#)

**DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ISTRUZIONE**

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ISTRUZIONE n. 345 del 21 dicembre 2012

**POR FSE 2007-2013 - Ob. Competitività Regionale e Occupazione - Reg. (CE) n. 1081/2006. Asse IV - Capitale Umano - DGR n. 1686 del 7 agosto 2012 - Avviso "Assegni di Ricerca". Approvazione risultanze istruttorie dei progetti presentati e assunzione impegno di spesa.**

*[Formazione professionale e lavoro]*

Il Dirigente

*(omissis)*

decreta

1. di approvare, per i motivi indicati in premessa, i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- Allegato A "Progetti ammessi e finanziati"
- Allegato B "Progetti ammessi e non finanziati"
- Allegato C "Progetti non ammessi e Progetti non finanziabili"

2. di finanziare i progetti di cui all'Allegato A per un importo pari ad € 3.000.000,00;

3. di assumere, per i motivi indicati in premessa, un impegno di spesa pari al 100% del finanziato per ciascuno dei progetti di cui all'Allegato A, per un importo complessivo pari ad Euro € 3.000.000,00, a carico dei capitoli n. 101333 e 101334 del Bilancio Regionale 2012 che presentano sufficiente disponibilità, secondo la seguente ripartizione:

- € 1.539.051,26 corrispondenti alla quota FDR (51,30%) sul capitolo n. 101333;
- € 1.460.948,74 corrispondenti alla quota FSE (48,70%) sul capitolo n. 101334;

4. di liquidare, successivamente alla procedura di impegno di cui al precedente punto 3, gli importi sopra indicati ai beneficiari specificati nell'Allegato A, secondo le modalità previste dalla DGR 1686/12;

5. di fissare al 31 maggio 2014 la data entro la quale concludere i progetti approvati, che potranno essere avviati dopo la pubblicazione dell'avvenuta approvazione dei progetti stessi sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto;

6. di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto ai sensi della L.R. 14/89 e successive modifiche. Le graduatorie dei progetti saranno pubblicate sul sito istituzionale della Regione del Veneto.

Avverso i vizi del presente decreto è ammesso ricorso avanti il Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dell'avvenuta conoscenza ovvero, alternativamente, avanti il Capo dello Stato entro 120 giorni, salva rimanendo la competenza del Giudice Ordinario, entro i limiti prescrizionali, per l'impugnazione del provvedimento.

Enzo Bacchiega

Allegati *(omissis)*

[Torna al sommario](#)

**DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA UNITÀ DI PROGETTO GENIO CIVILE DI VERONA**

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA UNITÀ DI PROGETTO GENIO CIVILE DI VERONA n. 49 del 20 febbraio 2013

**Gara d'appalto n. 01/2013. Lavori di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso nei Comuni di Caprino Veronese e di Affi. 2° stralcio. Progetto n. 843/2010. Importo euro 1'789'741,48. Modificazione bando di gara. CUP H52 J10 000 070 003 - CIG 47 65 31 91 A4.**

[Appalti]

Il Dirigente

Visto il proprio decreto 11 febbraio 2013 n. 37 con il quale è stata indetta la gara con procedura aperta per l'affidamento del contratto di appalto dei lavori di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso, a monte e a valle del ponte delle Acque, nei Comuni di Caprino Veronese e di Affi; 2° stralcio, dell'importo complessivo di euro 1'789'741,48 dei quali euro 1'345'000,00 per lavori a base di gara.

Ritenuto che con detto decreto è stato approvato il bando di gara, il modello di dichiarazione di partecipazione, il modello della dichiarazione per il subappalto e il modello GAP partecipanti.

Ritenuto che il bando di gara prevede l'affidamento con il criterio del prezzo più basso ai sensi dell'articolo 86 del Codice dei contratti pubblici, previa verifica della congruità ai sensi del comma 1 del predetto articolo 86.

Considerato che il criterio del prezzo più basso può comportare la presentazione di offerte di considerevole ribasso, soprattutto nella situazione di generale crisi economica nazionale, che possono compromettere la corretta esecuzione dei lavori nonostante la necessaria verifica di congruità che, per quanto accorta e appropriata, non potrà mai assicurare l'ottimale realizzazione del progetto appaltato.

Considerato pertanto opportuno modificare il bando di gara in argomento, confermando quale criterio di aggiudicazione il prezzo più basso ma prevedendo l'esclusione automatica delle offerte cosiddette anomale, ai sensi dell'articolo 122, comma 9, e dell'articolo 253, comma 21-bis del Codice dei contratti pubblici.

Considerato altresì necessario disporre le ulteriori misure organizzative come specificamente indicato nella parte dispositiva.

Visto la legge regionale 07 novembre 2003 n. 27.

Visto il decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163.

Visto il DPR 5 ottobre 2010 n. 207.

Visto il decreto-legge 13 maggio 2011 n. 70 convertito con modificazione nella legge 12 luglio 2011 n. 106.

decreta

1. Si dispone la modificazione del bando di gara per l'affidamento del contratto di appalto per l'esecuzione dei lavori di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso, a monte e a valle del ponte delle Acque, nei Comuni di Caprino Veronese e di Affi; 2° stralcio, approvato con decreto del Genio civile di Verona 11 febbraio 2013 n. 37 e allo stesso allegato, come di seguito indicato.

2. Gli articoli 2 e 17 del bando di gara in argomento sono sostituiti dai corrispondenti articoli come indicato nella tabella, allegato numero 1, al presente decreto.

3. È approvato il testo coordinato del bando della gara in argomento che contiene il testo originario, le modificazioni ora disposte e la nota introduttiva, come riportato nell'allegato numero 2 al presente decreto. Il bando di gara integrato sostituisce e annulla il precedente allegato al decreto del Genio civile di Verona 11 febbraio 2013 n. 37.

4. Si dispone la ripubblicazione dell'avviso di gara, allegato numero 3 al presente decreto, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e la decorrenza dei nuovi termini a far data da tale pubblicazione.

5. Si dà atto che la riapertura dei termini non comporta modificazioni né al modello di dichiarazione di partecipazione alla gara, né al modello della dichiarazione dei subappalti, né al modello GAP partecipanti.

6. Si dispone che le certificazioni di presa visione del progetto e di presa visione dei luoghi, eventualmente rilasciate in esecuzione dell'originario bando di gara, conservino validità e non abbisognino né di ripetizione, né di conferma, in quanto né il progetto, né i luoghi hanno subito modificazioni.

7. Si dispone la pubblicazione del testo coordinato del bando di gara nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto e nei siti Internet della Giunta Regionale e dell'Osservatorio regionale degli appalti pubblici (come indicato nel bando di gara, articolo 1).

8. Di pubblicare il presente decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto in versione telematica, in forma integrale, ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2011 n. 29.

Mauro Roncada

(L'allegato bando è pubblicato in parte terza del presente Bollettino, *ndr*)

[Torna al sommario](#)

*Sezione seconda***DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 104 del 11 febbraio 2013

**Programma di cooperazione transfrontaliera IPA Adriatico 2007-2013 - Progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL"- Codice CUP H79E12000480007 - Avvio della procedura ai sensi della DGR n. 2919/2007 per l'individuazione di n. 1 figura professionale idonea all'espletamento delle attività oggetto del programma.**

*[Consulenze e incarichi professionali]*

Note per la trasparenza:

In relazione al progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL", la Direzione Attività culturali e Spettacolo ravvisa la necessità di acquisire nel proprio organico n. 1 figura professionale in possesso di specifici requisiti culturali e professionali, per l'espletamento delle attività tecniche di progetto. Sarà effettuata prima una ricognizione interna delle professionalità esistenti, e, in caso di esito negativo, sarà dato avvio ad una procedura comparativa da bandire all'esterno.

Il Vicepresidente, On. Marino Zorzato, riferisce quanto segue.

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 1818 del 11.09.2012 è stato dato avvio al Progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL" nell'ambito del Programma di cooperazione transfrontaliera IPA Adriatico 2007-2013 - con finanziamento comunitario UE per l'85% e cofinanziamento nazionale - quota FDR - per il restante 15%.

La Regione del Veneto partecipa al suddetto progetto in qualità di partner effettivo, mediante la Direzione Attività culturali e Spettacolo. Il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo, in base al mandato conferito dalla DGR n. 1818 del 11.09.2012, ha provveduto alla sottoscrizione dell'accordo di partenariato (Partnership Agreement). La medesima deliberazione ha, tra l'altro, autorizzato il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo a svolgere le attività tecniche e di gestione del progetto, nonché ad adottare i conseguenti atti di adempimento amministrativo e di spesa.

Le attività operative, compresa la gestione del budget, la funzione di monitoraggio e rendicontazione, sono svolte dal capofila o dai singoli partner di progetto, nell'ambito delle rispettive competenze istituzionali. La data di conclusione del progetto è prevista per il 31 marzo 2015.

Il progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL", che vede come Lead partner la Regione Puglia, si pone l'obiettivo di aumentare la quantità e la qualità della comunicazione interculturale tra le diverse popolazioni dei paesi dell'Adriatico e propone un uso strategico della comunicazione tematica attraverso la televisione satellitare oltre all'attivazione di una metodologia innovativa di pianificazione partecipata delle politiche culturali a livello istituzionale. Partners internazionali del progetto sono il Montenegro, l'Albania e la Croazia.

Il costo totale del progetto è di Euro 3.482.669,00; il budget complessivo (comunitario e statale) assegnato alla Regione del Veneto per la realizzazione del progetto ammonta a 377.350,00 euro.

Considerata la complessità e la straordinarietà delle attività connesse alla realizzazione delle attività previste dal progetto, che richiedono il possesso di specifici titoli universitari, l'eventuale possesso di specifici titoli post laurea, una comprovata esperienza nelle materie attinenti alle attività del progetto, nonché una buona conoscenza della lingua inglese e francese, oltre alla disponibilità a svolgere attività anche all'estero, si ravvisa la necessità di acquisire una professionalità con specifica competenza.

Allo stato attuale, la Direzione Attività culturali e Spettacolo non dispone di personale in possesso degli specifici requisiti di studio e professionali idonei a gestire in modo continuativo le attività, come richiesto dal progetto. Pertanto, si rende opportuno attivare una ricognizione all'interno della Regione del Veneto, così come previsto dalla DGR n. 2919/2007, per l'individuazione di n. 1 figura professionale in grado di realizzare le attività inerenti al progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL".

Nella fattispecie, la Direzione Attività culturali e Spettacolo ha la necessità di avvalersi di n. 1 figura professionale avente specifici requisiti curriculari e professionali consistenti nel possesso del diploma di laurea quadriennale in Scienze Politiche ad indirizzo internazionale oppure in Scienze Internazionali e Diplomatiche - per i titoli appartenenti al vecchio ordinamento - oppure della laurea specialistica del nuovo ordinamento appartenenti alle classi 60/S, 70/S, 71/S, 88/S, 99/S, oppure della laurea magistrale del nuovo ordinamento appartenenti alle classi LM52, LM62, LM63, LM81, LM90 (da indicare nel curriculum), della formazione specifica in Europrogettazione; di una significativa esperienza lavorativa presso la Pubblica Amministrazione e/o in organismi partecipati da Amministrazioni pubbliche, in materia di fund raising, stesura, gestione e controllo di progetti finanziati nell'ambito di programmi comunitari con partenariato internazionale; di esperienza maturata nell'ambito di progetti di cooperazione in materia culturale; di un buon livello di conoscenza della lingua inglese e della lingua francese parlata e scritta e dei principali programmi applicativi informatici; di una documentabile esperienza nella gestione di progetti comunitari, nel coordinamento di attività di comunicazione e disseminazione, di gestione e di gruppi di lavoro in contesto locale ed internazionale, nel supporto alle attività di reportistica di progetto.

Il Segretario regionale per la Cultura, su richiesta della Direzione Attività culturali e Spettacolo, provvederà ad informare gli altri Segretari regionali della necessità di avvalersi di soggetti esperti, idonei all'espletamento delle attività di cui sopra, mediante comunicazione scritta che sarà fatta pervenire ad ogni singola Segreteria regionale.

Qualora la suddetta verifica abbia esito negativo, il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo potrà prendere atto, con proprio decreto, della necessità di bandire all'esterno, mediante apposito provvedimento, una apposita procedura comparativa,

ai fini dell'individuazione di un soggetto specifico a cui affidare l'incarico in questione, mediante la stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

Il piano finanziario del progetto assegna pertanto risorse, in particolare, per l'acquisizione di personale interno a tempo indeterminato o di personale da assumere a tempo determinato o a progetto per la realizzazione delle diverse fasi progettuali, in modo continuativo per la durata del progetto.

Nel caso di ricorso ad un soggetto esterno, il compenso consisterà in una quota definita assumendo come parametro principale le retribuzioni del personale interno appartenente alla Categoria D, rapportata alla durata dell'incarico. Detto compenso sarà corrisposto utilizzando i fondi di competenza della Direzione Attività culturali e di Spettacolo sul capitolo 101799 "Progetto cooperazione transfrontaliera - IPA Adriatico 2007-2013 arTVision - quota statale" e sul capitolo 101800 "Progetto cooperazione transfrontaliera - IPA Adriatico 2007-2013 arTVision - quota comunitaria" del bilancio di previsione 2013.

Si ritiene opportuno incaricare il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo, della predisposizione, adozione ed espletamento di ogni atto e adempimento necessario all'esecuzione della presente deliberazione, incluso ogni ulteriore atto volto al miglior raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla stessa.

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### La Giunta regionale

- Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'articolo 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

- Vista la Decisione C (2008) 1073 del 25 marzo 2008 della Commissione europea che approva il "Programma di cooperazione transfrontaliera IPA Adriatico 2007-2013", fatto proprio dalla Giunta regionale con delibera del 6 giugno 2008 n. 1441, e la decisione C (2010) 3780 del 30.06.2010, che lo modifica, di cui la Giunta regionale ha preso atto con la DGR n. 3416/2010;

- Vista la Decisione C (2011) 3396 del 18 maggio 2011 recante "Rettifica della decisione C(2010) 3780 della Commissione che modifica la decisione C(2008) 1073 che adotta il Programma IPA Adriatico di cooperazione transfrontaliera per l'assistenza comunitaria nell'ambito della componente Cooperazione transfrontaliera dello strumento di assistenza preadesione tra la Grecia, l'Italia, la Slovenia, l'Albania, la Bosnia Erzegovina, la Croazia, il Montenegro e la Serbia";

- Vista la delibera CIPE n. 36 del 15.06.2007 che ripartisce le risorse FESR italiane per l'obiettivo "Cooperazione territoriale europea" e determina il cofinanziamento a carico del Fondo nazionale di rotazione, e la delibera CIPE del 21.12.2007 n. 158 che prevede, fra l'altro, l'istituzione di un Comitato nazionale dedicato al coordinamento della partecipazione italiana al Programma IPA Adriatico;

- Richiamata la DGR n. 1717 del 26.10.2011 con cui la Giunta regionale ha approvato la partecipazione delle strutture regionali al secondo avviso per la presentazione di progetti e ha preso atto delle proposte di progetti per le quali si candidavano enti regionali;

- Richiamata altresì la DGR n. 1818 del 11 settembre 2012 con cui la Giunta Regionale del Veneto ha, tra l'altro, preso atto dell'approvazione del progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL";

- Vista la legge regionale 29 novembre 2001 n. 39 "Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione;

- Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

- Vista la DGR n. 1111/2008;

- Vista la DGR 18 settembre 2007, n. 2919, "Art. 7 D.Lgs. n. 165/2001 - Disciplina del conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa";

- Vista la circolare del Segretario regionale agli Affari Generali prot. n. 576434 del 16 ottobre 2007;

- Ravvisata l'opportunità di accogliere la proposta del relatore facendo proprio quanto esposto in premessa,

#### delibera

1. di autorizzare l'avvio, per quanto espresso in premessa, della procedura prevista dalla DGR n. 2919/2007 per l'individuazione di n. 1 figura professionale per il progetto "arTVision - A.LIVE ART CHANNEL";

2. di procedere ai sensi della DGR n. 2919/2007 all'individuazione di n. 1 professionalità così come descritta in premessa, prioritariamente mediante ricognizione all'interno della Segreteria regionale per la Cultura e, secondariamente, alle altre Segreterie regionali, della presenza di personale regionale di ruolo munito di tutti i requisiti curriculari descritti, da assegnare mediante l'istituto della mobilità interna temporanea;

3. di autorizzare, in caso di esito negativo della suddetta ricognizione, il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo ad avviare l'iter per l'acquisizione della professionalità richiesta, mediante idonea procedura comparativa, ai fini dell'individuazione di un soggetto idoneo all'incarico in questione, mediante la stipula di apposito contratto di collaborazione coordinata e continuativa, la cui copertura finanziaria sarà fatta valere su fondi di natura comunitaria e statale che finanziano il progetto, così come disposto dalla DGR n. 1111/2008;

4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare il Dirigente della Direzione Attività culturali e Spettacolo alla predisposizione, adozione ed espletamento di ogni atto e adempimento necessario alla esecuzione della presente deliberazione ed al conseguente impegno di spesa, per far fronte al compenso dell'eventuale incarico di collaborazione da instaurarsi, a valere sul capitolo 101799 "Progetto cooperazione transfrontaliera - IPA Adriatico 2007-2013 arTVision - quota statale" e sul capitolo 101800 "Progetto cooperazione transfrontaliera - IPA Adriatico 2007-2013 arTVision - quota comunitaria" del bilancio di previsione 2013;

6. di dare atto che la spesa di cui si prevede l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. n. 1/2011;
7. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

[Torna al sommario](#)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 127 del 11 febbraio 2013

**Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2012. - Accordo Rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Approvazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, c. 34 e 43bis della L.n. 662/1996, secondo le linee progettuali definite con l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012.

L'Assessore Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008, approvato con D.P.R. 7/04/2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa del 23 marzo 2005 ai sensi dell'art. 1, c. 173 della L. 30/12/2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.

L'art. 1, c. 34 della L. 23/12/1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del c. 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.

Nella seduta della Conferenza Stato - Regioni del 20/06/2002, nel corso della procedura di approvazione del P.S.N. 2003-2005, ai sensi dell'art. 1, c. 4, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e successive modifiche ed integrazioni, si è evidenziata la necessità, tenuto conto delle modifiche intervenute al titolo V della Costituzione, di dare attuazione con uno o più Accordi Stato - Regioni alle parti del Piano Sanitario Nazionale di più stretta competenza regionale per gli aspetti organizzativi.

Si sottolinea che il suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996, n. 662, come modificato dall'art. 79, c. 1 quater del D.L. 25/06/2008 n. 112 convertito con L. 6/08/2008, n. 133, disciplina le modalità di ammissione al finanziamento per le linee progettuali attuative del Piano Sanitario Nazionale, a decorrere dal 2009, come segue:

“A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata”.

Nella seduta del 22/11/2012, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'Intesa Rep. Atti n. 228/CSR sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate - ai sensi dell'art. 1, c. 34 della L. n. 662 del 23/12/1996 - alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012, con la quale è stato stanziato per la Regione Veneto un importo pari a € 130.912.010,00.

Con l'Accordo Rep. Atti n. 227/CSR, sancito in Conferenza Stato-Regioni sempre in data 22/11/2012, sono state individuate per l'anno 2012 le seguenti linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate di cui al sopra citato art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale:

Allegato A - Parte I - Prosecuzione e integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli Accordi 8 luglio 2010 (rep. 76/CSR) e 20 aprile 2011 (rep. atti 84/CSR)

1. Attività di assistenza primaria.
2. Non autosufficienza
  - a) Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
  - b) Assistenza ai pazienti affetti da demenza
  - c) Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità.
3. Le cure palliative e la terapia del dolore.
4. Interventi in materia di Biobanche di materiale umano.
5. La sanità penitenziaria.
6. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano.
7. Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita.

8. Malattie rare.
9. Valorizzazione dell'apporto del volontariato.
10. Riabilitazione.
11. La salute mentale.
12. Piano nazionale della prevenzione.

Allegato A - Parte II - Ulteriori linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

1. Linea progettuale: Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
2. Linea progettuale: Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità
3. Linea progettuale: Diagnosi di infezione da HIV
4. Linea progettuale: Promozione di una rete nazionale per i tumori rari
5. Linea progettuale: Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate.

L'Accordo Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012, al punto 5., prevede che ciascun progetto sia corredato di un prospetto che evidenzi:

- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
- i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
- i costi connessi;
- gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto.

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996, n. 662, modificato dall'art. 79, c. 1 quater del D.L. 25/06/2008 n. 112 come convertito dalla L. 6/08/2008, n. 133, l'Accordo Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012 stabilisce che, entro 60 giorni dalla stipula dello stesso, i progetti predisposti nell'ambito delle elencate linee progettuali, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, saranno quindi sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Sulla base delle linee progettuali dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012, i competenti uffici regionali hanno quindi predisposto i seguenti 30 progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- 1) Assistenza Primaria - Linea 1 - Allegato A
- 2) Definizione, attivazione e potenziamento di forme di assistenza residenziale temporanea per i pazienti in fase post-acuta di malattia: le cure intermedie - Linea 2 - Allegato B
- 3) Cartella Clinica condivisa regionale tra Centri di riferimento e altri operatori e servizi sanitari per la presa in carico integrata delle persone con malattie neurodegenerative rare - Linea 2.a) - Allegato C
- 4) Assistenza ai pazienti affetti da demenza - Linea 2.b) - Allegato D
- 5) Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità - Linea 2.c) - Allegato E
- 6) Progetto per lo sviluppo delle cure palliative per i malati con malattie oncologiche e non oncologiche - Linea 3 - Allegato F
- 7) Sviluppo della rete regionale di cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Linea 3 - Allegato G
- 8) Biobanche di sangue cordonale - Linea 4 - Allegato H
- 9) Biobanche di tessuto muscolo - scheletrico - Linea 4 - Allegato I
- 10) Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico. Linea 4 - Allegato J
- 11) Sperimentazione di un programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale - Linea 5 - Allegato K
- 12) Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani - Linea 6 - Allegato L
- 13) Progetto per la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno - Linea 7 - Allegato M
- 14) Parto senza dolore - Linea 7 - Allegato N
- 15) Attuazione della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza - Linea 7 - Allegato O
- 16) Collegamento flusso informativo sulle nascite con l'anagrafe sanitaria regionale. Linea 7 - Allegato P
- 17) Progetto per la gestione a distanza delle somministrazioni dei farmaci orfani presso i distretti e gli ospedali della Regione Veneto da parte dei centri di Riferimento tramite il Piano Terapeutico Personalizzato - Linea 8 - Allegato Q
- 18) Un patto con una comunità competente e partecipe: il ruolo del volontariato - Linea 9 - Allegato R
- 19) Riabilitazione - Linea 10 - Allegato S
- 20) La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva - Linea 11 - allegato T
- 21) Mantenimento ed estensione dei programmi di screening - Linea 12 - Allegato U
- 22) Programma di contenimento delle Malattie Infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio - Linea 12 - Allegato V
- 23) Sorveglianza PASSI: attività di supporto e integrazione dei risultati con quelli prodotti dai sistemi di sorveglianza attivi in Veneto per la produzione di strumenti di comunicazione efficaci - Linea 13 - Allegato W
- 24) Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-

- 2012 e del Piano regionale Prevenzione del Veneto 2010-2012 - Linea 12 - Allegato X
- 25) Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita - Linea 12 - Allegato Y
- 26) Contrasto delle disuguaglianze in salute - Linea II 1 - Allegato Z
- 27) Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità - Linea II 2 - Allegato AA
- 28) Piano regionale per la sorveglianza e il controllo dell'infezione da HIV - Linea II 3 - Allegato BB
- 29) Promozione Rete Nazionale Tumori Rari - Linea II 4 - Allegato CC
- 30) Sorveglianza Epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate - Linea II 5 - Allegato DD

Tenuto conto di quanto sopra, si propone di ripartire le risorse vincolate alla realizzazione - per l'anno 2012 - degli obiettivi prioritari e di interesse nazionale, pari ad € 130.912.010,00 tra le dodici linee progettuali di cui all'Allegato A Parte I e le cinque linee progettuali di cui all'Allegato A Parte II dell'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 227 del 22/11/2012, come di seguito specificato:

#### Allegato A - Parte I

1) Attività di assistenza primaria	€ 32.728.003,00
2) Non autosufficienza	€ 21.917.891,00
3) Le cure palliative e la terapia del dolore	€ 9.132.455,00
4) Interventi per le biobanche di materiale umano	€ 1.369.868,00
5) La sanità penitenziaria	€ 720.000,00
6) L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano	€ 1.470.000,00
7) Tutela della maternità e promozione appropriatezza del percorso nascita	€ 9.225.000,00
8) Malattie rare	€ 1.826.491,00
9) Valorizzazione dell'apporto del volontariato	€ 877.009,00
10) Riabilitazione	€ 1.000.000,00
11) La salute mentale	€ 696.000,00
12) Piano nazionale della prevenzione	€ 40.816.840,00

#### Allegato A - Parte II

1) Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità	€ 4.566.227,00
2) Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità	€ 913.245,00
3) Diagnosi di infezione da HIV	€ 1.369.868,00
4) Promozione di una rete nazionale per i tumori rari	€ 1.369.868,00
5) Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate	€ 913.245,00

Si propone quindi di approvare i sopra elencati 30 progetti, da inoltrare al Ministero della Salute per il seguito di competenza ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227 del 22/11/2012.

Si incarica la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### La Giunta regionale

• Udito il Relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

• Visto l'art. 1, c. 34 e 34 bis, L. 23/12/1996, n. 662 e succ. mod. ed integr.;

• Visto il D.P.R. 7/04/2006 di approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008;

• Visto l'Accordo Rep. Atti n. 227 del 22/11/2012, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs.n. 281 del 28/08/1997, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2012;

• Vista l'Intesa Rep. Atti n. 228 del 22/11/2012, ai sensi dell'art. 115, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 31/03/1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, c. 34 della L. 23/12/1996, n. 662, per l'anno 2012, alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del P.S.N. 2006-2008;

delibera

1. di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 130.912.010,00, di cui all'allegato A dell'Intesa Rep. Atti n. 228 sancita in Conferenza Stato-Regioni il 22/11/2012, assegnate alla Regione del Veneto per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23/12/1996, n. 662, nell'ambito delle 17 linee progettuali individuate dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012, secondo gli importi di seguito indicati:

## Allegato A - Parte I

1) Attività di assistenza primaria	€ 32.728.003,00
2) Non autosufficienza	€ 21.917.891,00
3) Le cure palliative e la terapia del dolore	€ 9.132.455,00
4) Interventi per le biobanche di materiale umano	€ 1.369.868,00
5) La sanità penitenziaria	€ 720.000,00
6) L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano	€ 1.470.000,00
7) Tutela della maternità e promozione appropriatezza del percorso nascita	€ 9.225.000,00
8) Malattie rare	€ 1.826.491,00
9) Valorizzazione dell'apporto del volontariato	€ 877.009,00
10) Riabilitazione	€ 1.000.000,00
11) La salute mentale	€ 696.000,00
12) Piano nazionale della prevenzione	€ 40.816.840,00

## Allegato A - Parte II

1) Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità	€ 4.566.227,00
2) Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità	€ 913.245,00
3) Diagnosi di infezione da HIV	€ 1.369.868,00
4) Promozione di una rete nazionale per i tumori rari	€ 1.369.868,00
5) Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate	€ 913.245,00

2. di approvare i seguenti n. 30 progetti, parte integrante del presente provvedimento, elaborati nell'ambito delle 17 linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012:

- 1) Assistenza Primaria - Linea 1 - Allegato A
- 2) Definizione, attivazione e potenziamento di forme di assistenza residenziale temporanea per i pazienti in fase post-acuta di malattia: le cure intermedie - Linea 2 - Allegato B
- 3) Cartella Clinica condivisa regionale tra Centri di riferimento e altri operatori e servizi sanitari per la presa in carico integrata delle persone con malattie neurodegenerative rare - Linea 2.a) - Allegato C
- 4) Assistenza ai pazienti affetti da demenza - Linea 2.b) - Allegato D
- 5) Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità - Linea 2.c) - Allegato E
- 6) Progetto per lo sviluppo delle cure palliative per i malati con malattie oncologiche e non oncologiche - Linea 3 - Allegato F
- 7) Sviluppo della rete regionale di cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Linea 3 - Allegato G
- 8) Biobanche di sangue cordonale - Linea 4 - Allegato H
- 9) Biobanche di tessuto muscolo - scheletrico - Linea 4 - Allegato I
- 10) Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico. Linea 4 - Allegato J
- 11) Sperimentazione di un programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale - Linea 5 - Allegato K
- 12) Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani - Linea 6 - Allegato L
- 13) Progetto per la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno - Linea 7 - Allegato M
- 14) Parto senza dolore - Linea 7 - Allegato N
- 15) Attuazione della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza - Linea 7 - Allegato O
- 16) Collegamento flusso informativo sulle nascite con l'anagrafe sanitaria regionale. Linea 7 - Allegato P
- 17) Progetto per la gestione a distanza delle somministrazioni dei farmaci orfani presso i distretti e gli ospedali della Regione Veneto da parte dei centri di Riferimento tramite il Piano Terapeutico Personalizzato - Linea 8 - Allegato Q
- 18) Un patto con una comunità competente e partecipe: il ruolo del volontariato - Linea 9 - Allegato R
- 19) Riabilitazione - Linea 10 - Allegato S
- 20) La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva - Linea 11 - allegato T
- 21) Mantenimento ed estensione dei programmi di screening - Linea 12 - Allegato U
- 22) Programma di contenimento delle Malattie Infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio - Linea 12 - Allegato V
- 23) Sorveglianza PASSI: attività di supporto e integrazione dei risultati con quelli prodotti dai sistemi di sorveglianza attivi in Veneto per la produzione di strumenti di comunicazione efficaci - Linea 13 - Allegato W
- 24) Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 e del Piano regionale Prevenzione del Veneto 2010-2012 - Linea 12 - Allegato X
- 25) Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita - Linea 12 - Allegato Y
- 26) Contrasto delle disuguaglianze in salute - Linea II 1 - Allegato Z
- 27) Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità - Linea II 2 - Allegato AA
- 28) Piano regionale per la sorveglianza e il controllo dell'infezione da HIV - Linea II 3 - Allegato BB

29) Promozione Rete Nazionale Tumori Rari - Linea II 4 - Allegato CC

30) Sorveglianza Epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate - Linea II 5 - Allegato DD

3. di trasmettere i suddetti progetti al Ministero della Salute per la successiva approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 227/CSR del 22/11/2012;

4. di incaricare la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

[Torna al sommario](#)



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura

## ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/12

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Assistenza primaria

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 1 “Attività di assistenza primaria”.

#### 4. Referente

Dr Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430

[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**5. Durata del progetto:** pluriennale

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo complessivo del Progetto: € **44.721.588**, per sistema forme associative di cui € **29.543.665** per consolidato ed € **15.177.923** per costituzione delle AFT e delle MdGI.

Copertura della spesa:

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € **32.728.003,00**
- A carico FSR € **11.993.585**

#### Contesto

Il Veneto ha sviluppato un modello a forte integrazione tra MC e DSS. Tale sistema ha la necessità, per il grado di complessità espresso, di una forte regia regionale sia sui contenuti organizzativi che sugli obiettivi di salute pubblica, attraverso i seguenti strumenti:

- PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA
- AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI – AFT

Per le AZIONI di sviluppo:

- delle Medicine di Gruppo Integrate,
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti,
- della sostenibilità economica: ricoveri, specialistica e farmaceutica.

Coordinate da appositi gruppi tecnici Regione/Aziende.

#### Obiettivi

- la gestione integrata dei pazienti;
- la continuità dell'assistenza;
- l'individuazione di obiettivi di salute;
- la sostenibilità economica;
- la riqualificazione delle forme associative;
- l'implementazione dei compiti del personale infermieristico;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/12

**Fasi e tempi delle azioni previste***Tempo previsto: 2012 - 2016.**Fasi del progetto:*

2012 – 2013: sperimentale.

2014 – 2016: consolidamento

Indicatori di struttura: contattabilità/accessibilità

Indicatori di processo: performance clinica; almeno un audit clinico attivo ogni anno per AFT

Indicatori di risultato: rete assistenziale orizzontale e verticale

**PREMESSE**

Elementi del Sistema Veneto dell'Assistenza Primaria sono: i LEA della MC, l'Organizzazione del servizio e gli aspetti clinico assistenziali. Cui corrispondono i livelli attuali di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale.

Le fonti di riferimento sono:

A livello nazionale:

- la Legge n. 189 del 2012,
- gli AACCN 2009 – 2010.

A livello regionale:

- il PSSR 2012 – 2016,
- gli atti di indirizzo DDGRR 41 e 1666 del 2011.

**MODELLO NAZIONALE/REGIONALE**

Dalla comparazione tra il Modello Nazionale e quello Veneto risulta una perfetta coincidenza d'indirizzo, come qui sotto evidenziato:

**PRINCIPIO RIFORMATORE: L'ADESIONE OBBLIGATORIA DEI MEDICI ALL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E AL SISTEMA INFORMATIVO DEFINITI DA CIASCUNA REGIONE.**

- NAZ. Programma di attività
- REG. Piano aziendale formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
  
- NAZ. AFT
- REG. AFT con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
  
- NAZ. Coordinatore
- REG. Coordinatore di AFT per i rapporti con il DSS
  
- NAZ. UCCP
- REG. Medicine di gruppo integrate e rete assistenziale territoriale
  
- NAZ. Accessibilità h12-24
- REG. attraverso la rete assistenziale territoriale e la continuità assistenziale
  
- NAZ. Budget
- REG. Contratto di esercizio secondo le specificità aziendale per la compatibilità economica; Patto aziendale per obiettivi di salute
  
- NAZ. Dotazione di base
- REG. Infermieri-operatori equivalenti: monitoraggio dei pazienti cronici – medicazioni - supporto all'educazione dei pazienti e autocura

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/12

- NAZ. Indicatori
- REG. PDTA/compatibilità economica.

**PROGETTO ASSISTENZA PRIMARIA**

Il Progetto regionale Assistenza Primaria, descritto nelle DD.G.R n. 41 e n. 1666 del 2011, prevede che la sede unica della Medicina di Gruppo Integrata venga a costituire a tutti gli effetti un presidio territoriale, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento. Lo sviluppo del presente progetto potrà costituire, anche, la base di modelli sperimentali di gestione attraverso l'attribuzione di un budget alle medicine di gruppo integrate in funzione della presa in carico della popolazione di riferimento.

**LINEE DI INDIRIZZO**

- Medicina generale - DGR n. 1666 del 18/10/2011
- Specialistica ambulatoriale interna - DGR n. 2338 del 29/12/2011
- Pediatria di libera scelta - DGR n. 321 del 6/3/2012

**RIORDINO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'Assistenza primaria è una componente delle Cure primarie costituite da:

Distretto socio-sanitario: ruolo:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel livello di assistenza territoriale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori od organizzazioni esterne;
- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;
- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

Filiera Assistenziale costituita da:

- Specialistica: Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia ed organizzata in poliambulatori territoriali, opera sulla base di PDTA.
- Cure domiciliari: Modello h24, 7gg./7, gestito anche attraverso Centrali Operative come punti di ricezione delle istanze e di coordinamento delle risposte.
- Cure palliative: Modello centrato sul "nucleo multi professionale dedicato", prevedendo una Struttura in ogni ULSS, organizzata per una risposta h24.
- Assistenza residenziale: Valorizzazione dei Centri di Servizio con rimodulazione delle unità di offerta, adeguando gli standard alle esigenze assistenziali e alla sostenibilità economica.
- Strutture intermedie: Ospedale di Comunità per ricoveri di breve durata e gestione clinica affidata alla medicina di famiglia. Unità Riabilitative Territoriali per ricoveri di media durata.

**SISTEMA**

In questa visione la medicina di famiglia rappresenta il perno del sistema: il medico di famiglia diventa il referente principale per il paziente, colui che deve orientarlo nel percorso assistenziale e di cura. Di qui la necessità di organizzare team multiprofessionali dove il medico sia affiancato dall'infermiere, dagli specialisti, dal personale di studio, in stretta integrazione anche con i servizi sociali.

**OBIETTIVI**

Attraverso l'Assistenza Primaria dovranno essere conseguiti i seguenti obiettivi:

- la gestione integrata dei pazienti, mediante l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria;
- la continuità dell'assistenza, attraverso l'implementazione di protocolli condivisi Ospedale/Territorio;
- l'individuazione di obiettivi di salute misurabili, perseguibili anche attraverso la promozione della salute e la medicina di iniziativa;
- la sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/12

- la riqualificazione delle forme associative attraverso la definizione di un piano sperimentale che preveda prioritariamente: la costituzione di team multi professionali bene integrati; la presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva; l'implementazione dei compiti del personale infermieristico; la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

**PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA**

Il processo di sviluppo dell'Assistenza Primaria ha previsto la formulazione dei Piani aziendali per il potenziamento del sistema, attraverso i quali viene definita la riorganizzazione della medicina convenzionata e specificato il quadro delle risorse economiche necessarie. Uno strumento, questo, per organizzare la medicina convenzionata in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nella forma associativa della Medicina di Gruppo Integrata (MdGI), per garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti della Regione e superare differenze territoriali ed organizzative.

**AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI – AFT**

Sono caratterizzate dalla partecipazione obbligatoria dei Medici convenzionati alle stesse AFT allo scopo di condividere percorsi diagnostici terapeutici e procedure di revisione e verifica della qualità assistenziale nell'ottica di un processo di formazione continua.

**COORDINATORE DELLA AFT**

Il ruolo del Coordinatore della AFT è individuato sulla base dell'organizzazione della Medicina Convenzionata definita dal Piano aziendale; è eletto tra i Medici di Medicina Generale della AFT con modalità concordate con le OOSS. Nell'organizzazione della Assistenza Primaria assume il ruolo di "facilitatore" nei rapporti professionali dei medici convenzionati sia orizzontali che verticali.

**FORME ASSOCIATIVE**

- Medicina di Gruppo Integrata per attività a favore degli assistiti della AFT;
- Medicina di Gruppo per prestazioni aggiuntive a favore degli assistiti del gruppo;
- Rete organizzata in team per prestazioni non differibili a favore degli assistiti del team di riferimento.

I requisiti sono determinati dagli atti di indirizzo regionali e il loro possesso è indispensabile al riconoscimento, verifica e mantenimento della forma associativa.

Il personale di segreteria, OSS ed infermieristico potrà essere fornito anche attraverso il Distretto non appena stabilizzato il modello organizzativo di riferimento, secondo standard programmati sulla base del carico assistenziale dei MMG ed approvati dal Comitato aziendale della Medicina Generale.

**CONTRATTO DI ESERCIZIO E PATTO AZIENDALE**

Il Contratto di esercizio è il nuovo strumento di negoziazione dei livelli di integrazione dei MMG nelle attività distrettuali, attraverso la riallocazione di prestazioni e risorse da un settore all'altro e in funzione di obiettivi di sistema quali la sostenibilità economica nei settori: Ricoveri ospedalieri, Farmaceutica e Specialistica.

Il Patto aziendale assicura gli obiettivi di salute definiti tra le parti.

**SPERIMENTAZIONI**

Le sperimentazioni consentono di verificare l'efficacia del sistema prima della sua completa attuazione a regime. I progetti sperimentali devono prendere in considerazione gli aspetti più significativi del modello e, attraverso l'organizzazione della Medicina di Gruppo Integrata, costituire un riferimento in grado di migliorare le relative prestazioni con proposte operative in determinate aree strategiche.

Particolare attenzione dovrà essere posta al ruolo della Continuità assistenziale nell'ambito della nuova riorganizzazione dell'Assistenza territoriale e, in particolare, nelle AFT e nelle MdGI, ai fini di conseguire l'obiettivo dell'h24. Ai Medici di CA potranno, dopo adeguata formazione, essere assegnati i compiti relativi alla continuità dell'assistenza nelle strutture territoriali di ricovero intermedio.

**INFORMATIZZAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

È necessario passare dalla fase della implementazione a quella della messa a regime del sistema informatico/informativo, sulla base di azioni di miglioramento continuo della qualità, nella considerazione della crescente importanza della conoscenza e dell'analisi dei dati relativi all'assistenza primaria. Si ritiene che ciò possa avvenire con l'attivazione di tavoli tecnici aziendali coordinati da una regia regionale.

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/12

**FORMAZIONE**

L'attività didattica è rivolta a tutti i Medici Convenzionati e, oltre a riguardare aspetti prettamente di natura clinico - sanitaria, contempla tematiche organizzative e di governo dell'intero sistema della Assistenza Primaria. In particolare s'intende analizzare, attraverso l'attività formativa, l'impatto dei modelli organizzativi e dei diversi sistemi di governo sugli aspetti clinici e di erogazione dei LEA. La formazione continua e permanente si realizza prevalentemente nell'ambito delle AFT tramite la condivisione di progetti concordati (Percorsi diagnostico terapeutici) con tappe di verifica e revisione della qualità tramite l'analisi dei report relativi agli indicatori concordati, raccolti dalla rete informatica dei Medici di Medicina Convenzionata del Veneto.

Sulla base dei criteri di funzionalità decisionale ed operativa ed economicità, il modello che può garantire maggiore efficienza ed efficacia per la gestione della formazione è quello che prevede la responsabilità della funzione di governo tecnico in capo alla Direzione regionale competente, con il supporto di esperti di formazione.

Obiettivi formativi: sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, di processi di integrazione ospedale/territorio, delle competenze manageriali nelle AFT e della rete dei tutor di formazione per la medicina convenzionata.

**GOVERNO DEL SISTEMA**

Le disposizioni contenute nel presente documento sono oggetto di negoziazione attraverso i Comitati regionali della MG, PLS e SAI che svolgono, anche, i compiti di monitoraggio e verifica.

**NUOVA ORGANIZZAZIONE DELLA MG**

Risultati conseguiti dalla PRIMA FASE del Progetto:

**FORME ASSOCIATIVE**

- medico singolo da n. 608 a n. 225
- medico in associazione semplice e vecchia rete a nuova rete da n. 1538 a n. 1432
- medico in MdG da n. 970 a n. 1105
- medico in MdGI da n. 279 a n. 531

Totale medici n. 3293

- 383 medici singoli + 1121 medici in associazione semplice (totale n. 1504) sono confluiti nelle nuove forme associative.

Supportati da:

- Piano aziendale (n. 21) formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
- AFT (n 164) con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
- Coordinatore di AFT (n. 164) per i rapporti con il DSS.

AZIONI di sviluppo:

- delle Medicine di Gruppo Integrate,
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti,
- della sostenibilità economica: ricoveri, specialistica e farmaceutica.

Coordinate da appositi gruppi tecnici Regione/Aziende.

**FATTORI DI QUALITA'**

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/12

Accessibilità:	Nella équipe di assistenza primaria operano: Medici di famiglia, Pediatri di famiglia, Specialisti ambulatoriali interni, Infermieri, Assistenti Sociali, Assistenti di studio, eventuali altri Operatori; i documenti organizzativi e i percorsi assistenziali definiscono i rispettivi ruoli. Contattabilità: verso h12 e copertura 24 ore/die x 7 gg., anche attraverso l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale.
Qualità clinica:	Uso di indicatori di performance clinica; almeno un audit clinico attivo ogni anno per AFT.
Continuità, coordinamento e integrazione:	Le informazioni socio sanitarie sono raccolte durante tutta la vita del cittadino e trasferite agli altri livelli di assistenza e ad altro MMG in caso di trasferimento dell'assistito o di cessazione dell'attività del medico (Fascicolo Sanitario Elettronico). Integrazione orizzontale e verticale.

**COSTI**

Costo complessivo del Progetto: € **44.721.588**, per sistema forme associative di cui € **29.543.665** per consolidato ed € **15.177.923** per costituzione delle AFT e delle MdGI.

**Allegato****La continuità delle cure tra ospedale e territorio**

Per poter individuare le potenzialità dei processi di integrazione e, quindi, stabilire quali cambiamenti sarebbero necessari, è utile analizzare il contesto ed enucleare alcune criticità di "sistema".

La situazione attuale presenta criticità sia per gli Ospedalieri sia per i Medici ed il Personale che operano nel Territorio, non rispondendo pienamente alle esigenze della popolazione.

Alcune attività ospedaliere dovrebbero essere prese in carico a livello territoriale in ambito specialistico e/o di Medicina Generale.

La componente sociale è fondamentale per affrontare i problemi di assistenza per la fascia di popolazione anziana.

Le azioni e gli obiettivi da porre in essere in Ospedale e nel Territorio dovrebbero essere coerenti e contestuali; inoltre dovrebbe essere attuata una armonizzazione di risorse tra Ospedale e Territorio per evitare sprechi, dotando il Territorio di adeguate strutture ed attrezzature.

La comunicazione tra Professionisti (sia in area sanitaria e sociale, sia tra le due aree) rappresenta un nodo cruciale, che richiederebbe un investimento con diverse strategie, finalizzato a costruire relazioni ed imparare a conoscersi e comunicare.

C'è la necessità di corsi di formazione comune dei Professionisti territoriali ed ospedalieri non solo su argomenti clinici ma anche su comunicazione, relazione ed organizzazione.

Si possono, inoltre, individuare alcune specifiche criticità nell'ambito della popolazione adulta/anziana:

- insufficiente organizzazione e dotazione di risorse a livello territoriale per la presa in carico della maggior parte delle attività connesse alla diagnosi/monitoraggio/cura delle patologie croniche e delle attività di competenza delle Cure Primarie;
- mancanza di risposta continuativa diurna 7gg/7gg nel Territorio per competenze di I livello con conseguente inappropriato riferimento all'Ospedale;
- difficile accesso alla Residenzialità temporanea, scarsa diffusione di percorsi condivisi sanitari e sociali tra Ospedale e Territorio per garantire assistenza ai pazienti fragili;
- mancanza di un adeguato sistema informativo di supporto per la comunicazione Ospedale- Territorio e tra i professionisti del Territorio, necessario per garantire una reale continuità assistenziale nelle 24h;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/12

- non adeguata suddivisione di competenze tra professione medica ed altre professioni, in particolare a livello territoriale, con mancata individuazione di referenti responsabilizzati per le varie aree di intervento.

Allo stesso modo si possono individuare alcune criticità in ambito pediatrico:

- sovrapposizione di competenze tra Ospedale e Territorio;
- mancanza di risposta continuativa diurna 7gg/7gg nel Territorio per competenze di I livello con conseguente inappropriato riferimento all'Ospedale;
- insufficiente diffusione di Specialisti d'organo (II livello) ospedalieri o territoriali a cui il I livello territoriale possa fare riferimento per problematiche complesse;
- non adeguata suddivisione di competenze tra professione medica ed altre professioni in particolare a livello territoriale.

Pertanto al fine di realizzare un'interazione proficua Ospedale-Territorio le **priorità per gli Ospedali** sono:

- riorganizzazione delle aree mediche ospedaliere per intensità di cure dipendente dalla severità clinica e dal grado di dipendenza del paziente;
- organizzazione del lavoro tale da consentire ai professionisti di disporre del tempo necessario per affrontare i casi complessi/gravi;
- farsi carico dei pazienti che permangono impropriamente nei reparti per acuti, svolgendo funzioni di continuità assistenziale;
- approfondimento delle competenze specialistiche per essere in grado di rappresentare un riferimento ed un supporto per i generalisti e per il I livello specialistico;
- trasferimento in ambito territoriale di attività specialistiche inappropriate per l'Ospedale.

Al fine di realizzare un'iterazione proficua Ospedale-Territorio le **priorità per le Cure Primarie** divengono:

- dotazione di risorse organizzative necessarie per prendere in carico il I livello specialistico e le patologie croniche;
- disponibilità di un supporto specialistico ovvero più lavoro degli Specialisti "per il medico" e meno direttamente "per i pazienti";
- trasferimento ad altri Professionisti (in particolare infermieri) di alcune attività assistenziali e delega di competenze amministrative a personale di segreteria;
- certezza che Professionisti ospedalieri e territoriali vengano considerati con pari dignità;
- valorizzazione della funzione dipartimentale delle Cure Primarie atta a garantire modalità univoche di risposta all'utenza qualunque sia il punto di accesso al sistema;
- ricollocazione a livello territoriale di alcuni processi di cura (es. alcune strutture per pazienti cronici), supportata anche dall'implementazione di nuove forme organizzative della Medicina Convenzionata.

***L'architettura di un sistema funzionale alla integrazione***

L'architettura auspicabile per il sistema complessivo poggia su cinque elementi-chiave:

- *organizzazione ospedaliera funzionale alla interazione*, ad esempio con riferimento al Dipartimento di Continuità Assistenziale, alle U.O. semplici dedicate ad Ammissioni e/o Dimissioni protette;
- *organizzazione territoriale funzionale all'interazione*, ad esempio con riferimento all'implementazione di call center/centrali operative, sistemi di comunicazione in rete, strutture centralizzate dove incontrarsi;
- *sistema informativo centrato sul paziente* ed accessibile sia dall'Ospedale che dal Territorio;
- *coerenza e coincidenza degli obiettivi assegnati all'Ospedale ed al Territorio*, in particolare per gli obiettivi di processo;
- *percorsi diagnostico-terapeutici condivisi* come strumento professionale di integrazione e miglioramento di qualità dell'assistenza.

A fronte di una siffatta architettura è opportuno sottolineare che:

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 8/12

- gli ambiti e le attività collaborative tra Ospedale e Cure Primarie devono essere definiti *salvaguardando la sostenibilità organizzativa* e seguendo *criteri di equità di incentivazione* per i diversi professionisti di entrambi i livelli assistenziali;
- è fondamentale, in particolare nella cura del paziente fragile, che la collaborazione tra professionisti poggi sull'approccio bio-psico-sociale e cioè sulla definizione dei problemi e degli obiettivi di salute della singola persona;
- in ambito ospedaliero gli obiettivi collegati all'integrazione con le Cure Primarie debbono essere chiari, prioritari e non debbono essere vanificati dall'esistenza di obiettivi contrastanti e di maggior peso.

Ne consegue che le *ipotesi per un nuovo modello per la popolazione adulta/anziana* possono essere così enunciate:

- presa in carico, da parte di professionisti che operano nel Territorio, delle cronicità e del I livello specialistico sia a domicilio sia nelle residenze;
- presa in carico del II livello specialistico, con riferimento ad alcuni ambiti, presso strutture ambulatoriali territoriali (es. MdGI/Poliambulatori);
- garanzia di continuità diurna e notturna per le richieste non rinviabili che rientrano nelle competenze delle Cure Primarie;
- rimodulazione della rete ospedaliera e dell'attività specialistica territoriale per garantire il I ed il II livello specialistico in tutte le Aziende, concentrando il III livello in pochi centri di altissima specializzazione.

Analogamente, le *ipotesi per un nuovo modello in ambito pediatrico* possono essere così enunciate:

- presa in carico, da parte dei Pediatri di famiglia che operano nel Territorio, del I livello specialistico;
- garanzia di continuità diurna per le richieste non rinviabili che rientrano nelle competenze del I livello specialistico;
- rimodulazione della rete ospedaliera e dell'attività specialistica territoriale per garantire il I ed il II livello specialistico in tutte le Aziende, concentrando il III livello in pochi centri di altissima specializzazione;
- interrelazione con il Servizio di Continuità Assistenziale, con formazione ad hoc dei Medici che ne fanno parte, al fine di assicurare una continuità di cura competente (laddove operano gruppi stabili di Medici che effettuano servizio di Continuità Assistenziale);

Le azioni da porre in essere per realizzare il nuovo modello possono essere così enunciate:

- equilibrare la partecipazione ai momenti programmatici e decisionali tra professionisti territoriali ed ospedalieri;
- consentire ai professionisti territoriali il reale "governo" delle risorse a loro affidate per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e sviluppare la loro capacità di committenza rispetto all'offerta di attività specialistiche di competenza ospedaliera;
- sviluppare un sistema informativo aziendale centrato sul paziente ed accessibile ai professionisti a cui il paziente si affida;
- considerare prioritari nella formazione di base e post-laurea di tutti i professionisti, da un lato, le modalità di relazione professionista-utente e tra professionisti e, dall'altro, l'analisi dei bisogni di salute a cui il sistema complessivo deve rispondere;
- dare riconoscimento reale, oltre che giuridico, all'autonomia ed alle responsabilità delle altre professioni, con spostamento anche formale di molte competenze della professione medica a professioni infermieristiche, professioni della riabilitazione, professioni dell'ambito sociale.

Inoltre a livello sistemico si possono individuare ulteriori aspetti da migliorare, ma su cui il livello aziendale di fatto può incidere soltanto parzialmente, ossia:

- creazione/potenziamento della residenzialità intermedia (OdC, Hospice, URT) in particolare quella temporanea (che spesso è prevista solo in teoria ma concretamente non si realizza), rendendo più veloci gli accoglimenti per le urgenze a non elevato valore clinico ma a forte valenza sociale;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 9/12

- riduzione del carico burocratico ove non indispensabile (es. semplificazione del sistema di esenzioni troppo complesso, individuando referenti certi che certifichino l'esenzione sulla base di protocolli concordati evitando differenziazioni territoriali; collegamento tra durata delle terapie e prescrizioni autorizzate; semplificazione nella gestione dei piani terapeutici spesso critici soprattutto per il paziente);
- introduzione di direttive che inducano alla coerenza di obiettivi assegnati a professionisti dipendenti e convenzionati ed assegnazione di incentivi alla dirigenza, ai convenzionati ed al comparto su progetti comuni;
- attivazione di programmi formativi con interventi coordinati sulle dinamiche relazionali, sistemiche e sui diversi linguaggi (prevalente in Ospedale: lineare-clinico-organicista; prevalente nel Territorio: epidemiologico-sistemico-biopsicosociale), oltre che sulle conoscenze di interfaccia (abilità comunicative e cognitivo-comportamentali, utilizzate per interagire proficuamente con altri ambiti assistenziali, funzionali ed organizzative che facilitano il dialogo e stanno alla base di un buon invio bi-direzionale).

Tra i risultati attesi dall'attuazione di una efficace integrazione tra Ospedale e Territorio vanno certamente inclusi:

- *effettiva presa in carico delle patologie croniche nell'ambito delle Cure Primarie*, distinguendo le fasi di sostanziale stabilità, il cui management può essere collocato nell'ambito delle Cure Primarie, e le fasi di instabilità in cui è cruciale l'esistenza di un substrato organizzativo-relazionale che supporti la qualità dell'invio del paziente in ambito ospedaliero e del ritorno dello stesso nell'ambito delle Cure Primarie;
- *continuità delle cure*, assicurata attraverso la consuetudine alla collaborazione operativa, un background teorico condiviso, un lavoro per obiettivi di salute sul singolo;
- *valorizzazione del rapporto fiduciario come garanzia di appropriatezza per l'utente e per il servizio sanitario*, attraverso la sinergia ed il reciproco rispetto tra diversi livelli dell'assistenza, percorsi clinici o assistenziali come terreno ottimale di dialogo e confronto tra professionisti, utilizzo di un linguaggio comune tra professionisti che faciliti la percezione di univocità di approccio ai problemi da parte del paziente/famiglia;
- *miglioramento del "clima" di lavoro per tutti i professionisti* con reciproco riconoscimento dei ruoli e delle competenze;
- *aumento della qualità assistenziale e miglioramento della compatibilità economica del sistema* con diminuzione del gap di competenza specialistica tra professionisti dell'Ospedale e del Territorio, miglioramento della qualità dell'assistenza, maggiore appropriatezza, contenimento delle duplicazioni di offerta e di domanda, maggiore aderenza alle evidenze cliniche, minori liste di attesa per accertamenti specialistici.

Tra gli esempi di azioni concrete e di possibili ambiti di valutazione/misurazione si possono annoverare:

- la ricollocazione dei processi di cura in ambiti appropriati, con il contestuale adeguamento, in termini di risorse e di riorganizzazione (es. gestione del diabete, ipertensione, BPCO, con gestione supportata da linee guida e percorsi clinico-assistenziali concordati, definizione di profili di pazienti da riaffidare ai Medici di famiglia, ecc.);
- in ambito di dimissioni protette stesura di un piano clinico-assistenziale condiviso tra Ospedale, Territorio e caregivers in fase di pre-dimissione;
- potenziamento e sviluppo delle ammissioni protette attraverso un sistema procedurato, interno all'Ospedale, di corsie preferenziali per pazienti "fragili".

L'Integrazione Ospedale e Territorio si realizza mediante:

- la programmazione regionale socio sanitaria che deve sviluppare una visione organica del Sistema di cura;
- la pianificazione aziendale per l'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari che deve partire dalla presa in carico complessiva e globale del paziente;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 10/12

- la gestione delle professionalità sanitarie che deve essere finalizzata alla integrazione tra competenze diverse.

Dal monitoraggio dei Distretti socio sanitari è emerso come un primo ambito di integrazione tra Ospedale e Territorio riguarda la definizione di protocolli condivisi per la gestione di alcune patologie croniche: si tratta di una prassi che va diffondendosi presso le Aziende ULSS (le ULSS che hanno dichiarato la sottoscrizione di protocolli specifici per la gestione della cronicità sono **13**), sebbene molto spesso assuma caratteristica di sperimentazione.

Inoltre le principali dimensioni che risultano trasversali al budget territoriale ed al budget ospedaliero sono l'appropriatezza prescrittiva (in 11 Aziende ULSS), la prioritizzazione e il governo delle liste d'attesa (in 7) e le dimissioni protette (in 8) o, più in generale, la continuità nella presa in carico (in 8).

Si può dunque affermare che una qualche forma di integrazione tra Ospedale e Territorio, sia essa declinata attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi o stabilita attraverso condivisi obiettivi di budget, sia riscontrabile in quasi tutte le Aziende ULSS.

A ciò si aggiunge che:

- gli accordi tra Medici ospedalieri e territoriali, diffusi in maniera capillare e formalizzati attraverso protocolli, sono finalizzati a favorire la continuità dell'assistenza e le dimissioni protette. Come già detto si prefigura poi la tendenza a stringere accordi circoscritti su alcune discipline e/o patologie;
- la collaborazione con i Medici/Pediatri di famiglia viene segnalata da **42** Distretti;
- la condivisione di operatori fra le due strutture si realizza prevalentemente con la presenza di specialisti ospedalieri nei poliambulatori territoriali, segnalata da **37** Distretti, sebbene **22** Distretti indichino anche la presenza di operatori distrettuali nei presidi ospedalieri.

Per rendere ancora più esplicita l'effettiva integrazione tra Ospedale e Territorio, si è cercato di individuare i principali ambiti ove questa integrazione si è realizzata e quali ne siano stati gli esiti, schematizzandoli nel modo seguente:

**Principali ambiti di azione ed esiti dell'integrazione tra Ospedale e Territorio**

AMBITI	VALUTAZIONE DEGLI ESITI
• Continuità delle cure e dimissioni protette	→ Risultati positivi con incremento delle dimissioni protette gestite e diminuzione dei tempi di degenza
• Gestione integrata del paziente diabetico o del paziente con scompenso cardiaco	→ Presa in carico coordinata del paziente, follow up, promozione di stili di vita sani
• Gestione del paziente oncologico	→ Attivazione di un'assistenza palliativa adeguata, riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero
• Gestione delle liste d'attesa	→ Rispetto delle prioritizzazioni con particolare attenzione alle urgenze, orientando puntualmente il prescrittore, l'utenza e gli specialisti ospedalieri
• Appropriately prescrittiva e teleconsulto specialistico	→ Riduzione della spesa farmaceutica e della spesa specialistica, riduzione delle liste d'attesa

**PROSPETTIVE**

La nuova organizzazione dell'Assistenza Primaria, con l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Medicine di Gruppo Integrate, prevede, tra gli obiettivi di Progetto, la continuità delle cure e dell'assistenza, da realizzare coinvolgendo la CA, il PS, il DSS (tramite la UOC Cure primarie, la

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 11/12

Centrale operativa, i PDTA, l'informatizzazione, i percorsi di formazione congiunta e gli accordi aziendali estesi a tutti i professionisti interessati).

Il Progetto regionale Assistenza Primaria, descritto nelle DDGGRR n. 41 e n. 1666 del 2011, prevede che la sede unica della Medicina di Gruppo Integrata (MdGI) venga a costituire a tutti gli effetti un presidio territoriale, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento. Lo sviluppo del presente progetto potrà costituire, anche, la base di modelli sperimentali di gestione attraverso l'attribuzione di un budget alle medicine di gruppo integrate in funzione della presa in carico della popolazione di riferimento.

L'evoluzione del Modello prevede:

**OBIETTIVI**

Continuità delle cure e dell'assistenza

**ORGANIZZAZIONE**

- Piano aziendale (n. 21) formulato da ogni Azienda per l'organizzazione della MC
- AFT (n 164) con compiti di coordinamento funzionale dell'organizzazione della MC
- Coordinatore di AFT (n. 164) per i rapporti con il DSS.

**STRUTTURA**

- Presidio territoriale/MdGI

**AZIONI**

- sviluppo:
- dell'h12 e h24
- delle modalità di presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti
- della sostenibilità economica

**STRUMENTI**

- elaborazione progetti aziendali mediante gruppi tecnici Regione/Aziende di supporto

**FINANZIAMENTO**

- Budget per la presa in carico della popolazione di riferimento

**LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In base agli indirizzi delle DDGGRR n. 41 e n. 1666 del 2011, si rappresenta un nuovo modello di CA.

La MdGI è sede di più servizi, non solo sanitari, ma anche socio-assistenziali, e riferimento principale per attività territoriali della MG. Fra i principali servizi sanitari questa unità operativa dovrebbe prevedere la possibilità di effettuare indagini strumentali e specialistiche per pazienti in carico ai Medici di Medicina Generale, relativamente alla patologia diabetica, ipertensiva, allo scompenso cardiaco, ed alla BPCO, servizi per l'espletamento delle attività legate all'Assistenza Domiciliare integrata, la presenza di un supporto infermieristico e l'attivazione di un ambulatorio nella MdGI 12 ore al giorno, aperto per problemi caratteristici della Medicina generale.

In questa articolata struttura delle Cure Primarie, il Servizio di Continuità Assistenziale rimane, troppo spesso relegato ai margini, nonostante svolga un lavoro prezioso e rappresenti dal punto di vista della presenza oraria la componente predominante della medicina generale.

La ex "Guardia Medica" viene spesso considerata dai medici più giovani o neo laureati come una sorta di trampolino verso attività future (quali l'attività del Medico di Famiglia) o come un'attività a termine in attesa dell'ingresso nell'ambito Ospedaliero. Questo rende le equipe che lavorano presso le varie sedi estremamente eterogenee, composte in elevata percentuale da medici con contratti a termine o fornitori di "prestazioni occasionali". Da ciò deriva che, spesso, il lavoro del Medico di Continuità Assistenziale viene considerato "spersonalizzante", poiché svolto senza un minimo di progettualità per il futuro e senza sentirsi parte di un sistema integrato nell'ambito della Medicina Generale.

**ALLEGATO A alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 12/12

Una delle possibili soluzioni a tali problematiche ed un modo per favorire l'inserimento dei medici neo-laureati che aspirino con volontà a lavorare nell'ambito delle Cure Primarie è senz'altro la progressiva integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale nelle MdGI. Come è stato analizzato in precedenza le MdGI sono entità complesse, che devono fornire una rete integrata di servizi e che, allo stesso tempo, devono poter essere caratterizzate dalla necessaria flessibilità al fine di far fronte alle problematiche urgenti, o ritenute tali, che la gestione della salute spesso vede presentarsi. Nello specifico eventuali ambulatori aperti 12 ore al giorno difficilmente potranno essere effettuati solo da Medici di Famiglia, sia "massimalisti" che non, già impegnati nella gestione dei propri assistiti, così come un altro ambito dell'Assistenza Primaria relativamente carente è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Sono questi i due ambiti (Ambulatorio ed Assistenza Domiciliare) in cui i Medici di Continuità Assistenziale possono trovare la loro naturale integrazione nelle MdGI. Naturalmente ciò si potrà concretizzare se nello stesso tempo vi saranno medici di CA riferiti sempre alla stessa MdGI, nell'ambito della AFT di appartenenza.

## ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/7

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Definizione, attivazione e potenziamento di forme di assistenza residenziale temporanea per i pazienti in fase post-acuta di malattia: le cure intermedie.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 2 “Non autosufficienza”

#### 4. Referente

Dr Maria Chiara Corti  
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzo Molin, San Polo 2514, Venezia  
Tel. 041-2793408 – 041 279 3522  
[mariachiara.corti@regione.veneto.it](mailto:mariachiara.corti@regione.veneto.it)

Segreteria Regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491  
email: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** Anno 2012 con possibile prosecuzione fino al 2015

**6. Aspetti finanziari:** € 16.438.418,00. Importo interamente imputato a valere sulla quota vincolata del FSN 2012

#### Premesse al progetto

La definizione di cure intermedie ha tuttora un buon margine di variabilità in campo scientifico e non ha trovato ancora una definizione normativa in campo nazionale e regionale<sup>1</sup>  
Per quanto riguarda il campo scientifico si ricorda, ad esempio, che la British Geriatric Society ha definito come Cure Intermedie tutti quei servizi che rispondono ai seguenti criteri<sup>2</sup>:

1. Servizi orientati a persone che hanno un elevato rischio di un allungamento della degenza ospedaliera o di un ricovero inappropriato in un ospedale per acuti o in una struttura residenziale definitiva
2. Servizi che vengono erogati sulla base di un assessment globale del paziente che innesca un piano individualizzato di cura che comprende terapie e trattamenti mirati ad un recupero funzionale

<sup>1</sup> Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? BMJ. 2004;329(7462):360-1. Disponibile all'indirizzo <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC509331/?tool=pubmed>

<sup>2</sup> Guidance for commissioners and providers of health and social care” (2008), British Geriatric Society Ed, London. Disponibile all'indirizzo: [http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=363:intermediatecare&catid=12:goodpractice&Itemid=106](http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=363:intermediatecare&catid=12:goodpractice&Itemid=106)

**ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/7

3. Servizi che hanno l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di riportare il paziente al proprio domicilio
4. Servizi a carattere temporaneo, di norma non superiori alle sei settimane.
5. Servizi che implicano una modalità di lavoro multi-professionale utilizzando strumenti di valutazione specifici per ogni professione ma con protocolli condivisi.

Più recentemente nel 2006, in Scozia, le cure intermedie sono state definite come “Un servizio di breve durata fornito a domicilio o in un setting residenziale (solitamente di circa 6 settimane) per persone con perdita recente dell'auto-sufficienza che necessitano di un certo grado di riabilitazione e recupero. I loro obiettivi sono quelli di prevenire i ricoveri inappropriati in ospedale, accelerare le dimissioni, prevenire le dimissioni precoci nelle strutture residenziali<sup>3</sup>”. Interessante osservare come in questa più recente definizione sia evidente il passaggio ad una definizione chiaramente funzionale, disgiungendo il concetto di “cura intermedia” dalla sede di erogazione e permettendone la esecuzione anche a domicilio.

Per quanto riguarda l'aspetto normativo si ritiene importante ricordare che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 contiene una precisa indicazione sulla “opportunità di completare l'offerta dei servizi di cure intermedie tra ospedale e territorio e prevede pertanto, oltre al potenziamento delle RSA anche “lo sviluppo, là dove ricorrano le condizioni, secondo l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, dell'Ospedale di Comunità (Country Hospital)”. Da un'analisi della letteratura nazionale ed internazionale appare chiaro che lo sviluppo delle cure intermedie è fortemente influenzato dal contesto del Sistema Sanitario in cui si sono sviluppate.

La valutazione dell'impatto sugli esiti di salute e del rapporto costo-efficacia delle cure intermedie è avvenuta successivamente all'implementazione di questi servizi, attivati spesso in seguito alla riduzione/dimissione di posti letto ospedalieri. L'evidenza attuale emerge da *clinical trials* effettuati con modelli assistenziali non sempre sovrapponibili ai modelli italiani e deve quindi essere letta con alcune riserve. Nei soggetti che hanno seguito un percorso di cure intermedie, rispetto all'*usual care* in reparti ospedalieri per acuti sembra evidente un vantaggio in termini di riduzione delle riospedalizzazione, dell'istituzionalizzazione e della incidenza di disabilità (non-autosufficienza) durante il follow-up, senza differenze significative in termini di mortalità.<sup>4 5 6</sup> Non è ancora dimostrato, e vengono auspicati studi aggiuntivi, che il passaggio del paziente in ambiti di cura intermedi si traduca in una reale riduzione dei costi di gestione<sup>7</sup>.

Nel PSN 2011 – 2013 si conferma il mandato di potenziare la rete assistenziale territoriale avvalendosi di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale territorio, quali le attivazioni di

---

<sup>3</sup> Intermediate Care – Agreeing on a Common Definition (2006) . Documento disponibile su <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/intermed8>. Intermediate care

<sup>4</sup> Garasen H., Windspoll R., Johnsen R (2007) “Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomized controlled trial”, BMC Public Health, vol.7, n° 68. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/>

<sup>5</sup> Green J, Young J, Forster A, Mallinder K, Bogle S, Lowson K, Small N. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. BMJ 2005 331:317-322. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1183127/?tool=pubmed>

<sup>6</sup> Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. BMJ. 2005 Mar 26; 330(7493):699. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC555630/?tool=pubmed>

<sup>7</sup> Griffiths P., Edwards M., Forbes A., Harris RL., Ritchie G.. (2009) “Effectiveness of intermediate care in nursing led in-patient units”, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, vol. 2, Art. n°.: CD002214. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002214.html>

**ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/7

posti letto territoriali gestiti da MMG o strutture intermedie intra-ospedaliere, o in strutture intermedie di riabilitazione post-acuzie.

Conformemente a quanto previsto dal PSSR della Regione Veneto (LR 23/2012, art.10), che ha fissato lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitanti per le strutture di ricovero intermedie e considerata la popolazione della Regione Veneto al 31.12.2011 (n. 4.956.449 abitanti), sarà possibile determinare la dotazione complessiva di posti letto, considerando quelli già attivi nel 2012 e quelli da attivare negli anni successivi, sulla base di specifici provvedimenti di attuazione del Piano.

**Definizione di strutture di cure intermedie e del target assistenziale**

Le strutture di ricovero intermedie garantiscono le cure necessarie a quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.

In queste strutture l'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della futura traiettoria del paziente, tipicamente in transizione da un setting di cura ad un altro (es. ospedale-domicilio). Rispetto all'ospedale, si configura prioritaria l'attenzione alla dimensione prognostica, rispetto alla dimensione diagnostica/procedurale e terapeutica. Durante la accoglienza in queste strutture, è quindi essenziale, sulla base della traiettoria prognostica (attesa) del paziente e di un progetto assistenziale personalizzato, la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia (menomazioni delle funzioni in ICF) ed il miglioramento della qualità della vita ed una attenzione alle preferenze del paziente e dei suoi familiari.

Le strutture di Cure intermedie accolgono elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, le ADL o *activities of daily living* (tra cui il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare, la continenza, quindi inquadrabili come non-autosufficienti), ma con tre diverse possibili traiettorie prognostiche, come ipotizzato da Boyd<sup>8</sup>:

- a) pazienti le cui funzioni/abilità perse sono forse recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza (es. carico non concesso, esiti di sindrome da allettamento o di intervento chirurgico maggiore, insufficienza respiratoria) durante il quale favorire la mobilitazione possibile e la ripresa di alcune ADL, con un percorso da iniziare in Ospedale di Comunità e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito);
- b) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, dovendo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo per capire se la nuova situazione funzionale è compatibile con un rientro a domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione (adattamento alla disabilità definitiva);
- c) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili (DGR n.3318/2008) per hospice (palliazione, anche non oncologica).

Pertanto tutte queste strutture di Cure Intermedie devono essere in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo con possibilità di offerta in uno o più traiettorie prognostiche: *stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione*.

- *Ospedale di Comunità (OdC)*

---

<sup>8</sup> Boyd C, Landefeld CS, Counsell SR et al. Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness. J Am Ger Soc 2008; 56:2171-2179.

**ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/7

Gli Ospedali di Comunità, strutture attualmente in esercizio come sperimentazioni organizzative, sono state autorizzate in attuazione della DGR n.2481/2004 ed inserite quali unità di offerta nella classificazione di cui alla DGR n.3148/2007, facendo riferimento agli standard organizzativi sperimentali presenti nella sopra richiamata DGR n.2481/2004 ed applicando quelli previsti per i Centri Servizio per anziani non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale di cui alla DGR n.84/2007.

La valutazione definitiva degli esiti delle sopra richiamate sperimentazioni ha evidenziato da una parte la necessità di ridefinire questa unità di offerta che si dovrà caratterizzare per flessibilità organizzativa, e dall'altra l'esigenza di fissare specifici requisiti strutturali, tecnologici, funzionali ed organizzativi in modo da adeguare progressivamente gli standard attuali alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del Sistema.

Gli Ospedali di Comunità accolgono elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, e prevedono progetti assistenziali per tutte e tre le diverse possibili traiettorie prognostiche:

- d) pazienti le cui funzioni/abilità perse sono forse recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza e riattivazione funzionale in vista di un percorso riabilitativo successivo.
- e) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, dovendo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente prima del rientro al domicilio o ad una struttura protetta residenziale.(stabilizzazione)
- f) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili (DGR n.3318/2008) per hospice (palliazione, anche non oncologica).

▪ *Unità Riabilitativa Territoriale (URT)*

Sono strutture attualmente non presenti come Unità di offerta specifiche, che dovranno aggiungersi alla filiera dei servizi di riabilitazione residenziale temporanea a valenza territoriale e non ospedaliera. Potranno essere riclassificate come URT alcune Unità di offerta sperimentali attualmente in esercizio e inserite all'interno di Centri Servizi (es. Nuclei Assistenza Integrata Socio Sanitaria - NAISS, RSA a valenza riabilitativa) che svolgono attività di residenzialità post-ricovero temporanea con funzione di stabilizzazione, riattivazione, riabilitazione e recupero funzionale.

L'Unità Riabilitativa Territoriale accoglie elettivamente pazienti con le seguenti caratteristiche:

- a) paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva;
- b) pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (ictus a lenta risoluzione);
- c) paziente cronico evolutivo (es. Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.

▪ *Hospice*

Sono centri residenziali territoriali di cure palliative per accogliere prioritariamente pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, che necessitano di cure non erogabili adeguatamente a domicilio o in altri setting di cura e che abbiano le seguenti caratteristiche:

- a) aspettativa di vita non superiore a 3 mesi;
- b) completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia ed esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia;
- c) indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50 (grave impatto funzionale della malattia neoplastica).

**ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/7

L'esito atteso per il paziente è una migliore qualità della vita favorendo, ove possibile, il rientro a domicilio e garantendo il continuum delle cure ed il sostegno psicologico e sociale anche alla famiglia nelle varie fasi assistenziali e durante la storia naturale della malattia.

**Funzionamento delle strutture di cure intermedie nel Veneto**

Nella **tabella 1** sottostante vengono riassunte le risorse strutturali ed il relativo impegno economico della rete residenziale di cure intermedie funzionante nella regione Veneto nell'anno 2012.

<u>Anno 2012</u>	<u>Ospedali di Comunità</u>	<u>Hospice</u>	<u>Unità di riabilitazione territoriale o strutture temporanee equivalenti</u>
<u>Posti letto</u>	231	181	657
<u>Giornate di degenza (stima su dati 2011)</u>	70.455	55.743	193.973
<u>Costo di rilievo sanitario/die per posto letto (media tra le 21 aziende)</u>	127	236	65*
<u>Costo totale annuale</u>	8.947.785	1.315.557	12.608.245

\*Queste strutture prevedono una compartecipazione dell'utente alle spese alberghiere in media di circa 50 Euro/die,

**Utilizzo delle risorse**

I finanziamenti previsti per i progetti obiettivo in questione sono assegnati alle aziende sanitarie sulla base di piani intervento per le strutture intermedie conformemente agli indirizzi attuativi del PSSR.

**Tempi di attuazione**

Il progetto ha inizio temporale nell'anno 2012 durante il quale sono già state avviate tutte le iniziative necessarie per favorire il potenziamento di tutta la filiera dei servizi territoriali per le cure intermedie. Nel periodo di vigenza del piano e basandosi sugli standard in esso già definiti (1,2% posti letto/abitanti includendo in questo tasso le Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche e le strutture di riabilitazione ex art. 26, che però non verranno considerate come intermedie in questo progetto) è possibile ipotizzare una progressione con un piano a scorrimento annuale nell'attivazione dei posti letto di cure intermedie che saranno necessari alla popolazione residente.

Il presente provvedimento riprende la programmazione già in atto con particolare riferimento all'esercizio 2012, mentre lo sviluppo per gli ulteriori anni di vigenza del progetto è subordinato a provvedimenti di attuazione del PSSR 2012-2015. Come ipotesi operativa si riporta la tabella 2 sottostante.

**Tabella 2: ipotesi di potenziamento delle strutture di Cure Intermedie nel triennio di vigenza del PSSR 2013-2015.**

	Ospedali di Comunità'	Hospice	Unita' di riabilitazione territoriali
Standard posti letto/abitanti secondo PSSR	0.66‰	0.05‰	0.33‰
2013	1012	22	323
2014	1011	22	321
2015	1000	23	321
Totale Posti letto da attivare	3023	67	965

## ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 6/7

### Contesto

La localizzazione di queste strutture potrà avvenire all'interno di due *settings* distinti di cura:

- Strutture ospedaliere in dismissione e riconvertibili a strutture di cure intermedie
- Centri Servizi già accreditati per attività di residenzialità extra-ospedaliera di tipo socio-sanitario che dispongano di unità di offerta *dedicate* da adibire a questa funzione.

In entrambe le situazioni, dovranno essere avviate le usuali procedure di autorizzazione e accreditamento secondo le indicazioni della DGR 2718/2012, recentemente approvata dalla giunta.

### Obiettivi e risultati attesi

L'obiettivo principale del progetto è il miglioramento dello stato generale di salute e funzionale del soggetto favorendo la deospedalizzazione e la tempestiva riattivazione, dopo un periodo di allettamento, declino funzionale e perdita dell'autosufficienza legato alla ospedalizzazione, in sostegno alla domiciliarità.

Come stabilito nella DGR 2718/2012, gli standard assistenziali, strutturali e organizzativi ivi definiti dovranno garantire e misurare gli esiti attesi di questo progetto che sono:

- 1) riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana
- 2) incremento del numero di giornate di degenza in cure intermedie per tutta la popolazione ultra75enne
- 3) incremento della percentuale di soggetti il cui decesso avviene fuori dall'ospedale
- 4) miglioramento della situazione funzionale nei soggetti con traiettoria prognostica compatibile
- 5) miglioramento della qualità percepita del servizio offerto per i soggetti (o familiari) con traiettoria prognostica di palliazione
- 6) riduzione del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione dei soggetti anziani

### Indicatori di processo ed esito

1. Tasso di ricovero della popolazione ultra75enne
2. Tasso di ricovero ripetuto per qualsiasi diagnosi a 30 giorni nell'ultra75enne
3. Percentuale di soggetti degenti in strutture di Cure Intermedie riospedalizzati durante la degenza.
4. N. di giornate di degenza in strutture di cure intermedie nella popolazione ultra75enne
5. Tasso di mortalità per neoplasia della popolazione generale che avviene in ospedale vs altro luogo
6. Misurazione del profilo SVAMA funzionale (o di altri indicatori prognostici es. MPI) all'ingresso e al congedo dagli Ospedali di Comunità e URT.
7. Misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza e dei familiari dopo la dimissione da percorsi di palliazione (Hospice e Ospedali di Comunità)

### Soggetti coinvolti

Direzioni regionali: Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Servizio Accreditamento, UC Cure Primarie, Direzione Servizi Sociali.

Aziende Ulss: Direttori Sociali, Responsabili del Distretto Socio-Sanitario, Medici di Medicina Generale, Operatori Socio-Sanitari impegnati nell'attività di valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti.

Comuni: Responsabili del settore dei Servizi Sociali.

Territorio: Enti gestori dei Centri di Servizio e altre realtà organizzative del territorio che concorrono alla gestione dei Servizi Socio-sanitari rivolti alle persone non auto sufficienti.

Società civile: associazioni di pazienti, organizzazioni per la tutela di categorie particolari di soggetti, organizzazioni di volontariato e del terzo settore.

**ALLEGATOB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/7

**Monitoraggio**

E' chiaro che l'attivazione di un numero importante di posti letto dedicati alle cure intermedie necessita di un attento monitoraggio legato soprattutto alla sostenibilità economica del progetto i cui costi nascenti sono in buona parte finanziati dai costi cessanti successivi alla riduzione di posti letto per acuti fino a 3 ‰ posti letto/abitante prevista dalla legge 135/2012, nota anche come "*spending review*".

La regione Veneto provvederà annualmente a verificare e, se necessario, modificare i tempi ed i modi di raggiungimento degli obiettivi per le cure intermedie individuate dal PSSR ed esplicitate nel presente progetto.



## ALLEGATOC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/5

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012.

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Cartella Clinica condivisa regionale tra Centri di riferimento e altro operatori e servizi sanitari per la presa in carico integrata delle persone con malattie neurodegenerative rare.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 2 “Non autosufficienza”- par. 2.a) “Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti”.

#### 4. Referente

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793526; Fax 0412793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** Biennale 2012-2013

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo del Progetto: € 2.500.000

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.826.491,00

#### CONTESTO

La Regione Veneto è da tempo impegnata nell'ideazione, sviluppo ed implementazione di modelli innovativi nell'ambito dell'assistenza e dei percorsi assistenziali dedicati alle persone affette da malattie rare. Già a partire dal 1999, aveva individuato come obiettivo di programmazione sanitaria lo sviluppo di politiche sanitarie rivolte alle malattie rare, istituendo il Registro delle Malattie Rare regionale. In seguito, anche grazie all'impulso dato dalla programmazione nazionale con l'emanazione del Decreto Ministeriale n. 279 del 2001 (“Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 29 aprile 1998 n.124”), è stata definita una rete regionale specifica dedicata alle malattie rare costituita dai Centri di Riferimento individuati dalla Regione.

Dal 2002 è attivo in Regione, gestito dal Registro Malattie Rare, un Sistema Informativo (S.I.), centrato sulla cartella clinica in linea del paziente, che segue il percorso assistenziale della persona nei diversi luoghi di cura (Centri di Riferimento per malattia rara, Distretto socio-sanitario dell'Azienda ULSS di residenza, Servizi farmaceutici territoriali, Farmacie ospedaliere, Ospedali di tutta la Regione). Il S.I. in questione, è stato sottoposto a sviluppi continui nel tempo, con nuovi moduli di gestione di attività cliniche di integrazione sul paziente e la sua famiglia. Di fatto esso rappresenta ora il collante principale di tutte le azioni svolte, anche da attori diversi e molto lontani fra loro, per rispondere ai bisogni assistenziali della persona. Esso attualmente gestisce completamente la certificazione di malattia rara, il rilascio dell'attestato di esenzione, i controlli clinici e la definizione del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) con gestione completa della prescrizione, acquisizione e distribuzione dei trattamenti, fino al domicilio della persona,

**ALLEGATOC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/5

coinvolgendo tutti gli attori sopra descritti. In particolare, il PTP gestisce la prescrizione, acquisizione e distribuzione di tutti i trattamenti necessari al paziente: farmaci orfani, altri farmaci (fascia A, C, H, esteri), farmaci off-label, dietetici, parafarmaci, galenici, dispositivi medici, protesi e ausili.

Per quanto riguarda nello specifico le malattie neurodegenerative rare, la Regione Veneto ha disposto da tempo una serie di provvedimenti e di azioni utili a rispondere in maniera più adeguata alle necessità assistenziali delle persone affette da malattie neurodegenerative rare, con particolare attenzione riguardo alla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Ha deliberato l'implementazione del percorso assistenziale unico e l'indizione di una gara regionale dedicata ai comunicatori a puntamento ottico, attualmente esclusi dal Nomenclatore Tariffario Nazionale.

Al pari di altre patologie complesse, le persone affette da malattie neurodegenerative rare (sclerosi laterale amiotrofica, atrofie muscolari spinali, distrofie muscolari) presentano bisogni assistenziali diversi, interessanti più dimensioni della salute della persona e interagenti tra loro (bisogno motorio, bisogno respiratorio, bisogno comunicativo, ecc.), pertanto la loro presa in carico necessita di una forte integrazione tra le valutazioni, gli accertamenti, le attività, le prescrizioni dei diversi attori sanitari che lavorano attorno allo stesso paziente.

E' necessario pertanto sviluppare ulteriormente il S.I. attualmente in uso per permettere la presa in carico condivisa del paziente da parte di più operatori e servizi sanitari (il neurologo del Centro di Riferimento, il pneumologo, il fisiatra, ecc.) e la prescrizione, da parte di operatori diversi, sullo stesso PTP della persona. Questo semplificherà la presa in carico della persona e della sua famiglia, che si trova spesso ad essere essa stessa il collante tra i diversi professionisti e/o servizi.

**OBIETTIVI**

Obiettivo generale del presente Progetto è la gestione clinica integrata della persona affetta da malattia neurodegenerativa rara da parte di professionisti sanitari di servizi diversi, secondo la valutazione multidimensionale della persona e la presa in carico integrata.

Obiettivi specifici sono:

- omogeneizzare l'assistenza sul territorio;
- definire modalità standard e comuni per descrivere e quantificare i bisogni assistenziali, ed i contenuti delle corrispondenti risposte istituzionali, in base a quanto deducibile dalle evidenze scientifiche;
- costruire un sistema logico di relazioni tra condizione clinica del paziente, interventi da effettuare, servizi coinvolti e professionisti chiamati ad intervenire, creando un sistema informativo in grado di supportarlo ed una infrastruttura informatizzata per gestirlo;
- integrare questo nuovo modulo applicativo a quanto già presente nel Registro Regionale per le malattie rare;
- aumentare la soddisfazione degli utenti.

**DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto verrà suddiviso in quattro sezioni di lavoro, in parte sequenziali e in parte, parallele.

1. Per ogni gruppo di patologie degenerative rare, verrà analizzata e scelta, tramite la ricerca bibliografica nella letteratura nazionale, una scala di assessment specifica, che verrà utilizzata come denominatore comune, utile a definire i bisogni assistenziali dei pazienti e le attività necessarie da porre in atto da parte dei servizi ospedalieri coinvolti. Per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) verrà utilizzata la scala ALSFRS<sub>r</sub> (ALS Functional Rating Scale Revised), come definito dal Gruppo di lavoro multidisciplinare che ha lavorato negli anni scorsi sul percorso assistenziale della persona affetta da SLA (si veda: progetti obiettivo precedenti). Verrà istituito un Gruppo di lavoro, composto da medici dei Centri di Riferimento per malattie rare neurologiche, rappresentanti dei fisiatri e pneumologi, e da personale del Coordinamento Malattie Rare della Regione Veneto, per definire le scale di assessment specifiche più adeguate per gruppi di patologia (SMA, distrofie muscolari, etc.) ricercando e analizzando le scale internazionali validate presenti nella letteratura scientifica, tramite l'utilizzo della forum informatico web (si veda: progetti obiettivo precedenti) utile all'interscambio a distanza di articoli, considerazioni, commenti, riducendo al minimo gli spostamenti del personale.

**ALLEGATOC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/5

2. La cartella clinica presente nel S.I. unico regionale dedicato alle malattie rare verrà ulteriormente sviluppata per permettere la presa in carico integrata della persona affetta, da parte di più professionisti. La cartella clinica è strutturata in sezioni diverse:

- a) segni e sintomi organizzati per apparato e alterazione funzionale;
- b) comorbidità: acuta o cronica;
- c) assessment funzionale con la sottodefinitone delle menomazioni e dei bisogni specifici per patologia (scala ALSFRS-R e altre scale che verranno scelte).

Il gruppo di lavoro multidisciplinare lavorerà sulla definizione delle scale di assessment da utilizzare (punto 1), definirà, sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica e l'esperienza dei professionisti coinvolti, i percorsi assistenziali all'interno dei servizi sanitari di tali pazienti e, tramite algoritmi logici, verranno proposte le azioni best practice allo specialista che ha in carico il paziente in base alle necessità desunte grazie alla scala, alla valutazione specialistica, alle comorbidità, alle menomazioni. Sarà compito del medico del Centro di Riferimento che iscrive il paziente nel sistema informativo e che, attraverso i controlli clinici programmati, valuta i bisogni assistenziali, richiedere la consulenza e l'apporto di altri professionisti (pneumologo, fisiatra, ecc.). Tali specialisti avranno accesso allo stesso S.I. web-based tramite password e login personale con una loro vista sui pazienti per i quali è chiesta una consulenza e con la possibilità di fare degli approfondimenti e la relazione di ritorno al neurologo.

Il sistema informativo, grazie alla gestione dei contenuti definiti dal Gruppo di lavoro e alla loro interrelazione logica, propone allo specialista delle attività, suggerisce delle azioni, delle visite specialistiche, ecc. (ad esempio ricorda di interloquire con il paziente circa le scelte di fine vita, di controllare il peso, di prescrivere integratori, di analizzare il bisogno comunicativo, ecc.). Tali algoritmi logici costituiranno la base per la creazione del sistema informativo e successivamente del supporto informatico che gestirà la cartella unica del paziente, condivisa attraverso un sistema di viste logiche ed autorizzazioni, da tutti gli attori del sistema, e gestente in tempo reale ogni momento del percorso assistenziale del malato. Contemporaneamente alla realizzazione della cartella clinica informatizzata, si provvederà alla formazione ed aggiornamento del personale coinvolto. Seguirà quindi una fase di implementazione e sperimentazione, che consentirà la valutazione di quanto prodotto.

In questo modo, è l'informazione che farà da collante tra i servizi. Ogni operatore gestisce l'informazione che lo riguarda ed il sistema rende comune l'informazione, generata da altri, agli operatori che la necessitano per decidere. Tale approccio evita che sia il paziente o la sua famiglia a fare da collante tra gli operatori e i servizi, rende disponibile l'informazione in tempo reale, evita la latenza temporale dovuta al passaggio dell'informazione attraverso percorsi diversi, permette la gestione di un protocollo clinico di best practice in modo condiviso.

3. Il modulo PTP presente nel S.I. regionale dedicato alle malattie rare verrà ulteriormente sviluppato per permettere agli specialisti che condividono la presa in carico della stessa persona affetta da malattia neurodegenerativa rara (si veda punto 2) di prescrivere i trattamenti necessari secondo la loro valutazione specialistica (farmacologici, dietetici, dispositivi medici, protesi e ausili) nello stesso PTP, condiviso tra tutti gli attori tra loro. Attualmente il S.I. permette solo ai centri di Riferimento per malattie neurologiche rare di inserire prescrizioni nel PTP del paziente ed ogni paziente ha sempre un unico PTP attivo e valido. Sarà necessario individuare dei criteri per accreditare dei "centri satellite" ai Centri di riferimento (pneumologie, fisiatrie, etc.), applicarli, individuare le U.O. da accreditare come "spoke" dei centri di riferimento, i "centri satellite" possono accedere al sistema ed essere chiamati a condividere la presa in carico della persona effettuata dai centri di riferimento (punto 2). Il modulo PTP nuovo renderà possibile la prescrizione contemporanea da parte di più professionisti in più servizi.

4. Lo stato dell'arte dell'assistenza a questi malati sarà valutato attraverso la somministrazione di un questionario, strutturato e appositamente predisposto, ad un campione di pazienti e familiari scelto tra quelli presenti nel Registro regionale Malattie Rare. Gli aspetti indagati riguarderanno punti di forza e criticità dell'attuale organizzazione assistenziale, al fine di orientare in modo più diretto e concreto i lavori successivi.

Si istituirà un Gruppo di lavoro composto da diverse figure professionali per formazione e ruolo, rappresentanti delle associazioni d'utenza e delle diverse istituzioni coinvolte, che avrà lo scopo di trattare gli aspetti critici emersi dall'indagine questionaria o suggeriti dal gruppo di lavoro stesso, e di prospettare possibili soluzioni operative in base anche a quanto emerso dalle evidenze scientifiche. Per sostenere



**ALLEGATOC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/5

**RISULTATI ATTESI**

- Integrazione dei servizi che si occupano dello stesso paziente;
- Presa in carico integrata della persona;
- Centralità della persona e della sua famiglia;
- Prescrizione condivisa di farmaci e trattamenti con minor rischio di inappropriatelyzza e interazioni farmacologiche;
- Soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

**INDICATORI**

- Nuovo modulo “cartella clinica condivisa”: si/no;
- Nuovo modulo “PTP condiviso”: si/no;
- Definizione dei centri spoke: si/no;
- Criteri oggettivi per definire centri spoke: si/no;
- Numero centri spoke accreditati;
- Numero operatori centri spoke collegati al S.I.;
- Scelta e utilizzo di schede di assessment per ogni gruppo di malattie neurodegenerative rare;
- Numero di corsi di formazione effettuati.

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/5

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno **2012**

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Assistenza ai pazienti affetti da demenza.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 2 “Non autosufficienza”- par.2.b) “Assistenza ai pazienti affetti da demenza”.

**4. Referente**

Dr Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430

[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**5. Durata del progetto:** pluriennale

**6. Aspetti finanziari**

Costo del Progetto: € 1.826.491,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.826.491,00

**Contesto**

Le demenze, e in particolare la malattia di Alzheimer, per la dimensione epidemiologica e la lunga durata della malattia, rappresentano un'importante sfida per la società, la famiglia, il sistema sanitario e assistenziale socio-sanitario. La Regione Veneto per fronteggiare il problema “demenze” ha ridefinito l'assetto strutturale della rete dei servizi sanitari con la DRG n. 1404/2000 e la successiva DRG n. 3542/2007. Un importante aspetto della DRG n. 3542/07 è la “semplificazione delle strutture” e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari con la definizione dell'assetto organizzativo, delle competenze di cura e dei sistemi d'offerta, seguendo la storia naturale del malato e la necessità di aiuto della famiglia. I dati della letteratura internazionale, come ricordato nella DGR 3542/07, indicano che circa l'80% delle persone ammalate è curata a casa, tuttavia i dati reali sul numero e sulla gravità degli ammalati assistiti a domicilio, in Italia, non sono noti anche se è presumibile che siano assistiti a casa sia ammalati con demenza di gravità moderata che severa.

**Obiettivi**

L'obiettivo generale del progetto è ben esplicitato dalla locuzione “migliorare la gestione integrata del paziente e la continuità delle cure”. Il Progetto risponde ai bisogni di salute prioritari nell'assistenza primaria e nell'area della cronicità.

**Descrizione del Progetto**

Alla base del Progetto vi è la riorganizzazione sanitaria per il decadimento cognitivo attualmente operativa nel territorio alla luce delle direttive del PSSR che individuano nel territorio la sede elettiva per la diagnosi e

**ALLEGATOD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/5

la cura delle patologie cronico degenerative. In quest'ottica uno degli elementi di novità del Progetto è la costituzione di Punti Territoriali Integrati di Base per il Decadimento Cognitivo (in breve Punto Territoriale per il Decadimento Cognitivo - PTDC -) nell'ambito del sistema delle cure primarie e in particolare delle Medicine di Gruppo Integrate, al fine di inserire i MMG, in un contesto operativo più efficiente, nel percorso diagnostico – assistenziale delle demenze nella fase prediagnostica, di prima verifica del decadimento cognitivo, e di filtro, con la consulenza diretta (integrata) dei medesimi Centri per il Decadimento Cognitivo (CDC).

**Fasi e tempi delle azioni previste**

Il Progetto si sviluppa mediante sei azioni specifiche:

- azione 1: impostazione metodologica per lo sviluppo del Progetto - istituzione di un Gruppo di Lavoro;
- azione 2: avvio delle attività - sviluppo del sistema informativo ed informatico;
- azione 3: sviluppo di un "Punto Territoriale Integrato di Base" per il decadimento cognitivo;
- azione 4: ruoli e compiti dei CDC nel PTDA;
- azione 5: sviluppo dell'integrazione tra CDC, Punto Territoriale di Base per il Decadimento Cognitivo, Distretto Socio-sanitario, Strutture Residenziali e semiresidenziali, e servizi sociali;
- azione 6: formazione ed informazione.

*Tempo previsto:* Il Progetto si sviluppa nell'arco di 5 anni.

La gestione del progetto resta in capo alle strutture regionali che si avvalgono della collaborazione dei Centri di Decadimento Cognitivo delle Aziende sanitarie.

**Risultati attesi**

Modello organizzativo integrato di collaborazione tra centri per il decadimento cognitivo, sistema delle cure primarie e distretto socio-sanitario nel territorio.

**Indicatori**

- Indicatori di struttura: Punti territoriali di base
- Indicatori di processo: PDTA/Sistema informativo
- Indicatori di risultato: Modello organizzativo integrato

**SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO INTEGRATO DI COLLABORAZIONE TRA CENTRI PER IL DECADIMENTO COGNITIVO, SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE E DISTRETTO SOCIO-SANITARIO NEL TERRITORIO****CONTESTO**

Nell'ambito delle patologie, tutte ugualmente meritevoli di tutela, ce ne sono alcune che rappresentano un problema di grande rilevanza medica e sociale in quanto:

- generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile ad andamento cronico di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né si dispone di mezzi terapeutici capaci di debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo;
- hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico di oneri anche economici inversamente proporzionali all'offerta assistenziale del servizio pubblico;
- sono responsabili di elevati costi complessivi di assistenza contenibili solo attraverso una risposta del sistema sanitario coordinata ed efficiente;
- sollevano nuove complesse e delicate questioni etiche con cui le Istituzioni ed il Paese tutto sono chiamati a confrontarsi.

**ALLEGATOD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/5

Le patologie in questione riguardano in particolare:

- pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza;
- pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti;
- pazienti affetti da demenza.

Si tratta evidentemente di patologie affatto diverse nella diagnosi e nella terapia, tutte però riconducibili alle caratteristiche sopra indicate e che per ciò stesso suggeriscono un approccio organizzativo e culturale analogo.

L'efficiente coordinamento delle tante figure professionali coinvolte nella cura e gestione di queste complesse patologie è possibile solo realizzando una rete integrata di servizi sanitari e sociali che disegni percorsi assistenziali specifici mirati al singolo paziente ed alla sua famiglia.

Preziosa in questo assetto è la figura del Medico di Medicina Generale (MMG), non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere nel percorso, ma soprattutto nel suo fungere da interfaccia tra paziente, famiglia e strutture operative, dai Centri di Alta Specializzazione fino ai servizi sanitari e sociali territoriali compreso l'apporto del volontariato sociale.

E' imprescindibile in questa logica una cabina di regia capace di compiere una programmazione globale, basata su reti integrate di servizi, presidi ospedalieri di qualunque livello ed unità operative.

Va in ogni caso auspicato che, nell'implementazione di questi processi e delle strutture idonee a gestirli, si ottimizzino gli ambiti territoriali su cui distribuire le necessarie risorse infrastrutturali ed umane, anche con la stipula di accordi interregionali per cogliere tutte le possibili sinergie e recuperare ulteriori margini di efficienza.

Sarebbe altresì raccomandabile, a supporto dell'attività terapeutica ed assistenziale, l'utilizzo di strumenti informatici che garantiscano una totale condivisione dei dati tra i vari operatori del sistema. Tra l'altro, questi dati potrebbero confluire in appositi registri che, oltre a fornire elementi utili per la programmazione nazionale e regionale, potrebbero offrire agli enti interessati (ricercatori, università, industria farmaceutica, istituti di statistica etc.), con le precauzioni imposte dal rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, un quadro aggiornato qualitativo e quantitativo della domanda assistenziale sul territorio, della appropriatezza, della tipologia e del costo delle prestazioni erogate.

**STRATEGIE**

Si ritiene indispensabile affermare i seguenti principi strategici:

- l'approccio per problemi con la misura del loro impatto sulla qualità di vita del malato e dei familiari, secondo criteri valutativi estesi e validati, tempestivamente utilizzabili, per soddisfare il diritto alla diagnosi e prognosi;
- la costanza, la continuità e la rapidità di cura, con l'esplicita descrizione e dimensionamento della presa in carico integrata, sanitaria e sociale.

**DEMENZE**

Le demenze, e in particolare la malattia di Alzheimer, per la dimensione epidemiologica e la lunga durata della malattia, rappresentano un'importante sfida per la società, la famiglia, il sistema sanitario e assistenziale socio-sanitario.

La Regione Veneto per fronteggiare il problema "demenze" ha ridefinito l'assetto strutturale della rete dei servizi sanitari con la DRG n. 1404/2000 e la successiva DRG n. 3542/2007.

Un importante aspetto della DRG n. 3542/07 è la "semplificazione delle strutture" e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari con la definizione dell'assetto organizzativo, delle competenze di cura e dei sistemi d'offerta, seguendo la storia naturale del malato e la necessità di aiuto della famiglia.

I dati della letteratura internazionale, come ricordato nella DGR 3542/07, indicano che circa l'80% delle persone ammalate è curata a casa, tuttavia i dati reali sul numero e sulla gravità degli ammalati assistiti a domicilio, in Italia, non sono noti anche se è presumibile che siano assistiti a casa sia ammalati con demenza di gravità moderata che severa.

**ALLEGATOD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/5

**CENTRO DECADIMENTO COGNITIVO**

Il Centro Decadimento Cognitivo e i MMG, insieme agli altri attori (familiari, CRIC, altri centri specialistici, servizi sociali, associazioni di volontariato, associazioni dei familiari dei malati di Alzheimer, ecc.) possono essere l'interfaccia ottimale di un sistema di informazioni relative allo stato della malattia e alla verità della prognosi, alla consistenza ed alla distribuzione dei servizi, alla tutela giuridica del malato e alla pianificazione assistenziale ed, infine, agli aspetti di formazione dei familiari alla cura del malato.

Ciò potrà essere facilitato da una adeguata formazione dei MMG che per competenza e per modello assistenziale sono disponibili ad impegnarsi in un percorso assistenziale di qualità e di monitoraggio del problema "demenze".

**CRITICITÀ DA SUPERARE SIA SOTTO L'ASPETTO ORGANIZZATIVO CHE GESTIONALE**

Si evidenziano alcuni punti critici organizzativi:

non tutte le Aziende hanno un piano di assistenza per la persona affetta da demenza. Si riscontra, infatti, un'estrema variabilità nella costituzione dei servizi e nelle rappresentazioni delle competenze, la mancanza di un'adeguata utilizzazione e presenza di alcune professionalità (per es. psicologi), e la diffusa presenza di volontariato.

Il malato ed i suoi familiari possono incontrare servizi con referenze e nomi diversi, con il rischio che "nessuno sia realmente in grado di garantire la continuità di cura necessaria".

Nella DGR 3542/07 si propone di unificare sia la terminologia dei centri dedicati alle demenze (CDC – Centro per il Decadimento Cognitivo) che la funzione dei diversi centri, con l'obiettivo di garantire una continuità di cura nelle diverse fasi della malattia.

**LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI**

Nel Veneto rappresentano un nodo fondamentale della rete socio-sanitaria: da un lato interagiscono con il sistema ospedaliero e dall'altro integrano il sistema della domiciliarità. Nello specifico le strutture residenziali possono essere raggruppate in due macro-categorie.

Strutture a ciclo continuativo a carattere temporaneo: sono caratterizzate da un obiettivo assistenziale che deve trovare compimento in un arco temporale definito, prevedendo quindi, oltre all'ingresso in struttura, anche l'uscita verso il domicilio o verso un'altra struttura a carattere definitivo.

Afferiscono a questa macro-categoria: l'Hospice, l'Ospedale di comunità e l'Unità Riabilitativa Territoriale.

Tali strutture si collocano prevalentemente nei percorsi di sostegno della domiciliarità, richiedendo una forte interazione con il medico di famiglia e con i servizi domiciliari distrettuali.

Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo): sono caratterizzate da obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, risultando di fatto impossibile un rientro a domicilio del paziente.

In queste strutture il progetto assistenziale richiede un monitoraggio costante e la ridefinizione degli interventi sulla base della evoluzione naturale del quadro clinico.

Tali strutture si collocano nei servizi residenziali per la non-autosufficienza e rappresentano un livello di assistenza alternativo alla domiciliarità.

**CONSIDERAZIONI**

Quanto sopra descritto, costituisce una nuova fase di riorganizzazione del modello per il decadimento cognitivo.

L'approccio al cambiamento presuppone il monitoraggio del sistema in atto al fine di individuare le migliori pratiche aziendali, per giungere alla formulazione e sperimentazione di un modello organizzativo integrato e, successivamente, sviluppare la programmazione sanitaria regionale sulla base dei risultati conseguiti.

Per supportare gli indirizzi regionali viene proposto il Progetto qui di seguito descritto.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012 – 2016, l'Assistenza Territoriale tramite le Cure Primarie, le Linee Guida della Regione Veneto per il riassetto dei servizi sanitari e socio – sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo e la collaborazione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere costituiscono gli elementi costitutivi che spiegano il rationale e la finalità del seguente intervento. Il Gruppo di Lavoro, la cui istituzione è prevista nell'azione 1, avrà il compito di sviluppare il Progetto esecutivo ove saranno definiti i

**ALLEGATOD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/5

ruoli e i compiti di ciascun componente dei Soggetti partecipanti alle attività, i risultati attesi e gli indicatori di risultato, la metodologia di lavoro e i percorsi di stabilizzazione dei “sistema demenze”.

Alla base del Progetto vi è la riorganizzazione sanitaria per il decadimento cognitivo attualmente operativa nel territorio alla luce delle direttive del PSSR che individuano nel territorio la sede elettiva per la diagnosi e la cura delle patologie cronico degenerative.

In quest’ottica uno degli elementi di novità del Progetto è la costituzione di Punti Territoriali Integrati di Base per il Decadimento Cognitivo (in breve Punto Territoriale per il Decadimento Cognitivo - PTDC -) nell’ambito del sistema delle cure primarie e in particolare delle Medicine di Gruppo Integrate, al fine di inserire i MMG, in un contesto operativo più efficiente, nel percorso diagnostico – assistenziale delle demenze nella fase prediagnostica, di prima verifica del decadimento cognitivo, e di filtro, con la consulenza diretta (integrata) dei medesimi Centri per il Decadimento Cognitivo (CDC).

Vengono rivisti, quindi, anche il ruolo e i compiti dei CDC per ottimizzare l’utilizzazione delle risorse e delle competenze.

Altro importante elemento di novità è l’attenzione alla fase post diagnostica rivolta al monitoraggio clinico e sociale del malato quando ancora vive nel suo domicilio.

L’azione dovrà sviluppare percorsi che facilitino l’integrazione degli interventi e i contatti tra i diversi nodi della rete per una precoce rilevazione delle complicanze cliniche e delle emergenze sociali al fine di ridurre gli accessi al PS o i ricoveri in ospedale nel primo caso, ed attivare tempestivamente l’UVMD per lo sviluppo del PAI nel secondo.

Inoltre il link che i suddetti nodi della rete sanitaria (PTDC e CDC) svilupperanno con il sistema delle strutture residenziali sarà indirizzato a un più attento monitoraggio clinico delle persone affette da demenza ospiti nelle residenze mediante una formazione specifica e una “consulenza” diretta al MMG della struttura.

Un altro elemento portante del progetto è lo sviluppo del sistema informativo – informatico mediante una cartella elettronica “ad hoc” condivisa ed utilizzata in rete tra i vari soggetti coinvolti nell’assistenza del paziente affetto da demenza. Il prodotto “cartella elettronica per le demenza” dopo la fase sperimentale potrà essere estesa alle Aziende Sanitarie del Veneto.

Nelle azioni in cui si snoda il Progetto, i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PTDA) sono i prodotti finali che costituiranno gli strumenti operativi per ottimizzare l’uso delle risorse e rendere il sistema più stabile nelle procedure ed efficiente nel tempo.

Da ultimo, tutte le varie fasi del Progetto saranno accompagnate da un percorso formativo specifico per le singole azioni e come supporto per migliorare la capacità di definizione e strutturazione dei PTDA medesimi.

Le ricadute pratiche, in sintesi, saranno: la costruzione di una cartella clinica elettronica con potenziale valenza regionale, avvio della territorializzazione della gestione delle demenze e la creazione dei Punti Territoriali Integrati (PTDC), la migliore utilizzazione delle risorse e delle competenze dei CDC ed infine un più attento monitoraggio socio assistenziale del malato nel proprio domicilio e clinico delle persone affette da demenza ospiti nelle strutture residenziali.



## ALLEGATO E alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/3

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012.

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Promozione di modelli organizzativo e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 2 “Non autosufficienza”- par.2.c) “Promozione di modelli organizzativo e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità”.

#### 4. Referente

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793526; Fax 0412793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 24 mesi

#### 6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.826.491,00

#### Contesto

L'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in condizioni di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale, poiché il numero e l'aspettativa di vita di individui in tale stato è in progressivo aumento in tutti i Paesi industrializzati, conseguentemente al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della rianimazione e più in generale al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Nell'organizzare una rete di assistenza capace di rispondere ai bisogni delle persone in stato vegetativo e di minima coscienza, il punto critico è rappresentato sicuramente dalla fase post-acuta, fase in cui più facilmente possono verificarsi fratture nella continuità assistenziale e potenzialmente condizioni di improprio abbandono delle famiglie.

#### Descrizione del progetto

La Regione Veneto negli ultimi dieci anni, ha realizzato un sistema di servizi ed interventi specificatamente rivolti a favore delle persone in SV e SMC. Rispetto a quanto approntato si ritiene opportuno tener conto di un mutato scenario, sia da un punto di vista epidemiologico, per l'aumento di incidenza di nuovi casi e l'aumentata sopravvivenza dei presenti, sia da un punto di vista di organizzazione dei servizi.

La complessità dell'assistenza alle persone in SV e SMC è determinata, oltre che da aspetti di tipo prettamente clinico, anche dal coinvolgimento di più professionisti e servizi, che in successione e/o contemporaneamente, generalmente per periodi di tempo molto lunghi, sono chiamati a realizzare la presa in carico.

**ALLEGATO E alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

Alcuni obiettivi della programmazione regionale quali, ad esempio, il potenziamento dell'assistenza territoriale, lo sviluppo di modelli di gestione integrata della cronicità fondati su *team* multi professionali, la ridefinizione dell'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie, rappresentano tutti elementi di rilievo che devono orientare anche le scelte di organizzazione relative all'assistenza alle persone in SV e SMC.

In particolare, la promozione di un modello a filiera nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, rappresenta un valido orientamento per la definizione di un percorso assistenziale rispondente ai bisogni delle persone in SV e SMC. Tale percorso ha infatti lo scopo di evitare fratture nell'assistenza che possono verificarsi nel passaggio da una fase all'altra del decorso clinico, dall'emergenza alla fase di cronicità. Mentre le prime fasi del decorso clinico, dalla fase di emergenza fino al periodo post-acuzie, riconoscono delle risposte organizzative che fanno leva sulla rete ospedaliera, e che quindi appaiono più delineate anche nelle fasi di trasferimento per esempio da un'unità operativa all'altra, la fase di cronicità presenta da questo punto di vista elementi di maggiore criticità.

La scelta di programmazione regionale è stata quella di attivare, per la presa in carico della cronicità, strutture piccole, relativamente diffuse nel territorio e quindi situate non troppo lontano dalla residenza della famiglia, al cui interno siano riconosciuti spazi e assistenza specificamente dedicati.

La definizione del percorso assistenziale per le persone in SV e SMC risponde alla necessità di integrare e raccordare progressivamente e in maniera sempre più forte queste strutture alla rete ospedaliera da un lato, e alla rete territoriale dall'altro, costituendosi come nodi di svincolo essenziali dell'intero sistema. Tali strutture si delineano infatti come nodi aperti e non come terminali chiusi, elementi della rete assistenziale dove si può entrare, ma anche uscire, per esempio per un rientro in famiglia, laddove se ne creassero le condizioni, o eventualmente dove essere riaccolti dopo un periodo di assistenza domiciliare. L'ammissione a questi nuclei di residenzialità extra-ospedaliera avviene attraverso modalità chiare e definite, che comprendono sempre e obbligatoriamente l'attivazione di un'unità di valutazione multidimensionale (UVMD), che valuta la condizione clinica del paziente, evitando l'utilizzo improprio di queste strutture, e che considera la condizione globale della persona, il suo ambiente familiare, le risorse di assistenza, cura e relazione esistenti nel contesto di vita della persona, risorse imprescindibili per la presa in carico, anche se realizzata in residenzialità extra-familiare.

**Obiettivi**

Obiettivo generale del presente progetto è la realizzazione di un percorso assistenziale per i soggetti in SV e SMC che segua la persona nelle varie fasi del decorso clinico, dall'emergenza, alla fase acuta e post-acuta fino alla fase di manifestazione degli esiti, ponendo particolare attenzione alla gestione del passaggio tra diversi setting di cura e servizi di assistenza. Tale obiettivo risponde alla necessità di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sullo stesso paziente, realizzando un miglior coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, che in fasi diverse o a volte contemporaneamente, concorrono alla presa in carico.

Obiettivi specifici sono:

1. Individuare il gruppo di lavoro costituito dai clinici operanti nelle strutture che principalmente si occupano di SV e SMC in Regione che avrà il compito di valutare il funzionamento della rete, tenuto conto dell'organizzazione dei servizi regionali, al fine di garantire la progettazione e l'attuazione del percorso di presa in carico di ciascuna persona in SV e SMC e di supporto alla sua famiglia;
2. definire le modalità ed attuare nel concreto il coinvolgimento formale dei referenti delle principali associazioni di familiari attive in Regione nella attività del gruppo di lavoro di cui al punto 1 in modo da integrare in un unico giudizio le valutazioni dei clinici e quelle dei familiari;
3. realizzare una ricognizione sui percorsi già attivati in alcune realtà locali;
4. creare una piattaforma ad uso del gruppo di lavoro per l'analisi della letteratura scientifica, la consultazione di documenti e altro materiale utile al miglior svolgimento dei compiti assegnati al gruppo;
5. definire formalmente i percorsi assistenziali regionali per le persone in SV e SMC, dopo la fase sperimentale, in base alle valutazioni del gruppo di cui al punto 1 e 2;

**ALLEGATO E alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

6. studiare i determinanti, specie quelli legati alla organizzazione dei servizi ed allocazione delle risorse, che generano l'eventuale ineguaglianza nell'accesso ai possibili piani di presa in carico e nella loro qualità, rispetto alle persone con SV e SMC residenti in Regione.

***Tempi e fasi***

Progetto a durata di 24 mesi

Tempo attività per obiettivo 1: da mese 0 a mese 24

Tempo attività per obiettivo 2: da mese 0 a mese 24

Tempo attività per obiettivo 3: da mese 3 a mese 9

Tempo attività per obiettivo 4: da mese 6 a mese 12

Tempo attività per obiettivo 5: da mese 12 a mese 14

Tempo attività per obiettivo 6: da mese 9 a mese 20

Stesura relazione finale: da mese 23 a mese 24

***Risultati attesi***

1. sistema permanente di valutazione della qualità della presa in carico delle persone con SV e SMC comprendente il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni;
2. conoscenza della realtà regionale e di possibili scelte alternative strettamente legati alla realtà sociale e di risorse esistenti nelle sottoaree in cui si articola la Regione;
3. creazione e messa in disponibilità di strumenti di lavoro e formazione via Internet;
4. definizione formale dei percorsi assistenziali e dei diritti esigibili delle persone, analisi dei determinanti le ineguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza disponibile alle persone con SV e SMC e messa in atto di azioni per la loro riduzione.

***Indicatori***

Numero di persone in condizione di SV e SMC immesse in percorsi assistenziali strutturati, in riferimento al totale delle persone con SV e SMC.

Numero di persone in condizione di SV e SMC seguite a domicilio all'interno di un'assistenza domiciliare integrata ad alta complessità.

Numero di persone in condizione di SV e SMC seguite in unità residenziali dedicate, in riferimento al totale delle persone con SV e SMC.

Distribuzione per età, sesso, nazionalità e livello socioeconomico delle persone seguite all'interno di percorsi strutturati a domicilio, nelle unità speciali predisposte, rispetto a tutte le persone con SV e SMC.


**REGIONE DEL VENETO**

 giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/21

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale – Anno 2012.

<b>Regione proponente</b>	Regione del Veneto
<b>Linea progettuale</b>	All. A – Parte I, Linea 3 “Le cure palliative e la terapia del dolore”
<b>Titolo del progetto</b>	Progetto per lo sviluppo delle cure palliative per i malati con malattie oncologiche e non oncologiche
<b>Durata del progetto</b>	Annuale
<b>Referente</b>	<p>Dr. Renato Rubin          Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria          U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie          Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia          Tel. 041-2793441; Fax 041-2793599  <a href="mailto:progsanitaria@regione.veneto.it">progsanitaria@regione.veneto.it</a>  <a href="mailto:cureprimarie@regione.veneto.it">cureprimarie@regione.veneto.it</a></p> <p>Segreteria regionale per la Sanità          Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia          Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491  <a href="mailto:segr.sanita@regione.veneto.it">segr.sanita@regione.veneto.it</a></p>

<b>Descrizione</b>	Il programma intende promuovere la realizzazione delle cure palliative, come parte integrante della organizzazione sanitaria, definendo i percorsi assistenziali dei malati, ed individuando ruoli e responsabilità nella rete dei servizi.
<b>Obiettivi</b>	<p>Generale: far crescere la capacità di gestire i malati che necessitano di cure palliative nella rete dei servizi, favorendo la presenza delle competenze necessarie ovunque ci siano malati che hanno bisogni di cure palliative: ospedale, ambulatori, hospice ed altre strutture intermedie, residenze.</p> <p>Specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ridurre l'accesso inappropriato all'ospedale, con conseguente riduzione dei decessi in ospedale ed un aumento dei decessi a domicilio, in hospice ed altre strutture intermedie e residenziali in rapporto ai bisogni clinico-assistenziali del malato.</li> <li>2. incrementare la cultura delle cure palliative e l'attenzione ai malati con dolore nella rete dei servizi, sensibilizzando e fornendo di strumenti operativi a tutti gli operatori che entrano in contatto con il malato.</li> </ol>

**Aspetti finanziari**

Importo assegnato a valere sulla quota vincola del FSN 2012: € 8.270.455,00

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/21

<b>Il progetto</b>	
<b>Contesto</b>	<p><b>PREMESSE</b></p> <p>La riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari della Regione del Veneto, nell'ambito della realizzazione della L.R. 29.06.2012, n. 23 "PSSR 2012-2016", richiede la definizione delle modalità che permettono una razionale circolazione dei malati nella rete dei servizi regionali.</p> <p>Questo può essere realizzato solo con la definizione dei Percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA), nelle varie patologie, in modo da definire, il ruolo e le varie modalità operative di tutti i soggetti coinvolti.</p> <p>Questo richiede la definizione di una metodologia comune in tutta la Regione, che deve poi tener conto delle risorse disponibili nelle varie Aziende, e della possibilità ed opportunità di collaborazione fra Aziende, in modo da mettere in comune ed ottimizzare le competenze disponibili.</p> <p>La programmazione vigente nella Regione Veneto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la filiera territoriale, in cui le cure palliative e la terapia del dolore rappresentano nodi essenziali;</li> <li>• l'istituzione in ogni ULSS di una UO per le Cure Palliative;</li> <li>• istituzione di Ambulatori di terapia del dolore di I° e II° livello;</li> <li>• l'attivazione in ciascuna ULSS di un Nucleo di cure palliative, che rappresenterà un'organizzazione funzionale composta da medici di famiglia, palliativisti, infermieri, psicologi, specialisti ospedalieri, assistenti sociali ed operatori che entrano in contatto con malati con bisogni di cure palliative;</li> <li>• una rete terapia del dolore con centri Hub e Spoke articolati in: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatorio del Medico di medicina generale (forme di Aggregazioni Funzionali Territoriali)</li> <li>- Ambulatori di Terapia del dolore (SPOKE)</li> <li>- Centri riferimento Terapia del dolore (HUB)</li> </ul> </li> </ul> <p>La programmazione della Regione Veneto, sottolinea la necessità di implementazione e diffusione di Percorsi assistenziali condivisi e di riconosciuta efficacia in particolare nelle situazioni cliniche in cui è prevista l'integrazione di più professionalità e più sedi di interventi.</p> <p>Questo richiede una ulteriore crescita del coinvolgimento del "territorio" nella gestione clinica dei pazienti, con conseguente "governo" dei passaggi fra Ospedale e Territorio.</p> <p>La circolazione dei malati con dolore nella Rete dei servizi, viene governata attraverso un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore, erogata nei diversi setting assistenziali, attraverso la condivisione ed utilizzo dei PDTA realizzati secondo le indicazioni del presente progetto per i malati con dolore, in accordo con le "raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore" di cui all'allegato A alla DGR n. 1090 del 06 maggio 2008 .</p> <p>La Legge n. 38 del 15 marzo 2010 impegna a promuovere iniziative per migliorare il trattamento dei malati con dolore sia in Ospedale che sul Territorio.</p> <p>Il presente Progetto prevede la promozione di iniziative nella "rete dei servizi" della Regione Veneto per la formulazione dei percorsi di diagnosi e cura per i malati con dolore, che si prefigge gli obiettivi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dare al malato con dolore l'opportunità di fruire di efficaci ed efficienti servizi di diagnosi, terapia, assistenza, continuando ad accrescere le competenze e la qualità dell'attività nel campo della terapia del dolore nel Veneto;</li> <li>- migliorare la <i>continuità assistenziale</i> del malato con dolore, che ha bisogno di riferimenti negli ospedali, e necessita di servizi sul territorio.</li> </ul>

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/21

- promuovere l'informazione e la partecipazione dei cittadini, anche per una vera umanizzazione dei percorsi di cura, e la prevenzione della conflittualità fra servizi sanitari ed utenti.

Alla base della progettualità suggerita dalla L 38/2010 ci sono i criteri di:

- centralità della persona
- equità
- garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- accesso in modo uniforme, appropriato e responsabile su tutto il territorio regionale;
- umanizzazione
- integrazione
  - fra ambiti del sociale e del sanitario,
  - fra ospedale e territorio;
- responsabilizzazione
- sostenibilità: economica, sociale e professionale.

La Legge n. 38/2010 prevede la realizzazione di due reti:

- una per le cure palliative
- una per la terapia del dolore

La Legge prefigura un modello organizzativo integrato, nel quale il livello assistenziale viene articolato in tre nodi complementari: i Centri di riferimento di terapia del dolore (*Hub*), l'ambulatorio di terapia antalgica (*Spoke*) e il presidio ambulatoriale territoriale con competenze di terapia antalgica, gestito da medici di medicina generale operanti preferibilmente nelle forme associative previste nell'ambito della programmazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Questo modello organizzativo si propone di superare l'isolamento del singolo Medico di Medicina Generale, organizzando il Percorso dei malati nell'ambito dell'assistenza primaria con l'obiettivo di rendere sempre più efficace la Medicina Generale che è parte essenziale nelle Reti di terapia del dolore e di cure palliative.

La legge n. 38 del 15 marzo 2010 contiene le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore con la finalità di tutelare il diritto del cittadino nel rispetto dei principi fondamentali:

- tutela della dignità e dell'autonomia del malato senza alcuna discriminazione;
- tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Per la legge n.38 la terapia del dolore comprende "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici, volti ad individuare ed applicare alle forme morbose croniche, idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostici-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore".

In base all'Accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010 vengono inoltre definite "le linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali per l'organizzazione delle cure palliative e la terapia del dolore", definendo le funzioni regionali:

- definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico ed assistenza nell'ambito della rete;
- controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza da

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/21

- prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore coerentemente con quanto espresso dall'articolo 8 comma 2 legge n.38 /2010;
  - sensibilizzazione di tutti gli operatori all'uso della terapia con oppiacei attraverso specifiche campagne informative circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia cronica dolorosa;
  - monitoraggio del sistema informativo regionale sulla terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 9 comma 1;
  - monitoraggio sullo stato di attuazione della rete.

**ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE**

Una recente indagine, promossa in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale, che ha visto la partecipazione attiva di tutti i referenti di cure palliative delle Aziende della Regione Veneto che hanno risposto ad un questionario, ci permette di avere una visione dei risultati ottenuti dall'attuale organizzazione delle cure palliative. Riassumiamo brevemente le informazioni, con l'aiuto di alcune tabelle.

Dalla Tabella 1) si evidenzia un aumento rilevante del numero assoluto di pazienti oncologici assistiti, mentre c'è un calo, segno anche di problematica meno seguita, dei malati con altre patologie.

**1) MALATI ASSISTITI IN CP**

	ONCOL.	NEUROL.	CARDIAC.	RESPIRA T.	ALTRI	TOTALI
Assist. al 1/1/2011	1192	124	26	40	90	1472
Nuovi assist. 2011	5782	89	49	33	188	6141
TOT:	7126	213	75	73	278	7765

	ONCOL.	NEUROL.	CARDIO RESPIR.	ALTRI	TOTALE
2007	5720	807	502	787	7816
2008	5749	659	521	1103	8229
2009	5841	540	551	1256	8188
2011	7126	213	148	278	7765

La Tabella 2) mostra come c'è anche un aumento rilevante della quota di pazienti oncologici assistiti deceduti.

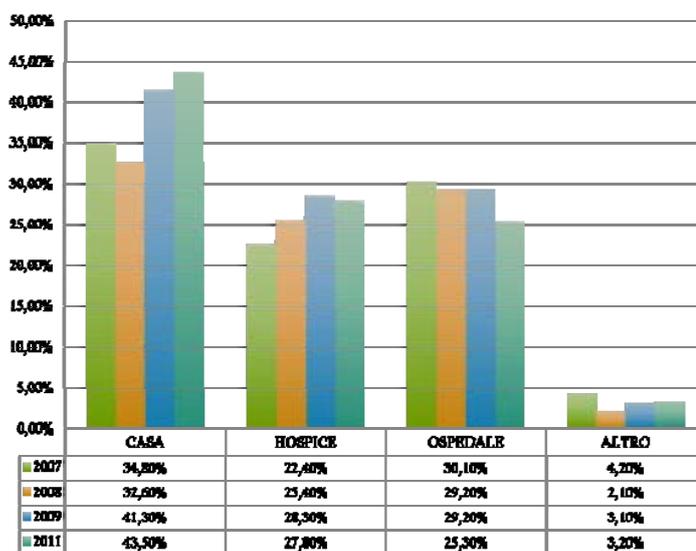
**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/21

**2) Malati oncologici : ASSISTITI E ASSISTITI DECEDUTI**

Anno	Malati oncologici assistiti	Malati oncologici deceduti
2007	5720	3465
2008	5749	4433
2009	5841	4402
2011	7126	5832
D 2011 vs 2009	22,0%	32,5%

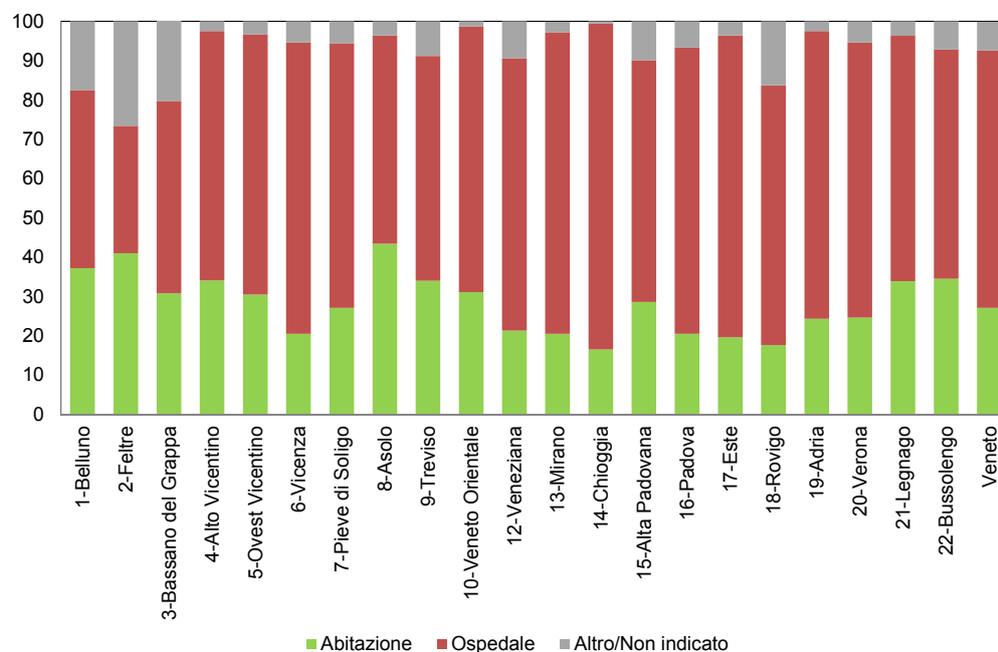
La Tabella 3) evidenzia una tendenza alla riduzione della quota di pazienti che muoiono in ospedale, con aumento dei malati che muoiono in casa ed in RSA.

**3) LUOGO DI MORTE DEI MALATI DI CANCRO ASSISTITI**

Un'analisi del Servizio Epidemiologico Regionale, (Tabella 4), nel periodo luglio 2009-giugno 2010, mostra ampie variazioni nel luogo di decesso, compatibile in parte con differenti contesti sociali, ma probabilmente correlati anche con modalità organizzative differenti.

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

**4) – Percentuale di decessi per neoplasia avvenuti in Abitazione/RSA/altro, per Azienda Ulss di residenza. Residenti in Veneto. Periodo Luglio 2009-Giugno 2010.**



La quota di malati assistiti, e la copertura assistenziale, evidenzia ampie variazioni, con buona copertura nelle ULSS 2, 4, 7, 8, 9, 10 (Tabelle 5 e 6).

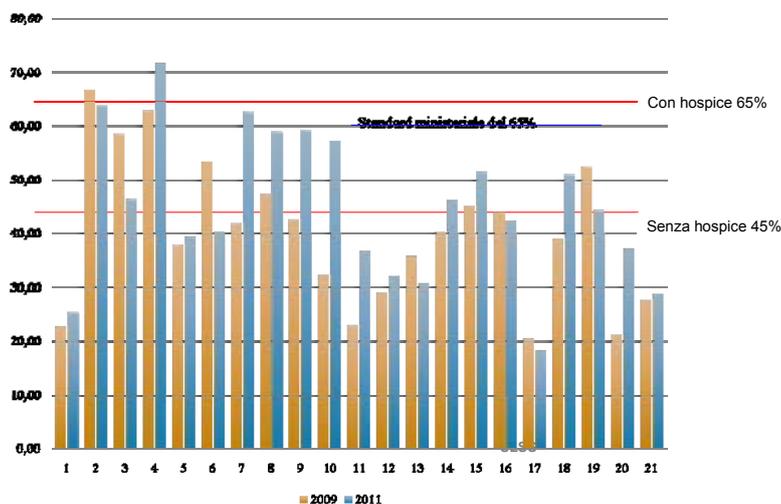
## ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 7/21

## 5)% DECEDUTI PER CANCRO ASSISTITI, PER ULSS (2011)

	Stima deceduti per cancro	Assistibili in CP (65%)	Assistiti	Copertura %
1	407	264	103	25,31
2	285	185	181	63,51
3	472	306	218	46,19
4	445	289	319	71,69
5	420	273	165	39,29
6	789	512	317	40,18
7	567	368	354	62,43
8	571	371	336	58,84
9	1049	681	619	59,01
10	615	399	351	57,07
12	1135	737	415	36,56
13	655	425	209	31,91
14	271	176	83	30,63
15	600	390	276	46,00
16	1359	883	698	51,36
17	524	340	221	42,18
18	592	384	108	18,24
19	236	153	120	50,85
20	1329	863	586	44,09
21	411	267	152	36,98
22	666	432	192	28,83
TOT.	13398	8.709	6023	44,95

## 6) COPERTURA ASSISTENZIALE, PER ULSS (2009 e 2011)



Dall'indagine è risultato un incremento degli operatori impegnati nelle cure palliative, nel 2011 rispetto al 2009 (Tabella 7), ed un incremento del numero degli Hospice con associato aumento dei malati ricoverati e diminuzione del tempo medio di ricovero, indice di un'evoluzione verso l'appropriatezza (Tabella 8).

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 8/21

**7) PROFESSIONISTI DELLE CP**

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2011	Variazione 2011/2009 %
Medico palliativista	15	25	35	50	30%
Infermiere	76	101	85	139	39%
Psicologo	0	9	8	14	43%
O.S.S.	16	25	10	17	45%

**8) Hospice**

ULSS	N.mala ti ricover ati	N.gg ricover o	T. medio	Indice. occup.	Distribuzione tempi di ricovero			N. Ulss con hospic e*
					1-7	8-30	>31	
2011	2207	49639	22,1	88,7%	33,3%	46,4%	20,1%	15
2009	1650	41007	24,8	84,5%	31,8%	44,5%	23,7%	13

Questi dati, dimostrano senz'altro una confortante evoluzione nella erogazione delle cure palliative, ma anche la presenza di ampie aree di miglioramento.

Per migliorare i risultati, è importante che in tutte le ULSS si realizzi un ambulatorio di cure palliative, che rappresenti un punto di riferimento per i malati che hanno esaurito le possibilità di cure attive, e che spesso sono disorientati.

L'ambulatorio delle cure palliative, è una tappa importante per favorire la presa in carico dei malati ed avviare il percorso successivo privilegiando le cure domiciliari.

Diventa quindi essenziale la definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, per i malati candidati in cure palliative, secondo modalità comuni e ripetibili nell'ambito della Regione Veneto, ed attenzione alle diverse realtà aziendali.

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 9/21

	<p style="text-align: center;"><b>PROGRAMMA PER LO SVILUPPO DEI PDTA IN REGIONE</b>  <b>I Percorsi Diagnostici Terapeutici assistenziali (PDTA) : definizione e ricadute organizzative</b></p> <p>L'esame delle problematiche connesse alla gestione dei malati nella rete dei servizi, evidenzia l'esigenza di superare la frammentazione e le difficoltà di relazione fra i vari nodi della rete, con l'obiettivo di fornire al cittadino maggiori garanzie di efficacia e di continuità dell'assistenza sanitaria.</p> <p>Questo aspetto è particolarmente importante per le aree di attività che richiedono una molteplicità di interventi e coinvolgono diverse strutture e professionalità.</p> <p>Di crescente rilevanza è la necessità di integrazione fra più professionalità, ed ambiti di cura durante il percorso del malato, ed in particolare fra medico di medicina generale, operatori del Distretto, Unità Operative Ospedaliere.</p> <p>L'integrazione fra professionalità e la continuità di cura ed assistenza, possono essere garantite dalla realizzazione di un piano multidisciplinare ed interprofessionale relativo a una <i>specifica</i> categoria di pazienti in uno <i>specifico</i> contesto locale, valutandone l'efficacia attraverso indicatori misurabili di processo e di esito.</p> <p>Negli ultimi anni, si è consolidata la convinzione che integrazione fra professionalità e continuità di cura ed assistenza possono essere perseguite con la definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (<i>PDTA</i>) al fine di individuare la migliore sequenza di interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali per i pazienti.</p> <p>La complessità e la difficoltà dei processi, richiedono una metodologia appropriata e condivisa per la realizzazione dei PDTA su tutto il territorio Regionale.</p> <p>Obiettivi dei PDTA sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane e materiali;</li> <li>✓ pianificare l'assistenza basata sulla pratica migliore, eliminando pratiche inutili o non supportate;</li> <li>✓ standardizzare gli interventi inseriti in un piano diagnostico o terapeutico;</li> <li>✓ valutare le cure erogate attraverso indicatori predefiniti;</li> <li>✓ ridurre al minimo i rischi per il paziente.</li> </ul> <p>Questo richiede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ approccio interprofessionale, multidisciplinare e talvolta anche multaziendale;</li> <li>✓ massima aderenza delle raccomandazioni professionali alle evidenze scientifiche;</li> <li>✓ adattamento e la condivisione locale del piano;</li> <li>✓ suddivisione in episodi di durata definita;</li> <li>✓ individuazione della sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (<i>chi deve fare, che cosa, quando</i>) nei diversi episodi;</li> <li>✓ monitoraggio con indicatori di processo e di esito;</li> <li>✓ coinvolgimento degli utenti</li> </ul> <p>I PDTA definiscono l'intero processo diagnostico terapeutico assistenziale, ed in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le responsabilità della gestione dei malati nelle varie fasi del percorso ;</li> <li>2. le modalità con cui i malati vengono trasferiti dalle competenze del medico di medicina generale, alle Unità Operative Ospedaliere ed a quelle degli operatori del Distretto;</li> </ol>
--	---

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 10/21

definendo:

1. le caratteristiche dei malati;
2. i vari livelli di complessità ;
3. la successione delle azioni che compongono il *PDTA* ;
4. le competenze necessarie ;
5. dei requisiti minimi nelle varie tappe del percorso;
6. i ruoli e dei compiti degli operatori;
7. le modalità di monitoraggio dei risultati ed individuazione di eventi sentinella nel corso della gestione dei *PDTA*, al fine di attivare processi di miglioramento;
8. i percorsi di audit finalizzati a coadiuvare i processi di miglioramento.

Il raggiungimento di questi obiettivi, richiede il riconoscimento:

1. delle caratteristiche del percorso del malato e dell'organizzazione necessaria;
2. dei ruoli dei vari soggetti nella "rete", definiti in base alle competenze, complessità organizzativa e volumi di attività;
3. dei *PDTA* (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) come strumenti di qualità ed efficienza della politica sanitaria oncologica;
4. dell'esigenza di un rapporto trasparente con gli utenti e le loro organizzazioni di tutela.

Il processo che porta alla definizione dei *PDTA* in Regione e nelle singole aziende, permette di rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino e di privilegiare l'intero processo diagnostico terapeutico assistenziale piuttosto che i singoli episodi di cura.

L'applicazione, con una metodologia condivisa ed omogenea a livello Regionale, dei *PDTA*, seppur gradualmente, consentirà di attivare un processo con l'obiettivo di superare la frammentazione ulteriore degli interventi.

Nelle singole ULSS, l'attuazione dei *PDTA* sono un'occasione per:

- ridefinire l'organizzazione dei servizi;
- sviluppare *PDTA* sia territoriali sia ospedalieri;
- confrontare sia della singola ULSS che fra varie ULSS i servizi erogati nelle varie tipologie di malati;
- permettere valutazioni sull'appropriatezza organizzativa;
- promuovere la continuità assistenziale;
- favorire l'integrazione fra gli operatori;
- attenzione ad un uso razionale delle risorse.

*Un programma regionale per la progettazione e attuazione nelle ULSS di *PDTA* condivisi per i malati candidati a cure palliative, rappresenta una occasione per contribuire ad affrontare tutte quelle problematiche che portano ad una certa frammentazione territoriale e potenziare tutte le forme di aggregazione e di integrazione.*

Oltre a un contenuto di cura e assistenza assume anche un significato di contenimento dei costi attraverso una riduzione di pratiche inutili o ripetute e con l'uso efficiente delle risorse.

**Obiettivi del progetto**

La programmazione in corso della Regione Veneto prevede la realizzazione di una Rete Cure Palliative strettamente connessa con la Rete di terapia del dolore.

Per la gestione dei malati candidati a Cure Palliative, l'organizzazione dei servizi deve garantire specifiche competenze in cure palliative da parte di medici, infermieri, psicologi

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 11/21

in tutti gli ambiti assistenziali, ed in particolare:

- ospedale per acuti;
- ambulatorio nucleo cure palliative;
- domicilio del malato;
- posti letto per cure palliative in hospice, e se non presenti in Ospedale di Comunità o altra struttura intermedia;
- RSA;
- case di riposo.

L'adeguamento della Rete dei servizi richiede che ciascuna Azienda si riferisca a standard organizzativi per il raggiungimento di:

- a) uniformità di comportamento tra le aziende, tramite l'adeguamento a standard minimi;
- b) riduzione della sofferenza per i malati, secondo la cultura delle cure palliative, tramite equità ed applicazione di procedure/protocolli.

Di seguito i punti essenziali per le aziende:

- attivazione e funzionamento di una Unità Operativa Cure Palliative, nell'ambito dell'organizzazione del Distretto, con funzioni di coordinamento della Rete dei Servizi per i malati in cure palliative;
- realizzazione di un'organizzazione funzionale denominata Nucleo di Cure Palliative (NCP), multiprofessionale e trans murale - Ospedale/Territorio- che comprenda anche le Medicina Generale;
- realizzazione del percorso specifico, all'interno della Centrale Operativa del Distretto, con personale e call center specificatamente formato alla gestione dei percorsi dei malati in cure palliative, a disposizione di operatori dell'Ospedale e del Distretto, Medici di Medicina Generale ed utenti;
- ambulatorio di cure palliative con funzione di day hospice e di tramite al passaggio a cure domiciliari;
- posti letto hospice dedicati ai malati in cure palliative presso l'Ospedale di Comunità, ove non attivato un hospice;
- posti letto di pronta accoglienza presso RSA e Case di Riposo.

Nella organizzazione di Rete , vengono individuati centri Hub e Spoke.

Questo, è parte essenziale della Rete di Terapia del dolore è rappresentata dall'Ambulatorio del Medico di medicina generale che sempre più opererà nell'ambito di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Il Medico di Medicina Generale, è collegato con:

- Ambulatori di Terapia del dolore (SPOKE)
- Centri riferimento Terapia del dolore ( HUB)

Il presente progetto si propone di avviare la realizzazione, l'applicazione e monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) dei pazienti in cure palliative e con sindromi dolorose, nei vari ambiti assistenziali della Regione Veneto, per perseguire l'obiettivo di "Ospedale-Territorio senza dolore", nell'ambito della programmazione regionale che prevede:

- l'ospedale come sede per la gestione della fase acuta delle malattie;
- le strutture territoriali deputate ad essere il riferimento degli utenti con patologie croniche e/o bisogni diagnostici/terapeutici/assistenziale che non richiedono le risorse organizzative/professionali degli ospedali, ma esigono una *maggior attenzione alla continuità assistenziale.*

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 12/21

<p><i>Obiettivo del progetto è il coinvolgimento di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico di Medicina Generale;</li> <li>• Unità Operative dell'Ospedale;</li> <li>• Il Distretto;</li> <li>• Hospice;</li> <li>• Ospedale di Comunità;</li> <li>• RSA;</li> <li>• Case di Riposo.</li> </ul> <p>La realizzazione dei <i>PDTA</i> permetterà la definizione dei ruoli dei vari soggetti nella Rete dei servizi che intercettano il malato, e le attività di ciascuno nell'ambito del percorso assistenziale del malato.</p> <p>L'attivazione dei "percorsi assistenziali", richiede la promozione di un'<i>organizzazione</i> capace di integrare i vari livelli di competenza e responsabilità per perseguire gli obiettivi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definire i "Percorsi assistenziali" dei malati, attraverso una metodologia predefinita, condivisa a livello regionale e diffusa in ciascuna ULSS;</li> <li>- farli conoscere nella pratica clinica quotidiana ed applicarli;</li> <li>- valutare i risultati del processo assistenziale che ne deriva;</li> <li>- rilevare le criticità nel corso dell'applicazione;</li> <li>- avviare processi di miglioramento;</li> <li>- informazione degli utenti e loro coinvolgimento nei processi di miglioramento,.</li> </ul> <p><b>Le fasi della realizzazione del progetto</b></p> <p>Il processo della realizzazione dei <i>PDTA</i> , prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• costituzione di un gruppo di lavoro regionale e di un coordinatore con competenze scientifica ed organizzativa;</li> <li>• costituzione di un gruppo di lavoro in ciascuna ULSS della Regione.</li> </ul> <p>I gruppi di lavoro sono costituiti da tutte le figure professionali che partecipano, in un'ottica interdisciplinare, alla realizzazione del percorso assistenziale, ognuna con le proprie competenze, per il raggiungimento di un unico fine.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale e relativo coordinatore, viene nominato dalla Segreteria Regionale Sanità nell'ambito dell'attività dell'UC Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, individuando un medico referente in ciascuna ULSS ed esperti nell'ambito della Regione Veneto.</p> <p>I componenti del gruppo di lavoro in ciascuna ULSS, vengono nominati dal Direttore Generale entro 3 mesi dall'attivazione del Gruppo di lavoro regionale.</p> <p>Il medico referente di ciascuna ULSS della Regione, assume il ruolo di coordinatore del Gruppo di Lavoro dell'ULSS di appartenenza</p> <p>In ciascuna ULSS il gruppo di lavoro comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esperti di cure palliative</li> <li>• esperti di terapia del dolore;</li> <li>• Medico di Medicina Generale;</li> <li>• referente Unità Operative dell'Ospedale;</li> <li>• referente del Distretto;</li> </ul>
--

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 13/21

- referente dell'Hospice;
- referente Ospedale di Comunità;
- referente RSA;
- referente Case di Riposo

Il lavoro dei gruppi si articolerà nelle seguenti fasi:

1. analisi e stesura del percorso.
2. definizione aspetti operativi.
3. trasmissione nelle ULSS dei risultati acquisiti
4. monitoraggio risultati da parte del gruppo di lavoro regionale

**1. Analisi e stesura del percorso**

Il gruppo di lavoro regionale procede a:

- ✓ un'analisi della situazione esistente, al fine di raccogliere informazioni su come, sono gestite le situazioni clinico organizzative dei malati con dolore;
- ✓ valutazione della letteratura e delle linee guida;
- ✓ definizione dei gruppi di malati oggetto del PDTA;
- ✓ definizione della mappa degli episodi;
- ✓ specificazione dei criteri di inclusione esclusione;
- ✓ analisi del processo diagnostico terapeutico in corso in corso (*Percorso reale*);
- ✓ individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi;
- ✓ stesura del percorso assistenziale modificato (*Percorso ideale*);
- ✓ Definizione degli indicatori.

**2. Definizione aspetti operativi**

Successivamente, il gruppo di lavoro definirà :

- i criteri per guidare i malati in rapporto alle loro caratteristiche;
- le competenze necessarie
- i requisiti minimi nelle varie tappe del percorso
- le migliori pratiche per il *PDTA*, valutando i punti critici del percorso e la possibilità di Standardizzazione dei comportamenti professionali secondo una logica clinico-organizzativa;
- gli indicatori che permettano di valutare il processo in rapporto a standard definiti;
- gli aspetti concreti della gestione.
- Le modalità del monitoraggio dei risultati
- Le modalità di attivazione dei percorsi di audit
- i questionari EuroQuol da utilizzare per il monitoraggio dei malati
- i questionari da proporre alle organizzazioni dei cittadini

**3. Trasmissione nelle ULSS dei risultati acquisiti**

Le indicazioni del gruppo di lavoro regionale, verranno quindi trasmesse per il tramite del

referente di ULSS al gruppo di lavoro di ciascuna ULSS che definirà:

- la presa in carico del malato;
- le modalità di Integrazione fra professionisti, operatori, servizi;
- la gestione degli "snodi" delle varie tappe del *PDTA*
- la successione delle azioni che compongono il *PDTA* in esame
- dei ruoli e dei compiti degli operatori
- del monitoraggio dei risultati
- dei percorsi di audit

**4. Monitoraggio risultati da parte del gruppo di lavoro regionale**

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 14/21

	<p>Il gruppo di lavoro regionale, ogni 2 mesi, si riunisce per l'analisi dell'avanzamento dei lavori nelle ULSS esaminando gli indicatori di risultato, ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulss che partecipano al programma sul totale delle ULSS;</li> <li>▪ PDTA realizzati / PDTA programmi;</li> <li>▪ PDTA attivati/ PDTA realizzati;</li> <li>▪ Numero Audit / PDTA attivati;</li> <li>▪ Numero Questionari EuroQuol / pazienti trattati;</li> <li>▪ Processi di miglioramento attivati / segnalazioni di criticità pervenute;</li> <li>▪ Numero Medici di Medicina Generale che partecipano sul totale dei medici di medicina generale dell'ULSS.</li> </ul> <p><b>Glossario e strumenti relativi alla definizione del <i>PDTA</i></b></p> <p><u>La Mappa degli episodi:</u> E' la rappresentazione complessiva della rete dei servizi sanitari con cui l'utente può interfacciarsi nel suo percorso di malattia, in base ai risultati intermedi di salute prodotti.</p> <p>L'episodio è un segmento clinico organizzativo omogeneo per sede e tipo di prestazione, momento di maggior significatività del percorso fissato in corrispondenza al raggiungimento di uno specifico risultato intermedio.</p> <p><u>Percorso reale:</u> è il "percorso" attuale, che necessita di essere scritto e confrontato con l'evidenza scientifica per far emergere le criticità.</p> <p>Se il percorso non esiste nella pratica clinico assistenziale si parte dalla stesura di un percorso ideale, cioè di come dovrebbe essere in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità.</p> <p><u>Raccolta dei dati e delle informazioni</u></p> <p>Per ogni fase del percorso, la raccolta di informazioni deve chiarire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ chi svolge un ruolo (attivo o passivo);</li> <li>✓ come deve essere eseguita l'attività;</li> <li>✓ quali strumenti devono essere utilizzati;</li> <li>✓ se e dove è possibile ritrovare traccia dell'esecuzione dell'attività.</li> </ul> <p><u>Percorso ideale o di riferimento:</u> esplicita le azioni clinico terapeutiche assistenziali svolte, considera le attività di tutti gli operatori, nell'ottica di analizzare, valutare gli aspetti organizzativi e d'integrazione. Deve essere ritagliato specificatamente sul personale interessato, sulla tecnologia effettivamente presente, sulle condizioni operative complessive nell'ambito del quale viene gestito il paziente.</p> <p><u>Matrice delle responsabilità:</u></p> <p><u>Strumenti</u> Definizione di attività, responsabilità, tempi, luoghi, documenti di riferimento, documenti di registrazione; permette di valutare l'appropriatezza delle attività, individuare i tempi necessari per l'esecuzione.</p> <p>Episodio: per ogni episodio sono esplicitate le attività</p>
--	--

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 15/21

Attività/azione	Medico	Infermiere	OTA/OSS	Altro	Necessità di competenze

Snodi decisionali:

Medico	Infermiere	OTA/OSS	Altro

Attività: vengono individuate per ogni attività le risorse umane e tecniche, i tempi di esecuzione, gli intervalli temporali

Medico	Infermiere	OTA/OSS	Altro	Medico	Infermiere	OTA/OSS	Altro	Medico

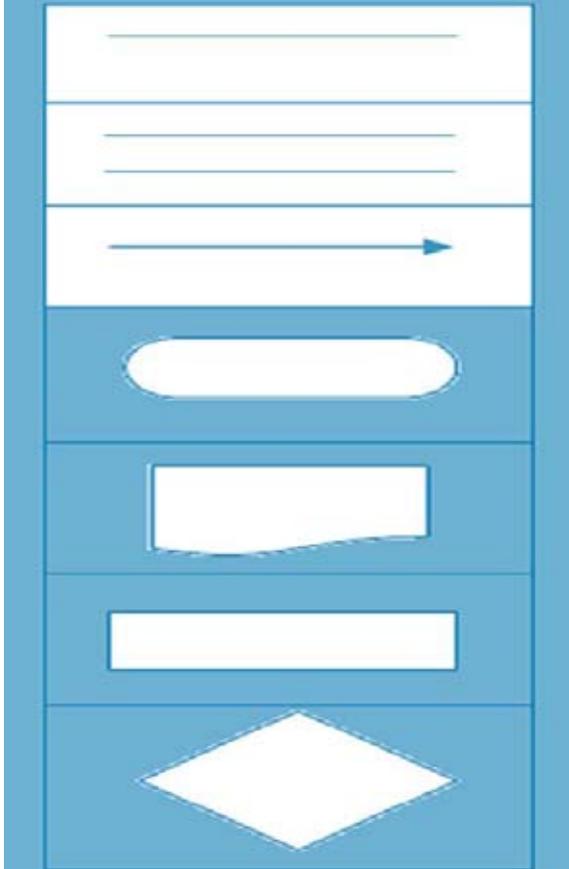
- ✓ applicazione sperimentale del percorso modificato;
- ✓ valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
- ✓ diffusione del percorso;
- ✓ revisione sistematica dell'applicazione del percorso.

**Rappresentazione grafica del percorso**

La rappresentazione del processo assistenziale, viene descritta in un testo e rappresentata in un diagramma di flusso, che convenzionalmente prevede l'uso della grafica seguente.

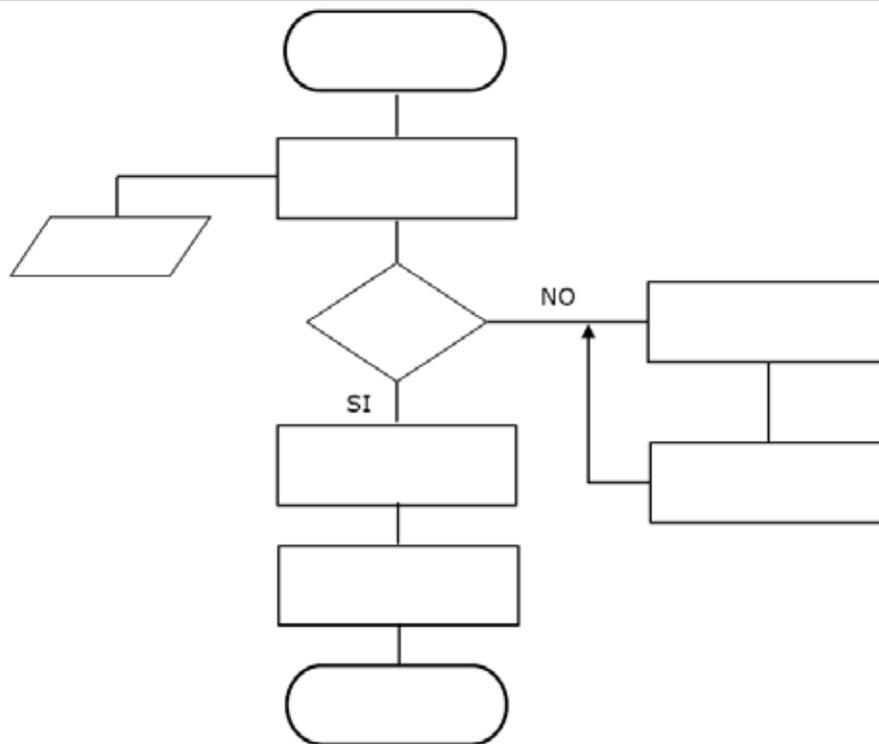
**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 16/21

		<p>La linea rappresenta la direzione del processo</p> <p>La doppia linea indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo</p> <p>La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro</p> <p>L'ellisse può rappresentare: l'input, l'output</p> <p>La pergamena rappresenta un documento allegato.</p> <p>Il rettangolo indica l'attività o l'insieme di attività se doppio rappresenta l'attività ed il suo attore</p> <p>Il rombo si utilizza quando c'è una decisione da assumere o una scelta da fare.</p>
<p>La rappresentazione a matrice, corrispondente al diagramma di flusso funzionale, permette di descrivere in modo concise le attività, e definire le risorse coinvolte e le responsabilità.</p> <p>La rappresentazione funzionale nel suo complesso consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• concretizzare il principio di continuità delle cure;</li> <li>• centrare l'attenzione sul processo anziché sul singolo episodio;</li> <li>• definire le sedi di attività ed i rapporti fra i vari soggetti coinvolti nella gestione del percorso.</li> </ul>		

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 17/21

**Indicatori e sistema gestionale e informativo**

Il gruppo di lavoro regionale, definirà nella prima fase gli indicatori per la valutazione ed il monitoraggio dei risultati. In particolare

- indicatori di struttura : operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto, ect;
- indicatori di processo, (funzionamento del PDTA);
- indicatori di appropriatezza, (appropriatezza clinica diagnostica o terapeutica);
- indicatori di output (giornate di degenza, prestazioni erogate)
- indicatori di esito/out come

La valutazione che verrà effettuata ogni tre mesi dal gruppo di lavoro regionale, valuterà anche:

- numero di Ulss che partecipano al progetto sul totale delle ULSS
- numero Medici di Medicina Generale che partecipano sul totale dei medici di medicina generale
- PDTA realizzati / PDTA programmi;
- PDTA attivati/ PDTA realizzati;
- numero Audit / PDTA attivati
- numero Questionari EuroQuol / pazienti trattati
- numero Questionari da organizzazioni di tutela degli utenti
- processi di miglioramento attivati / segnalazioni di criticità pervenute
- andamento nel consumo di oppiacei

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 18/21

Nella Regione Veneto è in corso un'ulteriore evoluzione del sistema informativo il cui principale obiettivo è la sviluppo e l'effettività fruibilità in ogni azienda di un *sistema gestionale informatizzato*, denominato Registro clinico assistenziale dei pazienti in Cure Palliative, che consenta la gestione condivisa di un paziente complesso su cui opera una rete di diversi professionisti in setting diversificati.

Il percorso quotidiano del paziente (accessi ambulatoriali/domiciliari, ammissioni/dimissioni ospedaliere, accessi al PS, ...) può essere reso visibile a tutti i componenti delle reti di Cure Palliative e di Terapia del dolore (MMG, MCA, infermiere/OSS, palliativista ed inoltre Pronto Soccorso, e Unità Operative di degenza: oncologia, medicina, geriatria, chirurgia generale ecc.).

In occasione di ogni evento (es. accesso ambulatoriale o domiciliare, accesso in hospice/ospedale di comunità, ammissione/dimissione dall'ospedale, accesso in Pronto Soccorso ecc.) può infatti opportunamente essere generato un alert informatico a tutti i componenti della rete.

*La presa in carico in Cure Palliative è l'evento fondamentale della storia clinico-assistenziale del paziente, che viene registrata nel sistema gestionale e condivisa con un alert a tutti i componenti del NCP. Questo momento segna l'inizio della storia assistenziale in Cure Palliative per quel paziente, che si snoda attraverso i diversi setting e i diversi episodi di cura.*

La definizione degli *strumenti di valutazione iniziale e monitoraggio della presa in carico* (es. Indice di Karnofski, STAS ridotta, scheda di valutazione multidimensionale semplificata ex DGR 23/2006 ecc.) viene definita entro 6 mesi dal Coordinamento Regionale per le Cure Palliative, in coerenza con le indicazioni del DM 17/12/2008 sulle Cure Domiciliari.

La rilevazione degli indicatori di attività delle Cure Palliative si basa attualmente principalmente su una *scheda cartacea*, in cui vengono registrati i dati aggregati relativi all'anno precedente. Per l'anno 2012 viene riproposta la scheda, integrandola rispetto all'attività di presa in carico ambulatoriale al termine del percorso di cura attiva o per i pazienti neoplastici giudicati non trattabili con cure attive già al momento della diagnosi, per i quali vanno definiti specifici indicatori di struttura, processo ed esito in analogia a quanto già proposto dalla DGR 1608/2008

In un'ottica di maggiore accountability e di promozione del confronto tra pari verrà sperimentato già nel 2011 da parte del Servizio Epidemiologico Regionale l'utilizzo di indicatori calcolati ex-post tramite l'accesso ai dati individuali anonimizzati già registrati nel datawarehouse regionale (ad es. ospedalizzazioni a fine vita, accessi domiciliari a fine vita, luogo del decesso nei pazienti deceduti per cancro nel primo semestre 2010). Indicatori analoghi sono già stati adottati anche all'interno del Sistema Informativo delle Cure Domiciliari di cui al DM 17/12/2011 (SIAD-ADI).

Entro 6 mesi il Coordinamento Regionale per le Cure Palliative in collaborazione con le competenti Direzioni Regionali e con il Servizio Epidemiologico Regionale ed in coerenza con le indicazioni nazionali definisce il tracciato record e le regole di compilazione e del Flusso Informativo sulle Cure Palliative, basato sull'invio periodico in Regione di dati individuali sulla presa in carico e gli eventi assistenziali effettuati dal Nucleo di Cure palliative. Si segnala a questo riguardo che almeno il 90% degli accessi domiciliari effettuati verso pazienti in carico al NCP è già registrato nel sistema informativo delle Cure Domiciliari SID-ADI (DGR 1722/2004).

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 19/21

**Il coinvolgimento dei cittadini nel progetto**

Le cure Palliative ed i malati con dolore, rappresentano un problema molto significativo per i malati, purtroppo ancora sottovalutato e spesso causa di lamentele da parte degli utenti anche attraverso le associazioni di tutela dei diritti dei malati.

Questo contribuisce all'affermazione della medicina difensiva, e mette in evidenza la sempre maggiore importanza dei rapporti fra sanitari e cittadini/utenti.

Le lamentele più significative degli utenti riguardano le modalità di accompagnamento, informazione, relazione con i sanitari e frequentemente correlate all'assetto organizzativo nella rete dei servizi.

La Regione Veneto, sta avviando processi di miglioramento finalizzati a realizzare una organizzazione capace di farsi carico del processo di diagnosi/terapia/assistenza nel suo complesso.

Il presente Progetto è coerente con questi propositi, poiché si propone:

- di definire ruoli, competenze, limiti, dei vari soggetti coinvolti nella Rete dei servizi;
- di utilizzare i PDTA come strumenti di qualità ed efficienza nella politica sanitaria regionale.

Questo può avere anche l'obiettivo di ridurre una parte importante delle ragioni causa di potenziale conflittualità con gli utenti promuovendo la partecipazione degli utenti e delle loro associazioni di tutela sulla base di un impegno alla gestione dei "percorsi" che preveda:

- a) "la guida" del malato nella rete dei servizi,
- b) programmi di informazione degli utenti per permettere di usare la rete dei servizi secondo modalità condivise,
- c) la partecipazione delle associazioni di tutela al monitoraggio dei servizi ed alla promozione dei processi di miglioramento.

Il presente progetto, prevede :

- un incontro di informazione rivolto alle associazioni di tutela degli utenti ed a quelle operative nell'ambito delle cure palliative e dei servizi ai malati oncologici;
- la presentazione di un modulo di segnalazione dei problemi rilevati nella gestione dei malati, da usare da parte delle stesse associazioni;
- l'individuazione di un referente in ciascuna ULSS (nell'ambito dell'ufficio relazioni con il pubblico) per la raccolta delle segnalazioni;
- l'analisi delle segnalazioni da parte del gruppo di lavoro costituito in ogni ULSS per la gestione del presente progetto, e l'avvio dei processi di miglioramento relativi.

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 20/21

	<p><b>La valutazione della qualità di vita dei malati</b></p> <p>Il progetto prevede misurare la qualità della vita dei malati impiegando l'EuroQol o EQ-5D.</p> <p>Si tratta di uno strumento standardizzato che consente la valutazione degli intervistati attraverso un questionario semplice e breve.</p> <p>L'EuroQoL è stato utilizzato in vari ambiti clinici in cui è utile la valutazione della qualità di vita dei malati, fin dalla sua introduzione nel 1990 ad opera di un gruppo di ricercatori Nord-Europei dell'European Quality of Life.</p> <p>Si tratta di uno strumento standardizzato con il quale è possibile valutare l'assistenza sanitaria attraverso la misurazione dello stato di salute degli intervistati e la loro qualità della vita.</p> <p>L'EuroQol si basa su un questionario diviso in due sezioni distinte: la prima ha cinque items che riguardano lo stato di salute corrente dell'intervistato ciascuno dei quali prevede la possibilità di scegliere un livello di gravità:</p> <p><b>1.Mobilità</b>  Non ho problemi a camminare  Ho qualche problema a camminare  Sono confinato a letto</p> <p><b>2. Cura di sé</b>  Non ho problemi ad accudire a me stesso  Ho qualche problema a vestirmi e lavarmi  Sono incapace a vestirmi e lavarmi da solo</p> <p><b>3.Attività usuali</b>  Non ho problemi a compiere le mie abituali attività  Ho qualche problema a compiere le mie abituali attività  Non sono in grado di compiere le mie abituali attività</p> <p><b>4.Dolore/disagio</b>  Non ho dolore o disagio  Sento un modesto dolore o disagio  Ho un estremo dolore o disagio</p> <p><b>5.Ansia/depressione</b>  Non sono ansioso o depresso  Sono moderatamente ansioso o depresso  Sono altamente ansioso o depresso.</p> <p>Dai tre possibili livelli di risposta, per ognuno, deriva un numero di cinque cifre che descrive lo stato di salute dell'intervistato (ES: un EuroQol di 11123 descrive un individuo non ha nessun problema deambulatorio, nella cura di sé e nelle attività abituali; l'intervistato soffre di un leggero dolore o disagio ma si trova in uno stato di profonda depressione. Un EuroQol di 11111 descrive un individuo che non presenta alcun problema, ect).</p> <p>La seconda sezione include una scala visuoanalogica ed un algoritmo che consentono la rappresentazione grafica come su un termometro graduato da 0 (stato di salute peggiore possibile) a 100 (stato di salute migliore possibile) e sulla quale l'intervistato indica il livello del proprio stato di salute.</p> <p>Questi strumenti consentono la valutazione dell'andamento del malato nel corso del suo percorso.</p>
--	---

**ALLEGATOF alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 21/21

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Campbell H.: Integrated care pathways.  
BMJ, 1998; 316: 133-7
- 2) Casati G. La gestione dei processi in Sanità.  
QA Vol. 13. N. 1, 2002
- 3) Herring L.: Critical pathways: an efficient way to manage care.  
Nurse Stand, 1999; 13(47): 36-7
- 4) Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale.  
Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- 5) Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia.  
Politiche sanitarie. 1:4, 2000. 182-195
- 6) Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work?  
AJM, 2001; 110:224-5
- 7) Wilson J.: Integrated care management.  
Br J Nurs, 1998; 7(4): 201-2
- 8) R. Rabin. "EQ-5D: A Measure of Health Status from the "EuroQol Group". The Finnish Medical Society Duodecim, Ann. Med. 2001; 33:337-343.
- 9) Pierangelo Lora Aprile. Il dolore nel paziente oncologico in *Il dolore cronico in Medicina Generale* . Roma 2010



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/7

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale – Anno 2012.

<b>Generalità</b>	
<b>Regione proponente</b>	Regione del Veneto
<b>Linea progettuale</b>	All. A – Parte I, Linea 3 “Le cure palliative e la terapia del dolore”
<b>Titolo del progetto</b>	Sviluppo della rete regionale di cure palliative pediatriche e terapia del dolore
<b>Durata del progetto</b>	Annuale
<b>Referente</b>	Dr. Renato Rubin Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia Tel. 041-2793441; Fax 041-2793599 <a href="mailto:progsanitaria@regione.veneto.it">progsanitaria@regione.veneto.it</a> <a href="mailto:cureprimarie@regione.veneto.it">cureprimarie@regione.veneto.it</a>  Segreteria regionale per la Sanità Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491 <a href="mailto:segr.sanita@regione.veneto.it">segr.sanita@regione.veneto.it</a>

<b>Aspetti finanziari</b>	
<b>Costo complessivo del progetto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Supporto alla organizzazione</b> (risorse umane e strutturali) del Centro di Riferimento Regionale di Terapia del dolore e CPP/Hospice pediatrico. Costo previsto <u>200.000 Euro</u>.</li> <li>• <b>Mantenimento della formazione di Base</b> (per medici, infermieri e psicologi) delle ULSS/Aziende della regione Veneto che partecipano alla organizzazione delle Rete Regionale di Terapia del dolore e CPP: organizzazione di <i>3 corsi formativi/abilitativi sulle CPP</i> (15 giornate di lavoro) e di <i>3 corsi sulla Terapia del dolore nel paziente pediatrico</i> (6 giornate di lavoro) con un costo di <u>70.000 Euro</u>.</li> <li>• <b>Organizzazione di percorsi di formazione/abilitazione specialistica sul caso dei professionisti della Rete</b>, eseguiti in Hospice Pediatrico - Ospedali periferici - Domicilio paziente (paziente pediatrico ventilato a domicilio, paziente in dialisi peritoneale): 40 incontri per un costo totale di <u>50.000 Euro</u>.</li> <li>• <b>Gestione del sistema di tele monitoraggio per gestione di base e delle urgenze</b> dei pazienti a domicilio e negli ospedali del Veneto (10 stazioni distribuite in rapporto ai casi a domicilio/ospedale nelle diverse ULSS/Aziende della Regione): costo <u>100.000 Euro</u></li> </ul>

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/7

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implementazione del programma di telemedicina con percorsi di E-learning e teleconferenza</b> attivabili in ogni momento in caso di necessità da parte dei familiari ed operatori della Rete Regionale (procedure assistenziali, funzionamento dei presidi, Flow chart di gestione, Riunioni a distanza sul caso, gestione delle UVDM) : costo <u>160.000 Euro</u></li> <li>• <b>Inizializzazione di un progetto di costruzione di cartella unica informatizzata condivisa</b> in Rete fra tutte le Strutture/Servizi/Istituzioni della Regione Veneto che gestiscono il bambino e la sua famiglia, in modo tale da assicurare continuità di gestione e di obiettivi: <u>costo 100.000 Euro</u></li> <li>• <b>Inizializzazione di un progetto di centralizzazione della prescrizione/approvvigionamento/riutilizzo dei presidi /ausili</b> nell'ottica di abbattere i tempi di fornitura (causa importante di prolungamento di ricovero), limitare i costi (gara Regionale unica) ed ottimizzare le risorse disponibili (riutilizzo dei presidi a disposizione e non utilizzati): <u>costo 180.000</u></li> </ul> <p>Complessivamente il costo per il progetto è di circa 860.000 Euro.</p>
<b>Importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2011</b>	<b>€ 862.000,00</b>

<b>Il progetto</b>	
<b>Contesto</b>	<p><b>PREMESSE</b></p> <p>La prevalenza in ambito pediatrico, della malattia cronica severa e/o con disabilità rilevante e/o terminale nei paesi Occidentali, è andata aumentando. Il progresso medico e tecnologico ha aumentato la sopravvivenza di portatori di malattie potenzialmente letali, senza tuttavia sempre consentirne la guarigione. Nuove tecnologie e il miglioramento generale dell'assistenza hanno portato ad allungare progressivamente questa sopravvivenza in malattia. Ciò, congiuntamente con l'aumento del numero di nuovi bambini malati sopravvissuti, ha portato alla crescita della prevalenza di minori bisognosi d'interventi assistenziali complessi, anche per un lungo periodo di tempo, e attraverso diverse fasi della vita, dall'infanzia all'adolescenza e da questa all'età adulta.</p> <p>Nella realtà clinica e sociale, però, sempre più frequente ed urgente è la necessità di dare delle risposte a queste situazioni: negli ultimi anni infatti, si sta delineando una nuova popolazione, rappresentata da questi bambini con bisogni speciali. Fino a poco tempo fa questi bambini morivano precocemente, ora vivono e vivono anche per molto tempo con necessità di risposte a bisogni complessi, ma anche con possibilità di una buona qualità della vita e soprattutto con la necessità di continuare a crescere ed a confrontarsi con le diverse fasi di sviluppo psicologico, relazionale, emozionale e sociale che l'età pediatrica ed adolescenziale comporta</p> <p>Tali situazioni sono gravate da problematiche così specifiche e importanti che spesso rendono difficile una risposta adeguata: richiedono infatti interventi multidisciplinari ad alta complessità, in grado di fornire in forma adeguata le risposte competenti e individualizzate di cui necessitano sia in ambito ospedaliero che domiciliare e sociale.</p> <p>Queste situazioni, necessitano di un ripensamento della modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo e normativo, nell'ottica di riaffermare, accanto agli obiettivi di cura, obiettivi di "qualità della vita" per il piccolo paziente e per la sua famiglia. Come confermato dalla letteratura e dalle esperienze attualmente in corso, le Cure palliative rappresentano in questo ambito la risposta più adeguata.</p>

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/7

L'OMS definisce infatti le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia. (*Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, WHO-IASP, 1998*). Hanno come finalità d'intervento la qualità globale della vita del piccolo paziente e della sua famiglia; il domicilio rappresenta il luogo ideale dove nella stragrande maggioranza dei casi, gestire la malattia, e il reinserimento sociale uno degli obiettivi prioritari.

Il minore con patologia cronica severa e/o con disabilità rilevante e/o terminale è un paziente elettivo per le cure palliative: l'adeguato controllo dei sintomi, il ritorno a casa ed il reinserimento nella sua famiglia e nella sua socialità, rappresentano per il minore e per la famiglia un traguardo particolarmente positivo e costantemente richiesto.

Ampia la tipologia di patologie indicate come eleggibili alle cure palliative pediatriche: metaboliche, genetiche, oncologiche, infettive. Molti di questi bambini, necessitano di supporti tecnici e strumentali importanti per il mantenimento della funzione vitale, di monitoraggio ed interventi assistenziali complessi ed individualizzati la loro gestione determina una ampia serie di problemi organizzativi, sociali e formativi, tutt'altro che facili da gestire.

Essere bambino con patologia cronica, pone molti limiti sulle possibilità concrete che il piccolo ha nel fare quello che normalmente un bambino di pari età fa, ma certamente non toglie né modifica i diritti che in quanto persona, in quanto bambino, gli debbono essere riconosciuti.

Del resto, la presenza di un problema di inguaribilità in un bambino, pone la famiglia in condizioni di importante precarietà sia da un punto di vista relazionale e psicologico, ma anche di riconoscimento sociale, organizzativo ed economico. La Legge 38/2010, pone delle indicazioni del tutto innovative in questo ambito: Dolore e Cure palliative sono definite come diritto alla salute del bambino e della sua famiglia e, tutti gli operatori devono avere gli strumenti per un corretto approccio. Viene riconosciuta inoltre la "peculiarità" della persona bambino (biologica, psico-relazionale, sociale e clinica) e viene sancita la necessità di una risposta ai bisogni, specifica e dedicata, sia a livello clinico-organizzativo che formativo ed informativo.

Da un punto di vista organizzativo, il modello proposto dalla Legge 38 è quello di un'unica Rete specialistica dedicata alla gestione del dolore e delle CPP, con riferimento ad ampi bacini d'utenza, coordinata da un Centro di riferimento regionale. Tale Rete, costituita da tutte le strutture/istituzioni del sistema socio-sanitario necessarie alla gestione del minore, risponde ai bisogni di salute dei bambini e delle famiglie, fornisce in maniera congiunta ed in continuità e unicità di riferimento, sia risposte residenziali che domiciliari, che si integrano e modulano nei diversi momenti della malattia a secondo delle necessità e, nel contempo, permette di valorizzare le risorse esistenti, di ottimizzare l'utilizzo di competenze, strutture, strumenti e tempi, e contemporaneamente di migliorare e rendere omogenea la risposta assistenziale a questi pazienti.

**DATI EPIDEMIOLOGICI**

La prevalenza, nella Regione del Veneto, è di almeno circa 650 bambini con patologia cronica grave eleggibili alle CPP (10 bambini ogni 10.000 minori), con una mortalità prevista di circa 60-70 bambini anno (1 bambino ogni 10.000 minori).

La distribuzione dei minori che necessitano di CPP è di circa 150 bambini con patologia oncologica e 500 con altre patologie (neurologiche, muscolari, metaboliche, cardiache, cromosomiche..). L'incidenza è di circa 100 nuovi bambini malati per anno.

Per quanto riguarda la terapia antalgica pediatrica, si stima che in Regione Veneto almeno 5-6000/anno minori necessitino di interventi specialistici antalgici multispecialistici (Livello specialistico di terapia antalgica pediatrica richiesto in casi in cui vi è complessità di diagnosi, terapia, complessità assistenziale e/o organizzativa). A questo si aggiunge un'ampia popolazione pediatrica per cui il Centro regionale, svolge attività di

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/7

supervisione, reperibilità del personale socio/sanitario (pediatri/medici di famiglia e/o medici ospedalieri, infermieri, psicologi già presente all'interno dei reparti di Pediatria/strutture ospedaliere) che gestisce routinariamente nei diversi setting, il dolore pediatrico meno complesso (livello di Base di terapia antalgica pediatrica) e la gestione di base del dolore pediatrico.

**CORNICE NORMATIVA VENETA**

La Regione Veneto, prima in Italia, ha strutturato nel dicembre 2003, una Rete regionale di Cure Palliative Pediatriche che, vede in un Hospice Pediatrico, localizzato presso l'Azienda ospedaliera di Padova, il Centro di riferimento specialistico, dove una équipe multiprofessionale di Cure Palliative specialistiche offre supervisione, formazione e presa in carico integrata con i servizi territoriali (Distretti, Comuni, Scuola) ed ospedalieri, dei bisognosi di cure palliative in tutta la Regione. Molteplici sono le innovazioni messe in atto nella gestione dei nostri bambini con patologia cronica ed irreversibile: non più Ospedale e Territorio ma équipe unica integrata unica, disponibilità per le famiglie di reperibilità continuativa, uniformità dell'offerta di prestazioni su tutto il territorio regionale, organizzazione di un centro unico di fornitura materiali, monitoraggio dei risultati ottenuti, della qualità percepita e delle attività svolte, formazione continua rivolta a tutti coloro che condividono l'assistenza di questi bambini.

E' la prima ed unica esperienza in Italia, punto di riferimento per tutte le altre Regioni, e rappresenta la realizzazione concreta di quanto contenuto, (in sintonia completa con la letteratura mondiale e le esperienze più avanzate di assistenza socio-sanitaria rivolta a questa tipologia di pazienti), nei Documenti tecnici e normativi, prodotti in questo ultimo anno, dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni (Documento *tecnico Ministeriale sulle cure Palliative rivolte al Minore -Dicembre 2006*; Documento della Commissione LEA sulle Prestazioni della Residenza Pediatrica - Maggio 2007; Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sulle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica ed adolescenziale -Giugno 2007 ; Documento tecnico della Conferenza Stato Regioni approvato dalla conferenza degli Assessori- marzo 2008) e Legge 38/2010.

La normativa Regionale che ha supportato e sancito la realizzazione di tutto ciò è:

- D.G.R.V. n. 4029 del 19 dicembre 2003 "Istituzione del Centro Regionale di Terapia Antalgica Cure Palliative Pediatriche e dell'Hospice pediatrico"
- D.G.R.V. n. 3242 del 17 ottobre 2006 relativa al finanziamento per l'anno 2006 e determinazione delle tariffe per le attività svolte;
- LR. 7/2009, che sancisce che la gestione delle CPP e del dolore che necessita interventi specialistici" sono affidati al Centro di riferimento regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica, già istituito presso l'Azienda ospedaliera di Padova con deliberazione della Giunta regionale n. 4029 del 19 dicembre 2003";
- L.R. 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

**ASPETTI PROBLEMATICI DA IMPLEMENTARE**

Il problema non è certamente di facile soluzione, ma l'esperienza maturata in questi anni di lavoro nella Regione Veneto, hanno permesso, la strutturazione di una Rete di Terapia del Dolore e CPP che, integrando professionalità, strutture ed Istituzioni diverse (tutte le ULSS/Aziende della regione partecipano alla Rete), si prende in carico bambini e famiglie. I risultati ottenuti sono certamente positivi (calo della ospedalizzazione, miglioramento della Qualità della vita di bambini e famiglia ...) e confermano l'estrema validità sia da un punto di vista clinico che organizzativo e sociale di tale modello assistenziale.

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/7

	<p>Persistono delle criticità su cui è importante concentrare sforzi ed attenzione quali la necessità di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Implementare le sinergie di lavoro e condivisione tra livello specialistico del Centro</b> e capacità di sostegno continuo locale dell'assistenza del malato e della sua famiglia. In modo particolare, la gestione di pratiche quotidiane di cura (come la manutenzione dei presidi o delle macchine per il sostegno vitale), il sostegno psicologico della famiglia, la fornitura dei farmaci e la gestione clinica degli eventi più frequenti e di minor specificità. La sinergia auspicata, si accompagna alla necessità di definire dei formati informativi/formativi/abilitativi condivisibili tra i due livelli, quello centrale e quello periferico, attualmente in via di organizzazione.</li> <li>2. <b>Implementare e supportare la messa a disposizione di ulteriori risorse di personale e logistiche</b>, carenti attualmente per la quantità e qualità di assistenza raggiunta</li> <li>3. <b>Implementare ed attivare campagne d'informazione pubblica/sanitaria</b>, relative al Centro ed alla disponibilità di assistenza che la Regione mette a disposizione, di minori eleggibili alle CPP e/o con dolore che richiede interventi specialistici: questo nell'ottica di equità di offerta a tutti i bambini e famiglie.</li> <li>4. <b>Implementare l'integrazione con l'aspetto sociale</b>, elaborando e proponendo strategie di supporto ed integrazione per bambino e famiglia.</li> </ol>
<b>Descrizione</b>	<p><b>RAZIONALE DEL PROGETTO</b></p> <p>L'esistenza del Centro regionale per la Terapia del dolore e CPP, dotato di personale dedicato e di una struttura Hospice specifica e dedicata al minore, consente di caratterizzare il progetto secondo tre approcci strategici:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la formazione di personale delle aziende ULSS per l'assistenza locale e continuativa del minore malato;</li> <li>2. la costituzione di un centro unico per la gestione dei presidi ed ausili;</li> <li>3. la condivisione di un sistema di comunicazione tra centro e periferia.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il primo aspetto è di particolare importanza per garantire una soglia sufficiente di competenza diffusa tra il personale delle Aziende ULSS, in grado di far fronte all'assistenza quotidiana dei minori presso i domicili. Inoltre, ha lo scopo di condurre a una coerenza di contenuti e di approcci curativi su tutto il sistema.</li> <li>2. La costituzione di un centro unico per l'approvvigionamento, la gestione e distribuzione dei presidi e ausili, consente di far fronte alle richieste degli assistiti, in assoluto molto modeste sebbene di particolare importanza dal punto di vista assistenziale, superando le difficoltà delle Aziende e i loro tempi spesso lunghi di fornitura, razionalizzandone i costi.</li> <li>3. La condivisione di strumenti e di strategie comunicative tra Centro di riferimento e équipes locali mantiene livelli di competenza elevati e di sorveglianza efficaci sui casi seguiti. L'approccio contempla un sistema informativo unico per i casi gestiti in maniera cooperativa e un sistema di monitoraggio, con telemedicina, dei casi più critici.</li> </ol>
<b>Obiettivi</b>	<p>Generali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. consentire ai minori con patologia inguaribile accompagnata da grave compromissione delle abilità, di poter sviluppare gradi di autonomia, compatibili con le condizioni di malattia, e una buona qualità di vita;</li> <li>2. fornire risposte assistenziali adeguate al paziente, alla sua età e patologia;</li> <li>3. ridurre il carico assistenziale/organizzativo ed emotivo dei genitori;</li> </ol>

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/7

	<p>4. limitare il ricorso a ricoveri inappropriati in ambiente ospedaliero e sostenere la domiciliarità delle cure.</p> <p>Specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. aumentare la competenza del personale delle aziende verso la cura continuativa dei bambini con gravi patologie inguaribili;</li> <li>2. limitare le difficoltà d'accesso alla fornitura di presidi e ausili specifici;</li> <li>3. condividere un set minimo informativo clinico e assistenziale;</li> <li>4. garantire livelli di protezione adeguati per la cura domiciliare</li> </ol>
--	---

**Tempi di attuazione**

Il progetto si compone di più fasi e di più linee di sviluppo.

<b>A) Sviluppo delle competenze locali /formazione e telemedicina</b>		
<b>Fase</b>	<b>Azione</b>	<b>Tempistica</b>
1. Progettazione del percorso formativo	Definizione dei contenuti e delle modalità di formazione del personale delle aziende	Primo mese 2012
2. Mantenimento della formazione di base	Tre edizioni di un corso di base sulle CPP (sviluppato su due moduli: uno clinico e uno metodologico, per un totale di 5 giorni ogni corso) e tre corsi sulla gestione del dolore pediatrico (ogni corso della durata di due giorni)	Durante tutto l'anno 2012, cadenzati ogni 4 mesi i corsi delle CPP, inbricati ogni 4 mesi con i corsi sul dolore
3. Organizzazione di percorsi di formazione/abilitazione e specialistica sul caso dei professionisti della Rete	40 incontri eseguiti in Hospice Pediatrico - Ospedali periferici - Domicilio paziente per la formazione specialistica sul caso	Durante gli anni 2012 organizzati sul caso
4. Gestione del sistema di tele monitoraggio per gestione di base e delle urgenze	Monitoraggio in telemedicina dei pazienti a domicilio/in ospedale (10 stazioni distribuite in rapporto ai casi a domicilio/ospedale nelle diverse ULSS/Aziende della Regione)	Durante ultimo trimestre 2012, organizzati sul caso
5. Implementazione del programma di telemedicina con percorsi di E-learning e teleconferenza	Inizializzazione di percorsi di E-learning e teleconferenza attivabili in ogni momento in caso di necessità da parte dei familiari ed operatori della Rete Regionale (procedure assistenziali, funzionamento dei presidi, Flow chart di gestione, Riunioni a distanza sul caso, gestione delle UVDM)	Ultimo trimestre 2012
6. Inizializzazione di un progetto di costruzione di cartella unica informatizzata condivisa	Definizione di un progetto di costruzione di cartella unica informatizzata condivisa in Rete fra tutte le Strutture/Servizi/Istituzioni della Regione Veneto che gestiscono il bambino e la sua famiglia, in modo tale da assicurare continuità di gestione e di obiettivi	Ultimo bimestre 2012

**ALLEGATOG alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/7

<b>B) Progetto di centralizzazione della prescrizione/approvvigionamento /riutilizzo dei presidi /ausili degli ausili e dei presidi</b>		
<b>Fase</b>	<b>Azione</b>	<b>Tempistica</b>
1. Censimento dei presidi e degli ausili di uso comune e sporadico necessari alla gestione del bambino eleggibile alle CPP	Formulazione di un elenco specifico di presidi ed ausili condiviso dalla Aziende ULSS e supervisionato dal centro unico di approvvigionamento e fornitura	Quarto trimestre 2012
2. Definizione di un progetto delle modalità di prescrizione/ approvvigionamento/ stoccaggio/riutilizzo dei presidi/ausili	Definizione di un progetto in cui vengano definite le strategie necessarie, condiviso con tutte le ULSS/Aziende della regione Veneto. Definizione di indicatori di efficienza ed efficacia del progetto, e monitoraggio dei costi	Quarto trimestre 2012

<b>Indicatori</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. numero di minori assistiti a domicilio/numero dei minori assistibili</li> <li>2. numero di decessi a domicilio/numero di minori assistiti</li> <li>3. numero di ricoveri ospedalieri/numero di minori assistiti</li> <li>4. Numero di richieste di valutazione di terapia antalgica specialistica arrivate al Centro</li> </ol>
<b>Risultati attesi</b>	<b>Stabilizzazione di una rete regionale di cure palliative, con aumento del numero di bambini assistiti.</b>



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOH alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/4

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Biobanche di sangue cordonale

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 4 "Interventi per le biobanche di materiale umano"

**4. Referente**

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793500; fax 0412793599  
email: [progsanitaria@regione.veneto.it](mailto:progsanitaria@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 12 mesi

**6. Aspetti finanziari:**

Costo del Progetto: € 917.811,60 - Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012 pari complessivamente per la Linea progettuale 4 ad € 1.369.868,00

**Contesto**

Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. La difficoltà a reperire per alcuni pazienti un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido, ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche", note come biobanche di sangue cordonale (SCO) dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. In Italia sono attive 19 banche di sangue cordonale distribuite su tutto il territorio nazionale. Al 31/12/2011 sono state caratterizzate e tipizzate circa 29.000 unità e di queste circa 27.000 sono disponibili per trapianto in Italia ed esportate attraverso l'IBMDR di Genova per eventuale uso extra-nazionale. Delle unità conservate, 1.125 sono state utilizzate per trapianto "unrelated" (in paesi esteri e in Italia) e 136 per trapianto "related".

Il D.M. 18 novembre 2009, recante "Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale", prevede che la rete sia costituita dalle Banche di sangue da cordone ombelicale già riconosciute idonee dalle Regioni, fatto salvo il regime autorizzativo e di accreditamento introdotto dal D.Lgs. n. 191 del 6 novembre 2007, recante "Attuazione della Direttiva 2004/23/CE sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani". Il Centro Nazionale Sangue (CNS) esercita le funzioni di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della Rete, di intesa con la consulta tecnica permanente per il sistema trasfusionale, stabilendo inoltre, per gli aspetti di carattere clinico-assistenziale correlati al trapianto ematopoietico, e per gli adempimenti previsti dagli

**ALLEGATOH alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

articoli 6, comma 1, e 7, comma 1, del D.Lgs. n. 191 del 6 novembre 2007, le necessarie sinergie e raccordi con il Centro Nazionale Trapianti, poste le attribuzioni in materia alle Autorità responsabili competenti (Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome). Le Strutture Regionali di Coordinamento per le Attività Trasfusionali, come ad esempio il CRAT in Regione Veneto, svolgono, in raccordo con il CNS, funzioni di coordinamento per le attività di donazione, raccolta e conservazione del sangue da cordone ombelicale. Il CNS condivide periodicamente con le Strutture Regionali di Coordinamento per le Attività Trasfusionali le complessive attività della rete delle Banche, come previsto dalla legge 21 ottobre 2005, n.219, recante “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati”, che disciplina all’art. 2 la raccolta di CSE cordonali tra le attività trasfusionali. In questo contesto pertanto dovrà prevedersi la costituzione di un modello organizzativo regionale integrato tra le tre Banche del sangue cordonale e i punti nascita collegati.

La rete di donazione e banking si distingue per l’applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale ed internazionale che ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto. In particolare il D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 191 stabilisce norme di qualità e sicurezza per i tessuti e cellule umani destinati all’applicazione sull’uomo, al fine di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana. Posto che l’attuazione dei contenuti previsti dal decreto (art. 4) sono in capo alle Autorità competenti (Ministero, Regioni e Province Autonome), in particolare, all’art. 6 comma 1, si precisa che in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome siano definiti con Accordo i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici degli istituti dei tessuti (Accordo Rep. Atti n. 184/CSR del 29 ottobre 2010) e le linee guida per l’accreditamento (Accordo Rep. Atti n. 75/CSR del 20 aprile 2011). Gli istituti dei tessuti sono autorizzati ed accreditati dalle Regioni e Province Autonome (art. 6 comma 2) ai fini dello svolgimento delle attività. La Regione o la Provincia Autonoma organizza ispezioni e adeguate misure di controllo (art. 7 comma 1) presso gli istituti dei tessuti. Con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (art. 7 comma 5) sono stabiliti, anche in conformità alle indicazioni fornite dagli organismi europei, i criteri relativi allo svolgimento delle ispezioni e misure di controllo, e quelli inerenti alla formazione e qualificazione del personale interessato, al fine di raggiungere livelli omogenei di competenza e rendimento.

Nella Regione del Veneto sono attive tre diverse banche cordonali.

**Obiettivi**

## Generali

- a. Estensione dell’attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio in base alla programmazione regionale;
- b. Implementazione di un modello organizzativo regionale che preveda l’integrazione tra le tre Banche del sangue cordonale e i punti nascita collegati e tale per cui venga garantita anche la continuità del servizio di bancaggio;
- c. Sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all’interno della rete delle banche;
- d. Verifica e mantenimento dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all’interno della rete delle banche;
- e. Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l’obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull’utilizzo appropriato del sangue cordonale.

## Specifici

- a. Costituire una rete regionale integrata di punti nascita aventi ognuno un numero di parti superiore a 500/anno con accordi tra Banche cordonali di riferimento e punti nascita. I dati regionali indicano

**ALLEGATOH alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

circa 40 punti nascita superiori ai 500 parti. La Regione, in relazione alla propria programmazione, provvede a:

- definire con specifici atti i punti nascita da attivare;
  - coordinare gli accordi tra Banche e punti nascita e le relative modalità operative;
- b. Implementazione di un modello organizzativo regionale che preveda l'integrazione tra le tre Banche del sangue cordonale e i punti nascita collegati e tale per cui venga garantita anche la continuità del servizio di bancaggio, eliminando così la criticità legata a limitazioni di orario;
- c. Applicazione presso le banche e i punti nascita collegati, anche in considerazione dell'Accordo Stato Regioni n. 184 del 29 ottobre 2009 "Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale" e dell'Accordo Stato Regioni n. 75 del 20 aprile 2011 recante "Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale" e della DGR n. 12/11 "lr 22/02 - definizione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle banche del sangue cordonale e dei punti nascita collegati, oggetto della lr 38/1999; recepimento dell'accordo fra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano n. 184/2009, stipulato ex art. 6, co. 1, d. lgs. 191/2007" di.:
- A) requisiti minimi specifici per l'autorizzazione all'esercizio,
- B) ulteriori requisiti specifici di qualificazione per l'accreditamento istituzionale,
- C) indicatori di "verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi";
- d. Verifica periodica dell'attuazione e del mantenimento dei requisiti sulla base di quanto definito dalla normativa vigente, in specie da quella trasfusionale e da quella prevista dal D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 191.
- e. Promozione, in collaborazione con le associazioni di volontariato interessate, di una corretta e chiara informazione ai cittadini in merito all'utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato del sangue cordonale;

**Descrizione del Progetto**

Le tre banche di sangue cordonale attive in Veneto dispongono di un proprio bacino di punti nascita regionali afferenti, in questo modo realizzandosi, per le partorienti idonee, un'ampia possibilità di accedere alla donazione di sangue cordonale omologo. La DGR n. 1578/09, in recepimento dell'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, n. 57 del 25 marzo 2009, recante "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009", precisa tuttavia che solo i punti nascita con un volume di attività adeguato (numero di parti anno di almeno 500) possano far parte della rete regionale integrata per la raccolta di unità di sangue cordonale.

Sulla banca di sangue cordonale dell'Azienda Ospedaliera di Padova convergono, per la crioconservazione, anche le unità di sangue cordonale raccolte nei punti nascita della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, in base all'Accordo interregionale di cui alla DGR n. 592 del 10 marzo 2009 e successiva DGR n. 901 del 22 maggio 2012, stipulato nello spirito dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche.

Con DGR n. 12/11 la Giunta Regionale ha definito i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale, con relativi indicatori, delle Banche SCO regionali e dei punti nascita collegati, con verifica periodica dell'attuazione e del mantenimento dei requisiti stessi con modalità definite sulla base della normativa vigente, in specie quella trasfusionale e quella prevista dal D.Lgs. 191/07.

L'obiettivo strategico del progetto è lo sviluppo della rete, prevedendo un incremento del numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico e garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati.



## ALLEGATO H alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 4/4

Fasi e tempi delle azioni previste  
(CRONOPROGRAMMA)

Attività	Mesi			
	3	6	9	12
<b>Estensione dell'attività di raccolta</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• costituzione di una rete regionale integrata di punti nascita;</li> <li>• definizione delle modalità operative per il coordinamento delle Banche del sangue cordonale e punti nascita</li> </ul>				
<b>Implementazione di un modello organizzativo regionale che preveda l'integrazione tra le tre Banche del sangue cordonale e i punti nascita collegati e che garantisca anche la continuità del servizio di bancaggio</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• proposta di modello organizzativo regionale integrato tra Rete regionale delle Banche del sangue cordonale e punti nascita</li> <li>• apertura di una banca dal lunedì al sabato per garantire le raccolte in regime h 24, eliminando la criticità legata a limitazioni di orario e giorni festivi</li> </ul>				
<b>Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• requisiti minimi specifici per l'autorizzazione all'esercizio;</li> <li>• requisiti specifici di qualificazione per l'accreditamento istituzionale;</li> <li>• indicatori di "verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi"</li> </ul>				
<b>Verifica periodica dell'attuazione e del mantenimento dei requisiti</b>				
<b>Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione, in collaborazione con le associazioni di volontariato interessate, di una corretta e chiara informazione ai cittadini in merito all'utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato del sangue cordonale</li> </ul>				

**Risultati attesi**

1. incremento del 10-15%/anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte in Veneto nel 2010;
2. incremento di 8-10%/anno delle unità criopreservate dalla rete regionale integrata.

**Indicatori**

- Indicatori di struttura:** realizzazione degli adeguamenti strutturali, tecnologici e organizzativi. Ricezione delle unità cordonali raccolte h 24 (numero delle unità raccolte/numero parti effettuati nel fine settimana e festivi)
- Indicatori di processo:** attivazione e mantenimento di circa 40 punti nascita con un numero di parti superiore a 500/anno.
- Indicatori di risultato:** incremento del numero delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate.

**ALLEGATOI alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/4

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Biobanche di tessuto muscolo - scheletrico

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 4 “Interventi per le biobanche di materiale umano”

**4. Referente**

Direzione regionale Piani e Programmi socio-sanitari  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793500; fax 0412793599  
[progsanitaria@regione.veneto.it](mailto:progsanitaria@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 12 mesi

**6. Aspetti finanziari:**

Costo del Progetto: € 178.082,80 - Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012 pari complessivamente per la Linea progettuale 4 ad € 1.369.868,00

**Contesto**

L'utilizzo di tessuto muscolo-scheletrico di origine umana per trapianto è andato progressivamente aumentando negli anni nel nostro Paese. Questo successo è dovuto alla grande duttilità di questa particolare tipologia di tessuto, che, opportunamente preparato e lavorato, trova applicazione in moltissime patologie in campo ortopedico e maxillo-facciale.

La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le Banche dei Tessuti, gli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali) e le autorità competenti (regioni e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale che garantisce al paziente un altissimo grado di sicurezza.

In Italia esistono 6 banche di tessuto muscolo-scheletrico autorizzate dalle regioni (Torino, Milano, Verona, Treviso, Bologna, Firenze), di cui tre di livello nazionale (Treviso, Bologna, Firenze), la cui attività di procurement, processazione, conservazione e distribuzione ha risposto finora egregiamente alle richieste di tessuti, in particolare per i tessuti congelati.

Negli ultimi anni inoltre è cresciuto il fabbisogno di tessuti lavorati mediante particolari procedure (liofilizzati, paste d'osso, prodotti tecnologicamente avanzati) per i quali non è disponibile in Italia la capacità produttiva sufficiente o diffusa la tecnologia idonea e per i quali si è dovuto ricorrere spesso all'importazione dall'estero. La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, gli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali) e le autorità competenti (regioni e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale che garantisce al paziente un altissimo grado di sicurezza.

**ALLEGATOI alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

Sulla base della propria esperienza, la Regione Veneto attribuisce da sempre particolare importanza alla creazione di reti all'interno del proprio territorio; infatti, con deliberazione n. 3948 del 15/12/2000, che fondava tra l'altro anche il Centro Regionale per i Trapianti, ora Coordinamento Regionale per i Trapianti del Veneto, la Giunta Regionale istituiva la Banca Regionale dei Tessuti, strutturata in forma di rete ed articolata su due sedi funzionalmente differenziate, una situata presso la Azienda Ulss n. 9 di Treviso, dedicata al coordinamento generale di rete e alla selezione, raccolta, conservazione e distribuzione di homograft cardiaci, segmenti vascolari, membrana amniotica e tessuto osseo prelevato da donatore cadavere e vivente, ed una situata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dedicata prevalentemente alla selezione, raccolta, conservazione e distribuzione della cute.

Nella Regione Veneto, la banca di Treviso e quella di Verona, sono state inserite nel programma triennale di sviluppo della Medicina Rigenerativa, approvato dalla Giunta Regionale con DGRV 931 del 07 aprile 2009. Con Delibera della Regione Veneto n.3830 del 09 dicembre 2009, la Banca dei Tessuti della Regione Veneto, con due poli nelle sedi di Treviso e Verona, ha cambiato struttura organizzativa, identificandosi nelle due distinte realtà di Banca dei Tessuti di Treviso e Banca dei Tessuti di Verona. Con deliberazione n. 888 del 08/09/2011 il Direttore Generale dell'Azienda Ulss n. 9 ha costituito la Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso con lo scopo di reperire, prelevare, trattare, conservare e distribuire tessuti omologhi per utilizzo clinico, promuovere e sviluppare la donazione dei tessuti, incentivare studi e ricerche in Italia e all'estero, curare la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario impiegato nel settore del prelievo e trapianto.

**Obiettivi**

Con questo progetto, tramite la stretta collaborazione tra biobanche esistenti sul territorio della Regione Veneto, si propone un modello d'interazione ed organizzazione regionale finalizzato ad aumentare la produzione e la distribuzione dei prodotti sopra riportati.

**Generali**

- a. Stimolare la produzione di tipologie di prodotti lavorati in Italia, derivanti da donazioni di tessuto muscolo-scheletrico italiano, anche sviluppando nuove applicazioni e lavorazioni di prodotti tecnologicamente avanzati, ora poco o per nulla disponibili nel territorio nazionale.
- b. Creare un consorzio tra le banche del tessuto muscolo-scheletrico italiane, al fine di coordinare la distribuzione di tessuti, in particolare quelli lavorati (liofilizzato, paste d'osso, ..), oltre il territorio di distribuzione della singola banca, per rispondere in modo rapido ed efficace alle richieste degli utilizzatori. Questo consorzio, che vedrà coinvolte principalmente le regioni sede delle banche nazionali (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana), con il supporto del CNT, garantirà un vantaggio economico, legato al risparmio per l'acquisizione di tessuto dall'estero e l'altro, ancora più importante, legato alle caratteristiche di sicurezza e di qualità del tessuto prelevato e lavorato in Italia. Creazione di un database dei prodotti conservati a livello regionale.
- c. Realizzare attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul corretto utilizzo dei tessuti di origine umana, in particolare osso, dirette agli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali) al fine di ridurre le importazioni improprie dall'estero e incentivare l'utilizzo di tessuto "italiano", garantito dalla banche in termini di qualità e sicurezza.
- d. Ridefinire, a livello regionale, il sistema organizzativo delle banche dei Tessuti del Veneto orientato verso un modello più flessibile di interazione, che potenzi lo sviluppo di competenze specifiche, al servizio, nell'ottica di rete, di tutto il territorio regionale.

**ALLEGATOI alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Specifici**

- a. Le banche, anche tramite strutture terze autorizzate, incrementeranno la produzione di tessuti lavorati ottenuti da donazioni di osso italiano. In particolare ci si prefigge di raggiungere un incremento nella produzione di tessuti processati (osso liofilizzato e di paste d'osso) entro la fine del 2012 rispetto al biennio precedente e di iniziare la produzione di nuove lavorazioni tecnologicamente avanzate.
- b. Creazione di un repository informatico, a livello regionale, da collegare con il livello nazionale, in modo da creare un magazzino nazionale dove le scorte disponibili possano essere visibili a tutti, in modo da rispondere in modo rapido ed efficiente alle richieste di queste tipologie di tessuti.
- c. Partecipazione delle banche e delle parti terze autorizzate ai convegni nazionali e internazionali delle società degli utilizzatori di queste tipologie di tessuti (ortopedici e maxillo-faciali) e ai convegni internazionali delle banche tessuti (EATB) tramite stand e/o presentazioni, per diffondere la conoscenza di queste tipologie di tessuti lavorati e incrementarne l'utilizzo. Verranno realizzati degli opuscoli informativi su questi particolari prodotti, da distribuire durante i convegni e tramite le attività di informazione. Le parti terze che intervengono nella lavorazione e distribuzione faciliteranno la promozione e l'informazione del corretto utilizzo dei tessuti lavorati, sfruttando la capacità di raggiungere capillarmente i potenziali utilizzatori e agendo da facilitatori per riportare tempestivamente le necessità di fornitura alle banche.
- d. Implementazione di un modello che offra una maggiore flessibilità operativa alle Banche dei Tessuti del Veneto (Treviso e Verona), secondo quanto previsto dalla DGRV n. 3830 del 09/12/2009, che identifica nella banca dei Tessuti di Treviso, la struttura dedicata a selezione, raccolta, conservazione e distribuzione di homograft cardiaci, segmenti vascolari, membrana amniotica e tessuto osseo prelevato da donatore cadavere e vivente, e, nella Banca dei tessuti di Verona, la struttura dedicata prevalentemente alla selezione, raccolta, conservazione e distribuzione della cute e del tessuto osseo.

**Descrizione Del Progetto**

La Regione del Veneto ha creato una rete di strutture operanti in sinergia tra loro e, con DGRV n. 931 del 07/04/2009, la Giunta Regionale ha approvato il "Programma di sviluppo della medicina rigenerativa per il triennio 2009-2011"; tale Programma ha esplicitato i filoni di ricerca e gli afferenti gruppi di ricerca, nonché le strutture in materia di medicina rigenerativa e biobanche in cui la Regione Veneto ha investito nel triennio considerato, che sarà la base per la programmazione 2012 - 2015.

Il progetto si propone di incrementare la produzione e la distribuzione delle biobanche regionali di alcune tipologie di prodotto (osso liofilizzato, pasta d'osso e altre nuove tipologie di prodotti tecnologicamente avanzati) favorendo in particolare l'utilizzo in Italia di tessuti provenienti da donatori italiani, al fine di garantire la qualità e la sicurezza dei prodotti.

**ALLEGATOI alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Fasi e tempi delle azioni previste (CRONOGRAMMA)**

Attività	Mesi			
	3	6	9	12
<b>Attività 1</b>				
<b>Attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione delle banche e delle parti terze autorizzate a convegni nazionali e internazionali delle società degli utilizzatori e a convegni internazionali delle banche tessuti.</li> <li>• Realizzazione e distribuzione di opuscoli informativi.</li> <li>• Promozione da parte di parti terze del corretto utilizzo dei tessuti lavorati.</li> </ul>				
<b>Attività 2</b>				
<b>Incremento della produzione di tessuti lavorati ottenuti da donazioni di osso italiano</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento produzione di osso liofilizzato e di paste d'osso</li> <li>• Progettazione e/o inizio produzione di nuove lavorazioni tecnologicamente avanzate.</li> </ul>				
<b>Attività 3</b>				
<b>Progettazione del consorzio</b>				
<b>Attività 4</b>				
<b>Incremento della distribuzione di tessuti lavorati ottenuti da donazioni di osso italiano</b>				
<b>Attività 5</b>				
<b>Costruzione di un repository informatico</b>				
<b>Attività 6</b>				
<b>Avvio dell'utilizzo del repository informatico</b>				

**Indicatori****Indicatori di struttura:** adeguamenti strutturali, qualificazione del personale.**Indicatori di processo:** numero di campioni lavorati per tipologia di prodotto (osso liofilizzato, pasta d'osso, prodotti tecnologicamente avanzati).**Risultati attesi**

1. incremento della produzione di osso liofilizzato e di paste d'osso rispetto al 2008;
2. progettazione e/o inizio produzione di nuove lavorazioni tecnologicamente avanzate;
3. Creazione di un database regionale dei prodotti conservati.
4. Identificazione di un modello di rete regionale, esportabile in seguito anche a livello nazionale.

**Indicatori di risultato:** : numero di campioni per tipologia di prodotto distribuiti.

## ALLEGATOJ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/3

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 4 “Interventi per le biobanche di materiale umano”

#### 4. Referente

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793500; fax 0412793599  
email: [progsanitaria@regione.veneto.it](mailto:progsanitaria@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 12 mesi

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo del Progetto: € 273.973,60

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012 pari complessivamente per la Linea progettuale 4 ad € 1.369.868,00

#### Contesto

Negli ultimi si sono compiuti enormi sviluppi nella biologia molecolare, tali da fornire un contributo fondamentale nella lotta contro il cancro, sia permettendo lo studio dei meccanismi molecolari coinvolti, sia consentendo lo sviluppo di strumenti diagnostici più sensibili e di nuovi farmaci che, interferendo con specifici meccanismi molecolari, risultano spesso più efficaci e meno tossici. Tuttavia, tutti i progressi che si sono fatti, sono ancora lontani dal fornire una conoscenza esaustiva delle problematiche legate ai meccanismi di sviluppo e di crescita delle cellule neoplastiche. Ecco dunque l'origine della necessità di procedere a vaste raccolte di campioni biologici di tessuto, acidi nucleici e dati clinici di pazienti oncologici, al fine di incrementare le possibilità di comprendere e contrastare il cancro. La realizzazione di biobanche oncologiche, centrate sulla conservazione e lo studio di materiale oncologico, è obiettivo particolarmente rilevante per la Regione Veneto che può avvalersi di un modello organizzativo a rete sul territorio regionale, comprendente, tra l'altro, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera di Verona, l'Azienda Ulss n. 9 di Treviso e lo IOV - Istituto Oncologico Veneto - IRCCS quali strutture espressamente dedicate alla ricerca in Oncologia.

#### Obiettivi

Con questo progetto, tramite la stretta collaborazione tra biobanche esistenti sul territorio della Regione Veneto, si propone un modello d'interazione ed organizzazione regionale.

In particolare tale modello dovrà considerare i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'attività delle biobanche, in riferimento a norme e linee guida, e di verifica del rispetto e dell'aderenza ai requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e giuridici predefiniti.

**ALLEGATOJ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

Gli obiettivi del progetto verranno raggiunti mediante la definizione delle tipologie e i ruoli delle diverse biobanche umane, e sulla base di documenti nazionali e internazionali si provvederà ad indicare le modalità per l'istituzione degli standard per l'operatività e l'accreditamento.

**Generali**

- a. Saranno regolamentate le modalità di raccolta e conservazione di cellule e tessuti neoplastici a scopo di diagnosi e ricerca, mediante l'organizzazione di una specifica rete regionale anche in accordo con le altre regioni del nord-est.
- b. Saranno implementati criteri standardizzati sia in tema di acquisizione e rilascio di campioni, che di qualità, sicurezza e tracciabilità. In quelle realtà in cui sono già presenti degli archivi o delle collezioni di materiale oncologico, si potranno sviluppare delle forme di accordo per la gestione ed il trasferimento dei campioni. Sarà, inoltre, ampliata la collaborazione con le strutture dedicate all'archiviazione o collezione di materiale oncologico con l'obiettivo di assicurare la messa in rete dei dati e dei campioni.
- c. La banca sarà collegata con il Ministero della Salute e le altre Regioni per definire un sistema di governance della rete, analogamente a quanto avviene per le biobanche terapeutiche.

**Specifici**

- a. Saranno definite le opportune linee guida per le regole generali in campo etico e gestionale per la raccolta, la conservazione e la distribuzione dei campioni a livello locale, nazionale ed internazionale.
- b. Saranno effettuati il rilevamento e l'identificazione (tipologia, modalità di conservazione) dei campioni conservati nella biobanca, la definizione di condizioni di carattere generale richieste per l'istituzione di una banca, la definizione di linee guida per individuare requisiti specifici (personale, locali, attrezzature, gestione della documentazione, informatica, funzioni di servizio, preparazione dei campioni, accesso dei depositi al CRB, conservazione, catalogo dei campioni disponibili, distribuzione).
- c. Sarà realizzata l'armonizzazione delle normative e delle linee guida esistenti in materia, l'elaborazione di un sistema di Centri di Ricerca Biologica regionali o di più regioni collegati in rete tra loro e con realtà simili extra regionali e connessi strutturalmente nel sistema sanitario regionale.

**Descrizione del Progetto**

Molte ad oggi sono le problematiche che investono le biobanche, sia dal punto di vista organizzativo che da quello normativo, quali la presenza di regole di accesso diverse, mancanza di standard comuni di riferimento, frammentazione della ricerca.

E' una criticità nota infatti che in Italia, attualmente, vi siano moltissimi ricercatori che a titolo individuale, spesso collezionano materiale biologico all'interno di enti pubblici di ricerca, ospedali, ASL, in genere si organizzano in gruppi molto piccoli. Le strutture dedicate a questo scopo sono infatti carenti di personale specializzato e di fondi sufficienti per adeguare gli impianti alle normative vigenti in modo da garantire la qualità, lo stoccaggio dei campioni in sicurezza, la loro distribuzione e la gestione informatizzata dei dati secondo quanto previsto dalle leggi per la tutela della riservatezza. L'utilizzo dei campioni conservati inoltre risulta limitato al gruppo di ricerca che ne ha curato la costituzione.

Inoltre spesso, a causa di standard comuni di riferimento, non possono essere utilizzati nello stesso studio campioni provenienti da diverse biobanche, elemento indispensabile per raggiungere una adeguata significatività statistica e per affrontare un determinato tipo di studio. La conseguenza è la duplicazione di progetti simili, lo spreco di energie e di risorse, la difficoltà di mettere a punto una politica di finanziamenti a lungo termine e di ampio respiro.

Per le ragioni sopra descritte, la Regione del Veneto ha creato una rete di strutture operanti in sinergia tra loro e, con DGRV n. 931 del 07/04/2009, la Giunta Regionale ha approvato il "Programma di sviluppo della medicina rigenerativa per il triennio 2009-2011"; tale Programma ha esplicitato i filoni di ricerca e gli afferenti gruppi di ricerca, nonché le strutture in materia di medicina rigenerativa e biobanche in cui la Regione Veneto ha investito nel triennio considerato che sarà la base per la programmazione 2012 - 2015. In questo ambito, sono state identificate attività di ricerca in campo oncologico che prevedono la raccolta di materiale tumorale. L'organizzazione di una rete regionale con la possibilità di estenderla, attraverso accordi interregionali, alle altre regioni del nord-est, è da considerarsi un obiettivo prioritario per la Regione Veneto, al fine di individuare standard comuni per la conservazione di un elevato numero di campioni da rendere disponibili per la ricerca e la diagnostica secondo modalità uniformi e condivise.

**ALLEGATOJ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

**Fasi e Tempi delle azioni previste  
(CRONOPROGRAMMA)**

Attività	Mesi			
	3	6	9	12
<b>Regolamentare le modalità di raccolta e conservazione di cellule e tessuti neoplastici a scopo di diagnosi e ricerca</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>definizione delle procedure per le attività di prelievamento, informativa e consenso, accettazione, trasferimento dei campioni, allestimento e conservazione dei campioni, gestione delle informazioni e delle procedure adottate per il trattamento dei dati personali, trasferimento del materiale biologico</li> </ul>				
<b>Definire gli elementi della unità regionale, verificando che ciascuno di essi operi secondo criteri standardizzati sia in tema di acquisizione e rilascio di campioni che di qualità, sicurezza e tracciabilità</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>definizione di requisiti minimi per il riconoscimento della Biobanca</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>elaborazione di un codice etico della Biobanca</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>elaborazione di Manuale della Qualità della Biobanca</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>definizione delle procedure per le attività di Inserimento della Biobanca nell'ambito di network nazionali, europei ed internazionali</li> </ul>				
<b>Collegamento con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni per definire un sistema di governance della rete, analogamente a quanto avviene per le biobanche terapeutiche</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>elaborazione di un modello di governance sulla base delle normative e le linee guida esistenti in materia</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>elaborazione di uno Studio di fattibilità per un programma di controllo esterno di qualità dei campioni</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>elaborazione di uno Studio di fattibilità per la messa in rete di campioni e dati</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>standardizzazione di un database informatico gestionale regionale (inserimento dati di ogni Biobanca)</li> </ul>				

**Risultati attesi**

1. Organizzazione di un Centro di Ricerca Biologica a livello regionale con la collaborazione delle strutture già operanti. L'inventario deve essere effettuato dalle singole regioni e coordinato a livello nazionale;
2. Collegamento delle strutture operanti nella regione per un coordinamento a livello nazionale.

**Indicatori**

**Indicatori di struttura:** applicazione di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi in termini di personale, locali e attrezzature.

**Indicatori di processo:** catalogo dei servizi offerti, n° e tipologia dei campioni conservati, definizione di un codice etico – manuale della qualità; elaborazione di procedure specifiche scritte per:

- Armonizzazione delle procedure di informativa al paziente, raccolta del consenso e prelievo;
- Attività di servizio (preparazione e distribuzione di materiale a ricercatori interni ed esterni all'istituzione);
- attività di Inserimento della Biobanca nell'ambito di network nazionali, europei ed internazionali.

**Indicatori di risultato:** Realizzazione di un documento di proposta di governance sulla base delle normative e le linee guida esistenti in materia, fattibilità per la messa in rete di campioni e dati e per un programma di controllo esterno di qualità dei campioni.



## ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/6

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Sperimentazione di un programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 5 – “La Sanità penitenziaria”

### 4. Referente

Dott. Lorenzo Rampazzo  
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Servizio Tutela Salute Mentale,  
tel. 041-2793490 fax 041-2793425  
email: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)

Segreteria Regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491  
email: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** annuale

**6. Aspetti finanziari:** Importo imputato a valere sulla quota del FSN 2012: € 720.000,00

### Contesto:

I disturbi della personalità sono una realtà diffusa negli istituti di pena. Molte patologie si manifestano nel corso della misura detentiva, alcuni individui infatti mostrano una particolare vulnerabilità ad essa. La letteratura scientifica mette in risalto come il suicidio in generale sia un fenomeno complesso che costituisce un grave problema di salute per la comunità e come esso sia una delle cause più comuni di morte nelle carceri.

Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria.

Considerati come gruppo, i detenuti hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità, presentano frequenti pensieri e comportamenti suicidari durante tutto il corso della loro vita, i detenuti in attesa di giudizio e i detenuti condannati hanno un tasso di tentativo di suicidio rispettivamente di 7.5 e 6 volte maggiore dei maschi nella popolazione generale.

Alcuni dati relativi alla popolazione carceraria aiutano a comprendere meglio la complessità del suicidio in carcere. Se nel 1975 i detenuti erano 30.000, nel 2008 avevano raggiunto i 57.000, nel 2009 si è toccata la quota di 60.000. In parallelo, il carcere è sempre più affollato di fasce emarginate, quali tossicodipendenti e giovani immigrati, particolarmente vulnerabili sotto l'aspetto bio/psico/sociale.

L'analisi dei dati ISTAT relativi ai decessi per suicidio nella popolazione carceraria nel quinquennio 2006-2011 evidenzia un numero pari a 50 nel 2006, 45 nel 2007, 46 nel 2008, 72 nel 2009, 66 nel 2010 e 66 nel 2011, con un'incidenza sulla popolazione detenuta mediamente presente in ciascuno degli anni in esame intorno allo 0,10%.

**ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/6

Mentre per quanto riguarda i tentativi di suicidio, si osservano frequenze molto più alte rispetto ai suicidi consumati (640 nel 2006, 610 nel 2007, 683 nel 2008, 700-750 nel 2009), con un'incidenza sulla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno pari all'1,3% circa.

Gli atti di autolesionismo (4000-4500) nel 2009 sono posti in essere dall'8-9% della popolazione detenuta, mentre gli scioperi della fame assommano a 5.000 sempre nel 2009.

I risultati della rilevazione avviata dal Dipartimento per la Giustizia Minorile sulle condotte suicidarie attuate dai soggetti detenuti negli Istituti penali per i minorenni (IPM) nel periodo dal 2001 al 2008 hanno evidenziato un totale di 61 eventi, di cui 2 suicidi e 59 tentativi di suicidio.

Fra i paesi europei, rispetto al totale dei decessi in carcere, l'Italia ha un numero relativamente alto di comportamenti suicidali.

**Autolesionismo, Suicidi e Decessi nelle Carceri Venete – (Fonte: DAP – Sezione statistica)**

<b>ATTI AUTOLESIONISMO</b>					
<b>ISTITUTI PENITENZIARI</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012 (al 30/06/12)</b>
CC Belluno	29	23	68	4	5
CC Padova	2	14	64	12	12
CR Padova	59	68	140	13	8
CC Rovigo	5	3	2	0	0
CC Treviso	10	3	5	2	6
CC Venezia	20	40	32	14	8
CRD Venezia	1	0	2	3	0
CC Verona	90	85	76	21	18
CC Vicenza	4	1	8	2	9
<b>TOTALE VENETO</b>	<b>220</b>	<b>237</b>	<b>397</b>	<b>71</b>	<b>66</b>
Tasso/10.000 detenuti	738,5	739,2	1219,7	225,0	103,6
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>4928</b>	<b>5941</b>	<b>5703</b>	<b>5639</b>	<b>3617</b>
Tasso/10.000 detenuti	847,8	917,9	839,0	842,9	271,8

<b>TENTATI SUICIDI</b>					
<b>ISTITUTI PENITENZIARI</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012 (al 30/06/12)</b>
CC Belluno	1	0	7	5	0
CC Padova	1	7	6	3	4
CR Padova	2	10	19	4	4
CC Rovigo	2	0	1	0	0
CC Treviso	2	3	0	2	2
CC Venezia	0	12	15	9	5
CRD Venezia	0	1	1	2	1
CC Verona	12	7	10	9	9
CC Vicenza	2	2	4	5	4
<b>TOTALE VENETO</b>	<b>22</b>	<b>42</b>	<b>63</b>	<b>39</b>	<b>29</b>
Tasso/10.000 detenuti	73,9	131,0	193,5	123,6	45,5
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>683</b>	<b>944</b>	<b>1137</b>	<b>1003</b>	<b>637</b>
Tasso/10.000 detenuti	117,5	145,9	167,3	149,9	47,9

**ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/6

**Obiettivi:**

Vari studi dimostrano come l'avvio di programmi di prevenzione del suicidio nelle carceri si accompagni a riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio, così pure un primo passo significativo verso la riduzione del numero di suicidi tra i detenuti è quello di creare un **“profilo”** in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio. Per esempio, la letteratura dimostra che i detenuti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati, avendo ciascun gruppo degli specifici fattori di rischio. La creazione di un profilo suicidario deve essere seguita da azioni di monitoraggio e dalla programmazione di interventi.

Per la buona riuscita di un programma di prevenzione sono fondamentali come da indicazioni dell'OMS (WHO, 2007):

- la formazione del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, e costituisce la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio;
- la presenza di un servizio accoglienza per i nuovi giunti, nel contesto di una valutazione medico-psicologica condotta da professionisti secondo specifici protocolli, con una procedura di trasmissione delle informazioni acquisite a tutto il personale interessato, al fine di assicurare la valutazione del rischio e sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento da parte di altri operatori, in particolare quelli del servizio psichiatrico;
- un'attività di osservazione protratta nel tempo da parte di tutto il personale coinvolto, con chiara definizione del ruolo dei diversi operatori e con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria, al comportamento tenuto durante i momenti di socialità per individuare problematiche di convivenza e relazione con i compagni di detenzione, a eventuali conflittualità emerse nei colloqui con i familiari, ecc.;
- una comunicazione efficace dei segnali comportamentali, che possono essere indicatori di rischio suicidario, tra le varie professionalità che a diverso titolo hanno contatti con il detenuto;
- la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio, soprattutto in presenza di risorse di personale di supporto socio-psicologico non sufficienti rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione detenuta.

Per quanto riguarda il “profilo”, l'OMS individua come gruppi vulnerabili più a rischio di suicidio i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive, le persone con assenza di supporto sociale o familiare, i soggetti con precedenti suicidari (WHO, IASP, 2007). In Italia, agli inizi degli anni duemila, vari studi consentono di tracciare un profilo di rischio rispetto a variabili situazionali e ambientali (Manconi, 2002; Manconi, Boraschi, 2006; Buffa, 2008):

- ci si toglie la vita con maggiore frequenza nel primo anno di detenzione e la gran parte si concentra nei primi giorni e nelle prime settimane.
- segnali antecedenti il suicidio (“suicidi annunciati”)
- un numero inferiore di suicidi fra le persone definitive (si suicida di più chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello)
- in carcere si uccidono per lo più giovani uomini, si evidenzia una più forte propensione al suicidio tra i 18 e i 34 anni.
- Il sovraffollamento degli istituti Penitenziari, il restringimento degli spazi e il deterioramento delle relazioni, insieme alla scarsità di opportunità, sono effettivamente correlabili non solo col suicidio, ma più in generale con l'autolesionismo.

**ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/6

- Nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) viene data molta importanza al modello stress-vulnerabilità nell'interpretazione del disordine psicologico del detenuto.

**Descrizione del Progetto:**

Nell'affrontare il problema del suicidio in carcere non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario (sovraffollamento, restringimento degli spazi, ecc....) né dagli specifici livelli di salute psicofisica (deterioramento delle condizioni igieniche, deterioramento delle relazioni) delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale.

La prevenzione del suicidio nel contesto detentivo esige soprattutto la presenza di condizioni di vita accettabili, il riconoscimento nonché la necessità di farsi carico dei problemi di natura psichiatrica, il controllo sui fattori di rischio personali e ambientali accentuati da un contesto rigorosamente organizzato e fortemente spersonalizzante.

Dato che pochi studi identificano elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria (WHO, 2007) bisogna prestare attenzione a non utilizzare un approccio prevalentemente rivolto alla individuazione dei soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio, perché questo vorrebbe dire perdere di vista l'individuazione delle conseguenze derivanti dall'interazione fra individuo e ambiente e favorire la psichiatrizzazione del suicidio in carcere e del detenuto stesso.

Importanti sono i raccordi con i servizi del territorio, Azienda ULSS prima di tutto, ma in questo senso andrebbero valorizzate eventuali risorse del Volontariato e del Terzo Settore.

La comunicazione tra gli operatori e l'organizzazione di sistemi di comunicazione tra i vari operatori penitenziari sono elementi che influenzano positivamente la vita nel carcere.

Un ambiente ed un clima sociale positivo (riduzione della violenza all'interno delle carceri e controllo dei fenomeni di prevaricazione e bullismo) possono essere determinanti nel modificare lo stato di disagio delle persone detenute.

Un adeguato livello di informazioni fin dall'inizio per il detenuto sulle regole della vita in carcere e l'individuazione di operatori con cui il nuovo giunto possa instaurare un dialogo fin dall'inizio possono aiutare molto in una fase particolarmente critica.

**Fasi e tempi delle azioni previste**

Il Programma si articola nelle seguenti azioni:

**Azione 1**

Valutazione e monitoraggio dei nuovi ingressi con particolare attenzione ai detenuti stranieri <sup>1</sup> (a cura degli operatori sanitari e penitenziari):

- Valutazione medica del nuovo giunto utilizzando la Scheda di "valutazione delle condotte auto-etero aggressive".
- Valutazione medico-psicologica del minore utilizzando la Scheda "detenuti nuovi giunti informatizzata al fine di prevenire rischi di autolesionismo/suicidio e favorire l'integrazione e la collaborazione tra sanitari, educatori e agenti di polizia penitenziaria".
- Rilevazione dello stato di salute dei detenuti, con particolare riferimento ai problemi di tipo psicologico e psichiatrico e all'uso/abuso di sostanze.
- Monitoraggio dello stato di salute con cadenza periodica.
- Osservazioni nel primo periodo del comportamento da parte degli agenti di polizia penitenziaria nel caso degli adulti, e degli educatori e agenti di polizia penitenziaria e dello psicologo nel caso dei minori.

**Azione 2**

Individuazione dei fattori di rischio (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):

---

**ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/6

- Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse
- Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni clinico-organizzative volte a prevenire azioni autolesive e suicidarie.
- Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse.

In particolare, andranno esaminati:

a) i fattori situazionali ed ambientali:

- ingresso,
- isolamento,
- sovraffollamento,
- ambiente conflittuale,
- comportamenti violenti

b) i fattori psicosociali:

- età,
- supporto sociale e familiare,
- malattia psichiatrica,
- abuso di sostanze,
- condizioni di stress,
- tratti personologici,
- vulnerabilità psicologica,
- malattie somatiche,
- sentimenti di disperazione,
- espressione di intenzionalità suicidaria.

**Azione 3**

Individuazione degli interventi di tipo ambientale relazionale: (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):

- Ridurre l'inattività
- Curare il clima sociale tra i detenuti
- Favorire le relazioni interpersonali ed i contatti con l'esterno
- Sperimentare "Centri di Ascolto", ad esempio con risorse interne ed esterne (volontari e Terzo Settore) o reti informali di ascolto e supporto
- Valutare la possibilità di sviluppare gruppi di auto mutuo aiuto.

**Azione 4**

Comunicazione efficace tra le varie professionalità (a cura dell'Unità operativa Sanità Penitenziaria e della Direzione dell'Istituto Penitenziario):

- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario dei fattori di rischio individuati
- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario degli interventi di tipo ambientale relazionale individuati
- Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni finalizzate a migliorare la comunicazione tra personale sanitario e penitenziario e tra detenuti e personale
- Incontri multidisciplinari degli operatori sanitari e penitenziari, coinvolgendo quando necessario il personale esterno eventualmente coinvolto nella gestione dei detenuti
- Incontri (stile audit) con gli operatori sanitari e penitenziari dopo casi di suicidio o casi gravi di autolesionismo
- Funzionamento e condivisione, anche con il personale sanitario, dei risultati delle Commissioni previste dall'art. 27, comma 2 O.P., nonché dall'art. 41 comma 6 e dall'art. 42 comma 6, R.E..

**ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/6

**Azione 5**

Formazione ed aggiornamento congiunto del personale sanitario e penitenziario rivolta soprattutto a chi opera a diretto contatto con i detenuti (a cura della Regione e del PRAP/CGM):

- Realizzazione di percorsi formativi su:
  - o gli elementi base del dialogo,
  - o gli aspetti psicologici, sanitari, organizzativi e comunicativi all'interno dell'equipe
  - o il rapporto tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari.

**Cronogramma**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												

**Risultati attesi**

- l'avvio della sperimentazione in tutte le strutture carcerarie per adulti e per minori presenti sul territorio della Regione del programma per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- L'attivazione di specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;

**Indicatori**

- Riduzione degli episodi di autolesionismo
- Riduzione dei casi di suicidio

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/8

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 6 “L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano”.

**Titolo del progetto:** Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani (*contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.9.8*)

**Referenti**

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** pluriennale (2010-2012)

**Aspetti finanziari per l'anno 2012:**

Costo del Progetto: € 1.470.000,00

Importo interamente assegnato a valere su quota vincolata del FSN 2012.

**Premessa.**

La Regione Veneto da molti anni rappresenta un punto di riferimento nazionale per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà in virtù di un programma strutturato di interventi adottato nell'ambito del piano triennale SISP fin dal 2002. In questo ambito il Veneto è già impegnato come capofila o partner in numerosi progetti finanziati dal CCM ed ha contribuito a costruire e consolidare una rete di operatori (sanitari e non) attiva a livello intra ed inter regionale.

In Veneto oggi tutte le aziende sanitarie sono già partecipi, seppure in modo disomogeneo, del progetto regionale di promozione dell'attività fisica. In particolare

1. in ogni azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di prevenzione;
2. ogni azienda ha partecipato a uno o più incontri o eventi formativi sul tema dell'attività fisica;
3. ogni azienda ha promosso uno o più progetti locali

Il progetto regionale si propone di consolidare la rete, di estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e di coinvolgere anche quelle meno attive. Si propone inoltre di estendere la copertura degli interventi alle fasce di popolazione a maggior rischio ed ai determinanti ambientali dell'attività fisica.

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/8

**Contesto**

Per la sedentarietà in Veneto i dati più recenti (Anno 2011) sono quelli rilevati su adulti dai 18 ai 69 anni dalla sorveglianza Passi: il 32% degli intervistati può considerarsi adeguatamente attivo, il 44% svolge una moderata attività fisica ed il restante 24% non svolge proprio attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà è più diffusa tra le persone con basso livello di istruzione. Il 17% dei sedentari ha percepito come sufficiente il proprio livello di attività fisica. Solo al 37% delle persone intervistate un medico o un operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica.

Per quanto riguarda i ragazzi, lo studio HBSC dell'OMS (giovani tra 11 e i 15 anni) ha evidenziato che nel 2010 svolgevano almeno 1 ora di AF per 5 giorni alla settimana il 25% degli 11enni, il 29% dei 13enni e il 21% dei 15enni; i maschi erano più attivi delle femmine e anche il declino dell'AF con l'età era maggiore per le ragazze.

La sedentarietà e la conseguente obesità infantile sono problemi sanitari emergenti: molti bambini, come molti adulti, introducono nel loro fabbisogno giornaliero più calorie di quante ne consumano attraverso il movimento.

Il declino dell'attività fisica in età sempre più precoce è un dato in linea con l'epidemia dell'obesità, ma emerge anche una tendenza preoccupante all'aumento del diabete tipo 2 e della sindrome metabolica in età giovanile. Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente a piedi o in bicicletta nel proprio ambiente di vita, accompagnata da un aumento della mobilità passiva utilizzata anche per tratti brevi, potenzialmente percorribili in altro modo. In realtà nelle città la gestione e l'organizzazione degli spazi urbani rendono sempre più difficile praticare attività semplici e non strutturate, attività che vengono ricercate tipicamente in età prescolare per sviluppare le capacità motorie, quali andare in bicicletta, utilizzare pattini, correre e fare gioco libero. Fornire ai bambini questa opportunità significa favorire scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e, viceversa, promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva.

Uno stile di vita sedentario comporta implicazioni negative non solo sulla salute fisica, ma anche sullo sviluppo cognitivo e psicosociale, soprattutto in età evolutiva. Esplorare lo spazio attraverso il movimento e il gioco è un aspetto molto importante per lo sviluppo infantile. I bambini che non sono capaci di esplorare in modo sicuro il proprio ambiente di vita, anche attraverso la conoscenza del proprio corpo, potrebbero in seguito trovare delle difficoltà nell'affrontare piccole situazioni che richiedono abilità cognitive, esplorative e di scelta.

Anche tra i ragazzi, soprattutto tra gli 11 e i 15 anni, si osserva un declino significativo dei livelli di attività fisica, in linea con l'aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto ma anche alle attività ricreative quali passare molto tempo a guardare la televisione o giocare al computer. I fattori più frequentemente considerati ostacoli alla pratica individuale dell'attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, un inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari ma attualmente la scarsità di ore di attività fisica nelle scuole e la poca importanza data all'educazione fisica come materia curricolare non facilita il raggiungimento di questo risultato.

Nella scuola primaria, a differenza di quanto accade in altri paesi Europei, l'educazione al movimento impegna un numero limitato di ore (500 stimate in 5 anni) ed è gestita da maestri privi di qualifiche specifiche. Nella scuola secondaria di 2° grado vengono destinate all'educazione fisica 2 ore alla settimana, parte delle quali impegnate nella formazione teorica. Non è superfluo ricordare che in questi ordini le norme di riferimento per l'edilizia scolastica (DM 18.12.45) non prevedono in tutti i casi l'obbligo di una palestra, essendone escluse, ad esempio, le scuole di minori dimensioni, alcuni istituti professionali ecc...E' evidente che questo rappresenta una contraddizione ed un impedimento ulteriore ad un'azione di supporto ai comportamenti attivi.

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/8

Per quanto riguarda l'attività sportiva extrascolastica un'indagine condotta in Veneto tra gli alunni delle scuole superiori, ha evidenziato che il 54 % di essi pratica un'attività motoria sportiva ma si registra anche un'alta percentuale di abbandono dovuto a una serie di fattori: interferenza con lo studio, altri interessi, orari scomodi e impianti troppo lontani, allenatori troppo esigenti ecc. Risulta evidente in particolare che "il mondo dello sport e quello della scuola non vengono vissuti come sufficientemente integrati" e "si riscontra una diffusa richiesta di maggiore tempo dedicato allo sport nell'ambito delle ore scolastiche".

Diversi studi hanno rilevato che i bambini e gli adolescenti che praticano regolarmente attività fisica hanno i genitori (o altre figure parentali) che esercitano uno sport o che motivano i loro figli ad essere attivi, per esempio accompagnandoli ad eventi sportivi, facendo sport insieme a loro, osservandoli giocare ecc. Inoltre, i dati ISTAT del 2002 evidenziano che tra i bambini che hanno un comportamento sedentario, il 57.4% ha entrambi i genitori che non svolgono alcuna attività fisica regolare. Intervenire precocemente modificando i comportamenti dei bambini e dei giovani può comportare l'interruzione di questo circolo vizioso, oltre a produrre benefici immediati negli interessati.

Da quanto sopra, emerge la necessità di programmare nell'ambito di interventi di popolazione iniziative per i bambini ed i giovani coinvolgendo anche gli altri soggetti sociali e tenendo conto delle specificità delle singole fasce di età, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni fornite dalle agenzie internazionali.

L'OMS indica alcune tipologie di attività per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica nelle varie età e precisamente:

- i bambini e gli adolescenti dovrebbero essere occupati almeno un'ora al giorno in attività fisiche adatte all'età, divertenti e diversificate;
- la maggior parte di queste attività dovrebbero essere di tipo aerobico e di intensità moderata/vigorosa;
- ognuna delle attività vigorose e di quelle di rinforzo muscolare e osseo dovrebbero essere previste almeno tre volte la settimana.

Com'è evidente le indicazioni riguardanti i bambini e gli adolescenti sono decisamente più impegnative rispetto a quelle prescritte per gli adulti e gli anziani. E' altrettanto evidente che difficilmente un'unica pratica sportiva o ricreativa può soddisfare questi requisiti e che quindi è necessario puntare all'affiancamento con attività di movimento integrate nella vita quotidiana. Per questo è necessario che le proposte mirino a rafforzare comportamenti attivi nei giovani non solo mediante l'incentivazione dello sport ma anche dell'attività motoria in generale, quali strumenti di benessere fisico e psico-sociale destinati a tutti i giovani, abili e meno abili.

In un contesto così preoccupante i sistemi sanitari possono svolgere un ruolo primario a diversi livelli:

- fornendo conoscenze su interventi di provata efficacia ai decisori e agli stakeholders;
- facilitando lo scambio di esperienze e conoscenze in materia;
- promuovendo l'attività fisica presso altri settori e fornendo a questi gli strumenti per facilitarne l'integrazione nelle politiche relative;
- intervenendo perché l'attività fisica entri a pieno titolo nell'agenda delle politiche sanitarie;
- fornendo l'esempio;
- dimostrando i benefici economici degli investimenti sull'attività fisica.

Tuttavia l'attività fisica non è soltanto una questione di sanità pubblica; essa riguarda anche il benessere della comunità, la protezione dell'ambiente e rappresenta un investimento per le generazioni future. Per questo gli interventi dovrebbero essere condotti nei vari settori e nelle diverse amministrazioni su larga scala e in maniera sistematica e coerente.

Per quanto riguarda la collaborazione con il settore delle cure primarie, essenziale per la promozione dell'attività fisica a livello individuale, i medici di medicina generale del Veneto sono già stati destinatari di

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/8

alcuni eventi formativi: nel 2007/08 è stata realizzata una campagna di formazione per gli operatori sanitari della prevenzione e per i medici di medicina generale (MMG) in cui sono stati coinvolti 962 operatori sanitari, di cui 724 MMG. Nel corso di tale campagna è stato realizzato un questionario per i MMG, per testare comportamenti, conoscenze e convinzioni riguardo al tema dell'attività fisica (AF) e della sua promozione nel contesto ambulatoriale. La ricerca ha visto coinvolti 459 MMG di 13 ULSS del Veneto (35% femmine e 65% da maschi, il 76% con età compresa tra i 44 e i 58 anni). E' emerso che il 44% dei medici non pratica regolarmente l'AF; per chi non la pratica, gli ostacoli principali sono il poco tempo disponibile e la stanchezza. Il 46% nell'anamnesi chiede di routine se il paziente pratica AF, il 50% lo chiede in casi specifici; il 56% ha uno spazio sull'AF nella sua scheda paziente; l'84% consiglia spesso o sempre l'AF ai pazienti; più del 90% ritiene che il MMG abbia una grande importanza nel motivare i pazienti all'AF; per rendere più praticabile la prescrizione dell'AF viene ritenuto importante da parte della sanità pubblica: intensificare le campagne informative (26%) e facilitare l'accesso alle strutture (10%).

Le iniziative volte a stimolare l'attività fisica dovrebbero avvalersi dei seguenti principi chiave:

- agire a livello di popolazione
- intendere il termine "attività fisica" in senso ampio
- coinvolgere altri settori dell'economia e della società
- migliorare e attrezzare il territorio in funzione dell'attività fisica
- intervenire contemporaneamente sui diversi aspetti del problema
- realizzare iniziative che rispondano alle reali esigenze dei cittadini
- ridurre le disuguaglianze
- basarsi sulle evidenze scientifiche più robuste
- essere sostenibile
- lavorare su vari livelli

(OMS Europe, Physical Activity and Health in Europe).

*L'ambiente*

Come esplicitato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la promozione della salute comporta azioni dirette a contrastare i determinanti negativi della salute e a favorire i determinanti positivi. Individuare la salute come obiettivo nei documenti preliminari comporta anche la responsabilità di rendere esplicite le conseguenze sulla salute nei vari ambiti di intervento (es. attraverso la valutazione dell'impatto sanitario) e l'integrazione delle azioni con quelle previste nei piani sanitari. Da questo punto di vista le varie scelte di pianificazione territoriale si possono rivelare strategiche nel determinare una modifica di comportamenti a livello individuale o collettivo nel senso dell'attività fisica o della sedentarietà.

Nel processo di pianificazione nella Regione Veneto, il presente governo del territorio disciplinato dalla LR 11/04, prevede un importante ruolo delle istituzioni e dei soggetti portatori di interessi per la collettività. Sono in atto una serie di interventi e di processi partecipativi per concorrere ad una condivisione di bisogni e azioni nella definizione dei piani di carattere regionale come il PTRC e negli ambiti comunali o sovracomunali (PTCP, PAT e PATI).

Il ruolo del sistema sanitario in questo ambito è essenziale:

1. fornitore di dati e valutazioni relativi alla situazione epidemiologica delle realtà in esame come supporto ai decisori (dati di mortalità, morbosità, incidentalità, comportamenti ecc.);
2. soggetto che concorre alla valutazione di dati ambientali relativi al territorio, portando il punto di vista delle ricadute sanitarie dei problemi ambientali;
3. soggetto che concorre alla valutazione delle previsioni di impatto sanitario degli scenari e delle scelte di pianificazione.

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/8

Si manifestano ancora timidamente i riferimenti espliciti alla salute nei documenti preliminari dei piani territoriali e ciò impedisce di cogliere importanti opportunità preventive.

Nel particolare contesto territoriale del Veneto spesso le residenze sono state dislocate in modo casuale ed altrettanto casuale è la localizzazione delle funzioni (del lavoro, dei servizi, dello svago, ecc) alle quali le persone devono accedere. Il tema della mobilità legato allo spazio urbano quale motore e luogo che permetta ma soprattutto incentivi l'attività motoria, è tema che va trattato e raccolto dalle amministrazioni competenti con queste specifiche priorità:

- valutazione dell'impatto sanitario delle scelte di piano e come il sistema degli obiettivi può migliorare la vivibilità della gente;
- individuare indicatori di risultato e le % di trasporto che si vogliono trasferire dal veicolo privato a sistemi di trasporto pubblico integrato con la mobilità alternativa (piedi/bici, car sharing, ecc.);
- delineare assetti territoriali per ragionare in termini di rete dove i rami sono canali infrastrutturali e le maglie porzioni di area da governare; progettare, trasformare con progetti di area: in questo quadro i piani del verde e le zone dove investire sulla mobilità alternativa come le isole ambientali, le zone 30 o le aree non attraversabili sono usi del suolo da pianificare, parti di un progetto di area. Analogamente rappresentano problematiche di interesse per la salute la pianificazione dei servizi e delle aree per la socializzazione ed integrazione.

Obiettivi generali

Il programma si propone di incidere sui comportamenti sedentari nelle varie fasce di popolazione al fine di:

- 1) ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerativo legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori ..... ) della depressione nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio;
- 2) prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
- 3) favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affetta da demenza;
- 4) migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete;
- 5) migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Obiettivi specifici

1. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target e multi-componenti per incoraggiare il movimento nella vita quotidiana e nel contesto urbano (popolazione target tutta la popolazione)
2. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta; rilevare e migliorare le possibilità di movimento in tutti i contesti di vita dei ragazzi, compresa la scuola (popolazione target ragazzi della scuola primaria e secondaria)
3. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono iniziative di incremento dell'attività fisica organizzata per anziani in gruppo utilizzando le esistenti strutture sociali o luoghi di ritrovo (popolazione target anziani)

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/8

4. Attivare e diffondere gli interventi di attività fisica per gruppi a rischio in quanto affetti da patologie specifiche che traggono maggior beneficio dal movimento sotto l'aspetto terapeutico e abilitativo (pazienti psichiatrici cardiopatici diabetici e obesi)
5. Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale e dei lavori pubblici dei trasporti e della sanità le linee di indirizzo sulle trasformazioni urbane che promuovono e favoriscono stili di vita attivi (popolazione target tutta la popolazione)
6. In collaborazione con il progetto per la prevenzione degli incidenti domestici attivare programmi di attività fisica a scopo terapeutico, riabilitativo appositamente studiato sotto il profilo quantitativo in collaborazione con i professionisti di riferimento, sono previsti interventi formativi rivolti a personale di assistenza domicilio (sia di aria pubblica che di cooperative) e per il personale addetto all'assistenza nelle strutture residenziali (che possono fungere da formatore per l'area individuata)

*Azioni*

Numerose azioni sono già state effettuate al fine di raggiungere gli obiettivi sopra citati. Si tratta ora di consolidare gli interventi in atto e di realizzare le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi fissati.

I principali filoni di attività individuati (privilegiando in ogni caso gli interventi rivolti alla popolazione ed ai gruppi a rischio) sono:

1. attività per adulti/anziani: gruppi di cammino, ginnastica in palestra, ballo, piscina ecc.; interventi specifici per portatori di patologie croniche (diabetici, cardiopatici, obesi, pazienti psichiatrici e anziani parzialmente non autosufficienti);
2. attività per ragazzi: pedibus, interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta, attività ludico-sportive per giovani;
3. interventi che prevedono la diffusione di "punti di decisione" per favorire comportamenti attivi (solleciti all'uso delle scale, alla mobilità attiva, al movimento nei parchi);
4. interventi che migliorano la collaborazione dei vari soggetti nella stesura dei piani di zona;
5. interventi sui determinanti ambientali degli stili di vita (urbanistici e sociali);
6. integrazione trasversale tra progetti: lotta alla sedentarietà, promozione della sana alimentazione, prevenzione cardiovascolare e collaborazione ospedale-territorio, prevenzione delle malattie croniche (diabete, obesità ecc.), urbanistica, prevenzione incidenti stradali e domestici;
7. coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale, anche attraverso attività di formazione specifiche.

<b>Beneficiari</b>	<b>Personale delle aziende sanitarie ed ospedaliere, delle strutture residenziali, delle amministrazioni locali, delle scuole; popolazione sedentaria e categorie a rischio</b>
--------------------	---

**Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Migliorare la capacità di promuovere l'attività fisica nel personale sanitario; aumentare i livelli di attività (con particolare riguardo alla vita quotidiana) di adulti e ragazzi; migliorare l'offerta di occasioni di attività fisica per la popolazione e i suoi sottogruppi

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/8

		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
% di Aziende Ulss che aderiscono formalmente al programma regionale di promozione dell'attività fisica con programma aziendale e gruppo di lavoro multidisciplinare	Delibera del Direttore Generale		Individuato referente 100%, 5% con DDG	40%		80%	
Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno 1 gruppo di cammino per categorie a rischio	Dati di monitoraggio del programma			80%		90%	
Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno una iniziativa di attività motoria (pedibus o altro) in collaborazione con la Scuola	Dati di monitoraggio del programma			80%		90%	

**ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 8/8

**Costi del personale coinvolto**

Per ogni Azienda Ulss, le attività previste sono coordinate da 1 medico, impegnato per il 50% del monte ore annuale, e da una persona del comparto, impegnata per il 100% del monte ore annuale. Nella tabella che segue l'impegno stimato è suddiviso nelle diverse azioni di programma:

Attività	Impegno stimato del personale MEDICO coinvolto	Costo (Stimato un impegno complessivo del 50% del monte ore annuale)	Impegno stimato del personale del COMPARTO coinvolto	Costo (Stimato un impegno complessivo del 100% del monte ore annuale)	Altri costi (spese per marketing sociale, comunicazione)
Organizzazione attività per adulti/anziani	5%	€ 1.500	40%	€ 12.000	
Organizzazione attività per ragazzi	5%	€ 1.500	40%	€ 12.000	
Definizione di interventi urbanistici e sociali	30%	€ 9.000	5%	€ 1.500	
Attività con i medici di base	40%	€ 12.000	10%	€ 3.000	
Integrazione trasversale tra progetti	20%	€ 6.000	5%	€ 1.500	
<b>Totale</b>		<b>€ 30.000,00</b>		<b>€ 30.000,00</b>	<b>€ 10.000,00</b>

Quindi:

**Totale costo stimato per Azienda Ulss: € 70.000**

**Totale costo stimato per Regione (21 Aziende Ulss) : € 1.470.000**



## ALLEGATOM alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Progetto per la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno.  
(contenuto in DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.9.7)

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 7 “Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita”

### Referenti:

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** 2010-2012

### Aspetti finanziari:

Costo del progetto: € 1.225.000,00

Importo interamente assegnato a valere sulla quota del FSN 2012.

### Contesto

L'allattamento materno esclusivo (fino a sei mesi compiuti) e prolungato (associato ad una alimentazione complementare appropriata anche fino a due anni ed oltre) è ormai universalmente considerato un irrinunciabile determinante di salute e viene raccomandato dall'OMS, dalla Commissione Europea, dalle Società Scientifiche e dalle principali Organizzazioni Non Governative a tutela della salute; per questo è anche la prima azione raccomandata del programma intersettoriale Guadagnare Salute. Tra gli strumenti rivelatisi più efficaci, particolare rilievo assumono il programma internazionale OMS/UNICEF Ospedali Amici dei Bambini “Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI), promosso e condotto in Italia dal Comitato Italiano per l'UNICEF sotto il nome di “Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno” che prevede una riorganizzazione e trasformazione dei punti nascita in centri di promozione dell'allattamento al seno, nonché il programma nazionale per una “Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno” in conformità con il programma Internazionale Baby Friendly Community Initiative (BFICI), finalizzato ad un'adeguata preparazione delle gestanti e ad un sostegno dopo la nascita prolungato nel tempo alle madri ed alle loro famiglie. Il percorso è particolarmente coerente con “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente ‘Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo del 16.12.2010”.

**ALLEGATOM alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

La Regione Veneto con DGR 248 del 4.02.2005 ha scelto di operare su due piani progettuali principali, che prevedono sia un'attività di sensibilizzazione e promozione, sia, più specificatamente, l'adozione di protocolli internazionali di eccellenza (standard BFHI/BFCI OMS/UNICEF) comprendenti attività di Formazione degli operatori, il Riorientamento delle attività nei percorsi nascita e attività promozionali c/o la popolazione, strumenti ai quali va aggiunto una progettualità sperimentale per il monitoraggio dell'Allattamento materno. La realizzazione degli obiettivi comporta una regia regionale coordinata da un Comitato Regionale Allattamento Materno, previsto dalla DGR citata.

Con DGR 3139/2010 il progetto è stato inserito nel Piano Regionale Prevenzione.

**Obiettivo Generale**

Promuovere l'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita e fino al 6° mese compiuto e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, in modo prolungato secondo i criteri OMS, garantendo un sostegno alle madri ed alle famiglie

**Obiettivo specifico 1)** - Attivazione del Comitato Regionale Allattamento Materno previsto dalla DGR 248 del 4.02.2005

**Obiettivo specifico 2)** - Proteggere, Promuovere e Sostenere l'Allattamento al Seno nel percorso nascita

**Obiettivo specifico 3)** – Implementazione del progetto OMS/UNICEF “Ospedali Amici dei Bambini” e “Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno” nei punti nascita reclutati (n. 5 nel 2010 a 20 nel 2011)

**Obiettivo specifico 4)** - Realizzazione di un sistema informatizzato integrato Ospedale/Territorio per il monitoraggio dell'allattamento materno e di altri indicatori di salute dalla nascita alla prima infanzia

**Azioni ed Indicatori**

**Obiettivo Generale. Indicatore di risultato:** Tassi di allattamento secondo le tipizzazioni OMS

**Risultati attesi**

Aumento della prevalenza dell'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita e al 6° mese compiuto, secondo i criteri OMS. Aumento della prevalenza dell'allattamento materno oltre l'anno di vita del bambino. Aumento dei Punti Nascita BFH in Veneto. Avvio di un sistema di monitoraggio.

**Obiettivo specifico 1)** 1.a) Convocazione del Comitato Regionale Allattamento

*Indicatore/i di processo/risultato* 1.a) Report annuale delle attività del Comitato

**Obiettivo Specifico 2)** Proteggere, Promuovere e Sostenere l'Allattamento al Seno nel percorso nascita

2.a) produzione e distribuzione di materiale informativo specifico per le famiglie (opuscolo)

*Indicatore/i di processo/risultato* 2.a) evidenza della produzione e distribuzione in tutte le Aziende della Regione di materiale informativo specifico per le famiglie (opuscolo allattamento/policy allattamento)

**Obiettivo Specifico 3)** Implementazione del progetto OMS/UNICEF “Ospedali Amici dei Bambini” e “Comunità amica dei bambini per l'Allattamento Materno (2012 tot. previsto: 20 punti nascita reclutati)

3.a) Attivazione e formalizzazione del percorso di riconoscimento di “Ospedale Amico dei Bambini OMS/UNICEF”. L'obiettivo dell'Audit a fine progetto è indirizzato alla valutazione della tappa n. 2 prevista dall'UNICEF - relativa alla formazione (fase 2) per tutte le Aziende partecipanti al percorso (ottenimento del “Certificato di Impegno OMS/UNICEF”)

3.b) Individuazione di due referenti aziendali per l'allattamento al seno e costituzione di un gruppo di lavoro per ogni punto nascita

3.c) Attivazione di percorsi formativi specifici EDCM-FSC per 9 master (110 h.), per circa 90 formatori (54h.) secondo i modelli innovativi con riferimento agli standard OMS, successiva formazione aziendale a

**ALLEGATOM alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

tutto il personale dei reparti di ostetricia e pediatria e del percorso nascita (20 h. corso standard OMS/UNICEF)

3.d) Monitoraggio regionale periodico dello stato di applicazione degli standard nel percorso di Ospedali Amici dei Bambini/Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFHI/BFCI) presso le aziende coinvolte

3.e) Audit esterno di valutazione per il riconoscimento di BFH (UNICEF)

**Obiettivo Specifico 4) Monitoraggio**

4.a) Sperimentazione nelle Aziende di cui al punto 3 di un sistema di monitoraggio (allattamento esclusivo secondo i criteri OMS: alla dimissione e a circa sei mesi) integrato con altri indicatori di salute nei primi anni di vita (Genitori Più) e coerente con le Linee di Indirizzo Nazionali sull'Allattamento Materno

*Indicatore/i di processo/risultato* 4.a) Report dati di monitoraggio prevalenza dell'allattamento materno e sulla validazione dello strumento sperimentato

**Cronoprogramma 2012**

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Macro-Obiettivi	<b>Attività 1</b> Governance (comitato regionale)	Attivazione comitato										
	<b>Attività 2</b> Promozione	Produzione					Distribuzione					
	<b>Attività 3</b> Implementazioni e standard (formazione/audit)	Formazione Master fino al 4/2012			Formazione Formatori I-II-III FSC				Formazione Formatori IV_V°		Formazione Aziendale OMS/UNICEF 20 h	
	<b>Attività 4</b> Attivazione sistema/Monitoraggio	Rilevamenti per flussi e survey periodiche			Survey GenitoriPiù							Inserimento in anagrafe vaccinale

<b>Beneficiari</b>	Madri e neonati ( <b>nati 47.682</b> - ISTAT a. 2009)
--------------------	---

**Obiettivi di salute e di processo perseguiti:**

**Obiettivi di salute:** Consolidata letteratura scientifica mostra l'aumento dei tassi di allattamento materno esclusivo e prolungato comporta una ricaduta molto significativa in termini di salute (tra i tanti effetti vanno segnalati nel breve periodo riduzione della mortalità, specie nei nati pretermine, della morbilità nei primi anni di vita, e nel lungo periodo di diabete, obesità, malattie cardiovascolari, ma anche per la madre, con riduzione del rischio di tumori al seno e dell'utero e dell'osteoporosi) e con una dimostrata proporzionale e sensibile riduzione della spesa sanitaria (Pediatrics 2009-1616). L'indicatore (con criteri OMS) sull'allattamento esclusivo al seno è inoltre considerato oltre che un determinante di salute fondamentale anche un ottimo indicatore della qualità della relazione madre bambino e dell'attenzione dei servizi sanitari e della Comunità alla famiglia e al benessere dell'infanzia.

**Obiettivi di processo:** la Baby Friendly Hospital Initiative e Baby Friendly Community Initiative OMS UNICEF sono considerate universalmente la più efficace modalità di promozione (BFHI: EBM - 1++, grado di raccomandazione A) – **Indicatore:** N° di punti nascita reclutati

**ALLEGATOM alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:****tassi allattamento esclusivo alla dimissione (recall period dalla nascita) e a 6 mesi (recall period 24h)**

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Prevalenza Allattamento materno esclusivo alla Dimissione negli ospedali candidati BHF(criterio OMS)	Cedap/SDO		Non disponibili su base regionale. All.Ex. a 3 mesi 54,9% (GenitoriPiù anno 2009*)	70%		>80%	
Prevalenza Allattamento materno esclusivo a 6 mesi (criterio OMS)	Rilevamento alla 2° seduta vaccinale (Indicazioni)			8%		>10%	

**Costi stimati del personale coinvolto**

- a) Attività formativa a cascata prima fase: 9 master per 110 h., 85 formatori per 62 h. di formazione specifica, 15 formatori per 16 h. di upgrade-aggiornamento (tot. 6500 h. più spese – personale del comparto e della dirigenza – calcolo costo orario medio 50€), tot. € 325.000

Attività di implementazione locale, 20 gruppi interdisciplinari:

Referenti: pari a n. 2 operatori per il 25% del monte ore annuale, pari € 15.000 x 20 punti nascita di Aziende Ulss e Aziende Ospedaliere, tot. € 300.000

Membri del gruppo interdisciplinare: media di 5 operatori comparto/dirigenza pari al 10%, € 6.000 x 5 h x 20 punti nascita tot. € 600.000

Audit UNICEF a carico dei fondi regionali.

**tot. € 1.225.000**



## ALLEGATON alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/2

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno **2012**

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Parto senza dolore

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - linea n. 7°“Tutela della maternità e promozione dell’appropriatezza del percorso nascita”

#### 4. Referente

Dott. Claudio Pilerci - Dirigente Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata

Tel. 041/2791672

Fax 041/2791683

[claudio.pilerci@regione.veneto.it](mailto:claudio.pilerci@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041/2793457

Fax 041/2793491

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

**5. Durata del progetto:** 2012

#### 6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 3.500.000,00

#### Contesto:

Nell’ambito della tutela del diritto alla salute, la Regione Veneto è intervenuta affinché ogni gestante, condizioni cliniche permettendo, potesse usufruire di tecniche antalgiche ed in particolare della partoanalgesia epidurale, la più collaudata tecnica analgesica in travaglio di parto che determina un’analgesia parziale del corpo, permettendo alla gestante di mantenere uno stato di coscienza vigile e una respirazione spontanea.

La somministrazione di farmaci oppiacei avviene nello spazio epidurale della colonna vertebrale. L’infusione è permessa da un sottile sondino, posizionato tramite la puntura di un ago in sede lombare. La tecnica determina un blocco epidurale continuo, con effetto sedante sulle terminazioni nervose che si originano dal midollo spinale. Rispetto all’anestesia generale classica, la quantità di farmaci utilizzata è notevolmente ridotta.

Secondo l’ISTAT, in Italia questa tecnica analgesica viene praticata solo al circa 4 per cento delle partorienti, mentre in Gran Bretagna e Francia si arriva al 70 per cento, e negli Stati Uniti d’America si supera addirittura il 90 per cento.

Nelle more di un inserimento dell’anestesia epidurale nei LEA, con Legge Regionale n. 25 del 16 agosto 2007, la Regione Veneto ha inteso garantire su tutto il territorio regionale la possibilità di accedere, in modo gratuito, alla partoanalgesia epidurale nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto.

**ALLEGATON alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/2

**Obiettivi:**

Per l'anno 2012 sono stati individuati come obiettivi:

- garantire l'offerta della partoanalgesia epidurale e le altre tecniche antalgiche presso tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate, presso le quali è garantita l'assistenza al parto, dalle ore 8,00 alle ore 20,00 tutti i giorni compresi i giorni festivi
- garantire, per ciascuna provincia, l'offerta della partoanalgesia epidurale e le altre tecniche antalgiche, presso almeno due strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate, presso le quali è garantita l'assistenza al parto, per 24 ore al giorno tutti i giorni compresi i giorni festivi
- favorire il parto fisiologico quale evento naturale;
- procedere nella formazione del personale di anestesia e di quello addetto alle sale parto, in modo che la prestazione sia garantita in maniera tempestiva e uniforme su tutto il territorio regionale;
- promuovere l'effettuazione della partoanalgesia alle appartenenti a tutti i gruppi etnici mediante sia l'adozione di specifiche organizzazioni sia attraverso un processo di comunicazione che tenga conto di aspetti culturali anche con la collaborazione dei mediatori;
- monitorare il numero di partoanalgesie iniziate e interrotte prima dell'espulsione con lo studio dei predittori di esito non favorevole;
- analizzare le caratteristiche del nato con un confronto con la popolazione generale.

**Descrizione del Progetto:**

Mantenimento dei risultati conseguiti e allargamento dell'offerta del progetto finalizzato all'attuazione di tutte le altre iniziative volte a garantire l'erogazione della partoanalgesia epidurale e delle altre tecniche antalgiche dalle ore 8,00 alle ore 20,00 tutti i giorni compresi i giorni festivi, presso tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate, ove è garantita l'assistenza al parto, e per 24 ore al giorno, tutti i giorni compresi i giorni festivi, presso almeno due strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate, ove è garantita l'assistenza al parto, per ciascuna provincia.

**Risultati attesi**

Nel corso del 2012 verranno completati i percorsi formativi ed attuate tutte le altre iniziative volte a garantire l'erogazione della partoanalgesia epidurale e delle altre tecniche antalgiche presso tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private provvisoriamente accreditate, ove è garantita l'assistenza al parto.

**Indicatori**

- Numero di gestanti alle quali viene erogata la partoanalgesia e le altre tecniche antalgiche rapportato al numero di gestanti che, sottoposte a visita ambulatoriale, hanno richiesto l'erogazione della prestazione
- Numero di parti vaginali effettuati con erogazione della partoanalgesia e delle altre tecniche antalgiche rapportato al numero complessivo di parti effettuati



## ALLEGATO alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/3

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Attuazione della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 7 “Tutela della maternità e promozione dell’appropriatezza del percorso nascita”

#### 4. Referente

Dott. Claudio Pileri - Dirigente Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata:

Tel. 041/2791672

Fax 041/2791683

[claudio.pileri@regione.veneto.it](mailto:claudio.pileri@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041/2793457

Fax 041/2793491

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

**5. Durata del progetto:** 2012

#### 6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 3.500.000,00

#### Contesto:

Nei sistemi sanitari avanzati, in cui grandi passi sono stati fatti nella direzione di una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni e di un aumento dell'efficacia e dell'appropriatezza, sia nel settore diagnostico che in quello terapeutico, restano comunque possibili ulteriori margini di intervento sul versante organizzativo.

Anche in considerazione di quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 che riconosce nella riorganizzazione dei servizi di emergenza e urgenza dell'età neonatale e pediatrica un obiettivo da raggiungere nel triennio, la Regione Veneto ha iniziato un percorso di revisione della struttura dell'offerta di tali prestazioni al fine di procedere ad una riorganizzazione che tenga conto degli attuali indirizzi strategici, che vedono nella realizzazione delle “reti” assistenziali una risposta in chiave moderna ai problemi di qualificazione dell'offerta oltre che di razionalizzazione delle risorse disponibili.

Gli aspetti connessi all'erogazione delle prestazioni in emergenza e urgenza nell'ambito neonatale e pediatrico rivestono un'importanza strategica in termini di volumi di prestazioni e di assorbimento di risorse.

Gli indici demografici evidenziano una fase di aumento della natalità. Nel Veneto nell'anno 1987 i nuovi nati sono stati 35.581 mentre nell'anno 2007 sono stati 47.633. Nell'anno 2007 l'incremento rispetto all'anno precedente è stato dello 0,95% a livello nazionale, mentre nello stesso anno in Veneto è stato pari a 0,99%.

All'incremento delle nascite si accompagna un aumento dei neonati critici e dei prematuri ed un aumento anche della sopravvivenza ad età gestazionali estremamente basse (23-28 settimane), grazie al miglioramento delle cure neonatali.

**ALLEGATOO alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

Importante è anche il fenomeno dell'immigrazione il quale, oltre a contribuire all'aumento della natalità, aggiunge una ulteriore variabile che è quella dell'insufficiente controllo medico durante la gravidanza; inoltre alcune etnie si caratterizzano per un tasso molto elevato di nascite pre-termine.

Da evidenziare, inoltre, che il crescente ricorso a tecniche di fecondazione assistita è tra le cause dell'aumento delle nascite gemellari e trigemellari oltre che essere spesso correlato a nascite pre-termine.

Nel campo dell'emergenza e urgenza neonatale (entro i primi 30 giorni di vita), i dati epidemiologici veneti attuali evidenziano le seguenti caratteristiche:

- il 5-10% dei neonati necessita di ricovero alla nascita o nei primi giorni di vita legato a parto pre-termine, a patologia respiratoria, malformativa o chirurgica
- circa 1000 neonati /anno nascono pre-termine prima della 34° settimana gestazionale. Di questi circa 300/anno nascono prima della 28° settimana gestazionale e/o di peso inferiore ai 1000 grammi
- vi è un progressivo aumento delle nascite gemellari e trigemellari, per il ricorso a tecniche di fecondazione assistita
- l'1% delle nascite di neonati critici avviene in strutture non dotate di tutti gli standard assistenziali adeguati alla specifica patologia in atto (terapia semi-intensiva o intensiva neonatale) e necessitano di trasporto presso centri specializzati
- il 20-25 % dei neonati nasce da madri extracomunitarie, spesso con insufficiente controllo medico durante la gravidanza.

Altrettanto importante e di grande impatto sul sistema sanitario, anche in termini di assorbimento di risorse, è l'aspetto relativo alla gestione dell'emergenza e urgenza in età pediatrica.

Dai dati regionali, gestiti dal Coordinamento regionale per l'emergenza e l'urgenza( CREU), relativi ai flussi totali ai Servizi di Pronto Soccorso e dai dati di attività dei servizi dedicati all'urgenza pediatrica emerge che nella Regione Veneto:

- 300.000 bambini vengono condotti ogni anno ad un pronto soccorso (15% di tutti gli accessi in pronto soccorso per il 2007)
  - 30.000 all'arrivo presentano alterazione dei parametri vitali (codici gialli)
  - 1.500 sono in condizioni critiche o potenzialmente tali (codici rossi)
  - 500 richiedono cure intensive
  - 8.000 arrivano al pronto soccorso trasportati dal SUEM 118 con soccorso/"trasporto primario" e 500 necessitano di "trasporto secondario"
  - 20% dei bambini critici hanno un'età inferiore all'anno ed il 50% inferiore ai tre anni
- per il 30% dei pazienti con condizioni cliniche altamente critiche o potenzialmente tali, la causa è una patologia traumatica
- il 50% soffre di una malattia cronica di base di cui la condizione critica rappresenta una riacutizzazione o complicanza.

Con deliberazione n. 3318/2009 è stata istituita la rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza. Tale rete, secondo il modello "Hub and Spoke", è strutturata su tre livelli a seconda della intensità delle cure necessarie.

Successivamente con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 197 del 8 ottobre 2012, denominato "Definizione delle Aree di Afferenza dei Centri Specialistici. Modifica della Circolare Regionale n.20 dell'8/10/1999 (Delibera della Giunta Regionale 3410 del 5/10/1999), la rete è stata nuovamente formalizzata e nel medesimo provvedimento sono indicate le afferenze per le emergenze/urgenze pediatriche e per le gravidanze a rischio di parto prematuro.

**Obiettivi:**

Per il 2012, dopo l'identificazione di parametri di riferimento ottimali per la costituzione di una struttura modulare in terapia intensiva neonatale e pediatrica, di criteri per la differenziazione delle attività del pronto soccorso pediatrico e la definizione dell'organizzazione del trasporto e di conseguenza la riorganizzazione degli ambiti territoriali di competenza, l'obiettivo proposto è la messa a pieno regime della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza.

**ALLEGATOO alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

**Descrizione del Progetto**

Con deliberazione n. 3318/2009 è stata istituita la rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza. Tale rete, secondo il modello “Hub and Spoke”, è strutturata su tre livelli a seconda della intensità delle cure necessarie.

Successivamente con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 197 del 8 ottobre 2012, denominato “Definizione delle Aree di Afferenza dei Centri Specialistici. Modifica della Circolare Regionale n.20 dell'8/10/1999 (Delibera della Giunta Regionale 3410 del 5/10/1999), la rete è stata nuovamente formalizzata e nel medesimo provvedimento sono indicate le afferenze per le emergenze/urgenze pediatriche e per le gravidanze a rischio di parto prematuro.

**Risultati attesi**

Dare piena attuazione alla deliberazione di istituzione della rete, ripresa nel Decreto del Segretario Regionale per la Sanità rendendo maggiormente appropriato il percorso di assistenza al neonato ed al bambino nelle fasi dell'emergenza distinguendolo per livelli di complessità.

**Indicatori**

- completamento della formazione degli operatori
- valutazione del numero di accessi/trasferimenti presso i centri specialistici di 2° e 3° livello

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOP alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/4

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Collegamento flusso informativo sulle nascite con l'anagrafe sanitaria regionale.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 7 – Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

**4. Referente**

Dott. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 24 mesi

**6. Aspetti finanziari:**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.000.000,00

**Contesto**

Nel corso del 2011 è stata definitivamente implementata nel Veneto la nuova anagrafe sanitaria regionale; essa costituisce ad oggi l'unico archivio di tutti gli assistiti attivo nella Regione dal quale tutte le Aziende sanitarie attingono i dati anagrafici e che esse alimentano direttamente con le nuove iscrizioni e con le eventuali modifiche degli assistiti già iscritti. Questo risultato è stato il prodotto di un lungo e complesso lavoro che ha richiesto la progressiva fusione delle anagrafi separate di ciascuna Azienda Sanitaria, la loro validazione ed editing, la verifica delle situazioni incerte, presumibilmente errate e presenti in più archivi parziali e, soprattutto, la definizione, verifica e aggiustamento di regole chiare e uniformi di iscrizione. L'archivio unico regionale presenta numerosi vantaggi rispetto alle singole Anagrafi Aziendali in termini di semplificazione delle procedure e di eliminazione delle doppie iscrizioni e costituisce il prerequisito per la realizzazione della gestione informatizzata delle comunicazioni sanitarie dei cittadini.

Oltre ad avere un archivio di base di qualità, ora disponibile, è necessario organizzare al meglio anche la manutenzione di tale archivio, sia per quanto concerne le nuove iscrizioni e modifiche, sia per le cancellazioni. Il problema delle nuove iscrizioni è particolarmente delicato. Si richiedono infatti non solo qualità e certezza del dato, ma anche completezza e tempestività. Queste caratteristiche difficilmente sono tutte presenti soprattutto per il comparto più consistente dei nuovi iscrivibili, i nuovi nati. Nel Veneto essi costituiscono una massa di quasi 50.000 persone all'anno, certamente più consistente della quota dovuta ai nuovi trasferimenti in Regione.

Le anagrafi comunali e, soprattutto, i registri di stato civile rappresentano per i nuovi nati la fonte informativa teoricamente più completa e di qualità. In realtà anche questa tipologia di fonte è gravata da limiti e incompletezza: nati, noti nel punto nascita dove è avvenuto il parto, una volta dimessi potrebbero non essere più iscritti a nessun registro di stato civile e conseguentemente a nessuna anagrafe comunale, poiché

**ALLEGATOP alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

l'attuale normativa prevede che la dichiarazione di nascita possa avvenire in qualsiasi comune, giorni dopo la dimissione dal punto nascita e senza alcuna comunicazione da riferire al punto nascita stesso. Ciò costituisce una grave falla nel sistema di protezione e tutela dei nati, falla emersa con evidenza mediatica in occasione di gravi fatti di cronaca.

Inoltre né l'iscrizione nei registri di stato civile né l'iscrizione all'anagrafe del Comune di per sé consentono la registrazione all'anagrafe sanitaria. Di solito quest'ultima avviene dopo una latenza più o meno lunga, che va da qualche settimana a qualche mese. I confronti quindi tra anagrafi comunali e anagrafe sanitaria sono molto costosi, intempestivi e complessi, basti pensare che in Veneto sono attivi 581 Comuni con sistemi di gestione anagrafica differenti. Questo è causa e giustifica contemporaneamente le tardate iscrizioni all'assistenza del pediatra di libera scelta di molti nati. Una quota di tali nati è ancora più estranea alla gestione tradizionale delle anagrafi sanitarie. Essa è costituita dai nati da donne presenti nella Regione in modo irregolare fino ad oggi non iscrivibili nelle liste dei pediatri di libera scelta e, quindi, resi noti all'anagrafe sanitaria solo in seguito ad una loro richiesta di servizio, ad esempio presso un pronto soccorso ospedaliero.

Il 20 dicembre 2012 è stato siglato un Accordo Stato-Regioni per l'applicazione delle norme in materia di assistenza sanitaria a cittadini stranieri e comunitari.

Tale accordo prevede l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale dei minori stranieri anche in assenza di un valido permesso di soggiorno, loro o dei genitori. Poiché la popolazione immigrata irregolare è più volatile e difficilmente censibile con esattezza ed esaustività, l'osservanza dell'accordo e i nuovi diritti dei nati da queste donne possono essere effettivamente garantiti a tutti soltanto se si predispongono un sistema di arruolamento anagrafico diverso da quello tradizionalmente effettuato. Per programmare ed implementare ciò, in Regione esiste una fonte di informazione che comprende un inventario esaustivo di tutti i nuovi nati, indipendente dal luogo di nascita, compreso il domicilio, la posizione della partoriente e la sua nazionalità.

Da 10 anni è infatti funzionante in tutto il Veneto una rete informatizzata che collega tutti i punti nascita pubblici e privati della Regione ad un unico data base, centrale e condiviso, che registra, al momento della nascita, una serie di informazioni sui genitori e sul nato. Con questa rete sono monitorate anche le nascite a domicilio.

Queste informazioni generano automaticamente il Certificato di Assistenza al Parto e l'attestato di nascita per tutti i nati nel Veneto.

Le informazioni sono raccolte e archiviate in tempo reale presso tutti i Punti Nascita della Regione con un applicativo web-based che collega i Punti Nascita alla rete intranet regionale, per i quasi cinquantamila parti che avvengono ogni anno.

La disponibilità immediata delle informazioni relative ad ogni nascita rende possibile lo svolgimento di alcune importanti azioni utili per la tutela del nato, quali l'iscrizione al Pediatra di Famiglia già durante il ricovero o l'iscrizione all'anagrafe comunale per via informatica.

Il Flusso informativo sulle nascite è quindi la fonte ideale per alimentare l'anagrafe regionale degli assistiti, garantendo un'informazione completa e tempestiva per ciascuna nuova nascita. Il suo utilizzo risolve una serie di problemi oggi presenti e sopra indicati, dando un contributo fondamentale nel permettere la presa in carico immediata di ogni singolo nato, indipendentemente dalla condizione di regolarità o meno dei genitori, nonché nella realizzazione di progetti finalizzati alla tutela dei nuovi nati.

L'utilizzo automatico di questa fonte per alimentare l'anagrafica regionale non è, peraltro, immediato né semplice, poiché presenta una serie di problemi come, ad esempio, l'identificazione univoca e stabile del nato, la tempistica, ecc., problemi che possono essere affrontati con successo solo attraverso un piano specifico che coinvolga più soggetti istituzionali connessi attraverso un'infrastruttura fisicamente e logicamente predisposta ad hoc, un'organizzazione specifica e una capillare azione di formazione dei molti attori coinvolti.

**Obiettivi**

Utilizzare il sistema informativo sulle nascite per alimentare automaticamente l'anagrafe sanitaria regionale tramite un'infrastruttura, un'organizzazione e una formazione appositamente predisposte e far sì che ciascun punto nascita funzioni automaticamente da sportello unico interistituzionale per tutti i nuovi nati.

**ALLEGATOP alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Descrizione**

Il progetto richiede più azioni articolate in più fasi nel corso di un biennio.

Dapprima si creerà un gruppo di lavoro operativo interistituzionale, formato da professionisti dei servizi di valenza regionale coinvolti (registro nascita, servizi informatici regionali, servizi informativi regionali, centro regionale di elaborazione dati), i rappresentanti dei servizi informativi ed anagrafici delle Aziende Sanitarie, i rappresentanti delle anagrafi comunali, che avrà il compito di analizzare tutti gli aspetti tecnici del progetto e di selezionare le soluzioni strategiche ed operative ritenute più efficienti e convenienti da realizzare. In questa fase saranno valutate anche tutte le opzioni che consentiranno l'identificazione certa e stabile dei nati.

In seguito si verificherà l'infrastruttura capace di connettere automaticamente tutti gli attori istituzionali, utilizzando prevalentemente le porte di dominio già esistenti e si valuterà l'impatto di una loro diretta estensione d'uso anche per i Comuni. In questa fase verranno anche predisposti gli adattamenti logici dei sistemi oggi in vigore e gli eventuali sviluppi di software adeguato.

Si sperimenteranno in seguito performance, sicurezza e accessibilità di quanto realizzato, tenendo in considerazione soprattutto la disponibilità h 24 dell'infrastruttura e la sua tenuta anche in caso di guasti di parte del sistema, grazie all'architettura a cluster e all'efficienza della piattaforma di disaster recovery. Si provvederà, contemporaneamente, al definitivo sviluppo del software necessario per il funzionamento del sistema, al suo rilascio in produzione e alla sua sperimentazione ed eventuale nuovo adattamento. Una volta testato sul campo, il sistema sarà implementato progressivamente in tutta la Regione. Contemporaneamente a questa fase, verranno predisposti pacchetti di corsi di formazione, il cui utilizzo, secondo un modello a cascata, coinvolgerà tutti gli operatori e i professionisti coinvolti. In particolare, saranno interessati tutte le ostetriche, i ginecologi, le puericultrici e i pediatri operanti nei punti nascita pubblici e privati del Veneto, il personale dei consultori familiari, gli ordini delle ostetriche regionali, gli operatori degli uffici anagrafe delle aziende sanitarie, i servizi di informatica aziendali, gli operatori dei servizi anagrafici comunali, ecc.

Una volta che il sistema sarà completamente esteso a tutta la Regione, si continuerà a monitorare le performance anche in confronto ad altre fonti indipendenti di informazione.

**CRONOPROGRAMMA**

	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
<b>Creazione del gruppo di lavoro</b>																								
<b>Adattamento dell'infrastruttura di connessione</b>																								
<b>Sperimentazione dei collegamenti / sviluppo del software</b>																								
<b>Formazione del personale</b>																								
<b>Estensione del sistema a tutti i Punti Nascita della Regione</b>																								
<b>Monitoraggio delle attività</b>																								

**ALLEGATOP alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Risultati attesi**

- completezza, tempestività e univocità nella trasmissione dei dati dai Punti Nascita all'Anagrafe Regionale
- contrazione di tempo e risorse dedicate alla registrazione e alla raccolta dei dati da parte del personale sanitario
- presa in carico di tutti i nati da parte del Pediatra di famiglia, compresi i figli di stranieri non in regola con il permesso di soggiorno

**Indicatori**

- % di nati comunicati all'Anagrafe Regionale sul totale dei nati
- % di nati correttamente comunicati all'Anagrafe Regionale sul totale dei nati
- % dei nati da genitori immigrati non in regola, presi in carico dal Pediatra di famiglia e dai servizi territoriali



## ALLEGATOQ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Progetto per la gestione a distanza delle somministrazioni dei farmaci orfani presso i distretti e gli ospedali della Regione Veneto da parte dei centri di Riferimento tramite il Piano Terapeutico Personalizzato.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 8 “Malattie Rare”.

#### 4. Referente

Dott. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 12 mesi

#### 6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.826.491,00

#### Contesto

La Regione del Veneto è da tempo impegnata nell'ideazione, sviluppo ed implementazione di modelli innovativi nell'ambito dell'assistenza e dei percorsi assistenziali dedicati alle persone affette da malattie rare. Già a partire dal 1999, aveva individuato come obiettivo di programmazione sanitaria lo sviluppo di politiche sanitarie rivolte alle malattie rare, istituendo il Registro Regionale delle Malattie Rare. In seguito, anche grazie all'impulso dato dalla programmazione nazionale con l'emanazione del Decreto Ministeriale n.279/2001 (“Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 29 aprile 1998 n.124”), è stata definita una rete regionale specifica dedicata alle malattie rare costituita dai Centri di Riferimento individuati dalla Regione, aggiornati poi nel 2004 successivamente all'Accordo di Area Vasta con la Regione Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'obiettivo di tale Accordo è la creazione di un territorio omogeneo per l'assistenza alle persone affette da malattie rare, con definizione di comuni Centri di Riferimento (scelti utilizzando criteri oggettivi condivisi), di comuni protocolli farmaceutici d'integrazione ai LEA nazionali, di utilizzo di un unico e condiviso sistema informativo che supporti la presa in carico della persona malata tra il centro di riferimento (potenzialmente lontano dal suo luogo di vita) e i servizi territoriali di residenza. In particolare, l'utilizzo di un unico sistema informativo, incentrato sulla cartella clinica in linea del paziente che segue il suo percorso assistenziale nei diversi luoghi di cura (Centri di Riferimento e servizi territoriali di residenza), ha mostrato nel tempo di essere il collante principale di tutte le attività svolte, anche da attori diversi e molto lontani fra loro, che ha permesso una vera integrazione dei servizi tra loro, ponendo al centro dell'attenzione il paziente, la sua famiglia e i suoi bisogni assistenziali.

**ALLEGATOQ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

Tale sistema informativo è stato oggetto nel tempo di aggiornamenti con la predisposizione e l'implementazione di nuovi moduli di gestione clinica del paziente. E' attualmente dedicato alla certificazione di malattia rara e al rilascio dell'attestato di esenzione, ai controlli clinici e alla definizione del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) con gestione completa della prescrizione, acquisizione e distribuzione dei trattamenti fino al domicilio della persona, coinvolgendo i Centri di Riferimento, i distretti socio-sanitari, i servizi farmaceutici territoriali e le farmacie ospedaliere. In particolare, il PTP gestisce la prescrizione, l'acquisizione e la distribuzione dei trattamenti necessari al paziente: farmaci orfani, altri farmaci (fascia A, C, H, esteri), farmaci off-label, dietetici, parafarmaci, galenici, dispositivi medici, protesi e ausili.

I farmaci orfani rappresentano, pertanto, solo una delle opzioni terapeutiche possibili e solo per un gruppo limitato di malattie rare. Essi sono prodotti terapeutici con specifica indicazione per una determinata malattia rara. A causa della bassa appetibilità da parte delle aziende farmaceutiche, perché rivolti a malattie con bassissima prevalenza, sono oggetto di tutele particolari da parte della legislazione europea e dei singoli Stati. L'autorizzazione all'immissione in commercio è centralizzata a livello europeo dal 2003 ed è svolta dall'EMA attraverso il COMP (Comitato per i prodotti medicinali orfani) che istruisce il parere tecnico sulle richieste, da parte di aziende o singole persone, di assegnazione della qualifica di "medicinale orfano". I prodotti designati come orfani godono di incentivi particolari, come l'esclusività del mercato per dieci anni successivamente alla loro immissione in commercio e l'assistenza nell'elaborazione dei protocolli e nell'iter da compiere per arrivare alla designazione di orfano e all'immissione in commercio. I farmaci orfani sono immessi in commercio anche in "circostanze eccezionali", quando non è ancora completato il percorso di ricerca del farmaco: ad esempio si è conclusa solo la fase II, ma non ancora la III. In questo modo è possibile il loro commercio quando esiste solo un'ipotesi biologica, ma non ancora un'efficacia clinica certa. Questo porta alla necessità di uno stretto monitoraggio dell'utilizzo di tali farmaci per il controllo della sicurezza dei pazienti insieme al necessario controllo dell'appropriatezza prescrittiva e dei costi. Nella Regione del Veneto la spesa annuale per l'utilizzo dei farmaci orfani è pari a 10 milioni di euro per milione di abitante da sommarsi a 2,5 milioni di euro per utilizzi off-label. Inoltre, da un'analisi effettuata da parte del Coordinamento Malattie Rare della Regione è risultato che i pazienti molto spesso effettuano la somministrazione infusiva di alcuni farmaci orfani presso il Centro di Riferimento che li ha in carico, effettuando molti viaggi infrasettimanali (anche di 150 chilometri), con notevoli costi sociali per il paziente e la sua famiglia per il viaggio e per le assenze da scuola e dal lavoro. Ad esempio, si è valutato che 6 pazienti affetti da MPS1 effettuano 31.700 km l'anno per le somministrazioni di Laronidasi presso il Centro di Riferimento.

In un'ottica di programmazione sanitaria e di risparmio delle risorse, sia dirette che indirette, è necessario sviluppare il sistema informativo attualmente utilizzato per permettere l'effettuazione della somministrazione del farmaco orfano vicino al proprio luogo di vita, con la supervisione attiva dei Centri di Riferimento per malattia rara.

**Obiettivi**

Obiettivo generale del presente progetto è di sviluppare la possibilità per i pazienti di effettuare la somministrazione dei farmaci orfani presso i distretti socio-sanitari e/o gli ospedali di residenza all'interno del sistema informativo dedicato alle malattie rare attualmente esistente in Regione Veneto.

Obiettivi specifici:

1. ridurre i trasferimenti dei pazienti presso i Centri di Riferimento, potenzialmente molto lontani dal loro luogo di vita, evitando costi sociali indiretti;
2. ridurre le liste d'attesa per day-hospital dei Centri di Riferimento per l'attività di somministrazione di farmaci orfani, liberando risorse utili ad altre finalità cliniche;
3. riqualificare l'attività degli ospedali periferici recuperando l'attività sui propri residenti affetti da malattia rara, con la supervisione dei Centri di Riferimento;
4. definire una tariffa per la "consulenza a distanza" effettuata dai Centri di Riferimento nei confronti dei distretti o degli ospedali delle Aziende ULSS di residenza;
5. colmare il debito informativo con il Registro Nazionale farmaci orfani dell'AIFA direttamente con l'invio da parte del Registro Malattie Rare della Regione Veneto dei dati necessari.

**ALLEGATOQ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Descrizione del Progetto**

Il sistema informativo dedicato alla presa in carico delle persone con malattia rara nella Regione del Veneto è attivo dal 2002, è completamente informatizzato e permette la presa in carico, da parte di più attori, della persona affetta da malattia rara, tramite il collegamento in rete dei Centri di riferimento per le malattie rare, delle Aziende ULSS, dei distretti socio-sanitari, dei servizi farmaceutici e delle farmacie ospedaliere. Tale sistema ha il duplice obiettivo di supportare il percorso clinico della persona nei diversi servizi e luoghi di cura e di fornire preziose informazioni per la programmazione sanitaria regionale.

In questo contesto si colloca il progetto di sviluppo del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP), con la creazione di un nuovo modulo che gestisca completamente la somministrazione dei farmaci orfani. In questo modo la somministrazione di tali farmaci sarà effettuata o dai Centri di Riferimento (ad esempio all'inizio del trattamento per valutarne gli effetti, la posologia corretta, etc.) o dai Distretti socio-sanitari e/o dalle UOC degli ospedali della Regione, sotto la supervisione dei Centri di Riferimento che dovranno indicare loro la posologia, la modalità di somministrazione, gli eventuali effetti collaterali e indesiderati, i monitoraggi da eseguire ed effettueranno così un monitoraggio di efficacia e di sicurezza a distanza. In questo modo la somministrazione sarà il più possibile effettuata vicino al luogo di vita della persona e permetterà uno stretto monitoraggio di efficacia e di sicurezza del farmaco nella pratica clinica.

Per ogni farmaco orfano sono state predisposte ed inserite nel sistema le schede di prescrizione e di monitoraggio. In ogni scheda sono contenuti una serie di parametri di efficacia e di sicurezza specifici per patologia e farmaco ricavati dalle schede tecniche del farmaco e dagli studi presenti in letteratura. Attualmente, il medico prescrittore del Centro di Riferimento prescrive nel PTP, insieme agli altri, i farmaci orfani. Al medico che seleziona un farmaco orfano è richiesto di compilare la scheda di prescrizione riportando gli elementi clinici essenziali che motivino l'inserimento in terapia e la scheda di follow-up farmaco-specifica riportando alcuni specifici parametri di efficacia e sicurezza.

Il modulo da predisporre collegherà la struttura di prescrizione del farmaco con le strutture di erogazione e somministrazione. Contestualmente alla sua prescrizione, il medico prescrittore sceglie una farmacia ospedaliera per l'erogazione del farmaco (alla quale viene indirizzata via fax la richiesta del farmaco ed autorizzata la vista sul particolare paziente), e potrà impostare direttamente, all'interno dell'applicativo, il percorso più adeguato per la sua somministrazione al paziente, potendo scegliere se la somministrazione dovrà avvenire in ambiente ospedaliero (nello stesso Centro di Riferimento oppure in altra struttura ospedaliera di residenza) oppure a livello territoriale, con il coinvolgimento del Distretto di residenza del paziente, anche nell'eventualità di una somministrazione del farmaco nel contesto di un'assistenza domiciliare.

Per tale motivo verranno individuate le strutture ospedaliere più idonee per la presa in carico dei pazienti con malattia rara per l'erogazione/infusione dei farmaci orfani. Di questi Centri verranno contattati i responsabili e, dopo formazione specifica dello staff dell'UOC, verranno abilitati all'accesso al sistema informatico i medici direttamente coinvolti nella somministrazione dei trattamenti. Per questi operatori verrà creato un modulo dell'applicativo che consente la gestione delle somministrazioni dei farmaci orfani in cui gli utenti abilitati possano indicare la data di somministrazione, i parametri di efficacia e riportare eventuali effetti avversi a breve o lunga distanza. Tutta questa procedura consente al paziente di recarsi al Centro di Riferimento per i controlli ma di svolgere la terapia in sedi più vicine alla residenza con la possibilità di un dialogo "informatico" diretto tra i due centri.

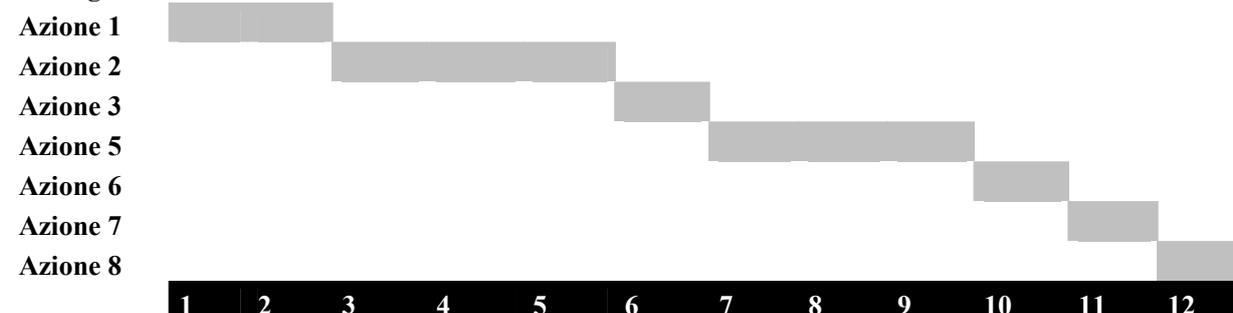
Inoltre, grazie a questo sistema sarà possibile inviare direttamente dal Registro Malattie Rare le informazioni utili a colmare il debito informativo verso il Registro Nazionale Farmaci Orfani dell'AIFA, come definito già dalla Commissione Salute, aumentando la copertura di tale Registro, poiché i dati inviati deriverebbero direttamente dal flusso informativo utile alla gestione clinica del paziente e non da informazioni inserite ex post.

**ALLEGATOQ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Fasi e tempi delle azioni previste**

- Azione 1** ANALISI FUNZIONALE. Analisi dell'attuale sistema informativo e progettazione di sviluppo del nuovo modulo "somministrazione farmaci orfani".
- Azione 2** INTEGRAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO ESISTENTE. Integrazione dell'attuale modulo "PTP" nel sistema informativo dedicato alle malattie rare con il nuovo modulo dedicato alla somministrazione dei farmaci orfani.
- Azione 3** TEST DI FUNZIONAMENTO DEL NUOVO MODULO E SUE EVENTUALI MODIFICHE.
- Azione 4** CENSIMENTO DELLE UOC DA COLLEGARE E CONTATTO.
- Azione 5** FORMAZIONE. Formazione ed aggiornamento del personale coinvolto nelle UOC censite e nei Distretti socio-sanitari.
- Azione 6** IMPLEMENTAZIONE E SPERIMENTAZIONE. Implementazione del nuovo sistema, sperimentazione e monitoraggio.
- Azione 7** TARIFFAZIONE DELLA CONSULENZA A DISTANZA. Discussione con gli organi regionali e ministeriali della possibilità di inserire nei tariffari la prestazione della "consulenza a distanza" per i Centri di riferimento che seguono a distanza i loro pazienti con malattia rara per la somministrazione di farmaci orfani.
- Azione 8** VALUTAZIONE DEI RISULTATI E STESURA DELLA RELAZIONE FINALE. Elaborazione degli indicatori di risultato desunti dal sistema di monitoraggio e stesura di una relazione finale.

**Cronogramma****RISULTATI ATTESI**

- Integrazione del modulo PTP con modulo di somministrazione dei farmaci orfani nel sistema informativo dedicato alle persone affette da malattie rare
- Estensione del sistema informativo per le malattie rare a nuovi attori istituzionali (UOC di tutti gli ospedali della Regione)
- Monitoraggio dell'efficacia e della sicurezza postmarketing dei farmaci orfani in tempo reale (non a posteriori)
- Integrazione dei servizi che si occupano dello stesso paziente
- Riqualificazione dell'attività degli ospedali periferici
- Soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie
- Riduzione dei costi sociali indiretti

**INDICATORI**

- % di UOC di ospedali periferici (senza Centri di riferimento) e di distretti socio-sanitari collegati al sistema informativo tramite il modulo "somministrazione di farmaci orfani";
- % di medici di UOC di ospedali periferici e di distretti socio-sanitari abilitati ad entrare nel sistema informativo per la somministrazione di farmaci orfani;
- % di pazienti (sul totale degli eleggibili) che effettuano la somministrazione del farmaco orfano presso l'ospedale vicino alla residenza.

## ALLEGATOR alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Un patto con una comunità competente e partecipe: il ruolo del volontariato

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 9 “Valorizzazione dell’apporto del volontariato”

#### 4. Referente

Dr.ssa M.Cristina Ghiotto - Segreteria Regionale per la Sanità e il Sociale  
Tel. 041-2793524 Fax 041-2793491  
[mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it](mailto:mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** pluriennale

#### 6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: €. 877.009,00

#### Contesto:

Il *modello socio-sanitario*, peculiarità del sistema regionale del Veneto, esprime il suo valore nella garanzia della tutela della *salute* e del *benessere* della persona, attraverso una presa in carico integrata, organizzata e coordinata ed assicurandone la continuità dell’assistenza.

La *persona*, vera ed unica centralità al Sistema, viene riconosciuta nella sua globalità ed in rapporto con i suoi contesti di vita (la famiglia, il lavoro, la scuola, la comunità, ecc.), attuando quell’integrazione funzionale tra le strutture socio-sanitarie (Distretto ed Ospedale) e la ricchezza delle realtà locali (i Comuni, il terzo settore, le strutture residenziali, il volontariato, ecc.).

Ora più che mai, in un contesto in cui una domanda crescente di salute si accompagna ad una riduzione delle disponibilità economiche, diviene necessaria la partecipazione e la responsabilizzazione della Comunità, nelle sue molteplici componenti, non soltanto destinataria di interventi, ma realtà capace di individuare priorità, sviluppare risposte, partecipare responsabilmente alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. L’integrazione istituzionale viene allora ad allargarsi, coinvolgendo anche i soggetti non istituzionali nella creazione di una “partnership di comunità”.

Peraltro, la necessità di accrescere il livello di responsabilità si esplica, più in generale, nella volontà di caratterizzare il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (approvato con LR. n.23/2012) come *Patto con una Comunità competente e partecipe*, nell’ottica di far concorrere tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Responsabilizzazione e partecipazione diventano, quindi, elementi imprescindibili per dare attuazione alla nuova programmazione, specie

**ALLEGATOR alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

a fronte di stringenti vincoli economici (si vedano i recenti provvedimenti inerenti la cosiddetta “spending review”).

In particolare, il volontariato, *espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo*, diffusamente attivo nella nostra realtà, fornisce un contributo rilevante in ambiti non sempre efficacemente presidiati dall'intervento pubblico, rispetto al quale può svolgere un ruolo integrativo in un'ottica di sussidiarietà.

**Obiettivi:**

L'idea di un Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 come *Patto con una Comunità competente e partecipe* rimanda ad una visione imperniata sulla coesione sociale, guidando i percorsi e le risorse locali, spesso informali e spontanee, entro una logica di sistema. La tenuta della rete sociale, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, costituisce un elemento di stabilità e di identificazione del tessuto veneto, sostenuto da profondi e radicati valori etico-sociali.

Il valore sociale del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo è riconosciuto dalla L. n.266/1991 e dalla L. n.328/2000. Ciò non di meno, la molteplicità delle associazioni richiede modalità più strutturate ed incisive di raccordo e consultazione all'interno delle Aziende ULSS anche per poterne valorizzare compiutamente la mission. Per questo motivo attraverso il presente progetto si intende dare attuazione agli indirizzi della programmazione regionale, valorizzando il ruolo attivo del volontariato all'interno della rete assistenziale.

A tale scopo verrà anche prevista in ciascuna Azienda ULSS l'istituzione di una *funzione di interfaccia specifica*, quale punto di riferimento per:

- promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato, in particolare in ambito socio-sanitario al fine di diffondere le buone pratiche maturate nel territorio;
- favorire, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole realtà associative, la nascita di iniziative che moltiplichino la reciproca conoscenza, migliorando al tempo stesso i rapporti sul piano della formazione e della operatività;
- sostenere percorsi formativi integrati al fine di supportare un volontariato competente, informato e partecipe;
- rafforzare l'unitarietà degli intenti ed il migliore impiego delle risorse pubbliche e private, sviluppando un approccio di sistema;
- favorire ogni iniziativa utile a creare un più efficace collegamento fra istituzioni pubbliche e volontariato locale;
- implementare l'audit civico attraverso il quale le organizzazioni sociali, gli organismi di tutela del malato e le associazioni di volontariato possano valutare la qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende ULSS e cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.

**Descrizione Del Progetto:**

Complessivamente si individuano due linee d'azione:

- realizzazione di una ricognizione delle esperienze già sviluppate localmente, con riferimento alle attività poste in essere nelle Aziende ULSS e previste anche nei Piani di Zona;
- supporto all'implementazione di percorsi informativi atti a diffondere presso le associazioni di volontariato, da un lato, la conoscenza dei modelli organizzativi del sistema socio-sanitario regionale e, dall'altro, a promuovere un collegamento funzionale tra istituzioni e volontariato locale. La conoscenza degli aspetti organizzativi del Sistema assistenziale consente, infatti, di meglio finalizzare le sinergie e quindi di valorizzare il volontariato quale risorsa effettiva per il Sistema.

**ALLEGATOR alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

Rappresentano, invece, ambiti di specifico interesse:

- *politiche per l'infanzia, la famiglia, i minori e i giovani* – È necessario, specie a fronte dell'attuale contesto socio-economico, potenziare le azioni volte al sostegno della genitorialità in tutte le sue fasi, in una visione complessiva dei servizi che ponga al centro il ruolo della famiglia. A tal fine risulta strategica la collaborazione tra tutti i soggetti pubblici e privati del territorio, valorizzando il principio di sussidiarietà. Il sostegno alla genitorialità deve realizzarsi anche attraverso un'adeguata offerta di servizi per la prima infanzia essenziali, da un lato, per perseguire obiettivi di tipo educativo nei confronti dei bambini e della famiglia, dall'altro per garantire alla famiglia la possibilità di condurre una vita sociale e produttiva adeguata. Questa area si connota per una elevata integrazione socio-sanitaria che è finalizzata a garantire una presa in carico globale della persona e, al contempo, interventi preventivi e diagnostico-terapeutico-riabilitativi, a ristabilire il benessere fisico, psicologico, sociale, affettivo e relazionale, seguendo la famiglia lungo il suo ciclo di vita, ponendo attenzione al contesto e coinvolgendo nelle azioni tutti i soggetti che in Veneto partecipano alla realizzazione di specifici interventi di protezione sociale e di tutela giurisdizionale.
- *rete delle cure palliative* – Nell'ambito delle cure palliative l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico e la rete di solidarietà diventa una risorsa per la dignità della persona. Le Aziende ULSS garantiscono l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'unità operativa Cure Palliative, a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee. Viene, altresì, istituito un Nucleo, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.). A supporto dell'azione clinica ed assistenziale vanno favorite, ove possibile, convenzioni con le associazioni di volontariato che in questo ambito rappresentano un elemento importante per supportare sia la famiglia che l'attività del nucleo stesso.
- *salute mentale e dipendenze* – Il coinvolgimento attivo dell'utente e della famiglia nella partecipazione al progetto terapeutico è fondamentale; altrettanto importante è il sostegno ed il raccordo della rete informale con la rete formale per garantire al paziente una risposta flessibile e continuativa, sia ricreativa che sociale e lavorativa: va pertanto incentivata la collaborazione con le associazioni di volontariato e il privato sociale, favorendo e consolidando nel territorio la presenza di reti informali (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto).
- *area della prevenzione* – Il volontariato può rappresentare una notevole fonte informativa per le istituzioni stesse, in quanto potenziale ricettore dell'acuirsi o del diffondersi di nuovi o diverse criticità, nonché interlocutore credibile nel e per il locale. In particolare si pone l'accento sull'efficienza di "servizi misti" rappresentati dalla collaborazione tra operatori del SSSR e volontari, modello che sembra massimizzare la compliance ai servizi di prevenzione, specie con riferimento alla prevenzione nella popolazione immigrata e nella promozione di stili di vita sani negli ambienti di socializzazione. Diventa pertanto rilevante mappare le risorse presenti nell'Aziende ULSS a livello preventivo, terapeutico e riabilitativo con attenzione anche alle offerte del volontariato.

**ALLEGATOR alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Fasi e tempi delle azioni previste**

Il progetto ha valenza pluriennale ed è strettamente correlato allo sviluppo dell'assistenza territoriale, nelle sue componenti di:

- definizione del modello organizzativo distrettuale,
- implementazione del piano di sviluppo dell'Assistenza Primaria,
- sviluppo delle reti assistenziali integrate,
- implementazione del piano regionale per la prevenzione.

**Risultati attesi**

- Maggiore conoscenza dei bisogni espressi dal territorio e migliore presa in carico.
- Valorizzazione e diffusione delle migliori pratiche ossia di modelli di "risposta" progettati o supportati nell'attuazione dal volontariato.
- Potenziamento di sinergie responsabilizzate tra risorse della rete formale e della rete informale.

**Indicatori**

- Individuazione e descrizione di buone pratiche sviluppate nei diversi ambiti territoriali.

## ALLEGATOS alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012.

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Riabilitazione

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 10 “Riabilitazione”

#### 4. Referente

Dr. Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 0412793526; Fax 0412793430  
[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale Sanità e Sociale  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** Pluriennale

**6. Aspetti finanziari:** Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.000.000,00

#### 7. Impianto progettuale

Il Percorso Riabilitativo unico è il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è unico per ciascuna persona, stabilito dal Medico specialista in Riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti. Il PRI applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), individua la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia ed i caregiver, stabilisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Le diverse condizioni all'interno di una stessa patologia possono corrispondere ad una crescente necessità assistenziale con un impegno equivalente di risorse, pertanto la rete riabilitativa deve consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli assistenziali ed occorre che il Percorso Riabilitativo unico venga fornito alla persona disabile fin dalla fase del ricovero in acuzie. Il modello di Governo Clinico deve garantire di fare la cosa giusta al momento giusto, nel posto giusto.

La Struttura di Riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance ed è alla Struttura di Riabilitazione che devono essere dati gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili.

In coerenza con il principio di "presa in carico della persona" e con la necessità che sia garantito alla persona disabile ricoverata in acuzie un Percorso Riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa, devono essere curate e monitorate in ambito dipartimentale con adeguati strumenti di

**ALLEGATOS alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

valutazione dell'appropriatezza, le fasi di passaggio tra i vari setting riabilitativi ed in particolare le dimissioni protette e le "dimissioni critiche" e la necessaria continuità al domicilio o in strutture assistenziali di interventi riabilitativi (in raccordo con i MMG e i PLS, nonché con i servizi territoriali). E' a livello territoriale, che il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità. In questo contesto si ha la verifica reale dell'outcome in termini di attività e partecipazione il territorio diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali. In ambito territoriale occorre distinguere la fase ambulatoriale per la quale si dovrà esplicitare tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo, nonché la fase domiciliare che è indispensabile che venga implementata ma occorre precisare che il servizio deve essere riservato ai pazienti che sono impossibilitati ad accedere ai servizi ambulatoriali, e deve essere limitato al periodo di tempo con difficoltà all'accesso ambulatoriale.

Sempre a livello territoriale occorre considerare la fase residenziale extraospedaliera dove possono essere erogate attività di riabilitazione intensiva ed estensiva su pazienti che non presentano una situazione clinica tale da richiedere un ricovero in ambiente ospedaliero e che non possono essere opportunamente trattati ambulatorialmente e/o a domicilio, garantendo gli stessi standard riabilitativi previsti in ambito ospedaliero.

Si dovranno predisporre appositi percorsi appropriati per le diverse disabilità anche in considerazione della propria rete riabilitativa, nonché potranno prevedere compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la parte non sanitaria.

In questa particolare stagione di trasformazione del welfare e di condizionamenti economici internazionali, assume primaria importanza il tema della sostenibilità del sistema e di conseguenza la capacità del modello sanitario di utilizzare al meglio e nel modo più appropriato le risorse disponibili. Va previsto infatti, un riaggiustamento interno anche e soprattutto in termini di risorse alle macro funzioni assistenziali, che assegni maggior spazio alle attività di contrasto alla disabilità, alla medicina del territorio all'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali ed ospedaliere.

Peraltro, essendo gli interventi in ambito riabilitativo interdisciplinari risulta difficile la valutazione di indicatori di esito trasferibili alle popolazioni in esame. Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla complessità di ogni singolo caso, che rende difficilmente applicabili le metodologie di ricerca usualmente utilizzate in altre discipline; da qui la possibile utilizzazione della metodologia del "caso singolo" purché sia stata usata la metodologia scientifica.

Con la D.G.R. n. 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998), ha affrontato alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale-strutture extraospedaliere e territorio;
- il recepimento dei principi dell'OMS in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli Handicap.

DGR. 2400 del 14 ottobre 2010

Descrizione Progetto Riabilitazione

Si definiscono attività di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e soprattutto ritornare attivo ed interagente entro il proprio nucleo familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Con l'approvazione del "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011) si è ritenuto

**ALLEGATOS alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

necessario - pur riconoscendo le Linee Guida sulla riabilitazione del 1998, un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo – un aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome ed ai criteri di appropriatezza della strategia riabilitativa.

Con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 87 del 23/05/2012, la Regione Veneto ha preso atto dell'Accordo del 10 febbraio 2011, i cui contenuti sono stati recepiti nella Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

Nella previsione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 all'interno della filiera dell'assistenza territoriale, la riabilitazione va a collocarsi nell'ambito dell'assistenza in strutture di ricovero intermedie. Si delinea, infatti come obiettivo strategico regionale, lo sviluppo di questa forma di assistenza attuabile attivando strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

**PROGETTO U.R.T. – Unità Riabilitativa Territoriale**

Sono strutture attualmente non presenti come Unità di offerta specifiche, che dovranno aggiungersi alla filiera dei servizi di riabilitazione residenziale temporanea a valenza territoriale e non ospedaliera. Potranno essere riclassificate come URT alcune Unità di offerta sperimentali attualmente in esercizio e inserite all'interno di Centri Servizi (es.: Nuclei Assistenza Integrata Socio Sanitaria o Nuclei ad Alta Intensità Socio Sanitaria - NAISS, RSA a valenza riabilitativa) che svolgono attività di residenzialità post-ricovero temporanea con funzione di riabilitazione e recupero funzionale.

L'Unità Riabilitativa Territoriale accoglie elettivamente pazienti con le seguenti caratteristiche:

- a) paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva;
- b) pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione);
- c) paziente cronico evolutivo (es.: Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.

D.G.R n. 2718 del 24/12/2012

Con tale provvedimento la Regione Veneto oltre a individuare tipologia e classificazione, a definire le caratteristiche, di queste strutture, ha provveduto, altresì, ad evidenziare l'esito funzionale quale determinante principale delle necessità assistenziali e della traiettoria o del percorso assistenziale del paziente. Rispetto all'ospedale, in tali strutture, prevale l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG).

Il provvedimento in argomento ha inoltre definito:

- la risposta a quali bisogni di salute soddisfare;
- i posti letto all'interno dei letti per cure intermedie;
- i posti letto per un miglior uso costo-efficiente delle risorse umane;
- gli aspetti strutturali;
- la tipologia di pazienti e criteri di esclusione;
- il profilo funzionale dei pazienti;
- l'organizzazione del personale del comparto;
- il personale medico;
- la presenza notturna infermieristica;
- lo standard del personale di assistenza;

**ALLEGATOS alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

- la tariffazione con relativa compartecipazione alla spesa, relativa alla quota alberghiera, da parte dell'assistito;
- le prestazioni diagnostiche e specialistiche;
- la dotazione tecnologica;
- la compartecipazione – Ticket – (con esclusione di quelle di riabilitazione e di quelle erogate come completamento diagnostico, entro i 30 giorni dalla dimissione dall'ospedale);
- i Nodi invianti;
- lo Strumento di ingresso/dimissione (SVAMA);
- la durata del ricovero;
- la responsabilità clinica;
- la responsabilità gestionale;
- la raccolta dati e il debito informativo;
- l'autorizzazione e l'accreditamento;
- la partecipazione della famiglia al processo di recupero del paziente.

L'obiettivo progettuale, consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione con la valorizzazione del ruolo dell'URT nella rete assistenziale territoriale al fine di evitare una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare per la persona anziana, favorendo invece il rientro al domicilio.

**ALLEGATOT alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/5

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 11 – La salute mentale

**4. Referente**

Dott. Rampazzo Lorenzo,

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria – Dirigente Servizio Tutela Salute Mentale

tel. 041-2793490 fax 041-2793425

email: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)

Segreteria Regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041-2793457 Fax 041-2793491

email: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** annuale

**6. Aspetti finanziari:**

Importo imputato a valere sulla quota del FSN 2012: € 696.000,00

**Contesto:**

Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile, attuativo del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, sottolinea come la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva rivestano un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione, ritenendo per questo che nell'ambito della programmazione regionale devono essere individuati modelli organizzativi per l'assistenza ai minori affetti da tali patologie e riconoscendo il ruolo fondamentale dell'attività di prevenzione e promozione della salute svolta dai servizi distrettuali. Per questi motivi il suddetto Progetto Obiettivo individua le seguenti aree di attività:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;
- nonché i seguenti obiettivi:
- garantire prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce di età;
- prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative;
- prendere in carico l'adolescente affetto da patologia psichiatrica;
- collaborare con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni grado e ordine;
- collaborare con gli Enti locali e quelli preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, e sottoposti a provvedimenti

**ALLEGATOT alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/5

- giudiziari;
- programmare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa. L'intervento riabilitativo in età evolutiva presenta delle specificità tali che il trattamento abilitativo richiede un'efficace integrazione delle varie competenze;
  - attivare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica;
  - collaborare con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minore, sulle possibilità di recupero, e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono l'inserimento nella scuola e nella società.

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008) sottolineano come attualmente i servizi territoriali per le problematiche dell'infanzia e adolescenza risentano della difformità nei modelli e nei tempi delle singole regioni nella loro programmazione e costituzione e definisce tra le priorità il riconoscimento della salute mentale come parte essenziale della salute dell'infanzia. Contestualmente viene definito che il modello organizzativo deve rispondere ai seguenti presupposti:

- la fascia di utenza di cui i servizi devono occuparsi è 0-17 anni;
- la riabilitazione in età evolutiva rende fondamentale un approccio che mantenga o indirizzi gli interventi nell'ambito dei servizi stessi;
- la necessità di garantire all'interno dei servizi il livello di multi professionalità adeguato per numero e competenze.

I servizi inoltre devono poter garantire l'attuazione delle seguenti strategie operative:

- intervento integrato ospedale-territorio;
- integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il sistema scolastico, il sistema giudiziario, e le organizzazioni del settore;
- lavoro in équipe multidisciplinari composte da figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva.

La DGR n. 3242 del 30 novembre 2001 "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale - art. 13, LR n. 5/96 (PSSR 1996/1998). Approvazione definitiva" disponeva che il distretto socio-sanitario delle Aziende ULSS fosse articolato in modo da garantire l'assistenza primaria e realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi operanti sul territorio; la stessa DGR indicava anche l'articolazione organizzativa del distretto prevedendo almeno due unità organizzative da configurarsi come strutture, una delle quali per l'area omogenea materno infantile, età evolutiva e famiglia (infanzia, adolescenza e famiglia). Quest'ultima unità organizzativa comprende le seguenti attività ed interventi: PLS; Consultorio familiare; Servizio di riabilitazione per l'età evolutiva, comunque denominato (servizio di neuropsichiatria infantile, servizio integrato per l'età evolutiva,..) che assicuri le funzioni di cui alla DGR n 253/00; Attività ed interventi di integrazione scolastica; Consultorio ostetrico ginecologico (eventuale); Consultorio pediatrico (eventuale); Medicina scolastica (eventuale). Questa unità organizzativa deve inoltre svolgere una funzione specifica di raccordo con le altre unità organizzative finalizzato a tener conto e a coinvolgere le risorse della stessa nella definizione e realizzazione dei percorsi assistenziali.

La DGR n. 2227 del 9 agosto 2002, modificata dalla DGR n. 3972 del 30 dicembre 2002, ha definito tra gli altri anche i LEA all'interno dei quali si inseriscono le attività dei servizi distrettuali per l'età evolutiva, ossia:

- Area Materno-Infantile – Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per l'interruzione di gravidanza, per la protezione del minore in stato di abbandono: a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari (ove previsto da un piano di intervento individualizzato) ... di assistenza

**ALLEGATOT alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/5

infermieristica e riabilitativa; b) prestazioni consultoriali medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagini diagnostiche ... ai minori ...

- Area Disabili fisici, psichici, sensoriali – attività sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali: a) prestazioni ambulatoriali ... di assistenza psicologica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero funzionale; b) assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata secondo il piano individualizzato; ...

Un primo tentativo di omogeneizzare l’offerta dei servizi che si occupano di infanzia ed adolescenza a livello locale si è avuto con la DGR n.12 del 14 gennaio 2005 “Linee di indirizzo regionali alle Aziende ULSS e Ospedaliere per la riorganizzazione dei servizi e attività di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e di Psicologia dell’età evolutiva. Costituzione della commissione tecnica regionale multidisciplinare per la NPIA e Psicologia dell’età evolutiva” la quale stabiliva che la diagnosi ed il trattamento dei disturbi neurologici e psicopatologici dell’età evolutiva, rappresentando delle attività complesse, devono essere affrontate dall’U.O. multidisciplinare di NPIA in grado di sviluppare attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e psicologico nella fascia di età 0-17 anni per la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia. Veniva inoltre definito che i percorsi di presa in carico dipendono non solo dalla tipologia del disturbo ma anche dalla sua gravità e che i percorsi di riabilitazione del bambino devono essere, preferibilmente effettuati da personale esperto e specificatamente formato afferente all’U.O. NPIA

Successivamente la DGR 569 dell’11 marzo 2008 ha approvato le “Linee guida per i servizi sociali e sociosanitari: la cura e la segnalazione, le responsabilità nella protezione e nella tutela dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Veneto”, nate da un percorso di confronto avviato con la DGR n 12/14-01-2005 di cui sopra, in cui sono state evidenziate la centralità ed essenzialità del ruolo dei servizi socio sanitari nelle diverse fasi del lavoro sociale e le loro responsabilità e dove è stata approfondita la questione cruciale del rapporto servizi socio-sanitari e Autorità Giudiziaria, in particolare il rapporto con la procura minorile.

Inoltre, la DGR n. 2416 dell’8 agosto 2008 “Linee di indirizzo regionale per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore-Biennio 2009-2010” esplicita l’impegno della Regione Veneto di creare un quadro di riferimento unitario capace di garantire in tutto il territorio regionale elevati livelli di qualificazione nell’ambito della protezione, cura e tutela del minore e definisce una struttura organizzativa e programmatica capace di sostenere e accompagnare lo sviluppo dei servizi regionali per la protezione, cura e tutela dei bambini e dei ragazzi e di dare indicazione di un coerente percorso di recepimento ed attuazione da parte del sistema dei servizi regionali delle Linee guida.

Con DGR n. 651 del 9 marzo 2010 la Giunta Regionale ha approvato il Progetto Obiettivo regionale per la tutela della salute mentale nel triennio 2010-2012 nella cui Appendice si approfondisce la questione della salute mentale nell’infanzia e adolescenza prevedendo la costituzione di nuove offerte e percorsi rivolti all’infanzia e all’adolescenza, in particolare:

- l’istituzione di Centri di riferimento interUlss per il trattamento di episodi acuti in regime di ricovero ospedaliero;
- la realizzazione di attività di collegamento e di consulenza in Pediatria;
- la collaborazione con DSM, SerT e altri servizi rivolti all’infanzia e adolescenza, anche per la formazione comune;
- l’istituzione di percorsi terapeutico riabilitativi, sia a livello semiresidenziale che residenziale (Comunità terapeutiche riabilitative protette per adolescenti: 14-17 anni, estendibili a 21 anni).

Va inoltre richiamata la Legge Regionale 4 marzo 2010, n. 16 (Interventi a favore delle persone con

**ALLEGATOT alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/5

disturbi specifici dell'apprendimento e disposizioni in materia di servizio sanitario regionale), i cui principali ambiti di azione includono tra l'altro:

- l'adeguamento del sistema socio sanitario regionale, attraverso:
  - a) il potenziamento dei servizi distrettuali per l'infanzia e adolescenza in termini di personale qualificato nell'identificazione precoce e nel trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento;
  - b) la costituzione di un centro di riferimento regionale per i DSA con il compito di realizzare sperimentazioni clinico-assistenziali, ricerche e studi pilota.
- la formazione, attraverso la promozione di interventi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari preposti alla diagnosi e alla riabilitazione delle persone con DSA, nell'ambito della programmazione della formazione socio-sanitaria.

La LR 16/2010 stabilisce anche che la diagnosi dei DSA è effettuata da neuropsichiatri infantili o psicologi, dipendenti dalle aziende ULSS, ospedaliere e ospedaliero-universitarie integrate, o da strutture private accreditate ai sensi della LR 16 agosto 2002, n. 22.

Infine, va richiamato il Piano Nazionale per la Riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, i cui indirizzi strategici sono rappresentati dalla:

- centralità del cittadino salvaguardata dal progetto individuale personalizzato e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del progetto riabilitativo individuale nei vari contesti e setting assistenziali;
- necessità di un progetto riabilitativo individuale per il percorso e per la definizione dell'offerta riabilitativa;
- individuazione nel progetto riabilitativo individuale della conclusione della presa in cura sanitaria rispetto agli esiti;
- organizzazione dell'équipe in team multidisciplinare e interprofessionale con evidenziazione del ruolo del responsabile del team e della sua connotazione disciplinare;
- evidenziazione delle necessità emergenti in ambito riabilitativo con soluzioni per le criticità post-acute nelle gravi disabilità;
- coordinamento unificato dei vari percorsi assistenziali caratterizzato dal modello dipartimentale.

**Obiettivi:**

Definizione di percorsi rivolti all'infanzia e adolescenza in risposta a nuovi bisogni della popolazione e per una razionalizzazione e raccordo con gli altri servizi/istituzioni che operano nel territorio a favore dei minori.

**Descrizione Del Progetto:**

I Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva che si occupano dei problemi/disturbi psico-sociali, psicologici e relazionali, psichiatrici e neuropsichiatrici dei soggetti in età evolutiva, nonché dei problemi relativi all'inserimento scolastico del minore disabile, hanno denominazioni e modelli organizzativi diversi nelle Aziende ULSS regionali. Essi sono di norma inseriti, secondo l'attuale organizzazione distrettuale, nell'UOC Infanzia, Adolescenza e Famiglia, che comprende anche i Servizi di Consultorio familiare e, in alcuni casi, la Pediatria di comunità e che lavora in rete con gli altri servizi socio-sanitari e con le agenzie sociali ed educative del territorio.

I servizi sono per lo più in condizione di assolvere a quei compiti istituzionali che richiedono interventi erogabili a livello ambulatoriale e nell'ambiente di vita (scuola, domicilio) del minore, spesso attraverso la costituzione di percorsi specifici di valutazione e presa in carico dedicati alle patologie più complesse (es. DGS, ADHD). Risultano, invece, parziali le risposte che richiedono percorsi diagnostici e terapeutici nelle condizioni di urgenza, per episodi acuti di tipo psicopatologico e in particolare qualora sia necessario un ricovero, o quando occorra avviare una presa in carico con la disponibilità di strutture intermedie, quali centri diurni o residenziali.

La necessità di pervenire ad apposite Linee Guida per i servizi distrettuali di Neuropsichiatria Infantile e/o Età Evolutiva deriva dalla scarsità di atti programmatori regionali che favoriscano un panorama di offerta congruente e omogenea a livello locale, dalla necessità di costituzione di nuove offerte e percorsi rivolti

**ALLEGATOT alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/5

all'infanzia e adolescenza in risposta a nuovi bisogni della popolazione e per una razionalizzazione e raccordo con gli altri servizi/istituzioni che operano nel territorio a favore dei minori. È per questo motivo che, con provvedimento n. 2908 del 29 settembre 2009, la Giunta regionale ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro integrato per l'elaborazione di Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva.

A tal fine, con Decreto del Segretario regionale alla Sanità e al Sociale n. 123 del 22 dicembre 2009 è stato costituito il Gruppo di lavoro integrato previsto dalla DGR n. 2908 del 29 settembre 2009, presieduto dai Dirigenti del Servizio Tutela Salute Mentale e del Servizio Famiglia e composto da 3 direttori dei servizi sociali e 1 direttore sanitario, 3 direttori di Distretto, 3 neuropsichiatri infantili e 3 psicologi, nonché un assistente sociale, un logopedista, uno psicomotricista e un pediatra.

Con DGR n. 1533 del 27 settembre 2011 la Giunta regionale ha approvato le Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva, prevedendo che le Aziende ULSS presentassero entro 3 mesi dall'approvazione del provvedimento un Piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle suddette Linee guida e demandando al Segretario regionale per la Sanità la costituzione di una Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale, cui vi ha provveduto con DSR n. 136 del 12 dicembre 2011.

Un aspetto fondamentale sui cui si sta lavorando è l'implementazione sviluppo di un sistema informativo adeguatamente sviluppato e pienamente integrato nella rete informativa Regionale, che consenta di monitorare i dati relativi alle attività dei Servizi per l'Età evolutiva e dei Centri accreditati che dovranno collaborare per la parte di loro competenza.

**Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)****Azione 1**

Adozione da parte delle Aziende ULSS del Veneto di un Piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle Linee Guida.

Tempo previsto: 3 mesi

**Azione 2**

Monitoraggio dell'applicazione locale.

Tempo previsto: 6 mesi

**Azione 3**

Sviluppo di un sistema informativo integrato nella rete informativa Regionale che consenta di monitorare i dati relativi alle attività dei Servizi per l'Età evolutiva.

Tempo previsto: 3 mesi

**Cronogramma**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												

**Risultati attesi**

Riorganizzazione dei servizi distrettuali per l'età evolutiva in sintonia con le Linee guida di cui alla DGR n. 1533 del 27 settembre 2011.

Programmazione e pianificazione dei Servizi per l'età evolutiva attraverso la conoscenza dettagliata dell'attività svolta, in termini di utenza, interventi, pattern di trattamento e risorse a disposizione.

**Indicatori**

N. di Servizi per l'Età evolutiva coinvolti

N. nuovi utenti nell'anno

N. di utenti in trattamento riabilitativo

N. utenti per protezione, cura e tutela dei minori



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOU alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/4

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Mantenimento ed estensione dei programmi di screening  
(contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 3.1.1)

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 12 “Piano Nazionale della Prevenzione “

**Referenti:**

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** 2010-2012

**Aspetti finanziari per l'anno 2012:**

Costo del Progetto: € 18.540.855,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata del FSN 2012: € 17.000.000,00

**Breve descrizione dell'intervento programmato**Razionale

Il Piano Regionale Prevenzione prevede una specifica linea progettuale peraltro già dal 1996 sono state emanate le “Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici” e deliberato la loro attivazione da parte delle Aziende ULSS. Dal 2001 gli screening citologico, mammografico e coloretale fanno parte dei LEA (DPCM 29.11.2001) e pertanto non possono essere discontinui o a termine. Sono interventi complessi e impegnativi che coinvolgono figure professionali molto diverse. Per ciascuno screening, sulla base di esperienze di lunga durata a livello europeo e nazionale, sono stati definiti i requisiti essenziali per l'implementazione e un modello di funzionamento standard che ha il rapporto costi-benefici più favorevole.

La Regione Veneto prevede che alcuni indicatori di qualità degli screening oncologici rientrino tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS. Inoltre nel 2007 è stato approvato dalla Regione il Manuale per l'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici (DGRV 4538 del 28.12.2007). Attualmente tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto hanno formalmente attivato i tre screening, tuttavia si rilevano insufficienze di estensione degli inviti e/o di qualità in diversi programmi aziendali.

Le Linee Guida di riferimento sottolineano la necessità che gli screening abbiano programmi di assicurazione di qualità. A questo fine la Regione Veneto, pur mantenendo rapporti diretti con le Aziende ULSS per gli aspetti gestionali e di finanziamento, ha affidato al Registro Tumori del Veneto dello IOV (Istituto Oncologico Veneto) il coordinamento dei programmi aziendali e della formazione degli operatori, il monitoraggio e la valutazione degli indicatori di processo e di qualità, il coordinamento di gruppi di lavoro di specialisti.

**ALLEGATOU alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

Scopi generali

Sviluppare e sostenere l'estensione e la qualità dei tre programmi di screening oncologici delle Aziende ULSS della Regione Veneto.

Attività

Con questa linea di lavoro si intende fornire un supporto finanziario alle Unità Operative coinvolte nei diversi programmi di screening aziendali, per sostenerne le attività e per migliorare le performance dei programmi che presentano livelli di qualità e dati di copertura non consoni con gli standard regionali e nazionali. L'obiettivo verrà perseguito attraverso le seguenti azioni:

- identificazione delle criticità dei tre screening;
- aumento dell'estensione degli inviti nelle Aziende ULSS dove non è ancora adeguata;
- correzione dei problemi di qualità riscontrati;
- mantenimento delle attività di formazione per le varie figure professionali;
- sostenimento dell'attività dei gruppi di lavoro dei vari specialisti (Patologi, Radiologi, Chirurghi, ecc.) coinvolti negli screening tra cui le seguenti attività di formazione specifica
  - o formazione dei radiologi e dei tecnici coinvolti nello screening mammografico
  - o formazione dei patologi coinvolti nello screening mammografico
  - o formazione dei ginecologi colposcopisti coinvolti nello screening citologico
  - o formazione degli endoscopisti coinvolti nello screening coloretale

Attori ed eventuali altri portatori di interesse

Unità Operative coinvolte nei programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto: Dipartimenti di Prevenzione, Reparti di ginecologia-ostetricia, anatomia patologica, chirurgia, endoscopia digestiva, radiologia, laboratorio  
Registro Tumori del Veneto - IOV

Possibili criticità

Possibili riduzioni dei volumi di attività dovute a fattori contingenti locali al momento imprevedibili

<b>Beneficiari</b>	<p>Operatori dei programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto          Popolazione target dei programmi di screening di tutte le Aziende ULSS della Regione          Screening mammografico: circa 608.000 donne di età 50-69 anni          Screening del cervicocarcinoma: circa 1.373.000 donne di età 25-64 anni          Screening coloretale: circa 1.115.000 persone di età 50-69 anni</p>
--------------------	---

**ALLEGATOU alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**Obiettivi di processo

Miglioramento dei livelli di estensione degli inviti ai tre programmi di screening

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della cervice uterina (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	80%	>83%		>85%	
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della mammella (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	92%	>90%		>90	
Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore del colon retto (Numero di persone invitate / popolazione target annuale *100)	Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV	65%	>70%		>75%	
Numero di corsi realizzati (per 40 operatori) per radiologi e tecnici dello screening mammografico	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	4	4		4	
Numero di corsi realizzati (per 30 operatori) per patologi dello screening mammografico	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	1	1		1	
Numero di corsi realizzati (per 25 operatori) per ginecologi-colposcopisti dello screening citologico	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	0	1		0	
Numero di corsi realizzati (per 40 operatori) per endoscopisti e infermieri dello screening colon-rettale	Documentazione del Registro Tumori del Veneto	2	1		1	

**ALLEGATOU alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Parametri per la stima dei costi dello screening:**

I costi sono stati aggiornati sulla base dell'ultimo nomenclatore tariffario pubblicato sul BUR dell'8/7/2011: le tariffe sono comprensive anche del costo del personale coinvolto.

Per la stima dei costi vengono utilizzati i dati di estensione ed adesione rilevati in Veneto nel 2011.

- Parametri per la stima dei costi dello screening citologico:

Costo invito: € 5,38

Costo Pap test: € 12,45

Costo Colposcopia: € 27,35

Sulla base dei dati raccolti nell'anno 2010, al 2,8% delle donne che si sottopongono al pap-test viene fatta la colposcopia.

Programma attivo in tutte le Aziende Ulss

- Parametri per la stima dei costi ricerca HPV

Costo invito: € 5,38

Costo Test HPV: € 49,10

Programma attivo in tutte 4 Aziende Ulss (15-16-17-18-19)

- Parametri per la stima dei costi dello screening mammografico:

Costo invito: € 5,38

Costo Mammografia: € 38,45

Costo Esame II Livello (agoaspirato ecoguidato): € 41,05

Sulla base dei dati raccolti nell'anno 2010, al 8,4% delle donne che si sottopongono alla mammografia vengono inviate al II livello.

Programma attivo in tutte le Aziende Ulss

- Parametri per la stima dei costi dello screening colonretto

Costo invito: € 5,38

Costo esame Sangue occulto: € 4,25

Costo Esame Colonscopia semplice: € 96,90

Costo Esame Colonscopia operativa: € 113,95

Sulla base dei dati raccolti nell'anno 2010, il 5,4% di coloro che si sottopongono all'esame di I livello vengono inviati alla colonscopia. L'88,6% si sottopone all'esame, il 35% vengono sottoposti a colonscopia semplice, il 65% a colonscopia operativa.

Programma attivo in tutte le Aziende Ulss

---

**Costo stimato del progetto: € 18.540.855**



## ALLEGATOV alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Programma di contenimento delle Malattie Infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio. (*contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.4.1*)

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 12 “Piano Nazionale della Prevenzione “

#### Referenti:

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** 2010-2012

#### Aspetti finanziari 2012

Costo del progetto: € 14.151.330,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 13.000.000,00

#### Descrizione del progetto

Considerato che la Regione del Veneto ha conseguito gli indispensabili requisiti quali il raggiungimento di elevate coperture vaccinali, la solidità operativa del sistema vaccinale e la maturità culturale della popolazione, il legislatore regionale ha ritenuto opportuno passare dall'obbligo vaccinale ad una scelta consapevole approvando la legge 23 marzo 2007 n. 7 “Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva”.

Con D.G.R. n. 411 del 26/02/2008 è stato approvato il Calendario Vaccinale della Regione Veneto che contempla non solo le vaccinazioni dell'età evolutiva, ma tutte le vaccinazioni, affinché vengano date indicazioni chiare in un unico documento di riferimento della profilassi vaccinale.

Per il miglioramento del sistema vaccinale e il mantenimento delle coperture raggiunte, negli ultimi anni in ambito regionale sono state programmate e svolte numerose attività quali: azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione, di formazione continua degli operatori sanitari (personale dei servizi, pediatri di libera scelta), di controllo costante dei dati di copertura per monitorare la situazione.

Le azioni condotte hanno consentito il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per le vaccinazioni ex obbligatorie.

**ALLEGATO V alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

Per l'età adulta la Regione Veneto con DGR n. 55 del 19/01/2001 ha fissato i "Livelli uniformi di assistenza per la vaccinazioni dell'adulto contro l'influenza, il tetano, lo pneumococco":

- somministrazione annuale del vaccino antinfluenzale ai soggetti individuati e secondo le modalità previste dall'annuale programma ministeriale "Programma di prevenzione e controllo dell'influenza;"
- una dose di vaccino antipneumococco ai soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni e alle persone che presentano malattie che li espongono ad un elevato rischio di forme invasive;
- ciclo base e richiamo contro il tetano nei soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni.

Nel 2008-09 sono stati progettati e poi realizzati nel 2010, due corsi Master di formazione a distanza (FAD) erogati con modalità Blended:

- Buone pratiche vaccinali, per gli operatori dei servizi vaccinali
- Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini con particolare riguardo alle vere e alle false controindicazioni, per gli operatori dei servizi vaccinali e i pediatri di libera scelta.

Sono stati formati 50 operatori per ciascun corso (2-3 persone per ASL tra medici, assistenti sanitarie, infermieri professionali, pediatri e ostetriche), che collaboreranno all'estensione dell'attività formativa a livello delle singole Aziende Ulss.

**Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

1. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale per i vaccini in calendario e consolidare la qualità dell'offerta vaccinale.
2. Perseguire un'adeguata formazione degli operatori dei servizi vaccinali e dei pediatri di libera scelta con particolare attenzione al personale di nuova assunzione. L'attività formativa sarà attuata con modalità blended/e-learning e con giornate residenziali/in aula per le seguenti tematiche:
  - Buone pratiche vaccinali
  - Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini; aggiornamento sulle controindicazioni vere e false e counselling in ambito vaccinale.
  - Morbillo e rosolia congenita nell'ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15
3. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali dei soggetti appartenenti a specifiche categorie a rischio (implementare le vaccinazioni anti-meningiti batteriche nei soggetti splenectomizzati di qualsiasi età, promuovere la vaccinazione anti-epatite A per i figli di immigrati che si recano in zone endemiche, promuovere la vaccinazione per la rosolia delle donne in età fertile).
4. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali per:
  - il vaccino antinfluenzale negli anziani e nelle categorie indicate dalla Circolare Ministeriale annuale
  - il vaccino antipneumococco nei soggetti di età uguale o superiore 65 anni e nelle persone a rischio di forme invasive
5. fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini.

**Indicatori**

- Mantenimento dei livelli di copertura vaccinale medi regionali per i vaccini anti-difterite, tetano, poliomielite, epatite B pari al 95%.
- Mantenimento del tasso di copertura vaccinale medio regionale per MPR a 24 mesi pari al 92%.
- Mantenimento del tasso di copertura vaccinale medio regionale contro l'influenza della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni) del 70%.
- Incremento del tasso di copertura vaccinale medio regionale contro lo pneumococco nella popolazione di età uguale o superiore a 65 anni (40%)

**ALLEGATO V alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

- Costruzione del pacchetto formativo definitivo e diffusione a livello locale, in tutte le Aziende Ulss, on-line dei contenuti scientifici dei corsi: “buone pratiche vaccinali” e “individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini; aggiornamento sulle controindicazioni vere e false”.
- Realizzazione di almeno una giornate di formazione sul tema: Morbillo e rosolia congenita nell’ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15, per gruppo di formatori nel 1° anno e ripetizione a livello Aziendale nel 2° anno.
- Incremento del numero/anno di segnalazione degli eventi avversi, correlati alle vaccinazioni, con particolare attenzione alle reazioni gravi (progetto ad hoc).

<b>Beneficiari</b>	<b>Indiretti: la popolazione regionale residente/domiciliata</b> <b>Diretti: nuovi nati (circa 45.0000/anno)</b> <b>Soggetti appartenenti alle categorie a rischio individuate</b>
--------------------	--

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Mantenimento delle coperture vaccinali per i vaccini anti-difterite, tetano, poliomielite, epatite B.	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	95%		95%		95%	
Mantenimento della copertura per la vaccinazione MPR	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	92%		93%		93%	
Mantenimento del tasso di copertura vaccinale per l'influenza della popolazione anziana ( $\geq 65$ anni)	Servizio Sanità Pubblica e screening Regione	70%		70%		70%	
Corsi FAD diffusione a livello locale, in tutte le Aziende	SISP Ulss 20	10%		50%		100	
Realizzazione di almeno una giornate di formazione Morbillo e rosolia congenita	SISP Ulss 20	0		25%		50%	

**ALLEGATOV alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

Costi somministrazione stimati (personale + inviti + vaccini)  
Per vaccinazioni extra LEA

	<b>Costo dose</b>	<b>Coorte</b>	<b>Copertura</b>	<b>N. dosi</b>	<b>Costi vaccino</b>	<b>Costo somm. (€6,06)</b>	<b>Costi inviti</b>	<b>Totale costi</b>
<b>Vaccino</b>								
HPV	46,79	30.000	0,9	3	3.789.990	490.860	36.000	4.316.850
Priorix tetra	45	45.000*	0,9	1	1.822.500	245.430	54.000	2.121.930
Meningococco	7	135.000	0,9	1	850.500	736.290	162.000	1.748.790
Pneumococco	42,58	45.000*	0,9	3	5.173.470	736.290	54.000	5.963.760
					<b>11.636.460</b>	<b>2.208.870</b>	<b>306.000</b>	<b>14.151.330</b>

\* nati nell'anno nella Regione Veneto



## ALLEGATOW alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/3

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Sorveglianza PASSI: attività di supporto e integrazione dei risultati con quelli prodotti dai sistemi di sorveglianza attivi in Veneto per la produzione di strumenti di comunicazione efficaci (*contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.9.1*)

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 12 “Piano Nazionale della Prevenzione “

#### Referenti:

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** 2010-2012

#### Aspetti finanziari 2012

Costo del progetto: € 332.640,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012.

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

Nel Veneto dal 2011 la sorveglianza è attiva in tutte le Aziende ULSS che potranno così avere dati su comportamenti e stili di vita che influenzano la salute degli adulti a livello aziendale e in tempo “reale”.

Oltre alla sorveglianza PASSI, in Veneto sono attivi altri sistemi di sorveglianza sugli stili di vita specifici per fascia di età: OKKIO alla salute (età 8 anni), HBSC (età 11-13-15 anni), indagini campionarie dell'ISTAT. Le informazioni raccolte secondo i protocolli propri di ciascuna indagine sono divulgate attraverso pubblicazioni o monografie specifiche. La presenza sullo stesso territorio di diversi soggetti produttori e utilizzatori di informazioni epidemiologiche e statistiche sugli stili di vita e le abitudini favorevoli alla salute nelle diverse fasce d'età, rende necessario attivare una concreta collaborazione tra gli stessi al fine di formare una rete di soggetti che condividono obiettivi comunicativi sinergici. Ciò permetterà di ottenere da un lato la progressiva integrazione delle fonti e dei flussi informativi e, dall'altro, la produzione di strumenti di comunicazione specifici per argomento e per età, consentendo la valorizzazione del patrimonio informativo di ciascuna indagine e l'utilizzo dei risultati da parte di differenti soggetti.

#### Fasi dell'intervento:

Per quanto riguarda la sorveglianza PASSI, questa proseguirà nel triennio 2010-2012 con le modalità previste dal protocollo nazionale (campionamento aziendale, interviste, monitoraggio, controllo e correzione dei dataset aziendali, redazione dei rapporti aziendali e regionali).

**ALLEGATOW alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

Relativamente all'integrazione dei flussi si prevede:

- Costituzione di gruppi di lavoro su tematiche e argomenti specifici (attività motoria, alimentazione, fumo, alcol, screening, sicurezza domestica e sicurezza stradale, sicurezza negli ambienti di lavoro)
- Analisi delle fonti e dei dati disponibili e verifica delle possibilità di integrazione
- Stesura del Piano di comunicazione dei risultati delle diverse aree tematiche indagate dai flussi informativi e dalle sorveglianze in essere (area Guadagnare Salute, area sicurezza negli ambienti di vita, screening organizzati, ..), comprendente l'individuazione di modelli di comunicazione integrati (rapporti, schede informative tematiche, schede per i decisori)
- Redazione, stampa e distribuzione degli strumenti di comunicazione previsti dal piano di comunicazione.

Unità operative della Regione Veneto e centri di riferimento regionali coinvolti:

Direzione Prevenzione (Sorveglianza PASSI),

Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS (Sorveglianza PASSI)

Direzione Statistica (Flussi ISTAT),

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute (HBSC)

Registro Tumori del Veneto (screening organizzati),

Referenti dei programmi regionali attività motoria, alimentazione, fumo, alcol, screening, sicurezza domestica e sicurezza stradale, sicurezza negli ambienti di lavoro

<b>Beneficiari:</b>	<b>Pubbliche Amministrazioni (Regione, Provincia, Comuni) Direzioni delle Aziende ULSS Dipartimenti di Prevenzione</b>
---------------------	--

<b>Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:</b> Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute							
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Numero di aziende ULSS in cui la sorveglianza PASSI è condotta con continuità e numerosità campionaria sufficiente	Verbali degli incontri		13	16		18	
Modelli e prodotti di comunicazione delle diverse aree tematiche	Strumenti di comunicazione realizzati			3		4	

**ALLEGATOW alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

**Costi personale + materiali**

I costi sono stati calcolati stimando l'impegno orario del personale coinvolto nella conduzione della sorveglianza PASSI (compresa la formazione) e i materiali di consumo utilizzati.

<b>Costi sistema di sorveglianza PASSI - 2012</b>	<b>Costo annuale dell'attività per Azienda ULSS</b>	<b>Costo annuale dell'attività per tutte le Aziende ULSS (21 Aziende partecipanti)</b>
Formazione del personale (per tutte le Aziende ULSS)		114.240,00
Preparazione dell'indagine (campionamento e controlli)	2000	42.000,00
Presentazione dell'attività (lettere)	400	8.400,00
Interviste telefoniche (costi telefonate)	1000	21.000,00
Raccolta e registrazione dati (tempo intervistatrici)	5000	105.000,00
Stesura report aziendali	2000	42.000,00
<b>Totale</b>		<b>332.640,00</b>



## ALLEGATOX alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep.atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 e del Piano Regionale Prevenzione del Veneto 2010-2012

**Linea progettuale:** All. A – Parte I - Linea n. 12 “ Piano Nazionale della Prevenzione “

### Referente scientifico:

Dr. Luciano Marchiori  
Direzione Prevenzione Servizio Tutela Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro  
Dorsoduro 3493 30123 Venezia  
Tel. 041 2791323 Fax 041 2791331  
[luciano.marchiori@regione.veneto.it](mailto:luciano.marchiori@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491  
[sgr.sanita@regione.veneto.it](mailto:sgr.sanita@regione.veneto.it)

**Durata del progetto:** pluriennale (2010-2012)

### Aspetti finanziari per l'anno 2012:

Costo complessivo del progetto: 14.270.000  
Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 9.000.000,00

### Contesto:

Il contesto normativo in cui trova collocazione il presente progetto è quello delineato a livello nazionale dal Patto per la Tutela della Salute nei luoghi di lavoro approvato con D.P.C.M. 17.12.07, relativamente alle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro finalizzata al raggiungimento dei LEA, dal DLgs. 81/08 ed in particolare l'art. 7 riguardante il Comitato Regionale di Coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro, con compiti di programmazione coordinata dell'attività al fine di favorire sinergie e maggior efficacia degli interventi e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012, attuato in Regione Veneto con il Piano Regionale Prevenzione del Veneto - 2010-2012 (DGR 3139/2010).

### Descrizione del Progetto:

Il presente progetto prevede per l'anno 2012 lo sviluppo di azioni già inserite nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2010-2012, finalizzate alla prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro e delle malattie professionali, in coerenza con le strategie del Patto per la Tutela della Salute nei luoghi di lavoro, attraverso la programmazione di interventi di vigilanza nei settori con priorità di rischio anche in forma coordinata con gli enti istituzionali e le parti sociali e l'effettuazione delle inchieste giudiziarie per infortunio o per malattia professionale nei casi previsti dalla legge (artt. 583,589 e 590 c.p.). Costituisce strumento di supporto al Sistema in vista dell'omogeneizzazione delle procedure adottate da ogni ULSS e dell'accessibilità dei dati a livello regionale il mantenimento ed utilizzo di un sistema informativo regionale unico.

I risultati raggiunti dal progetto per l'anno 2011 evidenziano come l'obiettivo di copertura definito dal Patto per la Tutela della Salute nei luoghi di lavoro come LEA di settore (5% delle unità locali con dipendenti o assimilati) sia stato raggiunto con un valore osservato pari al 5,2%.

**ALLEGATOX alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

Le aziende di tutti i comparti oggetto di intervento di prevenzione sono state infatti 12.519 su uno standard pari a 12.030 corrispondente al 5% delle U.L. presenti sul territorio regionale secondo i dati INAIL presi a riferimento ed inseriti nella DGR 3139/2010 di approvazione del Piano Regionale Prevenzione 2010-2012.

I risultati dell'attività di controllo svolta nell'anno 2011 nei settori con priorità di rischio (edilizia e agricoltura) evidenziano un numero di aziende sottoposte a ispezione pari a 7.373 nel settore edile e 821 nel settore agricolo, per una percentuale rispettivamente del 59% e del 6,5% delle aziende complessivamente viste.

Nel 2011 sono stati notificati agli SPISAL delle ULSS, ai sensi dell'art. 99 del D.Lgs. 81/08, un numero di 30.390 cantieri, 584 a settimana (52 settimane per anno) di cui il 15,2% (4.631) è stato oggetto di verifica ispettiva, 89 a settimana. Nel numero dei cantieri ispezionati sono stati conteggiati anche quelli controllati per interventi di bonifica su materiali contenenti amianto. Più del 40% dei cantieri controllati risultava non a norma.

I verbali di prescrizione ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 758/94 emessi a seguito dell'accertamento di una contravvenzione sono stati 2.580, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, con 3.386 violazioni contestate.

Nello stesso anno si è visto altresì un incremento delle aziende agricole controllate, rispetto al 2010, del 7% circa. Una su quattro è stata oggetto di verbale di prescrizione ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 758/94.

L'attività di vigilanza svolta dagli SPISAL delle ULSS comprende le inchieste di polizia giudiziaria effettuate a seguito di infortunio o di segnalazione di malattia professionale. Le indagini sono svolte dagli operatori dei Servizi al fine di individuare eventuali profili di responsabilità penale connessi all'evento lesivo occorso nel territorio di competenza.

I dati del 2011 identificano una percentuale pari al 100% calcolata come rapporto tra il numero delle inchieste infortuni concluse (2249) e il numero degli infortuni da indagare come previsto dagli artt. 583, 589 e 590 c.p. (2252). Il numero delle inchieste giudiziarie concluse sulle malattie professionali è pari a 1260 in rapporto a 1369 malattie con le caratteristiche di cui agli artt. 583, 589 e 590 c.p. e su cui quindi avrebbe dovuto essere condotta l'inchiesta (92% superiore comunque allo standard atteso pari al 90%).

La funzionalità del sistema informativo regionale Prevnet è entrato a regime nell'anno 2011 all'interno di tutti gli SPISAL del Veneto che lo hanno utilizzato per la registrazione e gestione di tutti i dati relativi all'attività di vigilanza svolta.

Si tratta dunque per l'anno 2012 di mantenere gli standard già raggiunti per l'attività di vigilanza continuando ad incrementare il numero degli interventi nei settori specifici in cui a livello di Comitato regionale di Coordinamento si sono condivise le priorità di rischio.

Analogamente si tratta di continuare a garantire lo svolgimento delle indagini giudiziarie per infortunio e malattia professionale secondo la procedura regionale approvata in ottemperanza agli obblighi imposti dagli artt. 583, 589 e 590 c.p.

Il sistema informativo regionale Prevnet costituisce ancora strumento di supporto utile e necessario per un'azione coordinata ed omogenea a livello regionale e di singola ULSS.

**Sintesi del contenuto del progetto****Obiettivo generale**

Prevenire gli infortuni negli ambienti di lavoro e le patologie da esposizione professionale ad agenti fisici, chimici e biologici

**Obiettivi specifici**

Vigilare sulle Unità Locali nel rispetto della pianificazione regionale definita nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 D. Lgs 81/08)

Garantire le indagini per gli infortuni mortali, gravi e gravissimi e per le malattie professionali secondo la procedura regionale

Utilizzare il sistema informativo regionale Prevnet

**ALLEGATOX alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Obiettivi specifici, indicatori e cronoprogramma:**

<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Cronoprogramma</b>
Vigilare sulle Unità Locali nel rispetto della pianificazione regionale definita nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 D. Lgs 81/08)	Numero di U. L. con almeno 1 dipendente o socio lavoratore sottoposte ad intervento di prevenzione (dati INAIL febbraio 2010)	almeno il 5 % Unità Locali con 1 dipendente o socio lavoratore nel territorio regionale	Su base annuale (monitoraggio al 31.12. 2012)
	di cui cantieri edili	N. di cantieri pari ad almeno 4667	Su base annuale monitoraggio al 31.12. 2012)
	di cui aziende agricole	N. di aziende agricole pari ad almeno 850	Su base annuale (monitoraggio al 31.12. 2012)
Garantire le indagini per gli infortuni mortali, gravi e gravissimi e per le malattie professionali secondo la procedura regionale	Numero inchieste per infortunio concluse / infortuni selezionati da indagare ai sensi degli artt. 583, 589 e 590 c.p	90%	Su base annuale (monitoraggio al 31.12. 2012)
	Numero inchieste per malattia professionale concluse / malattie selezionate da indagare ai sensi degli artt. 583, 589 e 590 c.p.	90%	
Utilizzare il sistema informativo regionale Prevnet	4.1 Inchieste (pratiche) infortuni registrate in Prevnet / inchieste per infortunio attivate ai sensi degli artt. 583, 589 e 590 c.p (in riferimento ai casi pervenuti nell'anno)	100%	Su base annuale (monitoraggio al 31.12.2012)
	4.2 Verbali 758 registrati in Prevnet / verbali 758 per ispezioni effettuate nell'anno	100%	

**Risultati attesi**

In termini di salute il risultato atteso è la riduzione del numero di infortuni.

**ALLEGATOX alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

In termini di efficienza, i risultati attesi sono il mantenimento del grado di copertura del L.E.A. di settore ed il coordinamento regionale e provinciale tra Enti in attuazione all'art. 7 del D.Lgs. 81/08.

**Soggetti coinvolti**

Aziende ULSS del Veneto, Servizi SPISAL

Voci di spesa	Costi
Risorse umane UULLSSSS del Veneto (269 operatori di cui 197 del comparto a costo medio pari a € 40.000 e 70 dirigenti medici, ingegneri o chimici a costo medio pari a 100.000 € )	14.000.000 €
Progetti regionali di sostegno alla pianificazione	270.000 € da DGR 1872/2011 progetto aziende a rischio € 25.000, progetto malattie professionali €55.000  da DGR 1748/2012 progetto edilizia € 40.000, progetto agricoltura €50.000 progetto inchieste infortuni € 40.000  da DGR 2022/2011 Prevnet € 60.000
Totale	14.270.000 €



## ALLEGATOY alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/4

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita  
(contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.1.2)

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte I - Linea n. 12 “Piano Nazionale della Prevenzione “

#### Referenti:

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** 2010-2012

#### Aspetti finanziari:

Costo del progetto: € 1.484.200,00

Importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2012.

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

Il programma ha lo scopo di orientare la popolazione verso scelte di salute consapevoli e praticabili su 8 determinanti/interventi di salute prioritari nel percorso nascita (ai 7 determinanti promossi nelle progettualità precedenti - cioè assunzione di acido folico, astensione dal fumo in gravidanza e davanti al bambino, allattamento materno, posizione supina in culla, protezione da traumi stradali e incidenti domestici, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce si aggiunge il contrasto all'uso di bevande alcoliche in gravidanza) e durante l'allattamento, sviluppando e orientando le attività di promozione, formazione e offerta di servizi, anche già in essere, in modo integrato e sulla base di dati di qualità.

I 7 determinati di salute promossi da GenitoriPiù, che rispondono sostanzialmente a tutte le principali cause di morbilità e mortalità nei primi anni di vita, dai dati rilevati presentano in alcuni casi un livello poco soddisfacente, in altri hanno margini di miglioramento e nel caso delle vaccinazioni, richiedono una costante attenzione e manutenzione per mantenere i buoni livelli di copertura ed intervenire efficacemente nelle aree più critiche (dati GenitoriPiù). In particolare:

1. Future mamme che assumono Acido Folico in modo corretto: Veneto 10% (Italia 8%)
2. Bambini con mamme che fumano o hanno fumato: Veneto 26,2 % (Italia 27,9%)
3. Allattamenti materni esclusivi perduti entro il 3° mese: Veneto 45,1% (Italia 41,7%)
4. Neonati che dormono a pancia in su: Veneto 53,2 % (Italia 48%)

**ALLEGATOY alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/4

5. Neonati che non viaggiano sicuri: Veneto 18,7 % (Italia 24%)
6. Genitori propensi a vaccinare i figli : Veneto 95,5 % (Italia 95%)
7. Genitori che si dicono bendisposti alla lettura precoce: 98,8% (Italia 98.8% - ma quasi la metà non ha letto alcun libro negli ultimi 12 mesi – ISTAT 2009).

Sull'uso di bevande alcoliche sono previsti rilevamenti specifici ad integrazione dei dati della sorveglianza PASSI e di altri sistemi di sorveglianza disponibili.

Il programma sviluppa azioni coordinate e coerenti, basate sull'evidenza, per l'empowerment delle famiglie e degli operatori attraverso l'integrazione delle iniziative relative agli 8 determinanti, le azioni di valutazione-formazione-promozione, le progettualità convergenti, per un tailoring locale delle attività commisurato ai bisogni rilevati.

Il programma pertanto si colloca per metodologia e per obiettivi nel contesto del programma intersettoriale "Guadagnare Salute" di cui fa parte formalmente. Vengono utilizzati sistemi innovativi di formazione degli operatori e di coinvolgimento della popolazione.

Si prevede il consolidamento di 4 aree di intervento con i rispettivi obiettivi ed azioni (e conseguenti indicatori)

**Obiettivo Specifico 1 - Rete:**

- 1a) Consolidamento della Rete Regionale per il Coordinamento dell'attività a livello Regionale/Aziendale,
- 1b) Consolidamento della rete degli Esperti/ Project leader Regionali sugli 8 determinanti.

**Azioni**

1a) Le Aziende partecipanti confermeranno un referente GenitoriPiù nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione e tra i Pediatri di Famiglia, formalizzando contestualmente uno specifico gruppo di lavoro aziendale

1b) Verrà riorganizzata la rete di esperti/project Leader della campagna GenitoriPiù già in essere (§ tabella- prevedendo sinergie anche con le progettualità di Guadagnare Salute convergenti - (es. Alcool)

**Obiettivo Specifico 2 – Valutazione:**

2a) Survey sugli 8 determinanti: competenze e comportamenti di genitori e operatori

2b) Proseguimento del Service di dati alle Aziende Sanitarie aderenti al progetto. Valutazione dati a livello regionale da Panel di esperti (§ Rete "1b" project leaders 8 determinanti)

2c) Sperimentazione di un sistema di inserire alcuni indicatori del programma nei sistemi di sorveglianza correnti.

**Azioni**

2a.) Realizzazione della survey su genitori e operatori

2b) Service per l'elaborazione dei dati di valutazione

2c) Sperimentazione di un sistema di sorveglianza (inserimento campi nei sistemi correnti)

**Obiettivo Specifico 3 - Formazione:**

3a) Riedizione mirata del percorso formativo Blended sul Counselling Vaccinale

3b) Consolidamento dell'attività formativa sui 7 determinanti e sul Counselling per gli operatori e approfondimento secondo le priorità emerse dai dati rilevati.

**Azioni**

3a) Attuazione in almeno 2 Aziende del percorso formativo Blended sul Counselling Vaccinale di GenitoriPiù (in base ai bisogni rilevati su indicazione della Direzione Regionale della Prevenzione.

3b) Attuazione di attività formative, anche locali e in integrazione con altri programmi (Guadagnare Salute, incidenti domestici, allattamento, ecc.), sugli 8 determinanti di GenitoriPiù per gli operatori del percorso nascita mirate in base ai dati della valutazione e ai bisogni prioritari sui diversi determinanti

**ALLEGATOY alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/4

**Obiettivo Specifico 4 - Promozione:****4a)** Ottimizzazione dell'utilizzo del libretto pediatrico**4b)** Revisione/ristampa, produzione e diffusione mirata di materiale divulgativo per la popolazione, comprendente aspetti multiculturali e di contrasto alle disuguaglianze in salute.**4c)** Aggiornamento/manutenzione del sito WEB [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it).**Azioni****4a)** Ottimizzazione dell'utilizzo del libretto pediatrico. Ristampa "Calendario delle azioni" prodotto nella campagna GenitoriPiù**4b.1)** Stampa del materiale progetto CCM "Pensiamoci Prima" e STUDIO ACIDO FOLICO "Randomized Clinical Trial to Evaluate the Efficacy of High Dose of Folic Acid to Prevent the Occurrence of Congenital Malformations (§ linea 7)**4b.2)** Ristampa del materiale della campagna Genitori Più in via di esaurimento, sia in italiano che multilingue (in sinergia con progetti specifici convergenti: in particolare sull'allattamento materno § e l'assunzione di acido folico - § Linea 7 ) Nuovi spot animati (revisione spot ed integrazione con alcol ed incidenti domestici)**4c)** Le attività promozionali (area pubblica) relative sito WEB [www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it) saranno di Aggiornamento/manutenzione con la produzione periodica di newsletter.**Cronoprogramma 2012**

Mese		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Macro-Obiettivi	<b>Attività 1</b> Rete												
	<b>Attività 2</b> Valutazione												
	<b>Attività 3</b> Formazione		Az. N.1								Az. N.2		
	<b>Attività 4</b> Promozione	Folico						8 az					

**Obiettivo trasversale:** Contrasto alle disuguaglianze in salute

In considerazione delle nuove povertà, del numero di bambini nati stranieri (che in molte aree del Veneto ha superato il 25% dei nati totali), dei gruppi di popolazione con ridotta *health literacy*, si deve porre l'attenzione alla "produzione mirata di materiale divulgativo per la popolazione, comprendente aspetti multiculturali e di contrasto alle disuguaglianze in salute". La tematica prevede necessariamente sinergie con altri progetti e altri attori a partire dal "PROGETTO per la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno".

<b>Beneficiari</b>	Giovani coppie, neogenitori, neonati ( <b>nati 47.682</b> - ISTAT a. 2009)
--------------------	--

**Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**

**ALLEGATOY alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/4

**Risultati attesi:** Diminuzione di morbilità / mortalità suscettibile (EBM) di prevenzione con le 7 Azioni. Proxy di processo: miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti nella popolazione sui singoli determinanti. Aumento delle competenze negli operatori sugli stessi determinanti (*posizione in culla riconosciuta come variabile proxy della diffusione dei messaggi di salute*)

<b>Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:</b>							
Diminuzione di morbilità mortalità suscettibile (EBM) di prevenzione con le 7 Azioni.							
Proxy di processo: miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti nella popolazione sui singoli determinanti. Aumento delle competenze negli operatori sugli stessi determinanti.							
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Genitori che adottano la posizione supina in culla	Ricerca a campione. Dati disaggregati disponibili all'interno della valutazione		53,2%	>55%		>58%	
Operatori che consigliano la posizione supina in culla	Campagna "GenitoriPiù" Ministero della Salute *		50,5%	>55%		>60%	

**Costi stimati del personale coinvolto**

- a) Programma Genitori Più 2012: promozione delle attività di rete degli operatori sull'insieme delle 8 azioni (esclusi interventi specifici sulle singole azioni), e l'attività organizzativa dei gruppi di Coordinamento aziendali e di valutazione impegno (pari a n. 2 persone del comparto per il 50% del monte ore annuale, pari € 30.000 x 23 - Aziende Ulss e Aziende Ospedaliere, tot € 690.000), a cui si aggiunge l'attività formativa (2.200 operatori x 6h) per € 440.000 complessive.

**tot. € 1.130.000**

- b) Contrasto del tabagismo in epoca perinatale (Progetto Mamme Libere dal Fumo DGR n. 3669/2008 Impegno di almeno un'ostetrica coordinatrice del progetto a livello aziendale, per un totale di ore pari ad un decimo del suo monte ore annuo (€ 3.400 per 23 Aziende ULSS Aziende Ospedaliere):

**tot € 78.200**

- c) Assunzione di Acido Folico / Riduzione del rischio di SIDS / Prevenzione dell'uso di bevande alcoliche in gravidanza e allattamento/ Prevenzione degli incidenti domestici e dei traumi da traffico in età evolutiva / Lettura ad alta voce: (1 persona del comparto per il 40% del monte ore annuale – € 12.000 x 23 Aziende ULSS Aziende Ospedaliere)

**tot € 276.000**



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATOZ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/3

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Contrasto delle disuguaglianze in salute.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte II, Linea n.1 - Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità.

**4. Referente**

Dr. Rampazzo Lorenzo, Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria – Dirigente Servizio Tutela Salute Mentale,

tel. 041-2793490

fax 041-2793425

email: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)

Segreteria Regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

tel. 041-2793457

fax 041-2793491

email: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** annuale

**6. Aspetti finanziari:**

Importo interamente imputato a valere sulla quota del FSN 2012: € 4.566.227,00

**Contesto:**

Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità” (OMS, 1986).

La salute, quindi, intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale, si configura come la risultante di una complessa concatenazione causale che trova la sua origine nella struttura di base dei modelli sociali.

Da molti anni la letteratura scientifica invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano, lungo tutto il corso della vita, la salute così definita. Nel 2008 la Commissione dei Determinanti Sociali della Salute dell'OMS ha invitato i Paesi membri a ridurre, nell'arco di una generazione (circa in 25 anni), il gradiente sociale della salute nelle popolazioni di riferimento. Se, infatti, le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere. L'OMS stima che i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscano per il 40-50% sulla salute delle persone, l'eredità genetica per un ulteriore 20-30% e che solo il 10-15% una buona salute dipenda esclusivamente dalle cure mediche.

Le differenze nello stato di salute sono largamente attribuibili a una differente distribuzione dei determinanti della salute tra i diversi gruppi di popolazione, dove per determinanti sociali della salute si intendono “le condizioni nelle quali le persone sono nate, crescono, vivono, lavorano e invecchiano incluso il sistema sanitario. Queste circostanze sono plasmate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale, le quali sono influenzate dalle scelte politiche” (OMS 2009b)

**ALLEGATOZ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

Nell'intera popolazione, al diminuire della posizione sociale si osserva un decremento lineare e graduale della salute delle persone, tale decremento è detto gradiente socioeconomico in salute (Marmot 2004).

In qualunque modo si misuri la salute, tende a esserci un gradiente in cui i gruppi socialmente ed economicamente più avvantaggiati hanno una migliore salute e benessere, e una minore incidenza di malattia e di morte rispetto ai gruppi più svantaggiati.

Nelle società occidentali, la forma del gradiente tende a essere relativamente regolare, con una mortalità e morbilità in aumento, e un percezione di salute e benessere che diminuisce costantemente con l'aumentare dello svantaggio sociale. Nel corso del tempo, il gradiente nel suo complesso tende a spostarsi verso l'alto perché nel complesso la salute dei gruppi sta migliorando. Tuttavia, il grado e la velocità di miglioramento tende a essere maggiore nei gruppi sociali più avvantaggiati, il che significa che le differenze relative, e quindi il grado di ingiustizie e disuguaglianze, tendono ad aumentare (Marmot 2004).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisce alle disuguaglianze in salute una dimensione etica e morale e nei documenti "Health21" e "Health for All" riconosce l'uguaglianza in salute come un diritto umano essenziale. Nel 2006 il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato la risoluzione "Health in All Policies conclusion" in cui sollecita le Istituzioni Europee e gli Stati membri a inserire la lotta alle disuguaglianze in salute all'interno dello sviluppo delle politiche regionali e locali.

Infine la risoluzione n. 2089 dell'08.03.2011 del Parlamento Europeo "Rèduction des inègalitèe de santè dans l'Union èuropèene" invita tutti gli Stati membri a mettere in atto politiche in grado di superare le disuguaglianze socio-economiche, con particolare riferimenti ai gruppi più vulnerabili della popolazione.

In Italia già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 identificava come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze e in coerenza e continuità il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 raccomanda scelte regionali orientate a una cooperazione sinergica al fine di individuare strategie condivise volte al superamento delle disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Nella Regione del Veneto, il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 riprende la questione delle disuguaglianze e delle iniquità invitando, dove necessario, ad azioni correttive e migliorative al fine di contrastarne l'insorgenza.

**Obiettivi:**

Definire misure di contrasto degli effetti sulla salute connessi alla povertà/basso reddito tenendo conto delle specifiche realtà locali e dei bisogni espressi.

**Descrizione del Progetto:**

La Giunta Regionale con provvedimento DGR 157 del 26 gennaio 2010 ha approvato le linee guida per la predisposizione dei piani di zona, quale strumento di programmazione delle politiche sociali e socio sanitarie definite a livello locale per dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione, in coerenza con le linee di indirizzo regionali.

Nella programmazione delle politiche nei molti casi in cui ci si trovi di fronte a situazioni che comunemente vengono chiamate di "multi-problematicità", l'organizzazione delle stesse e degli interventi per specifici target di utenza rischia di porre delle barriere alla capacità di presa in carico globale della persona e alla possibilità concreta di mettere in campo forme di risposta utili a far fronte all'insieme di bisogni.

Vi sono, inoltre, alcune politiche e interventi che non si rivolgono esclusivamente a specifici target di utenza ma riguardano la popolazione in generale: in tali casi la definizione di politiche e la programmazione di interventi settoriali non risultano essere strategie appropriate per perseguire gli obiettivi prefissati.

Per questo motivo, la Giunta Regionale con provvedimento DGR 2944 del 28 dicembre 2012 ha ritenuto opportuno inserire la tematica delle disuguaglianze in salute nella trasversalità tra le aree, trattandosi di un argomento che richiede un insieme di politiche e interventi rivolti alla popolazione in generale, al di là degli specifici target di riferimento in ciascuna area.

Nell'ambito della programmazione locale, i territori dovranno tenere conto di tali aspetti affinché la tematica delle disuguaglianze in salute divenga argomento da inserire tra le azioni da prevedere nell'ambito dell'area trasversale dei Piani di Zona.

**ALLEGATOZ alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

Pertanto, nei Piani di Zona, nel rispetto delle differenze specifiche di ciascun territorio, dovranno essere espresse le politiche definite a livello territoriale e gli interventi previsti finalizzati e:

- Garantire l'accesso all'informazione interna ed esterna relativa ai servizi sanitari e socio-assistenziali, per favorire la fruizione dei servizi stessi;
- Mappare le vulnerabilità, intendendo non solo le fragilità sociali e personali, ma anche i punti di fragilità del sistema;
- Attività di sensibilizzazione propedeutiche a sviluppare strategie a livello locale legate alla tematica specifica.

**Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)****Azione 1**

Recepimento da parte delle Aziende ULSS del Veneto della tematica delle disuguaglianze in salute attraverso la programmazione locale di idonee azioni da inserire nell'ambito dell'area trasversale dei Piani di Zona.

Tempo previsto: 3 mesi

**Azione 2**

Approvazione dei Piani di Zona con riferimento alle azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute.

Tempo previsto: 6 mesi

**Azione 3**

Monitoraggio dell'applicazione locale delle azioni per contrastare le disuguaglianze in salute.

Tempo previsto: 3 mesi

**Cronogramma**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												

**Risultati attesi**

Individuare modelli appropriati di contrasto alle disuguaglianze in salute per facilitare l'accesso ai servizi sanitari.

**Indicatori**

N. di attività di sensibilizzazione alle disuguaglianze in salute realizzate.

Presenza di documenti/materiali di sensibilizzazione sulla tematica delle disuguaglianze in salute prodotti.

Presenza di protocolli operativi o accordi di rete tra Enti e servizi, finalizzati a facilitare la fruizione dei servizi socio-assistenziali.



## ALLEGATOAA alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/3

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno **2012**

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità.

**3. Linea progettuale:** All. A - Parte II - Linea n. 2 "Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità".

#### 4. Referente

Dr Renato Rubin - Dirigente Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793526; Fax 041 - 2793430

[renato.rubin@regione.veneto.it](mailto:renato.rubin@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**5. Durata del progetto:** pluriennale

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo del Progetto: € 913.245,00 assegnato per quota di € 130.495,00 a ciascuna Azienda sanitaria con sede nel capoluogo di provincia per lo sviluppo di un progetto di Medicina di Genere.

Importo interamente imputato a valere sulla quota vincolata del FSN 2012

#### Contesto

Sempre più si sente parlare di come donne e uomini debbano essere uguali anche nel diritto alla salute e di fronte ai servizi socio-sanitari. Sempre più si sente parlare di salute della donna o salute dell'uomo, che vuol dire focalizzare l'attenzione sulle malattie che colpiscono prevalentemente l'uomo e la donna. Oggi invece abbiamo bisogno e urgenza di parlare di medicina di genere che non si identifica con le malattie delle donne e degli uomini, ma cerca di capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, e che incidono diversamente su uomo e donna per la differenza di genere, e che sono, in realtà, il lavoro quotidiano del medico nel territorio e nell'ospedale: lo scompenso cardiaco, le aritmie cardiache, l'infarto del miocardio, i tumori del colon e del polmone, le malattie infettive epidemiche e poi il dolore, le cefalee, le malattie gastroenterologiche e così via.

Con questa necessaria reimpostazione concettuale ci si è perfino resi conto che la donna non è immune dalle malattie che si è sempre ritenuto dovessero colpire prevalentemente l'uomo, come le malattie del cuore e dei vasi (infarto e ictus), o i tumori del polmone; addirittura si deve prendere conoscenza che le malattie cardiovascolari portano a morte più donne che uomini, e che gli effetti collaterali dei farmaci sono molto diversi nei due generi. Quindi sempre più preoccupante appare la constatazione delle significative differenze di genere nell'accesso alle cure, nell'organizzazione delle cure, così come nell'accesso alle ricerche cliniche e nello studio dei farmaci.

La spesa sanitaria viene sempre più considerata un investimento per la salute e, quindi, come uno dei principali determinanti della crescita di un paese. Il livello di disuguaglianza di genere, soprattutto nell'erogazione di servizi, non corrispondente alle esigenze dei fruitori, è considerato un indice della qualità

**ALLEGATOAA alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/3

di vita di una nazione. Un'appropriatezza di genere nella protezione della salute dell'uomo e della donna può essere misurata con indicatori economici. Le domande cui la MDG viene chiamata a dare una risposta sono molte, e più ci si addentra nella conoscenza delle differenze di genere più evidenti appaiono le barriere che impediscono una riduzione di tali ostacoli: carenze culturali, e di intervento, per esempio, sulla salute e la sua protezione. Il concetto di pari opportunità non è di ieri e risale a indirizzi ben chiari nella Costituzione della Repubblica (ormai oltre i sessanta anni di età). Pur tuttavia le classifiche ultime vedono la posizione italiana scendere progressivamente al 74mo posto in una classifica ideale di livello di pari opportunità. Già alla fine degli anni ottanta, e negli anni novanta, in Italia erano nate iniziative tendenti ad aumentare l'attenzione sui problemi di salute della donna prevalentemente dopo la menopausa. Se si considera che nelle società anche occidentali, la donna, in tale età, pur essendo essenziale nella famiglia, come sostegno educativo e formativo dei bambini, scompariva nei piani sociali e politici di intervento. Dal 2005, l'Italia ha concentrato l'attenzione sulla salute della donna che risultava diventare una piattaforma per costruire l'edificio della MDG. La salute della donna nei suoi riflessi etici, organizzativi, progettuali ed economici era considerata la prima garanzia di successo per una politica di sostegno fondata sulla Medicina di Genere non precipuamente dell'area fertile, quindi in comune con l'uomo come le malattie cardiovascolari, neurodegenerative, etc.

Il percorso salute della donna verso una salute di genere viene anche ricordato nella cornice Europea e in quella della programmazione sanitaria. Non poche Società scientifiche hanno iniziato a chiedersi come rispondere a dette emergenti proposizioni di indirizzo. Le Società Scientifiche in Italia per numero e qualità rappresentano, infatti, tutto l'arco istituzionale della medicina e sostengono con programmi sufficientemente differenziati l'esigenza di aggiornamento dei medici nel vasto scenario della medicina di oggi. Mancano dati sufficienti per capire e quindi intervenire là dove più importante può essere lo stimolo, la necessità di un cambiamento per esempio nell'ospedale, per la formazione degli operatori, e nell'università per la formazione dei medici. Il sistema ospedale è profondamente inserito nel territorio e le inferenze reciproche consentono di modulare la continuità di cura nel rispetto della dimensione biologica e sociale della persona. L'ospedale rappresenta quindi un'area, dove la valenza di genere può essere realizzata, ottimizzata, e quindi misurata, sulla reale efficienza del sistema. La mancanza di studi specifici significa non solo mancanza di strategie, ma anche mancanza di studiosi, mancanza di uno stile nuovo di fare ricerca, che superi i regolamenti obsoleti e troppo teorici nella scelta delle popolazioni, e dei parametri di valutazione nello sviluppo di un farmaco. Si richiede uno *stile nuovo* che veda la cooperazione stretta tra università, ospedali, scuole di medicina e aziende sanitarie. Il sistema territorio è profondamente interessato a cambiamenti radicali che debbono riguardare anche la MdG.

Lo sviluppo della conoscenza si avvale di indicatori di misura sia di processo sia di *out-come*. Gli indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati. Nella programmazione ministeriale/regionale sono conosciuti indicatori principali le prestazioni specialistiche e farmaceutiche per area, rapportate a età, genere, e profilo della popolazione totale. La Medicina di Genere può diventare un'area ove detti strumenti possano essere validati e quindi meglio utilizzati. Infatti, la *clinical governance* costituisce oggi un indirizzo condiviso e, nello stesso tempo, uno strumento efficiente di risposta del sistema ai bisogni di salute anche perché garantire elevati standard assistenziali vuol dire soddisfare esigenze ed aspettative (bisogni) degli utenti, determinati anche dal sesso e dal genere. La MDG consente di costruire degli standard e si basa su linee guida che orientano la strategia globale e la tecnologia sanitaria. Su questo può innestarsi un'impostazione di genere nella costruzione di linee guida di ordine clinico e nel percorso formativo dei professionisti al fine di adottare e rendere sistematicamente disponibili misure di performance e qualità significative (in forma disaggregata) per sesso e genere, scegliendo differenti parametri per uomini e donne che consentano di evidenziare differenze, riflettere cure appropriate e supportare attività strutturate di *gender based impact assessment*. Per un completo *setting* degli indicatori di genere è necessario allargare le sperimentazioni e identificare delle *best practices*. La Medicina di Genere può essere intesa come un veicolo per passare da una *medicina reattiva* a una *medicina proattiva*. L'appropriatezza clinica e la presa incarico globale sono i parametri strategici di gestione dell'azienda sanitaria dove il genere costituisce un determinante essenziale della salute, con riflesso sulla valutazione dei fattori di rischio e sulla accessibilità ai servizi che incidono su epidemiologia, diagnosi, storia naturale della malattia, trattamento e risposta ai farmaci. Qui si misura la crescita verso l'approccio di genere dell'azienda sanitaria. Una banca dati e una banca biologica molto ampia, aperte alla comunità scientifica e dedicate anche alle malattie cardiovascolari/dismetaboliche e

**ALLEGATOAA alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/3

(neuro) degenerative. La spesa sanitaria deve essere sempre più considerata come un investimento. Questa spinta economica apre la necessità di sviluppare analisi di popolazione e simulazioni di intervento. La Regione Veneto sempre più concentra le strategie d'intervento e di sostegno alla salute del cittadino, sull'appropriatezza, la soluzione organizzativa, la razionalizzazione, e sui costi standard.

**Descrizione del Progetto**

Verifica dell'apporto di un approccio di genere come elemento d'induzione e di facilitazione del raggiungimento dei risultati attesi. Per questo ci si attende che i progetti di Medicina di Genere supportati dalla Regione riescano a portare concreti strumenti di misura ed efficace supporto alla trasferibilità più ampia delle proposizioni verificate in sede locale.

**Obiettivi**

Proposta di indirizzo da sottoporre alla Giunta regionale per definire linee guida in materia.

**Fasi e tempi delle azioni previste**

Le Aziende sanitarie con sede nel capoluogo di provincia sviluppano, sulla base dei presenti indirizzi, iniziative pilota per diffondere la medicina di genere su tutto il territorio regionale, attraverso un processo che preveda:

- Indicatori e modalità di verifica dei servizi.
- Strumenti di valutazione della continuità assistenziale orientati al genere.

La Regione istituisce una commissione tecnica che, attraverso il monitoraggio dei progetti pilota aziendali, delinea le seguenti finalità:

- Sostenere politiche, programmi e trattamenti clinici orientati a sviluppare e rendere conto sull'implementazione di un approccio di genere.
- Integrazione del genere nell'attività ordinaria LEA.
- Linee guida e percorsi Assistenziali "evidencebased".

**Tempo previsto:**

Entro giugno 2013, le Aziende, con sede nel capoluogo di provincia, predispongono un Piano di azioni previste ed attuate per la MdG, da trasmettere alla commissione tecnica, che dovrà elaborare una proposta di indirizzo da sottoporre alla Giunta regionale per definire linee guida in materia.

**Risultati attesi**

Dalle esigenze e aspettative alla soddisfazione di pazienti, utenti e cittadini.

**Indicatori**

- indicatori di struttura: miglioramento dei servizi
- indicatori di processo: linee guida
- indicatori di risultato: implementazione di un approccio di genere



## ALLEGATOB B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/7

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**Regione proponente:** Regione del Veneto

**Titolo del progetto:** Piano regionale per la sorveglianza e il controllo dell'infezione da HIV

**Linea progettuale di collocamento:** All. A – Parte II - Linea n. 3 “Diagnosi da infezione da HIV”

#### Referenti:

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

[sanitapubblica.screening@regione.veneto.it](mailto:sanitapubblica.screening@regione.veneto.it);

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

**Durata del progetto:** pluriennale

#### Aspetti finanziari per l'anno 2012:

Costo del Progetto: € 2.805.250,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata del FSN 2012: € 1.369.868,00

#### Premessa

L'infezione da virus dell'immunodeficienza acquisita rimane tra le patologie più contagiose in Europa e nel resto del mondo.

È una infezione associata a grave malattia persistente, gravata da una elevata mortalità con una speranza di vita accorciata.

Le cure ed i trattamenti hanno un costo sociale elevato, sia in termini umani che economici. La combinazione terapeutica efficace è stata introdotta negli anni novanta, ed è ampiamente utilizzata nei paesi industrializzati.

Le attuali terapie hanno un profondo effetto sul decorso dell'infezione, migliorando la qualità di vita e ritardando la comparsa della malattia conclamata, cioè l'AIDS. La terapia tuttavia è gravata da eventi avversi, tossicità, intolleranza ai farmaci e i fenomeni di resistenza sono ancora oggetto di studio e ricerca.

A tale scopo la Regione del Veneto ha adottato un **piano di attività** per il controllo, la sorveglianza e la prevenzione dell'infezione HIV. Tale piano si articola in una serie di attività che vengono di seguito illustrate.

#### **1) La sorveglianza**

Il sistema di sorveglianza per l'HIV è stato attivato nell'aprile 1988 con delibera regionale n. 542 del 9 febbraio 1988. E' alimentato da un'accurata registrazione di tutti i test HIV, eseguiti presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione, mediante una scheda di rilevazione compilata dal personale medico della struttura di afferenza. Nella scheda (recentemente riveduta) vengono riportate le principali informazioni sul

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/7

soggetto, quali i dati anagrafici (codice personale, data di nascita, sesso, AULSS di residenza, ...), il fattore di rischio rispetto all'infezione da HIV, la data e l'esito del test. L'assegnazione di un codice personale permette di creare un archivio di soggetti in monitoraggio sierologico e, di conseguenza, di condurre un'indagine longitudinale sulle modalità e dinamiche dell'infezione da HIV.

Nel 2002 il sistema di sorveglianza è stato ridefinito distinguendo le strutture di afferenza in due diverse tipologie: le **strutture di primo livello** costituite dai Dipartimenti di Prevenzione che raccolgono e filtrano i test positivi di tutte le strutture territoriali; le **strutture di secondo livello** costituite dai centri autorizzati alla somministrazione della terapia. *Entrambe le tipologie hanno la possibilità di inserire i dati direttamente in un software web based implementato dalla Regione.*

Dal 1981 al 2010 in Veneto sono state segnalate 10.094 nuove diagnosi di HIV. Nell'ultimo biennio si sono stabilizzate intorno ai 300 casi l'anno. I nuovi casi di HIV si sono concentrati nelle classi d'età di 35-44 anni (39%) e 25-34 anni (31%). I bambini sotto i 15 anni e gli over 65 rappresentano entrambi l'1%.

Riguardo la nazionalità, la metà delle donne infette nel Veneto è di origine straniera, rappresenta un terzo dei casi notificati e si concentra nelle province di Verona, Treviso e Vicenza.

I dati ottenuti sono pubblicati nel testo "Sorveglianze Speciali delle malattie infettive", dati del 2010, edito dalla Regione del Veneto a cura della Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica. In questo testo vengono affrontati anche la diffusione territoriale, l'analisi dei fattori di rischio, la storia della malattia fino all'AIDS conclamato, la terapia in atto, metodi di sorveglianza.

Con DGR n. 3643 del 19/11/2004 è stato istituito presso l'Azienda Ospedaliera di Padova il **Centro Regionale di riferimento di geno-fenotipizzazione** ed epidemiologia molecolare degli agenti da infezione per la diagnostica microbiologica e virale, al fine di concentrare in un unico Centro l'attività svolta da vari Centri operanti per specifica materia, consentendo un'adeguata organizzazione della rete dei laboratori e la centralizzazione delle procedure diagnostiche in un unico laboratorio, migliorando la qualità delle prestazioni.

Tra le attività del Centro inerenti l'area malattie infettive rientra la sorveglianza e la diagnostica dell'infezione HIV.

Nel 2011 il programma svolto riguardava:

- **Farmacoresistenza di HIV e la Geno-fenotipizzazione Virale**
- Enteropatogeni
- Resistenze agli antimicrobici
- Genotipizzazione di patogeni trasmessi da artropodi e altri patogeni emergenti
- Diagnostica dei micobatteri
- Geno-fenotipizzazione dell'influenza e dei Virus respiratori.

**2) L'offerta del test HIV**

Il numero dei test PCR quantitativa HIV, eseguiti nel territorio regionale sono stati nel 2011 (dati rilevati dalle singole ULSS) **25.072** ad un costo unitario secondo Nomenclatore tariffario : PCR quantitativa HIV : Euro 64.25 ogni test) per un spesa complessiva di euro: 1.610.876.

I test sono stati eseguiti principalmente nei Laboratori analisi di ciascuna ULSS, nei Centri Trasfusionali, nei SERT.

**3) Counselling e infezione da HIV**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1989 definiva il counselling "un processo decisionale e di problem solving che coinvolge un counsellor e un cliente. Il cliente ha la necessità di un aiuto ed il counsellor è una persona imparziale non legata al cliente che possiede capacità di ascolto, di sostegno, di guida. Attraverso il dialogo e l'interazione il counselling aiuta le persone a risolvere o controllare i problemi,

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/7

a capirli, ad affrontare i disagi psicosociali e i bisogni nel modo più razionale possibile. Il counselling è intenso, focalizzato, limitato nel tempo e specifico”.

Tale intervento assume particolare rilevanza nell'affrontare tematiche riguardanti l'infezione da HIV e la sindrome ad essa collegata, l'AIDS, in quanto consente agli operatori sanitari di affrontare in modo intenzionale e strategico le complesse problematiche che caratterizzano la prevenzione dei comportamenti a rischio, la diagnosi e il trattamento di tale patologia.

**L'intervento di HIV/AIDS counselling nella fase del pre test** è un colloquio di breve durata tra un operatore sanitario e una persona che sta valutando la possibilità di sottoporsi al test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV. Tale intervento è finalizzato a comprendere se la persona ha avuto un comportamento a rischio, consentendole, qualora fosse necessario, di scegliere in modo consapevole, autonomo e responsabile di effettuare il test, accettando e firmando il consenso informato e a prepararla al risultato dell'esame.

**L'intervento di HIV/AIDS counselling nella fase del post test** è un colloquio finalizzato alla consegna del risultato. E' strettamente collegato all'intervento di HIV/AIDS counselling Pre-test, ne rappresenta anzi la prosecuzione e, laddove possibile, dovrebbe essere effettuato dallo stesso operatore in un setting adeguato. Nella fase del Post test può essere necessario effettuare più di un colloquio, in particolar modo nelle situazioni, nelle quali, ad esempio, un esito incerto del test ponga la necessità di incontrare più volte la persona per la conferma definitiva del risultato.

In caso di risultato negativo il colloquio di counselling Post test è mirato a finalità preventive e ad aiutare la persona a trovare le basi motivazionali per non "agire" comportamenti a rischio e/o per modificare quelli già esistenti, attraverso l'attuazione di *lifeskills*.

In caso di positività del test, il colloquio di counselling è mirato a finalità supportive e alla presa in carico della persona o ad un eventuale invio ai centri specialistici territoriali.

Pertanto, si considera indispensabile l'attività di counselling e si stima come capitolo di spesa, la presenza di almeno una persona del comparto sanità, tempo pieno, all'interno di ciascuna ULSS e Azienda Ospedaliera. Il totale della spesa stimata diventa pertanto di 805.000 euro, considerando 35.000 euro/persona/anno per 23 sedi .

**4) Educazione e formazione scolastica**

L'AIDS, malattia sicuramente grave e con decorso incerto nonostante i progressi delle terapie e l'obiettivo di un vaccino tra qualche anno, non è scomparsa e continuano ad esserci, nella nostra Regione, decine di casi, che con l'informazione e i comportamenti corretti potrebbero essere facilmente evitati: attività di prevenzione con programmi di educazione alla salute, in particolare rivolti ai giovani, garantiti nel tempo e costanti nella loro applicazione.

E' importante quindi, in un'epoca di bassa attenzione per l'AIDS non abbassare la guardia, ma è quanto mai necessario programmare adeguati interventi di prevenzione.

Il **Modulo Educativo Integrato (M.E.I.)**, che viene applicato senza soluzione di continuità dall'a.s. 2000 - 2001, si fonda sui seguenti obiettivi:

**OBIETTIVI GENERALI**

- mantenere bassi i tassi di incidenza dell'infezione HIV e delle altre MTS negli adolescenti;
- aumentare la consapevolezza e modificare il livello di percezione del rischio da parte degli stessi.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- aumentare le conoscenze sul tema, modificando gli atteggiamenti connessi;
- facilitare l'adozione di comportamenti preventivi dell'infezione da HIV e altre MTS;
- rinforzare le abilità collegate alla comunicazione efficace di tipo assertivo;
- intervenire sulle fasi di strutturazione dei pregiudizi e delle resistenze alla modifica di comportamenti a rischio;
- promuovere una riflessione sui temi dell'integrazione sociale delle persone sieropositive.

**OBIETTIVI DI RISULTATO**

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/7

- formare una equipe di operatori con diverse formazioni e professionalità, che successivamente possa attuare negli Istituti Scolastici il M.E.I.;
- definire strumenti, bisogni ed attenzioni organizzative necessarie per allargare l'applicazione dell'intervento educativo in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto.

**ATTIVITÀ ED AZIONI****1. Formazione operatori**

Gli operatori sanitari coinvolti nelle iniziative di educazione sanitaria nelle classi 3° degli Istituti Superiori potranno partecipare ad un corso di formazione di base della durata di 16 ore (per un massimo di 20-25 partecipanti) nel quale, accanto ad un aggiornamento dell'epidemiologia e delle caratteristiche cliniche dell'HIV e delle principali altre MTS, verranno illustrate le metodiche di coinvolgimento degli studenti con sessioni dedicate alle attività di role-playing, all'utilizzo di un videotape con "scenette" come spunto di riflessione e confronto, a simulate ed altro. Il gruppo degli operatori in formazione rappresenta pertanto efficacemente l'ambiente classe, con la sua ricchezza di interazioni e modalità espressive e relazionali diversificate, setting utile per l'apprendimento di abilità specifiche per la conduzione di gruppi, in particolare di classi di adolescenti.

Si prevede di attivare un totale di 12 corsi di formazione di base, con il coinvolgimento di almeno 18 Aziende ULSS su 21 (6+3+3).

Ogni singolo anno saranno attivati dei corsi di aggiornamento di secondo livello, della durata di 8 ore, rivolto agli operatori già esperti, che peraltro necessitano di nuove tecniche di tipo animativo e di rinforzare le proprie abilità didattiche. Si ipotizza un totale di 9 corsi di secondo livello (1+4+4).

**2. Interventi a scuola**

Sul piano operativo il progetto prevede l'applicazione agli studenti delle classi 3° coinvolte di un Modulo educativo Integrato (MEI), comprendente sia aspetti informativi che un approfondimento delle tematiche e delle possibili opzioni preventive, utilizzando modalità di tipo attivo ed animativo, con l'obiettivo di modificare atteggiamenti e migliorare le abilità preventive. Ogni intervento in classe prevede due incontri di 2 ore (scolastiche) ciascuno, condotti da due operatori specificamente preparati, possibilmente uno con formazione sanitaria e uno di formazione psico-educativa.

**3. Interventi di II° livello di supporto e/o di rinforzo**

Tali interventi utilizzano esperienze pilota già validate, con il duplice obiettivo di allargare il target e l'impatto del M.E.I. e di rinforzare comportamenti e atteggiamenti efficaci a livello protettivo. Tra le Buone Pratiche sperimentate in questi anni si possono annoverare:

- testimonianze da parte di persone sieropositive in classe;
- interventi di peer - education;
- eventi in occasione della Giornata mondiale di lotta all'AIDS, con l'utilizzo di tecniche animative e di peer - information;
- interventi di sensibilizzazione ed informazione con i genitori degli studenti coinvolti nell'attività in classe.

**FASI E TEMPI**

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/7

<b>Fase</b>	<b>Da</b>	<b>A</b>
<i>Fase di programmazione</i>	<i>marzo 2010</i>	<i>settembre 2010</i>
<i>Fase di realizzazione formazione 1° annualità</i>	<i>ottobre 2010</i>	<i>dicembre 2010</i>
<i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 1° annualità</i>	<i>gennaio 2011</i>	<i>maggio 2011</i>
<i>Verifica e valutazione 1° annualità</i>	<i>maggio 2011</i>	<i>giugno 2011</i>
<i>Fase di realizzazione formazione 2° annualità</i>	<i>settembre 2011</i>	<i>ottobre 2011</i>
<i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 2° annualità</i>	<i>ottobre 2011</i>	<i>aprile 2012</i>
<i>Verifica e valutazione 2° annualità</i>	<i>maggio 2012</i>	<i>giugno 2012</i>
<i>Fase di realizzazione formazione 3° annualità</i>	<i>settembre 2012</i>	<i>ottobre 2012</i>
<i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 3° annualità</i>	<i>ottobre 2012</i>	<i>aprile 2013</i>
<i>Verifica e valutazione 3° annualità</i>	<i>maggio 2013</i>	<i>giugno 2013</i>
<i>Verifica e valutazione intera triennialità</i>	<i>giugno 2013</i>	<i>dicembre 2013</i>

**1. studenti delle classi 3° superiori:**

Tale target è stato scelto sia perché copre un'ampia percentuale della popolazione target (quasi il 90%), sia per l'elevato coinvolgimento emotivo nelle problematiche connesse (la sfera affettiva e sessuale), sia perché si tratta di una fascia di popolazione ancora in formazione sul piano della strutturazione della personalità, con idee e comportamenti meno stereotipati e rigidi e quindi più facilmente modificabili con interventi di sensibilizzazione, approfondimento e educativi. Inoltre l'inizio (in oltre metà dei ragazzi) di una fase di sessualità attiva, ancora a basso rischio, permette di affrontare temi quali quello del safer sex con la speranza di poter costruire una "cultura" della protezione.

Dati popolazione scolastica veneto – Istituti secondari 2° grado

Nr. Istituti Secondari Statali	<b>169</b>
Nr. classi III	<b>~ 1.700</b>
Nr. studenti classi III	<b>~ 36.900</b>

Elaborazione: dati Ufficio Scolastico Regionale Veneto

**6) Beneficiari**

Nell'arco dei 3 anni di implementazione del progetto si ipotizza di raggiungere l'80% del target previsto:

Nr. Istituti Secondari Statali	<b>~ 135</b>
Nr. classi III	<b>~ 1.350</b>
Nr. studenti classi III	<b>~ 30.000</b>

Alcune annotazione sui beneficiari studenti:

- gli adolescenti in particolare, solitamente bisognosi di sperimentarsi nell'agire, iniziano ad approcciarsi con l'esperienza sessuale, assumendo spesso comportamenti a rischio sia in questo ambito che in generale; pertanto, costruire il percorso formativo nel suo insieme ha richiesto un lavoro stimolante ma faticoso di riflessione, attenzioni, equilibri;
- il gruppo può essere un buon strumento ai fini della prevenzione, in quanto può svolgere una funzione di contenitore e amplificatore delle informazioni permettendo, attraverso il confronto guidato, una maggiore assimilazione dei contenuti in funzione dei comportamenti;

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/7

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'informazione, quindi, è solo uno degli aspetti dell'intervento preventivo e – soprattutto quando rivolta agli adolescenti - per essere efficace va legata a contesti di vita, deve essere centrata su esperienze affettive “forti”, deve attivare curiosità, partecipazione e responsabilità: in altre parole è importante affrontare le tematiche relative all'infezione da HIV senza spaventare, creando inutili allarmismi;</li> <li>• ma una comunicazione efficace deve anche guardarsi dal minimizzare mentre approfondisce situazioni quali la relazione fra sessi, le capacità assertive, le scelte in campo sessuale, i pregiudizi, facendo quindi emergere le risonanze affettive dell'argomento;</li> <li>• se l'offerta attiva è la chiave di volta dei programmi di promozione della salute, l'essere gli/le adolescenti nella fase formativa e quindi scolarizzati, facilita i processi del coinvolgimento; in particolare si è scelto di intervenire nelle terze classi della scuola superiore, ritenendo che i ragazzi sedicenni avessero già affrontato (a scuola, se non personalmente) i temi della sessualità.</li> </ul> <p><b>2. operatori delle Aziende ULSS della Regione Veneto</b></p> <p>Si prevede di formare oltre 200 operatori delle Aziende ULSS coinvolte, prioritariamente dei Dipartimenti delle Dipendenze (medici, infermieri, assistenti sanitarie), accanto ad operatori di altri Dipartimenti/Unità Operative (Dipartimento per le Dipendenze, Consultori Familiari, UOC Ostetricia,...).</p>
--	--

**7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

- coinvolgimento di almeno l'80% dei beneficiari (studenti delle classi 3° superiori della Regione Veneto)
- formazione di nuovi operatori con abilità nella gestione del gruppo classe
- creazione di una cultura di prevenzione rispetto all'AIDS e alle altre MTS (da parte dei ragazzi) e di tipo educativo-didattico da parte degli operatori coinvolti
- riproducibilità e mantenimento degli interventi (MEI), inseriti nella attività routinaria dei Servizi

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
nr. classi 3° superiori in cui è attuata l'applicazione del M.E.I.	certificazione attività svolta effettuata dai singoli referenti di ULSS al termine dell'anno scolastico	0		600		500	
nr. nuovi operatori formati per singola Azienda ULSS;	registro delle presenze ai corsi di formazione	110		60		50	
nr. totale operatori che partecipano alla fase operativa negli Istituti Scolastici	certificazione numero e attività operatori effettuata dai singoli referenti di ULSS al termine dell'anno	70		110		140	

**ALLEGATOBB alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/7

	scolastico						
--	------------	--	--	--	--	--	--

**Costi stimati per linea di azione del Piano****a) La sorveglianza**

- Costo del personale coinvolto nella sorveglianza regionale: **35.000** euro (2 persone del comparto per un 50% del monte ore annuo)
- Finanziamento al Centro per la Genofenotipizzazione: la spesa relativa all'attività Farmacoresistenza di HIV e la Geno-fenotipizzazione Virale è stata stimata essere di **149.000** euro.

**b) L'offerta del test HIV**

Sulla base dei dati rilevati nel 2011, si stimano **25.000 test** somministrati ad un costo unitario di un costo unitario di euro 64.25 ogni test (da Nomenclatore tariffario: PCR quantitativa HIV) per un spesa complessiva di euro: **1.606.250** euro (comprensivi del costo del personale coinvolto). Per le attività di counselling viene stimato complessivamente l'impegno di almeno una persona del comparto per il monte ore annuo totale, per ciascuna Ulss e Azienda Ospedaliera (35.000 euro per 23 aziende Ulss e Aziende Ospedaliere) per un totale di **805.000 euro**.

**c) Educazione e formazione scolastica**

Nel 2012 parteciperanno al progetto 17 Aziende Ulss. Prevista un'adesione di 500 classi, in cui verrà realizzato un intervento di 8 ore, in parte da personale dirigente (40%) e in parte da personale del comparto (60%).

Costo del personale coinvolto:

Attività	Impegno orario stimato del personale MEDICO coinvolto	Costo complessivo del personale coinvolto (60€/ora)	Impegno orario stimato del personale del COMPARTO Coinvolto	Costo complessivo del personale coinvolto (30€/ora)
Attività nelle scuole	1.600 ore	€ 96.000	2.400 ore	€ 72.000
Monitoraggio dell'attività	400 ore	€ 24.000	600 ore	€ 18.000
<b>Totale</b>	<b>2.000</b>	<b>€ 120.000</b>	<b>3.000</b>	<b>€ 90.000</b>



## ALLEGATOCC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/2

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Promozione Rete Nazionale Tumori Rari

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte II - Linea n. 4 “Promozione di una rete nazionale per i tumori rari”

#### 4. Referente

Dott. Claudio Pileri - Dirigente Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata:

Tel. 041/2791672

Fax 041/2791683

[claudio.pileri@regione.veneto.it](mailto:claudio.pileri@regione.veneto.it)

Dott. Mario Saia - Segreteria regionale per la Sanità

Tel. 041/2791672 Fax 041/2791683

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

[mario.saia@regione.veneto.it](mailto:mario.saia@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** 24 mesi

#### 6. Aspetti finanziari:

Costo del Progetto: € 1.500.000,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 1.369.868,00

**Contesto:** I tumori rari costituiscono circa il 20% di tutti i tumori. Un tumore è definito raro quando la sua incidenza è inferiore a 6 casi/100.000 abitanti (Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, Otter R, Licitra L, Mallone S, Tavilla A, Trama A, Capocaccia R; The RARECARE working group. Rare cancers are not so rare: The rare cancer burden in Europe. Eur J Cancer. 2011; 47:2493-511).

La rarità, in ragione della scarsa esperienza diagnostica e terapeutica costituisce un elemento di discriminazione. Di qui la necessità di garantire accuratezza diagnostica ed appropriatezza terapeutica attraverso il sostegno di una rete oncologica dedicata ai tumori rari solidi dell'adulto.

**Obiettivi:** Implementare la Rete Tumori Rari in Regione Veneto sostenendo i centri clinici aderenti e garantendo adeguate risorse al centro nazionale di revisione istologica situato presso l'UOC di Anatomia Patologica dell'ULSS 9 di Treviso. In prospettiva favorire l'adesione di tutte le UOC di Oncologia Medica della rete oncologica veneta alla RTR.

**Descrizione del Progetto:** La Rete Tumori Rari (RTR) è una rete oncologica tematica a carattere nazionale, operante dal 1997, dedicata alla diagnosi ed alla terapia dei tumori rari.

Il coordinamento clinico della RTR è garantito dal Dr. Paolo G. Casali, presso l'Istituto Nazionale Tumori di Milano. La revisione centralizzata è garantita dal Dr. Angelo Paolo Dei Tos, presso l'UOC di Anatomia Patologica dell'ULSS 9 Di Treviso.

**ALLEGATOCC alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/2

Scopo della rete è:

1. garantire l'accuratezza della diagnosi istologica e conseguentemente l'appropriatezza terapeutica attraverso la revisione centralizzata delle diagnosi di tumore raro.
2. Rendere disponibile per via telematica l'expertise clinico/terapeutico dei centri di eccellenza in periferia riducendo la migrazione sanitaria.

Per quanto concerne Regione Veneto l'UOC di Anatomia Patologica dell'ULSS 9 di Treviso da anni garantisce la seconda opinione diagnostica a livello nazionale. In Regione Veneto aderiscono alla RTR e partecipano attivamente alla gestione clinica dei pazienti affetti da tumore raro le UOC di Oncologia medica di Padova, Verona, Treviso, Belluno, Rovigo, Castelfranco Veneto (TV), e Thiene (VI).

Nella fase progettuale attuale si chiede di sostenere con risorse umane/tecnologiche sia il centro di revisione diagnostica che i centri clinici attualmente afferenti alla RTR.

Nel dettaglio per l'UOC di Anatomia Patologica dell'ULSS9 di Treviso si richiede una unità a tempo piena di medico specialista anatomopatologo ed una unità a tempo pieno di profilo tecnico/amministrativo. In considerazione della necessità di condividere l'expertise diagnostico sui tumori rari si prevede inoltre acquisizione di sistema di telepatologia finalizzato a rendere disponibile su base nazionale i casi oggetto di seconda opinione a fini educazionali. Per tale piattaforma si prevede un costo approssimativo di € 250.000.

Per ciascuna delle UOC di Oncologia Medica aderenti alla Rete si prevede un'unità di medico a tempo pieno specialista in oncologia medica da dedicare ai pazienti affetti da tumore raro ed alla loro gestione nell'ambito della RTR.

**Fasi e tempi delle azioni previste****Azione 1**

Esecuzione delle procedure di selezione per il personale dedicato (mesi: 6)

**Azione 2**

Acquisizione piattaforma tecnologica di telepatologia (mesi 6).

**Risultati attesi**

Inserimento sistematico dei pazienti affetti da tumore raro nel sistema telematico RTR con conseguente revisione diagnostica e discussione clinica del piano terapeutico.

**Indicatori**

Incremento del numero di revisioni diagnostiche;

Incremento numero di casi clinici discussi in Rete per UOC aderente.

Riduzione del numero di pazienti che migrano dalla Regione Veneto ad strutture di cura extraregionale.

Percentuale di cambiamento diagnostico.

Percentuale di cambiamento di piano terapeutico



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9<sup>a</sup> legislatura**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 1/7

## Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

1. **Regione proponente:** Regione del Veneto
2. **Titolo del progetto:** Sorveglianza Epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate
3. **Linea progettuale:** All. A – Parte II - Linea n. 5 “Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate”

4. **Referente scientifico:**

Dr. Luciano Marchiori

Direzione Prevenzione Servizio Tutela Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

Dorsoduro 3493 30123 Venezia

Tel. 041 2791323 Fax 041 2791331

[luciano.marchiori@regione.veneto.it](mailto:luciano.marchiori@regione.veneto.it)

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

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

- 5.
- Durata del progetto:**
- biennale

6. **Aspetti finanziari:** Costo del Progetto: € 1.000.000,00  
Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012: € 913.245,00

**Contesto: Censimento delle imprese che utilizzano o hanno utilizzato amianto nelle attività produttive**

L'aggiornamento del censimento delle imprese effettuato dai Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro AULSS, luglio 2012, ha evidenziato un numero di imprese o impianti con amianto libero o in matrice friabile pari a 68. Le imprese o gli impianti industriali censiti sono stati mappati secondo il D.M. 18/03/03 n.101 e le “Linee guida per la corretta acquisizione delle informazioni relative alla mappatura del territorio nazionale interessato dalla presenza di amianto, ai sensi dell’art. 20 della L. 23.3.2011 n. 93 e del Decreto n. 101 del 18/3/03.

La DGR n. 2042 del 20 giugno 1998 “Riparto delle competenze tra Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV) e Dipartimenti di prevenzione delle AULSS. Art. 5, comma 44, L.R. 18 ottobre 1996, n. 32” indica le seguenti competenze.

Campo di attività	Principale normativa di riferimento	Competenza prevalente	Soggetto che concorre
Ambiente di vita, compresa la valutazione dell'inquinamento ambientale (aria, acqua, suolo, rifiuti)	L. 257/92	ARPAV	DIP (Dipartimento di Prevenzione delle ULSS) *
Ambiente di lavoro, compresa bonifica e restituzione dell'edificio	L. 257/92 D.Lgs 81/08 (abrogativo del D.Lgs. 271/91)	DIP	ARPAV **

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 2/7

\* Nel caso possano sussistere problemi igienico – sanitari, l'ARPAV dà comunicazione al DIP del problema e dei risultati analitici affinché assuma le opportune iniziative anche nei confronti degli Enti interessati. L'ARPAV in quanto soggetto referente, mantiene la sorveglianza sul fenomeno e sulla sua evoluzione, continuando a trasmettere al DIP le segnalazioni di competenza.

\*\* L'ARPAV fornisce il supporto laboratoristico e/o tecnico-scientifico.

Con DGR n. 265 del 15 mar 2011 “Sorveglianza sulle attività lavorative con esposizione all'amianto (titolo IX capo III del D.Lgs. 81/08). Approvazione linee interpretative regionali”, sono state date indicazioni agli Spisal in merito alla sorveglianza sulle attività lavorative con esposizione all'amianto, superando le precedenti indicazioni regionali in applicazione di quanto stabilito dal titolo IX capo III del D.Lgs. 81/08, e si sono previste forme semplificate di comunicazione all'organo di vigilanza tenendo conto dei casi di urgenza e delle ipotesi di esposizioni sporadiche a debole intensità (ESEDI).

Il monitoraggio delle comunicazioni effettuate alle ULSS, ai sensi dell'art. 9 della L. 257/92 e delle notifiche ai sensi degli artt. 250-256 del D.Lgs. 81/08, nel 2011, evidenzia 7724 interventi di bonifica, 905 dei quali sono stati oggetto di controllo ispettivo ( 12 % del totale dei cantieri). La quota di amianto friabile rappresenta una frazione compresa tra il 5–8% del totale rimosso negli anni.

**Registro Mesoteliomi**

Il Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma è stato istituito nel 2001 con DGR n. 508 del 9 marzo 2001. Nel 2003, in attuazione al DPCM 308 del 10 dicembre 2002, è stato formalizzato il Registro come Centro Operativo Regionale (COR) ovvero come “Centro di Coordinamento per tutta la Regione della raccolta e della gestione dei dati e punto di raccordo istituzionale del Registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati già operante presso l'INAIL (ex ISPESL) ”.

Gli obiettivi principali del Registro sono la valutazione dell'incidenza con disaggregazioni geografiche e temporali ed il confronto con quanto registrato in ambito nazionale; la valutazione per ciascun singolo caso dell'esposizione per identificare le situazioni che possono aver comportato esposizioni ad amianto e le caratteristiche con cui questa può essere avvenuta; favorire le procedure medico-assicurative per il riconoscimento di malattia professionale, quando presente.

L'incidenza in Veneto del mesotelioma per il periodo 1987-2010 mostra marcate differenze per area territoriale, nettamente maggiore nelle province di Venezia e Padova sia negli uomini che nelle donne. Negli uomini la frequenza del mesotelioma risulta in costante aumento, tanto da essere triplicata nell'ultimo quinquennio rispetto al primo; nelle donne la frequenza del mesotelioma è nettamente inferiore e la crescita nel tempo meno marcata, ma non ancora in diminuzione.

L'attività lavorativa in edilizia ha determinato il maggior numero assoluto di casi di mesotelioma (334). Seguono la costruzione/riparazione di carri ferroviari (183), la cantieristica navale (122), l'industria chimica (96) la produzione o messa in opera di manufatti in cemento amianto (76), attività legate alla costruzione di impianti industriali (71), alla produzione di caldaie (54) o attività nell'industria tessile e nei zuccherifici.

Il Registro ha costituito un archivio di 622 aziende ove tra i dipendenti si è registrato almeno un caso di mesotelioma da pregressa esposizione professionale ad amianto. L'archivio è servito per il censimento delle imprese che hanno utilizzato amianto nelle attività produttive o vi era presenza di amianto negli impianti.

Il Registro ha ricostruito, inoltre, il registro dei lavoratori ex esposti ad amianto (certa o presunta), stimando una popolazione di 36046 soggetti (2007).

**Sorveglianza degli esposti professionalmente**

La Regione Veneto negli anni 2000-2003 ha sviluppato un progetto sperimentale, promosso dal Ministero della Salute, che si proponeva di validare un protocollo per la sorveglianza dei lavoratori esposti ad asbesto. Le aziende con lavoratori ex esposti ad amianto sono state identificate attraverso le domande giunte all'INPS ai sensi dell'art. 13 L. 257/92. Tra queste sono state selezionate quelle che si riteneva fossero ad alto rischio di esposizione ad asbesto (aziende di costruzione e manutenzione di rotabili ferroviari, aziende produttrici di manufatti in cemento/asbesto, aziende con attività di coibentazione o de coibentazione). Il tasso di cancro polmonare nella popolazione studiata è risultato pari a 148.9 per 100.000, uguale a quello nella popolazione generale maschile di simile età residente nel Veneto. Nonostante

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 3/7

l'esposizione cumulativa all'amianto fosse alta, il rischio di cancro polmonare non era più elevato rispetto a quello della popolazione generale.

La prosecuzione della sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto rispondendo ad una precisa richiesta del mondo del lavoro e del quadro normativo, è avvenuta attraverso la DGR n. 132/CR del 6 novembre 2007, prevedendo per tutti i lavoratori ex esposti ad amianto la sorveglianza sanitaria su domanda. Tali accertamenti rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza aggiuntivi offerti dalla Regione Veneto ai lavoratori ex esposti ad amianto.

La tabella seguente riporta i dati riassuntivi dell'attività sanitaria svolta dai Servizi nel periodo di riferimento.

Anno	Numero visite	Numero Tac(Rx)	Placche pleuriche	Asbestosi	Tumore polmonare	Mesotelioma
<b>2000- 2003</b>	<b>1165</b>		<b>328</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	
<b>2006</b>	<b>640</b>	<b>381 (40)</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>2007</b>	<b>915</b>	<b>465 (89)</b>	<b>57</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>2008</b>	<b>1071</b>	<b>383(111)</b>	<b>79</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>2009</b>	<b>1230</b>	<b>506(134)</b>	<b>70</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>2010</b>	<b>1276</b>	<b>385 (145)</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>2011</b>	<b>1137</b>	<b>360 (161)</b>	<b>73</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>Tot.</b>	<b>7434</b>		<b>680</b>	<b>55</b>	<b>33</b>	<b>14</b>

Annualmente la Direzione Prevenzione rende conto alle associazioni di lavoratori ex esposti i risultati collettivi della sorveglianza sanitaria svolta e delle azioni programmate.

**Descrizione del progetto****Azioni****1. Individuazione delle fonti di rischio (e relative bonifiche ambientali)**

Al fine del mantenimento nel tempo dell'aggiornamento annuale del censimento delle imprese ai sensi dell'art. 3 del DPR 08/08/94, si prevede che i Dipartimenti di Prevenzione assicurino la seguente procedura operativa:

- Valutazione delle notifiche art. 250 e dei piani di bonifica art. 256 del D.Lgs. 81/08 presentati agli Spisal, successiva selezione dei lavori a rischio maggiore per la tutela della salute dei lavoratori e la protezione della collettività e controllo ispettivo degli stessi, in particolare dei cantieri con rimozione di amianto friabile.
- Valutazione delle comunicazioni art. 9 L. 257/92 e notifiche artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08 ed aggiornamento del censimento delle imprese o degli edifici pubblici o aperti al pubblico con presenza di materiali contenenti amianto libero o in matrice friabile, ai sensi dell'art. 3 e dell'art. 12, comma 5 (registro dei siti con amianto floccato o in matrice friabile), secondo la scala di priorità indicata all'art. 8 del DPR 08/08/94.
- Per i siti sopra definiti, successiva valutazione del grado di pericolosità di ogni singola impresa o edificio, secondo le "Linee guida per la corretta acquisizione delle informazioni relative alla mappatura del territorio nazionale interessato dalla presenza di amianto, ai sensi dell'art. 20 della L. 23.3.2011 n. 93 e del Decreto Ministeriale n. 101 del 18/3/03" redatte dall'ISPESL per conto del Ministero dell'Ambiente. Tale metodologia porta alla individuazione delle priorità di bonifica dell'amianto.
- Censimento delle scuole pubbliche e private con materiali contenenti amianto e valutazione del grado di pericolo al fine della individuazione delle priorità di bonifica a cura di Arpav.
- Trasmissione annuale del registro, compilato secondo la metodologia sopra indicata, alla Direzione Prevenzione della Regione del Veneto, per la redazione della relazione di cui al D.M. n. 101 del 18.03.2003, art. 1 commi 1 e 3.

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 4/7

**2. Sorveglianza dell'esposizione della popolazione generale nei punti di evidente crisi**

- a) Ricezione, centralizzazione e ordinamento di dossier relativi ai singoli casi di mesotelioma che insorgono in residenti del Veneto, i dati che vengono ricercati sono:
- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per le diagnosi di interesse (ICD IX 163 e 158) trasmesse dalla Direzione Controlli e Governo SS.RR. della Regione Veneto;
  - Schede di morte con codifica ICD IX 163 e 158 richieste alla Direzione Controlli e Governo SS.RR. della Regione Veneto.
  - Segnalazioni dalle strutture di Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica allo SPISAL di competenza o al Registro delle nuove diagnosi anatomo-patologiche o i ricoveri per la patologia di interesse
  - Registro Tumori del Veneto: il Registro tumori del Veneto ha sempre curato la trasmissione dei nuovi casi a completamento delle verifiche di incidenza di ciascun singolo anno.
- b) Raccolta di informazioni e valutazione dell'esposizione a fattori di rischio: Tutti i nuovi casi di mesotelioma identificati attraverso queste fonti, con certezza diagnostica 1 e 2 (in sintesi con diagnosi istologica o citologica di mesotelioma) vengono segnalati dal Registro agli SPISAL di residenza perché siano da loro ricercate informazioni relativamente alla storia clinica e lavorativa. E' richiesto che la raccolta di dati anamnestici sia effettuata attraverso somministrazione di un questionario al soggetti o ai parenti prossimi. Il questionario utilizzato è quello definito a livello nazionale. Ulteriori informazioni sui singoli soggetti sono ricercate attraverso un rapporto collaborativo con l'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) regionale e nazionale, che forniscono informazioni sui periodi contributivi di ciascun soggetto, e attraverso la raccolta di informazioni di vario genere (come ad esempio il Libretto di lavoro e l'archivio di ditte indicato di seguito) e sulle aziende nelle quali i singoli soggetti hanno lavorato. Le informazioni ottenute permettono al personale del Registro regionale di attribuire a ciascun soggetto una probabilità di esposizione ad amianto, utilizzando criteri predefiniti, indicati dalle Linee guida nazionali. Il trasferimento dei dati viene effettuato utilizzando un software originale, sviluppato nell'ambito della collaborazione tra COR e ReNaM, con procedure di criptazione dei dati sensibili.
- c) Mantenimento dell'archivio informatizzato relativo alle aziende del Veneto e a dipendenti esposti ad amianto tra cui risultino insorti casi di mesotelioma con esposizione lavorativa certa ad amianto.

**3. Sorveglianza degli esposti ed ex esposti professionali**

Questa azione intende proseguire quanto la Regione Veneto negli anni 2000-2003 ha sviluppato attraverso un progetto sperimentale, promosso dal Ministero della Salute, che si proponeva di validare un protocollo per la sorveglianza dei lavoratori ex-esposti ad asbesto (DGR n. 5094 del 1998. Successivamente la prosecuzione della sorveglianza sanitaria, rispondendo ad una precisa richiesta del mondo del lavoro e del quadro normativo, è avvenuta attraverso la DGR n. 2041 del 22 luglio 2008, prevedendo per tutti i lavoratori ex esposti ad amianto la sorveglianza sanitaria su domanda finalizzata alla diagnosi degli effetti della esposizione ad amianto. In Veneto, tali accertamenti rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza aggiuntivi offerti dalla Regione ai lavoratori ex esposti ad amianto.

L'azione prevede il mantenimento presso ogni Spisal dello sportello di ascolto dedicato ai lavoratori ex esposti con l'offerta delle prestazioni cliniche e strumentali necessarie alla definizione dell'esposizione anamnestica e delle eventuali patologie collegate alla stessa, secondo un protocollo diagnostico mirato al rischio ed al quadro clinico.

**Strutturazione di un processo di presa in carico delle patologie asbesto-correlate**

Questa azione si sostanzia, in parte, attraverso l'azione di sorveglianza sanitaria indicata sopra. Infatti, il servizio SPISAL delle Ulss sono coinvolti sia in fase di diagnosi precoce (sorveglianza sanitaria degli ex esposti) che di accertamento medico legale (indagini giudiziarie per malattie professionali) e costituiscono un riferimento per i cittadini esposti o ex esposti. La presa in carico dei cittadini avviene al momento del loro accesso all'ambulatorio Spisal (gratuito in quanto L. EA aggiuntivo regionale). Le azioni sviluppate sono di informazione sui rischi e sui diritti, di valutazione dell'esposizione e quantificazione del rischio professionale, di sorveglianza sanitaria, secondo un protocollo medico tarato in funzione della stima effettiva dell'entità del rischio.

Il protocollo prevede per i casi di malattia diagnosticati la denuncia INAIL ed il referto alla magistratura.

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 5/7

Poiché la provincia di Venezia è interessata da circa il 50 % della casistica regionale di mesotelioma, seguita per il 15 % dalla provincia di Padova, appare opportuno integrare le azioni sopra indicate con un'azione di miglioramento dei percorsi terapeutici e riabilitativi attraverso lo sviluppo di una Rete di riferimento regionale, per la presa in carico delle patologie asbesto correlate. Organizzativamente la rete si baserà sui servizi Spisal, sulle unità operative ospedaliero e universitarie di chirurgia toracica, di oncologia, di radiologia e di pneumologia delle province di Ve e di Pd. Compito della rete sarà garantire l'accesso alle cure ai casi di patologia asbesto correlata e garantire la diffusione delle più aggiornate conoscenze nella materia.

**Obiettivi specifici, indicatori e crono programma**

<b>Obiettivi</b>	<b>Azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Cronoprogramma</b>
<b>1. Individuazione delle fonti di rischio</b>	Acquisizione ed elaborazione relazioni art. 9 L.257/92	n. relazioni elaborate a cura della regione	100 % delle relazioni pervenute ed elaborate	entro marzo dell'anno successivo a quello di riferimento
	Vigilanza sui lavori di bonifica, artt. 25,256 D.Lgs.81/08	n. notifiche e n. piani di lavoro inviati alle Ulss  n. cantieri ispezionati	secondo bisogno  almeno il 10 % dei piani di lavoro	azione permanente
	Censimento delle scuole pubbliche e private con materiali contenenti amianto	n. comuni interessati  n. edifici con presenza di amianto	100 % dei comuni della regione	Giugno 2013 – giugno 2014
	Valutazione del grado di pericolosità secondo linee guida INAIL	n. edifici valutati	100 % degli edifici individuati	annuale, entro giugno
	Aggiornamento del registro dei siti con amianto friabile secondo D.M. 101/2003 a cura dell'Ulss	n. siti con presenza di amianto friabile	100 % dei siti noti	azione permanente

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 6/7

<b>2. Sorveglianza dell'esposizione della popolazione generale</b>	<b>Azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Cronoprogramma</b>
	Raccolta a cura del COR dei casi di mesotelioma	n. annuale casi di mesotelioma	100 % dei casi accertati	azione permanente
	Indagine sui singoli casi a cura delle ULSS	n. indagini a cura delle Ulss	100 % dei casi accertati	azione permanente
	Elaborazione di un report analitico epidemiologico annuale a cura del COR	Report prodotto	-	annuale
	Individuazione aziende con casi di mesotelioma e verifica dello stato di rischio attuale	n. aziende verificate a cura dell'Ulss	100 %	azione permanente
<b>3. Sorveglianza degli esposti ed ex esposti professionali</b>	<b>Azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Cronoprogramma</b>
	Mantenimento del counselling per gli esposti ed ex esposti a cura dell'ULSS	n. accessi agli ambulatori Spisal delle Ulss	100 % della domanda	azione permanente
	Effettuazione delle visite mediche agli ex esposti con protocollo diagnostico mirato	n. visite specialistiche di med del lavoro	100 % della domanda	azione permanente
	Incontro annuale con associazioni di ex esposti e con le organizzazioni firmatarie del protocollo di collaborazione	n. associazioni partecipanti	Invito al 100 % delle associazioni	annuale
	Valutazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria e degli esiti nelle aziende con lavoratori esposti ad amianto	n. aziende valutate  registro esposti a cura dell'Ulss	100 % delle aziende del territorio di riferimento  100 % esposti	annuale
	Formazione abilitante dei lavoratori addetti alla rimozione amianto a cura delle Ulss di riferimento	n. lavoratori abilitati	100 % del bisogno regionale	annuale

**ALLEGATODD alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013**

pag. 7/7

4. <b>Strutturazione di un processo di presa in carico delle patologie asbesto-correlate</b>	<b>Azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Cronoprogramma</b>
	Mantenimento del counselling per gli esposti ed ex esposti a cura dell'ULSS	n. accessi agli ambulatori Spisal delle Ulss	100 % della domanda	azione permanente
	Individuazione dei centri specialistici di riferimento terapeutico-riabilitativo	n. centri individuati	Almeno una u.o. tipologia specializzazione	Entro dicembre 2013

**Risultati attesi:**

Le azioni previste permetteranno di garantire la sorveglianza e la vigilanza sui lavori di bonifica amianto, la evidenziazione delle situazioni di rischio per la salute caratterizzate dalla presenza di materiale in matrice floccata, di sorvegliare lo stato di salute dei lavoratori addetti alle bonifiche, di garantire la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti secondo un protocollo basato sull'effettività del rischio pregresso, la formazione abilitante dei lavoratori addetti, la presa in carico diagnostico, curativo e medico legale dei casi di patologia.

**Soggetti coinvolti: Aziende ULSS del Veneto, Università di Padova, Associazioni ex esposti ad amianto, Organizzazioni Sindacali, ARPAV, Comuni**

Voci di spesa	Costi
Risorse umane ULSS del Veneto (10 operatori del comparto sanità, costo medio 40.000 €; 4 dirigenti medici, costo medio 100.000 €)	800.000 €
Progetto regionale registro mesoteliomi	50.000 €
Censimento regionale scuole con materiali contenenti amianto	150.000 €
Totale	1.000.000 €

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 161 del 11 febbraio 2013

**Programma di Cooperazione Territoriale europea Interreg IVC. Progetto CHARTS “Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability”. Avvio della procedura per l’individuazione di una figura professionale idonea all’espletamento delle attività oggetto del programma. Deliberazione n. 2919 del 18/09/2007.**

*[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]*

Note per la trasparenza:

In relazione al progetto CHARTS “Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability”, la Direzione Turismo intende avvalersi di n. 1 figura professionale in possesso di specifici requisiti professionali, per l’espletamento di alcune attività tecniche di progetto. Sarà effettuata prima una ricognizione interna delle professionalità esistenti, e, in caso di esito negativo, sarà dato avvio ad una procedura comparativa da bandire all’esterno.

L’Assessore Marino Finozzi, riferisce quanto segue.

Con la deliberazione n. 336 del 29 marzo 2011, la Giunta regionale ha preso atto della partecipazione della Direzione Turismo in qualità di partner al progetto europeo CHARTS “Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability”, nell’ambito del programma di Cooperazione territoriale “INTERREG IVC 2007-2013”, dando mandato alla stessa Direzione a porre in essere tutti gli adempimenti formali per partecipare al progetto.

Con nota del 21 febbraio 2012, l’Autorità di Gestione (Managing Authority) del Programma INTERREG IVC, ha comunicato la definitiva approvazione del progetto e l’avvenuta stipula del contratto (Subsidy contract) per regolare i rapporti con il capofila, definendo reciproche responsabilità ed obblighi.

Conseguentemente, con successiva delibera n. 495 del 3 aprile 2012, la Giunta regionale ha preso atto dell’esito favorevole del progetto CHARTS con l’ottenimento del finanziamento UE (FESR) per il 75% della spesa, mentre l’ulteriore quota del 25% è coperta dal cofinanziamento nazionale (FDR), dando contestualmente mandato al Dirigente della Direzione Turismo a porre in essere tutte le attività tecniche e gestionali necessarie all’esecuzione del progetto, compresa l’adozione degli atti amministrativi e di spesa.

Il progetto “CHARTS” prevede il trasferimento, tra i partner internazionali, delle migliori politiche turistiche e di valorizzazione del patrimonio culturale che siano state poste in essere, che possano fornire spunti ed un valore aggiunto per la definizione di politiche turistiche più efficaci da parte dei paesi partner, con particolare riguardo ai settori del turismo culturale e del cicloturismo ed ai concetti di sostenibilità dell’offerta turistica e della sua accessibilità. Capofila del progetto è il Comune di Pelion sud (Grecia) e la Regione, tramite la Direzione Turismo, partecipa in qualità di partner assieme all’Assemblea governativa del Galles (Regno Unito), alla rete europea per il turismo culturale (Belgio), all’Autorità regionale del Midland (Irlanda), alla Regione Västra Götaland (Svezia), all’Agenzia regionale per il turismo di Pafos (Cipro), all’Associazione per il turismo di Vidzeme (Lettonia), all’Istituto nazionale per la ricerca e lo sviluppo nel turismo (Romania), alla Giunta di Mallorca (Spagna), all’Unione della autorità locali della regione del sud est (Bulgaria), all’organizzazione nazionale ellenica per il turismo (Grecia) ed all’Università di Barcellona (Spagna).

Il progetto CHARTS, la cui data di conclusione è prevista per il 30 giugno 2014, dispone di un budget complessivo pari a € 1.856.740, di questo, la quota a disposizione della Regione per la sua attuazione è pari a € 143.760, ripartiti nelle seguenti linee di spesa:

Budget lines	1. Staff costs	2. Administration (12% of Staff Costs).	3. Travel & Accomodation	4. External Expertise & Services	Totale
Disponibilità (€)	48.000	5.760	30.000	60.000	143.760

Le attività assegnate alla Direzione Turismo risultano particolarmente impegnative, in virtù anche dell’importanza riconosciuta al Veneto in termini di flussi turistici che sono tali da posizionarla tra le più importanti destinazioni turistiche europee e mondiali. Inoltre, alcune recenti politiche regionali adottate in tema di sostenibilità del turismo, di accessibilità delle destinazioni e delle strutture ricettive, di sviluppo di alcuni tematismi quali il turismo culturale ed il cicloturismo, sono state riconosciute dal partenariato come “best practices” turistiche di particolare interesse ed efficacia, potenzialmente adottabili da altri partners europei.

Si è proposto il modello di sviluppo del cicloturismo in Veneto all’intero partenariato ed a rappresentanti dell’Unione delle autorità locali della regione del sud est (Bulgaria), per una sua possibile implementazione in loco. Un’altra azione calendarizzata a metà maggio 2013, consiste nell’accogliere l’intero partenariato in Veneto per una visita-studio che si prefigge di presentare alcuni percorsi turistici innovativi di tipo naturalistico-culturale; inoltre, entro la metà del 2014, è prevista l’analisi di tutte le politiche regionali poste in essere o previste, dalle diverse strutture, in materia di “accessibilità”, definendo un piano d’azione con tutte le misure atte a sviluppare l’accessibilità territoriale e turistica regionale.

Considerato che è importante garantire un elevato standard qualitativo delle proposte progettuali e che tale attività assume carattere di straordinarietà rispetto alle normali mansioni svolte dal personale coinvolto nel progetto, si ravvisa la necessità di acquisire una professionalità con specifica competenza in grado di supportare la Direzione Turismo e che sia in possesso di specifici titoli universitari, di eventuali specifici titoli post laurea, di una comprovata esperienza nella progettazione europea e preferibilmente nel settore turistico, assieme ad una buona conoscenza della lingua inglese.

Allo stato attuale, la Direzione Turismo non dispone al proprio interno di ulteriore personale in possesso degli specifici requisiti di studio e professionali idonei a gestire in modo continuativo le attività progettuali, come richiesto dal progetto, ed è quindi opportuno attivare una ricognizione all'interno della Regione, così come previsto dalla deliberazione n. 2919/2007, per l'individuazione di n. 1 figura professionale in grado di realizzare le attività inerenti al progetto "CHARTS - Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability" e di mantenere i rapporti con tutti i partner di progetto.

Al riguardo va aggiunto, che la delibera n. 495/2012, prevede che qualora l'intensità delle attività progettuali da realizzare avesse richiesto un più ampio e professionale impegno rispetto alle competenze istituzionali ordinariamente svolte e avesse comportato attività aggiuntive e innovative rispetto alle normali mansioni di servizio, sarebbe stato possibile supportare le strutture regionali con personale a tempo determinato e/o tramite consulenze o collaborazioni esterne ad hoc, utilizzando le specifiche linee di budget.

Nello specifico si ritiene necessario avvalersi di n. 1 figura professionale con i seguenti specifici requisiti curriculari e professionali:

- possesso del diploma di laurea in Scienze Politiche ad indirizzo comunitario o internazionale oppure in Scienze Internazionali e Diplomatiche - per i titoli appartenenti al vecchio ordinamento - oppure della laurea specialistica del nuovo ordinamento appartenenti alle classi 60/S, 70/S, 71/S, 88/S, 99/S, oppure della laurea magistrale del nuovo ordinamento appartenenti alle classi LM52, LM62, LM63, LM81, LM90 (da indicare nel curriculum);
- formazione specifica in Europrogettazione e conoscenza dell'Unione Europea;
- esperienza documentata nella gestione di progetti europei con partenariato internazionale, preferibilmente nell'ambito di programmi di Cooperazione Territoriale o Transfrontaliera. L'esperienza considerata utile nella gestione dei progetti europei, consiste soprattutto nella stesura, nella gestione e nel controllo finanziario ed amministrativo, nel coinvolgimento in attività di comunicazione e disseminazione, di gestione e di gruppi di lavoro in contesto locale ed internazionale, nel supporto alle attività di reportistica di progetto. Una eventuale esperienza lavorativa maturata nel settore turistico costituisce titolo preferenziale.
- buon livello di conoscenza: della lingua inglese e della lingua francese parlata e scritta e dei principali programmi applicativi informatici.

Le competenti strutture provvederanno ad attuare la rilevazione interna in ordine al reperimento di soggetti esperti, idonei all'espletamento delle attività di cui sopra, mediante comunicazione scritta e qualora la suddetta verifica abbia esito negativo, il Dirigente della Direzione Turismo provvederà a bandire all'esterno, mediante apposito provvedimento, una procedura comparativa ai fini dell'individuazione di un soggetto specifico a cui affidare l'incarico in questione, mediante la stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

Il piano finanziario del Progetto assegna le risorse, in particolare, per l'acquisizione di personale interno a tempo indeterminato o di personale da assumere a tempo determinato o a progetto per la realizzazione delle diverse fasi progettuali, in modo continuativo per la durata del progetto, avvalendosi dell'apposita linea di budget rappresentata dagli "staff costs" che presentano la necessaria disponibilità.

Nel caso di ricorso ad un soggetto esterno, il compenso consisterà in una quota definita assumendo come parametro principale le retribuzioni del personale interno appartenente alla Categoria D, rapportata alla durata dell'incarico. Detto compenso sarà corrisposto utilizzando i fondi di cui sopra, necessari all'attuazione del progetto CHARTS assegnati alla Direzione Turismo, ovvero il capitolo 101728: "Progetto di cooperazione transnazionale Interreg IVC (2007-2013) "CHARTS" - Quota Comunitaria - Reg.to (CEE) n. 1080/2006" ed il capitolo 101729: "Progetto di cooperazione transnazionale Interreg IVC (2007-2013) "CHARTS" - Quota Statale - Reg.to (CEE) n. 1080/2006 e Del. CIPE 15/06/2007 n. 36", a valere sul bilancio di previsione 2013.

Si ritiene opportuno infine incaricare il Dirigente della Direzione Turismo della predisposizione, adozione ed espletamento di ogni atto e adempimento necessario all'esecuzione della presente deliberazione, incluso ogni ulteriore atto volto al miglior raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla stessa.

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### La Giunta regionale

Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'articolo 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Visti i regolamenti CE n. 1083/06 recante disposizioni generali sui Fondi strutturali e il regolamento CE n. 1080/06 relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), nonché il regolamento CE n. 1828/2006 che stabilisce modalità di applicazione dei regolamenti di cui sopra e la decisione del Consiglio 2006/702/CE sugli orientamenti strategici comunitari in materia di coesione, e s.m.i;

Vista la Decisione C (2007) 4222 del 11 settembre 2007 della Commissione europea che approva il Programma operativo di cooperazione interregionale "Interreg IV C" per il periodo 2007-2013;

Viste la delibera CIPE n. 36 del 15.06.2007 che ripartisce le risorse FESR italiane per l'obiettivo "Cooperazione territoriale europea" e determina il cofinanziamento a carico del Fondo nazionale di rotazione, e la delibera CIPE del 21.12.2007 n. 158 che prevede, fra l'altro, l'istituzione di un Comitato nazionale dedicato al coordinamento della partecipazione italiana al Programma "Interreg IV C";

Richiamate le deliberazioni della Giunta regionale n. 336 del 29 marzo 2011, n. 495 del 3 aprile 2012 e n. 1174 del 25 giugno 2012;

Vista la legge regionale 29 novembre 2001 n. 39 "Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione;

Vista la DGR 18 settembre 2007, n. 2919, “Art. 7 D.Lgs. n. 165/2001 - Disciplina del conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa” e la circolare del Segretario regionale agli Affari Generali prot. n. 576434 del 16 ottobre 2007;

delibera

1. di autorizzare l’avvio, per le considerazioni espresse in premessa, della procedura prevista dalla deliberazione n. 2919 del 18 settembre 2007, per l’individuazione di una figura professionale per il progetto “CHARTS - Culture and Heritage Added value to Regional policies for Tourism Sustainability”;

2. di procedere all’individuazione della professionalità di cui al punto 1. prioritariamente mediante ricognizione all’interno dell’organico regionale della presenza di personale regionale di ruolo munito di tutti i requisiti curriculari descritti, da assegnare mediante l’istituto della mobilità interna temporanea;

3. di autorizzare, in caso di esito negativo della suddetta ricognizione, il Dirigente della Direzione Turismo ad avviare l’iter per l’acquisizione della professionalità richiesta, mediante idonea procedura comparativa, ai fini dell’individuazione di un soggetto idoneo all’incarico in questione, mediante la stipula di apposito contratto di collaborazione coordinata e continuativa, la cui copertura finanziaria sarà fatta valere su fondi di natura comunitaria e statale che finanziano il progetto;

4. di incaricare il Dirigente della Direzione Turismo alla predisposizione, adozione ed espletamento di ogni atto e adempimento, necessario alla esecuzione della presente, ivi compreso l’impegno di spesa, a valere sui seguenti capitoli:

- capitolo n. 101728: “Progetto di cooperazione transnazionale Interreg IVC (2007-2013) “CHARTS” - Quota Comunitaria - Reg.to (CEE) 5/7/2006 n. 1080”, per il 75% della spesa,
- capitolo n. 101729: “Progetto di cooperazione transnazionale Interreg IVC (2007-2013) “CHARTS” - Quota Statale - Reg.to (CEE) 5/7/2006 n. 1080 e Del. CIPE 15/06/2007 n. 36, per il rimanente 25% della spesa;

5. di dare atto che la spesa di cui si prevede l’impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011;

6. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

[Torna al sommario](#)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 180 del 11 febbraio 2013

**Bandi di finanziamento con procedura aperta per la presentazione delle domande di contributo. Disposizioni in materia di chiusura e riapertura dello “sportello” previsto per la presentazione delle istanze. Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 123.**

*[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]*

Note per la trasparenza:

Il provvedimento autorizza il competente Dirigente regionale all'adozione di provvedimenti di chiusura, ovvero di riapertura, dei termini per la presentazione delle domande di partecipazione ai bandi di finanziamento che non prevedono la chiusura dei termini per l'inoltro delle domande di contributo (bandi “a sportello”).

L'Assessore Marialuisa Coppola riferisce quanto segue.

Nel corso del 2012 la Giunta Regionale ha approvato importanti iniziative a favore della competitività del tessuto produttivo ed imprenditoriale veneto. In particolare, con Deliberazione n. 1753 del 14 agosto 2012, è stato approvato il bando per il finanziamento per interventi a favore delle reti di imprese operanti nella Regione Veneto e, con Deliberazioni n. 2643 e n. 2644 del 18 dicembre 2012, sono stati approvati i bandi per l'ottenimento di agevolazione agli investimenti delle nuove PMI femminili e giovanili, giusta Programma Operativo Regionale (POR), parte FESR, 2007-2013, Asse prioritario 1 “Innovazione ed economia della conoscenza”.

I bandi, a differenza delle procedure adottate per il passato, prevedono la presentazione delle domande di finanziamento secondo una modalità “aperta”, “a sportello”, stabilendo la data di apertura per il ricevimento delle domande. Le domande di contributo inviate sono oggetto di istruttoria, da parte della struttura competente, secondo un ordine cronologico fino all'esaurimento dello stanziamento previsto.

La procedura descritta ha registrato, per quanto riguarda il bando riferito al finanziamento d'interventi a favore delle reti d'impresa, DGR n. 1753/2012, di attuazione del Programma Operativo Regionale 2007-2013 - parte FESR, Asse 1, linea di intervento 1.1, positivi risultati di efficienza amministrativa che hanno consentito l'adozione del primo provvedimento di concessione dei contributi in tempi celeri. Difatti, il provvedimento di cui trattasi, Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Industria e Artigianato n. 573, è stato approvato il 19 novembre 2012, ovvero circa un mese dopo l'apertura del bando, avvenuta il 15 ottobre.

Con il citato provvedimento è stato esaurito lo stanziamento previsto dalla DGR 1753/2012, pari ad euro 5.000.000,00. Con DGR n. 2890 del 28 dicembre 2012, hanno trovato copertura ulteriori domande per aggiuntivi euro 5.192.000,00. Il relativo Decreto di concessione del contributo è stato adottato in data 28 gennaio 2013, col numero 20. Pur tuttavia, essendo il bando ancora aperto, continuano a pervenire domande che, data la disponibilità finanziaria, non possono trovare accoglimento ancorché l'esito istruttorio possa essere favorevole.

Ai sensi delle citate DDGR 2643/2012 e 2644/2012, il 4 febbraio 2013 sono stati aperti anche gli sportelli riferiti ai bandi per l'ottenimento di agevolazione agli investimenti delle nuove PMI femminili e giovanili.

Al fine di evitare che gli uffici regionali preposti alle istruttorie amministrative avviino procedimenti che, per quanto riguarda il bando per le reti di imprese, non troverebbero un esito positivo mediante concessione del finanziamento pubblico e in previsione del probabile esaurimento nel breve termine degli stanziamenti previsti per i bandi riferiti agli investimenti delle nuove PMI femminili e giovanili, e in applicazione del principio di cui al Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 123, articolo 2, comma 3 e articolo 5, comma 3 si rende opportuno consentire al Dirigente Regionale della Direzione Industria e Artigianato, l'adozione di provvedimenti di chiusura dello “sportello” per la presentazione delle richieste di finanziamento, una volta accertato l'esaurimento dei fondi stanziati. Inoltre, si stabilisce che l'istruttoria delle domande sarà effettuata sulla base delle disponibilità finanziarie esistenti.

Qualora poi, con successivi atti sia legislativi che amministrativi, dovessero essere stanziati nuovi fondi sui bandi, oppure in caso di accertamento di economie di spesa dovute a rinunce o revoche dei contributi già concessi ai beneficiari, ossia situazioni che comportano la disponibilità al finanziamento di nuove domande di contributo, lo stesso Dirigente ha facoltà di procedere, con proprio atto, alla riapertura dello “sportello” per consentire la presentazione di ulteriori istanze di contribuzione.

Tale direttiva si applica anche per altri bandi, anche di competenza di altre strutture, regolati secondo la modalità “a sportello”.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

La Giunta regionale

Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Visti il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 123, articolo 2, comma 3 e articolo 5, comma 3;

il Programma Operativo Regionale (POR) 2007-2013, parte FESR, approvato con Dec. CE (2007) 4247 del 7 settembre 2007;

le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1753 del 14 agosto 2012, n. 2643 del 18 dicembre 2012 e n. 2644 del 18 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quali parte integrante del presente provvedimento;

2. di prevedere, a fronte di esaurimento degli stanziamenti allocati sui bandi di finanziamento per i quali è prevista una procedura aperta “a sportello”, la chiusura dei termini per la presentazione delle domande di contributo;
3. di incaricare il Dirigente della struttura regionale competente di accertare l'intervenuto esaurimento degli stanziamenti previsti e di adottare, mediante proprio atto amministrativo, la chiusura della presentazione delle domande di contributo, di cui al precedente punto 2);
4. di stabilire che l'istruttoria delle domande viene effettuata sulla base delle disponibilità finanziarie esistenti;
5. di dare atto che, nei casi di allocazione di nuove risorse sui bandi “a sportello” o di accertamento di economie di spesa, il Dirigente competente è altresì incaricato all'adozione del provvedimento di riapertura dei termini per la presentazione delle domande di contributo;
6. di dare atto che la presente Deliberazione non comporta impegno di spesa a carico del Bilancio regionale;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

[Torna al sommario](#)

## PARTE TERZA

## CONCORSI

## REGIONE VENETO

**Avvocatura regionale. Avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, di n. 4 praticanti presso l'Avvocatura regionale, per lo svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame per l'abilitazione alla professione di avvocato.**

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 3757 del 2/12/2008 e successive modificazioni è indetta una procedura selettiva pubblica, per titoli e colloquio, per 4 dottori in giurisprudenza ai fini dello svolgimento della pratica forense necessaria per la partecipazione all'esame di abilitazione alla professione di avvocato, presso l'Avvocatura regionale del Veneto.

Relativamente alle modalità e allo svolgimento della selezione, si seguiranno, per tutto quanto non espressamente previsto dal presente bando, i criteri previsti dal "Regolamento per lo svolgimento della pratica forense presso l'Avvocatura regionale", approvato con DGR n. 3757/2008.

In analogia a quanto previsto dall'art. 35, comma 3, lettera c), del Decreto Legislativo n. 165/2001, è garantita pari opportunità tra uomini e donne, tenuto conto altresì di quanto previsto dall'art. 57 del medesimo decreto.

Visto l'art. 41 della L. n. 247/2012, che prevede che, nel caso di specie, la durata del tirocinio previsto per l'accesso alle professioni regolamentate non potrà essere superiore a dodici mesi.

**Durata e Trattamento economico**

La pratica, da svolgersi presso l'Avvocatura regionale, situata a Venezia, Cannaregio 23, (Ex Direzione Compartimentale delle FF.SS), avrà durata massima di dodici mesi dalla data di iniziale svolgimento della stessa.

La pratica presso l'Avvocatura regionale comporta un obbligo di frequenza non inferiore a 30 ore settimanali.

Lo svolgimento della pratica forense presso l'Avvocatura regionale, quale percorso formativo di cui alla deliberazione della giunta regionale n. 912 del 22 maggio 2012, dà luogo alla corresponsione della somma di 6.600,00 euro, lordi per la intera durata di dodici mesi. L'importo sarà così corrisposto: primo acconto pari al 50% del contributo come sopra quantificato su richiesta del praticante; secondo acconto pari al 30% a metà percorso; saldo finale pari al rimanente 20 al termine dell'attività.

Qualora il periodo non sarà completato l'intera percorso l'intero contributo dovrà essere reso. Il percorso formativo potrà essere completato entro tre mesi dalla compiuta pratica

**Requisiti di ammissione**

I requisiti per l'ammissione alla pratica forense presso l'Avvocatura regionale sono:

1. essere cittadino italiano o di un paese dell'Unione Europea;
2. avere conseguito la laurea in giurisprudenza (in base al vecchio ordinamento universitario), o la laurea specialistica in giurisprudenza (afferente alla classe LS/22) o magistrale in giurisprudenza (afferente alla classe LMG/01) in base al nuovo ordinamento universitario in Italia o all'estero purché il titolo sia stato dichiarato equipollente; tale titolo deve essere altresì idoneo allo svolgimento dell'esame di abilitazione di avvocato;
3. non aver compiuto, al momento del termine per la presentazione della domanda, il 30° anno di età;
4. possedere le necessarie conoscenze per l'utilizzo del personal computer e del programma di scrittura word o analogo;
5. assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di impiego con una Pubblica Amministrazione;
6. aver sottoscritto la domanda di ammissione alla selezione.

Tutti i requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione alla selezione e al momento dell'eventuale ammissione allo svolgimento della pratica.

Le domande che non contengano tutte le dichiarazioni richieste, come sopra specificate, non saranno ritenute valide ai fini dell'ammissione alla selezione.

In conformità alla previsione di cui all'art. 5, comma 4 della Legge Regionale (L.R.) 31/97, l'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di procedere all'ammissione dei candidati alla selezione con riserva di accertamento dei requisiti previsti dal presente bando al momento dell'approvazione della graduatoria di merito.

Resta ferma pertanto la facoltà per l'Amministrazione regionale di disporre, in qualsiasi momento, anche successivamente all'espletamento delle prove selettive, l'esclusione dalla selezione per difetto dei prescritti requisiti ovvero per la mancata o incompleta presentazione della documentazione prevista.

**Modalità di presentazione delle domande**

La domanda di ammissione alla procedura comparativa, debitamente sottoscritta dall'interessato, da redigere in carta libera seguendo lo schema allegato (Allegato A1), documentato e sottoscritto, dovrà pervenire, all'Avvocatura regionale, Cannaregio 23, 30121, Venezia, **entro e non oltre le ore 13,00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale Regionale**, con le seguenti modalità: a) mediante raccomandata A/R; b) mediante trasmissione via fax al seguente numero: 041/279.4912; c) presentata a mano direttamente alla Segreteria dell'Avvocatura regionale nel seguente orario: 09.00-13.00, entro e non oltre le ore 13.00 dell'ultimo giorno utile.

All'esterno della busta deve essere espressamente riportata l'indicazione "Contiene domanda di selezione per l'ammissione alla pratica forense presso l'Avvocatura regionale"

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 4, D.P.R. n. 487/1994.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e di eventuali titoli ad esse allegati è perentorio, pertanto non è ammesso l'invio di altra documentazione oltre tale termine.

È facoltà dell'aspirante candidato, inviare documentazioni e/o dichiarazioni integrative alla domanda, purché tale operazione avvenga entro il termine di scadenza per la presentazione delle domande previsto dal presente bando e sia specificatamente indicato che le nuove documentazioni o dichiarazioni vanno ad integrare o sostituire la precedente domanda.

Stante le tempistiche ristrette definite dal presente bando, non saranno ammessi alla selezione i candidati le cui domande perverranno, per qualsiasi motivo, anche se indipendente dalla volontà del soggetto o legato a cause di forza maggiore, successivamente al suddetto termine.

Dichiarazioni da effettuare nelle domande

Nelle domande di ammissione, gli aspiranti concorrenti dovranno dichiarare quanto ivi richiesto.

In particolare, i candidati dovranno dichiarare:

Nella domanda ciascun aspirante dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità:

- 1) cognome e nome;
- 2) data e luogo di nascita;
- 3) possesso della cittadinanza italiana o di altro Stato membro dell'Unione Europea;
- 4) luogo di residenza e, per i non residenti nel distretto di Corte di Appello di Venezia, l'impegno a trasferire la residenza in caso di ammissione;
- 5) recapito telefonico e, se diverso dal luogo di residenza, indirizzo presso il quale desidera ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione e indirizzo di posta elettronica;
- 6) possesso della laurea in giurisprudenza (in base al vecchio ordinamento universitario), o la laurea specialistica in giurisprudenza (afferente alla classe LS/22) o magistrale in giurisprudenza (afferente alla classe LMG/01) in base al nuovo ordinamento universitario con indicazione della data, dell'Università e del voto conseguito. Per coloro che hanno conseguito il predetto titolo all'estero si richiede l'indicazione degli estremi del provvedimento di equipollenza;
- 7) votazione riportata nei seguenti esami universitari: diritto civile, diritto processuale civile, diritto penale, diritto processuale penale, diritto amministrativo, diritto costituzionale, specificando, per gli esami biennali sostenuti con due prove distinte, la votazione riportata in ciascuna annualità;
- 8) l'indicazione di eventuali altri esami sostenuti nelle discipline giuspubblicistiche;
- 9) di possedere le necessarie conoscenze per l'utilizzo del personal computer e di programmi di scrittura, nonché per navigare in internet per ricerche normative giurisprudenziali.
- 10) l'eventuale conoscenza specialistica di materie giuspubblicistiche, anche attraverso attività lavorative svolte presso la Pubblica Amministrazione;
- 11) l'eventuale avvenuto svolgimento pregresso di parte della pratica forense ovvero di uno stage formativo presso l'Avvocatura regionale del Veneto ovvero presso l'Avvocatura di una Pubblica Amministrazione;
- 12) l'eventuale svolgimento di comprovata attività scientifica o didattica post laurea;
- 13) eventuali altri titoli posseduti (titoli vari).

La valutazione di tali titoli compete discrezionalmente alla Commissione Esaminatrice, sulla scorta dei parametri individuati prima dell'apertura e dell'esame delle domande pervenute. In ogni caso, gli stessi potranno essere valutati solo se attinenti alle funzioni per cui si svolge la selezione e comunque solo se nella domanda di partecipazione vengono indicati in modo completo e chiaro.

Alla domanda di partecipazione dovrà invece essere allegata una fotocopia in carta semplice (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità, nonché di un certificato di laurea riportante i voti conseguiti nei vari esami sostenuti.

È consentito produrre i titoli posseduti in originale ovvero in copia fotostatica, purché, in quest'ultimo caso, sia contestualmente allegata alla domanda di partecipazione al concorso una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, nella quale il candidato dichiara che la copia fotostatica è conforme all'originale (si veda il modello allegato al bando di concorso).

Le dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà dei titoli posseduti, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 sono sottoscritte dall'interessato e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità. Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Pubblica Amministrazione.

L'amministrazione regionale si riserva in ogni momento della procedura concorsuale la facoltà di procedere alla verifica delle dichiarazioni presentate dai candidati.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, qualora da controlli emerga la non veridicità della dichiarazione resa dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

La firma il calce alla domanda non dovrà essere autenticata.

#### Punteggio e valutazione dei titoli

Ai fini della valutazione dei titoli, il voto di laurea è considerato secondo un parametro proporzionale di conversione, e il risultato sarà sommato alla media dei voti conseguiti nelle principali discipline del corso di laurea in giurisprudenza indicate nell'avviso; per gli esami biennali, se sostenuti con due prove distinte, sarà considerata la media dei voti riportati nelle due annualità. Qualora per la medesima disciplina sia stato sostenuto l'esame sia durante il corso di laurea triennale che durante il corso biennio della specialistica, verrà considerato il voto dell'esame sostenuto per ultimo.

Alla somma del voto di laurea convertito e della media dei voti assegnati agli esami verrà attribuito un punteggio massimo complessivo di 20/30.

All'eventuale specializzazione in materie giuspubblicistiche (anche attraverso attività lavorative svolte presso la Pubblica amministrazione), all'eventuale svolgimento pregresso di parte della pratica forense ovvero di uno stage formativo presso l'Avvocatura regionale del Veneto ovvero presso l'Avvocatura di una Pubblica Amministrazione, all'eventuale svolgimento di comprovata attività scientifica o didattica post laurea, ed alla valutazione di altri titoli verrà attribuito un punteggio massimo complessivo di 10/30.

#### Colloquio

Publicata la graduatoria nel sito internet della Regione Veneto ([www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)) sotto la voce "Concorsi e selezioni", all'interno dello spazio dedicato al presente concorso pubblico, la commissione di valutazione, nominata con decreto dell'Avvocato coordinatore, provvederà ad un colloquio rivolto a conoscere le motivazioni allo svolgimento della pratica forense dei candidati collocati ai primi quattro posti della graduatoria stessa.

La riscontrata scarsa motivazione del candidato che risulterebbe ammesso alla pratica presso l'Avvocatura regionale costituisce motivo di esclusione dalla stessa da parte della Commissione di valutazione.

In tal caso verrà sottoposto a colloquio il successivo candidato in base all'ordine della graduatoria formulata sulla scorta della valutazione dei titoli curriculari.

#### Calendario dei colloqui

I candidati, che saranno convocati, sono tenuti a presentarsi a sostenere il colloquio muniti di un valido documento di riconoscimento, nel giorno, nell'ora e nel luogo che verranno loro comunicati personalmente.

I candidati non collocati in posizione utile per l'ammissione alla pratica non riceveranno alcuna comunicazione in merito.

L'assenza non giustificata al colloquio sarà considerata come rinuncia alla selezione, quale sia il motivo dell'assenza al momento in cui è dichiarata aperto il colloquio, pur se essa non dipenda dalla volontà dei singoli concorrenti.

La partecipazione alla selezione obbliga i concorrenti all'accettazione di tutte le disposizioni del presente avviso.

I termini per eventuali impugnative della graduatoria finale decorrono dalla data di pubblicazione della stessa nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto, ovvero dalla notificazione individuale, se precedente.

#### Modalità di svolgimento della pratica

I candidati vincitori della presente selezione pubblica e risultati idonei saranno contattati direttamente dall'Avvocatura regionale per gli adempimenti connessi con l'instaurazione del rapporto di praticantato, e dovrà manifestare il proprio assenso nel termine perentorio di 10 giorni.

I candidati ammessi alla pratica forense sono tenuti alla sottoscrizione di un atto di impegno con il quale si obbligano a rispettare le norme di deontologia professionale previste dalla L. n. 247/2012 e dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Venezia, nonché dal "Regolamento per lo svolgimento della pratica forense presso l'Avvocatura regionale", approvato con DGR n. 3757/2008.

In violazione di detti obblighi, dello scarso rendimento o dell'accertamento di sopravvenute ragioni di incompatibilità, l'Avvocato Coordinatore è autorizzato a disporre in qualsiasi momento, a sua discrezione, con provvedimento motivato, l'interruzione del rapporto formativo.

#### Disposizioni finali

Il ritiro del bando e dei moduli da utilizzare per le domande di ammissione potrà essere effettuato, a partire dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto del presente bando, presso la seguente sede regionale:

AVVOCATURA REGIONALE

Cannaregio 23, (Ex Direzione Compartimentale delle FF.SS)- 30121 Venezia

In caso di impossibilità a reperire i suddetti moduli, potrà essere fotocopiato e compilato quello pubblicato nel B.U.R.V. in allegato al bando di concorso.

Copia integrale del bando e dell'allegato modulo sarà altresì disponibile nel sito internet [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it).

Per chiarimenti e ulteriori informazioni contattare l'Avvocatura regionale al numero 041/279.4907, o scrivere all'indirizzo e-mail [avvocatura@regione.veneto.it](mailto:avvocatura@regione.veneto.it) o rivolgersi, a:

AVVOCATURA REGIONALE

Cannaregio 23, (Ex Direzione Compartimentale delle FF.SS)- 30121 Venezia

Avvocatura Regionale  
L'Avvocato coordinatore  
avv. Ezio Zanon

Informativa sul trattamento dei dati personali  
(ai sensi dell'art. 13 del testo unico sulla privacy-D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003)

La Regione del Veneto informa che:

- I dati personali portati a conoscenza dell'amministrazione sono utilizzati, dall'Avvocatura regionale della Regione del Veneto, per ogni adempimento relativo al procedimento amministrativo per cui i dati stessi sono specificati;
- I dati personali sono trattati con strumenti cartacei e/o informatici;
- Le attività che comportano il trattamento dei dati personali sono conseguenti alle finalità istituzionali della Regione del Veneto in materia di accesso all'impiego e gestione del rapporto di lavoro;
- I dati personali possono essere comunicati ai Centri per l'Impiego presso le Province della Regione del Veneto, ad altri enti con i quali siano in essere delle convenzioni, ad altri soggetti pubblici o privati nei soli casi previsti da fonti legislative o regolamentari;
- L'ambito di diffusione dei dati personali può avvenire soltanto nelle ipotesi ammesse a norma di legge o di regolamento;
- I dati personali costituiscono informazioni essenziali ai fini del procedimento amministrativo, quindi il loro conferimento ha natura obbligatoria;
- La mancanza di anche uno dei dati personali necessari, o il rifiuto di rispondere, possono comportare la non prosecuzione del relativo procedimento;
- Titolare del trattamento dei dati personali è la Regione del Veneto, con sede a Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, 30123 Venezia;
- Il responsabile del trattamento dei dati, nonché il responsabile del procedimento amministrativo, ai sensi della legge n. 241/90, è il l'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura Regionale, avv. Ezio Zanon, con sede a Cannaregio 23, (Ex Direzione Compartimentale delle ff.ss)- 30121 Venezia;
- Ai sensi dell'art. 7 del Testo Unico sulla privacy, d. lgs. n. 196 del 30/06/2003, l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Avvocatura Regionale  
L'Avvocato coordinatore  
Avv. Ezio Zanon

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Regione del Veneto  
 Avvocatura regionale  
 Fondamenta Santa Lucia,  
 Cannaregio, 23  
 30123 Venezia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a  
 alla procedura comparativa, per titoli e colloquio, ai fini dell'individuazione di n. 4 praticanti legali presso l'Avvocatura regionale.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere cittadino \_\_\_\_\_
- 2) di risiedere in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, (ovvero, per i non residenti nel distretto di Corte di Appello di Venezia, di impegnarsi a trasferire la residenza al momento dell'eventuale inizio della pratica forense);
- 3) che il proprio recapito telefonico è \_\_\_\_\_; e-mail: \_\_\_\_\_
- 4) di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_ (solo se diverso dal luogo di residenza)
- 5) di possedere la laurea in giurisprudenza, conseguita il \_\_\_\_\_, presso l'Università di \_\_\_\_\_, con il voto di \_\_\_\_\_ (per coloro che hanno conseguito il predetto titolo all'estero si richiede l'indicazione degli estremi del provvedimento di equipollenza); per coloro che hanno conseguito la laurea in base al nuovo ordinamento universitario, specificare la classe di laurea specialistica o magistrale: \_\_\_\_\_
- 6) di aver conseguito la seguente votazione nei seguenti esami universitari:
  - diritto civile: \_\_\_\_\_
  - diritto processuale civile: \_\_\_\_\_
  - diritto penale: \_\_\_\_\_
  - diritto processuale penale: \_\_\_\_\_
  - diritto amministrativo: \_\_\_\_\_
  - diritto costituzionale: \_\_\_\_\_
  - Altri esami sostenuti nelle discipline giuspubblicistiche: \_\_\_\_\_
- 7) di possedere le necessarie conoscenze per l'utilizzo del personal computer e del programma di scrittura Microsoft –Windows – Word analogo, nonché di saper navigare in internet per ricerche normative e giurisprudenziali;
- 8) non aver riportato condanne penali e non essere sottoposto a procedimenti penali in corso per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di impiego con una Pubblica Amministrazione;

Si allega eventuale documentazione comprovante:

- lo svolgimento di specializzazione in materie giuspubblicistiche, anche attraverso attività lavorative svolte presso la Pubblica amministrazione;
- lo svolgimento pregresso di parte della pratica forense ovvero di uno stage formativo presso l'Avvocatura regionale del Veneto ovvero presso l'Avvocatura di una Pubblica Amministrazione;
- lo svolgimento di comprovata attività scientifica o didattica post laurea;
- altri titoli posseduti. \_\_\_\_\_

È a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo 30.6.2003, n. 196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Certificato di laurea contenente gli esami sostenuti ed i relativi voti;
- Eventuale documentazione comprovante titoli.

data \_\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(ART.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

.I. sottoscritt... \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità e consapevole delle san-  
zioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

-----  
-----  
-----  
Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del T.U. sulla privacy, D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e luogo.....

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione e' sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Ai sensi dell'art.19 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati nonché ogni altro stato, qualità personale o fatto che il candidato ritenga utile ai fini dell'ammissione al concorso e/o della valutazione dei titoli posseduti.

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI CAVALLINO TREPORTI (VENEZIA)

**Riapertura dei termini del concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 1 istruttore di vigilanza, Cat. C, a tempo pieno ed indeterminato. Sono riaperti i termini del concorso pubblico per esami per l'assunzione di n. 1 istruttore di vigilanza, cat. C, a tempo pieno ed indeterminato e per la formazione di una graduatoria.**

Le domande presentate entro il termine di scadenza iniziale (21 febbraio 2013) sono ritenute valide e possono essere integrate da coloro che hanno diritto alla riserva per i militari volontari congedati senza demerito.

La presentazione delle nuove domande scade alle **ore 13:00 del giorno 8 marzo 2013**.

Prima e seconda prova scritta: 21 marzo 2013.

Prova orale: 26 marzo 2013

Il bando, la domanda di partecipazione e tutte le informazioni relative al concorso sono disponibili sul sito internet: [www.comune.cavallinotreporti.ve.it](http://www.comune.cavallinotreporti.ve.it) nella sezione "bandi e avvisi"

Per informazioni: ufficio personale tel. 041 2909714

Il Segretario comunale  
Dott. Fabio Olivi

IPAB ALTA VITA - ISTITUZIONI RIUNITE DI ASSISTENZA, PADOVA

**Concorso pubblico per titoli ed esami, per la copertura di n. 3 posti di “infermiere professionale” (Cat. C/C1 del C.C.N.L. Regioni/Autonomie locali) a tempo pieno e indeterminato.**

Requisiti:

- Diploma di Infermiere professionale o Diploma universitario di Infermiere o Laurea in Infermieristica o di altro titolo riconosciuto idoneo per l'esercizio della professione,
- iscrizione all'Albo del Collegio degli Infermieri.

Scadenza: **11 marzo 2013 ore 13**

sito web. [www.altavita.org link/news/concorsi](http://www.altavita.org/link/news/concorsi)

Il Segretario Direttore generale  
Dr.ssa Sandra Nicoletto

[Torna al sommario](#)

IPAB CASA DI ASSISTENZA PER ANZIANI "A. TOBLINI", MALCESINE (VERONA)

**Avviso di mobilità per la copertura di n. 1 posto di istruttore amministrativo a tempo pieno ed indeterminato (Categoria C - posizione economica C1 - ccnl 1° aprile 1999 enti locali) ex art. 30 d.lgs 165/01.**

È indetta una procedura pubblica di mobilità ai sensi dell'art. 30 del d.lgs. 165/01 per la copertura di n. 1 posto di istruttore amministrativo a tempo pieno ed indeterminato.

Requisiti: essere dipendenti a tempo indeterminato di una pubblica amministrazione con la qualifica di "istruttore amministrativo" (categoria c - posizione economica c1 - enti locali);

di essere in possesso del diploma di scuola secondaria superiore;

di non aver subito procedimenti disciplinari con irrogazione della sanzione superiore alla censura.

Termine per la presentazione della domanda: **entro le ore 12.00 del 18.03.2013.**

Per informazioni rivolgersi all'ufficio amministrativo: telefono 045.6570033 -email: direzione@pec.caatoblini.it

Il relativo avviso è disponibile sul sito: [www.caatoblini.it](http://www.caatoblini.it)

Il Direttore  
Dott. De Massari Luca

[Torna al sommario](#)

**IPAB CASA DI RIPOSO DI ARSIERO, ARSIERO (VICENZA)****Concorso pubblico, per soli esami, per la copertura di n. 1 posto di infermiere (Categoria C, posizione economica C1, vigente CCNL Regioni ed Autonomie Locali) a tempo pieno e indeterminato.**

Requisiti di ammissione: Diploma universitario di Infermiere, ovvero diploma conseguito in base all'ordinamento precedente.  
Iscrizione all'Albo Professionale.

Termine di presentazione delle domande: **3 aprile 2013.**

Le prove d'esame si svolgeranno presso la sede dell'Ente i giorni:

- 15 aprile 2013: ore 14.30 prova scritta teorico-pratica
- 17 aprile 2013: ore 14.30 prova orale.

Per informazioni [www.csprossi.it](http://www.csprossi.it), oppure rivolgersi all'Ufficio Amministrativo dell'Ente (tel. 0445/740212).

Il Direttore  
dott. Michele Pasqualetto

[Torna al sommario](#)

IPAB CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA "MORELLI BUGNA", VILLAFRANCA DI VERONA (VERONA)

**Avviso di mobilità per la copertura di n. 2 posti di operatore socio sanitario a tempo pieno ed indeterminato (Cat. B. 1 - c.c.n. l. 2006/2009 enti locali) ex art. 30 d.lgs. 165/01.**

Requisiti di ammissione:

- essere titolari di un rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato presso una Pubblica Amministrazione in qualità di Operatore Socio Sanitario (Cat. B1);

- essere in possesso dell'attestato di qualifica professionale di "Operatore Socio Sanitario".

Termine di presentazione delle domande: **entro le ore 12.00 del 20.03.2013.**

Per informazioni rivolgersi a: Ufficio Personale, tel. 045/6331500, dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 - sito internet: [www.morellibugna.com](http://www.morellibugna.com)

Il Direttore  
Dott. Carlo Gaiardoni

[Torna al sommario](#)

## UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 2, FELTRE (BELLUNO)

**Sorteggio componenti di commissione esaminatrice di concorso pubblico.**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 D.P.R. 483/1997, si comunica che le operazioni di sorteggio del componente la commissione del concorso pubblico per:

- n. 2 posti di dirigente medico - disciplina di radiodiagnostica

avranno luogo alle **ore 8.30 del 31° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U.R. della Regione Veneto**, presso la sede di questa U.L.S.S., Via Bagnols sur Cèze, 3 - Feltre (BL).

Qualora detto giorno sia festivo il termine viene prorogato alla stessa ora del primo giorno feriale successivo.

Si informa che in caso di accertato impedimento di uno o più dei componenti sorteggiati, le operazioni di sorteggio, limitatamente all'estrazione del componente indisponibile verranno ripetute nello stesso luogo e alla stessa ora del 15° giorno successivo (non festivo) alla data del precedente sorteggio.

Il Commissario  
Dott. Bortolo Simoni

[Torna al sommario](#)

## UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 4, THIENE (VICENZA)

**Avviso per il conferimento di incarichi di assistenza programmata nei centri di servizio per anziani non autosufficienti e strutture intermedie da utilizzare nel caso in cui nessuno dei medici di assistenza primaria inseriti nell'elenco di disponibilità si rendesse disponibile per l'assunzione dell'incarico.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 109 di reg. Del 7.02.2013 è indetto un avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di incarichi di assistenza programmata nei Centri di Servizio per Anziani non autosufficienti e strutture intermedie.

Il termine per la presentazione domande è fissato per il **15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto sul BUR Veneto.**

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Sig.ra Marina Valmorbida, U.O. Medicina Convenzionata tel. 0445-389205.

Il bando e il facsimile della domanda di partecipazione sono disponibili sul sito internet [www.ulss4.veneto.it](http://www.ulss4.veneto.it) (Concorsi e selezione del personale - avvisi pubblici).

Il Direttore generale  
Avv. Daniela Carraro

[Torna al sommario](#)

## UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 6, VICENZA

**Avviso pubblicazione graduatoria per inserimenti relativa agli ambiti carenti di assistenza primaria 1° semestre 2012.**

Si rende nota che a seguito dell'approvazione del D.G. n. 101 del 19/02/2013 è stata approvata la graduatoria per inserimenti relativa agli ambiti carenti di Assistenza Primaria 1° semestre 2012. I medici interessati possono consultare la predetta graduatoria all'indirizzo internet: [www.ulssvicenza.it](http://www.ulssvicenza.it) seguendo il percorso: Bachecca>Medicina Convenzionata>Graduatorie Zone Carenti 1°sem. 2012. È fissato in giorni **15 dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR Veneto** il termine ultimo entro il quale i medici potranno presentare osservazioni da inviare a mezzo raccomandata AR a ULSS Vicenza Servizio Convenzioni Viale Rodolfi 37 36100 Vicenza. (omissis) Il Responsabile dr. Gianluigi Mozzato

[Torna al sommario](#)

## UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10, SAN DONÀ DI PIAVE (VENEZIA)

**Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di dirigente biologo, disciplina patologia clinica.**

È emesso avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi a tempo determinato, di dirigente biologo - disciplina: "patologia clinica" - area della medicina diagnostica e dei servizi.

Il termine utile per la presentazione delle domande, redatte su carta semplice e corredate dai documenti previsti, scade il **30° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel BUR**. Le domande devono essere indirizzate al direttore generale dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 10, Piazza De Gasperi n. 5 - 30027 San Donà di Piave (VE). Il bando integrale è consultabile sul sito internet <http://www.ulss10.veneto.it/concorsi/avvisi>.

Per informazioni rivolgersi all'ufficio concorsi (tel. 0421/228284 - 0421/228286).

Il Direttore dell'Unità operativa complessa risorse umane  
Dott. Lorenzo Tonetto

[Torna al sommario](#)

## UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 12, VENEZIANA

**Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di dirigente medico di ortopedia e traumatologia. Bando n. 14/2012.**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 787 del 6.11.2012 è indetto del Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di DIRIGENTE MEDICO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - a rapporto esclusivo - Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche - Ruolo Sanitario - Profilo Professionale: Medici.

L'Amministrazione procederà all'assunzione del vincitore compatibilmente con le vigenti normative nazionali di finanza pubblica e con le conseguenti disposizioni regionali in materia di assunzioni di personale.

Alla predetta posizione funzionale è attribuito il trattamento giuridico ed economico previsto dal CCNL 17.10.2008 per il personale dell'Area di contrattazione per la Dirigenza Medica e Veterinaria.

Le attribuzioni della posizione funzionale sono quelle stabilite dall'art. 15 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

Le assunzioni a tempo indeterminato verranno effettuate ai sensi dell'art. 13 del CCNL 8.6.2000 con riguardo alle esigenze di servizio. La graduatoria potrà essere utilizzata anche per le assunzioni a tempo determinato disciplinate dai precedenti CCNL 5.12.1996 e 5.8.1997.

Il presente Concorso Pubblico è disciplinato dalle norme di cui al D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, al D.L.vo 30 marzo 2001 n. 165, al D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483, al D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484 e al D.P.R. 9 maggio 1994 n. 487, in quanto applicabili.

Al presente concorso si applicano altresì, in quanto compatibili, le norme di cui al D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761, alla Legge 20 maggio 1985 n. 207, alla Legge 15 maggio 1997 n. 127 nonché al D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403.

Inoltre, ai sensi dell'art. 7 del D.L.vo 30 marzo 2001 n. 165, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro.

Al presente Concorso possono partecipare i candidati dell'uno e dell'altro sesso (D. L.vo 11 aprile 2006 n. 198) in possesso dei seguenti requisiti:

**- REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE**

previsti dagli artt. 1 e 24 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483:

- 1) Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- 2) Idoneità fisica all'impiego;

L'accertamento di tale requisito - con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette - è effettuato, a cura dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria, prima dell'immissione in servizio. Il personale dipendente da Pubbliche Amministrazioni e dagli Istituti, Ospedali ed Enti di cui agli artt. 25 e 26, 1° comma del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761, è dispensato dalla visita medica.

- 3) Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 4) Specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o equipollente ovvero specializzazione in disciplina affine; Saranno applicate le norme relative alle discipline equipollenti ed alle specializzazioni affini di cui ai Decreti Ministeriali 30 gennaio 1998 e 31 gennaio 1998 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il personale del ruolo sanitario in servizio di ruolo alla data del 1°2.1998 (entrata in vigore del DPR 483/97) è esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data;

- 5) Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici.

L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima della assunzione in servizio.

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano esclusi dall'elettorato politico attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero siano stati dichiarati decaduti da un impiego statale per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente Bando per la presentazione delle domande di ammissione al concorso.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione al concorso.

**- PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le domande di ammissione al Concorso, redatte in carta semplice secondo il fac-simile allegato, dovranno - a pena di esclusione - essere indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. e pervenire **entro il 30° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Concorso, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**, con le seguenti modalità:

- 1) direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (Via Don Federico Tosatto, 147 - 30174 MESTRE-VE) nei giorni dal lunedì al giovedì dalle ore 8,30 alle ore 13,30 e dalle ore 14,30 alle ore 17,00 e nel giorno di venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,30;
- 2) a mezzo servizio postale con raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato, a tal fine fa fede il timbro postale e la data dell'Ufficio postale accettante;

Gli operatori dell'Azienda non sono abilitati al controllo della regolarità delle domande e relativi allegati presentate direttamente all'Ufficio Protocollo;

L'Azienda declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento delle domande trasmesse tramite servizio postale non imputabile a sua colpa.

Qualora il giorno di scadenza suindicato sia festivo, o un sabato, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, la eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) il cognome e il nome;
- 2) la data, il luogo di nascita nonché la residenza;
- 3) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 4) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 5) le eventuali condanne penali riportate; in caso negativo dovrà esserne dichiarata espressamente l'assenza;
- 6) i titoli di studio posseduti (con indicazione della data, della sede e denominazione dell'Istituto presso cui gli stessi sono stati conseguiti);
- 7) la lingua straniera scelta (inglese o francese o tedesco o spagnolo), ai fini della verifica della conoscenza in sede di prova orale di esame;
- 8) la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile);
- 9) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego, ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- 10) i titoli che danno diritto a riserva, precedenza o preferenza nell'assunzione;
- 11) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione;
- 12) il diritto alla applicazione dell'art. 20 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 specificando l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame;
- 13) il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura concorsuale ai sensi del Decreto L.vo 30 giugno 2003 n. 196;
- 14) la firma in calce alla domanda non va autenticata.

#### - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, della Legge 183/2011 tutta la documentazione relativa all'attività svolta presso Pubbliche Amministrazioni non potrà essere oggetto di certificazione.

L'Amministrazione non potrà, quindi, accettare certificati provenienti da strutture/enti pubblici, per cui le attività prestate presso tali strutture dovranno essere attestate esclusivamente mediante dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà in originale.

I candidati dovranno presentare i certificati in originale o copia autentica per tutte le attività (lavoro, formazione, ecc.) svolte presso strutture private.

I candidati dovranno allegare alla domanda le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà con firma estesa, leggibile ed in originale attestanti:

- a) il possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- b) il possesso del diploma di specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o equipollente o affine ovvero autocertificazione dalla quale si evinca l'esenzione del possesso della specializzazione (vedi punto 4 dei requisiti);
- c) l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici;
- d) tutte le attività che i candidati ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della "graduatoria" (titoli di carriera, titoli accademici e di studio, pubblicazioni e titoli scientifici);
- e) il curriculum formativo e professionale;
- f) le autocertificazioni/documenti comprovanti l'eventuale diritto a riserva, precedenza o preferenza nella nomina. Ove non allegati o non regolari, i diritti non potranno essere riconosciuti agli effetti del concorso;
- g) un elenco in triplice copia e in carta semplice, delle pubblicazioni, dei titoli e dei documenti presentati.

La mancata presentazione di puntuale e dettagliata autocertificazione dei documenti di cui alle lettere a), b) e c) costituisce motivo di esclusione dal concorso.

I candidati potranno presentare tutte autocertificazioni (se relative ad attività presso Pubblica Amministrazione) ovvero titoli e documenti (se relativi ad attività presso privati) che ritengano opportuni ai fini della valutazione del curriculum formativo e professionale.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

Le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive di notorietà vanno formalizzate esclusivamente secondo i fac-simili allegati debitamente compilati in modo da permettere all'Azienda la verifica di quanto dichiarato, allegando un documento in corso di validità;

Le dichiarazioni sostitutive di atto notorio nonché di certificazioni dovranno essere redatte in modo analitico dal candidato e contenere tutti gli elementi utili per una corretta valutazione della documentazione; in mancanza di tali elementi i documenti non potranno essere presi in considerazione.

Al riguardo si rappresenta che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi dell'art. 496 del codice penale delle leggi speciali in materia, pena la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Non saranno presi in considerazione autocertificazioni, atti sostitutivi di notorietà, certificati di strutture private, titoli e documenti presentati oltre il termine di scadenza del presente Avviso.

Nell'autocertificazione relativa ai servizi presso le Unità Sanitarie Locali deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 il quale prevede "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità". In caso positivo, la dichiarazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte dei candidati oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte nonché di richiedere la documentazione relativa prima della assunzione in servizio. In caso di produzione di falsa dichiarazione l'Azienda procederà alla denuncia ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

#### - VALUTAZIONE DEI TITOLI

I titoli saranno valutati dall'apposita Commissione Esaminatrice, a norma delle disposizioni contenute nel D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483, con i seguenti criteri:

- a) titoli di carriera punti 10
- b) titoli accademici e di studio punti 3
- c) pubblicazioni e titoli scientifici punti 3
- d) curriculum formativo e professionale punti 4

#### TITOLI DI CARRIERA

- a) Servizi di ruolo prestati presso le Unità Sanitarie Locali o le Aziende Ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi dell'art. 22 e 23 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483:
  - servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina, punti 1,00 per anno;
  - servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, punti 0,50 per anno;
  - servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;
  - servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20%.
- b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0,50 per anno.

#### TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

- a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, punti 1,00;
- b) specializzazione in una disciplina affine, punti 0,50;
- c) specializzazione in altra disciplina, punti 0,25;
- d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
- e) altre lauree, oltre a quella richiesta per l'ammissione al concorso, comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, punti 0,50 per ognuna, fino a un massimo di punti 1,00.

I punteggi relativi alle pubblicazioni sono attribuiti dalla Commissione Esaminatrice con i criteri di cui all'art. 11 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483, con riguardo ai singoli elementi documentali formalmente prodotti in originale o copia autenticata ai sensi di legge.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

La specializzazione conseguita ai sensi del D.L.vo 8 agosto 1991 n. 257, anche se fatta valere come requisito di ammissione è valutata fra i titoli di carriera come servizio prestato nel livello iniziale del profilo stesso nel limite massimo della durata del corso di studi.

L'attività ambulatoriale interna prestata a rapporto orario presso le strutture a diretta gestione delle aziende sanitarie e del Ministero della sanità in base ad accordi nazionali, è valutata con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici dipendenti dalle aziende sanitarie con orario a tempo definito. Le relative autocertificazioni di servizio devono contenere l'indicazione dell'orario di attività settimanale.

La valutazione del servizio militare sarà possibile solo previa presentazione dell'autocertificazione relativa al foglio matricolare.

#### - COMMISSIONE ESAMINATRICE E PROVE D'ESAME

La Commissione Esaminatrice del presente concorso sarà costituita in conformità al D.L.vo 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni ed agli articoli 5 e 25 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483.

La Commissione ha a disposizione 80 punti per la valutazione delle prove di esame così ripartiti:

PROVA SCRITTA punti 30

PROVA PRATICA punti 30

PROVA ORALE punti 20

Le prove d'esame saranno le seguenti:

PROVA SCRITTA:

relazione su caso clinico simulato o su argomenti inerenti alla disciplina messa a concorso o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa.

PROVA PRATICA:

su tecniche e manualità peculiari della disciplina messa a concorso (per le discipline dell'area chirurgica la prova, in relazione anche al numero dei candidati, si svolge su cadavere o materiale anatomico in sala autoptica, ovvero con altra modalità a giudizio insindacabile della Commissione). La prova pratica deve comunque essere anche illustrata schematicamente per iscritto.

**PROVA ORALE:**

sulle materie inerenti alla disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire. Nell'ambito della prova sarà altresì accertata la conoscenza della lingua straniera attraverso la lettura e la traduzione di testi, nonché mediante una conversazione in modo tale da riscontrare il possesso di un'adeguata e completa padronanza degli strumenti linguistici, ad un livello avanzato di una delle seguenti lingue straniere scelta dal candidato: inglese o francese o tedesco o spagnolo. Inoltre sarà accertata la conoscenza dell'uso di apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse, da realizzarsi mediante una verifica applicativa, nonché la conoscenza delle problematiche e delle potenzialità organizzative connesse all'uso degli strumenti informatici. Del giudizio conclusivo di tale verifica si tiene conto ai fini della determinazione del voto relativo alla prova orale.

La data e la sede in cui si svolgeranno le prove saranno comunicate ai candidati ammessi, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, a cura della Commissione Esaminatrice, con preavviso di almeno quindici giorni prima della data fissata per l'espletamento delle medesime.

Nel caso in cui la Commissione stabilisca di non procedere nello stesso giorno all'effettuazione di tutte le prove, la data della prova orale sarà comunicata ai concorrenti con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, almeno venti giorni prima della data fissata per l'espletamento della medesima.

L'ammissione alle prove è subordinata al riconoscimento dei candidati da parte della Commissione Esaminatrice mediante esibizione di valido documento di identità personale.

Il superamento delle prove scritte e pratica è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

L'ammissione alla prova pratica è subordinata al raggiungimento nella prova scritta del punteggio minimo previsto.

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

L'ammissione alla prova orale è subordinata al raggiungimento nella prova pratica del punteggio minimo previsto.

La prova orale si svolgerà in un'aula aperta al pubblico.

Le comunicazioni di non ammissione alle prove pratica e orale vengono effettuate dalla Commissione Esaminatrice.

I candidati che - per qualsiasi motivo - non si presentino a sostenere le prove di concorso nei giorni, nell'ora e nella sede stabilita, saranno dichiarati rinunciari al concorso stesso.

È tassativamente vietato l'utilizzo nei locali delle prove d'esame di telefonini o altri strumenti tecnici che consentano di comunicare con l'esterno. L'uso comporterà l'esclusione dalla prova ovvero il suo annullamento.

Al termine delle prove d'esame, la Commissione Esaminatrice formula la "graduatoria" dei candidati idonei.

**- GRADUATORIA - TITOLI DI PRECEDENZA E PREFERENZA**

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. 9 maggio n. 487 e, successive modificazioni ed integrazioni, come di seguito elencate:

A - A parità di merito i titoli di preferenza sono:

- gli insigniti di medaglia al valor militare;
- i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- gli orfani di guerra;
- gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- i feriti in combattimento;
- gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti in guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nella amministrazione che ha indetto il concorso;
- i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- gli invalidi ed i mutilati civili;
- i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

B - A parità di merito e di titoli la preferenza è determinata:

- dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
- dall'aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche;
- dalla più giovane età (art. 3 L. 15 maggio 1997 n. 127, modificata con legge 16 giugno 1998 n. 191).

Sono dichiarati vincitori, nei limiti dei posti complessivamente messi a concorso, i candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito, tenuto conto di quanto disposto dall'art. 39, comma 15, del D.L.vo 196/95; nonché da ogni altra vigente disposizione di legge in materia.

La graduatoria di merito, unitamente a quella dei vincitori del concorso, è approvata con provvedimento del Direttore Generale della Azienda ULSS ed è immediatamente efficace.

La graduatoria dei vincitori del concorso è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.

La graduatoria - ai sensi dell'art. 3, comma 87 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 - rimane efficace per un termine di 3 anni dalla data della pubblicazione per eventuali coperture di posti per i quali il concorso è stato bandito e che successivamente ed entro tale data dovessero rendersi disponibili.

#### - COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il vincitore del concorso sarà invitato a presentare - entro 30 giorni dalla data di comunicazione e a pena di decadenza nei diritti conseguiti con la partecipazione al concorso stesso - i documenti di rito prescritti per l'assunzione ai fini della formale stipulazione del contratto individuale di lavoro.

Il contratto individuale di lavoro sarà stipulato sulla base dello schema approvato dall'Azienda.

Scaduto inutilmente il termine fissato dall'Azienda non si dà luogo alla stipulazione del contratto individuale di lavoro.

Entro il termine previsto dall'Azienda il vincitore - ai fini della esclusività del rapporto di lavoro - deve dichiarare, sotto la sua responsabilità, di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'articolo 53 del D. L.vo 165/2001, dal D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dalla Legge 662/96, dall'art. 72 della Legge 448/98, anche agli effetti di quanto previsto dal vigente CCNL in materia di corresponsione della indennità di esclusività del rapporto di lavoro.

La data di inizio del rapporto di lavoro decorre, agli effetti economici, dalla data dell'effettiva assunzione in servizio.

La conferma in servizio è subordinata all'espletamento favorevole del periodo di prova di mesi sei, di cui all'art. 14 del CCNL 8.6.2000 del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Condizione risolutiva del contratto - in qualsiasi momento - sarà l'aver presentato documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Ai candidati che non si presenteranno alla prova scritta, verrà inviata la documentazione presentata per la partecipazione al Concorso al domicilio indicato tramite contrassegno (quindi con spese a carico del destinatario) senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte dell'Azienda.

La partecipazione al concorso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando di concorso, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione.

L'accesso agli atti è consentito ai sensi della Legge 241/1990 e secondo le modalità del vigente regolamento aziendale in materia di diritto di accesso.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando di concorso saranno applicate le disposizioni di cui al D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483 - in materia di disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale - ed al D.P.R. 9 maggio 1994 n. 487.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare il presente concorso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o per disposizioni di legge.

Per informazioni e per ritirare copia del presente bando e fac-simile della domanda, gli interessati potranno rivolgersi presso l'U. O. C. Risorse Umane - Ufficio Concorsi dell'Azienda ULSS 12 Veneziana Via Don Federico Tosatto, 147 - 30174 Mestre (Venezia) - tel. 0412608776-8801-7903, dalle ore 10,00 alle ore 12,00 nei giorni dal lunedì al venerdì oppure all'interno del sito dell'Azienda: [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it).

Le operazioni di sorteggio di cui all'art. 6 del DPR 10 dicembre 1997 n. 483 avranno luogo, presso la Sede di Mestre (Venezia) - Via Don Federico Tosatto, 147, alle ore 10,00 del settimo giorno non festivo successivo alla data di chiusura del presente concorso.

Qualora i titolari e/o i supplenti estratti rinuncino alla nomina o ne sia verificata l'impossibilità a far parte della Commissione, sarà effettuato un nuovo sorteggio dopo ulteriori giorni sette e così via.

Esente da bollo ai sensi art. 40 D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642

Il Direttore generale

[Torna al sommario](#)

UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 15, CITTADELLA (PADOVA)

**Avviso pubblico per l'eventuale assunzione di personale, con profilo professionale di Dirigente Amministrativo, con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato. Deliberazione n. 96 del 8.02.2013.**

I candidati devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni in materia e, in particolare, dal D.P.R. 483 del 10.12.1997 e dal D.P.R. n. 761/79.

Il termine per la presentazione delle domande, redatte su carta semplice e corredate dai documenti prescritti, scade alle **ore 12.00 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente estratto di bando di avviso pubblico sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.**

Il Bando e il facsimile della domanda di partecipazione sono disponibili sul sito internet [www.ulss15.pd.it](http://www.ulss15.pd.it).

Per ulteriori informazioni, rivolgersi al Dipartimento Risorse Umane e Finanziarie - U.O.C. Programmazione e Acquisizione delle Risorse Umane - Sezione Concorsi - dell'ULSS n. 15 - tel. 0499324267 (dal Lunedì al Venerdì - ore 09.00-13.00).

Il Dirigente responsabile  
Dott. Tullio Zampieri

[Torna al sommario](#)

**APPALTI****Bandi e avvisi di gara**

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Verona. Bando di asta pubblica - procedura aperta (decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 - legge regionale 7 novembre 2003, n. 27). Gara n. 1/2013. Lavori di proseguimento di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo a monte e a valle del torrente Tasso nel tratto del ponte delle Acque nei Comuni di Caprino Veronese e Affi. 2^ stralcio. Importo lavori a base di gara € 1.345.000,00. Progetto n. 843 del 28/09/2010. Cup H52 J10 000 070 003. Cig 47 65 31 91 A4. Testo integrato del bando di gara con le modificazioni apportate.**

## NOTA INTRODUTTIVA

Il presente bando di gara contiene le norme di gara contenute nel testo originario del bando di gara approvato con decreto del Genio civile di Verona 11 febbraio 2013 n. 37, coordinato con le modificazioni disposte nel successivo decreto n. 49 del 20 febbraio 2013.

Per la comodità del lettore si informa che le norme sostituite sono l'articolo 2 e l'articolo 17.

Tutte le altre disposizioni restano ferme.

Parimenti restano validi i modelli allegati al bando originario, riguardanti la partecipazione alla gara, la dichiarazione per i subappalti e il GAP partecipante, che per maggiore comodità sono allegati anche al presente testo coordinato.

I modelli possono essere liberamente utilizzati dai concorrenti nella forma in cui sono pubblicati.

I termini per la presentazione delle offerte riprendono interamente a decorrere dalla data di pubblicazione dell'avviso di gara nella Gazzetta Ufficiale.

Il bando di gara integrato sostituisce e annulla il bando di gara allegato al decreto del Genio civile di Verona 11 febbraio 2013 n. 37.

## PREMESSA

Il Genio civile di Verona ha necessità di eseguire lavori di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso, nel tratto a monte del Ponte delle Acque nel Comune di Caprino Veronese.

Per tale ragione e a tal fine è stato predisposto l'apposito progetto dei lavori in oggetto, n. 843 del 28 settembre 2010, approvato con decreto della Direzione Regionale per la Difesa del Suolo n. 353 del 21/09/2012.

Si intende realizzare i lavori mediante affidamento di contratto di appalto ad impresa qualificata.

L'ammissione alla gara sarà dichiarata in sede di gara sulla base di requisiti oggettivi e soggettivi in possesso dell'Impresa concorrente, accertati in base alle dichiarazioni e ai documenti presentati.

Le norme di gara sono contenute nel prosieguo del presente bando di gara.

Il presente bando di gara è adeguato al Protocollo di legalità della Regione Veneto 9 gennaio 2012.

Pertanto, al presente affidamento si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 9 gennaio 2012, al fine della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Il Protocollo di Legalità è reperibile nel sito Internet ufficiale della Regione Veneto, Giunta Regionale, Ambiente e Territorio, Lavori pubblici, Osservatorio degli appalti, alla voce Protocollo di Legalità.

Il Protocollo di Legalità è reperibile nel sito Internet ufficiale della Regione Veneto, Osservatorio regionale degli appalti, alla voce Protocollo di Legalità. L'indirizzo Internet completo è il seguente:

<http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/FE91F09E-0583-4456-BEAF68F67DC3E2DF/0/PROTOCOLLODILEGALITA.pdf>

## ART. 1 - ENTE APPALTANTE

Ente: REGIONE DEL VENETO - GENIO CIVILE REGIONALE di VERONA quale Stazione Appaltante.

Indirizzo: 37126 VERONA - Piazzale Cadorna, n. 2.

Telefono: 045/8676594 - telefax: 045/8676577.

Il bando sarà pubblicato nel sito Internet della Giunta Regionale [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it) (selezionare bandi-avvisi-concorsi) e nel sito Internet dell'Osservatorio regionale degli appalti [www.rveneto.banditi.it](http://www.rveneto.banditi.it).

Lingua utilizzabile per la partecipazione alla gara e per l'offerta: italiano.

## ART. 2 - PROCEDURA DI AGGIUDICAZIONE

1. Procedura aperta per l'affidamento dei lavori in appalto con aggiudicazione con il criterio del prezzo più basso, anche in caso di unica offerta, con esclusione delle offerte anomale ai sensi dell'art.4, comma 2, lettera ll), n. 3) del decreto legge 13 maggio 2011 n. 70 convertito con modificazioni nella legge 12 luglio 2011 n. 106 e dell'art. 122, comma 9, del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163; con svincolo dell'offerta valida decorsi 180 giorni dalla scadenza del termine di presentazione dell'offerta.

2. Questa Stazione appaltante si riserva di non procedere all'aggiudicazione qualora nessuna offerta risulti conveniente o idonea in relazione ai lavori da realizzare (art. 81, comma 3, d. lgs. n. 163/2006).

3. Il contratto di appalto sarà stipulato a corpo e a misura. Per l'offerta vedi successivo articolo 16.

4. Non sono ammesse offerte pari o in aumento.

5. Sistema di esecuzione dei lavori: in appalto.

## ART. 3 - LUOGO DI ESECUZIONE, DESCRIZIONE E IMPORTO DEI LAVORI

1. Luogo di esecuzione dei lavori: Comuni di Caprino Veronese  
Caratteristiche generali dell'opera: lavori di proseguimento di spensilizzazione e risagomatura dell'alveo del torrente Tasso nel tratto a monte del Ponte delle Acque nel Comune di Caprino Veronese. 2° stralcio.
2. Natura e importo dei lavori:
 

IMPORTO LAVORI A BASE DI GARA	€ 1.345.000,00 =
Oneri di sicurezza non soggetti a ribasso	€ <u>40.822,95 =</u>
Importo soggetto a ribasso	€ 1.304.177,05 =

## ART. 4 - PIANI DI SICUREZZA E ONERI PER LA DITTA APPALTATRICE

1. Per la sicurezza dei lavoratori si applicano le disposizioni dell'art. 131 del decreto legislativo n. 163 del 2006 e del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, come attualmente vigenti.
2. Per il presente appalto si applicano, inoltre, le norme di sicurezza contenute nello specifico "Piano di sicurezza e coordinamento", documento n. 4.1 del progetto dei lavori in appalto.
3. L'impresa aggiudicataria deve redigere e consegnare a questa Stazione appaltante, prima della stipulazione del contratto ovvero prima dell'inizio dei lavori, il piano operativo di sicurezza, da considerare quale piano complementare di dettaglio del piano di sicurezza e di coordinamento, ai sensi dell'art. 131, comma 2, lettera c) del decreto legislativo n. 163 del 2006.
4. Al fine di ottemperare all'obbligo di allegare i piani di sicurezza al contratto di appalto, come previsto dal citato articolo 131, l'Impresa aggiudicataria deve consegnare a questa Stazione appaltante due esemplari del predetto piano operativo di sicurezza prima della stipulazione del contratto.

## ART. 5 - CLASSIFICAZIONE DEI LAVORI E TERMINE DI ESECUZIONE

1. L'importo complessivo dei lavori a base di gara è di € 1'345'000,00 corrispondenti alla classifica III bis.
2. Categoria lavori prevalente OG8 (opere fluviali, di difesa, di sistemazioni idraulica e di bonifica) classifica III bis € 1'125'473,16. Categoria lavorazioni scorporabili OG3 (Strade, ponti, viadotti e relative opere complementari) classifica I € 219'526,84.
3. Le lavorazioni appartenenti alla categoria scorporabile possono essere eseguite dall'Impresa aggiudicataria qualora sia in possesso della relativa qualificazione.  
Qualora l'Impresa aggiudicataria sia priva di qualificazione nella categoria OG3 le relative lavorazioni devono essere affidate in subappalto a imprese qualificate per detta categoria.  
Resta ferma la possibilità della costituzione di ATI/RTI.
4. Il termine per l'esecuzione dei lavori è stabilito in giorni 600 naturali e consecutivi, decorrenti dalla data di consegna dei lavori come previsto dall'art. 24 del "Capitolato Speciale", documento n. 3.4 del progetto dei lavori in appalto.

## ART. 6 - FINANZIAMENTO

1. Per le opere oggetto dell'appalto viene assicurata la copertura finanziaria regionale ai sensi di legge.
2. I pagamenti avverranno su SAL di € 150.000,00 secondo le modalità stabilite dall'art.43 del Capitolato speciale d'appalto, documento n. 3.4 del progetto dei lavori in appalto ed in conformità alle norme della legge regionale del Veneto n. 27 del 7 novembre 2003.
3. Al contratto si applica il regime del prezzo chiuso, ai sensi dell'art.34, comma 4 bis della legge regionale del Veneto n. 27/2003, nel testo introdotto dall'art. 26, comma 2, della legge regionale 20 luglio 2007 n. 17, e dall'art. 133 c. 3 del d. lgs. n. 163 del 2006.
4. Il pagamento dei corrispettivi a titolo di acconto e di saldo è subordinato all'acquisizione della dichiarazione di regolarità contributiva rilasciata dagli enti competenti (DURC).
5. Nel caso in cui aggiudicatario del contratto di appalto sia un Raggruppamento temporaneo di imprese (c.d. ATI) ogni soggetto che fa parte del Raggruppamento deve fatturare le proprie prestazioni direttamente alla Stazione Appaltante. La Stazione Appaltante pagherà tutte le somme solamente al Soggetto capogruppo (Impresa mandataria) sul quale grava l'obbligo di versare alle imprese mandanti le somme loro spettanti.

## ART. 7 - SUBAPPALTO

1. Ai fini del presente appalto e ai sensi dell'articolo 118 del decreto legislativo 3 aprile 2006 n. 163, costituisce subappalto qualsiasi contratto riguardante l'esecuzione parziale dei lavori progettuali del presente appalto, affidato dall'appaltatore a soggetti terzi, a prescindere dal valore del subcontratto e dall'incidenza della manodopera.
2. Per quanto riguarda attività che non sono lavori e quindi non trasformano il materiale di origine in una entità diversa, quali ad esempio i noli a caldo e le forniture con posa in opera, tali tipologie di attività sono sottoposte al seguente regime giuridico.
  1. Nei casi in cui i subcontratti riguardanti attività che non sono lavori siano di importo inferiore al 2 per cento del valore del contratto d'appalto o comunque inferiore a 100.000 euro, l'appaltatore deve dare comunicazione a questa Stazione Appaltante dell'affidamento delle attività, indicando gli estremi identificativi del sub-contrante, l'oggetto del subcontratto in maniera chiara e precisa e l'importo del subcontratto. In tali ipotesi l'importo dei subcontratti non incide sulla percentuale dei lavori affidabili in subappalto.

2. Anche nei casi in cui i subcontratti riguardanti attività che non sono lavori siano di importo superiore al 2 per cento del valore del contratto d'appalto, o comunque superiore a 100.000 euro, ma l'incidenza del valore della manodopera non sia superiore al 50 per cento del valore del subcontratto, non costituendo subappalto, l'appaltatore deve dare comunicazione a questa Stazione Appaltante dell'affidamento delle attività, indicando gli estremi identificativi del sub-contraente, l'oggetto del subcontratto in maniera chiara e precisa e l'importo del subcontratto. Anche in tali ipotesi l'importo dei subcontratti non incide sulla percentuale dei lavori affidabili in subappalto.

3. Viceversa, nei casi in cui i subcontratti riguardanti attività che non sono lavori siano di importo superiore al 2 per cento del valore del contratto d'appalto, o comunque superiore a 100.000 euro, e l'incidenza del valore della manodopera sia superiore al 50 per cento del valore del subcontratto, in tali casi i subcontratti configurano subappalto, sono sottoposti al regime della preventiva autorizzazione della Stazione Appaltante e il loro importo incide sulla percentuale dei lavori affidabili in subappalto.

3. Il subappalto e l'affidamento a cottimo dei lavori è ammesso alle condizioni stabilite dall'art. 118, del decreto legislativo n. 163 del 2006. Si precisa che i lavori della categoria prevalente possono essere subappaltati nella misura del 30% dell'importo della categoria prevalente, ai sensi del comma 2 del succitato articolo 118.

4. Il subappalto e l'affidamento a cottimo dei lavori appaltati, sono soggetti a preventiva autorizzazione di questa Stazione appaltante. Le condizioni sono stabilite nell'articolo 118 del Codice dei contratti d. lgs. n. 163 del 2006.

5. In caso di subappalto questa Stazione appaltante pagherà direttamente l'Impresa appaltatrice la quale provvederà, a propria cura e spese, ai pagamenti dovuti ai subappaltatori e ai cottimisti. Ai sensi dell'art. 38, comma 3, della legge regionale n. 27/2003, all'impresa aggiudicataria è fatto obbligo di trasmettere al direttore dei lavori, entro 20 (venti) giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei suoi confronti, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti effettuati dalla stessa aggiudicataria al subappaltatore o al cottimista.

6. Il concorrente che intende avvalersi del subappalto o del cottimo, deve dichiararlo in sede di gara. Vedere articolo 15, comma 4. L'aggiudicatario che intende ricorrere effettivamente al subappalto o al cottimo deve farne apposita domanda a questa Stazione Appaltante. Unitamente alla domanda di autorizzazione al subappalto, deve essere prodotta la seguente documentazione: indicazione dei dati completi per l'identificazione del soggetto subappaltatore; contratto di subappalto firmato in tutte le pagine; dichiarazione riguardante la sussistenza o l'insussistenza di forme di controllo o di collegamento, a norma dell'articolo 2359 del codice civile, nei confronti dell'impresa subappaltatrice o cottimista; dimostrazione del possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di qualificazione a eseguire lavori pubblici; dichiarazione del subappaltatore attestante il possesso dei requisiti generali di cui all'art.38 del Codice dei contratti pubblici; modello GAP subappaltatori; indicazione delle posizioni previdenziali INPS, INAIL e Cassa Edile aperte dal soggetto subappaltatore; incidenza della manodopera nelle lavorazioni da eseguire in subappalto; numero di dipendenti dell'impresa subappaltatrice; contratto di lavoro applicato.

7. È fatto espresso divieto al concorrente che sarà vincitore della gara e successivamente appaltatore dei lavori, di subappaltare lavorazioni o comunque di subaffidare qualsiasi parte dei lavori a soggetti che abbiano partecipato a questa stessa procedura di gara, ai sensi del Protocollo di Legalità della Regione Veneto, articolo 1, quarto comma.

8. Le lavorazioni appartenenti alla categoria \_OG3 possono essere subappaltate in toto.

#### ART. 8 - GARANZIA A CORREDO DELL'OFFERTA

1. Per la partecipazione alla gara le Imprese devono presentare idonea garanzia provvisoria (decreto legislativo n. 163 del 2006, articolo 75). La garanzia provvisoria a corredo dell'offerta è obbligatoria a pena di esclusione dalla gara.

2. La garanzia provvisoria è stabilita nella misura del 2% dell'importo complessivo dei lavori di € 1.304.177,05 L'ammontare della garanzia è ridotto del 50%, nei casi previsti dall'art. 30, comma 5, della legge regionale del Veneto n. 27/2003.

3. La garanzia provvisoria può essere costituita mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa o fidejussione rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 107 del D. Lgs. 1° settembre 1993, n. 385, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie (legge regionale del Veneto n. 27/2003, art. 30, comma 6).

4. Nel caso di offerta sottoscritta da più imprese con la dichiarazione del relativo impegno a costituirsi in associazione temporanea di imprese o in consorzio di cui all'art. 34, comma 1, lettera e) del decreto legislativo n. 163 del 2006, la garanzia provvisoria potrà essere intestata alla sola impresa a cui sarà conferito il ruolo di capogruppo-mandatario del costituendo raggruppamento o consorzio.

5. Qualsiasi sia la forma della garanzia provvisoria prescelta dall'impresa concorrente, detta garanzia deve essere corredata dall'impegno di un istituto bancario, di un intermediario finanziario o di una compagnia di assicurazioni a rilasciare la garanzia fidejussoria di cui all'art.113, del decreto legislativo n. 163 del 2006, qualora l'offerente risultasse aggiudicatario.

6. La garanzia deve essere trasmessa in originale e dovrà avere validità per almeno 180 giorni. Inoltre dovrà espressamente prevedere la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2, del codice civile, e la sua operatività entro 15 giorni a semplice richiesta scritta della Stazione appaltante.

7. La polizza potrà essere presentata secondo gli schemi tipo previsti dal Decreto del Ministero delle Attività Produttive n. 123 del 12/03/2004 o secondo gli schemi tipo previsti dalla D.G.R. 22 dicembre 2004, n. 4151.

#### ART. 9 - CAUZIONE DEFINITIVA

1. L'Impresa aggiudicataria, prima della stipulazione del contratto d'appalto, è tenuta a prestare idonea cauzione definitiva ai sensi del decreto legislativo n. 163 del 2006, articolo 113.

2. La cauzione definitiva è stabilita nella misura del 10% dell'importo contrattuale. Detta garanzia copre gli oneri per il mancato od inesatto adempimento del contratto.

3. La percentuale della cauzione definitiva sarà soggetta ad incremento ove ricorrano le condizioni di cui all'art. 113 del decreto legislativo n. 163 del 2006 e legge regionale del Veneto n. 27/2003, art. 30, comma 3. L'ammontare della cauzione è ridotto del 50%, nei casi previsti dall'art. 30, comma 5, della legge regionale n. 27/2003.

4. La cauzione definitiva può essere costituita mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa o fidejussione rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 107 del D.Lgs. n. 385/1993, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie (art. n. 30, comma 6, della legge regionale del Veneto n. 27/2003).

5. La cauzione definitiva deve essere trasmessa in esemplare originale e deve espressamente prevedere la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale e la sua operatività entro 15 giorni a semplice richiesta scritta della Stazione appaltante.

6. La cauzione definitiva è progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione, nel limite massimo del 75% dell'iniziale importo garantito. Lo svincolo è automatico, senza necessità di benestare del committente, con la sola condizione della preventiva consegna all'istituto garante degli stati d'avanzamento

dei lavori o di analogo documento. L'ammontare residuo, pari al 25% dell'iniziale importo garantito, è svincolato alla data di emissione del certificato di collaudo provvisorio o del certificato di regolare esecuzione.

7. La polizza potrà essere presentata secondo gli schemi tipo previsti dal Decreto del Ministero delle Attività Produttive n. 123 del 12/03/2004 o secondo gli schemi tipo previsti dalla D.G.R. 22 dicembre 2004, n. 4151.

#### ART. 10 - ALTRE GARANZIE

1. L'impresa aggiudicataria, prima della consegna dei lavori, deve stipulare una assicurazione a copertura dei danni che questa Stazione appaltante potrà subire a causa dell'eventuale danneggiamento o della distruzione di impianti ed opere, anche preesistenti, verificatisi nel corso dell'esecuzione dei lavori, a norma dell'art. 125 del DPR n. 207/2011. La somma da assicurare è pari all'importo contrattuale dei lavori.

2. L'impresa, inoltre, deve assicurare questa Stazione appaltante contro la responsabilità civile per danni causati a terzi nel corso dell'esecuzione dei lavori. L'importo del massimale assicurato per la responsabilità civile verso i terzi deve essere di almeno € 500'000,00.

3. L'assicurazione potrà essere presentata secondo gli schemi tipo previsti dal Decreto del Ministero delle Attività Produttive n. 123 del 12/03/2004 (Sezione A: Partita 1: importo contrattuale senza IVA; Partita 2: valore corrispondente all'imposta sul valore aggiunto del contratto - Sezione B: non inferiore a € 500'000,00).

4. L'impresa aggiudicataria, prima della consegna dei lavori, deve consegnare a questa Stazione appaltante la polizza di assicurazione prevista nell'articolo 125 del DPR 5 ottobre 2010 n. 207: polizza di assicurazione per danni di esecuzione e responsabilità civile verso terzi.

#### ART. 11 - DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA GARA E PRESA VISIONE DEL PROGETTO E DEI LUOGHI.

1. Gli elaborati progettuali sono reperibili in copia presso il negozio Elioservice snc - via S. Alessio n. 4 - 37129 Verona - tel. 045 916766 - telefax 045 918348; e-mail [plot@elioservice.it](mailto:plot@elioservice.it).

2. Per le informazioni di natura tecnica, per la presa visione del progetto e per la presa visione dei luoghi le Imprese concorrenti possono prendere contatto con l'Ufficio tecnico negli orari d'ufficio ai seguenti numeri telefonici:

- Ing. Claudio Moscardo tel: 045/8676584 - 348.7397028.
- Geom. Luigino Gonzatto tel. 045/8676545 - 348.4761144.

3. Per la presente gara sono obbligatori la presa visione del progetto e la presa visione dei luoghi a pena di esclusione dalla gara. Al momento della presa visione del progetto e dei luoghi, saranno consegnati i certificati di presa visione del progetto e dei luoghi.

4. Al sopralluogo e alla presa visione della documentazione del progetto saranno ammessi esclusivamente:

- il legale rappresentante dell'Impresa;
- un dipendente della stessa, munito a tal fine di specifica delega con indicato il numero di matricola;
- il direttore tecnico dell'impresa risultante dall'attestazione rilasciata da una SOA, integrato da dichiarazione del legale rappresentante dell'impresa nel caso di variazione del direttore tecnico (ricordarsi di portare copia del certificato SOA);
- un rappresentante dell'Impresa munito di procura notarile (da depositare in copia).

5. Si suggerisce di portare i documenti necessari per il riconoscimento personale e della qualità/qualifica rivestita, nonché una loro fotocopia da depositare agli atti

#### ART. 12 - REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

1. Possono presentare offerta i Soggetti di cui al decreto legislativo n. 163 del 2006, articolo 34, in possesso dei requisiti di ordine generale del 2006 di cui all'articolo 38 dello stesso decreto.

2. Per partecipare alla gara i concorrenti dovranno essere in possesso di attestazione di qualificazione, rilasciata da una SOA regolarmente autorizzata, in corso di validità che documenti il possesso della qualificazione alla categoria OG8 classifica minima terza bis.

3. È possibile la partecipazione anche con il possesso delle qualificazioni nelle Categorie OG8 classifica terza. e OG3 classifica prima. Resta ferma la possibilità della costituzione di ATI/RTI.

4. Non possono partecipare alla gara imprese che si trovino tra loro in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del Codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale, come stabilito dall'articolo 38 comma 1, lettera m-quater del decreto legislativo n. 163 del 2006.

5. Requisiti di partecipazione dei Raggruppamenti/Associazioni Temporanee di Imprese e dei Consorzi (art. 34, comma 1, lettere d), e), f) del decreto legislativo n. 163 del 2006):

- a) l'Impresa Capogruppo-mandataria deve essere in possesso dell'attestazione SOA con riferimento alla categoria prevalente per classifica, aumentata di un quinto, non inferiore al 40% dell'importo complessivo dell'appalto e comunque in misura maggioritaria rispetto a ciascuna delle mandanti;
- b) ciascuna Impresa mandante deve essere in possesso dell'attestazione di qualificazione rilasciata da una SOA regolarmente autorizzata con riferimento alla categoria prevalente per classifica, aumentata di un quinto, non inferiore al 10% dell'importo complessivo dell'appalto. L'incremento di un quinto della classifica di qualificazione in possesso di ciascuna impresa riunita si applica a condizione che essa sia qualificata per una classifica pari ad almeno un quinto dell'importo complessivo dell'appalto (DPR n. 207 del 2010, articolo 61, comma 2).

6. Si precisa che i soggetti esecutori a qualsiasi titolo di lavori pubblici devono essere qualificati, come stabilito dall'articolo 40 del Codice dei contratti pubblici, decreto legislativo n. 163 del 2006.

Pertanto, i Consorzi stabili di cui all'articolo 94 del DPR 5 ottobre 2010 n. 207, possono eseguire i lavori direttamente con la propria struttura, se adeguatamente qualificati, ovvero tramite i propri consorziati indicati nel bando di gara. Tali soggetti consorziati esecutori dei lavori per conto del Consorzio al quale appartengono, devono essere in possesso di adeguata qualificazione all'esecuzione dei lavori, come prescritto dal citato articolo 40 del Codice dei contratti pubblici e dall'articolo 60, comma 2, del DPR 5 ottobre 2010 n. 207.

Nel caso in cui il Consorzio dichiara che i lavori saranno eseguiti da soggetti consorziati non in possesso di adeguate qualificazioni, il Consorzio sarà escluso dalla gara.

7. Non è ammessa la duplicazione della partecipazione alla gara sotto qualsiasi forma presentata, ai sensi dell'art.37, comma 7, del decreto legislativo n. 163 del 2006.

Pertanto, in caso di violazione, saranno esclusi dalla gara sia l'impresa, sia l'associazione o il consorzio di cui fa parte.

8. A norma dell'art. 38, comma 1, lettera f) del decreto legislativo n. 163 del 2006 e conformemente a quanto disposto dall'Autorità per la Vigilanza sui Lavori Pubblici con la determinazione n. 08/2004, la Stazione appaltante si riserva la facoltà di escludere dalla gara, previa motivazione, i concorrenti per i quali non sussiste adeguata affidabilità professionale in quanto, in base ai dati contenuti nel Casellario Informativo dell'Autorità, risultano essersi resi responsabili di comportamenti di grave negligenza e malafede o errore grave nell'esecuzione di lavori affidati dalla stessa e/o da altre Stazioni appaltanti.

#### ART. 13 - CONTRIBUTO ALL'AUTORITÀ DI VIGILANZA SUI LAVORI PUBBLICI

1. Le Imprese partecipanti alla gara sono tenute al versamento del contributo, previsto dalla legge finanziaria 2006 (legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, commi 65 e 67) a favore dell'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici, nella misura di euro 140,00

Per eseguire il versamento è necessario iscriversi o essere iscritti al nuovo "Servizio di Riscossione" raggiungibile all'indirizzo <http://contributi.avcp>.

Il pagamento della contribuzione può avvenire con le seguenti modalità:

- mediante versamento on line collegandosi al portale web "Sistema di riscossione" all'indirizzo <http://contributi.avcp>;
- mediante pagamento in contanti, muniti del modello di pagamento rilasciato dal "Sistema di riscossione", presso tutti i punti vendita di Lottomatica abilitati al pagamento di bollettini.

La causale del versamento dovrà riportare esclusivamente:

- il codice fiscale dell'impresa partecipante;
- il CIG, codice identificativo della presente gara, n. 47 65 31 91 A4.

2. Il versamento del contributo all'Autorità di Vigilanza è dovuto a pena di esclusione dalla gara. Il documento che comprova il versamento deve essere inserito nella busta contenente la documentazione amministrativa:

- a. se il pagamento è avvenuto on-line, il partecipante deve allegare copia stampata dell'e-mail di conferma trasmessa dal sistema di riscossione;
- b. se il pagamento è avvenuto sul conto corrente postale, il partecipante deve allegare l'originale, ovvero fotocopia, della ricevuta di versamento.

#### ART.14 - MODALITÀ E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA

1. La documentazione richiesta deve essere trasmessa dentro un'unica busta chiusa contenente la documentazione amministrativa e la busta chiusa contenente l'offerta economica:

2. Il plico chiuso (busta) contenente la documentazione amministrativa e la busta chiusa contenente l'offerta economica, dovranno riportare esternamente le indicazioni riguardanti il mittente, l'indirizzo dell'Amministrazione appaltante e la dicitura "Gara d'appalto n. 1/2013 - Lavori di proseguimento di spensilizzazione e risagomatura d'alveo a monte e a valle del torrente Tasso nel tratto do ponte delle Acque nei Comuni di Caprino Veronese e Affi - 2^ stralcio".

3. Nel caso di A.T.I. sul contenitore dovrà essere indicato che si tratta di associazione temporanea di imprese (costituita o da costituire) precisando la ragione sociale delle stesse.

4. Il plico / busta dovrà contenere i documenti specificati nei successivi articoli 15 e 16.

5. Il plico contenente la busta con l'offerta e la relativa documentazione dovrà pervenire a questo Ufficio, **entro e non oltre le ore 13,00 del ventisettesimo (27°) giorno successivo alla pubblicazione dell'avviso di gara nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.**

6. Si precisa che il plico potrà essere recapitato con qualsiasi mezzo e che questa Stazione Appaltante non assume alcuna responsabilità per eventuali ritardi nella trasmissione delle offerte, ancorché avvenga tramite il Servizio postale.

## ART. 15 - DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

1. Per l'ammissione alla gara i concorrenti devono produrre la documentazione indicata nel presente articolo.

2. Dichiarazione di partecipazione alla gara, contenente gli estremi di identificazione della Impresa Ditta Concorrente (natura giuridica, denominazione, sede, numero di partita IVA e codice fiscale), compreso numero di partita IVA e codice fiscale, e le generalità complete del firmatario dell'offerta: titolare o legale rappresentante o procuratore speciale o generale.

La dichiarazione di partecipazione alla gara deve contenere le informazioni e le attestazioni riguardanti i requisiti, le condizioni e le circostanze specificate nel comma 15.

Ai sensi dell'articolo 38, comma 2, del decreto legislativo 12 aprile 2006, Codice dei contratti, le informazioni e le attestazioni dei requisiti, delle condizioni e delle circostanze del soggetto concorrente, sono rese nella forma della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e della dichiarazione sostitutiva di certificazioni, di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445. La Stazione appaltante svolgerà le verifiche su tali dichiarazioni nonché, se necessario, sui requisiti di capacità economico-finanziaria e tecnico-organizzativa di cui all'articolo 48 del Codice dei contratti. In caso di dichiarazioni non veritiere la Stazione appaltante applicherà la sanzione generale prevista dall'articolo 75 del citato DPR n. 445/2000, oltre alle eventuali sanzioni specifiche previste da altre norme di legge.

La dichiarazione di partecipazione alla gara, o comunque l'atto che contiene le dichiarazioni e le attestazioni del possesso dei requisiti, deve essere firmato con le modalità previste dal DPR n. 445/2000, articolo 38, comma 3.

La dichiarazione di partecipazione alla gara, o comunque l'atto che contiene le dichiarazioni e le attestazioni del possesso dei requisiti, privo di firma sarà esclusa dalla gara in quanto atto nullo.

Per la presentazione delle dichiarazioni di gara si suggerisce di utilizzare il modello predisposto dall'Ufficio, che sarà distribuito ai Concorrenti al momento della presa visione del progetto.

3. Documento attestante la qualificazione a eseguire lavori pubblici. Si suggerisce di produrre copia dell'attestazione di qualificazione SOA, in corso di validità, con indicazione della data di rilascio, delle categorie e delle classifiche per le quali l'impresa è qualificata, nonché l'identità del direttore tecnico. È possibile produrre la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. In tale ultimo caso, questa Stazione Appaltante procederà alla verifica dei requisiti secondo quanto stabilito nell'articolo 48 del decreto legislativo n. 163 del 2006. Il presente documento è obbligatorio a pena di esclusione dalla gara.

4. Dichiarazione su carta intestata dell'Impresa, o del Consorzio, o dell'Impresa Capogruppo in caso di associazione temporanea di imprese, dei lavori o delle parti di opere che si intendono subappaltare o concedere in cottimo, ai sensi dell'articolo 118 del decreto legislativo n. 163 del 2006 (per la dichiarazione, si potrà utilizzare il modello che sarà consegnato al momento della presa visione del progetto). Nota Bene: in assenza della dichiarazione di cui al presente punto 4, l'Amministrazione non concederà alcuna autorizzazione al subappalto.

5. Cauzione provvisoria.

Per la determinazione della garanzia a corredo dell'offerta (cauzione provvisoria), vedere l'art. 8.

6. Documentazione idonea a dimostrare la facoltà dell'impresa alla presentazione della cauzione provvisoria in misura ridotta (esempio: certificazione di qualità aziendale; dichiarazione dell'esistenza degli elementi significativi e tra loro correlati del sistema di qualità; attestazione SOA con annotazione riferita alla qualità o agli elementi significativi del sistema di qualità). È possibile produrre la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. In tale ultimo caso, questa Stazione Appaltante procederà alla verifica dei requisiti secondo quanto stabilito nell'articolo 48 del decreto legislativo n. 163 del 2006.

7. Modello GAP impresa partecipante regolarmente compilato e firmato. Si fa presente che il modello GAP è obbligatorio ai sensi del decreto legge 6 settembre 1982 n. 629, come convertito nella legge 12 ottobre 1982 n. 726. Per il modello GAP le imprese concorrenti possono utilizzare il modello predisposto dalla Prefettura, collegandosi al sito Internet [www.prefettura.it/verona](http://www.prefettura.it/verona) come fare per ... APPALTI GAP modelli GAP modello GAP impresa Partecipante.

8. Documento a comprova del versamento del contributo, a favore dell'Autorità di vigilanza, previsto nell'articolo 13. Il presente documento è obbligatorio a pena di esclusione dalla gara.

9. Certificato di presa visione del progetto. Per il rilascio del certificato vedere articolo 11. Il presente certificato è obbligatorio a pena di esclusione dalla gara. In luogo del certificato di presa visione del progetto, i concorrenti possono produrre la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. In tale ultimo caso, questa Stazione appaltante procederà alla verifica della dichiarazione secondo quanto risultante ai propri atti.

10. Certificato di presa visione dei luoghi. Per il rilascio del certificato vedere articolo 11. Il presente certificato è obbligatorio a pena di esclusione dalla gara. In luogo del certificato di presa visione dei luoghi, i concorrenti possono produrre la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. In tale ultimo caso, questa Stazione appaltante procederà alla verifica della dichiarazione secondo quanto risultante ai propri atti.

11. Per i Raggruppamenti/Associazioni temporanee di imprese:

- mandato conferito all'impresa capogruppo dalle altre imprese riunite, risultante da scrittura privata autenticata;
  - procura con la quale viene conferita la rappresentanza al legale rappresentante dell'impresa capogruppo, risultante da atto pubblico.
- È peraltro ammessa la presentazione del mandato e della procura in un unico atto notarile redatto in forma pubblica.

In assenza di mandato e procura, dovrà essere presentata specifica dichiarazione sottoscritta da tutte le imprese che intendono riunirsi, contenente l'impegno a conferire, in caso di aggiudicazione, mandato collettivo speciale con rappresentanza ad una di esse, qualificata come capogruppo, la quale stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e delle mandanti.

È vietata qualsiasi modificazione della composizione dell'associazione temporanea rispetto a quella risultante dall'impegno presentato in sede di offerta (decreto legislativo n. 163 del 2006, articolo 37, comma 9).

12. Per i consorzi di cui all'art. 34, comma 1, lettera e) del decreto legislativo n. 163 del 2006:

- l'atto costitutivo del consorzio e successive modificazioni, in originale o copia, dichiarata conforme ai sensi degli artt. 18 e 19 del DPR n. 445/2000;

- delibera dell'organo statutariamente competente, indicante l'impresa consorziata con funzioni di capogruppo e le ulteriori imprese consorziate nel cui interesse viene presentata l'offerta.

In assenza di atto costitutivo, dovrà essere presentata specifica dichiarazione sottoscritta da tutte le imprese che intendono consorziarsi, contenente l'impegno a costituire il consorzio, in caso di aggiudicazione, nonché l'individuazione dell'impresa consorziata con funzioni di capogruppo.

È vietata qualsiasi modificazione della composizione del consorzio rispetto a quella risultante dall'impegno presentato in sede di offerta (decreto legislativo n. 163 del 2006, articolo 37, comma 9).

13. Per le Società cooperative:

- certificato di iscrizione nell'Albo nazionale degli enti cooperativi, in corso di validità (d. lgs. 2 agosto 2002, n. 220, art.15 e art.6, comma 3, lettera a). Tale certificato può essere sostituito da una dichiarazione del legale rappresentante, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

14. Per i Consorzi di cooperative:

- certificato di iscrizione nello schedario Generale della Cooperazione in corso di validità. Tale certificato può essere sostituito da una dichiarazione del legale rappresentante, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

15. Informazioni, circostanze, condizioni e requisiti da attestare/dichiarare.

15.1. Legali rappresentanti, o titolari, o soci, dell'Impresa.

Direttori tecnici dell'Impresa.

Legali rappresentanti, titolari, soci, direttori tecnici, cessati dalle cariche nell'ultimo anno (l'ultimo anno si calcola dalla data del presente bando di gara).

N.B.: nel caso in cui sussistano cessazioni dalle cariche vedere successivo articolo 18.

15.2. Iscrizione alla Camera di commercio e numero di iscrizione.

15.3. Possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'articolo 38 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 nei riguardi dei titolari delle imprese individuali; dei soci accomandatari delle società in accomandita semplice; dei soci delle società in nome collettivo; degli amministratori muniti di poteri di rappresentanza delle società di capitali; e sempre dei direttori tecnici.

15.4. Eventuale ricorrenza di cause di esclusione dalle gare per l'appalto dei lavori pubblici stabilite nel citato articolo 38 del decreto legislativo n. 163 del 2006, nei confronti dell'impresa concorrente, dei legali rappresentanti e dei direttori tecnici. Parimenti, eventuali cause di impedimento alla stipulazione dei contratti pubblici.

15.5. Se sia stata irrogata nei confronti dell'Impresa che nei confronti dell'impresa non è stata irrogata la sanzione amministrativa dell'interdizione all'esercizio dell'attività o del divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, di cui all'art. 9, comma 2, lett. a) e c), del D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231;

15.6. Dichiarazione riguardante l'esistenza di forme di controllo, ai sensi dell'art. 2359 del Codice civile con uno o più soggetti partecipanti alla gara (indicare gli estremi di individuazione dei concorrenti in situazione di controllo), anche di fatto se dalla situazione di controllo o dalla relazione consegue che le offerte sono imputabili a un unico centro decisionale;

OVVERO (dichiarazione) in ordine all'inesistenza di dette forme di controllo.

Nel caso in cui esistano forme di controllo (indicare gli estremi dei concorrenti con i quali esistono le forme di controllo), indicare se il concorrente abbia formulato in maniera autonoma l'offerta.

In tale ultima ipotesi (forme di controllo, ma offerta autonoma) devono essere obbligatoriamente allegati, alla domanda di partecipazione alla gara, i documenti utili a dimostrare che la situazione di controllo non ha influito sulla formulazione dell'offerta. Detti documenti devono essere inseriti in separata busta chiusa e sono obbligatori a pena di esclusione. Vedi art. 12 comma 3 del presente bando di gara.

15.7. Presa visione degli elaborati di progetto.

15.8. Presa visione dei luoghi ove debbono eseguirsi i lavori e presa conoscenza delle condizioni locali, della viabilità di accesso, delle cave eventualmente necessarie e delle discariche autorizzate nonché di tutte le circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla determinazione dei prezzi e che possono influire sulla esecuzione dell'opera.

15.9. Valutazione in ordine alla realizzabilità dei lavori; all'adeguatezza degli elaborati progettuali nonché sull'adeguatezza e sulla remunerazione dei prezzi nel loro complesso; sulla loro adeguatezza in relazione al ribasso offerto e sulla consapevolezza del fatto che i prezzi ribassati resteranno fissi e invariabili.

15.10. Effettuazione della verifica della disponibilità in loco della manodopera necessaria per l'esecuzione dei lavori, nonché della disponibilità di attrezzature adeguate all'entità e alla tipologia e categoria dei lavori in appalto.

15.11. Se l'Impresa ha tenuto conto, nella formulazione dell'offerta, degli oneri previsti per i piani di sicurezza di cui agli articoli 118, comma 7 e 131 del decreto legislativo n. 163 del 2006.

A tal fine si prende atto che gli oneri previsti dal progetto per la sicurezza ammontano a € 40.822,95 e che gli stessi non sono soggetti a ribasso.

15.12. Impegno a mantenere valida a mantenere valida e vincolante l'offerta per 180 (centoottanta) giorni consecutivi a decorrere dalla scadenza del termine per la presentazione delle offerte.

15.13. Accettazione della eventuale consegna dei lavori sotto riserva di legge, nelle more della stipulazione del contratto.

15.14. Applicazione integrale delle norme contenute nel contratto collettivo nazionale di lavoro e nei relativi accordi integrativi, applicabili all'opera in appalto, in vigore per il tempo e nella località in cui si svolgono i lavori, e impegno all'osservanza di tutte le norme anzidette - ivi comprese quelle inerenti l'obbligo di iscrizione alla Cassa Edile della provincia in cui si svolgono i lavori oppure ad una delle Casse Artigiane regionali competenti a livello regionale in rapporto ai contratti collettivi nazionali di lavoro e integrativi territoriali vigenti nel Veneto - anche da parte degli eventuali subappaltatori e subaffidatari nei confronti dei loro rispettivi dipendenti;

15.15. Numero dei dipendenti dell'Impresa.

15.16. Settore economico del Contratto collettivo nazionale di lavoro applicato dall'Impresa concorrente per i lavori in oggetto.

15.17. Posizioni previdenziali aperte presso INPS, INAIL e Cassa Edile.

Nel caso di iscrizione presso più sedi INAIL, INPS e Casse Edili, indicarle tutte con i relativi codici, eventualmente con lettera a parte.

15.18. Posizione di regolarità, ovvero di non regolarità contributiva, nei confronti dei predetti Enti previdenziali.

In caso di posizione irregolare indicare sempre i motivi dell'irregolarità contributiva.

15.19. Posizione di regolarità, ovvero di non regolarità, con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (legge 12 marzo 1999, n. 68);

OVVERO

dichiarazione che l'impresa non è tenuta al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ai sensi delle norme di legge che escludono tale obbligo.

15.20. Adempimento all'interno della propria azienda, degli obblighi della sicurezza nei luoghi di lavoro, previsti dalla vigente normativa.

15.21. Eventuali condanne o contravvenzioni in materia di sicurezza, subite dall'Impresa concorrente nei tre anni antecedenti l'anno della presente gara.

15.22. Conoscenza e accettazione di tutte le condizioni indicate nel bando di gara e negli atti progettuali.

15.23. Impegno a rispettare e ad attuare le eventuali prescrizioni che potranno essere imposte dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali, qualora il progetto sia sottoposto a verifica della Soprintendenza ai Beni Ambientali e Paesaggistici;

15.24. Eventuale ricorso, da parte dell'Impresa concorrente, ai piani individuali di emersione di cui alla legge n. 383/2001. In caso di avvalimento di tali piani di emersione, deve essere indicato se il periodo di emersione si sia concluso.

15.25. (Questo punto riguarda solo Consorzi di cooperative di produzione e lavoro, Consorzi tra imprese artigiane e Consorzi stabili)

Dichiarazione in ordine alle imprese consorziate nel cui interesse il Consorzio concorre alla presente procedura di gara.

15.26. Partecipazione, o meno, dell'impresa concorrente a Consorzi o Cooperative. In caso positivo indicare i dati del/dei consorzi e/o delle cooperative.

16. Prestare attenzione alla seguente disposizione.

L'Impresa concorrente deve dichiarare il domicilio eletto per le comunicazioni, l'indirizzo di posta elettronica, e/o l'indirizzo di posta elettronica certificata, e il numero di telefax al quale ricevere le comunicazioni da parte del Genio civile di Verona.

Altresi l'Impresa deve comunicare tempestivamente a questo Ufficio eventuali variazioni degli indirizzi. Nel caso di mancata comunicazione delle variazioni, l'Amministrazione Regionale è sollevata da ogni responsabilità nel caso di mancato ricevimento delle comunicazioni da parte dell'Impresa, come pure nel caso di irreperibilità del destinatario.

L'obbligo di dichiarare il domicilio eletto al quale il Concorrente intende ricevere le comunicazioni riguardanti la presente gara, l'indirizzo di posta elettronica o il numero di telefax al quale desidera ricevere tali comunicazioni, è stabilito a pena di esclusione dalla gara. Vedere articolo 21.

17. Nel caso di Raggruppamenti temporanei di imprese (c.d. ATI) le imprese mandanti devono produrre solamente i documenti indicati nei commi 2, 3 e 7. Nel caso in cui il Raggruppamento (e per esso l'impresa capogruppo) intendano produrre la cauzione provvisoria in misura ridotta (50%) le imprese mandanti devono produrre anche il documento indicato nel comma 6. L'istanza di ammissione alla gara (comma 2) delle imprese mandanti deve contenere solamente le informazioni, circostanze, condizioni e requisiti indicati nei seguenti punti del comma 15: 15.1; 15.2; 15.3; 15.4; 15.5; 15.13; 15.14; 15.15; 15.16; 15.17; 15.18; 15.19; 15.20; 15.21; 15.22; 15.24; 15.26.jjj

18. Nel caso in cui l'impresa singola invitata intenda presentare l'offerta quale mandatario di operatori riuniti non ancora formalmente costituiti, ovvero i Consorzi e i Raggruppamenti temporanei di imprese invitati intendano associare altri operatori, come consentito ai sensi dell'articolo 37, commi 9 e 12, del decreto legislativo n. 163 del 2006, tutti i soggetti partecipanti devono presentare le dichiarazioni/attestazioni/documenti come previsto nel presente articolo a pena di esclusione dalla gara dell'intero gruppo di concorrenti.

## ART. 16 - OFFERTA ECONOMICA

1. L'offerta economica è costituita dalla dichiarazione del legale rappresentante dell'impresa concorrente (o di altra persona formalmente abilitata a manifestare all'esterno la volontà dell'impresa), regolarizzata ai fini dell'imposta di bollo (marca da bollo di euro 14,62), contenente l'indicazione in cifre e in lettere del ribasso percentuale offerto per l'esecuzione dei lavori, da applicare all'elenco prezzi (importo complessivo lavori soggetti a ribasso € 1'304'177,05). In caso di discordanza è valido il ribasso percentuale indicato in lettere.

2. In calce all'offerta deve essere apposta la firma leggibile e per esteso del titolare o legale rappresentante dell'Impresa, a pena di esclusione.

3. L'offerta dovrà essere inserita nell'apposita busta da inserire nella busta principale, secondo le modalità di cui all'art. 14 del presente bando.

4. In detta busta dell'offerta non devono essere inseriti altri documenti.

5. Si applica l'articolo 37, comma 8, del decreto legislativo n. 163 del 2006, precisando che, in caso di imprese riunite, l'offerta deve essere espressa dall'impresa mandante "in nome e per conto proprio e delle mandanti".

Qualora i soggetti di cui all'articolo 34, comma 1, lettere d), e), f) del decreto legislativo n. 163 del 2006 non siano ancora costituiti (Raggruppamenti/Associazioni temporanee di imprese e Consorzi), l'offerta stessa dovrà essere sottoscritta da tutte le imprese, che costituiranno il raggruppamento A.T.I. o il Consorzio, a pena di esclusione.

## ART. 17 - MODALITÀ E PROCEDIMENTO DI AGGIUDICAZIONE

1. Le operazioni di gara saranno presiedute dal Dirigente del Genio civile di Verona.
2. L'apertura della gara, in forma pubblica, si terrà presso il Genio civile di Verona, alle ore 9,30 del quarto giorno successivo alla scadenza del termine per la presentazione delle offerte. Se il quarto giorno scadrà di sabato o di domenica la gara si svolgerà il lunedì successivo.
3. La gara si svolgerà secondo le procedure di seguito riportate.
4. Il Presidente della gara:
  - a) procede all'apertura dei plichi pervenuti entro il termine di cui al precedente art. 14;
  - b) verifica la documentazione presentata, ammette alla gara i concorrenti che hanno dimostrato il possesso dei requisiti necessari per l'ammissione alla gara ed esclude i concorrenti la cui documentazione non è regolare;
  - c) procede quindi, per i concorrenti ammessi, all'apertura del plico "Offerta economica", leggendo ad alta voce il ribasso percentuale offerto;
  - d) individua la soglia di anomalia con le modalità stabilite nell'art.86, comma 1, del Codice dei contratti, al fine dell'esclusione automatica delle offerte delle offerte che superano detta soglia, sempreché le offerte ammesse siano almeno 10.
  - e) individua conseguentemente il concorrente che ha presentato l'offerta più vantaggiosa per l'Amministrazione e propone l'aggiudicazione dell'appalto a favore di detto concorrente.
  - f) nel caso in cui non sia possibile effettuare l'esclusione automatica delle offerte anomale questa Stazione appaltante si riserva di valutare l'eventuale anomalia ai sensi dall'art.86, comma 3, del Codice dei contratti pubblici.
5. Le operazioni di calcolo per l'individuazione della soglia di anomalia saranno effettuate troncando tutte le cifre al quinto numero decimale. Il troncamento sarà effettuato a ogni operazione svolta.
6. In caso di offerte uguali si procederà a sorteggio.
7. L'aggiudicazione per la realizzazione dei lavori avverrà mediante provvedimento del dirigente del Genio civile regionale di Verona, dopo le verifiche previste dalla legge e dopo che la spesa sarà stata impegnata nel bilancio regionale.

## ART. 18 - CESSAZIONE DALLA CARICA

1. Nel caso in cui vi siano titolari, o amministratori muniti del potere di rappresentanza, o soci di società in nome collettivo o di società in accomandita semplice, o direttori tecnici cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, si raccomanda di precisare le motivazioni della cessazione dalla carica, possibilmente con lettera a parte.
2. Le precisazioni, in particolare, devono specificare se le cessazioni dalla carica hanno attinenza o sono comunque connesse con sentenze di condanna per reati che incidono sull'affidabilità morale e professionale, secondo quanto stabilito nell'art. 38, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.
3. Nel caso in cui sussistano tali sentenze di condanna e si possa presumere che incidano sull'affidabilità morale e professionale dei cessati dalle cariche, si suggerisce di adottare atti o misure di completa dissociazione dai comportamenti che hanno determinato le condanne e di trasmettere copia di tali atti o specificare le misure adottate.
4. Qualora sia intervenuta la riabilitazione (art. 178 c.p.) o l'estinzione del reato (art. 445 c.p.p.), si suggerisce di fornire il riscontro. Qualora la cessazione dalle cariche sia avvenuta per motivi personali, sarà sufficiente indicare tale circostanza.

## ART. 19 - STIPULAZIONE DEL CONTRATTO

1. Dopo la conclusione delle operazioni di gara, questa Stazione Appaltante provvederà a verificare nei confronti del concorrente che ha presentato l'offerta più vantaggiosa per l'Amministrazione il possesso dei requisiti di ammissione e l'insussistenza delle cause di esclusione dalla gara, acquisendo la relativa documentazione presso le Amministrazioni competenti (d.lgs. n. 163 del 2006, art.48). Detta verifica potrà essere estesa, ove la Stazione Appaltante lo ritenga opportuno anche ad ulteriori concorrenti. apposito sorteggio. Qualora tali verifiche non confermino le dichiarazioni contenute nell'istanza di ammissione, si applicano le sanzioni dell'esclusione dalla gara e, ove ne ricorrano i presupposti, della segnalazione del fatto all'Autorità per la Vigilanza per i provvedimenti di cui all'articolo 6, comma 11, del decreto legislativo n. 163 del 2006. Si procederà alla eventuale nuova aggiudicazione.  
In particolare la Stazione Appaltante procederà alla verifica in ordine alla presenza o meno, presso il Casellario Informativo dell'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici, di annotazioni concernenti episodi di gravi negligenza e malafede o di errore grave nell'esecuzione di lavori affidati dalla stessa e/o da altre Stazioni Appaltanti, che a norma della determinazione n. 8/2004 dell'Autorità per la Vigilanza, possono dar luogo ad un provvedimento motivato di esclusione dalla gara.
2. Nel termine che verrà indicato dalla stazione Appaltante, l'impresa aggiudicataria è tenuta a costituire la cauzione definitiva, a produrre il piano operativo di sicurezza e gli eventuali altri documenti richiesti.
3. Dopo le verifiche indicate nel comma 1, l'acquisizione della documentazione di cui al comma 2 e l'aggiudicazione del contratto, la Stazione Appaltante predisporrà il contratto di affidamento in appalto (art.1655 del Codice civile) dei lavori oggetto del presente procedimento di gara.
4. Qualora, nel termine che sarà indicato, l'impresa non produca la cauzione definitiva, gli altri documenti che potranno essere chiesti o non si presenti per la firma del contratto, questo Genio civile - Stazione Appaltante, senza bisogno di ulteriori formalità o di preavvisi di sorta, potrà ritenere decaduta, a tutti gli effetti di legge e di regolamento, l'impresa stessa dall'aggiudicazione; procederà all'incameramento della cauzione provvisoria e disporrà l'aggiudicazione dei lavori al concorrente che segue in graduatoria, previe le necessarie verifiche.

## ART. 20 - SPESE CONTRATTUALI

1. Il contratto d'appalto dei lavori sarà registrato in termine fisso a cura dell'Ufficio e a spese dell'impresa affidataria dei lavori.
2. Le spese e le imposte per la redazione del contratto, per la sua stipulazione e per la registrazione sono a carico dell'Impresa affidataria dei lavori. Pertanto, contestualmente alla firma del contratto, l'impresa appaltatrice deve depositare la somma di denaro corrispondente all'imposta di registrazione, le somme eventualmente necessarie per altre necessità connesse al contratto (spese di copia, stampa, etc.) e le marche da bollo necessarie per bollare il contratto e gli allegati.
3. Le spese per la pubblicazione dell'estratto di gara nei giornali, previsto dall'articolo 122, comma 5, del Codice dei contratti pubblici sono poste a carico del soggetto aggiudicatario della gara, ai sensi dell'articolo 34, comma 35, del decreto-legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni nella legge 17 dicembre 2012 n. 221.
4. Si invitano le imprese partecipanti a tenere conto di dette spese nel formulare l'offerta economica.
5. Si informa che l'imposta fissa di registro è stabilita attualmente in € 173,16 (DPR 131/2006 e Legge n. 311/2004) e che l'eventuale imposta proporzionale di registro (per i contratti le cui prestazioni non rientrano nell'imposta sul valore aggiunto) è del 3 per cento del valore del contratto.

## ART. 21 - OBBLIGO DI INDICAZIONE DEL DOMICILIO ED ALTRO

1. Ai sensi dell'articolo 79 del decreto legislativo n. 163 del 2006, tutti i soggetti che intendono concorrere al presente procedimento di gara, devono indicare il domicilio eletto al quale intendono ricevere le comunicazioni. Il presente obbligo è stabilito a pena di esclusione dalla gara.
2. Ai sensi dell'articolo indicato nel comma precedente, tutti i soggetti partecipanti devono indicare nella domanda di ammissione alla gara o in altro documento prodotto contestualmente alla documentazione di gara, l'indirizzo di posta elettronica o il numero di telefax al quale desiderano ricevere le comunicazioni. Si chiede di indicare, inoltre, un recapito telefonico.

## ART. 22 - DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI

1. Il diritto di accesso agli atti del procedimento di gara, si esercita secondo le norme del Codice dei contratti pubblici e, in particolare, secondo l'articolo 13.
2. I concorrenti possono chiedere l'esclusione del diritto di accesso ai propri atti contenenti informazioni che costituiscono segreti tecnici o commerciali. A tal fine devono presentare, in sede di gara, apposita dichiarazione ai sensi dell'articolo 13, comma 5, lettera a) del citato Codice dei contratti pubblici.
3. In ogni caso è escluso il rilascio di copie degli atti privati depositati dai concorrenti presso questa Stazione Appaltante, che non costituiscono documento amministrativo.

## ART. 23 - PROTOCOLLO DI LEGALITÀ

1. Genio civile di Verona applica il PROTOCOLLO di LEGALITÀ sottoscritto a Venezia il 9 gennaio 2012 tra i Prefetti delle Province del Veneto, la Regione Veneto, l'Unione delle Province del Veneto e l'Associazione regionale Comuni del Veneto.
2. Il testo completo del Protocollo di Legalità della Regione Veneto è reperibile nel sito Internet ufficiale della Regione Veneto, Osservatorio regionale degli appalti, alla voce Protocollo di Legalità.

L'indirizzo Internet completo è il seguente:

<http://www.regione.veneto.it/NR/ronlyres/FE91F09E-0583-4456-BEAF-68F67DC3E2DF/0/PROTOCOLLODILEGALITA.pdf>

3. Per l'applicazione di detto Protocollo di Legalità, il soggetto che sarà appaltatore dei lavori deve comunicare all'inizio dei lavori a questa Stazione appaltante l'elenco di tutte le imprese coinvolte in maniera diretta e indiretta nella realizzazione dell'opera a titolo di sub appaltatori e/o sub contraenti, con riguardo alle forniture e ai servizi dichiarati sensibili ed elencati nell'allegato 1, lettera A, del Protocollo di Legalità. Di tali Imprese deve essere comunicato anche il loro assetto societario. Deve essere comunicata ogni variazione rispetto alle comunicazioni precedenti.

4. Nel contratto di appalto dei lavori sarà prevista una specifica condizione che stabilirà la risoluzione immediata di diritto del contratto stesso, nel caso in cui le informazioni antimafia della Prefettura ex articolo 10 del DPR 3 giugno 1998 n. 252 siano positive nel senso che indichino l'appartenenza del soggetto appaltatore a organizzazioni di stampo mafioso. In detto caso sarà applicata a carico del soggetto appaltatore una penale pari al dieci per cento (10%) del valore del contratto, a titolo di liquidazione forfettaria dei danni.

5. Nei contratti di subappalto e in tutti i subcontratti comunque denominati, stipulati a valle del contratto principale, l'appaltatore dovrà inserire clausole risolutive espresse che prevedano la risoluzione automatica del contratto nel caso in cui le informazioni antimafia della Prefettura contengano elementi contrari alla stipulazione di contratti con la Pubblica Amministrazione.

6. Ai sensi dell'articolo 2, terzo comma, del Protocollo tutti i subappalti, i sub contratti e gli affidamenti a valle del contratto di appalto principale sono soggetti alla comunicazione alla Prefettura, al fine delle verifiche di cui al DPR 3 giugno 1998 n. 252, articolo 10. Per il medesimo Protocollo (art.2, quarto comma), tutti gli affidamenti a valle del contratto di appalto principale sono soggetti a preventiva autorizzazione della Stazione appaltante, comunque siano denominati e a prescindere dal valore del sub contratto e dalla tipologia della lavorazione o servizio o fornitura

7. In attuazione delle disposizioni contenute nel Protocollo di Legalità (Allegato I) per ogni singola impresa comunque impiegata nella realizzazione dell'opera pubblica devono essere forniti alla Stazione Appaltante i dati della ditta, il codice fiscale; la matricola INPS; codice cliente e posizione assicurativa territoriale INAIL; eventuale posizione assicurativa con la Cassa Edile, qualora gli stessi dati non siano già stati forniti ai sensi dell'articolo 7, comma 5.

8. Il soggetto appaltatore è obbligato a nominare il Referente di Cantiere con l'incarico di svolgere le funzioni indicate nel Protocollo di Legalità, articolo 1, terzo comma, sesto punto, e nell'Allegato 1, parte C.

9. L'Impresa appaltatrice dovrà riferire tempestivamente alla Stazione appaltante ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità, ovvero offerta di protezione, fatta nel corso dell'esecuzione dei lavori nei confronti di un proprio rappresentante, agente o dipendente. Il presente obbligo sarà oggetto di specifica norma contrattuale inserita nel contratto di appalto dei lavori, con la sanzione della risoluzione del contratto nel caso di violazione dell'obbligo di comunicazione delle richieste illecite ricevute.

10. Le imprese subappaltatrici e ogni altro soggetto che intervenga a qualunque titolo nella realizzazione dell'opera deve riferire tempestivamente alla Stazione appaltante le illecite richieste ricevute nel corso della realizzazione dei lavori in ordine a richieste di denaro, prestazioni o altra utilità, ovvero a offerte di protezione. Il presente obbligo deve essere inserito nei contratti di subappalto e nei contratti di sub affidamento comunque denominati. In mancanza del presente obbligo reso esplicita clausola contrattuale, questa Stazione appaltante non rilascerà alcuna autorizzazione al subappalto né a subcontratti, comunque denominati.

11. Si ribadisce il divieto di subappalto e di sub affidamenti a tutti i concorrenti che partecipano a questa stessa procedura di gara, come già prescritto nell'articolo 7.

12. A integrazione di quanto stabilito nel presente articolo e a prescindere da eventuali omissioni, il soggetto appaltatore dei lavori deve comunque osservare integralmente le disposizioni contenute nel Protocollo di Legalità della Regione Veneto.

#### ART. 24 - DISPOSIZIONI FINALI

1. Il recapito dell'offerta rimane ad esclusivo rischio della Ditta concorrente. L'offerta, nonché tutte le dichiarazioni richieste, dovranno essere redatte in lingua italiana.

2. In deroga alle disposizioni di cui all'articolo 241 del decreto legislativo n. 163 del 2006, tutte le controversie che non si siano potute definire con le procedure dell'accordo bonario di cui all'articolo 240 dello stesso decreto legislativo n. 163 del 2006 saranno attribuite alla competenza del Foro di Venezia, con esclusione di ogni forma di arbitrato.

3. Nel caso di fallimento o di risoluzione del contratto per grave inadempimento dell'appaltatore, questa Stazione Appaltante si riserva la facoltà di interpellare le imprese che hanno partecipato alla gara, secondo quanto stabilito dall'articolo 35, della legge regionale n. 27/2003 nel testo introdotto dall'articolo 27 della legge regionale 20 luglio 2007 n. 17.

4. Dopo la gara, questo Ente provvederà a verificare nei confronti del concorrente che ha presentato l'offerta più vantaggiosa per l'Amministrazione il possesso dei requisiti di ammissione e l'insussistenza delle cause di esclusione dalla gara, acquisendo la relativa documentazione presso le Amministrazioni competenti ai sensi del decreto legislativo n. 163 del 2006, articoli 38 e 48. Detta verifica potrà essere estesa, ove l'Ente lo ritenga opportuno anche ad ulteriori concorrenti. Qualora tali verifiche non confermino le dichiarazioni contenute nella documentazione di gara, si applicano le sanzioni dell'esclusione dalla gara e, ove ne ricorrano i presupposti, della segnalazione del fatto all'Autorità per i provvedimenti di cui all'articolo 6, comma 11, del decreto legislativo n. 163 del 2006. Si procederà alla determinazione della nuova soglia di anomalia dell'offerta ed alla conseguente, eventuale, nuova aggiudicazione.

In particolare questa Stazione Appaltante procederà alla verifica in ordine alla presenza o meno, presso il Casellario Informativo dell'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici, di annotazioni concernenti episodi di grave negligenza e malafede o di errore grave nell'esecuzione di lavori affidati dalla stessa e/o da altre Stazioni appaltanti, che a norma della determinazione n. 8/2004 dell'Autorità, possono dar luogo ad un provvedimento motivato di esclusione dalla gara.

5. Si informano le Imprese partecipanti alla gara che in sede di restituzione dei documenti si provvederà a dare adeguata informazione riguardo i risultati della gara: imprese partecipanti, ribassi offerti, soglia di anomalia, impresa vincitrice.

Pertanto, si invitano le Imprese partecipanti ad evitare di chiedere informazioni telefoniche.

6. I dati personali relativi alle imprese partecipanti alla gara saranno oggetto di trattamento, sia con modalità cartacee sia con modalità elettroniche, nell'ambito del procedimento per l'appalto dei lavori in argomento, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi alla gara. Tali dati saranno comunicati e diffusi solamente secondo disposizioni di legge. Titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale del Veneto; responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile del Genio civile di Verona. Ogni impresa partecipante può esercitare i diritti di accesso ai dati personali secondo quanto stabilito negli articoli 7 e seguenti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante norme per la protezione dei dati personali. La presente informazione è data ai sensi e per gli effetti del predetto decreto legislativo, articolo 13.

7. Per quanto non espressamente stabilito nel presente bando di gara si fa riferimento alle disposizioni contenute nel decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e successive modifiche e integrazioni, e nel decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010 n. 207 e successive modifiche e integrazioni.

Per eventuali informazioni di natura tecnica si rinvia alle indicazioni fornite nell'articolo 11.

Informazioni di natura amministrativa possono essere chieste ai numeri telefonici 045-867.6520/6544.

Il responsabile del procedimento è il Dirigente Responsabile del Genio civile di Verona.

Il Rup - Dirigente Responsabile  
ing. Mauro Roncada

(Bando costituente parte integrante del decreto del Dirigente della unità di progetto genio civile di Verona n. 49 del 20 febbraio 2013 pubblicato in parte seconda - sezione prima del presente Bollettino, ndr)

## COMUNE DI ARZERGRANDE (PADOVA)

**Bando di asta pubblica per la alienazione di un minialloggio comunale in via Comunanze.**

Il Responsabile del Settore II° vista la delibera consiliare n. 6 del 22.1.2013

## Rende Noto

- che il giorno venerdì 22 marzo 2013 alle ore 9:00 presso la sala Consiliare della sede Comunale in Arzergrande via Roma 104, avrà luogo l'asta per la alienazione di un minialloggio di proprietà comunale in via Comunanze nell'ambito di un condominio della zona PEEP "Rovere".

- che l'immobile da cedere è censito al catasto fabbricati del Comune di Arzergrande con il foglio 5° mappale 728 sub.6, sub16, sub.24 e quote di sub.1 e 2.

- che il corrispettivo di cessione risulta di euro 75.363,68 (settantacinquemilatrecentosessantatre/68).

- che il Responsabile del Procedimento è il geom.Polenzani Giuseppe, del 2° Settore presso la sede municipale via Roma 104 Arzergrande (pd) 35020 tel. 0499720088 int.8, fax 0499720048, cellulare 3288666483 e-mail ufficio.tecnico@comune.arzergrande.pd.it, pec arzergrande.pd@cert.ip-veneto.net.

- che i requisiti di partecipazione e ogni disposizione riguardante la procedura di assegnazione è riportata nel Bando di Gara la cui copia integrale è disponibile nel sito internet [www.comune.arzergrande.pd.it](http://www.comune.arzergrande.pd.it).

Il Responsabile del Settore II°  
Polenzani Giuseppe

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI CAMPOLONGO MAGGIORE (VENEZIA)

**Bando di gara per l'alienazione mediante asta pubblica dell'area e relativi due immobili di proprietà del Comune di Campolongo Maggiore, siti a Campolongo Maggiore Capoluogo.**

Il Responsabile dell'Area Servizi Tecnici

rende noto

che si intende alienare due immobili e l'area di pertinenza. L'acquisizione darà la possibilità di costruire un nuovo manufatto di mq 2.100 di superficie netta di pavimento.

Requisiti di Partecipazione: Tutti sono ammessi a partecipare alla gara.

Base d'asta: Il valore a base d'asta è di € 664.950,00.

Termini di presentazione: entro e non oltre le **ore 12.00 del giorno 25 marzo 2013.**

Data di rilascio dell'area: 30.11.2014

Criteri di aggiudicazione: La valutazione delle offerte pervenute avverrà sulla base del prezzo offerto. L'aggiudicazione avverrà per mezzo di offerte segrete in aumento rispetto il prezzo a base d'asta, con rilanci di € 5.000,00.

Arch. Gianfranco Zilio

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI LUSIANA (VICENZA)

**Avviso d'asta per la vendita del fabbricato ex scuola elementare di Laverda sito in via Laverda in comune di Lusiana.**

Il Responsabile dell'area Lavori Pubblici - Ambiente in attuazione della Deliberazione di C.C. n. 9 del 20.06.2012, rende noto che il giorno 20 marzo 2013 alle ore 18.00 avrà luogo presso la sede Municipale l'asta pubblica a unico incanto con il metodo delle offerte segrete in aumento per la vendita dell'immobile ex scuola elementare di Laverda sito in via Laverda in Comune di Lusiana. Prezzo a base d'asta € 260.000,00; deposito cauzionale € 26.000,00. Presentazione delle offerte entro le **ore 12.00 del giorno 18 marzo 2013**.

Per informazioni rivolgersi a: Ufficio tecnico del Comune di Lusiana (VI) - tel. 0424-406009, fax. 0424-407349 oppure su [www.comune.lusiana.vi.it](http://www.comune.lusiana.vi.it) ove è disponibile anche il bando completo. Il R.U.P. è il Sig. Ronny Villanova.

Responsabile Settore Lavori Pubblici – Ambiente  
Geom. Ronny Villanova

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI MONSELICE (PADOVA)

**Alienazione immobile comunale sede del comando di polizia municipale di Monselice.**

1) Alienazione dell'immobile di proprietà comunale sede del comando di polizia municipale - ubicato in piazza Mazzini in Comune di Monselice; con una consistenza di m3 2535

Prezzo a base d'asta Euro 640.000,00=.

Data effettuazione gara: venerdì 15 (quindici) del mese di marzo 2013, ore 10.00 presso Sede Municipale.

Scadenza presentazione offerte: dalle **ore 10.00 alle ore 12.00 di giovedì 14 marzo 2013.**

Le offerte dovranno pervenire esclusivamente al Segretario Generale di questo Comune o al suo sostituto, nel caso di impedimento dello stesso.

Per informazioni e modalità di gara consultare [www.comune.monselice.padova.it](http://www.comune.monselice.padova.it) o rivolgersi al numero telefonico 0429/786948 (dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00).

Monselice, 14 febbraio 2013

Il Dirigente della 2^ area economico - finanziaria  
Dr. Gianni Pasqualin

[Torna al sommario](#)

IPAB CASA DELL'ACCOGLIENZA "BALDO SPREA", ILLASI (VERONA)

**Estratto di bando di gara mediante asta pubblica per alienazione immobiliare casa ex ospite Merlo.**

Il Segretario Direttore

In esecuzione della deliberazione n. 101 del 13 febbraio 2013

RENDE NOTO

Che è indetta asta pubblica per la vendita di un fabbricato di proprietà dell'Ente Baldo Sprea, sito a Illasi VR in Via San Monte, distinto catastalmente nel Comune censuario di Illasi (VR), foglio 9, mappale 712, sub 1 - 2 - 3. Gli immobili di cui sopra ricadono nel vigente P.R.G. del Comune Illasi Vr, foglio 9 mapp. N. 712 sub. 1 - 2 - 3 "Zona "A" Centro Storico - area sottoposte a vincolo ambientale" regolamentate dalle norme del vigente P.R.G. del comune di Illasi.

Il prezzo a base d'asta è fissato in € 90.000,00 (euro novantamila/00), a corpo.

L'asta verrà esperita il giorno 28 marzo 2013 alle ore 10.00 presso la sede dell'Ente in P.zza B. Sprea, 18 - Illasi VR. Si aggiudicherà anche in presenza di una sola offerta valida. Termine per la presentazione delle offerte **ore 12.00 del 27 marzo 2013**. L'avviso d'asta integrale, con tutta la documentazione inerente il fabbricato, sono disponibili sul sito internet: [www.baldosprea.it](http://www.baldosprea.it) e presso l'Ufficio Amministrativo dell'Ente (0457834037)

Illasi VR, 15 febbraio 2013

Il Direttore  
Dott. Angelo De Cristan

[Torna al sommario](#)

**IPAB CASA DI RIPOSO DI ASIAGO, ASIAGO (VICENZA)****2° avviso di gara, ad evidenza pubblica, per la concessione in locazione di un'unità immobiliare ad uso abitativo sita in comune di Asiago.**

Si rende noto che il giorno 29.3.2013 alle ore 11,00 in Asiago (VI) presso la sede della Casa di Riposo di Asiago, Viale dei Patrioti n. 69, avrà luogo la gara ad evidenza pubblica per la locazione di un'unità immobiliare ad uso abitativo.

Il suddetto immobile sarà assegnato, con il metodo dell'offerta segreta, a' sensi degli artt. 73 lett. c) e 76 del R.D. 23.5.1924, n° 827, al miglior offerente, secondo i criteri indicati nell'avviso integrale di gara.

Il termine per la presentazione delle offerte è fissato alle **ore 12,00 del giorno 26.3.2013**.

Per informazioni e ritirare fotocopia integrale dell'avviso di gara, rivolgersi alla Segreteria dell'Ente (Tel. n. 0424/460740 - fax n. 0424/464785).

L'avviso può essere anche ricevuto via e-mail, previa richiesta all'indirizzo informatico [casa.riposo.asiago@tiscali.it](mailto:casa.riposo.asiago@tiscali.it).

Il Presidente  
p.i. Vittorio Frigo

[Torna al sommario](#)

**AVVISI**

## REGIONE DEL VENETO

**Direzione Geologia e Georisorse. Avviso relativo all'istanza di permesso di ricerca di acqua ad uso geotermico ai sensi del D.lgs. 22/2010 e della L.R. 40/1989 presentata dalla Società FIN.CI snc.**

La Società FIN.CI snc., con sede in Borgo Sant'Agnese, 95 30026 Portogruaro (VE), ha presentato in data 20/11/2012, pervenuta in Regione Veneto il 23/11/2012 e protocollata al n. 535419 del 26/11/2012, domanda di permesso di ricerca per acqua ad uso geotermico - bassa entalpia ad una profondità compresa fra gli ottocento e gli ottocentocinquanta metri, nell'area individuata catastalmente nel comune di Concordia Sagittaria, foglio 4 - Mappali 438, 54, 430, 431, 609, 610, 424, 611, 428, 606, 612, 425, 607, 613, 608, 437.

È fissato in **60 (sessanta) giorni, successivi e decorrenti dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto**, il termine per la presentazione di eventuali domande in concorrenza da depositare presso la sede della Direzione Geologia e Georisorse con sede in Calle Priuli - Cannaregio, 99 - 30121 Venezia.

Il Dirigente responsabile  
Ing. Marco Puiatti

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Treviso. T.U. 1775/33, art. 7 - L.R. n. 14/89. Pubblicazione avviso relativo istruttoria domanda della ditta Galileo Società Agricola s.s. per concessione di derivazione d'acqua in Via Piave del Comune di Maserada sul Piave Foglio 10 Mappale 364 ad uso Irriguo - moduli 0,0005. Pratica n. 4954.**

Si rende noto che la Ditta Galileo Società Agricola s.s. con sede in via Busche a Tezze di Vazzola in data 06.02.2013 ha presentato domanda di concessione per derivare moduli 0.00050 d'acqua per uso Irriguo dalla Falda sotterranea in località Via Piave nel Comune di MASERADA SUL PIAVE Foglio 10 Mappale 364.

(pratica n. 4954)

Ai sensi dell'art. 7 del T.U. 1775/1933, eventuali domande concorrenti potranno essere presentate al Genio civile di Treviso entro e non oltre 30 gg. dalla data di pubblicazione sul BURV del presente avviso.

Treviso, 18/02/2013

Il Dirigente responsabile  
Ing. Alvisè Luchetta

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Verona. Avviso Rif. pratica D/12202. Ditta: Madinelli Giuliana. Uso: irriguo (soccorso). Comune di San Martino B.A. Loc. Marcellise.**

La Sig.ra Madinelli Giuliana ha presentato domanda in data 16/11/2012 prot.n. 521219, tendente ad ottenere l'autorizzazione alla ricerca d'acqua e la concessione per derivare dalla falda sotterranea medi moduli 0,004 (l/s 0,4) e massimi moduli 0,02 (l/s 2) d'acqua ad uso irriguo (soccorso), in Comune di San Martino B.A., Loc. Marcellise, sul foglio 35 mappali n. 214.

Il presente avviso sarà pubblicato sul BURVET, in forma integrale, ai sensi della Legge Regionale 27 dicembre 2011 n. 29.

È fissato in 30 (trenta) giorni, successivi alla data di detta pubblicazione il termine per la presentazione di eventuali domande in concorrenza, ai sensi dell'art. 7 del R.D. 1775/1933, da depositare presso la sede dell'Unità di Progetto Genio civile di Verona, con sede in Piazzale Cadorna n. 2, 37126 Verona.

Prot. n. 62336

Data, 11.02.2013

Il Dirigente responsabile  
Ing. Mauro Roncada

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Verona. Avviso. Rif. pratica D/12221. Ditta: Zuanazzi Luciano. Uso: irriguo. Comune di Verona. Loc. Contrada Moranda.**

Il Sig. Zuanazzi Luciano ha presentato domanda in data 20/12/2012 prot.n. 578309, tendente ad ottenere l'autorizzazione alla ricerca d'acqua e la concessione per derivare dalla falda sotterranea medi moduli 0,005 (l/s 0,5) e massimi moduli 0,02 (l/s 2) d'acqua ad uso irriguo, in Comune di Verona. Loc. Contrada Moranda, sul foglio 9 mappale n. 100.

Il presente avviso sarà pubblicato sul BURVET, in forma integrale, ai sensi della Legge Regionale 27 dicembre 2011 n. 29.

È fissato in 30 (trenta) giorni, successivi alla data di detta pubblicazione il termine per la presentazione di eventuali domande in concorrenza, ai sensi dell'art. 7 del R.D. 1775/1933, da depositare presso la sede dell'Unità di Progetto Genio civile di Verona, con sede in Piazzale Cadorna n. 2, 37126 Verona.

Prot. n. 62339

Data, 11.02.2013

Il Dirigente responsabile  
ing. Mauro Roncada

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Verona. Avviso. Rif. pratica D/12222. Ditta: Zivelonghi Roberto. Uso: igienico assimilato (zootecnico). Comune di Erbezzo, Loc. Malga Campo Retratto.**

Il Sig. Zivelonghi Roberto ha presentato domanda in data 17/12/2012 prot.n. 571974, tendente ad ottenere l'autorizzazione alla ricerca d'acqua e la concessione per derivare dalla falda sotterranea medi moduli 0,01 (l/s 1) e massimi moduli 0,06 (l/s 6) d'acqua ad uso igienico assimilato (zootecnico), in Comune di Erbezzo, in Loc. Malga Campo Retratto, sul foglio 1 mappali n. 27,28,29,30,31,32,33,34,60,61,62.

Il presente avviso sarà pubblicato sul BURVET, in forma integrale, ai sensi della Legge Regionale 27 dicembre 2011 n. 29.

È fissato in 30 (trenta) giorni, successivi alla data di detta pubblicazione il termine per la presentazione di eventuali domande in concorrenza, ai sensi dell'art. 7 del R.D. 1775/1933, da depositare presso la sede dell'Unità di Progetto Genio civile di Verona, con sede in Piazzale Cadorna n. 2, 37126 Verona.

Prot. n. 51217

Data, 04.02.2013

Il Dirigente responsabile  
ing. Mauro Roncada

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**Genio civile di Vicenza. Avviso d'istruttoria per concessioni preferenziali di derivazione d'acqua situate in Comune di Cison del Grappa, Marostica, Enego e Gallio. Protocollo n. 79928 del 21/02/2013.**

Il presente Avviso annulla e sostituisce le tabelle relative ai comuni di Cison del Grappa, Marostica, Enego e Gallio pubblicate sul BURVET n. 105 del 21/12/2012.

Sulle istanze di concessione preferenziale per derivazione di acque superficiali e sotterranee divenute pubbliche ai sensi del D.P.R. 238/99, (regolamento di attuazione della L.n. 36/94), elencate di seguito e situate nei Comuni di Cison del Grappa, Marostica, Enego e Gallio è in corso la procedura ai sensi della DGR n. 2508 del 28.07.2000, per il rilascio del provvedimento di concessione. Gli elaborati tecnici sono a disposizione di chiunque intenda prenderne visione nelle ore d'ufficio presso il Genio civile di Vicenza dal giorno 06/03/2013 per 20 giorni consecutivi. Eventuali osservazioni e/o opposizioni all'assentimento delle richieste concessioni, potranno essere presentate al Genio civile di Vicenza oppure al Comune nel quale ricade la derivazione, entro e non oltre 30 gg. dalla data della presente pubblicazione sul B.U.R.V.

COMUNE DI CISMON DEL GRAPPA							
p.n	bacino	Ditta	comune	uso	l./s.	comune prelievo	denominazione prelievo
263	Brenta	Proprietario: Comune di Cison del Grappa; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Cison del Grappa	potabile	4,00	Cison del Grappa	Pozzo Primolano

COMUNE DI MAROSTICA							
p.n	bacino	Ditta	comune	uso	l./s.	comune prelievo	denominazione prelievo
577	Brenta	Proprietario: Comune di Marostica; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Marostica	potabile	1,70	Marostica	Sorgenti: Mosele Bonati Costalunga Figaro Lavacile
358	Brenta	Proprietario: Comune di Marostica; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Marostica	potabile	50,00	Marostica	Pozzi: Boscaglie Torresin Ca' Bertolini

COMUNE DI ENEGO							
p.n	bacino	Ditta	comune	uso	l./s.	comune prelievo	denominazione prelievo
596	Brenta	Proprietario: Comune di Enego; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Enego	potabile	32,00	Enego	Pozzo Marcesina Pozzo Torbiera Sorg. del Corvo Sorg. Tre Pali

COMUNE DI GALLIO							
p.n	bacino	Ditta	comune	uso	l./s.	comune prelievo	denominazione prelievo
599	Brenta	Proprietario: Comune di Gallio; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Gallio	potabile	15,00	Gallio	Sorgenti: Val dei Ronchi Val Frenzela Ponte Grabo Peckle
598	Brenta	Proprietario: Comune di Gallio; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Gallio	potabile	1,20	Gallio	Sorgente Pachstall
600	Brenta	Proprietario: Comune di Gallio; Gestore: E.T.R.A. S.p.A.	Gallio	potabile	2,00	Gallio	Sorgenti: Sette Bocche Camposcoppio

Il Dirigente responsabile  
Ing. Gianni Carlo Silvestrin

[Torna al sommario](#)

## REGIONE DEL VENETO

**U.P. Coordinamento Commissioni (VAS VINCA NUVV). Verifiche di Assoggettabilità esaminate nella Seduta della Commissione VAS del 24 gennaio 2013.**

Come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 791 del 31 marzo 2009 si pubblicano gli esiti delle Verifiche di Assoggettabilità esaminate della Commissione Regionale VAS.

Verifiche di Assoggettabilità esaminate nella Seduta della Commissione VAS del 24 gennaio 2013.

Accordo di Programma art.32 LR15/2001 Campus Argentin - "Accademia dello Sport" - Comune di Alleghe	Parere n. 6 del 24 gennaio 2013	La Commissione Regionale VAS esprime parere di assoggettare a procedura VAS
Piano di Lottizzazione denominato "Centuria" tra via Torre e Via Canove in Dossobuono. Comune di Villafranca di Verona	Parere n. 7 del 24 gennaio 2013	La Commissione Regionale VAS esprime parere di non assoggettare a procedura VAS

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI ALBIGNASEGO (PADOVA)

**Avviso di deposito. Adozione Piano di Assetto del Territorio (P.A.T.) e relativa Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.)  
Deliberazione di Consiglio Comunale n. 2 del 19/02/2013.**IL RESPONSABILE DEL 6° SETTORE  
PIANIFICAZIONE DEL TERRITORIO, PATRIMONIO ED EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale di Albignese n. 2 del 19/02/2013 avente ad oggetto: "Piano Assetto del Territorio. Adozione", in esecuzione di quanto previsto dall'art. 14 della L.R. n. 11/2004 e dalla D.G.R.V. n. 791/2009;

## RENDE NOTO

che gli elaborati del Piano di Assetto del Territorio (P.A.T.) e della Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.): Rapporto ambientale e Sintesi non tecnica, sono depositati, unitamente alla deliberazione di adozione, in libera visione al pubblico, rispettivamente per 30 e 60 giorni a partire dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR (Bollettino Ufficiale Regione Veneto) - prevista per il 01/03/2013, presso:

- la Segreteria del Comune di Albignese in via Milano 7;
  - la Segreteria del Settore Urbanistica - Pianificazione Territoriale della Provincia di Padova, Piazza Bardella 2;
  - la Regione Veneto - Unità di progetto Coordinamento commissioni (VAS - VINCA - NUV), Via Baseggio 5 - 30174 Mestre (VE).
- Gli elaborati sono altresì consultabili sul sito internet del Comune di Albignese al seguente indirizzo: [www.albignasego.gov.it](http://www.albignasego.gov.it);

## AVVERTE

Chiunque può presentare osservazioni all'Ufficio Protocollo del Comune di Albignese, Via Milano 7 - 35020 Albignese (PD) entro il termine di:

- 30 giorni dalla data di scadenza del termine di deposito, presso il Comune, se relative alla proposta di P.A.T.;
- 60 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso del Comune sul BUR, se attinenti alla proposta di V.A.S.

Le osservazioni in quattro copie con i dati personali (nome, cognome e indirizzo di residenza) vanno presentate a mano o a mezzo posta entro i termini di cui sopra.

Il suddetto deposito viene reso noto al pubblico con l'affissione del presente avviso all'Albo Pretorio del Comune di Albignese e della Provincia di Padova, nonché avviso sul BUR, due quotidiani locali e sul sito del Comune di Albignese, secondo quanto stabilito dalla L.R. n. 11/2004 e D.G.R.V. n. 791 del 31/03/2009.

Albignese, lì 1 marzo 2013.

Il Responsabile del 6° settore Pianificazione del Territorio, Patrimonio ed Edilizia Residenziale Pubblica  
arch. Paolo Fetti

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI MOZZECANE (VERONA)

**Avviso di deposito PAT.**

Il Responsabile del settore territorio e ambiente

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale n°4 del 30/01/2013, con la quale sono stati adottati il Piano di Assetto del Territorio - P.A.T. e gli elaborati riguardanti la V.A.S. - Rapporto Ambientale, Sintesi non tecnica e Relazione di Screening di incidenza ambientale;

PRECISATO che, ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 152/2006 e della D.G.R.V. n. 791/2009, il Comune di Mozzecane è il soggetto "proponente" che ha elaborato il Piano di Assetto del Territorio ed altresì "autorità procedente" che adotta il Piano;

## RENDE NOTO

che gli elaborati relativi al V.A.S. (Rapporto Ambientale, Sintesi non tecnica e Relazione di Screening di incidenza ambientale), sono depositati per 60 giorni consecutivi a decorrere dalla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U.R. (Bollettino Ufficiale della Regione Veneto), presso:

- la Regione Veneto - Direzione Regionale Valutazione Progetti ed Investimenti, via Cesco Baseggio, 5 - Mestre Venezia;
- il Comune di Mozzecane - Settore Territorio e Ambiente e Settore Servizi Istituzionali, Via C. Bon Brenzoni, 26 - Mozzecane (VR);
- la Provincia di Verona - Servizio Urbanistica, Via Franceschine, 10 - Verona.
- la Provincia di Mantova - servizio autonomo VIA e VAS, via Don M. Miraglio, 4 - Mantova;
- la Regione Lombardia (sede territoriale di Mantova), Corso Vittorio Emanuele, 57 - 46100 Mantova.

## INFORMA

• che dell'avvenuto deposito viene data notizia mediante pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio on-line del Comune, su 2 quotidiani a diffusione locale e sul B.U.R. della Regione Veneto;

• che si può prendere visione degli atti e degli elaborati presso il Comune di Mozzecane - Settori Territorio e Ambiente e Servizi Istituzionali, nei giorni di Martedì e Giovedì dalle ore 9.30 alle 12.30 e Martedì dalle ore 16.30 alle 17.30;

• che chiunque sia interessato può presentare osservazioni e/o contributi conoscitivi e valutativi, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U.R. della Regione Veneto.

Tutti gli elaborati sopra citati sono altresì consultabili sul sito internet del Comune di Mozzecane: [www.comunemozzecane.it](http://www.comunemozzecane.it).

Mozzecane, 19/02/2013

Il Responsabile del Settore Territorio e Ambiente  
arch. Gianluca Felici

[Torna al sommario](#)

**GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)**

**Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 312 “Sostegno alla creazione e allo sviluppo di microimprese” Azione 1 “Creazione e sviluppo di microimprese” del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.**

Il Gal Montagna Vicentina ha aperto i termini per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 312 “sostegno alla creazione e allo sviluppo di microimprese” azione 1 “creazione e sviluppo di microimprese” del Programma di Sviluppo Locale (PSL), approvato con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 545 del 10.03.2009, nell’ambito dell’Asse 4 “Attuazione dell’approccio Leader” del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) per il Veneto 2007 - 2013 e cofinanziato dal Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Feasr) dell’Unione Europea. I soggetti richiedenti devono essere microimprese, secondo quanto previsto dall’art. 54 Reg. CE 1698/2005 e come definite nella raccomandazione 2003/361/CE in possesso dei criteri di ammissibilità previsti dal bando. L’importo complessivo messo a bando è pari ad euro 900.000,00. L’entità dell’aiuto è per gli investimenti fissi il 40% in aree D e 30% in aree B1, per gli altri investimenti il 35% in aree D e 25% in aree B1; mentre per gli investimenti immateriali 70%. Per ciascun intervento è previsto un importo minimo di spesa ammissibile di € 50.000,00 e un importo massimo di spesa ammissibile di € 250.000,00.

Al fine di accedere agli aiuti, il richiedente dovrà presentare la domanda di aiuto ad Avepa Struttura Periferica di Vicenza **entro 75 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto** secondo le modalità previste dagli Indirizzi procedurali del Psr (All. A alla Dgr 29/12/2009 n. 4083 e ss.mm.ii.). Le modalità per inoltrare la “domanda di aiuto” (secondo la modulistica disposta da Avepa) e la documentazione da allegare alla stessa sono dettagliate nel bando, il cui testo integrale è scaricabile dal sito [www.montagnavicentina.com](http://www.montagnavicentina.com) Ogni altra informazione può essere richiesta presso gli uffici del GAL, in P.zza Stazione, 1 a Asiago, aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 (telefono 0424.63424, fax 0424 464716, e-mail [info@montagnavicentina.com](mailto:info@montagnavicentina.com)).

Il Presidente  
Dino Panozzo

[Torna al sommario](#)

**GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)****Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 “Incentivazione delle attività turistiche” Azione 2 “Accoglienza” del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.**

Il Gal Montagna Vicentina ha aperto i termini per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 313 “incentivazione delle attività turistiche” azione 2 “Accoglienza” del Programma di Sviluppo Locale (PSL), approvato con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 545 del 10.03.2009, nell’ambito dell’Asse 4 “Attuazione dell’approccio Leader” del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) per il Veneto 2007 - 2013 e cofinanziato dal Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Feasr) dell’Unione Europea. I soggetti richiedenti sono Enti locali territoriali, Enti parco, Associazioni per la gestione delle Strade del vino e dei prodotti tipici e Consorzi di associazioni Pro Loco comunque in possesso dei criteri di ammissibilità previsti dal bando. L’importo complessivo messo a bando è pari ad euro 50.000,00. Per la realizzazione delle iniziative è previsto un contributo del 100% della spesa ammissibile. Per ciascun intervento è previsto un importo minimo di spesa ammissibile di € 5.000,00 e un importo massimo di spesa ammissibile di € 50.000,00.

Al fine di accedere agli aiuti, il richiedente dovrà presentare la domanda di aiuto ad Avepa Struttura Periferica di Vicenza **entro 75 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto** secondo le modalità previste dagli Indirizzi procedurali del Psr (All. A alla Dgr 29/12/2009 n. 4083 e ss.mm.ii.). Le modalità per inoltrare la “domanda di aiuto” (secondo la modulistica disposta da Avepa) e la documentazione da allegare alla stessa sono dettagliate nel bando, il cui testo integrale è scaricabile dal sito [www.montagnavicentina.com](http://www.montagnavicentina.com) Ogni altra informazione può essere richiesta presso gli uffici del GAL, in P.zza Stazione, 1 a Asiago, aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 (telefono 0424.63424, fax 0424 464716, e-mail [info@montagnavicentina.com](mailto:info@montagnavicentina.com)).

Il Presidente  
Dino Panozzo

[Torna al sommario](#)

**GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)****Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 “Incentivazione delle attività turistiche” Azione 4 “Informazione” del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.**

Il Gal Montagna Vicentina ha aperto i termini per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 313 “incentivazione delle attività turistiche” azione 4 “Informazione” del Programma di Sviluppo Locale (PSL), approvato con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 545 del 10.03.2009, nell’ambito dell’Asse 4 “Attuazione dell’approccio Leader” del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) per il Veneto 2007 - 2013 e cofinanziato dal Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Feasr) dell’Unione Europea. I soggetti richiedenti sono Enti locali territoriali, Enti parco, Associazioni agrituristiche, Associazioni per la gestione delle Strade del vino e dei prodotti tipici, Consorzi di promozione turistica e Consorzi di associazioni Pro Loco comunque in possesso dei criteri di ammissibilità previsti dal bando. L’importo complessivo messo a bando è pari ad euro 200.000,00. Per la realizzazione delle iniziative è previsto un contributo del 50% della spesa ammissibile. Per i soggetti pubblici l’aiuto è elevato all’80% della spesa ammissibile, a condizione che l’intervento risulti finalizzato a promuovere ed incentivare la conoscenza dell’offerta di turismo rurale in termini generali e diffusi, rispetto ad un’area o iniziativa, senza prevedere forme specifiche di pubblicità o determinare, comunque, discriminazioni o vantaggi specifici ed esclusivi a favore di singoli operatori. Per ciascun intervento è previsto un importo minimo di spesa ammissibile di € 8.000,00 e un importo massimo di spesa ammissibile di € 300.000,00. Al fine di accedere agli aiuti, il richiedente dovrà presentare la domanda di aiuto ad Avepa Struttura Periferica di Vicenza **entro 75 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto** secondo le modalità previste dagli Indirizzi procedurali del Psr (All. A alla Dgr 29/12/2009 n. 4083 e ss.mm.ii.). Le modalità per inoltrare la “domanda di aiuto” (secondo la modulistica disposta da Avepa) e la documentazione da allegare alla stessa sono dettagliate nel bando, il cui testo integrale è scaricabile dal sito [www.montagnavicentina.com](http://www.montagnavicentina.com). Ogni altra informazione può essere richiesta presso gli uffici del GAL, in P.zza Stazione, 1 a Asiago, aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 (telefono 0424.63424, fax 0424 464716, e-mail [info@montagnavicentina.com](mailto:info@montagnavicentina.com)).

Il Presidente  
Dino Panozzo

[Torna al sommario](#)

**GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)****Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 313 “Incentivazione delle attività turistiche” Azione 5 “Integrazione dell’offerta turistica” del Programma di sviluppo locale (Psl) del GAL Montagna Vicentina Società Cooperativa.**

Il Gal Montagna Vicentina ha aperto i termini per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 313 “incentivazione delle attività turistiche” azione 5 “Integrazione dell’offerta turistica” del Programma di Sviluppo Locale (PSL), approvato con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 545 del 10.03.2009, nell’ambito dell’Asse 4 “Attuazione dell’approccio Leader” del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) per il Veneto 2007 - 2013 e cofinanziato dal Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Feasr) dell’Unione Europea. I soggetti richiedenti sono Enti locali territoriali, Enti parco, Associazioni agrituristiche, Associazioni per la gestione delle Strade del vino e dei prodotti tipici, Consorzi di promozione turistica e Consorzi di associazioni Pro Loco comunque in possesso dei criteri di ammissibilità previsti dal bando.

L’importo complessivo messo a bando è pari ad euro 60.973,44.

Per la realizzazione delle iniziative è previsto un contributo del 50% della spesa ammissibile. Per i soggetti pubblici l’aiuto è elevato all’80% della spesa ammissibile, a condizione che l’intervento risulti finalizzato a promuovere ed incentivare la conoscenza dell’offerta di turismo rurale in termini generali e diffusi, rispetto ad un’area o iniziativa, senza prevedere forme specifiche di pubblicità o determinare, comunque, discriminazioni o vantaggi specifici ed esclusivi a favore di singoli operatori

Per ciascun intervento è previsto un importo minimo di spesa ammissibile di € 8.000,00 e un importo massimo di contributo di € 300.000,00.

Al fine di accedere agli aiuti, il richiedente dovrà presentare la domanda di aiuto ad Avepa Struttura Periferica di Vicenza **entro 75 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto** secondo le modalità previste dagli Indirizzi procedurali del Psr (All. A alla Dgr 29/12/2009 n. 4083 e ss.mm.ii.). Le modalità per inoltrare la “domanda di aiuto” (secondo la modulistica disposta da Avepa) e la documentazione da allegare alla stessa sono dettagliate nel bando, il cui testo integrale è scaricabile dal sito [www.montagnavicentina.com](http://www.montagnavicentina.com) Ogni altra informazione può essere richiesta presso gli uffici del GAL, in P.zza Stazione, 1 a Asiago, aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 (telefono 0424.63424, fax 0424 464716, e-mail [info@montagnavicentina.com](mailto:info@montagnavicentina.com)).

Il Presidente  
Dino Panozzo

[Torna al sommario](#)

**GRUPPO DI AZIONE LOCALE (GAL) MONTAGNA VICENTINA, ASIAGO (VICENZA)**

**Avviso per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla misura 311 “Diversificazione in attività non agricole” Azione 2 “Sviluppo dell’ospitalità agrituristica” del Programma di sviluppo locale (Psl) del Gal Montagna Vicentina Società Cooperativa.**

Il Gal Montagna Vicentina ha aperto i termini per la presentazione delle domande di aiuto a valere sulla Misura 311 “Diversificazione in attività non agricole” Azione 2 “sviluppo dell’attività agrituristica” del Programma di Sviluppo Locale (PSL), approvato con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 545 del 10.03.2009, nell’ambito dell’Asse 4 “Attuazione dell’approccio Leader” del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) per il Veneto 2007 - 2013 e cofinanziato dal Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (Feasr) dell’Unione Europea. I soggetti richiedenti devono essere imprenditori agricoli, così come definiti dall’articolo 2135 del Codice Civile in possesso dei criteri di ammissibilità previsti dal bando. L’importo complessivo del contributo messo a bando è pari ad euro 270.000,00. L’entità dell’aiuto è per gli investimenti fissi il 45% in aree D e 30% in aree B, per gli altri investimenti il 35% in aree D e 25% in aree B. Per ciascun intervento è previsto un importo minimo di spesa ammissibile di € 20.000 e un importo massimo di contributo di € 200.000.

Al fine di accedere agli aiuti, il richiedente dovrà presentare la domanda di aiuto ad Avepa Struttura Periferica di Vicenza **entro 75 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto** secondo le modalità previste dagli Indirizzi procedurali del Psr (All. A alla Dgr 29/12/2009 n. 4083 e ss.mm.ii.). Le modalità per inoltrare la “domanda di aiuto” (secondo la modulistica disposta da Avepa) e la documentazione da allegare alla stessa sono dettagliate nel bando, il cui testo integrale è scaricabile dal sito [www.montagnavicentina.com](http://www.montagnavicentina.com) Ogni altra informazione può essere richiesta presso gli uffici del GAL, in P.zza Stazione, 1 a Asiago, aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle 12,00 (telefono 0424.63424, fax 0424 464716, e-mail [info@montagnavicentina.com](mailto:info@montagnavicentina.com)).

Il Presidente  
Dino Panozzo

[Torna al sommario](#)

## PROVINCIA DI VERONA

**LR 33/2002 “Testo unico delle leggi regionali sul turismo”. Avviso relativo alla tenuta dell’albo dei direttori tecnici, degli elenchi delle agenzie di viaggio, delle associazioni e degli organismi senza scopo di lucro e delle figure professionali del turismo.**

Il Dirigente dei Servizi Turistico ricreativi

rende noto

I dati e le informazioni di cui agli artt. 74, 75, 78 ed 83 della L.R. del 4.11.2002, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di turismo”, relativi alle risultanze degli elenchi sotto indicati, sono resi pubblici sul sito internet della Provincia di Verona (<http://portale.provincia.vr.it/>) alla voce:

1. elenco delle Agenzie di Viaggio e Turismo;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/attivita-agenzie-di-viaggio-e-turismo/elenco-provinciale-delle-agenzie-di-viaggio-e-turismo/view>

2. elenco speciale delle Associazioni e Organismi senza scopo di lucro;

<http://www.provincia.vr.it/newweb/Servizi-al/Settore-Tu/Attivit--al/index.htm>

3. albo dei Direttori Tecnici di Agenzia di Viaggio e Turismo;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/attivita-agenzie-di-viaggio-e-turismo/albo-provinciale-dei-direttori-tecnici-di-agenzia-di-viaggi/view>

4. elenco delle Guide Turistiche;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/professioni-turistiche/guida-turistica>

5. elenco degli Accompagnatori Turistici;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/professioni-turistiche/accompagnatore-turistico>

6. elenco delle Guide Naturalistico-ambientali;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/professioni-turistiche/guida-naturalistico-ambientale>

7. elenco degli Animatori Turistici;

<http://portale.provincia.vr.it/uffici/uffici/5/505/5051/documenti/professioni-turistiche/animatore-turistico>

Per gli iscritti di cui ai punti 4, 5, 6 e 7 sono rese pubbliche sul sito citato anche le tariffe comunicate per l’anno 2013.

Il Dirigente  
Luigi Oliveri

[Torna al sommario](#)

## TRIBUNALE DI VERONA

**Riconoscimento di proprietà Malaffo Lorenzo.**

Il Giudice Dott. Giovanni Campese, a seguito del Ricorso ex L. n. 346/1976 e art.1159 bis c.c. depositato in data 11.10.2004 (n. 11104/04 R.G.) nell'interesse del sig. Lorenzo Malaffo nato a San Mauro di Saline VR il 20.07.1939 (C.F. MLFLNZ39L20H712V), rilevato che contro la richiesta è stata proposta opposizione dai signori Augusto Marchi, Mario Marchi e Rino Marchi in data 30.07.2005 e che il conseguente giudizio n. 10032/05 R.G. è stato dichiarato estinto in data 22.03.2012 per inattività delle parti, visto il ricorso per riconoscimento di proprietà ex art.3 L. n. 346/1976 depositato in data 12.07.2012 nell'interesse del sig. Lorenzo Malaffo (C.F. MLFLNZ39L20H712V), rappresentato dall'Avv.to Roberto Gambaretto (C.F. GMBRRT68D13L682S), ritenuta sufficientemente provata la domanda, visto l'art.3 della L. n. 346/1976 e successive modificazioni, con provvedimento datato 23.11.2012 ha decretato che il sig. Lorenzo Malaffo ha usucapito la piena ed esclusiva proprietà dei fondi censiti al C.T. del Comune di San Mauro di Saline VR, foglio 12, mapp. 115, 121 e 221, disponendo l'assolvimento degli ulteriori oneri prescritti per la pubblicità del decreto ex art.3, co. 2 e 5, L. 346/1976, dichiarando che il decreto costituisce titolo per la trascrizione ex art.2651 c.c. e per le volture catastali ove non siano proposte opposizioni nei termini di legge. Si avverte che contro tale decreto chiunque vi ha interesse potrà proporre opposizione entro 60 giorni dalla scadenza del termine di affissione ai sensi dell'art.3, co. 5, L. 346/1976. Il richiedente:

Avv.to Roberto Gambaretto

[Torna al sommario](#)

## TRIBUNALE DI VERONA - SEZIONE DISTACCATA DI SOAVE

**Ricorso ex artt.3 L. n. 346/1976 e 1159 bis c.c. sig. David Cavaliere.**

Con Ricorso ex artt.3 L. n. 346/1976 e 1159 bis c.c. depositato in data 08.11.2012 (n. 784/12 R.G.) il sig. David Cavaliere nato a Tregnago VR il 08.07.1981 (C.F. CVLDVD81L08L364S), rappresentato dall'Avv.to Roberto Gambaretto (C.F. GMBRRT68D13L682S), ha chiesto che fosse riconosciuta in suo favore la proprietà per intervenuta usucapione dell'immobile così distinto al C.T. del Comune di Vestenanova VR: foglio 29, particella 194, con diritto alla corte distinta al foglio 29, particella 197. Il Presidente del Tribunale di Verona in data 08.01.2013 (n. 7145/12 R.G.V.G.) ha autorizzato la notifica per pubblici proclami. Il Giudice delegato con decreto datato 14.11.2012 (n. 784/12 R.G.) ha disposto l'affissione, la pubblicazione per estratto e la notifica del ricorso ex art. 3, co.2, L. n. 346/76. Chiunque vi abbia interesse può proporre opposizione contro la richiesta di riconoscimento entro 90 giorni dalla scadenza del termine di affissione o dalla data di notifica.

Il richiedente:  
Avv.to Roberto Gambaretto

[Torna al sommario](#)

## Procedimenti VIA

DITTA BAÙ MARIO DI BAÙ DARIO S.A.S., ASIAGO (VICENZA)

**Avviso ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 152/06 e s.m.e.i..**

La sottoscritta ditta proponente BAÙ MARIO di Baù Dario s.a.s., con sede legale in Via Patrioti, n. 121 36012 Asiago (VI), in riferimento al procedimento di verifica di assoggettabilità (Screening) previsto dall'art. 20, comma 2, del D.L. n. 152/06 e s.m.e.i., comunica l'avvenuta trasmissione alla Regione Veneto Segreteria Regionale per l'Ambiente, U.C.V.I.A., del Progetto definitivo e dello Studio Preliminare Ambientale, del seguente progetto:

OGGETTO: Progetto per la coltivazione e la ricomposizione ambientale inerente all'ampliamento della cava di marmo denominata "BOMBA TOERLE". PROGETTO: Il progetto analizzato prevede una variante al progetto di cava e l'ampliamento della stessa. LOCALIZZAZIONE PREVISTA PER IL PROGETTO: località Bomba Toerle - Comune di Asiago (VI). LUOGO DI DEPOSITO DEGLI ATTI NELLA LORO INTERESSA: • Regione Veneto Segreteria Regionale per l'Ambiente, U.C.V.I.A., Calle Priuli, Cannareggio, 99, 30121 (VI) - DEP. il 30/01/2013 • Comune di Asiago, Piazza Secondo Risorgimento 6, 36012 Asiago (VI) - DEP. il 30/01/2013. TEMPI PER PRESENTARE OSSERVAZIONI: Entro quaranta (45) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, chiunque abbia interesse può presentare proprie osservazioni presso: Regione Veneto Segreteria Regionale per l'Ambiente, U.C.V.I.A., Calle Priuli, Cannareggio, 99, 30121 (VI).

Il proponente

[Torna al sommario](#)

**DITTA ECOSANITAS DI GIRONDA PAMELA, LEGNAGO (VERONA)****Verifica di assoggettabilità a valutazione di impatto ambientale (art. 20, D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii.).**

Ditta proponente: ECOSANITAS di GIRONDA PAMELA

Titolo del progetto: Realizzazione di uno stoccaggio provvisorio per rifiuti pericolosi (D15) provenienti da attività sanitarie

Localizzazione: LEGNAGO (VR) via Nicolò da Legnago s.n. c.

Descrizione sommaria dell'intervento proposto: La ditta ECOSANITAS di Gironda Pamela, iscritta all'Albo Nazionale Gestori Ambientali n. VE07349 cat 4 e 5 entrambe per la classe F, è anche iscritta al n. 134 del registro provinciale, per la messa in riserva (R13) in attesa di conferimento, di alcune tipologie di rifiuti recuperabili non pericolosi.

Poiché l'attività di micro raccolta viene svolta anche per alcune tipologie di rifiuti pericolosi ed attualmente gli stessi vengono conferiti direttamente all'impianto di incenerimento indipendentemente dalla loro quantità in giornata, al fine di ottimizzare sia i tempi di impiego del personale dipendente sia le spese di trasporto, la ditta intenderebbe ottenere l'autorizzazione per realizzare uno stoccaggio provvisorio (D15) per due tipologie di rifiuti pericolosi (codici EER 180103 e 180202), per quantità massima settimanale pari a 1 ton e circa 52 t/annue. Tale attività verrà svolta esclusivamente all'interno della porzione di capannone aziendale inserito in un'area a destinazione produttiva.

Data e luogo di deposito degli atti ove possono essere consultati: dal 01.03.2013 presso Comune di Legnago

Deposito avvenuto in data 19.02.2013 presso Ufficio U.C. VIA - Regione Veneto, Calle Priuli - Cannaregio, 99, 30121 Venezia;

Deposito avvenuto in data 19.02.2013 presso gli uffici del Comune di Legnago.;

A partire dalla data di pubblicazione decorrono 45 giorni solari entro i quali è possibile presentare le proprie osservazioni presso la Regione Veneto - Segreteria Regionale per l'Ambiente - U.C. VIA - Calle Priuli, Cannaregio, 99 - 30121 Venezia.

Il Proponente:  
Gironda Pamela

[Torna al sommario](#)

DITTA M. GUARNIER S.P.A., BELLUNO

**Deposito atti per verifica di assoggettabilità alla procedura di valutazione impatto ambientale ai sensi dell' art. 20 D.lgs. 152/2006 e s.m.i.**

La ditta M. Guarnier S.p.A. società per azioni con socio unico, con sede legale in Belluno (BL) - Via Boscon n. 422 C.A.P. 32100, P. IVA 00062290259, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del vigente D.Lgs. 152/2006 annuncia di aver depositato gli atti relativi alla verifica di assoggettabilità alla procedura di Valutazione di Impatto Ambientale per l'ampliamento della superficie di vendita in edificio già esistente da realizzarsi in località via Peschiera 16 del Comune di Feltre.

Il Progetto e lo Studio Preliminare Ambientale sono stati depositati per la pubblica consultazione presso:

- Provincia di Belluno - Settore Ambiente e Territorio - ufficio VIA, via S. Andrea 5, Belluno;
  - Comune di Feltre - Unità di progetto Pianificazione del Territorio, Piazza Vittorio Emanuele II n. 18, Feltre (BL);
- Eventuali osservazioni e pareri possono essere inoltrati all'Amministrazione Provinciale di Belluno - Settore Ambiente e Territorio - via S. Andrea, 5 Belluno, entro 45 giorni dalla data di pubblicazione del presente annuncio.

[Torna al sommario](#)

**SOCIETÀ SERENISSIMA COSTRUZIONI SPA, VERONA****Verifica di assoggettabilità a valutazione di impatto ambientale (art. 20, D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii.).**

La Società Serenissima Costruzioni S.p.A., con sede in Verona, via Enrico Fermi 2, ha predisposto lo studio preliminare ambientale relativo al progetto dell'”ecopista in comune di Verona - Area del Grotto”, per il quale con Determina n. 5218 del 23/11/2012 è stata esclusa la Valutazione di Impatto Ambientale, ha presentato alla Provincia di Verona, Progetto di Variante delle Modalità Gestionali per la valutazione di non assoggettabilità a VIA ai sensi del d.lgs n. 152/06 e s.m.i.. Il progetto è localizzato in Verona, Via dell'Alpo 16 e consiste nello stoccaggio e recupero di materiali provenienti dalla fresatura/rifacimento di pavimentazioni stradali per la produzione di conglomerati bituminosi. La variante consiste unicamente nelle modifiche delle attività di gestione dell'impianto nel periodo notturno ed il quello diurno, mentre restano invariati le tipologie di impianti previsti. Il progetto di variante delle attività gestionali e la relativa analisi delle emissioni acustiche sono depositati per la pubblica consultazione presso la Provincia di Verona, Settore Ambiente - Servizio Valutazione Impatto Ambientale, Via delle Franceschine, 10 - 37121 Verona ed il Comune di Verona, Via Adigetto, 10 - 37122 Verona. Ai sensi dell'art. 20 del d.lsg 152/06 (come modificato dal d.lgs 4/2008) chiunque abbia interesse può presentare in forma scritta osservazioni sull'opera in questione, indirizzandoli all'ufficio provinciale sopra indicato entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data del presente annuncio.

Il legale rappresentante.

[Torna al sommario](#)

**PARTE QUARTA****ATTI DI ENTI VARI****Espropriazioni, occupazioni d'urgenza e servitù**

COMUNE DI PADOVA

**Decreto n. 26 del 5 febbraio 2013**

**Soppressione dei passaggi ferroviari a livello al km 121+378 della linea ferroviaria Bologna - Padova e al km 0+730 del raccordo bivio Montà - Padova campo Marte, al servizio di via Bezzecca e di via Montà per la realizzazione di sottopassi ferroviari, veicolari e ciclopeditoni, e al servizio della viabilità di via Cagni.**

Ai sensi dell'art. 23, comma 5, D.P.R. 327/2001 e successive modificazioni, si rende noto che il Comune di Padova con decreto rep. n 26 del 5.02.2013 ha pronunciato a favore del Comune di Padova l'espropriazione, sospensivamente condizionata all'immissione in possesso entro il termine di 2 anni, dell'immobile censito al N.C.T. del Comune di Padova foglio 40 mappale 862 di mq 2.520 e identificato al N.C.E.U. Sez. B Fg 11 mappale 1242 intestato a Major Laura con indennità provvisoria pari ad euro 75.600,00, per la soppressione dei passaggi ferroviari a livello al km 121+378 della linea ferroviaria Bologna - Padova e al km 0+730 del raccordo bivio Montà - Padova Campo Marte, al servizio di via Bezzecca e di via Montà, per la realizzazione di sottopassi ferroviari, veicolari e ciclopeditoni, e a servizio della viabilità di via Cagni.

Coloro che hanno diritti, ragioni, pretese sulla predetta indennità possono proporre opposizione entro trenta giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto. Decorso tale termine l'indennità resta fissata nella somma suindicata.

Il Capo Settore Patrimonio Partecipazioni e Lavoro  
Dott. Giampaolo Negrin

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI SACCOLONGO (PADOVA)

**Estratto decreto prot. n. 0011958 rep. n. 1305 del 20 dicembre 2012****Lavori per la realizzazione delle rampe di accesso alla passerella ciclopedonale sul fiume Bacchiglione - "Ponte di Creola".  
Esproprio ai sensi dell'art. 23 comma 1 d.p.r. 327/2001. Ditta: Valter Costola.**

Ai sensi dell'art. 23, comma 5, D.P.R. 327/2001 e successive modificazioni, si rende noto che con decreto n. prot. 0011957 del 20.12.2012 Rep. n. 1305 è stata pronunciata l'espropriazione degli immobili di seguito elencati, per un'indennità complessiva pari a € 246,60:

A) Comune di Saccolongo (Pd) CT: fgl 8. particella 732 di ha 00.00.40.

DITTA: VALTER COSTOLA PROPRIETÀ per 1000/1000

Indennità complessiva € 246,60

Il terzo interessato potrà proporre opposizione entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto.

Decorso il suddetto termine l'indennità resta fissata anche per il terzo nella somma depositata.

Il Dirigente responsabile ufficio espropri  
arch. Paolo Bison

[Torna al sommario](#)

COMUNE DI SACCOLONGO (PADOVA)

**Estratto decreto prot. n. 0011957 rep. n. 1306 del 20 dicembre 2012**

**Lavori per la realizzazione delle rampe di accesso alla passerella ciclopedonale sul fiume Bacchiglione - "Ponte di Creola".  
Esproprio ai sensi dell'art. 23 comma 1 d.p.r. 327/2001. Ditta: Camillo Cogo.**

Ai sensi dell'art. 23, comma 5, D.P.R. 327/2001 e successive modificazioni, si rende noto che con decreto n. prot. 0011957 del 20.12.2012 Rep. m. 1306 è stata pronunciata l'espropriazione dell' immobile di seguito elencato, per un'indennità complessiva pari a € 70,35:

A) Comune di Saccolongo (Pd) CT: fgl 8 particella 730 di ha 00.00.35.

DITTA: CAMILLO COGO PROPRIETÀ per 1000/1000

Indennità complessiva € 70,35

Il terzo interessato potrà proporre opposizione entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto.

Decorso il suddetto termine l'indennità resta fissata anche per il terzo nella somma depositata.

Il Dirigente responsabile ufficio espropri  
arch. Paolo Bison

[Torna al sommario](#)

COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO (PADOVA)

**Decreto n. 13 del 18 febbraio 2013**

**Deposito dell'indennità provvisoria di esproprio ai sensi dell'art. 20 comma 14, e art. 26 del D.P.R. 327/2001. Lavori di esecuzione della rotatoria stradale sull'incrocio di via Montecchia con via Miazzo.**

Ai sensi dell'art. 26, comma 7, del DPR 327/2001, si rende noto che con decreto n. 13 del 18/02/2013 è stato ordinato il deposito presso la Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze di Padova - Servizio Depositi Definitivi, della somma complessiva di € 928,80 =, a favore delle seguenti ditte e secondo le somme per ognuna indicate, a titolo di indennità provvisoria di esproprio spettante per l'espropriazione dei beni immobili sotto riportati:

COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO

C.T.: Foglio 19, Particella 852, di mq. 688

INDENNITÀ ESPROPRIO TOTALE €. 928,80

MONTECCHIA IMMOBILIARE S.R.L., Partita IVA 03824140283, Proprietaria per 1000/1000;

Il terzo interessato potrà proporre opposizione entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto.

Il Responsabile del settore ambiente – espropri  
Geom. Luigino Masin

[Torna al sommario](#)

## COMUNE DI SOVIZZO (VICENZA)

**Estratto determinazione n. 67 del 20 febbraio 2013**

**Procedimento espropriativo relativo ai “Lavori di costruzione nuovo tratto di marciapiede lungo Via Castegnini”. Deposito dell’indennità provvisoria di espropriazione non condivisa presso la cassa Depositi e prestiti ai sensi dell’art. 20 del D.P.R. n. 327/2001.**

Ai sensi dell’art. 26 comma 7 del D.P.R. n. 327/2001, si rende noto che con riferimento al procedimento espropriativo relativo ai “Lavori di costruzione nuovo tratto di marciapiede lungo Via Castegnini” con determinazione del Responsabile dell’Area Lavori Pubblici n. 67 del 20.02.2013 si è disposto di depositare presso la Cassa Depositi e Prestiti l’indennità provvisoria di esproprio non condivisa per le particelle di seguito elencate a favore dei relativi proprietari:

Comune di Sovizzo

Foglio IV Mn 1440

Superficie da espropriare: mq 62,00

Totale € 3.024,36

Ditte:

FOSSÀ GIUSEPPE - C.F. FSSGPP29T11F464V - proprietà ½

MARCHETTO ADRIANA - C.F. MRCDRN36B67L840F - proprietà ½

L’opposizione di terzi è proponibile entro i trenta giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto.

Il Responsabile dell’Area LL.PP.  
Geom. Flavio Imbrunito

[Torna al sommario](#)

CONSORZIO DI BONIFICA "ACQUE RISORGIVE", VENEZIA

**Estratto ordinanza di pagamento n. 58 prot. n. 2490 del 13 febbraio 2013**

**Lavori di realizzazione delle opere per la definizione delle interferenze con l'Autostrada - Variante di Mestre - Passante Autostradale. Interventi per la «Ricalibratura del Rio Storto nel tratto compreso tra l'intersezione con il passante e le cave di Maerne» [P.172-02].Espropriazione per pubblica utilità. Ordinanza di pagamento diretto della quota del saldo della indennità di espropriazione, soprassuoli ed occupazione temporanea (art. 22-50 DPR 327/01).**

Il Capo Ufficio Catasto Espropri

*(omissis)*

Richiamato il proprio Decreto n. 20/2012 del 6/09/2012 protocollo n. 7526, con il quale si è provveduto a decretare l'occupazione anticipata dei beni immobili siti in Comune di Martellago (VE) e Salzano (VE) necessaria alla esecuzione dei lavori in oggetto ed a determinare in via provvisoria la indennità di espropriazione da corrispondere ai proprietari degli immobili medesimi, ai sensi dell'art. 22 DPR n. 327/01;

Richiamato il proprio Decreto n. 21/2012 del 6/09/2012 protocollo n. 7527, con il quale si è provveduto a decretare ai sensi dell'art. 49 DPR 327/01 l'occupazione dei beni immobili con carattere di temporaneità, siti in Comune di Martellago (VE) e Salzano (VE) necessaria alla esecuzione dei lavori in oggetto ed a determinare in via provvisoria la indennità di occupazione temporanea da corrispondere ai proprietari degli immobili medesimi, ai sensi dell'art. 50 DPR n. 327/01;

Considerato che i Decreti su menzionati sono stati notificati a tutti gli interessati;

Preso atto delle pervenute accettazioni delle indennità di cui agli allegati della presente ordinanza, con contestuale dichiarazione di assenza di diritti di terzi nonché autocertificazione attestante la piena e libera proprietà del bene;

Accertata la piena e libera proprietà dei beni espropriati in capo ai destinatari dei pagamenti, mediante la constatazione delle autocertificazioni degli interessati attestanti l'assetto proprietario, e la disamina dei titoli di provenienza dei beni e delle evidenze ipocatastali per un periodo di almeno vent'anni e oltre quando il titolo di provenienza risalga ad epoca anteriore;

*(omissis)*

Dato atto che si rende necessario procedere alla liquidazione dell'indennità spettante di espropriazione, nonché degli eventuali soprassuoli dovuti a titolo di saldo nonché della indennità di occupazione temporanea per il periodo di un anno;

ordina

Art. 1) ai sensi dell'art. 22 comma 3 ed art. 26 DPR n. 327/2001, il pagamento diretto per complessivi € 141.130,38.= a favore delle ditte proprietarie di seguito indicate, della quota di saldo delle indennità di esproprio offerte e dichiaratamente accettate, dell'occupazione temporanea per un periodo di tempo pari ad 1 anno di occupazione, nonché dei soprassuoli riscontrati negli stati di consistenza, degli immobili siti nel territorio del Comune di Salzano (VE) e Martellago (VE):

Il capo ufficio catasto espropri p.a.  
Denis Buoso

[Torna al sommario](#)

CONSORZIO DI BONIFICA "ACQUE RISORGIVE", VENEZIA

**Estratto ordinanza di deposito n. 59 prot. n. 2491 del 13 febbraio 2013**

**Lavori di realizzazione delle opere per la definizione delle interferenze con l'autostrada - variante di Mestre - passante autostradale. Interventi per la «Ricalibratura del rio Storto nel tratto compreso tra l'intersezione con il passante e le cave di Maerne» [p.172-02]. Espropriazione per pubblica utilità. Ordinanza di deposito a seguito della non condivisione della indennità di espropriazione provvisoria determinata ai sensi e per gli effetti dell'art. 22 DPR n. 327/01.**

Il Capo Ufficio Catasto Espropri

*(omissis)*

Richiamato il proprio Decreto n. 20/2012 del 6/09/2012 protocollo n. 7526, con il quale si è provveduto a decretare l'occupazione anticipata dei beni immobili siti in Comune di Martellago (VE) e Salzano (VE) necessaria alla esecuzione dei lavori in oggetto ed a determinare in via provvisoria la indennità di espropriazione da corrispondere ai proprietari degli immobili medesimi, ai sensi dell'art. 22 DPR n. 327/01;

Preso atto che nel termine di cui all'art. 22 comma 1 D.P.R. 327/2001 da parte delle ditte espropriande di cui alla presente Ordinanza, non è pervenuta accettazione espressa di condivisione dell'indennità provvisoria di espropriazione e pertanto si rende necessario disporre, ai sensi degli artt. 20.14 e 26.1 il deposito presso la Cassa Depositi e Prestiti S.p.a. della somma loro offerta;

*(omissis)*

Precisato che ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 327/2001, il "beneficiario dell'espropriazione" è il Demanio Pubblico dello Stato - Ramo Idrico ed il "promotore dell'espropriazione" e l'"Autorità Espropriante" è il Consorzio di Bonifica Acque Risorgive in forza della delibera regionale n. 3391 del 7/11/2003 nonché della Convenzione, sottoscritta in data 22/11/2004 tra il Commissario Delegato per l'Emergenza socio-economica ambientale della viabilità di Mestre e l'allora Consorzio di Bonifica Dese Sile (ora Acque Risorgive), per l'affidamento a quest'ultimo di: progettazione, appalto, direzione lavori, contabilizzazione, nonché espletamento della procedura di espropriazione per pubblica utilità con delega dei relativi poteri ai sensi dell'articolo 6 comma 8 del DPR 327/2001, relativamente alla realizzazione di opere idrauliche interferenti con l'Autostrada A4 - Passante di Mestre;

*(omissis)*

ordina

ai sensi dell'art. 20.14 e 20.12 (solo per la ditta 12) ed ai sensi dell'art. 26 DPR 327/01, per le motivazioni in premessa indicate, il deposito di complessivi € 6.154,00.= presso la Cassa Depositi e Prestiti relativamente alla indennità di espropriazione determinata in via d'urgenza ai sensi dell'art. 22 DPR n. 327/201, a seguito della mancata condivisione della stessa da parte delle ditte espropriate così come specificato di seguito.

Il capo ufficio catasto espropri p.a.  
Denis Buoso

[Torna al sommario](#)

## PROVINCIA DI VENEZIA

**Decreto n. 1 del 23 gennaio 2013**

**Decreto di esproprio definitivo - 1° stralcio. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (SP n° 28), II° lotto in comune di Dolo, e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino.**

Il Dirigente

Premesso che:

- con deliberazione della Giunta Provinciale n° 2009/208 del 7/10/2009, è stato approvato il progetto definitivo per i lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in Via Cazzaghetto (S.P. n. 28), II° lotto in Comune di Dolo, e integrazione con tratto tra Via Chiesa e Via Arino;
- con lo stesso provvedimento è stata dichiarata la pubblica utilità con sospensiva ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. 327/2001, fino all'approvazione della variante urbanistica da parte del Consiglio Comunale competente;
- con atto del Consiglio Comunale di Dolo, n° 84 del 22/12/2009, è stata approvata la variante urbanistica relativa ai lavori di cui sopra, esecutiva in termini di legge;

Verificato che:

- non è scaduto il termine di efficacia della dichiarazione della pubblica utilità;
- sono state rispettate le procedure di partecipazione degli interessati previste dall'art. 16, e di avviso dell'art. 17 del D.P.R. n. 327/2001, Testo Unico in materia di Espropriazione;

Dato atto che:

- con decreto, n. 2011/217 del 24/10/2011, emesso dal Dirigente del Settore Viabilità ai sensi dell'art 22 bis del D.P.R. 327/2001 e s.m.i., veniva determinata l'indennità provvisoria da proporre alle ditte espropriate;
- Il citato Decreto è stato notificato a tutti i proprietari secondo i disposti previsti dall'art. 20 del D.P.R. n. 327/2001;
- Accertato l'avvenuto pagamento delle ditte che hanno accettato l'indennità proposta;
- Richiamata l'ordinanza di deposito n. 2012/1 emessa dal Dirigente del Settore Viabilità in data 10/01/2012, con la quale è stato ordinato il deposito delle indennità delle ditte che non hanno accettato l'indennità proposta;
- Accertato l'avvenuto deposito delle indennità presso la Tesoreria Provinciale dello Stato, Sezione di Venezia;
- Considerato che ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 327/2001, nessuna ditta ha nominato il tecnico di parte incaricato alla determinazione in via definitiva l'indennità di espropriazione;
- Ritenuto che, data la regolarità degli atti prodotti e della procedura seguita, si possa accogliere la richiesta di emissione del decreto di esproprio definitivo posta dal dirigente del servizio manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico;

Visti:

- il D.P.R. 8 giugno 2001, n. 327 s.m.i.;
- il D.L.vo 267/2000;

decreta

Art. 1) Sono definitivamente espropriati a favore della Provincia di Venezia, C.F. 80008840276, con sede in San Marco 2662, Venezia, i beni immobili siti nel Comune censuario di Dolo, necessari ai lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in Via Cazzaghetto (S.P. n. 28), II° lotto in Comune di Dolo, e integrazione con tratto tra Via Chiesa e Via Arino, di proprietà delle ditte, i cui dati identificativi sono dettagliati nell'allegato prospetto.

Art. 2) I beni immobili, indicati nel suddetto allegato prospetto, passano all'Ente espropriante, dalla data del presente decreto, liberi da ogni peso e vincolo gravante su di essi.

Art. 3) Il presente decreto sarà:

- inviato al Presidente della Giunta Regionale del Veneto;
- pubblicato all'Albo Pretorio della Provincia di Venezia e, a cura dell'Ente espropriante, pubblicato all'Albo del Comune in cui insistono i beni oggetto del procedimento;
- a cura e spese dell'Ente espropriante, registrato, notificato agli interessati, ad ognuno per la propria competenza, nelle forme previste per la notifica degli atti processuali civili e trascritto, in esenzione di bollo ai sensi dell'art. 22 della legge n° 642/72, presso il competente Ufficio dei Registri Immobiliari.

Il Dirigente del settore manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico  
ing. Grosso Alessandra

[Torna al sommario](#)

## PROVINCIA DI VENEZIA

**Decreto n. 2 del 23 gennaio 2013****Decreto di esproprio definitivo - 2° stralcio. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (sp. 28), Il lotto in comune di Dolo, e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino.**

Il Dirigente

Premesso che:

- con deliberazione della Giunta Provinciale n° 2009/208 del 7/10/2009, è stato approvato il progetto definitivo per i lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in Via Cazzaghetto (S.P. n. 28), II° lotto in Comune di Dolo, e integrazione con tratto tra Via Chiesa e Via Arino;
- con lo stesso provvedimento è stata dichiarata la pubblica utilità con sospensiva ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. 327/2001, fino all'approvazione della variante urbanistica da parte del Consiglio Comunale competente;
- con atto del Consiglio Comunale di Dolo, n° 84 del 22/12/2009, è stata approvata la variante urbanistica relativa ai lavori di cui sopra, esecutiva in termini di legge;

Verificato che:

- non è scaduto il termine di efficacia della dichiarazione della pubblica utilità;
- sono state rispettate le procedure di partecipazione degli interessati previste dall'art. 16, e di avviso dell'art. 17 del D.P.R. n. 327/2001, Testo Unico in materia di Espropriazione;

Dato atto che:

- con decreto, n. 2011/217 del 24/10/2011, emesso dal Dirigente del Settore Viabilità ai sensi dell'art 22 bis del D.P.R. 327/2001 e s.m.i., veniva determinata l'indennità provvisoria da proporre alle ditte espropriate;
- il citato Decreto è stato notificato a tutti i proprietari secondo i disposti previsti dall'art. 20 del D.P.R. n. 327/2001;
- Accertato l'avvenuto pagamento delle ditte che hanno accettato l'indennità proposta;
- Richiamata l'ordinanza di deposito n. 2012/1 emessa dal Dirigente del Settore Viabilità in data 10/01/2012, con la quale è stato ordinato il deposito delle indennità delle ditte che non hanno accettato l'indennità proposta;
- Accertato l'avvenuto deposito delle indennità presso la Tesoreria Provinciale dello Stato, Sezione di Venezia;
- Considerato che ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 327/2001, nessuna ditta ha nominato il tecnico di parte incaricato alla determinazione in via definitiva l'indennità di espropriazione;
- Ritenuto che, data la regolarità degli atti prodotti e della procedura seguita, si possa accogliere la richiesta di emissione del decreto di esproprio definitivo posta dal dirigente del servizio manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico;

Visti:

- il D.P.R. 8 giugno 2001, n. 327 s.m.i.;
- il D.L.vo 267/2000;

decreta

Art. 1) Sono definitivamente espropriati a favore della Provincia di Venezia, C.F. 80008840276, con sede in San Marco 2662, Venezia, i beni immobili siti nel Comune censuario di Dolo, necessari ai lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in Via Cazzaghetto (S.P. n. 28), II° lotto in Comune di Dolo, e integrazione con tratto tra Via Chiesa e Via Arino, di proprietà delle ditte, i cui dati identificativi sono dettagliati nell'allegato prospetto.

Art. 2) I beni immobili, indicati nel suddetto allegato prospetto, passano all'Ente espropriante, dalla data del presente decreto, liberi da ogni peso e vincolo gravante su di essi.

Art. 3) Il presente decreto sarà:

- inviato al Presidente della Giunta Regionale del Veneto;
- pubblicato all'Albo Pretorio della Provincia di Venezia e, a cura dell'Ente espropriante, pubblicato all'Albo del Comune in cui insistono i beni oggetto del procedimento;
- a cura e spese dell'Ente espropriante, registrato, notificato agli interessati, ad ognuno per la propria competenza, nelle forme previste per la notifica degli atti processuali civili e trascritto, in esenzione di bollo ai sensi dell'art. 22 della legge n° 642/72, presso il competente Ufficio dei Registri Immobiliari.

Il Dirigente del settore manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico  
ing. Grosso Alessandra[Torna al sommario](#)

## PROVINCIA DI VENEZIA

**Decreto n. 3 del 4 febbraio 2013**

**Decreto di asservimento definitivo. Ente espropriante: Provincia di Venezia. Lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in via Cazzaghetto (sp n° 28), II° lotto in comune di Dolo e integrazione con tratto tra via Chiesa e via Arino.**

Il Dirigente

Premesso che:

- con deliberazione della Giunta Provinciale n° 2009/208 del 7/10/2009, è stato approvato il progetto definitivo per i lavori di adeguamento e realizzazione di un percorso ciclabile in Via Cazzaghetto (S.P. n. 28), II° lotto in Comune di Dolo, e integrazione con tratto tra Via Chiesa e Via Arino;

- con lo stesso provvedimento è stata dichiarata la pubblica utilità con sospensiva ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. 327/2001, fino all'approvazione della variante urbanistica da parte del Consiglio Comunale competente;

- con atto del Consiglio Comunale di Dolo, n° 84 del 22/12/2009, è stata approvata la variante urbanistica relativa ai lavori di cui sopra, esecutiva in termini di legge;

Verificato che:

- non è scaduto il termine di efficacia della dichiarazione della pubblica utilità;

- sono state rispettate le procedure di partecipazione degli interessati previste dall'art. 16, e di avviso dell'art. 17 del D.P.R. n. 327/2001, Testo Unico in materia di Espropriazione;

Dato atto che:

- con decreto, n. 2011/217 del 24/10/2011, emesso dal Dirigente del Settore Viabilità ai sensi dell'art 22 bis del D.P.R. 327/2001 e s.m.i., veniva determinata l'indennità provvisoria da proporre alle ditte asservite ed espropriate;

- il citato Decreto è stato notificato a tutti i proprietari secondo i disposti previsti dall'art. 20 del D.P.R. n. 327/2001;

Accertata l'avvenuta liquidazione delle indennità d'asservimento alle ditte interessate dai lavori in questione;

Ritenuto che, data la regolarità degli atti prodotti e della procedura seguita, si possa accogliere la richiesta di emissione del decreto di asservimento definitivo posta dal dirigente del servizio manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico;

Richiamata La legge Regionale del 21 maggio 2004, n° 13 con la quale sono state delegate le funzioni amministrative concernenti l'espropriazione per pubblica utilità;

Richiamata altresì la delibera di Giunta Provinciale n° 2003/00290 di verb. del 7/10/2003, esecutiva ai sensi di legge, con la quale sono stati attribuiti i poteri di cui al 2° c. dell'art. 6 del D.P.R. 327/2001.

decreta

Art. 1) vengono istituite, per la realizzazione delle opere di cui in premessa, sui beni di seguito descritti e come meglio specificato in dettaglio, servitù idrauliche e di passaggio, a favore del Comune di Dolo, sede in Dolo (VE):

1) DITTA: Salviato Claudio - Salviato Donatella

Istituzione del diritto di servitù idraulica e di passaggio.

Per quanto riguarda il tratto di canale tombinato con tubo di diametro 140 cm, il diritto di servitù idraulica e di passaggio viene istituito lungo il confine ovest dell'intero lotto censito catastalmente al mapp. 206 Foglio 4 di Dolo, per una fascia di ml 3,50.

Di seguito viene indicato l'immobile e l'esatta superficie asservita, la stessa è evidenziata nell'allegata planimetria la quale è parte integrante del presente Decreto.

2) DITTA: Levorato Mirella Tatiana

Istituzione del diritto di servitù idraulica e di passaggio.

Per quanto riguarda il tratto di canale tombinato con tubo di diametro 140 cm, realizzato in area espropriata lungo il confine ovest dell'intero lotto censito catastalmente al mapp. 909 (ex 783) Foglio 4 di Dolo, il diritto di servitù di passaggio viene istituito adiacente all'area espropriata, per una fascia di ml 4,00 al fine di consentire le operazioni di manutenzione ai manufatti.

In prosecuzione a detta servitù, per il tratto di canale tombinato con tubo di diametro 140 cm, viene istituita servitù idraulica e di passaggio insistente per una fascia di ml 5,00 nel lotto censito catastalmente al mapp. 18 Foglio 4 di Dolo.

Di seguito vengono indicati gli immobili e l'esatta superficie asservita, la stessa è evidenziata nell'allegata planimetria la quale è parte integrante del presente Decreto.

Art. 2) Il presente decreto sarà inviato al Presidente della Giunta Regionale del Veneto, pubblicato all'Albo Pretorio della Provincia di Venezia e, a cura dell'Ente asservente, verrà pubblicato all'Albo del Comune in cui insistono i beni oggetto del procedimento;

Art. 3) Il presente atto, a cura e spese dell'Ente asservente, sarà registrato e notificato agli interessati nelle forme previste per la notifica degli atti processuali civili e trascritto, presso il competente Ufficio dei Registri Immobiliari, in esenzione di bollo ai sensi dell'art. 22 della legge n° 642/72;

Il Dirigente del settore manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico  
ing. Grosso Alessandra

## Statuti

COMUNE DI COLOGNA VENETA (VERONA)

**Delibera Consiglio comunale n. 5 del 29 gennaio 2013**

**Proposta di modifica dello Statuto Comunale ad iniziativa dei consiglieri Boscagin Piergiorgio Agostino, Febi Davide, Trevisan Emanuela: introduzione art. 25 avente ad oggetto “Commissioni consiliari e commissioni speciali”.**

### Articolo 25 - Commissioni Consiliari e Speciali

1. Il Consiglio Comunale può istituire Commissioni consiliari consultive competenti per materia o per settori organici di materie.
2. Con la deliberazione di istituzione saranno determinati i poteri delle Commissioni e la composizione, nel rispetto del criterio proporzionale, le competenze, il funzionamento, la possibilità di partecipazione di esperti esterni e le forme di pubblicità.
3. Il Consiglio comunale può istituire Commissioni temporanee o speciali per lo studio di materie di particolare rilevanza o complessità.

Il Responsabile del Settore Affari Generali  
Dott. Roberto Nordio

[Torna al sommario](#)

## Trasporti e viabilità

COMUNE DI GAZZO VERONESE (VERONA)

**Decreto n. 1 del 18 febbraio 2013**

**Declassificazione e sdemanializzazione di aree nel territorio comunale.**

Il Responsabile del Settore Tutela Territorio e Ambiente

I) Vista la deliberazione di Consiglio Comunale n. 44 in data 19 dicembre 2012 di approvazione del piano delle alienazioni e valorizzazioni immobiliari per l'anno 2013, nel quale è previsto l'alienazione dell'area in frazione Corezzo via Cavour, distinta al Catasto Terreni foglio 29 mappale del Demanio comunale di mq. 17,00;

II) Visto l'art. 2 del Nuovo Codice della Strada, approvato con D.lgs. 30 aprile 1992 n. 285, come modificato dall'art. 1 del D.lgs. 10 settembre 1993 n. 360, in merito alla disciplina per la classificazione e la declassificazione delle strade;

III) Visti gli articoli 2, 3 e 4 del Regolamento di esecuzione del Nuovo Codice della Strada, approvato con D.P.R. 16 settembre 1996 n. 810, in merito alle procedure da adottare per la classificazione e la declassificazione delle strade;

IV) Visto il D.lgs. 31 marzo 1998 n. 112, "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed Enti Locali", in attuazione del Capo I della legge 15.3.1997, n. 59 e successive modificazioni e integrazioni;

V) Vista la Legge Regionale 13 aprile 2001 n. 11 ed, in particolare, l'art. 94, comma 2, che delega ai Comuni le funzioni relative alla classificazione e alla declassificazione della rete viaria di propria competenza;

VI) Vista la deliberazione 3 agosto 2001, n. 2024, con la quale la Giunta Regione Veneto ha approvato le direttive concernenti le sopradette funzioni delegate;

VII) Visto il frazionamento a firma del geom. Peroni Moreno approvato dall'Agenzia del Territorio di Verona in data 19 dicembre 2012 prot. n. 2012/385624;

decreta

1) Le aree di seguito indicate sono declassificate ad aree non più soggette a pubblico transito e sono quindi sdemanializzate: N.C.T. Comune di Gazzo Veronese (VR), Foglio 10, Mappale n. 753 per mq. 17,00;

2) di dare atto che, in attuazione a quanto disposto dalla deliberazione di Consiglio Comunale n. 44 in data 19 dicembre 2012, le aree di cui al precedente punto 1) sono sdemanializzate e conseguentemente trasferite al patrimonio disponibile del Comune di Gazzo Veronese.

Il presente decreto, ai sensi dell'art. 3, 3° comma, del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495, come modificato dall'art. 2 del D.P.R. 16 settembre 1996 n. 610, avrà effetto dall'inizio del secondo mese successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

Il Responsabile del Settore Tutela Territorio e Ambiente  
arch. Ennio Mirandola

[Torna al sommario](#)

COMUNE DI ROMANO D'EZZELINO (VICENZA)

**Decreto Segretario generale del 31 gennaio 2013**

**Declassificazione relitto stradale sito nella laterale di viale Europa individuato catastalmente comune di Romano d'Ezzelino - sez. u - fg. 13° - mapp. 1763. - d.lgs. n. 285 del 30/04/1992 e s.m.i. (nuovo codice della strada).**

Il Segretario Generale

Visto l'art. 2 del Nuovo Codice della Strada, approvato con D.Lgs. 30/04/1992, n. 285 e s.m.i., in merito alla disciplina per la classificazione e declassificazione delle strade;

Visti gli artt. 2, 3, e 4 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada, approvato con D.P.R. 16/12/1992, n. 495 e s.m.i., in merito alle procedure da adottare per la classificazione e declassificazione delle strade;

Visto l'art. 94, commi 2 e 3, della L.R. N. 11 del 13/04/2001 e s.m.i., con i quali la Regione Veneto ha delegato alle Province ed ai Comuni le funzioni relative alla classificazione e declassificazione amministrativa della rete viaria di rispettiva competenza;

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale n. 42 del 27/10/2012, con le quali veniva deciso di procedere alla declassificazione del tratto di strada in oggetto allo scopo di alienarlo in quanto privo di rilevanza ai fini del pubblico interesse;

Preso atto che detto relitto stradale, catastalmente individuato al fg. 13° di questo comune, mapp. 1763 (vedi tipo frazionamento approvato dall'Agenzia del Territorio di Vicenza prot. 2013/VI0002288 in data 08/01/2013), occupa una superficie complessiva di mq. 120,00 e attualmente non ha più le caratteristiche e l'interesse di pubblica viabilità.

Considerato, pertanto, che il tratto stradale di cui trattasi non corrisponde più agli scopi funzionali richiesti dalla normativa in vigore e non possiede più i requisiti e le caratteristiche tecniche di strada classificabile ai sensi dell'art. 2, c. 5 del Nuovo Codice della Strada;

decreta

1. il relitto stradale sito in comune di Romano d'Ezzelino (VI), nella laterale di viale Europa catastalmente individuato al fg. 13° - mapp. 1763, come meglio identificato in premessa, è declassificato ad area non soggetta al pubblico transito e quindi sdemanzializzato;

2. eventuale ricorso avverso al presente provvedimento potrà essere presentato al T.A.R. del Veneto entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. della Regione Veneto;

3. il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto ed avrà inizio dal secondo mese successivo a quello della sua pubblicazione.

Il Segretario generale  
dott. Fulvio Brindisi

[Torna al sommario](#)

## PROVINCIA DI VENEZIA

**Determinazione n. 179 prot. 2013/7996 del 25 gennaio 2013****Declassificazione e cessione al demanio del Comune di Pianiga il tratto di SP 28 "Cazzago - Mellaredo" dal Km 4+076 al Km 6+226 (Via Roma) dall'incrocio con la SP 25 (Via Marinoni) all'incrocio con la SP 34 (Via Accoppè).**

Il Dirigente

Visti:

- i. L'art. 2 e l'art. 4 del D.Lgs. 30.04.1992 n. 285 "Nuovo codice della strada";
- ii. L'art. 4 del D.P.R. 12.12.1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del codice della strada";
- iii. i commi 2 e 3 dell'art. 94 della L.R. 13 aprile 2001, n. 11 che delega alle Province e ai Comuni le funzioni relative alla classificazione e declassificazione amministrativa delle strade di rispettiva competenza in attuazione al D.Lgs. 31.03.1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59";
- iv. il Decreto del 5 novembre 2001 "Norme funzionali e geometriche per la costruzione delle strade" emanato dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti;

premessi che:

- i. la deliberazione di Giunta Provinciale n. 2005/00231 del 30/08/05 avente ad oggetto "Atto di indirizzo della Giunta Provinciale. D.L. 30/04/92 n° 285 e D.P.R. 16/12/92 n° 495 - Centri abitati";
- ii. con Deliberazione di Giunta n. 132 del 30/11/2006 il Comune Pianiga ha approvato ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 30.04.1992 n. 285 "Nuovo codice della strada" la delimitazione dei centri abitati del proprio territorio comunale;
- iii. detta delimitazione evidenzia in particolare il centro abitato con popolazione superiore ai 10.000 abitanti e precisamente nel tratto di S.P. n. 28 "Cazzago -Mellaredo" dal Km 4+ 076 al Km 6+226;

vista:

- i. la deliberazione di Consiglio Provinciale n. 47 del 16/04/2009 avente ad oggetto "...omissis.....Declassamento Strada Provinciale SP 28 dal Km 5+350 al Km 4+ 076 in Comune di Pianiga, approvazione di convenzione e verbale di consegna";
- ii. la deliberazione del Consiglio Comunale di Pianiga n. 58 del 14.12.2011 avente ad oggetto "Acquisizione strada Provinciale SP 28 dall'incrocio con la SP 25 Marinoni al km 5+350 all'incrocio con la SP 34 via Accoppè Fratte al km 4+076 costituenti sedime e pertinenze di strade a uso pubblico e loro classificazione al patrimonio indisponibile del Comune";

constatato che:

- i. con verbale di consegna sottoscritto in data 06.11.2012, prot n° 98092, pari data, dalla Provincia di Venezia e dal Comune di Pianiga si è trasferito il tronco di strada ricadente all'interno del Centro Abitato e precisamente: S.P. 28 "Cazzago - Mellaredo" dal Km 4+076 al Km 6+226 (via Roma) dall'incrocio con la S.P. 25 (Via Marinoni) all'incrocio con la S.P.34 (via Accoppè);
- Ritenuto pertanto che nulla osta alla declassificazione della porzione di sedime stradale sopra descritto;

visto:

- i. il D.L.vo n. 267 del 18/08/2000 e s.m.i.;
- ii. il vigente Statuto della Provincia di Venezia;

## D E T E R M I N A

- i. di declassificare e cedere al demanio del Comune di Pianiga il tratto della S.P.28 specificato in narrativa ed evidenziato in tratteggio con colore "ocra" nella planimetria allegata al verbale sottoscritto in data 06.11.2012 depositato agli atti del Servizio Manutenzione e Sviluppo del Sistema Viabilistico della Provincia di Venezia;
- ii. di aggiornare l'elenco delle strade provinciali escludendovi il tratto di S.P.28 in parola;
- iii. di trasmettere l'informazione all'Archivio nazionale delle strade ai sensi dell'art. 226 del D.Lgs. 30.04.1992 n. 285;
- iv. di provvedere ai sensi della deliberazione di Giunta Regionale del Veneto n. 2042 del 3.08.2001 alla pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto;
- v. di dare atto che la presente determinazione, ai sensi dell'art. 3 - 3° comma del D.P.R. 16.12.1995, n. 495 come modificato dall'art. 2 del D.P.R. 16.09.1996, n. 610, avrà effetto dall'inizio del secondo mese successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

Il Dirigente del settore manutenzione e sviluppo del sistema viabilistico  
ing. Grosso Alessandra