Sped. abb. post. 70% DBC. PADOVA

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE DEL VENETO

Venezia, martedì 17 gennaio 2012 Anno XLIII - N. 6

Le "Tegnùe", (Veneto), Cnidario – Leptopsammia pruvoti.
Il Madreporario solitario giallo o madrepora gialla *(Leptopsammia pruvoti)* è un esacorallo della famiglia delle Dendrophylliidae. Di colore che va dal giallo all'arancio intenso misura al massimo 8 cm di altezza. È presente nel Mar Mediterraneo dove predilige i fondali rocciosi poco illuminati ed esposti alla corrente. Nell'alto Adriatico se ne possono trovare nelle "Tegnùe", aree a tutela biologica al largo di Chioggia e Caorle, caratterizzate da infiorescenze simili alle scogliere coralline.

(Foto Piero Mescalchin)

AVVISO AI LETTORI

Si avvisano i signori lettori che, in applicazione della legge regionale n. 29 del 27 dicembre 2011, pubblicata nel BUR n. 99 del 30 dicembre 2011, il Bollettino ufficiale verrà redatto, a partire dal 1° giugno 2012, esclusivamente in forma telematica e diffuso gratuitamente.

Gli abbonamenti, a partire da tale data, non saranno più rinnovati.

Per maggiori informazioni si veda l'ultima pagina del Bollettino ufficiale relativa a "Informazioni sul Bollettino ufficiale – Abbonamenti"

SOMMARIO

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 13 gennaio 2012, n. 4
Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio, riduzione e semplificazione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali. 8

PARTE SECONDA

Sezione prima

DECRETI DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. **227** del 20 dicembre 2011 [6.12]
Costituzione della Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali (art. 6, Lr n. 3/2009). Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 262 del 24/11/2010: sostituzione membro effettivo designato da Uil Unione regionale Veneto. 14
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **228** del 20 dicembre 2011 [0.7]
Nomina del Consiglio di Programmazione e Indirizzo della Scuola regionale veneta per la sicurezza e la polizia locale. Legge regionale 23 novembre 2006, n. 24, art. 3, comma 1. 14
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **229** del 20 dicembre 2011 [2.4]
Nomina di un Rappresentante regionale nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione Rovigo Cultura. 15
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **230** del 27 dicembre 2011 [5.11]
Designazioni di competenza regionale del componente del Collegio dei Revisori della Fondazione I.R.C.C.S. "Ospedale San Camillo" - Venezia. 15
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **231** del 27 dicembre 2011 [1.20]
Comitato regionale per la concertazione in agricoltura - Tavolo Agroalimentare - Legge regionale 9 agosto 1999 n. 32 - Art. 3 - 9^ legislatura - Nomina componenti. 16
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **232** del 27 dicembre 2011 [4.19]
Ordinanza n. 3592 del 29.05.2007. Unità di Progetto Genio civile di Padova. Primi interventi urgenti di Protezione Civile diretti a fronteggiare i danni conseguenti agli eccezionali eventi alluvionali che hanno colpito il territorio della Regione Veneto nei giorni dal 14 al 17 settembre 2006. Intervento "Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova". CUP H99H08000010001 - CIG 0231982D96. Importo complessivo progetto € 600.000,00. Liquidazione finale con accertamento economie..... 18
[Protezione civile e calamità naturali]

n. **233** del 27 dicembre 2011 [5.5]
Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, istituito ai sensi dell'art. 44 del Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Sostituzione componente Università degli Studi di Padova. 20
[Designazioni, elezioni e nomine]

n. **234** del 30 dicembre 2011 [3.8]
Accordo di Programma ai sensi art 32 Lr 29 novembre 2001, n. 35 tra Regione Veneto, Provincia di Venezia, Comuni di Dolo e Pianiga, Veneto City Spa per l'attuazione organica e coordinata del polo del terziario di scala sovraregionale per la localizzazione di centri direzionali e strutture centrali di grandi imprese. (art. 32 Lr 35/2001). 21
[Urbanistica]

n. **235** del 30 dicembre 2011 [0.9]
Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 - Proroga Organismo Indipendente di Valutazione. 31
[Designazioni, elezioni e nomine]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE RELAZIONI INTERNAZIONALI

n. **294** del 26 ottobre 2011
Programma «Plasepri - Plateforme d'Appui au Secteur Privé et à la Valorisation de la Diaspora Sénégalaise en Italie». Progetto "PLENI - PLASEPRI En Italie". Impegno di spesa e affidamento dell'incarico di coordinatore operativo. Dgr n. 3329 in data 30.12.2 31
[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELL'UNITÀ DI PROGETTO RICERCA E INNOVAZIONE

n. **72** del 3 agosto 2011
Progetto "PERIA - Partnership on European Regional Innovation Agencies", finanziato nell'ambito del programma UE "Interreg IVC". Assunzione impegno di spesa per il compenso del collaboratore dott.ssa Laura Mirandola..... 32
[Consulenze e incarichi professionali]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO

n. **89** del 24 ottobre 2011
Richiedente: Ditta Giama Spa - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 1345 del 3/08/2011

per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nei Comuni di Ponzano Veneto e Villorba (Tv). 32
[Energia e industria]

n. **94** del 4 novembre 2011
Richiedente: Società Agricola Berteggia Leandro e Michele - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 655 del 17.05.2011 per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nel Comune di Correzzola (Pd). 33
[Energia e industria]

n. **95** del 4 novembre 2011
Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta - Autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza 907,20 kWp nel Comune di Cavarzere (Ve) ai sensi dell'articolo 12, commi 3 e 4, del Decreto Legislativo 29 dicembre 2003, n. 387. Volturazione. 33
[Energia e industria]

n. **98** del 8 novembre 2011
Società "Profitto e Futuro" Srl - Autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza 984 kWp nel Comune di Merlara (Pd) ai sensi dell'articolo 12, commi 3 e 4, del Decreto Legislativo 29 dicembre 2003, n. 387. Volturazione e precisazione. 34
[Energia e industria]

n. **114** del 2 dicembre 2011
Richiedente: Dieci Prese S.a.s. di Putti Maria Antonietta & C. Società Agricola. - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 2438 del 14.10.2010 per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nel Comune di Cona (Ve). 35
[Energia e industria]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO

n. **376** del 7 novembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta concessione di derivazione d'acqua dal Canale della Polveriera ad uso idroelettrico in Comune di Treviso". Presa d'atto del Parere n. 5 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010. 35
[Difesa del suolo]

n. **377** del 7 novembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Orsolina" Presa d'atto del Parere n. 1 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010. 35
[Difesa del suolo]

n. **378** del 7 novembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Ortiè" Presa d'atto del Parere n. 2 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010. 36
[Difesa del suolo]

n. **396** del 10 novembre 2011
Dgr n. 989 del 5/07/2011- Primi interventi di mitigazione del rischio idraulico mediante la realizzazione di bacini di laminazione. Progetto preliminare dell'intervento di "Realizzazione di un'opera di invaso sul torrente Tesina in località Marola del Comune di Torri di Quartesolo (VI)" - (ID Piano 761). Approvazione dello schema del Protocollo d'intesa per la redazione del progetto preliminare..... 36
[Difesa del suolo]

n. **413** del 22 novembre 2011
Lr 14.1.2003, n. 3 art. 47. Programma straordinario triennale degli interventi di difesa idrogeologica. Interventi nel settore della rete idraulica regionale minore. Annualità 2008 - Dgr n. 2916 del 14.10.2008. Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta. Interventi urgenti relativi a fenomeni di allagamento in Comune di Minerbe. Lavori: messa in sicurezza del sistema Morando in Comune di Minerbe (Vr), località Borzelè, Suppiavento ed altre. Importo progetto: € 700.000,00= Importo finanziato: € 700.000,00= Approvazione progetto definitivo autorizzazione ai sensi dell'art. 146 del D. Lgs. n. 42/2004. 36
[Difesa del suolo]

n. **414** del 22 novembre 2011
D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici - "Impianto Idroelettrico presso il sostegno "Oleificio" del fiume Fibbio in loc. Ferrazze del Comune di San Martino Buon Albergo". Presa d'atto del Parere n. 1 del 15 luglio 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 37
[Difesa del suolo]

n. **415** del 22 novembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal fiume Sile ad uso idroelettrico in località Canizzano - Via Mure in Comune di Treviso". Presa d'atto del Parere n. 4 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010. 38
[Difesa del suolo]

n. **416** del 22 novembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Cridola". Presa d'atto del Parere n. 3 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica

per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010. 38
[Energia e industria]

n. **422** del 24 novembre 2011
Legge 03.08.1998, n. 267 - Dgr 1022 del 18/03/2005. Programma di interventi urgenti per la riduzione del rischio idrogeologico della Regione del Veneto. Studio di prefattibilità relativo ai possibili interventi di mitigazione per gli scenari di rischio geologico, idraulico e di consolidamento dell'abitato di Perarolo di Cadore (Bl). Affidamento dell'incarico di studio, approvazione dello schema di convenzione e impegno di spesa per l'importo di € 47.819,20. CUP H74C11000070001. CIG 35643144F5. 38
[Difesa del suolo]

n. **467** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal torrente Rite in Comune di Cibiana di Cadore (Bl)". Presa d'atto del Parere n. 2 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 39
[Energia e industria]

n. **468** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Impianto idroelettrico sul torrente Senaiga, in territorio del Comune di Lamon (Bl)" Presa d'atto del Parere n. 1 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 39
[Energia e industria]

n. **469** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal torrente Mareson, in territorio del Comune di Forno di Zoldo (Bl)". Presa d'atto del Parere n. 3 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 Del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 39
[Energia e industria]

n. **470** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico in località Ponte della Muda in Comune di Cordignano (Tv)". Presa d'atto del Parere n.7 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 40
[Energia e industria]

n. **471** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dalla Roggia Contarina, in località Opifici Minori in Comune di Piazzola sul Brenta (Pd)". Presa d'atto del Parere n. 6 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 40
[Energia e industria]

n. **472** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dalla Roggia Contarina, in località Fabbrica concimi in Comune di Piazzola sul Brenta (Pd)". Presa d'atto del Parere n. 5 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 40
[Energia e industria]

n. **473** del 20 dicembre 2011
D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richieste di concessione di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal fiume Fibbio, in località Montorio, in prossimità della sorgente Fontanone in Comune di Verona". Presa d'atto del Parere n. 4 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010. 41
[Energia e industria]

n. **525** del 29 dicembre 2011
Ordinanza Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3276 del 28.03.2003. Deliberazione Della Giunta regionale n. 3941 del 10 Dicembre 2004. Primi interventi urgenti di protezione civile diretti a fronteggiare i danni conseguenti agli eventi atmosferici che hanno colpito dei mesi di luglio e agosto 2002. Protezione Civile - Piano di coordinamento degli interventi per la riduzione del rischio ed il ripristino delle normali condizioni: "interventi Straordinari". Consorzio di Bonifica Brenta (ex gestione Pedemontano Brenta) - Cittadella (Pd). "Sistemazione e ricalibratura collettore di scarico Scolo Pieve con realizzazione di un nuovo scolmatore per un tratto di circa 1.500 metri nei Comuni di Campo San Martino e Curtarolo (Pd)". Importo finanziato € 1.160.000,00. Accertamento della spesa effettivamente sostenuta, determinazione del contributo definitivo e liquidazione del saldo all'Ente Concessionario "Consorzio di Bonifica Brenta". 41
[Protezione civile e calamità naturali]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE LAVORI PUBBLICI

n. **1992** del 27 dicembre 2011
Progetto CULTEMA - Programma "Sud Est Europa" (SEE) 2007-2013. Affidamento incarico attività di controllo

di primo livello esterno ai sensi dell'art. 125, c. 11 del D.lgs n. 163/2006. CIG Z830279528. 41
[Consulenze e incarichi professionali]

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE FOMAZIONE

n. **932** del 21 dicembre 2011
Attività formativa dei Centri di Formazione Professionale trasferiti alle Province dall'1.9.2001. Variazioni al piano dell'offerta formativa della Provincia di Verona e rettifiche interventi della Provincia di Venezia. 43
[Formazione professionale e lavoro]

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

n. **2206** del 20 dicembre 2011 [3.6]
Informazione all'utenza sulle diverse forme di mobilità di cui all'art. 27 della Lr 09/02/2001 n. 5. Concessione contributo alla Società Nuovi Impianti Sportivi Srl. 44
[Trasporti e viabilità]

n. **2225** del 20 dicembre 2011 [4.18]
Azioni regionali per il perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale: interventi per l'adeguamento alla Direttiva 2000/60/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2000, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria in materia di acque. Affidamento a Veneto Acque Spa, della realizzazione di alcune iniziative e del supporto tecnico scientifico alle attività della Direzione regionale Tutela Ambiente, servizio Sistema Idrico Integrato. 45
[Geologia, cave e miglioramenti fondiari]

n. **2332** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore". 47
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2333** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Lr 16 agosto 2002 n. 22.: Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa AMA" sito a Padova in via Antonio da Muraro, 18. 56
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2334** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Lr 16 agosto 2002 n. 22.: Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa Amica" sito a Albignasego (PD) in Strada Battaglia, 57. .. 57
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2335** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Accreditamento istituzionale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana, con sede legale a Venezia - Mestre (VE), via Don Tosatto n. 147. Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22. 58
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2336** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Accreditamento istituzionale dell' Istituto Oncologico Veneto "IOV", con sede legale a Padova (PD), via Gattamelata n. 64. Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22. 59
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2337** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria. Dpcm 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"). 60
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2338** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 - specialistica ambulatoriale interna..... 64
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2339** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Azienda Sanitaria n. 12. Hospice: ricognizione e modalità di sviluppo dell'Offerta nell'ambito della vigente Programmazione socio sanitaria. 67
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2343** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Impegno di spesa a favore delle Aziende Ulss n. 6 e n. 20 per dall'affidamento delle procedure indicate negli Accordi Integrativi Regionali per i rapporti con i medici di medicina generale e con i medici pediatri di libera scelta. Contributo alle spese derivanti dall'attività 2011..... 69
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2344** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Indicatori di attività per le unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale (Lr 16 agosto 2002, n. 22: Dgr n. 1616/2008 e successive modificazioni). 69
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2345** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Medicine di gruppo integrate ex Dgr n. 1666/2011. Progetto dell'Azienda Sanitaria n. 5..... 72
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2346** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Modifica delle procedure autorizzative delle decisioni assunte dalla Commissione tecnica regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto (PTORV) e dalla Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM). 73
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2350** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Revisione della pianta organica delle farmacie dei Comuni delle Aziende Ulss n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona per il biennio 2008/2009. Delibera Cr n. 94 del 6.9.2011..... 75
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2354** del 29 dicembre 2011 [5.4]
Art. 26 L. 14/09/1994 n. 56 - Dgr n. 1455 del 6/06/2008. Autorizzazioni di acquisizioni di "Grandi Apparecchiature" sottoposte a parere di congruità della Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) nella seduta del giorno 29/11/2011..... 78
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2355** del 29 dicembre 2011 [5.4]
Piano di approvvigionamento delle risorse informatiche per i sistemi afferenti alla Segreteria regionale per la Sanità - dicembre 2011 - dicembre 2014..... 79
[Informatica]

n. **2356** del 29 dicembre 2011 [5.4]
Progetto "Diffusione firma digitale operatori sanitari (carta operatore)". Autorizzazione alla procedura negoziata ex art. 57, comma 2, lett. b), del D.lgs 163/2006 e s.m.i. per l'acquisizione di componenti tecnologiche ed organizzative ad integrazione del progetto originario..... 84
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2357** del 29 dicembre 2011 [5.8]
Affidamento alle aziende ed enti del SSR dell'attivazione e dell'organizzazione di corsi di formazione per il "Middle Management". Attribuzione di contributo. 86
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2359** del 29 dicembre 2011 [5.8]
Sanità. Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 28 novembre 2011. Conferma per l'anno 2012 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000. 87
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2361** del 29 dicembre 2011 [5.9]
Sviluppo e miglioramento delle attività dei Servizi di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di sanità animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss. Assegnazione degli importi - di cui alla Lr 16 agosto 2007 n. 23, art. 8, commi 2 e 3 - da riconoscere alle Aziende Ulss che nel 2009 hanno raggiunto gli obiettivi stabiliti dalla Giunta regionale. Impegno di spesa..... 88
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2362** del 29 dicembre 2011 [5.11]
Mobilità sanitaria interregionale - Accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci. Indicazioni e tetti accordi triennio anni 2007-2009 e anni 2010 e 2011. 92
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2363** del 29 dicembre 2011 [5.11]
Rimborso alle aziende sanitarie del Veneto degli oneri sostenuti per personale in servizio presso le strutture afferenti alla Segreteria per la Sanità. Impegno di spesa..... 93
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2364** del 29 dicembre 2011 [5.0]
"Sviluppo del sistema regionale e del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente" - riorganizzazione del modello per la gestione della sicurezza del paziente nel SSR - istituzione del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" presso l' Agenzia regionale Socio Sanitaria con decorrenza 1.1.2012. 96
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2366** del 29 dicembre 2011 [5.0]
Approvazione Piani di Attività 2011 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico regionale e ai Registri di patologia. 98
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2368** del 29 dicembre 2011 [5.0]
DgrV n. 861 del 21.06.2011 "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA). Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011". Approvazione progetti..... 125
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2369** del 29 dicembre 2011 [5.0]
Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.lgs 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del Dpcm 502/1995..... 130
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2371** del 29 dicembre 2011 [5.0]
Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dei dipendenti nel settore sanitario" a valere sul Programma Operativo Settoriale "Sviluppo risorse umane" 2007-2013 - Fse Romania, Asse Prioritario 2, Settore d'intervento 3.2": trasferimento all'Azienda Ulss n.20 Verona. 139
[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]

n. **2372** del 29 dicembre 2011 [5.4]
Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda Ulss 4 nelle fasi di gestione. 140
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2548** del 29 dicembre 2011 [0.9]
Organizzazione amministrativa della Giunta regionale. Attribuzione temporanea interim. Revisione delle aree di

coordinamento individuate con Dgr n. 2536 del 2/11/2010. Lr 10/1/1997, n. 1. 151
[Organizzazione amministrativa e personale regionale]

n. **2558** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente / sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente. Approvazione del piano di attività e del preventivo di spesa per il terzo anno di attività ai sensi della Dgr n. 2905 del 29 settembre 2009. 152
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2563** del 29 dicembre 2011 [5.5]
Progetto di esecuzione dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche - Legge regionale 27/2/2008, n. 1 - Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 - art. 92. Passaggio del progetto dalla fase sperimentale alla fase operativa.....156
[Sanità e igiene pubblica]

n. **2564** del 29 dicembre 2011 [4.23]
Intervento finanziario della Regione a favore di lavori di particolare interesse od urgenza di competenza di soggetti pubblici. Terzo programma di riparto 2011. (Lr n. 27/03, art. 53, comma 7). 159
[Opere e lavori pubblici]

(La dicitura fra parentesi quadre riportata in calce agli oggetti individua la materia. I codici numerici fra parentesi quadre riportati in testa agli oggetti individuano la Struttura regionale di riferimento. Si elencano di seguito i codici utilizzati nel presente Bollettino, *ndr).*

[0.7] Unità di progetto sicurezza urbana e polizia locale
[0.9] Direzione risorse umane
[1.20] Direzione piani e programmi settore primario
[2.4] Direzione attività culturali e spettacolo
[3.6] Direzione infrastrutture
[3.8] Direzione urbanistica e paesaggio
[4.18] Unità di progetto genio civile di Rovigo
[4.19] Unità di progetto protezione civile
[4.23] Direzione lavori pubblici
[5.0] Segreteria regionale per la sanità
[5.1] Unità complessa affari giuridico/amministrativi
[5.4] Direzione controlli e governo Ssr
[5.5] Direzione attuazione programmazione sanitaria
[5.8] Direzione personale Ssr
[5.9] Direzione prevenzione
[5.11] Unità di progetto Programmazione risorse finanziarie Ssr
[6.12] Direzione lavoro

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 13 gennaio 2012, n. 4

Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio, riduzione e semplificazione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

Art. 1
Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio e dell'assegno di reversibilità

1. A decorrere dalla decima legislatura, nell'ambito della disciplina di cui al titolo terzo della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni:
a) è abolito l'istituto dell'assegno vitalizio;
b) è abolito l'istituto dell'assegno di reversibilità;
c) è abrogato l'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9, e successive modificazioni.

Art. 2
Disposizioni transitorie in ordine all'applicazione della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. Per i consiglieri regionali eletti in una delle prime nove legislature continuano ad applicarsi le disposizioni relative all'istituto dell'assegno vitalizio e all'istituto dell'assegno di reversibilità.

2. I consiglieri regionali eletti in una delle prime nove legislature, che abbiano versato i contributi almeno per un quinquennio, hanno la facoltà di rinunciare definitivamente all'assegno vitalizio e di reversibilità, fermo restando il diritto alla percezione dell'assegno di fine mandato, e di ottenere la restituzione dei contributi versati ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9, e successive modificazioni, nella misura del 100 per cento, senza interessi legali. Tale facoltà si esercita, a pena di decadenza, prima di conseguire il pagamento dell'assegno vitalizio. L'Ufficio di presidenza definisce le modalità di richiesta e di restituzione dei contributi versati.

3. Per i consiglieri regionali eletti in una delle prime nove legislature e rieletti nella decima legislatura o in legislature successive, tale ulteriore esercizio del mandato non produce alcun ulteriore effetto giuridico ed economico in ordine all'istituto dell'assegno vitalizio e di reversibilità, ivi compreso l'obbligo del versamento della quota di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9, e successive modificazioni.

4. La restituzione di cui al comma 2 non può eccedere l'importo corrispondente agli ultimi quindici anni di contribuzione del consigliere.

Art. 3
Modifica dell'articolo 10 della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. All'articolo 10, comma 2, della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9, dopo le parole *"dell'indennità parlamentare"* sono aggiunte le parole *"alla data del 31 dicembre 2010, ridotta del 5 per cento"*.

Art. 4
Modifica dell'articolo 15 della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. All'articolo 15 della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 è aggiunto alla fine il seguente comma:

"La corresponsione dell'assegno vitalizio è sospesa anche su richiesta del titolare; l'assegno stesso è ripristinato a richiesta dell'avente titolo, senza diritto di rivalsa per il periodo di sospensione. L'Ufficio di Presidenza definisce termini e modalità per la presentazione di richiesta di sospensione dell'assegno vitalizio e di richiesta di ripristino della sua corresponsione.".

Art. 5
Modifica dell'articolo 19 bis della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. All'articolo 19 bis della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 è aggiunto il seguente comma:

"2 bis. A partire dalla decima legislatura regionale l'assegno di fine mandato è erogato ai consiglieri regionali che optano per tale trattamento e che versano la relativa quota mensile determinata dall'Ufficio di Presidenza.".

Art. 6
Modifica dell'articolo 1 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. Il comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituito:

"1. L'indennità di carica lorda spettante ai componenti

del Consiglio regionale è pari all'indennità di carica spettante ai consiglieri regionali alla data del 31 dicembre 2010.".

2. Il comma 2 dell'articolo 1 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituito:

"2. Spetta ai consiglieri regionali che svolgono le funzioni sottoelencate una indennità lorda di funzione pari all'indennità lorda di funzione spettante per le medesime funzioni alla data del 31 dicembre 2010 ridotta del 25 per cento:

a) Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale;
b) Vicepresidenti del Consiglio regionale e Vicepresidente della Giunta regionale;
c) altri membri della Giunta regionale;
d) Consiglieri Segretari del Consiglio regionale, Presidenti delle Commissioni consiliari permanenti, Presidenti dei Gruppi consiliari;
e) Vicepresidenti e Consiglieri Segretari delle Commissioni consiliari permanenti, revisori dei conti del Consiglio regionale, Vicepresidenti dei Gruppi consiliari.".

3. Dopo il comma 3 ter dell'articolo 1 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è aggiunto il seguente comma:

"3 quater. Le indennità di cui ai commi 1 e 2 sono aggiornate con deliberazione dell'Ufficio di presidenza in base all'indice medio del costo della vita accertato dall'ISTAT. L'aggiornamento non è computato fino al 31 dicembre 2013.".

Art. 7
Modifica dell'articolo 3 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. L'articolo 3 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituito:

"Art. 3
Diaria

1. Ai consiglieri regionali è corrisposta una diaria a titolo di rimborso delle spese sostenute per la partecipazione ai lavori degli organi consiliari e ad attività istituzionali nell'ambito del territorio regionale.

2. L'importo della diaria è determinato anche tenendo conto della distanza tra il luogo di residenza del consigliere regionale e la sede della Regione.

3. L'importo della diaria è ridotto per i Presidenti del Consiglio regionale e della Giunta regionale, gli altri membri dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale e gli altri membri della Giunta regionale che per le loro funzioni usufruiscono di mezzi di trasporto posti a loro disposizione dalla Regione.

4. L'importo della diaria è ridotto per i consiglieri in missione per la partecipazione ad attività istituzionali nel territorio regionale, su mandato formale del Presidente del Consiglio regionale, che per la missione usufruiscono di mezzi di trasporto posti a loro disposizione dalla Regione.

5. L'Ufficio di Presidenza emana disposizioni attuative delle norme di cui al presente articolo.".

Art. 8
Modifica dell'articolo 6 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. La rubrica dell'articolo 6 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituita:

"Art. 6 - Rimborso spese.".

Art. 9
Modifica dell'articolo 7 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. L'articolo 7 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituito:

"Art. 7
Commisurazione del trattamento indennitario all'effettiva partecipazione alle attività istituzionali

1. La diaria di cui all'articolo 3 è ridotta in caso di assenza dalle sedute degli organi cui appartengono i consiglieri.

2. In caso di mancata partecipazione del consigliere regionale, nella percentuale e nelle modalità stabilite dall'Ufficio di Presidenza, alle votazioni consiliari, è operata una trattenuta stabilita dall'Ufficio di Presidenza medesimo.

3. L'Ufficio di Presidenza emana disposizioni attuative delle norme di cui al presente articolo.".

Art. 10
Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni

1. Il comma 1 bis dell'articolo 9 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 è così sostituito:

"1 bis. Le somme di cui all'articolo 3 rientrano tra i rimborsi spese di cui all'articolo 52, comma 1, lettera b), primo capoverso, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" e successive modificazioni.".

Art. 11
Modifica dell'articolo 5 della legge regionale 27 novembre 1984, n. 56 "Norme per il finanziamento dei gruppi consiliari" e successive modificazioni

1. L'articolo 5 della legge regionale 27 novembre 1984, n. 56 è così sostituito:

"Art. 5
Attività dei gruppi consiliari

1. Nei limiti e con le modalità stabilite dall'Ufficio di Presidenza i gruppi consiliari possono riconoscere ai consiglieri regionali rimborsi, anche forfetari, delle spese per

la partecipazione ad attività di cui all'articolo 3, quando le stesse si svolgano in località diverse dal capoluogo regionale o dal comune di residenza del consigliere.

2. Per i rimborsi spese di cui al comma 1 è riconosciuto a ciascun gruppo un contributo determinato dall'Ufficio di Presidenza anche in ragione della consistenza numerica del gruppo.

3. Le somme di cui al comma 1 rientrano tra i rimborsi spese di cui all'articolo 52, comma 1, lettera b), primo capoverso, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" e successive modificazioni.

4. I gruppi consiliari non possono corrispondere ai consiglieri regionali compensi per prestazioni d'opera intellettuale o rimborsi spese per collaborazioni.".

Art. 12
Abrogazioni

1. Sono o restano abrogati:

a) l'articolo 4, comma 1, lettera a) e comma 2 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 e l'articolo 3, comma 1, lettere a) e b) della legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1;
b) l'articolo 4 commi 2 bis e 2 ter, della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 e l'articolo 3, comma 1, lettera c) della legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1;
c) l'articolo 5 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5, e l'articolo 4 della legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1;
d) l'articolo 5 bis della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5, e l'articolo 5 della legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1;
e) l'articolo 8 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5, e l'articolo 8 della legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1.

Art. 13
Decorrenza

1. Le disposizioni di cui agli articoli da 6 a 12 si applicano a decorrere dal mese successivo alla data dei provvedimenti attuativi previsti, da adottarsi da parte dell'Ufficio di presidenza entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Fino a tale data continua ad applicarsi la disciplina vigente alla data di entrata in vigore della presente legge.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 13 gennaio 2012

Luca Zaia

INDICE

Art. 1 - Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio e dell'assegno di reversibilità
Art. 2 - Disposizioni transitorie in ordine all'applicazione della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 3 - Modifica dell'articolo 10 della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 4 - Modifica dell'articolo 15 della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 5 - Modifica dell'articolo 19 bis della legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 6 - Modifica dell'articolo 1 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 7 - Modifica dell'articolo 3 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 8 - Modifica dell'articolo 6 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 9 - Modifica dell'articolo 7 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 10 - Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e successive modificazioni
Art. 11 - Modifica dell'articolo 5 della legge regionale 27 novembre 1984, n. 56 "Norme per il finanziamento dei gruppi consiliari" e successive modificazioni
Art. 12 - Abrogazioni
Art. 13 - Decorrenza

Dati informativi concernenti la legge regionale 13 gennaio 2012, n. 4

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

1 - Procedimento di formazione
2 - Relazione al Consiglio regionale
3 - Note agli articoli
4 - Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- Il procedimento di formazione della legge regionale è stato avviato su iniziativa dei sottoelencati consiglieri regionali che hanno presentato due proposte di legge, a ciascuna delle quali è stato attribuito uno specifico numero di progetto di legge:
  - proposta di legge d'iniziativa dei consiglieri Bond, Cortelazzo e Caner relativa a "Modifiche alla legge regionale 10 marzo 1973 n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali" ed alla legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali"" (progetto di legge n. 207);
  - proposta di legge d'iniziativa dei consiglieri Puppato, Azzalin, Berlato Sella, Bonfante, Bortoli, Fasoli, Fracasso, Pigozzo, Reolon, Ruzzante, Sinigaglia e Tiozzo relativa a "Soppressione dell'assegno vitalizio. Modifiche alla legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 "Disciplina dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione infortuni e del trattamento indennitario differito in favore dei consiglieri regionali.", e successive modificazioni e integrazioni" (progetto di legge n. 214);
- I progetti di legge sono stati assegnati alla Prima commissione consiliare;
- La Prima commissione consiliare, sulla base dei succitati progetti, ha elaborato un unico progetto di legge denominato "Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio, riduzione e semplificazione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali" ;
- La Prima commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 20 dicembre 2011;
- Il Consiglio regionale, su relazione del consigliere Piero Ruzzante, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 22 dicembre 2011, n. 30.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

la Regione del Veneto ha intrapreso già nella ottava legislatura regionale (con le leggi regionali n. 2, 13 e 28 del 2006 e la legge regionale n. 19 del 2007) un percorso di razionalizzazione della disciplina e di riduzione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali, nella consapevolezza di dover svolgere un ruolo attivo nel contenimento dei cosiddetti "costi della politica", così collocando la nostra Assemblea legislativa tra quelle virtuose in ambito nazionale.

Inoltre, il legislatore ha proseguito nell'azione di riduzione dei cosidetti costi della politica adeguandosi alle intervenute disposizioni legislative statali con la legge regionale 7 gennaio 2011, n. 1, recante "Modifica della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 "Trattamento indennitario dei consiglieri regionali" e disposizioni sulla riduzione dei costi degli apparati politici ed amministrativi". In particolare l'azione del legislatore regionale ha portato alla rideterminazione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali, previa definizione, in sede di Conferenza dei presidenti delle assemblee legislative delle regioni e delle province autonome, sia delle tipologie di spese interessate che della quantificazione del relativo tetto massimo, attesa la previsione posta dal legislatore statale di non eccedere, complessivamente, in alcun caso, l'indennità massima spettante ai membri del Parlamento.

Il quadro normativo statale risulta oggi sostanzialmente innovato a seguito dell'entrata in vigore dell'articolo 14 del decreto legge n. 138 del 2011 convertito con legge n. 148 del 2011 e da ultimo modificato dall'articolo 30, comma 5 della legge di stabilità 2012 il quale, nel prevedere forme di partecipazione delle regioni per il conseguimento degli obbiettivi definiti nell'ambito della finanza pubblica, stabilisce che le stesse adeguino i rispettivi ordinamenti nel rispetto della propria autonomia ad una serie di ulteriori parametri come di seguito individuati:

- previsione di riduzione del numero dei consiglieri e degli assessori regionali, già oggetto di recepimento in sede di approvazione della prima deliberazione legislativa recante "Statuto del Veneto";
- riparametrazione del trattamento dei consiglieri regionali: da recepire con legge regionale;
- commisurazione del trattamento dei consiglieri all'effettiva partecipazione ai lavori del Consiglio regionale;
- istituzione del Collegio dei revisori dei conti: da recepire con legge regionale;
- passaggio al sistema previdenziale contributivo per i consiglieri regionali: da recepire con legge regionale.

Paiono attenere interamente ed esclusivamente alle competenze dell'Assemblea legislativa le misure relative al trattamento indennitario, agli istituti dell'assegno vitalizio, di reversibilità e di fine mandato oltre all'adozione del sistema previdenziale contributivo.

Con tale iniziativa si propone, pertanto, di ridefinire il trattamento indennitario complessivo dei consiglieri regionali, in chiave di razionalizzazione e semplificazione dei suoi istituti, affidando all'Ufficio di presidenza il compito di dettare le disposizioni esecutive e di attuazione anche al fine di assicurare il rispetto dei parametri di riferimento definiti dalla legislazione statale e di superare l'attuale sistema di trattamento indennitario differito, con l'abolizione degli istituti dell'assegno vitalizio e di reversibilità, cui conseguirà la adozione di un sistema previdenziale contributivo, che costituirà il sistema previdenziale di riferimento dell'ordinamento giuridico.

Venendo alla disciplina dell'articolato si possono richiamare due gruppi organici di disposizioni.

Gli articoli da 1 a 5 sono dedicati alla revisione della disciplina del trattamento indennitario differito e muovono (articolo 1) dalla abolizione dell'assegno vitalizio e connesso assegno di reversibilità, a decorrere dalla decima legislatura regionale, in adesione alle previsioni del legislatore nazionale; viene mantenuto in essere (articolo 5) il solo istituto dell'assegno di fine mandato, per il quale il consigliere regionale sarà, peraltro, tenuto a versare apposito contributo secondo la quota mensile definita dall'Ufficio di presidenza. Apposite disposizioni transitorie (articolo 2) sono destinate a disciplinare la posizione dei consiglieri regionali eletti fino alla attuale legislatura regionale, per i quali viene sancita la irrilevanza per la determinazione dell'assegno vitalizio e dell'assegno di reversibilità di eventuali ulteriori successivi mandati, esercitati nella decima o in successive legislature regionali.

Vengono altresì previste:

- la possibilità di rinunciare in via definitiva all'istituto dell'assegno vitalizio e di reversibilità prima di essere immessi nel loro godimento, salva una limitata restituzione dei contributi a tal fine versati senza la corresponsione degli interessi legali maturati che, tuttavia, non potrà eccedere l'importo corrispondente agli ultimi quindici anni di contribuzione(articolo 2);
- una ulteriore ipotesi di sospensione di carattere volontario dell'assegno vitalizio su richiesta del titolare, con eventuale successivo ripristino ma senza recupero delle somme per il periodo di sospensione trascorso (articolo 4).

Gli articoli da 6 a 10 sono invece dedicati ad un intervento di semplificazione della disciplina in materia di trattamento indennitario dei consiglieri regionali, che viene ad essere ridefinito - e per la voce della indennità di funzione in riduzione - assumendo quale

riferimento la indennità di carica e di funzione degli stessi come consolidate alla data del 31 dicembre 2010.

In particolare, il nuovo assetto del trattamento indennitario viene così ad essere basato su tre istituti giuridici:

- la indennità di carica lorda, pari alla indennità spettante al 31 dicembre 2010;
- la indennità di funzione lorda, pure parametrata sulla rispettiva indennità per le specifiche funzioni, spettante al 31 dicembre 2010, ma ridotta nel suo ammontare nella misura del 25 per cento;
- la diaria quale rimborso spese per la partecipazione ai lavori degli organi consiliari e ad attività istituzionali nell'ambito del territorio regionale, commisurata alla effettiva partecipazione alla attività istituzionale.

L'adeguamento delle indennità viene poi rapportato all'indice medio del costo della vita accertato dall'ISTAT, ma i relativi aggiornamenti in aumento non saranno computati fino al 31 dicembre 2013 e quindi non verranno riconosciuti.

In adeguamento alla nuova complessiva disciplina in materia di rimborsi spese per le attività istituzionali dei consiglieri regionali, viene coordinata ed attualizzata (articolo 11) anche la disciplina già prevista dalla legge regionale 27 novembre 1984, n. 56 recante "Norme per il funzionamento dei gruppi consiliari" in materia di rimborsi per le attività dei gruppi consiliari.

Chiudono la disciplina due disposizioni di carattere meramente tecnico, relative rispettivamente alla abrogazione delle disposizioni della legge regionale n. 5 del 1997 superate dalla definizione del nuovo assetto del trattamento indennitario (articolo 12) e alla definizione della decorrenza del nuovo assetto del trattamento indennitario e dei suoi istituti, che necessitano di puntuali interventi attuativi da parte dell'Ufficio di presidenza da assumersi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della legge.

Nella seduta n. 54 del 20 dicembre 2011, la Commissione ha abbinato i due progetti di legge e, sulla base della proposta elaborata dall'Ufficio di Presidenza, ha redatto un testo unificato, approvandolo all'unanimità con il voto favorevole dei rappresentanti dei gruppi consiliari LV-LN-P, PDL, PDV, UDC, IDV, Bortolussi Presidente, Unione Nordest, Federazione Sinistra veneta-PRC.

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 2:

- Il testo dell'art. 8, comma 1, della legge regionale n. 9/1973 è il seguente:

"Art. 8

1. Fatto salvo quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 7, alle spese derivanti dal trattamento indennitario differito si provvede con:

a) una quota posta a carico dei consiglieri regionali pari al 30 per cento dell'indennità di carica di cui all'articolo 1, comma 1, della legge regionale 30 gennaio 1997, n. 5 , al netto delle ritenute fiscali erariali riferibili alla stessa, con ciò intendendosi quelle determinate esclusivamente su tale reddito, senza tener conto di eventuali altri redditi, deduzioni e detrazioni d'imposta, anche se conosciute dal sostituto d'imposta;
b) gli interessi eventualmente maturati, a partire dall'esercizio 1973, sui fondi messi a disposizione del Presidente del Consiglio regionale a norma dell'articolo 4 della legge 6 dicembre 1973, n. 853;
c) eventuali altre elargizioni.".

Nota all'articolo 3:

- Il testo dell'art. 10 della legge regionale n. 9/1973, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 10

1. L'assegno vitalizio spettante dopo cinque anni di contribuzione è commisurato al 30 per cento dell'indennità consiliare lorda.

2. Ai soli fini della determinazione dell'assegno vitalizio e dell'assegno di fine mandato, l'indennità consiliare lorda è pari all'ottanta per cento dell'indennità parlamentare *alla data del 31 dicembre 2010, ridotta del 5 per cento.*

3. Per ogni anno di contribuzione oltre il quinto anno l'assegno vitalizio è aumentato del 4 per cento sino al raggiungimento del 70 per cento della indennità consiliare come individuata al comma 2.

4. L'assegno vitalizio di cui alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 9 è stabilito, qualora il consigliere non abbia raggiunto il quinto anno di contribuzione, nella misura minima fissata al comma 1.

5. Nel caso in cui gli anni di contribuzione sono più di cinque si procede a norma del comma 3.

6. Ai fini del computo degli anni di contribuzione, la frazione di anno che sia pari almeno a sei mesi e un giorno si calcola come anno intero.

6 bis. L'assegno vitalizio è corrisposto a partire dal mese successivo a quello maturato il diritto all'assegno medesimo. Nel caso in cui il Consigliere sia già in possesso, al momento della cessazione del mandato, dei requisiti di legge per l'acquisizione dell'assegno nonché nei casi previsti alle lett. b), c), d) dell'articolo 9 l'assegno è corrisposto a partire dal mese successivo a quello della cessazione del mandato.".

Nota all'articolo 4:

- Il testo dell'art. 15 della legge regionale n. 9/1973, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 15

La corresponsione dell'assegno vitalizio è sospesa se il titolare rientri a far parte del Consiglio Regionale del Veneto.

Alla scadenza del mandato, l'assegno verrà rideterminato secondo la maggiore misura frattanto maturata.

L'assegno vitalizio è altresí sospeso se il titolare viene eletto al Parlamento Nazionale, al Parlamento Europeo o ad altro Consiglio regionale; l'assegno stesso è ripristinato con la cessazione dell'esercizio dei relativi mandati.

L'assegno vitalizio è inoltre sospeso se il titolare viene eletto alla carica di Difensore civico o di titolare dell'ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori di cui rispettivamente alle leggi regionali 6 giugno 1988, n. 28 e 9 agosto 1988, n. 42; ovvero qualora assuma incarico di Segretario generale della programmazione, di Segretario generale del Consiglio regionale, di Segretario regionale, di Direttore di ente dipendente dalla Regione, di Direttore generale dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto, di Direttore generale di Unità locale socio-sanitaria o di Azienda ospedaliera. L'assegno è ripristinato con la cessazione dall'incarico.

La corresponsione dell'assegno vitalizio è sospesa anche su richiesta del titolare; l'assegno stesso è ripristinato a richiesta dell'avente titolo, senza diritto di rivalsa per il periodo di sospensione. L'Ufficio di Presidenza definisce termini e modalità per la presentazione di richiesta di sospensione dell'assegno vitalizio e di richiesta di ripristino della sua corresponsione.".

Nota all'articolo 5:

- Il testo dell'art. 19 bis della legge regionale n. 9/1973, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 19 bis

1. Il dirigente della struttura regionale competente è autorizzato ad erogare ai consiglieri regionali, cessati dal mandato, deceduti o dimissionari, un assegno pari ad una mensilità dell'indennità consiliare per ogni anno di effettivo esercizio del mandato, il cui importo massimo non superi comunque le dieci mensilità.

2. Ai fini del computo del periodo di mandato per l'erogazione dell'assegno di cui al comma 1 la frazione di anno, che sia pari almeno a sei mesi e un giorno, si calcola come anno intero.

2 bis. A partire dalla decima legislatura regionale l'assegno di fine mandato è erogato ai consiglieri regionali che optano per tale trattamento e che versano la relativa quota mensile determinata dall'Ufficio di Presidenza.".

Nota all'articolo 6:

- Il testo dell'art. 1 della legge regionale n. 5/1997, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 1 - Indennità dei consiglieri.

1. L'indennità di carica lorda spettante ai componenti del Consiglio regionale è pari all'indennità di carica spettante ai consiglieri regionali alla data del 31 dicembre 2010.

2. Spetta ai consiglieri regionali che svolgono le funzioni sottoelencate una indennità lorda di funzione pari all'indennità lorda di funzione spettante per le medesime funzioni alla data del 31 dicembre 2010 ridotta del 25 per cento:

a) Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale;
b) Vicepresidenti del Consiglio regionale e Vicepresidente della Giunta regionale;
c) altri membri della Giunta regionale;
d) Consiglieri Segretari del Consiglio regionale, Presidenti delle Commissioni consiliari permanenti, Presidenti dei Gruppi consiliari;
e) Vicepresidenti e Consiglieri Segretari delle Commissioni consiliari permanenti, revisori dei conti del Consiglio regionale, Vicepresidenti dei Gruppi consiliari.

2 bis. *omissis*

3. L'indennità mensile lorda è corrisposta ad ogni consigliere per una sola delle funzioni ricoperte e per l'incarico con percentuale più alta.

3 bis. Al consigliere regionale che nel corso del mandato sia proclamato membro di una delle due Camere o del Parlamento europeo e che fruisca del trattamento economico connesso alla carica di parlamentare nazionale o europeo, il trattamento indennitario di cui al presente articolo non spetta dalla data di proclamazione in altra assemblea sino alla eventuale opzione per la carica regionale.

3 ter. Al membro di una delle due Camere o del Parlamento europeo che sia proclamato consigliere regionale e che fruisca del trattamento economico connesso alla carica di parlamentare nazionale od europeo, il trattamento indennitario di cui al presente articolo non spetta dalla data della proclamazione fino alla eventuale opzione per la carica regionale.

3 quater. Le indennità di cui ai commi 1 e 2 sono aggiornate con deliberazione dell'Ufficio di presidenza in base all'indice medio del costo della vita accertato dall'ISTAT. L'aggiornamento non è computato fino al 31 dicembre 2013.".

Nota all'articolo 8:

- Il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 5/1997, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 6 - Rimborso spese

1. Ai consiglieri regionali inviati in missione fuori del territorio regionale, per l'espletamento delle funzioni esercitate o in ragione della carica ricoperta, spettano:

a) il rimborso delle spese di alloggio, vitto e di trasporto effettivamente sostenute e documentate;
b) il rimborso delle spese di viaggio calcolato in base alle tariffe ACI secondo le modalità stabilite con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza e l'eventuale spesa sostenuta per il pedaggio autostradale, qualora facciano uso del loro mezzo di trasporto;
c) le spese di taxi, nell'ambito della località di missione, quando particolari esigenze di servizio lo richiedano.

2. L'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale emana disposizioni attuative delle norme di cui al presente articolo.".

Nota all'articolo 10:

- Il testo dell'art. 9 della legge regionale n. 5/1997, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 9 - Organo competente alla liquidazione dei trattamenti economici.

1. Alla liquidazione dei trattamenti economici di cui alla presente legge provvedono l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale e la Giunta regionale a seconda se trattasi di membri del Consiglio o della Giunta regionale.

1 bis. Le somme di cui all'articolo 3 rientrano tra i rimborsi spese di cui all'articolo 52, comma 1, lettera b), primo capoverso, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" e successive modificazioni.".

4. Struttura di riferimento

Direzione regionale amministrazione bilancio e servizi del Consiglio regionale.

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI

Sezione prima

DECRETI DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 227 del 20 dicembre 2011

Costituzione della Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali (art. 6, Lr n. 3/2009). Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 262 del 24/11/2010: sostituzione membro effettivo designato da Uil Unione regionale Veneto.

[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Visto l'art. 6, co. 2 della Legge regionale 13.03.2009 n. 3, che prescrive la costituzione da parte del Presidente della Giunta regionale della Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali;

Visto l'art. 6, co. 3, il quale stabilisce che la Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali sia composta dall'Assessore regionale con delega alle politiche del lavoro, con funzioni di presidente, da 13 rappresentanti delle associazioni datoriali e 13 rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori, con un rappresentante delle libere professioni e uno del settore del credito, il consigliere di parità regionale e un rappresentante delle associazioni dei disabili;

Viste le designazioni pervenute dai soggetti indicati al punto precedente e conservate agli atti presso la Direzione Lavoro;

Considerato che, sulla base di tali designazioni, è stata costituita la Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 262 del 24/11/2010;

Considerato che, con la nota n. 327/GC/2011 del 28 novembre 2011, Uil Unione regionale Veneto ha comunicato che Grazia Chisin, già designata come membro effettivo per la Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali, viene sostituita da Riccardo Dal Lago;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere alla nomina di Riccardo Dal Lago quale membro effettivo in rappresentanza di Uil Unione regionale Veneto all'interno della Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali, in sostituzione di Grazia Chisin;

decreta

1. di nominare Riccardo Dal Lago quale membro effettivo in rappresentanza di Uil Unione regionale Veneto all'interno della Commissione regionale di concertazione tra le parti sociali, in sostituzione di Grazia Chisin.
2. La Direzione regionale lavoro è incaricata dell'esecuzione del presente atto.

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 228 del 20 dicembre 2011

Nomina del Consiglio di Programmazione e Indirizzo della Scuola regionale veneta per la sicurezza e la polizia locale. Legge regionale 23 novembre 2006, n. 24, art. 3, comma 1.

[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Richiamata la Lr 23 novembre 2006, n. 24 "Istituzione della Scuola regionale veneta per la sicurezza e la polizia locale" e, in particolare, l'art. 3 comma 1 lettera a), ai sensi del quale il Presidente della Giunta regionale nomina il Consiglio di Programmazione e Indirizzo (C.P.I.), organo assembleare della Scuola regionale, formato da nove componenti designati:

1) uno dalla Giunta regionale;
2) tre dal Consiglio regionale, di cui almeno uno in rappresentanza della minoranza;
3) uno dall'Associazione regionale comuni del Veneto (Anciveneto);
4) uno dall'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);
5) uno dall'Unione nazionale comuni comunità enti montani (UNCEM) del Veneto;
6) un comandante ed un operatore eletti tra i componenti del Comitato Tecnico Consultivo della Scuola stessa;

Richiamati inoltre gli articoli 3, 4 e 9 della Lr 22 luglio 1997, n. 27 "Procedure per la nomina e designazione a pubblici incarichi di competenza regionale e disciplina della durata degli organi", cui fa espresso rinvio la Dgr n. 1863 del 19 giugno 2007, Allegato A, laddove dispone i criteri di scelta e modalità di designazione dei componenti degli organi della Scuola regionale e la disciplina del rapporto di lavoro del suo Direttore;

Preso atto delle designazioni rispettivamente effettuate:

- dalla Giunta regionale, con Dgr n. 2061 del 7 dicembre 2011, nella persona dell'Assessore Roberto Ciambetti;
- dal Consiglio regionale, con Decreto del Presidente del Consiglio regionale n. 15 del 7 dicembre 2010, nelle persone dei Signori: Biasin Fabio; Facincani Maurizio; Moscardo Nicola;
- da Anciveneto, nella persona del Sig. Canale Luigi;
- dall'URPV, nella persona della Sig.ra Vettorato Michela;
- dall'UNCEM, nella persona del Sig. Murer Stefano;

Atteso che la designazione dei due componenti di spettanza del Comitato Tecnico Consultivo potrà essere effettuata solo ad avvenuta nomina del Comitato stesso da parte del C.P.I., come previsto dall'art. 3, comma 1 lettera d) e dall'art.7 della citata Lr n. 24/2006;

Ricordato che la citata Dgr n. 2061/2011 ha inoltre disposto la modifica del secondo e terzo comma dell'art. 2 "Validità delle sedute del C.P.I." dell'Allegato A alla citata Dgr n. 3201 del 28 ottobre 2008, come segue:

Le sedute del C.P.I sono validamente costituite se:

- in prima convocazione e nella seduta di insediamento, è presente la totalità dei membri nominati
- in seconda convocazione, sono presenti i 4 componenti di designazione regionale e almeno due componenti esterni.

La seduta di insediamento è presieduta dal Direttore della Scuola.

decreta

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di nominare il Consiglio di Programmazione e Indirizzo della Scuola regionale veneta per la sicurezza e la polizia locale, composto dai Signori:

- Ciambetti Roberto, designato dalla Giunta regionale
- Biasin Fabio; Facincani Maurizio; Moscardo Nicola, designati dal Presidente del Consiglio regionale;
- Canale Luigi, designato da Anciveneto;
- Vettorato Michela, designata dall'URPV;
- Murer Stefano, designato dall'UNCEM;

3. di incaricare il Dirigente della U.P. Sicurezza Urbana e Polizia Locale dell'attuazione del presente provvedimento, ponendo in essere tutti gli adempimenti inerenti e conseguenti;

4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto;

5. di dare atto che avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo regionale del Veneto o ricorso straordinario al Capo dello Stato rispettivamente entro 60 e 120 giorni dalla avvenuta notifica.

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 229 del 20 dicembre 2011

Nomina di un Rappresentante regionale nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione Rovigo Cultura.

[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Vista la legge regionale n. 1/2004 che all'art.47 autorizza la Giunta regionale a compiere tutti gli atti necessari per la costituzione, con il Comune di Rovigo e altri soggetti pubblici e privati, di una fondazione di diritto privato, con lo scopo di sviluppare e diffondere la cultura nel Comune e nella Provincia di Rovigo;

Visto il comma 2 dell'art. 47 della citata legge regionale che prevede la presenza di un rappresentante della Regione nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione, nominato dal Presidente della Giunta regionale;

Preso atto che con delibera del Consiglio comunale di Rovigo n. 102 del 8.11.2005, l'Amministrazione comunale ha approvato la costituzione della Fondazione Rovigo Cultura - Onlus e lo Statuto definitivo, dove all'art.10 viene prevista la presenza all'interno del Consiglio di Amministrazione della Fondazione, di un rappresentante della Regione del Veneto, con funzioni di Vice Presidente, nominato dal Presidente della Giunta regionale;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 3876 del 13.12.2005, con la quale è stata approvata la costituzione della Fondazione Rovigo Cultura;

Rilevato che con atto del dr. Pietro Castellani, Notaio in Rovigo, rep. 64274, rogito 7610 in data 1 giugno 2006 è stata costituita la Fondazione in oggetto e che con decreto regionale n. 10 del 26.02.2008 ne è stata disposta l'iscrizione al Registro regionale delle Persone giuridiche, con effetto costitutivo comportante il conferimento della personalità giuridica;

Preso atto della scadenza del Consiglio di Amministrazione in data 27.05.2011;

Rilevata pertanto la necessità di effettuare la nomina da parte del Presidente della Regione del Veneto di un rappresentante regionale in seno al Consiglio di Amministrazione della Fondazione Rovigo Cultura;

Visto l'avviso a tal fine pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 12 del 11.02.2011, con il quale è stata espletata la procedura prevista per le nomine di competenza regionale, ai sensi di quanto disciplinato dalla Legge regionale 22.07.1997, n.27;

Visto il decreto n. 176 del 13.12.2011 con cui il dirigente della Direzione Attività Culturali e Spettacolo approva l'istruttoria relativa alle proposte di candidatura pervenute;

Individuato il candidato Dott. Claudio Sartorato quale Rappresentante della Regione del Veneto in seno al Consiglio di Amministrazione della Fondazione Rovigo Cultura;

Ritenuto di provvedere alla nomina del soggetto di cui al punto precedente, valutato idoneo a ricoprire la carica anzidetta come rilevato dalla proposta di candidatura acquisita agli atti della competente struttura regionale al prot. n. 165073 del 5.04.2011;

decreta

1. di nominare il Dott. Claudio Sartorato, nato a Biella il 02.06.1955, Rappresentante della Regione del Veneto in seno al Consiglio di Amministrazione della Fondazione Rovigo Cultura;

2. di incaricare la Direzione regionale Attività Culturali e Spettacolo dell'esecuzione del presente atto;

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 230 del 27 dicembre 2011

Designazioni di competenza regionale del componente del Collegio dei Revisori della Fondazione I.R.C.C.S. "Ospedale San Camillo" - Venezia.

[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Visto l'Art. 11 dello Statuto della Fondazione I.R.C.C.S."Ospedale San Camillo" che prevede che il Collegio dei Revisori rimanga in carica per tre anni, e sia composto da cinque membri designati rispettivamente dall'Ente fondatore nel numero di tre, e uno rispettivamente dal Ministero della Salute e dal Presidente della Giunta regionale del Veneto;

Vista la nota prot. n. 102/2010/CS/P del 6 agosto 2010 con la quale il Commissario Straordinario della Fondazione San Camillo comunicava che con il 31 agosto 2010 venivano a scadere gli Organi Statutari, compreso il Collegio dei Revisori.

Preso atto della scadenza del mandato dell'attuale Collegio dei Revisori, e che la competente U.P. Programmazione Risorse Finanziarie SSR ha avviato, ai sensi della Legge regionale 27/97, il procedimento amministrativo volto al suo rinnovo.

Visto l'avviso 2 novembre 2010, n. 91, pubblicato nel Bur 19 novembre 2010, n. 85, avente ad oggetto "Designazione del componente di competenza regionale del Collegio dei Revisori della Fondazione Ospedale San Camillo";

Preso atto della procedura di rinnovo del Collegio dei Revisori, della quale ne è stata data diffusione - ai sensi dell'art. 5, ultimo comma, dalla Legge regionale 27/97 - con avviso pubblicato nei seguenti media:

- nel Bollettino Ufficiale regionale (Bur) n. 85 del 19 novembre 2010;
- nel sito internet della Regione Veneto: http://www.regione.veneto.it alla voce Bandi e Concorsi;

Preso atto che il giorno 19 dicembre 2010 sono scaduti i termini utili per la presentazione delle candidature, ed è stato predisposto l'elenco dei candidati che hanno presentato domanda entro la scadenza ed in possesso dei requisiti di legge, come desumibile dalla documentazione conservata e consultabile presso la sede della U.P. Programmazione Risorse Finanziarie SSR.

Visto il decreto n. 53 del 19 dicembre 2011, con il quale il Dirigente dell'U.P. Programmazione Risorse Finanziarie SSR ha approvato le risultanze istruttorie delle "Designazioni di competenza regionale del componente del Collegio dei Revisori della Fondazione I.R.C.C.S."Ospedale San Camillo" - Venezia.

Visto il "Compendio delle disposizioni operative sulla redazione e le procedure degli atti di Competenza del Presidente, della Giunta e dei Dirigenti regionali" di cui alla Dgr 22 febbraio 2011, n. 151.

Verificato che sulla scorta delle esperienze professionali e delle competenze dei candidati, è stato designato quale componente del Collegio dei Revisori della Fondazione I.R.C.C.S."Ospedale San Camillo"- Venezia, il Dott. Finezzo Angiolino, nato a Vigasio (Vr) il 1/7/1947 per la durata in carica di tre anni;

decreta

1. di designare quale componente del Collegio dei Revisori della Fondazione I.R.C.C.S."Ospedale San Camillo"- Venezia il Dott. Finezzo Angiolino, nato a Vigasio (Vr) il 1/7/1947 per una durata in carica di tre anni;
2. di dare comunicazione della designazione di cui al presente provvedimento al designato e al Consiglio di Amministrazione della Fondazione I.R.C.C.S. "Ospedale San Camillo", affinché proceda all'adozione dello specifico provvedimento di nomina come previsto dall'art. 11 dello Statuto della stessa Fondazione.
3. L'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR è incaricata dell'esecuzione del presente atto.

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 231 del 27 dicembre 2011

Comitato regionale per la concertazione in agricoltura - Tavolo Agroalimentare - Legge regionale 9 agosto 1999 n. 32 - Art. 3 - 9^ legislatura - Nomina componenti.
[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Visto l'art. 3, comma 2, della legge regionale 9 agosto 1999 n. 32 che istituisce, nell'ambito del Comitato regionale per la concertazione in agricoltura, il "Tavolo agroalimentare" per le questioni relative allo sviluppo dell'intera filiera agricolo - alimentare ed agroindustriale e, in particolare, il punto 3b) che ne disciplina la composizione, sulla base delle seguenti figure designate:

1) l'Assessore regionale all'agricoltura o un suo delegato
1bis) il Presidente della Commissione consiliare competente o un componente della medesima suo delegato
2) un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni professionali agricole maggiormente rappresentative a livello regionale
3) un rappresentante per ciascuna delle centrali cooperative maggiormente rappresentative a livello regionale
4) cinque rappresentanti designati dalle associazioni produttori regolarmente costituite ed operanti in Veneto
5) un rappresentante dell'industria alimentare designato congiuntamente dalle organizzazioni maggiormente rappresentative del settore a livello regionale
6) un rappresentante degli imprenditori del commercio alimentare designato dalle organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale
7) un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello regionale
8) un rappresentante delle organizzazioni dei consumatori maggiormente rappresentative a livello regionale ;

Visti i Decreti del Presidente della Giunta regionale n. 1563 del 10 agosto 2000, n. 263 del 5 luglio 2004 e n. 74 del 11 aprile 2006 che approvano la istituzione del Tavolo agroalimentare e la relativa composizione per la 6^, la 7^ e la 8^ legislatura;

Considerato che, ai sensi della norma in oggetto, i componenti del Tavolo agroalimentare sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale e rimangono in carica per la durata della legislatura e che pertanto risulta necessario procedere al rinnovo dei componenti per quanto riguarda la 9^ legislatura;

Rilevato che, in merito al requisito della maggiore rappresentatività richiesto ai fini dell'individuazione degli organismi proponenti le designazioni, deve essere considerato lo specifico riferimento all'ambito territoriale regionale, così come indicato dalla normativa in argomento;

Dato atto che il requisito della rappresentatività, laddove richiesto, è stato valutato anche in considerazione di adeguati criteri e parametri, quali la consistenza della base associativa ovvero il numero di produttori/imprenditori associati e/o rappresentati, con riferimento anche ad eventuali atti e provvedimenti già adottati dalla Regione ed alle ulteriori informazioni in possesso dell'amministrazione regionale, tenuto conto comunque delle diverse situazioni rappresentate dalle singole categorie di soggetti previsti dalla legge;

Ritenuto di valutare la maggior rappresentatività delle Organizzazioni professionali agricole sulla base dei dati e delle informazioni statistiche trasmesse con nota n. 431265 del 19/09/2011 dall'Unità complessa Sistema informativo settore primario e controllo, relative al numero di mandati conferiti dalle imprese agricole ai singoli Centri di Assistenza Agricola (CAA) operanti nel Veneto, con riferimento alla data del 30 giugno 2010;

Vista la nota n. 227974 del 12/05/2011 con cui la Direzione Competitività Sistemi Agroalimentari ha comunicato i seguenti elenchi:

- centrali cooperative maggiormente rappresentative a livello regionale;
- associazioni e organizzazioni di produttori riconosciute dall'Amministrazione regionale ed iscritte ai relativi elenchi ai sensi della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia;
- organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale per il comparto dell'industria alimentare;

Vista la nota n. 189440 del 19/04/2011 con cui la Direzione Commercio ha comunicato l'elenco delle organizzazioni delle imprese del commercio partecipanti alla conferenza di servizi di cui alla legge regionale n. 15/2004;

Ritenuto di valutare la maggior rappresentatività delle Organizzazioni sindacali dei lavoratori sulla base dei criteri utilizzati ai fini della nomina della Commissione regionale per la concertazione tra le parti sociali (art. 6 Lr n. 3/2009) e con riferimento esplicito all'effettiva sottoscrizione di contratti nel comparto agroalimentare e agroindustriale e presenza di sedi operative nel territorio della regione Veneto;

Dato atto che, per quanto riguarda la designazione del rappresentante delle organizzazioni dei consumatori maggiormente rappresentative a livello regionale, si è fatto riferimento all'elenco delle associazioni riconosciute ai sensi dell'art. 5 della Legge regionale 23 ottobre 2009, n. 27, di cui al Decreto del Dirigente regionale della Unità di Progetto Tutela Produzioni Agroalimentari n. 20 del 23/05/2011;

Considerato che, ai fini della designazione dei cinque rappresentanti delle associazioni di produttori, anche in relazione al numero consistente di soggetti interessati e all'esigenza di assicurare la rappresentatività ampia e coerente delle singole realtà produttive ed economiche operanti nel Veneto, si rende opportuno prevedere le designazioni con riferimento ai principali settori produttivi (zootecnia da carne, lattiero-caseario, ortofrutta, settori diversi) e alle principali associazioni di produttori regolarmente costituite, con priorità agli organismi riconosciuti ai sensi delle normative comunitarie o regionali vigenti;

Viste le note n. 424248, 424260, 424271, 424275, 424657, 424660, 424663, 424677, 424935, 424943, 424947, del 14/09/2011, n. 425382 del 15/09/2011 e n. 518121 del 8/11/2011 della Direzione Piani e Programmi Settore Primario, inviate alle diverse categorie di Associazioni ed Organizzazioni richiamate all'art. 3, comma 2, della legge regionale 9 agosto 1999 n. 32, con le quali è stato chiesto di individuare il rappresentante (o il rappresentante congiunto) della Categoria al Comitato regionale per la concertazione in agricoltura "Tavolo agroalimentare";

Viste le risposte pervenute alla Direzione Piani e Programmi Settore Primario in merito alle designazioni proposte da parte delle diverse categorie di Associazioni ed Organizzazioni;

Rilevato che, nel caso di designazioni non univoche operate da parte di organismi afferenti ad una medesima Categoria di soggetti, gli organismi che hanno comunque provveduto a proporre una candidatura all'Amministrazione regionale sono stati ulteriormente interpellati, al fine di pervenire all'individuazione condivisa del rappresentante unico da nominare quale componente del Tavolo in oggetto;

Dato atto che, per il settore lattiero-caseario, le associazioni di produttori riconosciute ai sensi delle normative comunitarie o regionali vigenti non hanno fornito la necessaria designazione del rappresentante unico da nominare quale componente del Tavolo in oggetto;

Considerato che, al fine di assicurare la funzione di massima rappresentatività del Tavolo agroalimentare, con riferimento specifico alle attuali effettive esigenze di confronto sulle questioni relative allo sviluppo dell'intera filiera, i partecipanti al "Tavolo agroalimentare" possono farsi assistere, nel corso delle riunioni, da un numero massimo di due persone dotate di particolare competenza sugli argomenti all'ordine del giorno, ai sensi del medesimo articolo 3, comma 2, della legge in oggetto;

decreta

1. di approvare l'istruttoria svolta dalla Direzione Piani e Programmi Settore Primario;

2. di nominare, quali componenti del "Tavolo agroalimentare" per le questioni relative allo sviluppo dell'intera filiera agricolo - alimentare ed agroindustriale previsto dall'art. 3, comma 2 della Legge regionale 9 agosto 1999 n. 32, in rappresentanza degli organismi indicati in corrispondenza di ciascun nominativo:

Organismo	Rappresentante
Federazione regionale Coltivatori Diretti del Veneto	Giorgio Piazza
Federazione regionale Agricoltori del Veneto	Giangiacomo Gallarati Scotti Bonaldi
Confederazione italiana Agricoltori del Veneto	Daniele Toniolo
Confederazione Produttori agricoli COPAGRI	Renzo Aldegheri
Confcooperative - FEDAGRI - Unione Reg. del Veneto	Antonio Melato
LEGA nazionale Cooperative e Mutue Veneto-Agricoltura	Davide Mantovanelli
Associazione regionale cooperative agricole - A.GI.C.A. - Veneto e Trentino Alto Adige	Piergiorgio Agostini
Associazioni produttori, settore zootecnia da carne	Pierluigi Lovo
Associazioni produttori, settore ortofrutta	Giorgio Fregonese
Associazioni produttori, settore ortofrutta	Primo Anselmi
Associazioni produttori, settori diversi	Franco Bozzolin
Industria alimentare	Damiano Gottardello
Imprenditori commercio alimentare	Stefano Zocca
FLAI CGIL regionale	Renzo Pellizzon
FAI CISL regionale	Onofrio Rota
UILA Uil regionale	Nicola Storti
Organizzazioni dei consumatori	Maurizio Marini

3. di dare atto che del suddetto "Tavolo agroalimentare" fanno parte di diritto:
- l' Assessore regionale per le politiche dell'agricoltura o un suo delegato;
- Il Presidente della IV Commissione consiliare o un componente della medesima suo delegato;

4. di richiamare che, ai sensi del medesimo articolo 3, comma 2, della legge in oggetto, i partecipanti al "Tavolo agroalimentare" possono farsi assistere, nel corso delle riunioni,

da un numero massimo di due persone dotate di particolare competenza sugli argomenti all'ordine del giorno;

5. di dare atto che i componenti del suddetto Tavolo rimangono in carica per la durata della legislatura;

6. avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso avanti il Tribunale Amministrativo regionale entro 60 giorni dall'avvenuta conoscenza ovvero, alternativamente, avanti il Capo dello Stato entro 120 giorni;

7. di incaricare dell'esecuzione del presente atto la Direzione regionale piani e programmi settore primario.

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 232 del 27 dicembre 2011

Ordinanza n. 3592 del 29.05.2007. Unità di Progetto Genio civile di Padova. Primi interventi urgenti di Protezione Civile diretti a fronteggiare i danni conseguenti agli eccezionali eventi alluvionali che hanno colpito il territorio della Regione Veneto nei giorni dal 14 al 17 settembre 2006. Intervento "Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova". CUP H99H08000010001 - CIG 0231982D96. Importo complessivo progetto € 600.000,00. Liquidazione finale con accertamento economie.

[Protezione civile e calamità naturali]

Il Presidente

Commissario delegato ex Opcm 3592/2007

Vista l'Opcm n. 3592 in data 29.05.2007, con cui sono stati disposti i primi interventi urgenti di Protezione Civile diretti a fronteggiare i danni conseguenti alle eccezionali avversità atmosferiche verificatesi nei giorni intercorrenti tra il 14 e il 17 settembre 2006, nei territori delle regioni Marche, Liguria e Veneto e con la quale è stato nominato Commissario delegato per il superamento dell'emergenza il Presidente della Regione Veneto;

Vista la Dgr n. 3222 in data 16.10.2007 con cui è stato approvato il "Piano finalizzato al ripristino in condizioni di sicurezza delle infrastrutture pubbliche danneggiate e alla mitigazione del rischio", tra cui anche l'intervento di "Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova", il cui soggetto attuatore è l'Unità di Progetto Genio civile di Padova (ex Unità Periferica del Genio civile di Padova);

Visto il decreto n. 12 in data 15.04.2008 con cui il dirigente dell'Unità di Progetto "Distretto idrografico dei fiumi Brenta e Bacchiglione" approva in linea tecnica ed economica il progetto relativo ai "Lavori di Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella", redatto dall'Ufficio del Genio civile di Padova per l'importo complessivo di € 600.000,00;

Visto il decreto n. 278 in data 03.10.2008 con cui il Commissario delegato Ex Ordinanza n. 3592/2007 approva in linea tecnica ed economica il progetto relativo ai "Lavori di Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova", redatto dall'Ufficio del Genio civile di Padova per l'importo complessivo di € 600.000,00 e decreta che i lavori, nonché il complesso degli adempimenti amministrativi, dovranno essere terminati in 18 mesi dalla data di comunicazione del decreto, pertanto con scadenza il 30.04.2010;

Visto il decreto n.451 in data 23.12.2008 con cui il Dirigente dell'Unità Periferica Genio civile di Padova aggiudica l'appalto relativo ai "Lavori di ripresa frana in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova" all'Impresa Idrogeo Srl Unipersonale di Padova;

Vista la perizia suppletiva e di variante senza aumento di spesa complessiva, approvata dall'Unità di Progetto Genio civile di Padova (ex Unità Periferica Genio civile di Padova) n. 323 in data 12.10.2009 dell'importo complessivo di € 600.000,00 così ripartiti:

Lavori		
per lavori da eseguire al netto del ribasso d'asta:		
contratto principale e perizia di variante aggiuntiva	€ 467.473,75	
per applicazione oneri di sicurezza	€ 5.460,00	
sommano		€ 472.933,75
Somme a disposizione		
per oneri di progettazione art. 92	€ 9.335,81	
per impresti e arrotondamenti	€ 7.143,69	
per prospezione archeologica - subacquea di Bertin Giancarlo	€ 16.000,00	
Per Iva al 20% su € 472.933,75	€ 94.586,75	
sommano		€ 127.066,25
Totale		€ 600.000,00

Visto il Decreto del Commissario delegato n. 117 in data 25.05.2010 con cui viene concessa una proroga di 12 mesi e stabilita la nuova data per la conclusione dei lavori e per il complesso degli adempimenti amministrativi al 30.04.2011;

Visto che il progetto di cui sopra è ulteriormente finanziato con fondi assegnati tramite la Dgr n. 1119 in data 23.03.2010 di "Finanziamento interventi con utilizzo risorse disponibili relative alle Ordinanze di Protezione Civile n. 3027/99 - 3090/00-3237/02-3258/02-3276/03";

Visto il Ddr n. 440 in data 17.11.2010 che impegna la somma relativa alla parte dei "Lavori di completamento per la ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella" e stabilisce in tre anni dall'approvazione del medesimo decreto il termine per i relativi adempimenti amministrativi e quindi il 16.11.2013;

Vista la nota prot. n. 126104 in data 14.03.2011, con la quale l'Unità di Progetto Genio civile di Padova trasmette, tra l'altro, lo stato di avanzamento lavori n. 3 e il Certificato di Ultimazione dei Lavori avvenuta il 25.02.2011 unicamente per la parte dei lavori di cui all'oggetto finanziati con fondi di cui alla Contabilità Speciale cod. n. 3333, accesa presso la Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, quindi entro i termini stabiliti con Decreto del Commissario delegato n. 117 in data 25.05.2010;

Vista la nota prot. n. 441378 in data 26.09.2011, con la quale l'Unità di Progetto Genio civile di Padova trasmette, relativamente all'intero progetto, la relazione sul conto finale,

il Certificato di Regolare Esecuzione in data 08.07.2011, il Decreto n. 195 in data 09.09.2011 di approvazione della contabilità finale, il Decreto n. 218 in data 26.09.2011 di liquidazione degli incentivi per la progettazione;

Preso atto che l'Unità di Progetto Genio civile di Padova ha emesso un unico Certificato di Regolare Esecuzione in data 08.07.2011 comprensivo dei lavori relativi al progetto principale e relativo ai lavori di completamento;

Preso atto del sopracitato Certificato di Regolare Esecuzione, con il quale il Direttore dei Lavori, ing. Gianni Carlo Silvestrin, certifica che i lavori eseguiti per un ammontare complessivo di € 702.050,30, comprensivi di oneri per la sicurezza, realizzati dall'Impresa IDROGEO Srl di Padova, in base al contratto di appalto n. 485 di rep. in data 28.09.2009, sono regolarmente eseguiti;

Vista la successiva nota n. 542309 in data 21.11.2011 con cui l'Unità di Progetto Genio civile di Padova trasmette il quadro economico finale relativo al progetto principale per la "Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova" per l'importo complessivo di € 599.995,99 = così ripartiti:

Lavori		
pagamento sal 1	€ 235.000,00	
pagamento sal 2	€ 211.500,00	
pagamento sal 3	€ 32.386,82	
sommano		€ 478.886,82
Somme a disposizione dell'amministrazione per pagamenti su fattura di Bertin Giancarlo	€ 15.996,00	
per oneri di progettazione art. 92	€ 9.335,81	
Per Iva al 20%	€ 95.777,36	
sommano		€ 121.109,17
	TOT.	€ 599.995,99

Preso atto che i lavori relativi al progetto principale sono stati realizzati entro il 30.04.2011, termine indicato nel Decreto del Commissario delegato n. 117 in data 25.05.2010;

Preso atto che gli adempimenti amministrativi sono stati trasmessi entro il termine previsto dal Decreto n. 440 in data 17.11.2010 in quanto correlati all'esecuzione delle opere di completamento finanziate successivamente;

Preso atto che la spesa effettivamente sostenuta dall'Unità di Progetto Genio civile di Padova per l'intervento sopra indicato risulta pari a € 599.995,99, con minore spesa di € 4,01, come indicato nel Decreto n. 195 in data 09.09.2011 di approvazione del quadro economico finale e nella nota n. 542309 in data 21.11.2011;

Considerato quindi concluso, secondo le disposizioni previste nel Decreto n. 278 in data 03.10.2008 con cui il Commissario delegato Ex Ordinanza n. 3592/2007 approva in linea tecnica ed economica il progetto per l'intervento denominato "Ripresa frane in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova";

Visti i precedenti Decreti del Commissario delegato, di seguito elencati, con cui è stato disposto il pagamento presso la Sezione Tesoreria provinciale dello Stato di Venezia, dell'importo complessivo di € 551.796,00= così ripartito:

- Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 274 in data 29.12.2009 pari a € 9.540,00
- Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 117 in data 25.05.2010 pari a € 282.000,00
- Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 154 in data 23.07.2010 pari a € 6.456,00
- Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 169 in data 03.08.2010 pari a € 253.800,00

Considerato che resta da liquidare, in base alla spesa rendicontata con il citato Decreto del dirigente dell'Unità di Progetto Genio civile di Padova n. 195 in data 09.09.2011 di approvazione del quadro economico finale e alla nota n. 542309 in data 21.11.2011, per l'intervento in oggetto, a favore dell'Impresa Idrogeo la quota per lavori di € 38.864,18= comprensivo di IVA;

Considerato che resta da liquidare in base al decreto n. 218 in data 26.09.2011 e allegata scheda di liquidazione, per oneri di progettazione art. 92 D.L.vo 163/2006, la quota di € 9.335,81=;

Dato atto che, alla copertura finanziaria degli oneri di cui sopra si provvede con i fondi di cui alla Contabilità Speciale cod. n. 3333, accesa presso la Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, intestata al Presiedente della Regione del Veneto;

Dato atto che si procederà, con successivo provvedimento amministrativo, alla liquidazione del compenso ex art. 92 del D.lgs 163/2006 e s.m.i. per le attività di progettazione effettuate, a favore dei beneficiari, imputando la somma di € 9.335,81= alla Contabilità Speciale cod. 3333 intestata al Presidente della Regione Veneto, in qualità di Commissario delegato, e accesa presso la Banca d'Italia - Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato di Venezia;

Vista la Legge 225/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la Legge 388/2000 e successive modifiche e integrazioni;

Vista l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3592/2007;

Vista la Legge regionale. 11/2001;

Vista la Legge regionale n. 39/2001;

Vista la Legge regionale 27/2003 e successive modifiche e integrazioni;

decreta

1. Di considerare conclusi i lavori relativi all'intervento in oggetto, con il seguente quadro economico definitivo:

Lavori		
pagamento sal 1	€ 235.000,00	
pagamento sal 2	€ 211.500,00	
pagamento sal 3	€ 32.386,82	
sommano		€ 478.886,82
Somme a disposizione dell'amministrazione per pagamenti su fattura di Bertin Giancarlo	€ 15.996,00	
per oneri di progettazione art. 92	€ 9.335,81	
Per Iva al 20%	€ 95.777,36	
sommano		€ 121.109,17
	TOT.	€ 599.995,99

2. Di imputare la somma di € 38.864,18=, quale saldo per

il pagamento degli oneri a favore dell'Impresa Idrogeo, alla Contabilità Speciale cod. C.S. 3333 intestata al Presidente della Regione Veneto, in qualità di Commissario delegato, e accesa presso la Banca d'Italia - Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato di Venezia;

3. di liquidare la somma di € 38.864,18= quale saldo a favore della Ditta Idrogeo Srl di Padova per i "Lavori di ripresa frana in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova" a valere sulla Contabilità Speciale cod. n. 3333, accesa presso la Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, intestata al Presiedente della Regione del Veneto;

4. Di assegnare ai beneficiari, con separato provvedimento, gli oneri ex art. 92 D.lgs 163/2006 e s.m.i. pari a € 9.335,81=;

5. Di imputare la somma di € 9.335,81=, quale saldo per il pagamento degli oneri di cui al punto precedente, alla Contabilità Speciale cod. C.S. 3333 intestata al Presidente della Regione Veneto, in qualità di Commissario delegato, e accesa presso la Banca d'Italia - Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato di Venezia;

6. di liquidare alla Regione del Veneto la somma di € 9.335,81=;

7. di avvalersi, per l'espletamento di quanto indicato al punto 4, dell'Unità di Progetto Protezione Civile, dando incarico al Dirigente regionale competente di provvedere all'impegno nel Bilancio regionale dei fondi necessari nonché alla contestuale liquidazione dei compensi, a favore del personale elencato nel decreto del dirigente dell'Unità di Progetto Genio civile di Padova n. 218 in data 26.09.2011;

8. È accertata l'economia di € 4,01 a valere sulla Contabilità Speciale cod. n. 3333, accesa presso la Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, intestata al Presiedente della Regione del Veneto per i "Lavori di ripresa frana in più punti e consolidamento arginale alla confluenza tra il fiume Bacchiglione ed il Canale Brentella nel territorio del Comune di Padova".

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 233 del 27 dicembre 2011

Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, istituito ai sensi dell'art. 44 del Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Sostituzione componente Università degli Studi di Padova.

[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Premesso che:

il Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 "Attuazione della direttiva 93/16/Cee in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE" prevede, all'art. 44, l'istituzione presso le Regioni nelle quali insistono le Scuole di specializzazione, di un Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica.

All'Osservatorio spetta, tra l'altro, la definizione dei criteri inerenti la rotazione degli specializzandi medici presso le strutture inserite nella rete, la verifica dello standard di attività assistenziali dei medici in formazione specialistica, ed è tenuto a fornire elementi di valutazione all'Osservatorio Nazionale, istituito presso il Ministero dell'Università e della Ricerca ai sensi dell'art. 43.

Sulla base di quanto disposto dallo stesso decreto, le Regioni provvedono all'istituzione ed alla nomina dei componenti l'Osservatorio.

La Giunta regionale, con deliberazione n. 2532 del 4 agosto 2009 ha disposto l'istituzione presso la Regione del Veneto - Segreteria regionale sanità e sociale - Venezia, dell'Osservatorio di cui trattasi, nonché l'approvazione del protocollo d'intesa da stipularsi con i sopra citati Atenei.

L'Osservatorio è così composto:

- Presidente nella persona di un Preside di Facoltà, designato dai Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università degli Studi di Padova e di Verona;
- sei docenti universitari delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, rappresentanti le tre aree alle quali afferiscono le scuole di specializzazione di area sanitaria, designati dai rispettivi Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, sentito il parere dei consigli di Facoltà;
- sette dirigenti della Regione del Veneto, di cui almeno tre delle strutture del Servizio Socio-Sanitario regionale presso le quali si svolge la formazione, designati dalla Regione;
- tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica che devono afferire alle due Facoltà di Medicina e Chirurgia, di cui due devono appartenere all'Università con il maggior numero di iscritti, eletti dai medici in formazione specialistica iscritti alle scuole di specializzazione tra i rappresentanti nei consigli delle scuole degli Atenei di Padova e di Verona.

Con decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 11 del 4 febbraio 2011 si è proceduto, quindi, alla nomina dei componenti dell'Organismo.

Con nota prot. 5226 GP/fm del 4 novembre 2011, l'Università degli Studi di Padova ha comunicato che il Prof. Achille Cesare Pessina, componente dell'Osservatorio, è stato collocato a riposto dal 1° ottobre 2011 per raggiungimento dei limiti di età, pertanto il Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia ha deliberato il 13 ottobre 2011, di proporre come nuovo componente il Prof. Angelo Gatta.

Tutto ciò premesso,

decreta

1. di nominare, per le ragioni e motivazioni in premessa indicate, il Prof. Angelo Gatta - Università degli Studi di Padova, quale componente dell'Osservatorio per la Formazione medico-specialistica, in sostituzione del Prof. Achille Cesare Pessina.

Luca Zaia

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 234 del 30 dicembre 2011

Accordo di Programma ai sensi art 32 Lr 29 novembre 2001, n. 35 tra Regione Veneto, Provincia di Venezia, Comuni di Dolo e Pianiga, Veneto City Spa per l'attuazione organica e coordinata del polo del terziario di scala sovraregionale per la localizzazione di centri direzionali e strutture centrali di grandi imprese. (art. 32 Lr 35/2001).
[Urbanistica]

Il Presidente

Premesso che:

Il Comune di Dolo con note n. 65961 in data 12.03.2008 e n. 18321 in data 15.07.2008, pervenute al Protocollo regionale rispettivamente in data 15.04.2008, prot. n. 867 e in data 28.07.2008, prot. n. 391828, ha trasmesso l'istanza per l'attivazione di un Accordo di Programma a sensi dell'art. 32 Lr 35/01 denominato Venetocity;

Il Presidente della Giunta regionale, con nota n. 42160/57.09 in data 26.01.2009, ha individuato la Direzione Urbanistica come struttura competente all'istruttoria dell'Accordo di Programma e ha formalmente dato avvio al procedimento;

Si sono poi succedute una serie di conferenze e incontri tecnici di carattere istruttorio, a partire dal 10.02.2009 che hanno consentito di affrontare le tematiche connesse all'intervento;

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 905 del 21.06.2011 è stato delegato il Segretario regionale alle Infrastrutture o, in sua assenza, il Commissario Straordinario al Territorio, alla firma dell'Accordo di Programma;

In data 29.06.2011 si è tenuta la Conferenza di Servizi, nella quale sono stati sottoscritti la bozza di Accordo e i relativi elaborati tecnici;

La documentazione sottoscritta, che prevede una variante urbanistica, è stata pubblicata a cura dei Comuni di Dolo e Pianiga all'Albo Pretorio comunale e della Provincia di Venezia, ai sensi dell'art. 7, comma 4 della Lr 11/2004, dal 07/07/2011 al 18/07/2011 a seguito della quale sono pervenute a Dolo 5.605 osservazioni, a Pianiga 5.377 osservazioni ed in Provincia di Venezia 5 osservazioni;

Direttamente in Regione sono pervenute 9 osservazioni;

L'Accordo di Programma Veneto City redatto ai sensi dell'art. 32 della Lr 35/2001, prevede la realizzazione di un grande polo del terziario di scala vasta regionale e sovraregionale per la localizzazione di centri direzionali, strutture centrali polifunzionali, attività di ricerca e innovazione, comprensivo di attività commerciali e ricettive.

Contestualmente, l'Accordo prevede la realizzazione di alcuni interventi di interesse pubblico di valenza regionale e locale quali:

- la realizzazione di una nuova fermata SFMR sulla linea ferroviaria Venezia - Padova;
- interventi sia sulla viabilità esistente, ampliando le sedi stradali, raddoppiando le corsie di marcia, razionalizzando gli incroci a mezzo di rotatorie o di nuove corsie di svincolo, sia di realizzazione di nuovi tratti stradali;
- la realizzazione di n. 4 piste ciclabili che, collegandosi a quelle esistenti ed a quelle "interne" all'ambito di Venetocity, consentiranno il collegamento est - ovest dei nuclei abitati esistenti, sia a nord della linea ferroviaria sia a sud dell'autostrada A4;
- la realizzazione di interventi di messa in sicurezza idraulica, che risolveranno l'attuale criticità dell'area conseguente alle precedenti urbanizzazioni, consistenti nella realizzazione di bacini d'invaso con una capacità di circa mc. 30.000, che interesseranno un'area di circa 3 ha, localizzati all'interno dell'ambito;

L'area interessata dall'Accordo di Programma, è classificata dai vigenti strumenti urbanistici comunali, per la maggior parte, come zona industriale, artigianale, direzionale e commerciale. L'Accordo pertanto comporta una variante urbanistica parziale al Prg di Dolo ed al P.A.T./Prg/P.I. di Pianiga per riclassificare l'area come zona - centro servizi alle imprese" e parte come zona a servizi - nuova fermata SFMR";

L'intero compendio dovrà essere sottoposto a pianificazione attuativa, con la possibilità di intervento per un numero massimo di 4 stralci funzionali; in tale ultima ipotesi, l'attuazione sarà preceduta da un "progetto quadro" esteso all'intero ambito di fase 1;

L'accordo "VenetoCity" è stato sottoposto ad una fase di valutazione ambientale, attraverso la redazione del Rapporto Ambientale Preliminare elaborato per il procedimento di Verifica di Assoggettabilità alla VAS (Art. 12 del DLgs 4/2008, correttivo ed integrativo del DLgs 152/2006);

La valutazione si è conclusa con il parere n. 28 del 6 giugno 2011 della Commissione regionale VAS - Autorità Ambientale per la Valutazione Ambientale Strategica, che ha riconosciuto la non assoggettabilità del programma alla procedura di VAS;

L'Accordo è stato sottoposto a Valutazione Tecnica regionale ai sensi dell'art. 27 della Lr 11/2004 che ha recepito e fatte proprie le considerazioni e conclusioni del Comitato previsto dal II comma dell'art. 27 medesimo con parere favorevole n. 99 del 24.11.2011;

La Giunta regionale con propria deliberazione n. 2073 del 7.12.2011, ha preso atto del parere della Valutazione Tecnica regionale sopra citata che esprime parere favorevole alla deroga al limite quantitativo massimo della zona agricola trasformabile in zone con destinazione diversa da quella agricola, determinato dal PAT del Comune di Pianiga;

Nella conferenza decisoria del giorno 02.12.2011, sono state valutate le osservazioni presentate e sono state apportate alcune correzioni allo schema di Accordo di Programma e alle Norme Tecniche che non hanno comportato modifiche sostanziali al testo definito nella conferenza di servizi del 29.06.2011;

Nella medesima conferenza decisoria, verificato il consenso unanime dei soggetti interessati, è stato approvato l'Accordo di Programma e la conseguente variante urbanistica e l'Accordo è stato sottoscritto da tutti i soggetti interessati;

Ai sensi della Lr 35/2001 l'approvazione dell'Accordo di Programma con decreto del Presidente della Giunta regionale del Veneto comporta le conseguenti variazioni dello strumento urbanistico;

Viste le Deliberazioni:

- del Consiglio comunale del Comune di Pianiga n.52 del 13.12.2011
- del Consiglio comunale del Comune di Dolo n. 69 del 20.12.2011
- della Giunta provinciale di Venezia n.196 del 21.12.2011

con le quali i suddetti Enti hanno rispettivamente ratificato l'Accordo di Programma.

Visto l'art. 32 della Lr n. 35/2001;

decreta

1. di rendere esecutivo ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 della Lr 29 novembre 2001 n. 35 l'Accordo di Programma, intervenuto in data 02.12.2011 tra la Regione Veneto, la Provincia di Venezia, i Comuni di Dolo e di Pianiga e la Società Veneto City Spa, per l'attuazione organica e coordinata del polo del terziario di scala sovraregionale per la localizzazione di centri direzionali e strutture centrali di grandi imprese;
2. di incaricare la Direzione regionale Urbanistica e Paesaggio dell'esecuzione del presente atto.

Luca Zaia

Allegato A

ACCORDO DI PROGRAMMA
ai sensi dell'art. 32 della legge regionale Veneto 29 novembre 2001, n. 35
per l'attuazione organica e coordinata
del polo terziario di scala sovra regionale per la localizzazione di centri direzionali e strutture centrali di grandi imprese

tra

Regione del Veneto (d'ora in avanti, per brevità, anche "Regione" o "Ente regionale"), c.f. 8007580279, con sede in Venezia, San Marco - Palazzo Balbi, nella persona di Silvano Vernizzi nato a Rovigo il 13.12.1953 domiciliato per la carica presso la sede della Regione Veneto, il quale dichiara di agire esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse del suddetto Ente, giusta deliberazione di Giunta regionale n. 905 del 21/06/2011.

e

Provincia di VENEZIA (d'ora in avanti, per brevità, anche "Provincia" o "Ente provinciale"), c.f. 80008840276, con sede in Venezia, Ca' Corner, San Marco 2662, nella persona di Mario dalla Tor - Vice Presidente pro-tempore domiciliato per la carica presso la sede della Provincia di Venezia, il quale dichiara di agire esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse del suddetto Ente, giusta delega n. 91625 del 1/12/2011.

e

Comune di DOLO (d'ora in avanti, per brevità, denominato anche "Comune"), c.f. 82001910270, con sede a Dolo in via Cairoli nella persona del Sindaco Mariamaddalena Gottardo, nata a Dolo (VE) il 31/05/1961, domiciliata per la carica presso la sede del Comune, che interviene, agisce e sottoscrive nella sua qualità di Sindaco, in rappresentanza e nell'esclusivo interesse del Comune di Dolo, giusta deliberazione del Consiglio comunale n. 38del 28/06/2011.

e

Comune di PIANIGA (d'ora in avanti, per brevità, denominato anche "Comune"), c.f. 90000660275, con sede a Pianiga in via Piazza San Martino, 1 nella persona del Sindaco Massimo Calzavara, nato a Dolo (VE) il 6 giugno 1973, domiciliato per la carica presso la sede del Comune, che interviene, agisce e sottoscrive nella sua qualità di Sindaco, in rappresentanza e nell'esclusivo interesse del Comune di Pianiga, giusta deliberazione del Consiglio comunale n. 26 del 28/06/2011.

e

VENETO CITY Spa, (d'ora in avanti, per brevità, denominato anche "Proponente"), con sede legale in Vigonza (PD) via Germania, n. 7/12, iscritta al Registro delle Imprese di Padova, numero iscrizione, codice fiscale e partita IVA:01223570282, nella persona di Rinaldo Panzarini nato a Misurata (Libia) il 25 agosto 1955, residente per la carica a Vigonza (PD) in via Germania, n. 7/12, in qualità di Amministrazione delegato, giusta delega di cui alla deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 177 del 15/09/2011.

PREMESSE

A. Procedimento

La proposta presentata dal "proponente" Veneto City S.p.A., oggetto del presente accordo di programma, è quella agli atti presso la regione del Veneto, agli atti presso la Provincia di Venezia, agli atti presso il Comune di Dolo, agli atti presso il Comune di Pianiga.

La società Veneto City Spa, proprietaria/avente titolo nel Comune di Dolo dei seguenti immobili: Nct - Comune di Dolo - foglio n. 2 - mapp. n. 6, 7, 8, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 29, 30, 31, 73, 74, 95, 190aa, 190ab, 216, 235, 244, 245, 345, 491, 527, 528, 529, 545, 617, 641, 745, 746, 747, 748, 749, 751, 848, 855, 863, 865, 867, 869, 871, 918, di complessivi mq. 288.018, con nota del 12.11.2007, inviata alle Amministrazioni comunali di Dolo, Pianiga, Mirano, alla Provincia di Venezia ed alla Regione del Veneto, ha proposto la realizzazione di un centro servizi alle imprese, comportante la ridefinizione delle previsioni urbanistiche degli strumenti comunali, supportando la proposta con l'elaborato "Documento preliminare per le consultazioni 04.10.2007" che descrive le ragioni di opportunità socio-economica sottese alla proposta stessa.

Tale proposta, che interessa sostanzialmente aree classificate come edificabili dai vigenti strumenti urbanistici, oltre ad aree già edificate, prendendo atto della "centralità" dell'area rispetto alla "città metropolitana" del Veneto centrale imperniata sul "bilanciere" Venezia - Padova e della particolare convergenza e condensazione di infrastrutture territoriali, ne prevede una diversa utilizzazione sostituendo alla informe distesa di capannoni produttivi (esistenti e previsti) un intervento qualificato sotto i profili ambientale, architettonico e, soprattutto, funzionale, con l'inserimento di destinazioni del terziario avanzato e l'eliminazione della produzione.

In sintesi la proposta VenetoCity, che si propone quale grande polo terziario di scala sovraregionale per la localizzazione di centri direzionali e strutture centrali di grandi imprese venete, anche per lo sviluppo di sinergie a livello nazionale ed internazionale:

- realizza il potenziale delle infrastrutture e dei nodi quali fattori di organizzazione spaziale del territorio;
- favorisce la razionalizzazione e concentrazione territoriale degli insediamenti;

- contribuisce al rafforzamento dell'area metropolitana veneta centrale;
- è funzionale ad una riduzione del rischio idraulico presente nell'area vasta;
- è coerente con la trama della centuriazione romana;
- è suscettibile di apportare importanti e qualificate ricadute occupazionali nel territorio in cui si inserisce;
- immette qualità architettonica ed urbanistica nel paesaggio;
- è attenta e contribuisce alla risoluzione delle più generali problematiche ambientali ed energetiche.

La società Veneto City Spa ha, inoltre, evidenziata l'assentibilità dell'iniziativa mediante accordo di programma, da sottoscriversi tra tutti i soggetti interessati, ai sensi e agli effetti dell'art. 32 della Lr 35/2001, a valere anche quale variante ai vigenti strumenti urbanistici comunali.

L'Amministrazione comunale di Dolo con note prot. n. 65961 del 12.03.2008 e n. 18321 del 15.07.2008 ha inoltrato alla Regione Veneto la documentazione predisposta da Veneto City Spa affinchè la stessa valutasse la proposta inquadrandola in un più ampio contesto territoriale; con nota prot. 2807 del 2.02.2009 la Regione ha individuato nella Direzione Urbanistica la struttura regionale competente in materia.

In data 10.02.2009, si è tenuta una conferenza di servizi preliminare per verificare la sussistenza dei presupposti per l'applicazione dell'art. 32 della Lr 35/2001 "nuove norme sulla programmazione", dalla quale è emerso che "la proposta di accordo "VenetoCity" riguarda, in generale, un insieme di aree che per la loro collocazione geografica e per il grande potenziale di sviluppo economico e sociale del territorio circostante, richiedono una pianificazione di carattere strategico da realizzarsi attraverso l'intervento congiunto di più Amministrazioni, così come previsto dall'articolo 32 della legge regionale n. 35/2001", come si rileva dalla nota della Regione del Veneto n. 104626/57.09 del 25.02.2009.

La Regione ha conseguentemente disposto la presecuzione della avviata procedura di cui all'art. 32 della Lr 35/2001 convocando le conferenze di servizi per la disamina dell'intervento proposto.

Alla data odierna si sono tenute le seguenti conferenze di servizi istruttorie:
- in data 22.04.2009
- in data 20.05.2009
- in data 29.07.2009
- in data 17.09.2009
- in data 01.10.2009
- in data 23.11.2009
- in data 14.12.2009
- in data 22.01.2010
- in data 25.02.2010

alle quali sono seguite le conferenze di servizi decisorie:
- in data .....
- in data .....

i cui verbali, per quanto occorra, vengono qui integralmente richiamati.

Nella prima conferenza di servizi il Comune di Mirano ha manifestato la volontà di non partecipare direttamente all'accordo, e quindi le aree ricadenti nel suo territorio sono state escluse dall'ambito della proposta "VenetoCity", ancorchè comprese nell'ambito di studio e di valutazione degli effetti conseguenti all'attuazione della proposta stessa.

Nella conferenza di servizi decisoria del 29 giugno 2011. tenuto conto delle osservazioni e proposte emerse in quella sede, è stato sottoscritto all'unanimità il presente schema di accordo di programma.

Lo schema di accordo ed i relativi allegati sono stati quindi pubblicati per 10 gg all'Albo dei Comuni di Dolo e Pianiga e presso la Provincia, con termine di 20 giorni per la presentazione di eventuali osservazioni.

Infine si è tenuta l'ultima conferenza di servizi decisoria in data ..... per l'esame delle osservazioni e per la definitiva approvazione dell'Accordo di programma "Venetocity".

Le competenti strutture regionali hanno verificato la correttezza e legittimità dei presupposti d'applicazione dell'art. 32 della L.35/2001 nonché della conseguente procedura relativa al presente accordo.

L'Accordo di programma "VenetoCity" verrà reso esecutivo ai sensi della Lr n. 35/2001 con Decreto del Presidente della Giunta regionale Veneta, che sarà pubblicato sul Bur.

B. Contenuti

È stata verificata la compatibilità della proposta "VenetoCity" con le previsioni dei piani e programmi di livello sovraordinato, in particolare:

A. Programma regionale di Sviluppo (P.R.S)

La proposta Venetocity risponde ed ottempera alle indicazioni del PRS in merito ai seguenti temi:
- l'eccessiva dispersione nel territorio degli insediamenti produttivi che ha reso difficoltosa la creazione di economie di scala nella organizzazione di infrastrutture di trasporto e nell'erogazione di servizi;
- la concentrazione delle attività terziarie nei centri storici, lontane quindi dalle imprese, loro principali fruitrici, determina incrementi del traffico urbano e fenomeni di rendita edilizia;
- difficoltà di reperire aree adeguatamente organizzate per la localizzazione di insediamenti produttivi;
- necessità di una politica territoriale elaborata sulla base delle infrastrutture esistenti e programmate;
- razionalizzazione delle zone industriali;
- la localizzazione dei centri direzionali e terziari all'esterno dei centri storici, in prossimità dei grandi nodi di comunicazione, eventualmente prevedendo uno sviluppo ad alta densità insediativa;

B. Piano Territoriale regionale di Coordinamento Ptrc

La tav. 05a del Ptrc individua l'ambito come "piattaforma produttiva complessa regionale 10 - Roncoduro: Dolo - Pianiga - Mirano", di cui trattano le NTA all'art. 43 - "Sistemi produttivi di rango regionale, in particolare al comma 2 - lett. e) "piattaforme produttive complesse regionali". L'area è ricompresa fra gli ambiti di cui all'art. 5 - "Progetti strategici" - comma 2 - lett. h), nei quali per l'attuazione del Ptrc, ai sensi del comma 1 dello stesso articolo "possono essere definiti appositi progetti strategici finalizzati alla realizzazione di opere, interventi o programmi d'intervento di particolare rilevanza che interessino parti significative del territorio regionale".

Venetocity rientra nella fattispecie di cui all'art. 38 delle NTA, che recita: "Le aree afferenti ai caselli autostradali, agli accessi alla rete primaria ed al SFMR per un raggio di 2 Km dalla barriere stradale sono da ritenersi aree strategiche di rilevante interesse pubblico ai fini della mobilità regionale.

Dette aree sono da pianificare sulla base di appositi progetti strategici regionali."

La proposta Venetocity risponde, inoltre, anche alle indicazioni di cui agli artt. "27 - Riqualificazione energetica dei sistemi urbani", "29 - Sviluppo delle fonti rinnovabili" e "34 - Compensazione Ambientale" e "36 - Sistemi di trasporto", in particolare per quest'ultimo, si rileva la totale sintonia della proposta con quanto richiesto alle lett. a), b), c) e d).

C. Piano Territoriale di Coordinamento provinciale - P.T.C.P.

Le NTA del PTCP trattano dell'ambito "VenetoCity" agli artt. n. 49 "fattori di centralità e servizi di livello sovralocale" e n. 50 "Insediamenti per attività economico produttive".

L'art. 49, con rinvio alla tav. n. 4, individua nell'area di cui trattasi, un "centro innovazione servizi" (comma 6° lett. D.) definendo i relativi obiettivi (vedi comma 7° - penultimo alinea).

Relativamente all'art. 50, l'ambito di "VenetoCity" è individuato come "Polo di rilievo sovracomunale - Polo porta ovest (Pianiga, Dolo, Mirano e Mira)" (vedi comma 2°); tale individuazione è finalizzata al perseguimento degli obiettivi definiti dal 1° comma del medesimo art. 50.

Tali piani, vigenti/adottati, non vengono quindi modificati nella loro attuale formulazione, ma trovano anzi compiuta attuazione e piena corrispondenza con la proposta Venetocity; si può quindi riconoscere che il presente accordo assolve la funzione di pianificazione strategica di cui all'art. 38 del Ptrc adottato.

La proposta VenetoCity comporta alcune modifiche delle vigenti previsioni urbanistiche dei Comuni di Dolo e di Pianiga, oltre all'adeguamento del PAT del Comune di Pianiga, puntualmente descritte dalla documentazione allegata al presente accordo, che si riassumono in:

- individuazione di un ambito d'intervento, denominato "Fase 1", relativo alle aree prevalentemente edificabili ma inedificate (Comuni di Dolo e Pianiga);
- riperimetrazione della zto "D" - PN4, PN5, in Comune di Dolo (fase 1), con ampliamento della s.t. di circa mq. 130.000, attualmente classificati come zto E, costituite prevalentemente dalle fasce di rispetto autostradali ;
- modifica della destinazione d'uso della zto "D1 di completamento/di espansione" in Comune di Pianiga (fase 1);
- ridefinizione dei parametri edificatori, riferiti alle zone produttive esistenti nei Comuni di Dolo e di Pianiga (fase 1), con una variazione della tipologia dei fabbricati tale da comportare una edificabilità teorica massima per la fase 1 pari a mq. 500.000 di s.n.p.;
- limitazione delle quote percentuali massime relative alle destinazioni commerciali;
- previsioni di prevalenti tipologie edilizie, diverse dai capannoni, che si sviluppano maggiormente in altezza, consentendo una minore occupazione al suolo ed una maggiore qualità ambientale/architettonica dell'insediamento;
- possibilità di intervento articolato per stralci funzionali;
- individuazione di una z.t.o. F - a servizi, in Comune di Pianiga (fase 1), per la realizzazione di una nuova fermata della SFMR e dei relativi parcheggi scambiatori per circa 500 posti auto;
- individuazione della nuova viabilità e degli adeguamenti alla viabilità esistente, funzionali ai nuovi insediamenti ed alla risoluzione dei problemi rilevati dallo "studio della viabilità" relativi allo "scenario tendenziale" allegato al presente accordo;
- obbligo, previsto nella nuova programmazione urbanistica, di realizzare contestualmente le opere di urbanizzazione e le opere infrastrutturali di interesse generale, individuate dalle tavole allegate al presente atto, necessarie per il corretto funzionamento dei nuovi insediamenti oltre che per risolvere gli attuali problemi di viabilità, mobilità, idraulici ed ambientali.

La proposta di "VenetoCity" è stata sottoposta a valutazione ambientale attraverso l'elaborazione del Rapporto Ambientale Preliminare, predisposto per il procedimento di Verifica di Assoggettabilità alla VAS (Direttiva europea 2001/42/CE e Art. 12 del DLgs 4/2008, correttivo ed integrativo del DLgs 152/2006), conclusosi con provvedimento n. 28 del 6.06.2011, che ha riconosciuto la non assoggettabilità a VAS dell'intervento.

Detta valutazione ambientale ha attivato un processo di coinvolgimento pubblico nel quale hanno partecipato soggetti portatori di interessi diffusi, nonché quelli aventi competenza amministrativa in materia ambientale.

L'accordo si caratterizza per il coinvolgimento di una pluralità di soggetti pubblici e del soggetto privato proponente "Veneto City Spa", proprietario di parte delle aree incluse nell'ambito "Venetocity".

C. Valutazioni

Il beneficio pubblico si incentra prioritariamente nella creazione dei presupposti per una riorganizzazione del tessuto economico Veneto e nella possibilità di creare, in un luogo particolarmente idoneo, delle strutture e delle opere in cui le aziende venete possano rappresentarsi nel panorama economico internazionale.

La proposta Venetocity, si fonda sull'analisi dello stato di fatto del territorio interessato, dalla quale è emersa l'esistenza di numerose criticità (viabilità, trasporti, mobilità, regimazione idraulica ecc.), che sono destinate ad acuirsi in assenza di un intervento sovracomunale coordinato.

La proposta Venetocity prevede che gli interventi di utilizzazione urbanistica delle aree incluse nell'ambito dell'accordo siano obbligatoriamente connessi alla contestuale realizzazione degli interventi infrastrutturali di interesse generale, di cui ai progetti allegati, necessari per risolvere le attuali criticità.

In particolare, detti interventi riguardano:

A. Viabilità veicolare

La proposta Venetocity si basa su studi trasportistici (allegati al presente accordo), dai quali sono emerse le criticità esistenti, evidenziate dallo studio e nelle elaborazioni redatte da Net Engineering Spa; i progetti preliminari allegati al presente A. di P., finalizzati alla risoluzione delle citate criticità e ad assorbire gli effetti generati dai nuovi insediamenti, descrivono gli interventi di nuova realizzazione, l'ampliamento e l'adeguamento delle strade comunali e provinciali afferenti all'area di Venetocity.

Le NTA relative all'ambito di Venetocity, garantiscono comunque, anche in caso di modifica dell'attuale quadro programmatico degli interventi pubblici relativi al sistema dei trasporti previsti nel quadrante, l'obbligo di aggiornare le verifiche trasportistiche e, conseguentemente, i progettati interventi sulla viabilità, realizzando un sistema viario adeguato a garantire la funzionalità dei percorsi e degli accessi;

B. Trasporto pubblico

La proposta Venetocity, pur prevedendo consistenti interventi sulla viabilità, volti a razionalizzare il trasporto su gomma, privilegia il potenziamento del trasporto pubblico, in particolare (ma non solo) di quello ferroviario, che comporta un minore impatto sul territorio.

A tal fine, in concomitanza con la realizzazione del 1° stralcio d'intervento, è prevista la costruzione di una ulteriore fermata ferroviaria per il servizio SFMR lungo la linea Venezia - Padova, in prossimità del nuovo insediamento, dotata di un ampio parcheggio per circa 500 posti auto a servizio dei residenti, necessario per rendere realmente fruibile il servizio di trasporto metropolitano, dato che l'attuale fermata di Dolo - Mirano è priva parcheggi scambiatori, che nella fattispecie non possono comunque essere realizzati nelle vicinanze della stazione dato che le aree circostanti sono completamente edificate. Gli studi condotti dimostrano che la mancanza di posti auto nelle vicinanze delle fermate ridurrebbe sostanzialmente l'utilità del SFMR (ad oggi non ancora completamente attivo) vanificando, almeno in parte, gli importanti investimenti finora fatti.

È inoltre prevista, in prossimità della nuova fermata ferroviaria, la realizzazione di fermate per il servizio di trasporto pubblico su gomma in modo tale da favorire l'intermodalità dei sistemi di mobilità, che saranno integrati anche da percorsi interni all'ambito di Venetocity.

La realizzazione delle citate infrastrutture, prevista unitamente ai percorsi ciclopedonali di cui alla successiva lett. C., sin dalla prima fase d'intervento, consentirà una riduzione del traffico privato, quantificabile in circa il 20% degli utenti attesi per Venetocity, oltre che favorire ed incrementare l'utilizzo della ferrovia da parte dei residenti in loco.

C. Viabilità ciclo pedonale

I progetti preliminari allegati all'accordo prevedono la realizzazione di una rete integrata di percorsi ciclopedonali protetti esterni all'ambito di Venetocity (che si aggiungono a quelli interni), oggi quasi totalmente mancanti e finalizzati a garantire l'accessibilità delle utenze "deboli" al SFMR dai principali centri abitati esistenti nell'intorno di Venetocity (Pianiga, Mirano, Cazzago e Arino).

I nuovi percorsi consentiranno, inoltre, l'attraversamento nord - sud sia della linea ferroviaria sia dell'autostrada A4 in due posizioni, una a est e l'altra a ovest di Venetocity, favorendo l'ulteriore riduzione del traffico veicolare e degli impatti a questo conseguenti.

D. Salvaguardia idraulica

Una delle principali criticità evidenziate dall'analisi dello stato di fatto è costituita dalla situazione di sofferenza idraulica del bacino interessato da Venetocity, le cui cause sono state individuate, principalmente, nei più o meno recenti interventi di urbanizzazione delle aree circostanti. Non si tratta comunque di una particolare situazione di crisi, ma di una generalizzata carenza del "sistema idraulico", evidenziata anche dalle recenti calamità che hanno interessato il territorio Veneto e conseguente alla inadeguata politica di gestione urbanistica ed ambientale del territorio sin qui attuata.

La proposta Venetocity prevede la realizzazione d'interventi di razionalizzazione idraulica dell'intero comparto, con la costruzione di bacini di laminazione per circa 100.000 mc., corrispondenti a circa 1.400 mc/ha, quantità all'incirca doppia rispetto a quella richiesta dalle norme vigenti, nonché di opere idrauliche finalizzate a risolvere la precarietà della situazione esistente.

Contestualmente al 1° stralcio d'intervento urbanistico, saranno pertanto risolti gli attuali problemi di rischio idraulico, con la realizzazione d'invasi per circa 30.000 mc, che fra l'altro comportano lo spostamento di un lungo tratto dello scolo consortile Cavinello, e realizzati inoltre gli invasi richiesti per garantire l'invarianza idraulica conseguente alle nuove urbanizzazioni.

Tutte le opere sopra descritte verranno realizzate a cura e spese dei soggetti privati che interverranno nell'ambito di Venetocity, consentendo così il perseguimento di numerosi vantaggi:

- la programmata realizzazione degli interventi di edificazione, contestuale all'infrastrutturazione esterna all'area da urbanizzare, garantisce la funzionalità dell'intero sistema trasportistico e idraulico, evitando di "rincorrere" la soluzione dei problemi già oggi esistenti;
- l'affidamento della realizzazione degli interventi ai privati, nei modi consentiti e previsti dalla vigente normativa in materia di appalti, permetterà di attuarli in tempi più brevi, e soprattutto senza "imprevisti" per gli Enti pubblici;
- l'aver vincolato la realizzazione degli interventi di trasformazione urbanistica a quelli di realizzazione delle opere infrastrutturali di interesse generale, consentirà un notevolissimo risparmio in termini economici, di tempo e di impegno delle strutture degli Enti pubblici, e quindi della collettività, diversamente da quanto finora (generalmente) accaduto.

Un altro rilevantissimo capitolo relativo al beneficio pubblico è dato dalla ricaduta occupazionale che l'intervento Venetocity può produrre sia in termini numerici di addetti che in termini economici complessivi.

Con la completa attuazione dell'intervento di fase 1 si stima la creazione di circa 7.000 nuovi posti di lavoro, per la maggior parte qualificati, che comportano un valore aggiunto, ricavato dai Conti Economici Territoriali forniti da Istat per il Veneto (relativi all'anno 2007) pari a circa 550/650 milioni di Euro.

Non irrilevante, infine, è il positivo impatto, fin da subito, sull'economia locale legato alla realizzazione delle opere infrastrutturali, di urbanizzazione e di edificazione che possono significativamente contribuire a risollevare le sorti del settore delle costruzioni, che attualmente versa in una profonda crisi.

Le modifiche urbanistiche proposte, oltre a comportare una riduzione dell'attuale edificabilità massima, consentono livelli di performances ambientali nettamente superiori a quelli conseguibili con le norme vigenti, così da ridurre anche gli impatti negativi causati dagli insediamenti esistenti.

La Proponente Veneto City Spa, con riferimento all'art. 60 comma 4° della L. n. 289/2002, (ancorché non specificamente riferito agli Accordi di programma regionali), si impegna a corrispondere un contributo complessivo di € 1.500.000 (unmilionecinquecentomila) a favore della Regione del Veneto.

Un ulteriore contributo, a carico dei soggetti attuatori, pari a complessivi € 3.000.000 (tremilioni), è destinato ai Comuni di Dolo (€ 1.800.000) e Pianiga (€ 1.200.000) per la realizzazione di ulteriori opere di compensazione che gli stessi individueranno nella fase attuativa, da realizzare contestualmente agli interventi edificatori ed alle altre opere infrastrutturali.

I Comuni di Dolo e Pianiga, inoltre, hanno, su richiesta del Comune di Pianiga, concordemente definito le quote percentuali

di ripartizione dei proventi che deriveranno dal contributo sul costo di costruzione e dall'I.C.I. o altra imposta equipollente, fissando nell'80% la quota spettante al Comune di Dolo e nel 20% la quota spettante al Comune di Pianiga; tali percentuali corrispondono alla quota di territorio dei due Comuni interessato dall'A. di P. "Venetocity", ovvero all'ambito della zto "D - centro servizi alle imprese", alla zto "F - nuova fermata SFMR" ed alla superficie della viabilità oggetto d'intervento, esterna agli ambiti suddetti.

Quanto al beneficio dei soggetti privati, proprietari delle aree incluse nell'ambito dell'A. di P. "VenetoCity", si evidenzia che lo stesso, pur a fronte di una riduzione dell'edificabilità complessiva, della limitazione percentuale di alcune destinazioni (Commerciale/Direzionale) e dell'assunzione degli oneri di realizzazione delle infrastrutture "secondarie" suddescritte, consiste nella possibilità di realizzare, in luogo di una anonima zona produttiva, replica delle tante altre sparse nel territorio Veneto, un intervento di nuova edificazione/riqualificazione urbanistico-edilizia ad elevato valore aggiunto, data la sua particolarità ed unicità nel contesto territoriale Veneto.

Le valutazioni e le stime di ordine economico relative alla proposta, dimostrano che circa il 60% del plusvalore delle aree, conseguente all'approvazione dell'Accordo, viene destinato alla realizzazione di opere pubbliche/di pubblico interesse.

Le Parti riconoscono conseguentemente l'interesse pubblico dell'intervento in parola ed in particolare:

A) Sotto il profilo urbanistico-territoriale:

a. convengono sulla necessità di realizzare contestualmente le opere pubbliche e le opere private previste dall'A. di P. e a tal fine approvano la ridefinizione della disciplina urbanistica, ed in particolare delle destinazioni di zona dell'ambito denominato "VenetoCity", come individuate e descritte dai seguenti elaborati, allegati al presente accordo quali parti integranti e sostanziali:

Studi e analisi specialistiche

A1	Mobilità:	Studio infrastrutturale e trasportistico;
A2	Idraulica:	Analisi della sostenibilità idraulica;
A3	Geotecnica:	Relazione geologica, idrogeologica e geotecnica;
A4	Energia:	Relazione energetica ed allegato;
A5	Socioeconomia:	Relazione socioeconomica;
A6	Ambiente:	Rapporto Ambientale Preliminare elaborato per il procedimento di Verifica di Assoggettabilità alla VAS (Art. 12 del DLgs 4/2008, correttivo ed integrativo del DLgs 152/2006).

Disciplina urbanistica

P1 Accordo di programma
P2 Relazione illustrativa
P3 Norme tecniche
P4 Estratto PTRC del Veneto 1/250.000
P5 Estratto PTCP di Venezia 1/100.000
P6 Estratto PRG vigente - Comuni di Dolo e Pianiga 1/5.000
P7 Estratto PRG vigente - Comuni di Dolo e Pianiga 1/2.000
P8 Estratto PAT Adottato - Comune di Pianiga 1/10.000
P9 Rilievo dello stato di fatto 1/7.500
P10 Viabilità ed accessibilità 1/5.000
P11 Variante PRG - Comuni di Dolo e Pianiga 1/5.000
P12 Variante PRG - Comuni di Dolo e Pianiga 1/2.000
P13 Zoning urbanistico - variante 1/5.000
P14 Livello operativo 1/5.000
P15 Ipotesi di masterplan scale varie

Progetti Preliminari opere infrastrutturali

- Elaborati generali-inquadramento delle opere e relazioni (n. 6 elaborati)
- Cartografia - rilievo plano altimetrico (n. 8 elaborati)
- Viabilità di progetto (n. 17 elaborati)
- Nuova fermata SFMR (n. 7 elaborati)
- Strutture (n. 6 elaborati)
- Idraulica e rete di drenaggio (n. 3 elaborati)
- Computi e stime (n. 3 elaborati)
- Tabella "costi delle opere infrastrutturali"

b. prendono atto che il "proponente" si impegna a dare seguito agli interventi di urbanizzazione, di infrastrutturazione e di edificazione previsti dal presente accordo;

c. prendono atto che il "proponente" si impegna a presentare i PUA relativi al 1° e 2° stralcio di fase 1, rispettivamente, entro mesi 18 e mesi 24 dalla data di approvazione del presente accordo, a convenzionarli e a dare avvio alle opere di urbanizzazione e di edificazione entro anni 1 dalla data di convenzionamento;

d. prendono altresì atto che il "proponente" si impegna a dare avvio alle opere di infrastrutturazione esterne all'ambito dei PUA relativi al 1° e 2° stralcio di fase 1 entro anni 1 dalla data di convenzionamento, restando a carico del "proponente" stesso le procedure ed i relativi costi di acquisizione/esproprio delle aree necessarie per la realizzazione delle opere infrastrutturali;

e. convengono che la struttura viaria principale, individuata in rosso negli elaborati della variante urbanistica e descritta nello studio redatto dalla Net Engineering Spa di Monselice, allegati al presente accordo, è coerente con l'assetto territoriale risultante dalla pianificazione urbanistica generale, (fatte salve alcune modifiche migliorative che potranno essere considerate nell'approvazione dei PUA), e contribuisce a migliorare, anche dal punto di vista della sicurezza, la mobilità complessiva della zona.

B) Sotto il profilo dei servizi alla collettività:

a. riconoscono l'interesse generale degli interventi di compensazione e di laminazione idrauliche, la cui realizzazione è prevista contestualmente all'utilizzazione delle aree da edificare/trasformare;

b. danno atto che la realizzazione della nuova fermata della SFMR, dotata di adeguati spazi di parcheggio, rappresenta un'utilità anche per la popolazione residente in zona;

c. ravvisano nella previsione di realizzare una rete di percorsi e di collegamenti nord-sud ed est-ovest, dedicati all'utenza debole, un miglioramento della mobilità nel territorio interessato dall'accordo.

Dato atto che:

- i progetti delle opere in parola verranno definitivamente approvati congiuntamente ai PUA;
- in particolare, la nuova fermata del SFMR dovrà essere realizzata congiuntamente al primo stralcio d'intervento di fase 1 mentre gli adeguamenti idraulici e viari verranno

realizzati per ogni singolo stralcio ed in relazione al rispettivo nesso di funzionalità;
- Regione, Provincia e Comuni si sono riservati di approvare separatamente, per quanto di rispettiva competenza, i progetti preliminari, definitivi ed esecutivi delle opere pubbliche secondo la normativa vigente;
- i Comuni si sono riservati di approvare i PUA congiuntamente, nel caso gli stessi PUA interessino il territorio di entrambi i Comuni;
- la realizzazione delle opere di urbanizzazione primaria e secondaria verrà affidata ai soggetti attuatori degli interventi urbanistico-edilizi, che a tal fine dovranno attenersi, ove applicabile, al "Codice dei contratti pubblici" di cui al D.lgs 163/2006 e s.m.i.
  - Rilevata la necessità che il programma, rispondendo al pubblico interesse, trovi attuazione contestuale e coordinata;
  - Fatto presente che gli obiettivi su indicati sono tra loro inscindibilmente connessi, perchè rispondenti ad un unitario disegno ambientale, urbanistico e viabilistico;

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente atto, le parti come sopra rappresentate approvano e sottoscrivono il seguente

ACCORDO DI PROGRAMMA

Art. 1 - Disposizioni generali

Formano parte integrante del presente atto le suesposte premesse nonché i seguenti elaborati:

Studi e analisi specialistiche

A1 Mobilità: Studio infrastrutturale e trasportistico;
A2 Idraulica: Analisi della sostenibilità idraulica;
A3 Geotecnica: Relazione geologica, idrogeologica e geotecnica;
A4 Energia: Relazione energetica ed allegato;
A5 Socioeconomia: Relazione socioeconomica;
A6 Ambiente: Rapporto Ambientale Preliminare elaborato per il procedimento di Verifica di Assoggettabilità alla VAS (Art. 12 del DLgs 4/2008, correttivo ed integrativo del DLgs 152/2006).

Disciplina urbanistica

P1 Accordo di programma
P2 Relazione illustrativa
P3 NORME TECNICHE
P4 estratto PTRC del Veneto 1/250.000
P5 Estratto PTCP di Venezia 1/100.000
P6 Estratto PRG vigente - Comuni di Dolo e Pianiga 1/5.000
P7 Estratto PRG vigente - Comuni di Dolo e Pianiga 1/2.000
P8 Estratto PAT adottato - Comune di Pianiga 1/10.000
P9 Rilievo dello stato di fatto 1/7.500
P10 Viabilità ed accessibilità 1/5.000
P11 Variante PRG - Comuni di Dolo e Pianiga 1/5.000
P12 Variante PRG - Comuni di Dolo e Pianiga 1/2.000
P13 Zooning urbanistico - variante 1/5.000
P14 Livello operativo 1/5.000
P15 Ipotesi di masterplan scale varie

Progetti Preliminari opere infrastrutturali

- Elaborati generali-inquadramento delle opere e relazioni (n. 6 elaborati)
- Cartografia - rilievo plano altimetrico (n. 8 elaborati)
- Viabilità di progetto (n. 17 elaborati)
- Nuova fermata SFMR (n. 7 elaborati)
- Strutture (n. 6 elaborati)
- Idraulica e rete di drenaggio (n. 3 elaborati)
- Computi e stime (n. 3 elaborati
- Tabella "costi delle opere infrastrutturali"

Il presente accordo di programma, che comporta le modifiche alla normativa urbanistica, di seguito descritte, è sottoscritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 della Lr 29.11.01, n. 35 e sostituisce ad ogni effetto le intese, i pareri, le autorizzazioni, le approvazioni, i nulla osta previsti da leggi regionali e ogni altro provvedimento da rendersi da parte delle Amministrazioni che lo sottoscrivono.

Qualora entro il termine di cui al successivo art. 5, comma 1°, punto 1, non venga presentato dal proponente il primo PUA relativo al 1° stralcio della fase 1, il presente accordo perderà di efficacia.

Art. 2 - Finalità

Il presente Accordo di programma disciplina il coordinamento delle azioni dei soggetti pubblici e privati, nonché la formazione dei necessari provvedimenti, comunque denominati, di competenza delle Amministrazioni e degli Enti che lo sottoscrivono, necessari a garantire la piena attuazione della variante urbanistica che l'accordo medesimo comporta.

L'Accordo riguarda:

- Il progetto del "Polo del terziario Sovraregionale - VenetoCity";
- La realizzazione della nuova fermata SFMR sulla linea Padova - Venezia;
- La previsione di nuove infrastrutture viarie e pedonali a servizio del territorio;
- Gli interventi di eliminazione del rischio idraulico conseguente agli insediamenti esistenti.

L'Accordo comporta:

- variante ai vigenti Prg dei Comuni di Dolo e Pianiga ed eventuale adeguamento del PAT del Comune di Pianiga, consistenti sostanzialmente nella:
  - individuazione di un ambito d'intervento, denominato "fase 1", relativo alle aree prevalentemente edificabili ma inedificate (Comuni di Dolo e Pianiga);
  - riperimetrazione della zto "D - PN4 e PN5" in Comune di Dolo (fase 1), con ampliamento della s.t. di circa mq. 130.000, per includere nell'area edificabile anche le fasce di rispetto autostradale nonché l'area prospiciente la nuova fermata del SFMR;
  - applicazione della deroga di cui all'art. 13 - c. 1 - lett. f) della Lr n. 11/2004 e s.m.i.;
  - modifica della destinazione d'uso della zto "D1 di completamento/di espansione" in Comune di Pianiga (fase 1);
  - ridefinizione dei parametri edificatori, riferiti alle zone produttive esistenti nei Comuni di Dolo e di Pianiga (fase 1), con una variazione della tipologia dei fabbricati

tale da comportare una edificabilità teorica massima per la fase 1 pari a mq. 500.000 di s.n.p.;
- limitazione delle quote percentuali massime relative alle destinazioni commerciali;
- previsioni di prevalenti tipologie edilizie, diverse dai capannoni, che si sviluppano maggiormente in altezza, consentendo una minore occupazione al suolo ed una maggiore qualità ambientale/architettonica dell'insediamento;
- possibilità di intervento articolato per stralci funzionali;
- individuazione di una z.t.o. F - a servizi, in Comune di Pianiga (fase 1), per la realizzazione di una nuova fermata della SFMR e dei relativi parcheggi scambiatori per circa 500 posti auto;
- individuazione della nuova viabilità e degli adeguamenti alla viabilità esistente, funzionali ai nuovi insediamenti ed alla risoluzione dei problemi rilevati dallo "studio della viabilità" relativi allo "scenario tendenziale" allegato al presente accordo;
- obbligo, previsto nella nuova programmazione urbanistica, di realizzare contestualmente le opere di urbanizzazione e le opere infrastrutturali di interesse generale, individuate dalle tavole allegate al presente atto, necessarie per il corretto funzionamento dei nuovi insediamenti oltre che per risolvere gli attuali problemi di viabilità, mobilità, idraulici ed ambientali.

L'Accordo non comporta l'approvazione dei progetti preliminari delle opere di cui al precedente art. 1 "Progetti Preliminari opere infrastrutturali" che verranno approvati successivamente all'Accordo con le specifiche procedure di legge.

Si dà atto che l'accordo "VenetoCity" è stato sottoposto ad una fase di valutazione ambientale, attraverso la redazione del Rapporto Ambientale Preliminare elaborato per il procedimento di Verifica di Assoggettabilità alla VAS (Art. 12 del DLgs 4/2008, correttivo ed integrativo del DLgs 152/2006), nel quale:
- si è verificato il livello di coerenza con la pianificazione sovraordinata;
- si è constatato che non si manifestano impatti negativi significativi sull'ambiente;

conclusasi con il parere n. 28 del 6-06-2011 che ha riconosciuto la non assoggettabilità del programma alla procedura di VAS, formulando alcune prescrizioni, relative alle misure di mitigazione/compensazione individuate, che costituiscono parte integrante del presente accordo.

Detta valutazione ambientale ha contribuito a migliorare le performances pianificatorie ed a definire opportune misure di mitigazione e compensazione che sono state recepite all'interno delle norme tecniche al fine di perseguire la sostenibilità di natura ambientale, economica e sociale degli interventi.

Si mette in evidenza, inoltre, che la valutazione ambientale effettuata ha attivato un processo di coinvolgimento pubblico nel quale hanno partecipato soggetti portatori di interessi diffusi, nonché quelli aventi competenza amministrativa in materia ambientale.

Successivamente alla firma del presente atto, con l'elaborazione dei piani attuativi, verranno attivate, ove previste dalle specifiche norme, le procedure di VIA.

Art. 3 - Realizzazione degli interventi di trasformazione urbanistico-edilizia

La variante oggetto di accordo prevede che gli interventi di trasformazione urbanistico edilizia siano assoggettati alla preventiva approvazione di Piani Urbanistici Attuativi di iniziativa privata, ai sensi degli artt. 19-20 della Lr n. 11/2004, riferiti agli stralci funzionali.

Le convenzioni allegate ai PUA, fra l'altro, dovranno obbligatoriamente prevedere:
- l'assunzione, in capo alle ditte lottizzanti, ed ai successivi aventi titolo subentranti degli oneri di gestione e di manutenzione del verde, dei parcheggi e della viabilità primaria interni al perimetro di piano nonché gli oneri relativi alla gestione delle reti e degli impianti di smaltimento delle acque meteoriche, della pubblica illuminazione e della segnaletica stradale. I predetti oneri si trasferiranno anche agli acquirenti e ciò indipendentemente da eventuali diverse o contrarie clausole di vendita;
- la contestuale realizzazione delle opere di trasformazione urbanistico - edilizia e di infrastrutturazione connesse all'intervento;
- l'impegno da parte delle ditte lottizzanti a realizzare le opere di urbanizzazione primaria e secondaria in conformità, ove applicabile, al "Codice dei contratti pubblici" di cui al D.lgs 163/2006 e s.m.i.;
- la possibilità di scomputo cumulativo degli oneri di urbanizzazione primaria e secondaria a fronte della realizzazione delle corrispondenti opere di urbanizzazione;
- la possibilità di realizzare contestualmente le opere di urbanizzazione e di costruzione degli edifici, stante le soluzioni urbanistiche ipotizzate, che non ne consentono una costruzione disgiunta fermo restando la concessione dell'agibilità degli edifici ad avvenuta, regolare ultimazione delle opere di urbanizzazione attestata dal collaudatore;
- la corresponsione del contributo sul costo di costruzione, di cui all'art. 16 del Dpr n. 380/2001 e s.m.i.;
- l'impegno da parte delle Ditte lottizzanti a realizzare a propria cura e spese le opere di interesse pubblico di cui al precedente art. 1 "Progetti Preliminari opere infrastrutturali", in quota parte rispetto all'ambito d'intervento o, nel caso di realizzazione di opere di importo superiore a quello loro spettante in ragione delle rispettive proprietà rispetto alla dimensione complessiva dell'ambito dell'A. di P., con la compensazione della maggiore spesa a carico dei lottizzanti che interverranno successivamente; tale compensazione verrà regolamentata in conformità ed in analogia alle norme di legge ed ai principi giuridici che disciplinano la perequazione urbanistica e la ripartizione degli oneri relativi alle opere di urbanizzazione nell'ambito dei PUA, secondo le modalità che saranno definite in sede di convenzione attuativa avendo come riferimento indicativo la tabella allegata "Costi opere infrastrutturali";
- la prestazione di idonee garanzie fideiussorie per il corretto e compiuto adempimento degli obblighi assunti in convenzione.

Art. 4 - Oneri a carico dei soggetti attuatori

I privati che interverranno sulle aree ricomprese nell'ambito di "VenetoCity" dovranno farsi onere e carico di realizzare,

nei modi previsti per legge, tutte le opere di infrastrutturazione necessarie e funzionali all'intervento, nonché quota parte degli interventi di viabilità infrastrutturale descritti negli elaborati allegati al presente atto.

Oltre agli interventi di cui al comma precedente, i soggetti attuatori dovranno farsi onere e carico di realizzare, nei modi previsti per legge, ulteriori opere di compensazione, da individuare nella fase attuativa, per complessivi € 3.000.000 (tremilioni), di cui € 1.800.000 a Dolo ed € 1.200.000 a Pianiga. Gli importi sopra indicati saranno computati in quota proporzionale all'edificabilità prevista dai PUA secondo quanto disciplinato dalla lettera a) del successivo art. 5.

Sono a carico dei privati lottizzanti anche le procedure di acquisizione/esproprio e i relativi costi di acquisizione delle aree esterne ai PUA, necessarie per la realizzazione delle opere infrastrutturali.

I progetti preliminari, definitivi ed esecutivi delle opere di infrastrutturazione dovranno essere redatti a cura e spese dei lottizzanti, senza lo scomputo dei costi di progettazione dagli oneri di urbanizzazione.

I PUA di ogni singolo stralcio, qualora sia modificata la programmazione pubblica degli interventi sulla viabilità afferente all'ambito di "VenetoCity", dovranno essere preceduti da un aggiornamento degli studi di impatto sulla viabilità allegati al presente atto, finalizzati alla individuazione degli interventi necessari a supportare i carichi di traffico indotti dal nuovo insediamento.

"I soggetti attuatori dovranno inoltre farsi onere e carico della realizzazione e gestione del monitoraggio mettendo a disposizione le risorse a tal fine necessarie, e dovranno altresì concordare con le autorità competenti quanto prescritto ai commi 3 e 4 - art. 18 - D.lgs 4/2008".

Art. 5 - Obblighi a carico del "Proponente"

Il "proponente", in quanto proprietario della maggior parte delle aree interessate dal 1° e 2° stralcio di fase 1 (vedi planimetria catastale allegata sub 1), si impegna in conformità ai contenuti del presente accordo:

1. a presentare entro mesi 18 (diciotto) dalla data di pubblicazione nel Bur del decreto del Presidente della Giunta regionale di esecutività del presente accordo, il PUA relativo al 1° stralcio della fase 1;
2. a presentare entro mesi 24 (ventiquattro) dalla data di pubblicazione nel Bur del decreto del Presidente della Giunta regionale di esecutività del presente accordo, il PUA relativo al 2° stralcio della fase 1;
3. a dare avvio alla realizzazione delle opere di infrastrutturazione esterne agli ambiti dei PUA relativi al 1° e 2° stralcio di fase 1 entro anni 1 (uno) dalla data di approvazione dei rispettivi progetti esecutivi, che dovranno essere presentati contestualmente ai PUA collegati, e ad ultimare le opere medesime nei tempi specificamente previsti dagli stessi provvedimenti di approvazione dei progetti esecutivi;
4. a realizzare la nuova fermata della SFMR congiuntamente al primo stralcio d'intervento di fase 1;
5. a corrispondere alla Regione del Veneto, ad avvenuta approvazione di ognuno dei PUA relativi al 1° e 2° stralcio di Fase 1, e con riferimento all'art. 60 comma 4° della L. n. 289/2002, (ancorché non specificamente riferito agli Accordi di programma regionali), un contributo di € 750.000 (settecentocinquantamila).

Il "proponente" si impegna, inoltre:

a. ad anticipare la quota parte delle somme di cui al precedente art. 4 - 2° comma, di competenza del 3° e 4° stralcio, ad avvenuto convenzionamento del 1° PUA, a condizione che le stesse vengano successivamente compensate, come definito al precedente art. 3 - 2° comma;
b. a realizzare, nei limiti delle somme di cui alla precedente lett. a. e nei modi previsti per legge, le opere pubbliche che i Comuni di Dolo e Pianiga definiranno in sede attuativa;
c. nel caso in cui parte delle opere di infrastrutturazione "esterne" a Venetocity, di cui ai progetti preliminari opere infrastrutturali elencati al precedente art. 1, e sulla base di un eventuale aggiornamento degli studi sulla viabilità (vedi art. 3 - 7° comma delle NTA), risultassero non più necessarie, ad anticipare le relative somme, con le modalità e condizioni descritte alla precedente lett. a., realizzando ulteriori opere pubbliche di cui alla precedente lett. b., per un importo comunque non superiore a € 2.700.000 in Comune di Dolo e a € 1.800.000 in Comune di Pianiga.

Art. 6 - Obblighi a Carico dei Comuni, della Provincia e della Regione

I Comuni di Dolo e Pianiga, la Provincia di Venezia e la Regione del Veneto si impegnano, in relazione alle rispettive competenze, a:

1. approvare i piani attuativi ed i progetti edilizi, qualora redatti nel rispetto delle normative vigenti, nei tempi tecnici a ciò necessari, e comunque nel rispetto dei termini stabiliti dalle norme di legge che disciplinano i relativi procedimenti, anche con l'eventuale attivazione delle procedure previste dal 6° comma dell'art. 20 della Lr n. 11/2004;
2. approvare nei tempi tecnici a ciò necessari, e comunque nel rispetto dei termini stabiliti dalle norme di legge che disciplinano i relativi procedimenti, i progetti preliminari, definitivi ed esecutivi delle opere pubbliche, previste dal presente accordo di programma;
3. a delegare i soggetti attuatori dei PUA all'espletamento delle procedure espropriative delle aree necessarie alla realizzazione delle opere pubbliche/di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 6 del Dpr 327/2001.

La Regione del Veneto, in relazione al futuro assetto conseguente alla realizzazione dei nuovi caselli autostradali si impegna, facendosene onere e carico, a progettare e realizzare una soluzione, che dovrà essere concordata ed approvata congiuntamente dalle Amministrazioni Comunali interessate, per il razionale e funzionale collegamento alla viabilità principale delle attuali zone produttive esistenti nei comuni di Dolo e di Pianiga, nonché di reperire i fondi necessari nei futuri programmi triennali della viabilità trasferita.

I Comuni di Dolo e Pianiga si impegnano ed obbligano reciprocamente a ripartire fra loro tutti i proventi, conseguenti all'attuazione delle previsioni dell'A. di P., derivanti dal contributo relativo al costo di costruzione, di cui all'art. 16 del Dpr n. 380/2001, nonché quelli relativi all'I.C.I., in ragione della percentuale del 80 % a favore del Comune di Dolo e del 20 % a favore del Comune di Pianiga, e ciò indipendentemente dal territorio comunale nel quale ricade l'edificazione.

Le modalità di introito e di corresponsione dei suddetti oneri saranno oggetto di separato Accordo, che i Comuni di Dolo e Pianiga si impegnano a definire ad avvenuta approvazione dell'A. di P. "Venetocity"; tale Accordo, in analogia con

quanto già previsto dalla Legge regionale n. 35/2002, dovrà ispirarsi ed uniformarsi ai principi della perequazione territoriale e della localizzazione intercomunale dei nuovi insediamenti produttivi e commerciali sanciti dalla Legge regionale n. 11/2004 e poi recepiti e sviluppati dagli "Atti di indirizzo ai sensi dell'art. 50 della Lr 23 aprile 2004, n. 11" approvati dalla Giunta regionale con deliberazione n. 3178 del 8 ottobre 2004. L'Accordo medesimo è propedeutico all'approvazione del 1° PUA e dovrà fondarsi sui seguenti princìpi e criteri:

- in linea generale, gli adempimenti e le determinazioni da assumere nell'ambito dell'A. di P. "Venetocity" dovranno essere considerati in modo "unitario" dai due Comuni, senza differenziazioni nella quantificazione di oneri ed imposte;
- il parametro da utilizzare per la determinazione dell'ICI dovrà essere omogeneo per entrambi i territori comunali;
- i parametri da utilizzare per la quantificazione del contributo sul costo di costruzione, di cui all'art. 16 del Dpr n. 380/2001, dovranno essere omogenei per entrambi i comuni;
- le eventuali compensazioni fra i due Comuni dovranno avvenire dopo la effettiva corresponsione delle somme dovute;
- dovranno essere ripartiti anche gli eventuali costi di introito e di gestione delle imposte e del contributo sul costo di costruzione.

Art. 7 - Supporto alla struttura organizzativa del Comuni

In considerazione della valenza strategica regionale del presente Accordo e tenuto conto che la struttura burocratica dei Comuni interessati, su cui ricadrà il nuovo carico lavorativo conseguente l'attuazione dell'Accordo stesso, appare del tutto sottodimensionata, la Regione Veneto si impegna a mettere a disposizione dei Comuni interessati personale qualificato ed in numero adeguato, per rendere possibile la tempestiva attuazione delle attività amministrative conseguenti il presente Accordo senza onere alcuno per i Comuni stessi.

Detta materia verrà regolata da successivo accordo da stipularsi entro e non oltre sei mesi dalla data di pubblicazione sul Bur del Decreto del Presidente della Giunta regionale di esecutività del presente accordo e comunque non oltre 30 giorni dalla data di presentazione del primo PUA qualora lo stesso venga presentato prima del termine previsto.

Art. 8 - Termini di validità e modificabilità dell'accordo

Il presente accordo di programma dovrà essere attuato nel termine di anni 10 (dieci) decorrente dalla data di pubblicazione nel Bur del decreto del Presidente della Giunta regionale di esecutività dell'accordo medesimo, termine che potrà essere motivatamente prorogato previo accordo fra i soggetti che sottoscrivono il presente atto. Qualora l'accordo non venga attuato nel termine di cui al periodo che precede, la variante urbanistica di cui al precedente art. 2 decade.

La eventuale modifica delle previsioni di cui al presente accordo di programma richiede necessariamente l'approvazione di una variante all'accordo medesimo con la procedura di cui all'art. 32 della Lr n. 35/2001 e con l'intervento di tutti i soggetti che lo hanno sottoscritto.

Non costituiscono variante al presente accordo di programma, e potranno pertanto essere approvate dai Comuni di Dolo e Pianiga secondo le procedure di legge, le seguenti modifiche:

- varianti non sostanziali alle norme urbanistiche approvate con il presente atto, volte a garantire il perseguimento degli obiettivi e/o a perfezionare il contenuto delle stesse; a titolo di esempio rientrano in questa fattispecie:
  a. le modifiche che non incidono sui seguenti parametri: indice di edificabilità territoriale, rapporto di copertura, sulla quantità di area libera, od altri a questi equiparabili;
  b. ridefinizioni dei perimetri di massimo inviluppo e degli ambiti conseguenti alla delimitazione dei perimetri dei PUA;
- varianti eventualmente conseguenti alla progettazione preliminare e definitiva delle opere infrastrutturali esterne alle aree edificabili oggetto del presente accordo.

Art. 9 - Vigilanza

Per la vigilanza ed il controllo sull'esecuzione dell'accordo la Regione Veneto istituirà un Collegio di Vigilanza, in conformità all'art. 34, co. 7, del Decreto Legislativo n. 267/2000, così composto:

- rappresentante della Regione del Veneto, in qualità di Presidente;
- rappresentante della Provincia di Venezia;
- rappresentante del Comune di Dolo;
- rappresentante del Comune di Pianiga;
- rappresentante dell'Spa Venetocity o successivi aventi causa.

Al Collegio spetta il controllo tecnico sull'esecuzione dell'accordo di programma e sull'attuazione del programma di intervento anche con riferimento all'esecuzione delle opere pubbliche viarie.

I poteri sostitutivi per l'attuazione coattiva delle opere pubbliche o di uso pubblico previste dal presente accordo di programma, nel caso di inadempimento del soggetto attuatore, saranno esercitati dal Presidente della Regione su segnalazione del Collegio. Prima dell'esercizio del potere sostitutivo, la Regione Veneto dovrà notificare al soggetto attuatore diffida a provvedere entro un congruo termine, indicando i lavori da eseguire o da modificare.

Il Collegio potrà inoltre essere interpellato per dirimere eventuali aspetti interpretativi in materia urbanistico-edilizia, ambientale e procedurali connessi all'attuazione del presente A. di P.

Art. 10 - Cauzione

Il "proponente" costituirà, quale garanzia finanziaria per l'adempimento degli oneri derivanti dal presente accordo di programma - art. 5 c. 1 - punti 1, 2 e 5, fideiussione assicurativa a favore della Regione del Veneto, per l'importo di € 1.500.000 (unmilionecinquecentomila) prima del Decreto del Presidente della Giunta regionale.

Tale garanzia sarà restituita e svincolata all'atto della presentazione da parte del "proponente" delle garanzie finanziarie di cui alle convenzioni attuative dei PUA relativi al 1° e 2° stralcio di fase 1.

Art. 11 - Norme finali e transitorie

Il presente accordo di programma, composto di n..... pagine, sarà reso esecutivo con decreto del Presidente della Giunta regionale del Veneto ai sensi dell'art. 32 - comma 4 - della Lr n. 35/01 e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.
Letto, confermato e sottoscritto in Venezia lì .02.12.2011

Il delegato della Regione del Veneto
Silvano Vernizzi

Il delegato della Provincia di Venezia
Mario Dalla Tor

Il Sindaco del Comune di Dolo
Mariamaddalena Gottardo

Il Sindaco del Comune di Pianiga
Massimo Calzavara

Il Proponente: Venetocity Spa
Rinaldo Panzarini

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 235 del 30 dicembre 2011

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 - Proroga Organismo Indipendente di Valutazione.
[Designazioni, elezioni e nomine]

Il Presidente

Premesso che con proprio precedente decreto n. 4 del 27 gennaio 2011, in attuazione al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 è stato istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione, nella seguente composizione:

- prof. Fabrizio Panozzo, professore associato in Economia Aziendale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia; docente, fra l'altro, di Economia delle Aziende delle Amministrazioni Pubbliche - con funzioni di presidente,
- ing. Lisa Zanardo, professionista; consulente, fra l'altro, del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione;
- dr. Gaudenzio Garavini, dirigente presso l'Istituto di formazione e sviluppo organizzativo nelle organizzazioni pubbliche e private.

Visto che, nelle more della formale adozione del P.d. L.di recepimento del D. L.vo 150/2009, da parte del Consiglio regionale, la Giunta regionale, con deliberazione n. 3371 del 30.12.2010, ha stabilito di dare corso ai primi adempimenti che, in ogni caso, discendono dai principi generali del Decreto Legislativo in questione.

Rilevata, in particolare, la necessità di continuare ad avvalersi dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, composto, come previsto al punto 1 del dispositivo della Dgr n. 3371/2010, da tre membri esterni di elevata professionalità ed esperienza pluriennale nel campo manageriale o dell'organizzazione e del personale o della misurazione e valutazione delle prestazioni e dei risultati, con particolare riferimento al settore pubblico;

Considerata pertanto l'urgenza di procedere alla conferma per il 2012, dell'O. I. V. nella sua attuale composizione, così come sopra ricordata;

Visto il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 17/Ddl del 30.11.2010;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 3371 del 30.12.2010;

decreta

1. di confermare per l'anno 2012, per le motivazioni espresse in premessa, l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, secondo la seguente composizione collegiale:

- prof. Fabrizio Panozzo, professore associato in Economia Aziendale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia; docente, fra l'altro, di Economia delle Aziende delle Amministrazioni Pubbliche - con funzioni di presidente,
- ing. Lisa Zanardo, professionista; consulente, fra l'altro, del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione;
- dr. Gaudenzio Garavini, dirigente presso l'Istituto di formazione e sviluppo organizzativo nelle organizzazioni pubbliche e private.

2. di dare atto che all'onere derivante dal presente provvedimento si farà fronte con il capitolo del bilancio 2012 corrispondente al capitolo 5008 del bilancio 2011;

3. di incaricare la Direzione regionale risorse umane dell'esecuzione del presente atto.

Luca Zaia

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE RELAZIONI INTERNAZIONALI

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE RELAZIONI INTERNAZIONALI n. 294 del 26 ottobre 2011

Programma «Plasepri - Plateforme d'Appui au Secteur Privé et à la Valorisation de la Diaspora Sénégalaise en Italie». Progetto "PLENI - PLASEPRI En Italie". Impegno di spesa e affidamento dell'incarico di coordinatore operativo. Dgr n. 3329 in data 30.12.2010.
[Programmi e progetti (comunitari, nazionali e regionali)]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. di ritenere le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di affidare al dott. Davide Libralesso, ai sensi dell'articolo 184 della Lr n. 12/1991, un incarico di consulenza di Coordinatore Operativo del progetto "PLENI-PLASEPRI En Italie", i cui compiti sono definiti nello schema di convenzione allegato al presente provvedimento (Allegato A - omissis),

prevedendo un corrispettivo di € 10.500,00, comprensivo di Iva e di ogni onere contributivo e fiscale;

3. di approvare lo schema di convenzione per la disciplina dei reciproci rapporti, riportato nell'Allegato A, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, e di stipulare il relativo atto e conseguentemente erogare il compenso previsto;

4. di prevedere che il compenso così stabilito verrà erogato, su presentazione di idonea documentazione contabile, con le seguenti modalità:

- il 50%, pari a € 5.250,00, dopo 20 giorni dalla sottoscrizione della convenzione, successiva alla pubblicazione dell'incarico di consulenza sul sito web istituzionale dell'amministrazione regionale, a seguito della presentazione della dichiarazione di inizio attività;
- il restante 50 % pari a € 5.250,00 al termine dell'incarico, a condizione che il dott. Davide Libralesso abbia rispettato tutte le scadenze per la consegna dei rendiconti previste dal contratto di finanziamento del progetto e previa presentazione di una relazione finale sulle attività svolte;

5. di impegnare a favore del dott. Davide Libralesso (*(omissis)*, P. Iva 03899410272P) la spesa complessiva di € 10.500,00 quale compenso come consulente a carico del capitolo 101600 "Realizzazione del progetto "PLENI-PLASEPRI En Italie (Contratto del 20/01/2011)" del Bilancio annuale di previsione dell'esercizio finanziario corrente, che presenta sufficiente disponibilità;

6. di dare atto che la spesa per "incarico di consulenza", di cui si dispone l'impegno con il presente atto non è soggetta alle limitazioni di cui alla Lr n. 1/2011 per le motivazioni esposte in premessa da considerarsi parte integrante del presente provvedimento;

7. di stabilire che il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul sito web istituzionale dell'amministrazione regionale, ai sensi del comma 54 dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

8. di trasmettere il presente atto alla Sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti per il Veneto, ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Diego Vecchiato

Allegato A *(omissis)*

DECRETI DEL DIRIGENTE DELL'UNITÀ DI PROGETTO RICERCA E INNOVAZIONE

DECRETO DEL DIRIGENTE DELL'UNITÀ DI PROGETTO RICERCA E INNOVAZIONE n. 72 del 3 agosto 2011

Progetto "PERIA - Partnership on European Regional Innovation Agencies", finanziato nell'ambito del programma UE "Interreg IVC". Assunzione impegno di spesa per il compenso del collaboratore dott.ssa Laura Mirandola.
[Consulenze e incarichi professionali]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. di impegnare, a valere sul progetto "PERIA - Partnership on European Regional Innovation Agencies" una seconda quota pari ad euro 25.699,85 (venticinquemilaseicentonovantanove/85) per il compenso, comprensivo degli oneri a carico del collaboratore dott.ssa Laura Mirandola, suddivisa tra i seguenti capitoli di spesa che presentano la necessaria disponibilità finanziaria:

- l'importo di euro 19.274,89 (diciannovemiladuecentosettantaquattro/89) sul capitolo n. 101529 "Progetto di programmazione transnazionale IVC (2007-2013) PERIA - quota comunitaria (Reg.to Cee 05/07/2006, n. 1080)" del bilancio di previsione 2011;
- l'importo di euro 6.424,96 (seimilaquattrocentoventiquattro/96) sul capitolo n. 101530 "Progetto di programmazione transnazionale IVC (2007-2013) PERIA - quota statale (Reg.to Cee 05/07/2006, n. 1080 - Del. Cipe 15/06/2007, n. 36)" del bilancio di previsione 2011;

2. di dare atto che la spesa per il contratto di collaborazione coordinata e continuativa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non è soggetta alle limitazioni di cui alla Lr 1/2011 per le motivazioni esposte in premessa da considerarsi parte integrante del presente provvedimento.

Caterina De Pietro

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO n. 89 del 24 ottobre 2011

Richiedente: Ditta Giama Spa - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 1345 del 3/08/2011 per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nei Comuni di Ponzano Veneto e Villorba (Tv).
[Energia e industria]

Il Dirigente

Vista la Dgr n. 1345 del 3/08/2011 con cui è stata autorizzata la Ditta Giama SPA, con sede legale in Carità di Villorba (Tv) piazza Aldo Noro n. 7 alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza di 995.22 Kwp e alla costruzione dell'impianto di connessione (elettrodotto e cabina di consegna), nei Comuni di Ponzano Veneto e Villorba (Tv);

Considerato che la Dgr n. 453 del 2.03.2010 (Competenze e procedure per l'autorizzazione di impianti per la produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili) prevede la possibilità, per tutte le tipologie impiantistiche, di apportare eventuali limitate variazioni in corso d'opera di carattere meramente tecnico-dimensionale delle componenti impiantistiche e relativa installazione, conseguenti alla disponibilità (industriale/commerciale) della relativa fornitura, fermo restando le dimensioni

complessive massime dell'impianto autorizzato e le relative prescrizioni generali, previa comunicazione motivata corredata di idonea documentazione progettuale, da trasmettersi alla Regione del Veneto ed agli enti interessati;

Vista:

- la nota prot. 489672 del 21/10/2011 con la quale la Ditta GIAMA Spa, titolare dell'Autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio dell'impianto in questione, dichiara che per sopraggiunte esigenze di sostituzione dei componenti dell'impianto difficilmente reperibili, si rende necessario procedere ad alcune parziali variazioni tecnico-dimensionali, che sono evidenziate nella documentazione allegata alla presente; che tali variazioni in nessun modo aumenteranno le dimensioni massime dell'impianto autorizzato, prevedendo altresì una diminuzione della potenza da 995.22 Kwp a 951.00 Kwp e che le prescrizioni generali contenute nella DgrV. n. 1345/2011 saranno integralmente rispettate;
- la formale richiesta di autorizzazione alla variazione in corso d'opera in conformità alle specifiche tecniche descritte negli elaborati allegati alla stessa ed elencati nell'Allegato A al presente decreto;

Visto il Decreto Legislativo n. 387 del 29 dicembre 2003 e s.m.i.

decreta

1. la variazione dell'Autorizzazione Unica alla costruzione dell'impianto fotovoltaico, rilasciata con Dgr n. 1345 del 3/08/2010 secondo quanto riportato negli elaborati di cui all'Allegato A al presente decreto;
2. di trasmettere copia di tale provvedimento ai Comuni di Ponzano Veneto e Villorba (Tv) ed a tutti gli altri Enti interessati.

Vincenzo Fabris

Allegato A *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO n. 94 del 4 novembre 2011

Richiedente: Società Agricola Berteggia Leandro e Michele - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 655 del 17.05.2011 per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nel Comune di Correzzola (Pd).

[Energia e industria]

Il Dirigente

Vista la Dgr n. 655 del 17.05.2011 con cui è stata autorizzata la Società. Agricola Berteggia Leandro e Michele, con sede legale in Correzzola (Pd) via Paltana n. 35 alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza di 389,70 Kwp e alla costruzione dell'impianto di connessione (elettrodotto e cabina di consegna), nonché l'autorizzazione a Enel Distribuzione Spa alla costruzione e all'esercizio dell'impianto di connessione, nel Comune di Correzzola (Pd);

Considerato che la Dgr n. 453 del 2.03.2010 (Competenze e procedure per l'autorizzazione di impianti per la produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili) prevede la possibilità, per tutte le tipologie impiantistiche, di apportare eventuali limitate variazioni in corso d'opera di carattere meramente tecnico-dimensionale delle componenti impiantistiche e relativa installazione, conseguenti alla disponibilità (industriale/commerciale) della relativa fornitura, fermo restando le dimensioni complessive massime dell'impianto autorizzato e le relative prescrizioni generali, previa comunicazione motivata corredata di idonea documentazione progettuale, da trasmettersi alla Regione del Veneto ed agli enti interessati;

Vista:

- la nota prot. 499996 del 27/10/2011 con la quale la Società Agricola Berteggia Michele e Leandro, titolare dell'Autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio dell'impianto in questione, dichiara che per sopraggiunte esigenze di sostituzione dei componenti dell'impianto difficilmente reperibili, si rende necessario procedere ad alcune parziali variazioni tecnico-dimensionali, che sono evidenziate nella documentazione allegata alla presente; che tali variazioni in nessun modo aumenteranno le dimensioni massime dell'impianto autorizzato, prevedendo altresì una diminuzione della potenza da 389,70 Kwp a 388,44 Kwp e che le prescrizioni generali contenute nella DgrV. n. 655/2011 saranno integralmente rispettate
- la formale richiesta di autorizzazione alla variazione in corso d'opera in conformità alle specifiche tecniche descritte negli elaborati allegati alla stessa ed elencati nell'Allegato A al presente decreto;

Visto il Decreto Legislativo n. 387 del 29 dicembre 2003 e s.m.i.

decreta

1. la variazione dell'Autorizzazione Unica alla costruzione dell'impianto fotovoltaico, rilasciata con Dgr n. 655 del 17.05.2010 secondo quanto riportato negli elaborati di cui all'Allegato A al presente decreto;
2. di trasmettere copia di tale provvedimento al Comuni di Correzzola (Pd) ed a tutti gli altri Enti interessati;
3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bur in base al disposto della Lr 8.05.1989, n. 14 art. 2.

Vincenzo Fabris

Allegato A *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO n. 95 del 4 novembre 2011

Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta - Autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza 907,20 kWp nel Comune di Cavarzere (Ve) ai sensi dell'articolo 12, commi 3 e 4, del Decreto Legislativo 29 dicembre 2003, n. 387. Volturazione.

[Energia e industria]

Il Dirigente

Vista la Dgr n. 1343 del 3.082011 con cui è stata autorizzata la Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta, alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza di 907,20 Kwp, nel Comune di Cavarzere (Ve);

Preso atto che la Dgr n. 2373 del 4.08.2009 (Disposizioni procedurali per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di impianti di produzione di energia elettrica, eolici e fotovoltaici - art. 12, D.lgs 29 dicembre 2003, n. 387) prevede la possibilità, nell'allegato A (Disposizioni procedurali per il rilascio dell'autorizzazione unica di competenza regionale per la costruzione e l'esercizio di impianti eolici e fotovoltaici per la produzione di energia elettrica), che un nuovo soggetto possa subentrare ad un soggetto precedentemente autorizzato alla costruzione e all'esercizio di un impianto di produzione di energia elettrica, eolico o fotovoltaico, previa comunicazione del subentro alla Direzione Urbanistica;

Vista la nota prot. 490618 del 21.10.2011 con la quale la Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta. con sede legale in Cavarzere (Ve) Via San Pietro, 54/B titolare dell'Autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio dell'impianto in questione, chiede la volturazione a favore della Greenvision Ambiente Photo-Solar Srl con sede legale in Bolzano, Via Innsbruch n. 33 dell'autorizzazione di cui alla Dgr n. 1343 del 3.08.2011;

Considerato che in data 18.10.2011, la Greenvision Ambiente Photo-Solar. Srl. ha stipulato con la Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta l'atto di locazione per la costruzione e gestione dell'impianto fotovoltaico autorizzato,al fine di installarlo ed esercirlo comprese le relative opere accessorie;

Visto il Decreto Legislativo n. 387 del 29 dicembre 2003 e s.m.i.

Visto il Decreto Ministeriale 10.09.2010;

decreta

1. la volturazione dell'autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di un impianto fotovoltaico della potenza di 907,20 kWp, sito nel Comune di Cavarzere (Ve), rilasciata con Dgr n. 1343 del 3.08.2011, ed il subentro in tutti i diritti e obblighi da essa derivanti, dalla Ditta Azienda Agricola Gasparetto Cosetta. con sede legale in Cavarzere (Ve) Via San Pietro, 54/B alla Ditta Greenvision Ambiente Photo-Solar Srl, con sede legale in Bolzano, Via Innsbruch n. 33;

2. di dare comunicazione di tale provvedimento al Comune di Cavarzere (Ve) ed a tutti gli altri Enti interessati.

Vincenzo Fabris

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO n. 98 del 8 novembre 2011

Società "Profitto e Futuro" Srl - Autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza 984 kWp nel Comune di Merlara (Pd) ai sensi dell'articolo 12, commi 3 e 4, del Decreto Legislativo 29 dicembre 2003, n. 387. Volturazione e precisazione.

[Energia e industria]

Il Dirigente

Vista la Dgr n. 779 del 7 giugno 2011 con cui è stata autorizzata la Società "Profitto e Futuro" Srl, alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza di 984 Kwp, nel Comune di Merlara (Pd);

Preso atto che la Dgr n. 2373 del 4.08.2009 (Disposizioni procedurali per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di impianti di produzione di energia elettrica, eolici e fotovoltaici - art. 12, D.lgs 29 dicembre 2003, n. 387) prevede la possibilità, nell'allegato A (Disposizioni procedurali per il rilascio dell'autorizzazione unica di competenza regionale per la costruzione e l'esercizio di impianti eolici e fotovoltaici per la produzione di energia elettrica), che un nuovo soggetto possa subentrare ad un soggetto precedentemente autorizzato alla costruzione e all'esercizio di un impianto di produzione di energia elettrica, eolico o fotovoltaico, previa comunicazione del subentro alla Direzione Urbanistica;

Vista: la nota prot. 497873 del 26.10.2011 con la quale la Società "Profitto e Futuro" Srl con sede legale in Vicenza (Vi) via Dei Montecchi s.n., titolare dell'Autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio dell'impianto in questione, chiede la volturazione a favore della Ditta Urbino Energia srl con sede legale in San Pietro in Gu (Pd), via Cappello 12/A dell'autorizzazione di cui alla Dgr n. 779 del 7 giugno 2011 e contestualmente chiede la precisazione che ENEL Distribuzione Spa è autorizzata al solo esercizio della rete di connessione mentre rimane in capo al proponente l'autorizzazione per la costruzione dell'impianto di connessione;

Visto il Decreto Legislativo n. 387 del 29 dicembre 2003 e s.m.i.;

Visto il Decreto Ministeriale 10.09.2010.

decreta

1. la volturazione dell'Autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di un impianto fotovoltaico della potenza di 984 kWp, sito nel Comune di Merlara (Pd), rilasciata con Dgr n. 779 del 7.06.2011, ed il subentro in tutti i diritti e obblighi da essa derivanti, dalla Società "Profitto e Futuro" Srl. con sede legale in Vicenza (Vi) via Dei Montecchi s.n., alla Ditta Urbino Energia Srl con sede legale in San Pietro in Gu (Pd), via Cappello 12/A;

2. di precisare che la Ditta Urbino Energia Srl è autorizzata alla costruzione e all'esercizio dell'impianto fotovoltaico e alla costruzione dell'impianto di connessione per la produzione di energia elettrica della potenza di 984 kWp, nonché di autorizzare ENEL Distribuzione Spaa all'esercizio di tale impianto di connessione, nel Comune di Merlara (Pd);

3. di dare comunicazione di tale provvedimento al Comune di Merlara (Pd) ed a tutti gli altri Enti interessati.

Vincenzo Fabris

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE URBANISTICA E PAESAGGIO n. 114 del 2 dicembre 2011

Richiedente: Dieci Prese S.a.s. di Putti Maria Antonietta & C. Società Agricola. - Variazione in corso d'opera all'Autorizzazione Unica di cui alla Dgr n. 2438 del 14.10.2010 per la costruzione e l'esercizio di un impianto fotovoltaico nel Comune di Cona (Ve).

[Energia e industria]

Il Dirigente

Vista la Dgr n. 2438 del 14.10.2010 con cui è stata autorizzata la Ditta Dieci Prese S.a.s. di Putti Maria Antonietta & C. Società Agricola, con sede legale in Padova via Bristot, 1 alla costruzione e all'esercizio di un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica della potenza di 972 Kwp e alla costruzione dell'impianto di connessione (elettrodotto e cabina di consegna), nonché l'autorizzazione a ENEL Distribuzione Spa all'esercizio dell'impianto di connessione, nel Comune di Cona (Ve).

Visto il proprio decreto n. 138 del 22.12.2010 di approvazione della variante all'impianto in oggetto.

Vista la nota prot. 552300 del 25.11.2011 con la quale la Ditta Dieci Prese S.a.s. di Putti Maria Antonietta & C. Società Agricola., titolare dell'autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio dell'impianto in questione, richiede l'autorizzazione di apportare modifiche inerenti:

- Mitigazione del verde
- Compensazione idraulica
- Impianto di videosorveglianza

Visti i pareri favorevoli espressi dal Comune di Cona e dal Consorzio di Bonifica Adige Euganeo; che tali variazioni in nessun modo aumenteranno le dimensioni massime dell'impianto autorizzato e che le prescrizioni generali contenute nella DgrV. n. 2438/2010 saranno integralmente rispettate.

Vista la formale richiesta di autorizzazione alla variazione in corso d'opera in conformità alle specifiche tecniche descritte negli elaborati allegati alla stessa ed elencati nell'Allegato A al presente decreto.

Visto il Decreto Legislativo n. 387 del 29 dicembre 2003 e s.m.i.

decreta

1. la variazione dell'Autorizzazione Unica alla costruzione dell'impianto fotovoltaico, rilasciata con Dgr n. 2438 del 14.10.2010 e variata con proprio decreto n. 138 del 22.12.2010 secondo quanto riportato negli elaborati di cui all'Allegato A al presente decreto;
2. di precisare che le prescrizioni generali contenute nella DgrV. n. 2438/2010 dovranno integralmente rispettate;
3. di trasmettere copia di tale provvedimento al Comune di Cona (Ve) ed a tutti gli altri Enti interessati.

Vincenzo Fabris

Allegato A *(omissis)*

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 376 del 7 novembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta concessione di derivazione d'acqua dal Canale della Polveriera ad uso idroelettrico in Comune di Treviso". Presa d'atto del Parere n. 5 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n.5 del 22/09/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.
2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza di concessione presentata dal Comune di Treviso, per derivare dal Canale della Polveriera, in Comune di Treviso, moduli medi 34, per produrre sul salto di m 3,42 e potenza nominale media di kW 114.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 377 del 7 novembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Orsolina" Presa d'atto del Parere n. 1 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 1 del 22/09/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita

ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza di concessione presentata dalla Società En&En spa, con sede in Via I. Caffi 15/c a Belluno, per derivare dal torrente Orsolina, in Comune di Borca di Cadore (Bl), moduli massimi 5,60 (litri al secondo cinquecentosessanta) e medi 2,37 (litri al secondo duecentotrentasette), per produrre sul salto di m 410,28 e potenza nominale media di kW 953,30, con restituzione dell'acqua nello stesso torrente Orsolina.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 378 del 7 novembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Ortiè" Presa d'atto del Parere n. 2 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.
[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 2 del 22/09/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza di concessione presentata dalla Società En&En spa, con sede in Via I. Caffi 15/c a Belluno, per derivare dal torrente Ortiè in Comune di Cortina d'Ampezzo (Bl), moduli medi di 1,51 e moduli massimi 3,73 d'acqua, su un salto di 262,10 mt per produrre la potenza nominale media di 388,01 kW, con restituzione dell'acqua nel medesimo corso d'acqua.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 396 del 10 novembre 2011

Dgr n. 989 del 5/07/2011 - Primi interventi di mitigazione del rischio idraulico mediante la realizzazione di bacini di laminazione. Progetto preliminare dell'intervento di "Realizzazione di un'opera di invaso sul torrente Tesina in località Marola del Comune di Torri di Quartesolo (VI)" - (ID Piano 761). Approvazione dello schema del Protocollo d'intesa per la redazione del progetto preliminare.
[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. È approvato lo schema di Protocollo d'intesa - allegato al presente provvedimento - tra la Regione del Veneto, l'Associazione degli Industriali della Provincia di Vicenza ed il Comune di Torri di Quartesolo, finalizzato alla progettazione preliminare dell'intervento denominato "Realizzazione di un'opera di invaso sul torrente Tesina in località Marola del Comune di Torri di Quartesolo (VI)", ricompreso tra gli interventi prioritari di mitigazione del rischio idraulico mediante la realizzazione di bacini di laminazione, previsti nella citata deliberazione della Giunta regionale n. 989/2011.

2. La progettazione preliminare dell'intervento in argomento sarà sviluppata dai tecnici della Direzione Difesa del Suolo e dell'Ufficio del Genio civile di Vicenza, con un service tecnico a totale carico dell'Associazione degli Industriali della Provincia di Vicenza.

3. Il tempo stabilito per il completamento del service tecnico è stato fissato in giorni 120 dalla data di sottoscrizione del Protocollo.

4. Il Responsabile Unico del Procedimento per la Regione è il Dirigente - pro tempore - della Direzione regionale Difesa del Suolo.

5. La sottoscrizione del Protocollo in parola, facente parte delle attività per la progettazione preliminare dei bacini di laminazione sopra citati, è stata demandata dalla Giunta regionale, con la DgrV 989/2011, allo stesso Dirigente della Direzione Difesa del Suolo.

6. La sottoscrizione del Protocollo in parola non comporta spese per l'Amministrazione regionale.

Tiziano Pinato

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 413 del 22 novembre 2011

Lr 14.1.2003, n. 3 art. 47. Programma straordinario triennale degli interventi di difesa idrogeologica. Interventi nel settore della rete idraulica regionale minore. Annualità 2008 - Dgr n. 2916 del 14.10.2008. Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta. Interventi urgenti relativi a fenomeni di allagamento in Comune di Minerbe. Lavori: messa in sicurezza del sistema Morando in Comune di Minerbe (Vr), località Borzelè, Suppiavento ed altre. Importo progetto: € 700.000,00= Importo finanziato: € 700.000,00= Approvazione progetto definitivo autorizzazione ai sensi dell'art. 146 del D. Lgs. n. 42/2004.
[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di approvare, ai sensi dell'art. 25 della Lr n. 27 del 7 novembre 2003, il progetto definitivo predisposto dal Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta inerenti gli Interventi urgenti relativi a fenomeni di allagamento in Comune di Minerbe: "lavori di messa in sicurezza del sistema Morando in Comune di Minerbe (Vr), località Borzelè, Suppiavento ed altre", dell'importo di € 700.000,00= distinto per come riportato in narrativa.

2. Il Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta è confermato soggetto attuatore dell'intervento e dovrà, prima dell'appalto dei lavori, ottenere le eventuali autorizzazioni di competenza di altre Amministrazioni interessate.

3. I lavori e le espropriazioni previsti dal progetto sono di pubblica utilità, urgenti ed indifferibili e dovranno essere iniziati ed ultimati entro i termini di legge, secondo quanto previsto dall'art. 13, comma 4, del Dpr 327/2001;

4. Al Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta sono delegate le funzioni di Autorità espropriante ai sensi della Dgr 3391/2003, il medesimo provvederà, pertanto, a porre in essere tutti gli adempimenti del procedimento espropriativo relativi alla realizzazione delle opere, da svolgersi ai sensi della vigente normativa in materia;

5. Le aree ed ogni altro diritto reale sulla proprietà privata verranno acquisiti a favore del Demanio dello Stato - ramo idrico;

6. È autorizzata, ai sensi sensi dell'art. 146 del D. Lgs. N. 42/2004, l'esecuzione delle opere relative ai "Lavori di messa in sicurezza del sistema Morando in Comune di Minerbe (Vr), località Borzelè, Suppiavento ed altre".

7. Ai sensi del comma 11 - art. 146 del D.lgs n. 42/2004, l'autorizzazione di cui al punto precedente diventa efficace entro trenta giorni dalla data del presente decreto che, in copia, dovrà essere trasmesso alla competente Soprintendenza, al Comune di Creazzo (Vi) ed alla Direzione regionale Urbanistica per i successivi provvedimenti di competenza.

8. L'inizio dei lavori dovrà avvenire entro sei mesi dalla data di trasmissione del presente provvedimento. Tutti i lavori e il complesso degli adempimenti amministrativi, inerenti l'intervento in oggetto, dovranno essere ultimati entro quarantotto mesi dalla data di cui in precedenza. Qualora non fosse possibile rispettare tali termini per cause di forza maggiore, il soggetto attuatore provvederà a richiedere una proroga dei termini sopra indicati allegando le opportune giustificazioni.

9. Qualora il Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta si dimostrasse inadempiente alle disposizioni contenute nel presente atto o negligente nella conduzione dei lavori, si provvederà alla revoca del finanziamento.

10. Il soggetto attuatore è responsabile dell'esecuzione dell'intervento sulla base del progetto approvato e provvede all'appalto, alla direzione, alla contabilità dei lavori, all'assistenza, al collaudo e a tutto quant'altro attiene alla corretta realizzazione dell'intervento.

11. Per l'appalto, l'aggiudicazione, la direzione, l'esecuzione, la misura e la contabilità e il collaudo dei lavori, si applica quanto stabilito dalla Lr n. 27/2003 e, per quanto da questa non disciplinato, dalla normativa statale di riferimento.

12. Le eventuali perizie di variante e/o suppletive in corso d'opera sono disciplinate dalla normativa vigente, le stesse dovranno essere preventivamente autorizzate dal Dirigente della Direzione regionale Difesa del Suolo e saranno approvate nei modi e nelle forme previste dalle leggi in materia.

13. Le spese ammissibili a contributo sono quelle descritte all'art. 51 della Lr n. 27/2003 con l'ulteriore specificazione che tutte le spese tecniche e generali dovranno essere debitamente documentate.

14. L'erogazione del contributo, la verifica e il monitoraggio degli interventi avverranno secondo quanto disposto dall'art. 54 della Lr n. 27/2003.

15. Una volta eseguite e collaudate, le opere passeranno in gestione al soggetto attuatore.

16. Tutte le controversie tra la Regione del Veneto e il soggetto attuatore, sia durante l'esecuzione dei lavori che dopo il loro compimento, se non già definite in via amministrativa, sono deferite al Giudice Ordinario e, a tal fine, il foro competente è quello di Venezia.

17. Gli oneri relativi a eventuali controversie e vertenze che dovessero insorgere tra il soggetto attuatore e le imprese sono a carico del soggetto attuatore stesso.

18. Il Consorzio di Bonifica Alta Pianura Veneta è tenuto a prendere formalmente atto dei contenuti del presente provvedimento inviando, per accettazione, copia del provvedimento alla Direzione regionale Difesa del Suolo.

Tiziano Pinato

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 414 del 22 novembre 2011

D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili - Impianti idroelettrici - "Impianto Idroelettrico presso il sostegno "Oleificio" del fiume Fibbio in loc. Ferrazze del Comune di San Martino Buon Albergo". Presa d'atto del Parere n. 1 del 15 luglio 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.

[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 1 del 15/07/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;

2. di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della Ditta Campedelli Osvaldo, con sede in Comune di Verona, Via Catania n. 44 presentata in data 04.09.2009 per la concessione di derivazione d'acqua dal fiume Fibbio, in Comune di San Martino Buon Albergo - loc. Ferrazze,

di moduli medi 64,90 (l/s 6.490), e moduli massimi 90,00 (l/s 9.000) per uso idroelettrico, per produrre sul salto di m. 2.00 la potenza nominale media di kW 127,33;

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 415 del 22 novembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal fiume Sile ad uso idroelettrico in località Canizzano - Via Mure in Comune di Treviso". Presa d'atto del Parere n. 4 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.
[Difesa del suolo]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 4 del 22.09.2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante del presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;
2. di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza di concessione presentata dalla Ditta Riviera del Sile Srl, pervenuta il 07.05.2010, per la derivazione di 11.500 l/s di acqua ad uso idroelettrico, per produrre con un salto di m. 1,00, una potenza media nominale di kW 112,80, con restituzione nel torrente medesimo a quota m 686,00.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 416 del 22 novembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di concessione di derivazione d'acqua dal torrente Cridola". Presa d'atto del Parere n. 3 del 22 settembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su osservazioni, opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 3 del 22/09/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante del presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;
2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza di concessione presentata dalla Ditta Energie Comuni Srl, con sede a Belluno in via T. Vecellio n. 27/29, tendente ad ottenere la concessione a derivare dal torrente Cridola in Comune di Lorenzago di Cadore, a quota m 901,5 s.l.m., moduli massimi 4,00 (litri al secondo quattrocento) e medi 1,99 (litri al secondo centonovantanove) di acqua per produrre sul salto di m 214,2 la potenza nominale media di kW 418,16 ad uso idroelettrico, con restituzione nel torrente medesimo a quota m 686,00.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 422 del 24 novembre 2011

Legge 03.08.1998, n. 267 - Dgr 1022 del 18/03/2005. Programma di interventi urgenti per la riduzione del rischio idrogeologico della Regione del Veneto. Studio di prefattibilità relativo ai possibili interventi di mitigazione per gli scenari di rischio geologico, idraulico e di consolidamento dell'abitato di Perarolo di Cadore (Bl). Affidamento dell'incarico di studio, approvazione dello schema di convenzione e impegno di spesa per l'importo di € 47.819,20. CUP H74C11000070001. CIG 35643144F5.
[Difesa del suolo]

Il Dirigente Vicario

(omissis)

decreta

1. di affidare, in attuazione di quanto disposto dalla Dgr n. 1022 del 18/03/2005 e per quanto riportato in premessa, alla società SGI Studio Galli Ingegneria Spa con sede a Sarmeola di Rubano (Pd), in Via della Provvidenza 13 (C.F. e P. Iva 01155390287), l'incarico per la redazione dello "Studio di prefattibilità relativo ai possibili interventi di mitigazione per gli scenari di rischio geologico, idraulico e di consolidamento dell'abitato di Perarolo di Cadore (Bl)" per l'importo forfettario onnicomprensivo di € 47.819,20, di cui € 38.000,00 per competenze e € 9.819,20 per contributo INARCASSA (4%) e Iva (21%);
2. di approvare l'allegato schema di convenzione (Allegato A), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, atto a regolare i rapporti tra la Regione del Veneto e la società SGI Studio Galli Ingegneria Spa per lo svolgimento dell'incarico di cui al punto 1, che verrà sottoscritta entro la data del 31.12.2011;
3. di impegnare a favore della società sopra citata sul capitolo n. 52055 del bilancio regionale per il corrente esercizio

finanziario, che presenta sufficiente disponibilità, la somma forfettaria onnicomprensiva di € 47.819,20 già prenotata sulla procedura informatica al n. 3540 in data 18/11/2011;

4. la liquidazione di spesa sarà effettuata dalla Direzione Difesa del Suolo, sulla base dei termini contrattuali indicati nella convenzione sopracitata;

5. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011;

6. il presente provvedimento dovrà essere pubblicato sul sito web istituzionale dell'amministrazione regionale, ai sensi del comma 54 dell'art. 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

7. il presente provvedimento dovrà essere trasmesso alla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti per il Veneto, ai sensi dell'art. 1, comma 173, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Il Dirigente Vicario
Marco Dorigo

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 467 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal torrente Rite in Comune di Cibiana di Cadore (Bl)". Presa d'atto del Parere n. 2 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 2 del 3.11.2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;

2. di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della s società Fontana Srl, con sede in Ponte nelle Api (Bl) via 1° Maggio 15, per la concessione di derivazione d'acqua dal torrente Rite, in territorio del Comune di Cibiana di Cadore (Bl), di moduli massimi 4,5 (litri al secondo 450) e medi 3,19 (litri al secondo 319) di acqua, per produrre sul salto di m 214,90 la potenza nominale media di kW 672,51, ad uso idroelettrico.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 468 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Impianto idroelettrico sul torrente Senaiga, in territorio del Comune di Lamon (Bl)" Presa d'atto del Parere n. 1 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 1 del 3.11.2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;

2. di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della società Brenta Energia srl, con sede a Bassano del Grappa, via A. De Gasperi, 19/b, per la concessione di derivazione d'acqua dal torrente Senaiga, in Comune di Lamon (Bl) di una portata di moduli medi 10,05 (l/s 1005) e moduli massimi 24,38 (l/s 2438), per produrre su un salto di m 27,17 la potenza media nominale di kW 267,87, ad uso idroelettrico.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 469 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003. Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici- "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal torrente Mareson, in territorio del Comune di Forno di Zoldo (Bl)". Presa d'atto del Parere n. 3 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 7 Del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n. 3 del 3.11.2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010;

2. di ritenere che si possa procedere, tenendo conto delle

prescrizioni riportate nel sopracitato parere, nell'istruttoria dell'istanza della società EN&EN Spa, con sede a Belluno, via I. Caffi 15/c, per la concessione di derivazione d'acqua dal torrente Mareson, in territorio del Comune di Forno di Zoldo, di moduli massimi 15,50 (litri al secondo 1550) e medi 7,10 (litri al secondo 710) di acqua, ad uso idroelettrico, per produrre sul salto di m 61,42 la potenza nominale media di kW 427,53;

3. di ritenere altresì che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della società Ristorante l'Insonnia, di Beniamino Meneghetti & C. Snc, con sede in via Canale a Forno di Zoldo (Bl), per la concessione di derivazione d'acqua, dal torrente Mareson, in territorio del Comune di Forno di Zoldo, di moduli massimi 0,05 (litri al secondo 5) ad uso pescicoltura.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 470 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico in località Ponte della Muda in Comune di Cordignano (Tv)". Presa d'atto del Parere n.7 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n.7 del 3/11/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della Ditta Canevese Erminio Paolo per la concessione di derivazione d'acqua di una portata di moduli medi nominali 21,83 (l/s 2183) dal fiume Meschio, in Comune di Cordignano(Tv), per produrre su un salto di ml. 1,02 la potenza media nominale di kW 21,84, ad uso idroelettrico.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 471 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dalla Roggia Contarina, in località Opifici Minori in Comune di Piazzola sul Brenta (Pd)". Presa d'atto del Parere n. 6 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n.6 del 3/11/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della la società Hydra Srl con sede in Campodarsergo (Pd), Via Verdi n.113, per la concessione di piccola derivazione d'acqua superficiale di una portata di moduli medi nominali 8,6 (l/s 860) e moduli massimi 15 (l/s 1500), dalla Roggia Contarina, in Comune di Piazzola Sul Brenta (Pd), Loc. Opifici Minori, per produrre su un salto di ml. 6,00 la potenza media nominale di kW 50,29 ad uso Idroelettrico.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 472 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richiesta di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dalla Roggia Contarina, in località Fabbrica concimi in Comune di Piazzola sul Brenta (Pd)". Presa d'atto del Parere n. 5 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.
[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n.5 del 3/11/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento,

espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della società Hydra Srl con sede in Campodarsergo (PD), Via Verdi n.113, per la concessione di piccola derivazione d'acqua superficiale di una portata di moduli medi nominali 8,6 (l/s 860) e moduli massimi 15 (l/s 1500), dalla Roggia Contarina, in Comune di Piazzola Sul Brenta (PD), Loc. Fabbrica Concimi, per produrre su un salto di ml. 3,00 la potenza media nominale di kW 25,87 ad uso Idroelettrico.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 473 del 20 dicembre 2011

D.lgs 387/2003 - Impianti di produzione di energia da fonti rinnovabili. Impianti idroelettrici. "Richieste di concessione di derivazione d'acqua ad uso idroelettrico dal fiume Fibbio, in località Montorio, in prossimità della sorgente Fontanone in Comune di Verona". Presa d'atto del Parere n. 4 del 3 novembre 2011 della Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr 3493/2010.

[Energia e industria]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. Di prendere atto del parere n.4 del 3/11/2011 (allegato 1), che costituisce parte integrante al presente provvedimento, espresso dalla Commissione tecnica per il parere su opposizioni, osservazioni e domande in concorrenza, istituita ai sensi dell'ex art. 9 del R.D. 1775/1933 e di cui alla Dgr n. 3493/2010.

2. Di ritenere che si possa procedere nell'istruttoria dell'istanza della società En.In. Esco Srl con sede in Comune di San Martino Buon Albergo (Vr), per la concessione di derivare medi moduli 30,10 (3.010 l/s) e massimi moduli 40,00 (4.000 l/s) di acqua pubblica per uso idroelettrico dal fiume Fibbio, in prossimità della sorgente Fontanon, in loc. Montorio del Comune di Verona, per produrre sul salto di m. 3,80 la potenza nominale media di kW 112,21.

Tiziano Pinato

Allegato *(omissis)*

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE DIFESA DEL SUOLO n. 525 del 29 dicembre 2011

Ordinanza Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3276 del 28.03.2003. Deliberazione Della Giunta regionale n. 3941 del 10 Dicembre 2004. Primi interventi urgenti di protezione civile diretti a fronteggiare i danni conseguenti agli eventi atmosferici che hanno colpito dei mesi di luglio e agosto 2002. Protezione Civile - Piano di coordinamento degli interventi per la riduzione del rischio ed il ripristino delle normali condizioni: "interventi Straordinari". Consorzio di Bonifica Brenta (ex gestione Pedemontano Brenta) - Cittadella (Pd). "Sistemazione e ricalibratura collettore di scarico Scolo Pieve con realizzazione di un nuovo scolmatore per un tratto di circa 1.500 metri nei Comuni di Campo San Martino e Curtarolo (Pd)". Importo finanziato € 1.160.000,00. Accertamento della spesa effettivamente sostenuta, determinazione del contributo definitivo e liquidazione del saldo all'Ente Concessionario "Consorzio di Bonifica Brenta".

[Protezione civile e calamità naturali]

Il Dirigente

(omissis)

decreta

1. È accertata nell'importo di € 1.384.474,50=, come in premessa ripartita, la spesa complessivamente sostenuta per l'esecuzione dei lavori di "Sistemazione e ricalibratura collettore di scarico Scolo Pieve con realizzazione di un nuovo scolmatore per un tratto di circa 1.500 metri nei Comuni di Campo San Martino e Curtarolo (PD)".

2. È determinato nell'importo complessivo di € 1.160.000,00=, il contributo definitivo a favore del Concessionario "Consorzio di Bonifica Brenta" che ha provveduto all'esecuzione dei lavori in oggetto specificato.

1. Di liquidare, al suddetto Concessionario, la rata di saldo finale, pari a € 353.209,59=.
2. Di dare atto che la maggiore spesa di € 224.474,50= sostenuta per l'esecuzione dei lavori resta a carico del Consorzio di Bonifica Brenta.

Tiziano Pinato

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE LAVORI PUBBLICI

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE LAVORI PUBBLICI n. 1992 del 27 dicembre 2011

Progetto CULTEMA - Programma "Sud Est Europa" (SEE) 2007-2013. Affidamento incarico attività di controllo di primo livello esterno ai sensi dell'art. 125, c. 11 del D.lgs n. 163/2006. CIG Z830279528.

[Consulenze e incarichi professionali]

Il Dirigente

Premesso che con decisione C(2007)6590 la Commissione europea ha adottato il 20/12/2007 il nuovo Programma operativo "Sud Est Europa"(SEE) per il periodo 2007-2013, cofinanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr), dallo strumento di assistenza di preadesione (IPA) e dallo strumento di prossimità e partenariato (ENPI);

Premesso che la Direzione regionale Lavori Pubblici, con il sostegno della Giunta regionale mediante Dgr 18 novembre 2008, n. 4031 e successiva Dgr 3 agosto 2010, n. 2000, ha preso parte alla seconda chiamata a presentare proposte progettuali quale lead partner del progetto "Cultural value for sustainable territorial governance and marketing (CULTEMA)";

Premesso che con deliberazione n. 741 del 7 giugno 2011 la Giunta regionale, nel prendere atto dell'approvazione del Progetto CULTEMA e degli altri progetti finanziati con il Programma SEE, ha autorizzato i dirigenti regionali delle strutture titolari dei progetti approvati alla sottoscrizione dei documenti necessari ad avviare e a svolgere le attività tecniche e di gestione del progetto e ad adottare i conseguenti atti di adempimento amministrativo e di spesa;

Premesso che, per lo svolgimento delle attività previste dal Progetto CULTEMA, la Direzione regionale Lavori Pubblici, è chiamata a sostenere spese nei limiti del budget assegnato, pari a 400.000,00 Euro, e nei limiti delle voci di spesa approvate;

Premesso che il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - IGRUE ha indicato nel documento "Caratteristiche generali del Sistema nazionale di controllo dei Programmi dell'obiettivo di cooperazione territoriale europea 2007-2013" s.m.i., le modalità e le strutture preposte ai controlli di primo livello, le quali eseguono le verifiche ex art. 16 del Reg. (Ce) n. 1080/2006 delle operazioni o parti di operazioni realizzate in Italia;

Premesso che in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stato concluso, ai sensi del decreto legislativo n. 281/1997, un Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome in data 29 ottobre 2009, per la definizione del Sistema di gestione e controllo dei Programmi di cooperazione transnazionale e interregionale;

Premesso che il "Manuale per la rendicontazione ed i controlli in relazione alla spesa dei Programmi di Cooperazione territoriale europea - Sud Est Europa", approvato dalla Commissione Mista Stato-Regioni di cui al citato Accordo del 29 ottobre 2009, prevede per la convalida delle spese ai sensi dell'art. 16 del Reg. (Ce) n. 1080/2006, la predisposizione da parte di ciascuno Stato membro di un sistema di controllo al fine di verificare la veridicità delle spese dichiarate per le operazioni realizzate sul territorio e la loro conformità con le normative comunitarie e nazionali;

Considerato che con deliberazione n. 3896 del 15 dicembre 2009 la Giunta regionale ha incaricato la Società Veneto Innovazione Spa, società "in house" della Regione, di espletare per la Regione del Veneto le attività relative al sistema di gestione e controllo dell'obiettivo Cooperazione territoriale europea;

Considerato che con deliberazione n. 859 del 15 marzo 2010 la Giunta regionale ha incaricato la Società Veneto Innovazione Spa, di effettuare una gara, secondo le modalità contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009, per la formazione di un elenco finalizzato al conferimento di incarichi di Controllore di primo livello, ai sensi del citato Reg. Ce n. 1080/2006, da parte delle singole unità organizzative ed enti regionali partecipanti ai progetti quali beneficiari;

Considerato che l'avviso pubblico per la formazione dell' elenco di esperti, finalizzato al conferimento di incarichi di Controllore di primo livello per i Programmi UE di Cooperazione territoriale, è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n.32 del 16/04/2010;

Considerato che a conclusione della procedura, secondo quanto previsto dal citato avviso pubblico, è stata formulata una lista di n. 107 soggetti idonei all'assunzione dell'incarico di certificatore di primo livello;

Considerato che tale "lista dei controllori di primo livello" è stata formulata senza attribuzioni di punteggio o altre classificazioni di merito;

Dato atto che l'identificazione del controllore è soggetta ad autorizzazione da parte della Commissione Mista, come previsto dall' Accordo del 29 ottobre 2009 concluso tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, in sede di Conferenza Stato-Regioni;

Dato atto che il compenso per il servizio di Controllore di primo livello per il Progetto CULTEMA è quantificato in € 9.815,52, omnicomprensivo di Iva al 21% e oneri previdenziali nella misura del 4%, coerentemente con la quota del 1,95% del totale del budget spettante al Lead Partner, oggetto di certificazione;

Dato atto che, trattandosi di servizio di importo inferiore a € 40.000,00 si può ricorrere all'affidamento diretto come previsto dall'art. 125, comma 11 del D.lgs n.163/2006;

Ritenuto di provvedere, per la nomina del controllore di primo livello per il Progetto CULTEMA, all'affidamento diretto dell'incarico mediante cottimo fiduciario, avvalendosi dell'elenco di esperti predisposto dalla Regione Veneto, al dott. Luca Soranzo, residente in via Superiore, 13 - 33100 Udine, *(omissis)* e P. I.V.A.: 02253250308, inserito nel citato elenco;

Atteso che la spesa totale di € 9.815,52 trova copertura sui capitoli n. 101623 "Progetto di Cooperazione Transnazionale (2007-2013) South East Europe (SEE "CULTEMA" Quota statale" e n. 11624 "Progetto di Cooperazione Transnazionale (2007-2013) South East Europe (SEE "CULTEMA" Quota comunitaria", Upb U0171 "Edilizia, Patrimonio culturale ed edifici di culto", del bilancio regionale 2011, che presenta sufficiente disponibilità;

Dato atto che la spesa per l'affidamento dell'incarico per l'attività di controllo di primo livello esterno ai sensi dell'art. 125, c. 11 del D.lgs n. 163/2006, non è soggetta alle limitazioni di cui alla Lr 1/2011;

Visti i Regolamenti (Ce) del 5 luglio 2006 n. 1080, del 11 luglio 2006 n. 1083 e successive modifiche, del 8 dicembre 2006 n. 1828;

Visto l'Accordo Stato Regioni Repertorio n. 187/CSR del 29 ottobre 2009;

Visto il Decreto legislativo del 12 aprile 2006 n. 163, sue modifiche e integrazioni;

Visto l'Elenco dei Controllori di primo livello predisposto dalla Regione del Veneto;

Vista la nota in data 25 agosto 2011, con la quale il dott. Luca Soranzo ha comunicato, allegando la richiesta documentazione a comprova dei requisiti soggettivi e professionali, la propria disponibilità ad assumere l'incarico di controllore di primo livello per il Progetto CULTEMA;

Vista la fideiussione definitiva di € 780,00 rilasciata da Elba Assicurazioni Spa, prodotta dal dott. Luca Soranzo ai sensi degli artt. 75 e 113 del D. Lgs. 163/2006;

Vista l'autorizzazione comunicata in data 7 ottobre 2011 dal rappresentante della Commissione Mista Stato - Regione;

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

decreta

1. di affidare, per quanto espresso in premessa, al dott. Luca Soranzo, residente in via Superiore, 13 - 33100 Udine, *(omissis)* e P. I.V.A.: 02253250308, ai sensi dell'art. 125, comma 11 del D.lgs 163/2006, l'incarico di Controllore di primo livello per il Progetto CULTEMA;

2. di approvare l'allegato schema di convenzione (Allegato A) che disciplina l'incarico di cui al punto 1, quale parte integrante del presente provvedimento;

3. di procedere al perfezionamento e sottoscrizione della convenzione di cui al punto 2, nonché alle eventuali integrazioni o modifiche tecniche che si rendessero necessarie per la migliore esecuzione dell'incarico, ed alla attuazione finanziaria ed amministrativa;

4. di impegnare per l'incarico di cui al punto 1) a favore del dott. Luca Soranzo, l'importo di € 9.815,52 omnicomprensivo di Iva al 21% e oneri previdenziali nella misura del 4% a carico dei capitoli di uscita n. 101623 "Progetto di Cooperazione Transnazionale (2007-2013) South East Europe (SEE "CULTEMA" Quota statale" e n. 11624 "Progetto di Cooperazione Transnazionale (2007-2013) South East Europe (SEE "CULTEMA" Quota comunitaria", Upb U0171 "Edilizia, Patrimonio culturale ed edifici di culto", istituiti con Dgr n. 1077 del 26/07/2011 del bilancio regionale di previsione per l'esercizio finanziario 2011, che presenta sufficiente disponibilità, secondo la seguente ripartizione:

- Capitolo n. 101623: € 1.472,33
- Capitolo n. 101624: € 8.343,19;

5. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011;

6. di provvedere all'esecuzione del presente decreto, dandone formale comunicazione all'interessato.

Andrea Cisco

DECRETI DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE FOMAZIONE

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE FOMAZIONE n. 932 del 21 dicembre 2011

Attività formativa dei Centri di Formazione Professionale trasferiti alle Province dall'1.9.2001. Variazioni al piano dell'offerta formativa della Provincia di Verona e rettifiche interventi della Provincia di Venezia.
[Formazione professionale e lavoro]

Il Dirigente

Premesso che con Dgr n. 1674 del 18 ottobre 2011 la Giunta regionale ha approvato le "Linee guida per la progettazione di attività formative nei CFP trasferiti alle Province dall'1.9.2001", sulla cui base le Amministrazioni Provinciali interessate hanno programmato l'offerta formativa da realizzare nei CFP trasferiti per l'anno formativo 2011/2012;

Premesso che con DD n. 872 del 16/11/2011 il Dirigente regionale della Direzione Formazione ha approvato i piani degli interventi di formazione professionale nei CFP trasferiti alle Province per l'anno 2011/2012;

Considerato che la Provincia di Verona con fax del 15.12.2011 ha trasmesso la determinazione dirigenziale n. 5394 del 14.12.2011 con cui il Dirigente del Settore Politiche attive per il lavoro, Servizio Coordinamento formazione professionale ha programmato le seguenti integrazioni al piano approvato per il CFP provinciale di Verona:

- programmazione di 2 ulteriori interventi formativi del tipo FC/D03 con cod. 160 e cod. 161 dal titolo "Inglese base" della durata di 40 ore;
- programmazione di 1 ulteriore intervento formativo del tipo FC/D03 con cod. 162 dal titolo "Inglese pre-intermedio" della durata di 40 ore;
- programmazione di 1 ulteriore intervento formativo del tipo FC/D03 con cod. 163 dal titolo "Grafica avanzata" della durata di 60 ore;
- programmazione di 2 ulteriori interventi formativi del tipo FC/D03 con cod. 164 e cod. 165 dal titolo "Organizzazione di eventi enogastronomici locali" della durata di 100 ore;
- di cancellare dal piano formativo del CFP provinciale di Verona i corsi cod. 143 e cod. 151 tipo FC/D03 dal titolo "Word/Excel base" della durata di 40 ore;
- di rettificare il titolo indicato nell'allegato A al decreto 872 del 16/11/2011 degli interventi n. 023 tipo FI/Q1T per "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore" di ore 1.000 e n. 027 tipo FI/Q2T per "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore" di ore 1.000, programmati per il CFP di San Donà di Piave integrando il titolo di entrambi gli interventi inserendo l'ulteriore qualifica di "Operatore di impianti termoidraulici".

Ritenuto di accogliere la richiesta della Provincia di Verona, che implementa l'offerta formativa sul territorio regionale senza comportare oneri finanziari aggiuntivi a carico della Regione, e di aggiornare il piano approvato con il decreto 872/2011 aggiungendo gli interventi richiesti;

Ritenuto parimenti di accogliere la richiesta di rettifica presentata dalla Provincia di Venezia con nota prot. n. 98287/11 del 21/12/2011 e di modificare il titolo degli interventi formativi cod. 023 e cod. 027 riportati nel Decreto 872/2011 da "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore" a "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore/Operatore di impianti termoidraulici" programmati presso il CFP di San Donà di Piave;

Ritenuto infine di accogliere la richiesta di rettifica dell'errore materiale nella sede dell'intervento n. 142 FC/D03 presentata dalla Provincia di Padova, modificando la sede da Venezia a Padova;

Vista la L. 845/78 "Legge quadro in materia di formazione professionale";

Viste le LL.RR. 10/90 e 10/91 in materia di formazione e orientamento professionale;

Vista la L. 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112", con particolare riferimento all'art. 137;

Attesa la compatibilità con la vigente legislazione comunitaria, statale e regionale;

decreta

1. di integrare il Piano della Provincia di Verona degli interventi di formazione professionale nei CFP trasferiti alle Province per l'anno 2011/2012 con gli interventi riportati in premessa;
2. di cancellare dal piano formativo del CFP provinciale di Verona i corsi cod. 143 e cod. 151 tipo FC/D03 dal titolo "Word/Excel base" della durata di 40 ore;
3. di rettificare il titolo indicato nell'allegato A al decreto 872 del 16/11/2011 degli interventi n. 023 tipo FI/Q1T per "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore" di ore 1.000 e n. 027 tipo FI/Q2T per "Operatore alla riparazione dei veicoli a motore: indirizzo riparazioni parti e sistemi meccanici ed elettromeccanici del veicolo a motore" di ore 1.000, programmati per il CFP di San Donà di Piave integrando il titolo di entrambi gli interventi con l'ulteriore qualifica di "Operatore di impianti termoidraulici";
4. di rettificare la sede dell'intervento n. 142 tipo FC/D03 da Venezia a Padova.

Santo Romano

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2206 del 20 dicembre 2011

Informazione all'utenza sulle diverse forme di mobilità di cui all'art. 27 della Lr 09/02/2001 n. 5. Concessione contributo alla Società Nuovi Impianti Sportivi Srl.
[Trasporti e viabilità]

Note per la trasparenza:

Con la presente deliberazione si concede un contributo alla Nuovi Impianti Sportivi Srl, società che gestisce gli impianti di risalita del Nevegal (BL), per le attività di promozione delle diverse forme di mobilità d'accesso al comprensorio sciistico.

L'Assessore Renato Chisso riferisce quanto segue.

La Società Nuovi Impianti Sportivi Srl nata all'inizio degli anni Novanta con lo scopo di gestire gli impianti sportivi del Comune di Belluno (piscina e palaghiaccio) e gli impianti di risalita del Nevegal, ha provveduto, nel corso degli ultimi anni alla realizzazione di ulteriori nuovi impianti di risalita e di tutte le opere ad essi connesse quali le manutenzioni periodiche, previste dalla legge sugli impianti e sul sistema di innevamento.

Dal 2005 la Nis (Nuovi Impianti Sportivi) è incaricata di gestire direttamente gli impianti di risalita oltre a dover promuovere il rilancio turistico del Nevegal, attraverso azioni ed attività di promozione in Provincia di Belluno e nei centri principali del Veneto.

Per tale finalità la richiamata Società ha inoltrato, con nota prot. n. G208/2011 del 2 dicembre 2011, pervenuta in data 13.12.2011, alla Regione Veneto - Direzione Infrastrutture una richiesta di una congrua compartecipazione finanziaria per i progetti avviati e da avviarsi per il biennio 2011 - 2012 per la promozione turistica del comprensorio sciistico del Nevegal, incentivando le diverse forme di mobilità d'accesso alle piste e agli impianti di risalita. L'importo previsto per tali attività promozionali, in parte già avviate, è di euro 260.000,00, in particolare per le attività pubblicitarie l'investimento risulta essere pari ad € 114.000,00.

Sulla base di quanto riportato ed in considerazione delle evidenti ricadute sia economiche che turistiche per il comprensorio sciistico locale, si ritiene di concedere un contributo di € 200.000,00 alla Società Nuovi Impianti Sportivi Srl ai sensi dell'art. 27 della Legge regionale n. 5 del 9 febbraio 2001, al fine di promuovere ed incentivare le forme di mobilità a favore del comprensorio sciistico del Nevegal.

Si ritiene altresì che la spesa pari ad € 114.000,00 di cui si dispone l'impegno, concernente la tipologia "pubblicità" non sia soggetta alle limitazioni di cui alla Lr 1/ 2011, perché trova riferimento nella sopra richiamata Lr 5/2001.

Tutto ciò premesso, il relatore 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'art. 33, 2° 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;
- Vista la nota prot. n. G208/2011 del 2.12.2011 della Società Nuovi Impianti Sportivi Srl;
- Visto l'art. 27 della Legge regionale n. 5 del 9 febbraio 2001 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2001)";

delibera

1) di concedere un contributo di € 200.000,00 alla Società Nuovi Impianti Sportivi Srl per l'attività di promozione della mobilità a favore del comprensorio sciistico del Nevegal, ai sensi dell'art. 27 della Lr 5/2001;
2) di impegnare a favore della Società Nuovi Impianti Sportivi S.r.l con sede in Via dei Dendrofori, 4/6, C.F. e P. Iva 00766020259 la spesa di euro 200.000,00 sul capitolo 45738 ad oggetto "Informazione all'utenza sulle diverse forme di mobilità (art. 27, Lr 09/02/2001, n. 5)" del bilancio annuale di previsione dell'esercizio finanziario corrente che presenta sufficiente disponibilità;
3) di dare atto che la spesa per pubblicità di cui si dispone

l'impegno con il presente atto non è soggetta alle limitazioni di cui alla Lr 1/2011 per le motivazioni esposte in premessa, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento;

4) di dare atto che la rimanente spesa pari ad € 86.000,00 di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazione ai sensi della Lr 1/2011;

5) di prevedere che la liquidazione del contributo, di cui al punto 1), avverrà in un'unica soluzione a presentazione di una relazione sulla quale sia attestata la spesa effettivamente sostenuta, con la relativa documentazione che ne accerti la spesa, nonché gli obiettivi raggiunti dalle attività poste in essere da presentarsi entro e non oltre il 30.09.2012;

6) di incaricare la Direzione regionale Infrastrutture dei successivi adempimenti tecnico - amministrativi conseguenti al presente provvedimento.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2225 del 20 dicembre 2011

Azioni regionali per il perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale: interventi per l'adeguamento alla Direttiva 2000/60/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2000, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria in materia di acque. Affidamento a Veneto Acque Spa, della realizzazione di alcune iniziative e del supporto tecnico scientifico alle attività della Direzione regionale Tutela Ambiente, servizio Sistema Idrico Integrato.

[Geologia, cave e miglioramenti fondiari]

Note per la trasparenza:

Nell'ambito delle competenze regionali in materia di tutela dell'ambiente, al fine di consentire una tempestiva ed esauriente soluzione ad una serie di complesse problematiche vengono individuate alcune attività significative per il raggiungimento degli obiettivi di qualità ambientale. La realizzazione di queste iniziative è affidata a Veneto Acque Spa, in qualità di società in house della Regione Veneto.

L'Assessore Maurizio Conte riferisce quanto segue:

La direttiva 2000/60/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2000, istituisce un quadro per l'azione comunitaria in materia di acque. Essa persegue molteplici obiettivi, quali la prevenzione e la riduzione dell'inquinamento, la promozione di un utilizzo sostenibile dell'acqua, la protezione dell'ambiente, il miglioramento delle condizioni degli ecosistemi acquatici e la mitigazione degli effetti delle inondazioni e della siccità. Il suo obiettivo ultimo è raggiungere un "buono stato" ecologico e chimico di tutte le acque comunitarie entro il 2015.

Il decreto legislativo 3 aprile 2006 n.152 "Norme in materia ambientale", con la sua Parte Terza "Norme in materia di difesa del suolo e lotta alla desertificazione, di tutela delle acque dall'inquinamento e di gestione delle risorse idriche", ha recepito in Italia la direttiva 2000/60/CE ed ha riaggiornato l'intera disciplina di base in materia di acque. In tale ambito, alla materia tutela delle acque, è stata riservata l'intera Sezione II, della parte III, che ha innovato la precedente normativa dettata dal D.lgs n. 152/1999 del quale si è disposta la contestuale abrogazione. Gli strumenti di tutela individuati dal legislatore nazionale con la normativa di riferimento sono rappresentati dai "piani di gestione", a scala di distretto idrografico, e dai "piani di tutela delle acque", a scala regionale. Con riguardo a questi ultimi, l'art. 61 del citato decreto legislativo, attribuisce, tra l'altro, alle Regioni, la competenza in ordine alla loro elaborazione, adozione, approvazione ed attuazione.

Con Deliberazione del 22.12.2000, n. 4055, la Giunta regionale ha attivato la procedura per la definizione di una proposta di Intesa Istituzionale di Programma tra Regione del Veneto e Governo della Repubblica Italiana in ottemperanza alle disposizioni impartite dalla Legge 23.12.1996, n. 662.

Tale proposta di Intesa è stata, quindi, approvata dal Cipe e successivamente sottoscritta dalla Regione del Veneto e dal Governo in data 9 maggio 2001.

Tra gli Accordi di Programma Quadro (APQ), attuativi dell'Intesa, è compreso l'APQ 2 per la tutela delle acque e la gestione integrata delle risorse idriche, che è stato sottoscritto dalla Regione, con le altre Amministrazioni centrali, in data 23.12.2002.

Esso prevede la realizzazione di interventi per il soddisfacimento di alcuni obiettivi primari quali la tutela dei corpi idrici superficiali e sotterranei, il ripristino della qualità delle acque superficiali e sotterranee, la riduzione dell'inquinamento di tali risorse oltre ad una serie di attività volte ad incentivare l'attuazione del servizio idrico integrato e mirate alla razionalizzazione della gestione delle risorse idriche, tale da assicurare un utilizzo sostenibile delle stesse ed in grado di permettere il soddisfacimento dei fabbisogni idrici sull'intero territorio per i vari tipi di utilizzo, fornendo risorse di idonea qualità.

In particolare, all'art. 14 del citato APQ 2, vengono date disposizioni in merito alle attività da porre in essere per il monitoraggio quali - quantitativo della risorsa idrica individuando risorse e specifici interventi finalizzati al rilevamento delle caratteristiche idrologiche, fisiche, chimiche e biologiche dei corpi idrici del Veneto.

Tra queste trova spazio importante la predisposizione del Piano di Tutela delle Acque, sulla base delle disposizioni di cui al D.lgs 152/2006.

Il Piano di Tutela è individuato come fondamentale strumento finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di qualità dei corpi idrici e più in generale alla protezione dell'intero sistema idrico superficiale e sotterraneo. In particolare, l'art. 76, comma 4, del D.lgs 152/2006, individua gli obiettivi di qualità ambientale da conseguire entro il 22 dicembre 2015.

Con riferimento alla realtà regionale Veneta, con Deliberazione del Consiglio regionale n. 107 del 5.11.2009, si è provveduto ad adottare, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 121 del succitato D. Lgs. 152/2006, il Piano di Tutela delle Acque (P.T.A.), pubblicato sul B.U.R. n. 100 del 8.12.2009, che sostituisce quasi interamente il Piano regionale di Risanamento delle Acque, con le modalità indicate all'art. 19 delle Norme Tecniche di Attuazione.

Alla normativa tecnica del P.T.A. fa inoltre riferimento il Piano di Gestione del Distretto Idrografico delle Alpi Orientali, adottato il 24 febbraio 2010 dai Comitati Istituzionali dell'Autorità di Bacino dell'Adige e dell'Autorità di Bacino dei Fiumi dell'Alto Adriatico.

Il nuovo Piano provvede, alla luce di quanto richiesto dalle direttive comunitarie in materia e dal D.lgs152/2006, a dettare, per il territorio regionale, la disciplina per la tutela e gestione della risorsa idrica e a introdurre, laddove necessario,

le misure per il miglioramento della qualità dei corpi idrici e per il raggiungimento degli obiettivi di qualità ambientale e per specifica destinazione delle acque.

Nello specifico, il Piano definisce gli interventi di protezione e risanamento dei corpi idrici superficiali e sotterranei e l'uso sostenibile dell'acqua, individuando le misure integrate di tutela qualitativa e quantitativa della risorsa idrica, che contribuiscano a garantire anche la naturale autodepurazione dei corpi idrici e la loro capacità di sostenere comunità animali e vegetali ampie e ben diversificate.

L'individuazione delle azioni e delle misure viene specificata nel dettaglio nelle Norme Tecniche di Attuazione del Piano (allegato A3 alla Dcr n. 107 del 5.11.2009).

L'Allegato A2 al PTA definisce invece gli Indirizzi di Piano; in particolare il Capitolo 3 ,"Misure per Il Raggiungimento degli Obiettivi Del Piano", paragrafo 3.2.10, fa riferimento all'"Accordo di Programma Quadro sul bacino del Fratta - Gorzone".

Il Consiglio regionale, nella stesura della Lr 30.01.2004, n. 1 (Legge Finanziaria regionale) ha previsto, all'art. 22, apposite misure volte alla soluzione del problema dell'inquinamento del bacino del Fratta - Gorzone dando forte impulso alle attività di pianificazione e disinquinamento. In particolare al comma 1 venivano individuate le attività, promosse dalla Giunta, da effettuarsi al fine del raggiungimento del succitato obiettivo ambientale, tra i quali: censimento fonti inquinamento, monitoraggio quali - quantitativo delle acque superficiali e sotterranee, prevenzione e abbattimento inquinanti, interventi migliorativi sui sistemi fognari - depurativi, incentivazione al riciclo e riutilizzo della risorsa idrica, interventi di riqualificazione ambientale ed interventi di sperimentazione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la Lr 1/2004 autorizzava la Giunta a:

- tenere in particolare evidenza le richieste di interventi per il risanamento del Fratta - Gorzone e del suo bacino nei finanziamenti delle leggi regionali di settore;
- promuovere la stipula di un Accordo Integrativo all'APQ2 (Accordo Programma Quadro "Tutela delle Acque e gestione integrata delle risorse idriche") sottoscritto dalla Regione Veneto e dalle Amministrazioni centrali competenti il 23.12.2002;
- promuovere la stipula di un Protocollo di Intesa tra la Regione, le Province e le Autorità d'Ambito territorialmente interessate oltre alle Associazioni di categoria.

A tal proposito, con Dgr del 30.12.2005, n. 4177, la Giunta regionale ha approvato, nell'ambito dell'APQ 2, l' "Accordo Integrativo per la tutela delle risorse idriche del bacino del Fratta - Gorzone attraverso l'implementazione di nuove tecnologie nei cicli produttivi, nella depurazione e nel trattamento fanghi del distretto conciario vicentino" sottoscritto tra la Regione del Veneto, il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, le Associazioni di Categoria e altri Enti territoriali interessati in data 5 dicembre 2005.

Il citato Accordo Integrativo per il bacino del Fratta - Gorzone beneficia di risorse sia regionali che statali, nello specifico provenienti dal MATTM; queste ultime sono in parte costituite dalle risorse di cui allo stanziamento già previsto in ambito APQ 2 ed in parte da risorse di cui all'art. 4, comma 176 della Legge 350/2003.

Con riferimento ai suddetti fondi, si specifica inoltre che il citato D.lgs 152/2006, Parte terza, Sezione IV, art. 170 comma 9 prevede che "Una quota non inferiore al 10% e non superiore al 15% degli stanziamenti previsti da disposizioni statali di finanziamento è riservata alle attività di monitoraggio e studio destinati all'attuazione della parte terza del presente decreto".

Si propone di utilizzare le suddette risorse per dar corso, in particolare, ad attività di monitoraggio degli effetti sulla qualità dei corpi idrici superficiali e sotterranei generati dall'implementazione di sistemi ed impianti del servizio idrico integrato. In particolare, si dovrà considerare ed analizzare la congruità dei programmi di intervento per l'adeguamento e ottimizzazione di reti fognarie ed idriche e di impianti di depurazione, anche a livello di singolo corpo idrico. L'attività potrà quindi focalizzarsi sull'analisi per singolo intervento dell'adeguatezza ed efficacia delle soluzioni tecniche proposte. Tale attività va necessariamente svolta in coordinamento tra la Direzione regionale Geologia e Georisorse, Servizio Tutela Acque, e la Direzione regionale Tutela Ambiente, Servizio Sistema Idrico Integrato.

In considerazione della particolare professionalità necessaria e del notevole lavoro da svolgere, stante anche la carenza di risorse umane, si ritiene opportuno di avvalersi, per lo svolgimento delle attività della Società Veneto Acque Spa in considerazione dell'esperienza maturata e tenuto conto che la società ha dimostrato la piena rispondenza dei servizi resi alle specifiche esigenze dell'Amministrazione regionale.

Lo svolgimento delle attività di cui trattasi avrà la durata di 2 anni, subordinatamente alle disponibilità di bilancio ed alle effettive esigenze operative. Per l'esecuzione del progetto si può prevedere una spesa annuale complessiva di € 42.000,00 (quarantaduemila/00) e quindi per complessivi € 84.000,00 (ottantaquattromila/00) cui si farà fronte con la sufficiente disponibilità del capitolo n. 50031 "Predisposizione dei Piani di Tutela e Salvaguardia Ambientale inerenti il Ciclo dell'Acqua" del bilancio regionale 2011 e 2012.

Tenuto conto che la Società Veneto Acque S.p.A. è a partecipazione regionale totalitaria e che lo statuto societario esclude la possibilità che privati o imprese private partecipino alla compagine societaria.

Considerato che le previsioni contenute nello statuto sociale configurano l'esistenza di un controllo da parte della Regione sulla Società assimilabile a quello esercitato nei confronti dei propri servizi.

Considerato che la convenzione vigente, come ultimamente aggiornata con Dgr n. 1031 del 23.03.2010, prevede in capo alla Società regionale lo svolgimento dell'attività di supporto operativo connessa all'Osservatorio sulla gestione delle risorse idriche, tra le quali rientra l'attività in argomento.

Considerato che la società svolge un'attività prevalentemente rivolta alla Regione Veneto, si propone di procedere all'affidamento delle summenzionate attività in house a Veneto Acque Spa.

I rapporti tra Regione e Veneto Acque Spa sono regolati dalla convenzione di cui allo schema Allegato A alla presente nel quale schema all'art. 2 la società Veneto Acque Spa è chiamata a dar conto del rispetto delle direttive di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 2951 del 14 dicembre 2010, con particolare riferimento a quelle (lett. A) in materia di affidamento di lavori, forniture e servizi ed a quelle (lett. C) in materia di personale dipendente.

Si ritiene, infine, di incaricare il Dirigente della Direzione

regionale Tutela Ambiente dell'adozione di tutti i necessari provvedimenti per dare attuazione al presente atto, in particolare la sottoscrizione della convenzione che regola i rapporti tra la Regione e Veneto Acque Spa

Tutto ciò premesso, il relatore 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'art. 33, secondo 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 lo Statuto;

Vista la propria deliberazione n. 2951 del 14 dicembre 2010 ad oggetto "Direttive alle società partecipate dalla Regione Veneto per la razionalizzazione delle risorse e il contenimento dei costi di gestione, nonché di adeguamento degli assetti societari";

Visti il decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152;

Viste le leggi regionali 10/06/ 1991, n. 12; 7/01/2011, n. 1 e 18/03/2011, n. 8;

Viste la Dgr n. 4055 del 22.12.2000 e la Dgr n. 4177 del 30.12.2005 e la Dgr n. 1031 del 23.03.2010

TENUTO CONTO della sussistenza dei criteri richiesti per configurare la Società Veneto Acque Spa quale società in house della Regione Veneto;

delibera

1. di affidare, per le motivazioni indicate in premessa, a Veneto Acque Spa., la realizzazione di alcune iniziative ed il supporto tecnico, scientifico ed operativo a favore del Servizio Sistema Idrico Integrato della Direzione regionale Tutela Ambiente;
2. di stabilire che le attività affidate avranno la durata di 2 anni subordinatamente alle disponibilità di bilancio ed alle effettive esigenze operative;
3. di stabilire in € 84.000,00 (ottantaquattromila/00) il finanziamento complessivo da erogare a Veneto Acque Spa per le attività di cui al precedente punto 1);
4. di impegnare a favore di Veneto Acque Spa (C.F. 03875491007) la spesa di € 42.000,00 sul capitolo n. 50031 ad oggetto "Predisposizione dei Piani di Tutela e Salvaguardia Ambientale inerenti il Ciclo dell'Acqua" del bilancio regionale per l'annualità in corso, che offre sufficiente disponibilità e per l'importo di € 42.000,00 con apposita prenotazione, disposta con il presente provvedimento, al medesimo capitolo di spesa 50031 dell'esercizio finanziario 2012;
5. di approvare lo schema di convenzione, Allegato A al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, regolante i rapporti tra Regione del Veneto e Veneto Acque Spa per lo svolgimento dell'attività di cui al precedente punto 1);
6. di trasmettere il presente atto alla Sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti, ai sensi dell'art. 1, comma 173 della Legge 23/12/2005, n. 266;
7. di incaricare il Dirigente della Direzione regionale Tutela Ambiente dell'adozione di tutti i necessari provvedimenti attuativi, in particolare della sottoscrizione della convenzione di cui al precedente punto 5);
8. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr n. 1/2011;
9. di trasmettere il presente provvedimento alla Società regionale Veneto Acque Spa.

Allegato *(omissis)*

L'allegato è consultabile online
http://bur.regione.veneto.it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2332 del 29 dicembre 2011

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore".
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il provvedimento si propone di approvare il progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore" da inoltrare al Ministero della Salute per l'ammissione a finanziamento ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28.10.2010 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010).

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue:

Il dolore rappresenta una dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età ed è, fra tutti i sintomi, quello che tende a compromettere maggiormente la qualità della vita della persona che ne è affetta in qualsiasi fase della vita.

Con Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001 è stato approvato il progetto "Ospedale senza dolore" con la finalità specifica di migliorare i processi assistenziali identificando adeguate misure volte a contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause e dal contesto di cura.

La recente Legge n. 38 del 15 marzo 2010 ha dettato disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure e la loro appropriatezza. La legge ha sancito definitivamente il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, rafforzando quanto stabilito dal sopracitato accordo e superando le criticità del progetto "Ospedale senza dolore" attraverso l'istituzione di un nuovo modello definito progetto "Ospedale - Territorio senza dolore" con l'obiettivo di promuovere, ulteriormente, l'integrazione ospedale-territorio.

L'articolo 6 della citata legge, in particolare, ha messo a disposizione nel biennio 2010-2011 complessivamente la somma di E. 2.450.000,00 di cui E. 1.450.000,00 per l'anno 2010 ed E. 1.000.000,00 per l'anno 2011,da suddividere per cia-

scuna Regione per il finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" da destinare ad iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare, nello specifico, il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

Con successivo Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28.10.2010 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010) è stata approvata la proposta del Ministero della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto "Ospedale-territorio senza dolore" di cui all'art. 6 comma 1 della legge 15 marzo 2010, n. 38, prevedendo per la Regione Veneto la quota di E. 100.262,00 per l'anno 2010 e la quota di E. 70.735,00 per l'anno 2011 per un totale complessivo di E. 170.997,00 utilizzabili su programmi sperimentali sulle seguenti linee di sviluppo:

- sviluppo del sistema informativo regionale e aziendale sulla Terapia del Dolore;
- monitoraggio dello stato di attuazione della rete regionale e aziendale;
- controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza dei costi in relazione alle prestazioni erogate;
- programmi di formazione continua in terapia del dolore;
- tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- definizione, nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati;
- programmi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e ai pediatri dì libera scelta;
- campagne informative riguardanti la nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo;
- programmi di sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei; attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa;
- programmi di gestione del dolore procedurale pediatrico in ambito ospedaliero.

L'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010) ha definito, inoltre, le linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore riconoscendo come fondamentale la necessità di riorganizzare i sistemi esistenti al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

È da ricordare che la Regione Veneto:

- con legge regionale 19 marzo 2009, n. 7, ha approvato "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore" fornendo disposizioni in materia di cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita volte ad assicurare agli stessi ed ai loro familiari una migliore qualità di vita nonchè l'accessibilità a trattamenti antalgici efficaci disciplinando il sistema di tutela delle persone con dolore;
- con la deliberazione n. 309 del 14 febbraio 2003 ha approvato il documento di indirizzo e coordinamento alle Aziende socio-sanitarie denominato "Contro il dolore" per l'attuazione delle linee guida approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni il 24.05.2001, per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore" definendo specifici indirizzi per i programmi aziendali di lotta al dolore;
- con le deliberazioni n. 1090 del 6 maggio 2008 e n. 1609 del 17 giugno 2008 ha provveduto a sviluppare i programmi regionali di lotta al dolore introducendo la misura del dolore come parametro vitale, ha istituito una rete di referenti medici e infermieristici per il dolore presso di reparti e i servizi di assistenza, ha adottato criteri di qualità per la valutazione del dolore e l'organizzazione del trattamento antalgico fornendo indicazioni alle Aziende per la tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore.

Tutto ciò premesso e attesa la necessità di definire un percorso organizzativo volto a migliorare la terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia, soprattutto a livello territoriale, i competenti uffici, in conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 28.10.2010, hanno provveduto alla predisposizione del progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore" (Allegato A) che si ritiene di proporre alla approvazione e che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Si propone pertanto di approvare il citato progetto sperimentale (Allegato A) da inoltrare al Ministero della Salute - Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza - per le valutazioni di competenza, secondo quanto indicato dall'Accordo Stato-Regioni del 28.10.2010, e di incaricare la Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del provvedimento e agli adempimenti conseguenti, comprese le eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico al progetto richieste dal Ministero della Salute in sede di esame del medesimo.

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. 33, 2° 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;

Visto l'"Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001 sul progetto "Ospedale senza dolore"";

Visto l'"Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010);

Visto l'"Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia de dolore"(Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010);

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38;

Vista la legge regionale 19 marzo 2009, n. 7;
Vista la deliberazione n. 309 del 14 febbraio 2003;
Vista la deliberazione n. 1090 del 6 maggio 2008;
Vista la deliberazione n. 1609 del 17 giugno 2008,

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il progetto sperimentale "Ospedale-territorio senza dolore" (Allegato A) che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di trasmettere il progetto di cui al punto 2. al Ministero della Salute - Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza - per la valutazione in ordine all'ammissibilità al finanziamento per la quota pari a E. 170.997,00, di cui E. 100.262,00 per l'anno 2010 e E. 70.735,00 per l'anno 2011, definita in sede di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28.10.2010;
4. di incaricare la Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese le eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico al progetto di cui al punto 2. richieste dal Ministero della Salute in sede di esame del medesimo;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Allegato A

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010) - progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore"

Introduzione
La legislazione vigente ed il "progetto Ospedale-Territorio senza dolore"
La programmazione vigente della Regione Veneto
I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA): definizione e ricadute organizzative nella Regione Veneto
Obiettivi del progetto
Le fasi della realizzazione del progetto
Glossario e strumenti relativi alla definizione del PDTA
Rappresentazione grafica del percorso
Indicatori e sistema gestionale e informativo
Il coinvolgimento dei cittadini nel progetto
La valutazione della qualità di vita dei malati
Bibliografia

Introduzione

La Legge 38 del 15 marzo 2010 impegna a promuovere iniziative per migliorare il trattamento dei malati con dolore sia in Ospedale che sul Territorio.

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 prefiggono gli obiettivi di:
- 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;
- migliorare la continuità assistenziale del malato con dolore, che ha bisogno di riferimenti negli ospedali, e necessita di servizi sul territorio;
- 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 Legge n. 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 legislazione vigente ed il "progetto Ospedale-Territorio senza dolore"

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. 38/2010 la terapia del dolore comprende "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici, volti ad indi-

viduare 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".

L'articolo 6 comma 1 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 prevede lo stanziamento di E 1.450.000,00 per l'anno 2010 e di E 1.000.000,00 per l'anno 2011 per l'attività svolta dai comitati previsti dal "Progetto Ospedale senza Dolore" di cui all'accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province Autonome del 24 Maggio 2001 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 Giugno 2001.

Il progetto viene ridenominato: "Ospedale-Territorio senza 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 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 del Marzo 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.

L'accordo fra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010 sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione dei fondi destinati al finanziamento del progetto denominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6 comma 1 della Legge 15 Marzo 2010 n.38, prevede l'attivazione del progetto nella Regione Veneto con una quota di Euro 100.262,00 per il 2010 ed una quota di Euro 70.735,00 nel 2011.

Il finanziamento complessivo, pari a E. 170.997,00, sarà utilizzato, previa approvazione da parte del Ministero, per la copertura dei costi correlati allo svolgimento del presente progetto, di durata biennale e, indicativamente, per le voci di spesa sottoindicate i cui importi saranno quantificati nel piano operativo:

- personale addetto alla parte operativa del progetto;
- diritti per utilizzo strumenti EuroQol;
- segreteria ed organizzazione incontri gruppi di lavoro;
- gestione del sistema informativo.

La programmazione vigente della Regione Veneto

La programmazione vigente nella Regione Veneto, anche con la proposta di legge di "Piano Socio-Sanitario regionale per il 2012-2014" in corso di definizione, prevede:

- la filiera territoriale, in cui le cure palliative e la terapia del dolore rappresentano nodi essenziali;
- l'istituzione in ogni Ulss di una UO per le Cure Palliative;
- l'istituzione di Ambulatori di terapia del dolore di I e II livello;
- 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;
- una rete terapia del dolore con centri Hub e Spoke articolati in:
  - Ambulatorio del Medico di medicina generale (AFT ed altre…)
  - Ambulatori di Terapia del dolore (SPOKE)
  - Centri riferimento Terapia del dolore (HUB)

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.

Questo richiede una ulteriore crescita del coinvolgimento del "territorio" nella gestione clinica dei pazienti, con conseguente "governo" dei passaggi fra Ospedale e Territorio.

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 deliberazione della Giunta regionale n. 1090 del 6 maggio 2008.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA): definizione e ricadute organizzative nella Regione Veneto

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.

Questo aspetto è particolarmente importante per le aree di attività che richiedono una molteplicità di interventi e coinvolgono diverse strutture e professionalità.

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.

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 specifica Categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, valutandone l'efficacia attraverso indicatori misurabili di processo e di esito.

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 (PDTA) al fine di individuare la migliore sequenza di interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali per i pazienti.

La complessità e la difficoltà dei processi, richiedono una

metodologia appropriata e condivisa per la realizzazione dei PDTA su tutto il territorio regionale.

Obiettivi dei PDTA sono:

- garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane e materiali;
- pianificare l'assistenza basata sulla pratica migliore, eliminando pratiche inutili o non supportate;
- standardizzare gli interventi inseriti in un piano diagnostico o terapeutico;
- valutare le cure erogate attraverso indicatori predefiniti;
- ridurre al minimo i rischi per il paziente.

Questo richiede:

- approccio interprofessionale, multidisciplinare e talvolta anche multiaziendale;
- massima aderenza delle raccomandazioni professionali alle evidenze scientifiche;
- adattamento e condivisione locale del piano;
- suddivisione in episodi di durata definita;
- individuazione della sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (chi deve fare, che cosa, quando) nei diversi episodi;
- monitoraggio con indicatori di processo e di esito;
- coinvolgimento degli utenti.

I PDTA definiscono l'intero processo diagnostico terapeutico assistenziale, ed in particolare:

a) le responsabilità della gestione dei malati nelle varie fasi del percorso;
b) 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;

definendo:

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

Il raggiungimento di questi obiettivi, richiede il riconoscimento:

a) delle caratteristiche del percorso del malato e dell'organizzazione necessaria;
b) dei ruoli dei vari soggetti nella "rete", definiti in base alle competenze, complessità organizzativa e volumi di attività;
c) dei PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) come strumenti di qualità ed efficienza della politica sanitaria oncologica;
d) 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 con dolore, 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 di Terapia del Dolore strettamente connessa con la Rete di Cure Palliative.

Nella Rete della Terapia del Dolore vengono individuati centri Hub e Spoke.

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 con dolore, 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 maggiore attenzione alla continuità assistenziale.

Obiettivo del progetto è il coinvolgimento di:

- Medico di Medicina Generale;
- Unità Operative dell'Ospedale;
- Distretto;
- Hospice;
- Ospedale di Comunità;
- RSA;
- Case di Riposo.

La realizzazione dei PDTA permetterà la definizione dei ruoli dei vari soggetti nella Rete dei servizi che intercettano il malato con dolore, e le attività di ciascuno nell'ambito del percorso assistenziale del malato.

L'attivazione dei "percorsi assistenziali", richiede la promozione di un'organizzazione capace di integrare i vari livelli di competenza e responsabilità per perseguire gli obiettivi di:
- definire i "Percorsi assistenziali" dei malati, attraverso una metodologia predefinita, condivisa a livello regionale e diffusa in ciascuna Ulss;
- farli conoscere nella pratica clinica quotidiana ed applicarli;
- valutare i risultati del processo assistenziale che ne deriva;
- rilevare le criticità nel corso dell'applicazione;
- avviare processi di miglioramento;
- informazione degli utenti e loro coinvolgimento nei processi di miglioramento.

Le fasi della realizzazione del progetto

Il processo della realizzazione dei PDTA per i malati con dolore, prevede:
- costituzione di un gruppo di lavoro regionale e di un coordinatore con competenze scientifica ed organizzativa;
- costituzione di un gruppo di lavoro in ciascuna Ulss della Regione.

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.

Il gruppo di lavoro regionale e relativo coordinatore, viene nominato con Decreto del Dirigente dell'UC Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, individuando un medico referente in ciascuna Ulss ed esperti nell'ambito della Regione Veneto.

I componenti del gruppo di lavoro in ciascuna Ulss, vengono nominati dal Direttore generale entro 3 mesi dall'attivazione del Gruppo di lavoro regionale.

Il medico referente di ciascuna Ulss del territorio regionale, assume il ruolo di coordinatore del Gruppo di Lavoro dell'Ulss di appartenenza

In ciascuna Ulss il gruppo di lavoro comprende:
- esperti di terapia del dolore;
- Medico di Medicina Generale;
- referente Unità Operative dell'Ospedale;
- referente del Distretto;
- 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:
- analisi della situazione esistente al fine di raccogliere informazioni sulle modalità di gestione delle 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

Il gruppo di lavoro regionale valuta, con cadenza trimestrale, l'avanzamento dei lavori nelle Ulss esaminando gli indicatori di risultato, ed in particolare:
- Ulss che partecipano al programma sul totale delle Ulss;
- PDTA realizzati / PDTA programmi;
- PDTA attivati/ PDTA realizzati;
- numero Audit / PDTA attivati;
- numero questionari EuroQuol / pazienti trattati;
- processi di miglioramento attivati / segnalazioni di criticità pervenute;
- numero Medici di Medicina Generale che partecipano sul totale dei medici di medicina generale dell'Ulss.

Glossario e strumenti relativi alla definizione del PDTA

La Mappa degli episodi:

È 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.

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.

Percorso reale: è il "percorso" attuale, che necessita di essere scritto e confrontato con l'evidenza scientifica per far emergere le criticità.

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.

Raccolta dei dati e delle informazioni

Per ogni fase del percorso, la raccolta di informazioni deve chiarire:

- chi svolge un ruolo (attivo o passivo);
- come deve essere eseguita l'attività;
- quali strumenti devono essere utilizzati;
- se e dove è possibile ritrovare traccia dell'esecuzione dell'attività.

Percorso ideale o di riferimento: 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 condizione operative complessive nell'ambito del quale viene gestito il paziente.

Matrice delle responsabilità:

Strumenti

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.

Episodio: per ogni episodio sono esplicitate le attività

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

Snodi decisionali:

Medico	Infermiere	OTA/OSS	Altro

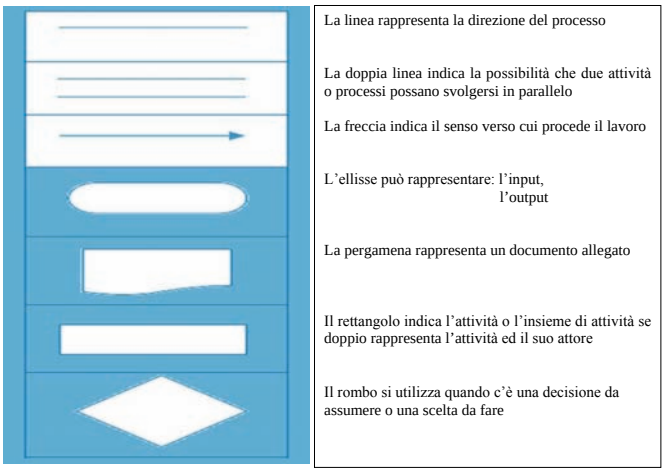
Attività: vengono individuate per ogni attività le risorse umane e tecniche, i tempi di esecuzione, gli intervalli temporali

Medico	Infer-miere	OTA/ OSS	Altro	Medico	Infer-miere	OTA/ OSS	Altro	Medico

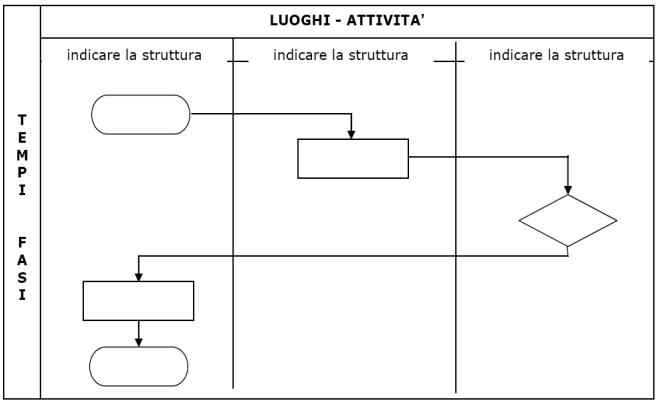
- applicazione sperimentale del percorso modificato;
- valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
- diffusione del percorso;
- revisione sistematica dell'applicazione del percorso.

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:

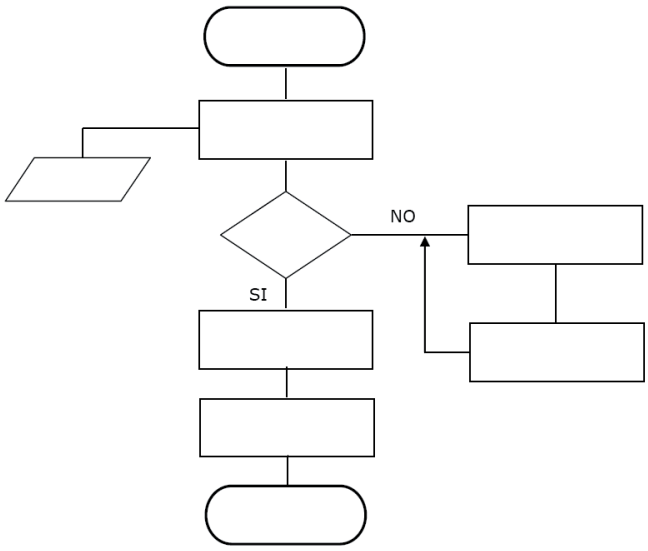


La rappresentazione a matrice, corrispondente al diagramma di flusso funzionale, permette di descrivere in modo concise le attività, e definire le risorse coinvolte e le responsabilità.



La rappresentazione funzionale nel suo complesso consente di:

- concretizzare il principio di continuità delle cure;
- centrare l'attenzione sul processo anziché sul singolo episodio;
- definire le sedi di attività ed i rapporti fra i vari soggetti coinvolti nella gestione del percorso.



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.

Nell'ambito della valutazione trimestrale il gruppo di lavoro regionale esaminerà 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.

Nella Regione Veneto è in corso un'ulteriore evoluzione del sistema informativo il cui principale obiettivo è la sviluppo e l'effettiva 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 ecc.) viene definita entro 6 mesi dal Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, 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 deliberazione della Giunta regionale n. 1608 del 17 giugno 2008.

In un'ottica di maggiore accountability e di promozione del confronto tra pari verrà sperimentato già nel 2011 da parte del Sistema 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 e la lotta al dolore, in collaborazione con le Direzioni regionali competenti e con il Sistema Epidemiologico regionale, definisce, in coerenza con le indicazioni nazionali, 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 (deliberazione della Giunta regionale n. 1722/2004).

Il coinvolgimento dei cittadini nel progetto

Il dolore rappresenta 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.

La valutazione della qualità di vita dei malati

Il progetto prevede di misurare la qualità della vita dei malati impiegando l'EuroQol o EQ-5D.

Si tratta di uno strumento standardizzato che consente la valutazione degli intervistati attraverso un questionario semplice e breve.

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.

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.

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:

1. Mobilità
Non ho problemi a camminare
Ho qualche problema a camminare
Sono confinato a letto
2. Cura di sè
Non ho problemi ad accudire a me stesso
Ho qualche problema a vestirmi e lavarmi
Sono incapace a vestirmi e lavarmi da solo
3. Attività usuali
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
4. Dolore/disagio
Non ho dolore o disagio
Sento un modesto dolore o disagio
Ho un estremo dolore o disagio
5. Ansia/depressione
Non sono ansioso o depresso
Sono moderatamente ansioso o depresso
Sono altamente ansioso o depresso.

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 che 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).

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 si salute migliore possibile) e sulla quale l'intervistato indica il livello del proprio stato di salute.

Questi strumenti consentono la valutazione dell'andamento del malato nel corso del suo percorso.

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 efficent 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, An. Med. 2001; 33:337-343.
9) Pierangelo Lora Aprile. Il dolore nel paziente oncologico in Il dolore cronico in Medicina Generale. Roma 2010

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2333 del 29 dicembre 2011

Lr 16 agosto 2002 n. 22.: Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa AMA" sito a Padova in via Antonio da Muraro, 18.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa AMA" sito a Padova in via Antonio da Muraro n. 18 di cui l'Ente gestore è la Cooperativa Sociale Il Portico con sede legale a Padova in via Due Palazzi n. 16. Ha una capacità ricettiva di 4 posti.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con l'approvazione della Dgr n. 2501 del 6.8.2004 è divenuta, di fatto, operativa la Lr n. 22 del 16.8.2002 che disciplina, agli articoli 15 e 16, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 quater del D.L.vo n. 502/1992 e successive modifiche, l'istituto dell'accreditamento istituzionale.

Tale deliberazione ha individuato i requisiti generali di qualificazione, ulteriori rispetto a quelli di autorizzazione, che tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie devono possedere per essere accreditate, nonché la procedura e la tempistica per il rilascio da parte della Giunta regionale, su proposta della Segreteria regionale Sanità e Sociale, del relativo provvedimento.

Si ricorda che l'accreditamento istituzionale è il processo, che si conclude attraverso l'emanazione di un provvedimento amministrativo, attraverso il quale le strutture autorizzate, sanitarie, socio sanitarie e sociali, pubbliche e private, e i professionisti che ne fanno richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario regionale.

In data 15 gennaio 2011 è stata ricevuta dalla Segreteria regionale per la Sanità, con nota datata 13 dicembre 2010, la richiesta di Accreditamento istituzionale del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici "Casa AMA" sito a Padova in via Antonio da Muraro, 18. La domanda è stata prodotta dal legale rappresentante della Cooperativa Sociale Il Portico, annotando che il Gruppo Appartamento Protetto (GAP) è una unità di offerta del servizio psichiatrico territoriale dell'Azienda Ulss n. 16 di Padova.

La Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, competente per la struttura in oggetto, ha condotto sotto la responsabilità procedurale del Servizio Tutela Salute Mentale, l'istruttoria necessaria, che prevede in base all'art. 16 della Lr 2002, n. 22, in quanto condizioni previste per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, la verifica di:

A) possesso dell'autorizzazione all'esercizio, ove richiesta dalla vigente normativa;
B) coerenza della struttura o del soggetto accreditando alle scelte di programmazione socio sanitaria regionale o attuativa locale;
C) rispondenza della struttura o del soggetto accreditando ai requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18;
D) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi.

Il Gruppo Appartamento Protetto (GAP) in esame è stato autorizzato all'esercizio di attività sanitarie con Decreto del Dirigente della Direzione regionale Piani e Programmi Socio Sanitari (Decreto n. 10 del 20/10/2010 e 55 del 18/11/2010) per complessivi 4 posti.

La Direzione regionale Piani e Programmi Socio Sanitari - Servizio per la Tutela della Salute Mentale - ha verificato la coerenza della struttura alla relativa programmazione regionale.

La verifica degli ulteriori requisiti di qualificazione richiesti per l'accreditamento istituzionale è di competenza dell'Agenzia regionale Socio Sanitaria come stabilito nel manuale di attuazione della Lr 22/2002 adottato con DgrV 2501/04 e, di fatto, a tal proposito la Direzione Attuazione Programmazione sanitaria ha inviato in data 17 gennaio 2011 con nota Prot. n. 18879 tutta la documentazione di riferimento della struttura accreditanda e l'attestazione in ordine alla coerenza della struttura in parola con la programmazione.

Acquisito agli atti il rapporto di verifica della visita effettuata dal GTM dell'ARSS trasmesso in data 22 novembre u.s., prot. n. 7406, che accerta la presenza dei requisiti prescritti dalla normativa, si prende atto che il punteggio raggiunto dalla struttura, calcolato secondo le modalità stabilite nel manuale di attuazione della Lr 22/2002 adottato con DgrV 2501/04 e successive modificazioni e integrazioni, è superiore alla soglia minima per poter essere accreditata.

La capacità ricettiva della struttura accreditanda è di 4 posti.

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. 33 - 2° 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;
- Vista la legge regionale 29 novembre 2001, n. 32;
- Vista la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22;
- Vista la Dgr n. 2501 del 6 agosto 2004;
- Visto il D.Lg.vo n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la Dgr n. 1616 del 17 giugno 2008;
- Vista la Dgr n. 748 del 7 giugno 2011.

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di accreditare, ai sensi dell'art. 8 quater - del D.Lg. vo n. 502/1992 il Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa AMA" sito a Padova in via Antonio da Muraro n. 18 della Cooperativa Sociale Il Portico, unità di offerta del servizio psichiatrico territoriale dell'Azienda Ulss n. 16 di Padova;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2334 del 29 dicembre 2011

Lr 16 agosto 2002 n. 22.: Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa Amica" sito a Albignasego (PD) in Strada Battaglia, 57.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Accreditamento del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa Amica" sito a Albignasego (PD) in Strada Battaglia, 57 di cui l'Ente gestore è la Cooperativa Sociale Il Portico con sede legale a Padova in via Due Palazzi, 16. Ha una capacità ricettiva di 3 posti.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con l'approvazione della Dgr n. 2501 del 6.8.2004 è divenuta, di fatto, operativa la Lr n. 22 del 16.8.2002 che disciplina, agli articoli 15 e 16, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 quater del D.L.vo n. 502/1992 e successive modifiche, l'istituto dell'accreditamento istituzionale.

Tale deliberazione ha individuato i requisiti generali di qualificazione, ulteriori rispetto a quelli di autorizzazione, che tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie devono possedere per essere accreditate, nonché la procedura e la tempistica per il rilascio da parte della Giunta regionale, su proposta della Segreteria regionale Sanità e Sociale, del relativo provvedimento.

Si ricorda che l'accreditamento istituzionale è il processo, che si conclude attraverso l'emanazione di un provvedimento amministrativo, attraverso il quale le strutture autorizzate, sanitarie, socio sanitarie e sociali, pubbliche e private, e i professionisti che ne fanno richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario regionale.

In data 15 gennaio 2011 è stata ricevuta dalla Segreteria regionale per la Sanità, con nota datata 13 dicembre 2010, la richiesta di Accreditamento istituzionale del Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici "Casa Amica" sito a Albignasego (PD) in Strada Battaglia, 57. La domanda è stata prodotta dal legale rappresentante della Cooperativa Sociale "Il Portico", annotando che il Gruppo Appartamento Protetto (GAP) è una unità di offerta del servizio psichiatrico territoriale dell'Azienda Ulss n. 16 di Padova.

La Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, competente per la struttura in oggetto, ha condotto sotto la responsabilità procedurale del Servizio Tutela Salute Mentale, l'istruttoria necessaria, che prevede in base all'art. 16 della Lr 2002, n. 22, in quanto condizioni previste per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, la verifica di:

A) possesso dell'autorizzazione all'esercizio, ove richiesta dalla vigente normativa;
B) coerenza della struttura o del soggetto accreditando alle scelte di programmazione socio sanitaria regionale o attuativa locale;
C) rispondenza della struttura o del soggetto accreditando ai requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18;
D) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi.

Il Gruppo Appartamento Protetto (GAP) in esame è stato autorizzato all'esercizio di attività sanitarie con Decreto del Dirigente della Direzione regionale Piani e Programmi Socio Sanitari (Decreto n. 186 del 14 settembre 2010) per complessivi 3 posti.

La Direzione regionale Piani e Programmi Socio Sanitari - Servizio per la Tutela della Salute Mentale - ha verificato la coerenza della struttura alla relativa programmazione regionale.

La verifica degli ulteriori requisiti di qualificazione richiesti per l'accreditamento istituzionale è di competenza dell'Agenzia regionale Socio Sanitaria come stabilito nel manuale di attuazione della Lr 22/2002 adottato con DgrV 2501/04 e, di fatto, a tal proposito la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria ha inviato in data 17 gennaio 2011 con nota Prot. n. 18879 tutta la documentazione di riferimento della struttura accreditanda e l'attestazione in ordine alla coerenza della struttura in parola con la programmazione.

Acquisito agli atti il rapporto di verifica della visita effettuata dal GTM dell'ARSS trasmesso in data 22 novembre u.s., prot. n. 7395, che accerta la presenza dei requisiti prescritti dalla normativa, si prende atto che il punteggio raggiunto dalla struttura, calcolato secondo le modalità stabilite nel manuale di attuazione della Lr 22/2002 adottato con DgrV 2501/04 e successive modificazioni e integrazioni, è superiore alla soglia minima per poter essere accreditata.

La capacità ricettiva della struttura accreditanda è di 3 posti.

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. 33 - 2° 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;
- Vista la legge regionale 29 novembre 2001, n. 32;
- Vista la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22;
- Vista la Dgr n. 2501 del 6 agosto 2004;
- Visto il D.Lg.vo n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la Dgr n. 1616 del 17 giugno 2008;
- Vista la Dgr n. 748 del 7 giugno 2011.

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di accreditare, ai sensi dell'art. 8 quater - del D.Lg.vo n. 502/1992 il Gruppo Appartamento Protetto per malati psichiatrici (GAP) "Casa Amica" sito in Albignasego (PD) in Strada Battaglia, 57 della Cooperativa Sociale "Il Portico", unità di offerta del servizio psichiatrico territoriale dell'Azienda Ulss n. 16 di Padova;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2335 del 29 dicembre 2011

Accreditamento istituzionale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana, con sede legale a Venezia - Mestre (VE), via Don Tosatto n. 147. Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Rilascio dell'accreditamento istituzionale a struttura sanitaria pubblica ai sensi della legge 22/02.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il d. lgs 502/92, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, ha delineato la disciplina dell'accreditamento istituzionale, riconosciuto dalla Regione "alle strutture autorizzate, pubbliche e private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale nonchè alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

La Regione Veneto, con la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22 ha specificato la disciplina dell'accreditamento istituzionale. In particolare, l'art. 16 ne ha subordinato il rilascio al possesso dell'autorizzazione all'esercizio, alla sussistenza della coerenza della struttura richiedente alle scelte di programmazione socio sanitaria regionale, all'accertamento della rispondenza della struttura a requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18, individuati dalla Giunta regionale con la Dgr n. 2501/04, successivamente modificata ed integrata, e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi.

In tale quadro normativo la struttura in oggetto, Azienda Ulss 12 Veneziana, ha presentato domanda di accreditamento istituzionale con nota prot. reg. n. 66643 del 4.02.2010.

L'ente richiedente è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata con il decreto regionale n. 68/2009 emesso dal Segretario regionale per la Sanità.

L'accertamento del possesso dei requisiti di accreditamento, effettuato in data 17.01.2011 dal gruppo di verifica a tal fine istituito dall'Agenzia regionale socio sanitaria per il Veneto, si è concluso con il rilascio di parere positivo, come si evince dalla documentazione agli atti.

È altresì favorevole il parere rilasciato dall'ARSS in esito alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalla struttura richiedente, come ulteriormente si evince dalla relazione di rispondenza agli atti.

Nella seduta del 24.10.2011, la Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE) considerati i rapporti di verifica e la relativa relazione di rispondenza ai requisiti per l'accreditamento istituzionale trasmessi dall'Agenzia regionale socio sanitaria, esprime parere favorevole al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale, nei termini di cui alla verifica condotta come sopra, per le funzioni coerenti con le scelte di programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale, ai sensi del comma 1 lett. b) dell'art. 16 della Lr 22/02.

Dagli atti istruttori, risulta sussistente la condizione di cui alla lett. b) dell'art. 16 della Lr 22/02, in quanto le funzioni già provvisoriamente accreditate, per le quali è stato chiesto l'accreditamento istituzionale, trovano rispondenza nelle scelte di programmazione socio-sanitaria regionale e attuativa locale con riferimento alle sedi indicate nella domanda e oggetto di verifica;

L'istanza presentata dalla struttura, ha gli elementi per essere accolta, con il rilascio dell'accreditamento istituzionale per le funzioni di cui agli atti di programmazione regionale.

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. 33, 2° 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;

Visto il d. lgs 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. 23 ottobre 1992 n. 421";

Visto il d. lgs 299/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

Vista la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22 «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali»;

Vista la Dgr n. 2501 del 6.08.2004 «Attuazione della Lr 16 agosto 2002, n. 22 in materia di «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure»;

Vista la Dgr n. 751 del 11 marzo 2005 "Lr n. 5 del 3 marzo 1996, art 14. Modifica, attinente gli aspetti gestionali e strutturali, delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla Lr 39/1993, approvate con Dgr n. 3223 del 8 novembre 2002;

Vista la Dgr n. 2538 del 4 agosto 2009, "azienda Ulss 12 Veneziana Modifica della scheda di dotazione ospedaliera approvata con Dgr n. 3223/2002, e successive integrazioni e modifiche, e riconoscimento di alcune strutture complesse del presidio ospedaliero di Venezia quali strutture a direzione universitaria "ad personam". Deliberazione n. 33/CR del 10 marzo 2009 - art 14 della legge regionale 3 febbraio 1996 n. 5;

Vista la Dgr n. 3693 del 30 novembre 2009 "Lr 16 agosto 2002, n. 22. Definizione della procedura per il rilascio dell'accreditamento istituzionale dei soggetti che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero e di assistenza specialistica in regime ambulatoriale";

delibera

1. di rilasciare, per le motivazioni indicate nella parte introduttiva del presente atto, l'accreditamento istituzionale a favore dell' Azienda Ulss 12 Veneziana, per le funzioni esercitate in coerenza con la programmazione socio sanitaria regionale;
2. di sottoporre la struttura in oggetto a verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento, entro un triennio dal rilascio del presente provvedimento;
3. di dare atto che, ove si verifichino le condizioni indicate all'art. 20 della Lr 22/02, l'accreditamento può essere sospeso o revocato, secondo le procedure vigenti;
4. di disporre che qualsiasi mutamento intervenuto nello stato di fatto e di diritto della struttura e delle funzioni esercitate deve essere immediatamente comunicato alla Regione;
5. di delegare il Segretario regionale per la Sanità, in

caso di errori materiali del presente atto, all'adozione del conseguente provvedimento di rettifica, da comunicare alla struttura interessata;

6. di informare che avverso il presente provvedimento può essere proposto ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo regionale (Tar) del Veneto entro 60 giorni dalla data di comunicazione del medesimo;

7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2336 del 29 dicembre 2011

Accreditamento istituzionale dell' Istituto Oncologico Veneto "IOV", con sede legale a Padova (PD), via Gattamelata n. 64. Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Rilascio dell'accreditamento istituzionale a struttura sanitaria pubblica ai sensi della legge 22/02.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il d. lgs 502/92, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, ha delineato la disciplina dell'accreditamento istituzionale, riconosciuto dalla Regione "alle strutture autorizzate, pubbliche e private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale nonchè alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

La Regione Veneto, con la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22 ha specificato la disciplina dell'accreditamento istituzionale. In particolare, l'art. 16 ne ha subordinato il rilascio al possesso dell'autorizzazione all'esercizio, alla sussistenza della coerenza della struttura richiedente alle scelte di programmazione socio sanitaria regionale, all'accertamento della rispondenza della struttura a requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18, individuati dalla Giunta regionale con la Dgr n. 2501/04, successivamente modificata ed integrata, e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi.

In tale quadro normativo la struttura in oggetto, Istituto Oncologico Veneto, ha presentato domanda di accreditamento istituzionale con nota prot. reg. n. 40936 del 25.01.2010.

L'ente richiedente è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata con il decreto regionale n. 51/2009 emesso dal Segretario regionale per la Sanità.

L'accertamento del possesso dei requisiti di accreditamento, effettuato in data 24-25-26/05/2010 dal gruppo di verifica a tal fine istituito dall'Agenzia regionale socio sanitaria per il Veneto, si è concluso con il rilascio di parere positivo, come si evince dalla documentazione agli atti.

È altresì favorevole il parere rilasciato dall'ARSS in esito alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalla struttura richiedente, come ulteriormente si evince dalla relazione di rispondenza agli atti.

Nella seduta del 24.10.2011, la Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE) considerati i rapporti di verifica e la relativa relazione di rispondenza ai requisiti per l'accreditamento istituzionale trasmessi dall'Agenzia regionale socio sanitaria, esprime parere favorevole al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale, nei termini di cui alla verifica condotta come sopra, per le funzioni coerenti con le scelte di programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale, ai sensi del comma 1 lett. b) dell'art. 16 della Lr 22/02.

Dagli atti istruttori, risulta sussistente la condizione di cui alla lett. b) dell'art. 16 della Lr 22/02, in quanto le funzioni già provvisoriamente accreditate, per le quali è stato chiesto l'accreditamento istituzionale, trovano rispondenza nelle scelte di programmazione socio-sanitaria regionale e attuativa locale con riferimento alla sede indicata nella domanda e oggetto di verifica;

L'istanza presentata dalla struttura, ha gli elementi per essere accolta, con il rilascio dell'accreditamento istituzionale per le funzioni di cui agli atti di programmazione regionale.

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. 33, 2° 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;

Visto il d. lgs 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. 23 ottobre 1992 n. 421";

Visto il d. lgs 299/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

Vista la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22 «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali»;

Vista la Dgr n. 2501 del 6.08.2004 «Attuazione della Lr 16 agosto 2002, n. 22 in materia di «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure»;

Vista la Dgr n. 199/2007, presa d'atto del conferimento/attivazione delle unità operative sanitarie all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV) ed istituzione della scheda di dotazione ospedaliera;

Vista la Dgr n. 2139/2007, "Dgr n. 199/2007 - attuazione, parere di congruità sul provvedimento n. 157/2007, ai sensi del combinato disposto degli artt. 6, comma 3, della Lr 56/94 e 39 della Lr 55/94";

Vista la Dgr n. 3693 del 30 novembre 2009 "Lr 16 agosto 2002, n. 22. Definizione della procedura per il rilascio dell'accreditamento istituzionale dei soggetti che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero e di assistenza specialistica in regime ambulatoriale";

delibera

1. di rilasciare, per le motivazioni indicate nella parte introduttiva del presente atto, l'accreditamento istituzionale a favore dell' Istituto Oncologico Veneto, per le funzioni esercitate in coerenza con la programmazione socio sanitaria regionale;

2. di sottoporre la struttura in oggetto a verifica del man-

tenimento dei requisiti di accreditamento, entro un triennio dal rilascio del presente provvedimento;

3. di dare atto che, ove si verifichino le condizioni indicate all'art. 20 della Lr 22/02, l'accreditamento può essere sospeso o revocato, secondo le procedure vigenti;

4. di disporre che qualsiasi mutamento intervenuto nello stato di fatto e di diritto della struttura e delle funzioni esercitate deve essere immediatamente comunicato alla Regione;

5. di delegare il Segretario regionale per la Sanità, in caso di errori materiali del presente atto, all'adozione del conseguente provvedimento di rettifica, da comunicare alla struttura interessata;

6. di informare che avverso il presente provvedimento può essere proposto ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo regionale (Tar) del Veneto entro 60 giorni dalla data di comunicazione del medesimo

7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2337 del 29 dicembre 2011

Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria. Dpcm 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria").

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria con le quali si si precisano i requisiti organizzativi delle UU.OO sanitarie operanti negli istituti penitenziari della Regione, le le prestazioni dovute ai detenuti e al personale della Polizia Penitenziaria, la dotazione del personale e la la classificazione degli Istituti.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con il Dpcm emanato in data 01/04/08 avente per oggetto "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria", pubblicato sulla G.U. n. 126 del 30 maggio 2008, vengono disciplinate le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla Sanità Penitenziaria, demandando alle Regioni l'espletamento delle funzioni trasferite.

Con provvedimento n. 2144 del 29 luglio 2008 la Giunta regionale del Veneto ha provveduto al recepimento del Dpcm in oggetto, demandando a successivi atti, gli adempimenti operativi derivati.

Con i sottoelencati provvedimenti e con una serie di note esplicative emanate dalla Segreteria alla Sanità e al Sociale è stata data piena esecuzione a tutti gli adempimenti necessari ai fini del completo trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria di cui al Dpcm 01/04/08:

- definire il riparto tra le Aziende Ulss delle risorse assegnate per il 2008 alla Regione Veneto - Dgr 116 del 27 gennaio 2009;
- determinare la codifica regionale condizioni esenzione - Decreto n. 16 del 27 gennaio 2009;
- acquisire l'elenco del personale e delle attrezzature - Dgr n. 296 del 10 febbraio 2009;
- pagamento comunità terapeutiche per Minori - Dgr n. 940 del 9 aprile 2009;
- definire con Nota n. 216805 del 21 aprile 2009 le forme di collaborazione fra Aziende Ulss e Istituti Penitenziari per il trattamento dei dati personali;
- trasmettere lo schema tipo uso locali con nota n. 279635 del 21 maggio 2009;
- fornite indicazioni in materia di personale - nota del Segretario regionale Sanità e Sociale n. 306396 del 5/06/09.
- acquisire e validare gli elenchi, le planimetrie, e le schede dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie relative agli Istituti di Pena - Dgr n. 296 del 9 febbraio 2010;
- approvare il Protocollo di intesa fra la Regione del Veneto e il Ministero di Giustizia in materia di prevenzione dei suicidi fra il personale della polizia penitenziaria - Dgr. n. 2210 del 21 settembre 2010;
- recepire il Documento sul monitoraggio approvato in Conferenza Unificata "recante monitorare l'attuazione del Dpcm 01/04/08" e dare nuove indicazioni in merito all'Osservatorio permanente interistituzionale per la salute in carcere - Dgr 3448 del 30 dicembre 2010;
- definire e trasferire alle Aziende Ulss le procedure relative all'inserimento in comunità di minori e giovani adulti su provvedimento dell'Autorità giudiziaria sperimentate in attuazione del Protocollo d'intesa siglato fra Regione Veneto e Centro Giustizia Minorile - Dgr n. 3472 del 30 dicembre 2010;
- definire il riparto tra le Aziende Ulss delle risorse anticipate per il 2010 alla Regione Veneto - Dgr 3584 del 30 dicembre 2010;
- autorizzare l'azienda Ulss n. 20 per l'apertura di un reparto di osservazione psichiatrica ai sensi dell'art. 112 del Dpr 230/00 presso la casa circondariale di Verona - Dgr n. 3585 del 30 dicembre 2010.

Alla luce dell'esperienza acquisita in questi anni di gestione della Sanità Penitenziaria si ritiene opportuno fornire alle Aziende Ulss ulteriori indicazioni in materia di organizzazione della sanità penitenziaria con il documento di cui all' "Allegato A", che è parte e sostanziale del provvedimento.

Tale documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro costituito dai Referenti degli Uffici per la Sanità Penitenziaria.

Tale documento, condiviso con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto e il Centro Giustizia Minorile del Triveneto, definisce le prestazioni attualmente dovute dalle UU.OO sanitarie operanti negli Istituti Penitenziari della Regione ai detenuti e al personale della Polizia Penitenziaria, ne precisa i requisiti organizzativi, la classificazione degli Istituti e la dotazione del personale sanitario che viene determinato in base al carico assistenziale dell'Istituto.

Il documento nasce dalla duplice necessità di:

- omogeneizzare gli interventi e le prestazioni sanitarie ga-

rantite ai detenuti e al personale di Polizia Penitenziaria negli Istituti Penitenziari della Regione;

- evitare eventuali contrasti a livello locale fra Azienda Ulss e Amministrazione Penitenziaria in merito agli standard assistenziali, perseguendo come indicato dall'Allegato A del Dpcm 01/04/08 la "piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti Penitenziari, degli Istituti di Pena per minori.."

Il fabbisogno di personale per l'assistenza sanitaria in carcere è stato determinato sulla base del "carico assistenziale" del singolo Istituto: tale carico assistenziale è un indicatore che combina il numero medio dei detenuti nell'arco di riferimento (nella misura di 2/3) con il numero dei nuovi ingressi (nella misura di 1/3).

Successivamente è stata effettuata con il Gruppo di lavoro un'analisi dell'impatto economico che avrebbe comportato l'applicazioni dei nuovi standard assistenziali.

Confrontando i dati sui costi sostenuti per il personale in servizio nell'anno 2010 e i costi che si dovrebbero sostenere con i nuovi standard, si è stimato un aumento che verrebbe totalmente compensato dalle integrazioni previste nel Riparto per la Sanità Penitenziaria 2011 di cui alla Dgr n. 1575 del 4 ottobre 2011.

Si tratta ora di:

- convalidare, con apposito atto formale, il documento relativo alle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria;
- dare mandato alle Aziende Ulss sede di Istituto Penitenziario di recepire il documento e di predisporre un piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle Linee di Indirizzo in oggetto

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'articolo 33, secondo 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 Lr n. 1/2004;

- Vista la Lr 29/11/2001 n. 39 art. 42 1° comma;

- Visto il decreto legislativo 30 /12/1992, n. 502 e successive modificazioni;

- Visto il decreto legislativo 22 /6/1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

- Vista la L. 24/12/2007 n. 244, (Legge finanziaria 2008)" art. 2, comma 283;

- Vista la Dgr n. 2144 del 29 luglio 2008 di recepimento del Dpcm 1° aprile 2008

- Vista la nota del Segretario regionale Sanità e Sociale 306396 del 5 maggio 2009.

delibera

1. di considerare le premesse parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento, di cui all' "Allegato A" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riguardante le Linee di Indirizzo sull'Organizzazione della Sanità Penitenziaria;
3. di demandare l'adozione delle Linee di indirizzo di cui al punto 2) alle Aziende Ulss che, entro mesi 3 dall'approvazione del presente provvedimento, presenteranno un piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle Linee di indirizzo in oggetto;
4. di demandare al Segretario regionale per la Sanità con proprio provvedimento l'eventuale adeguamento delle Linee di Indirizzo che si rendesse necessario a seguito del monitoraggio e verifica dell'applicazione delle stesse a livello locale;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Allegato A

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI
SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA
SANITA'PENITENZIARIA

Premessa

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/04/08 trae origine dall'Art. 2 co. 283 della L. 24 dicembre 2007, n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2008, pubblicata sulla G.U. n. 300 del 28-12-2007) che dispone il completamento del riordino della medicina penitenziaria avviato dal D.lgs. N. 230/1999 mediante "il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia" (co 283 lett. a)".

Il trasferimento avviato dalla Regione Veneto con la DGR n. 2144 del 29 luglio 2008 ha determinato la attribuzione e la ricollocazione di tali funzioni alla struttura organizzativa delle Aziende ULSS. Nella piena consapevolezza dell'autonomia organizzativa delle Aziende ULSS a cui spetta la gestione della Sanità penitenziaria, avvalendosi degli strumenti e delle consuete modalità previste dalla normativa vigente, - in primo luogo l'Atto aziendale - scopo di questo documento è fornire una linea di indirizzo circa i requisiti organizzativi e funzionali della sanità penitenziaria, in sintonia con le indicazioni contenute nell'Allegato A del predetto DPCM. In particolare, si sottolinea il richiamo, contenuto nel documento, alla "necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti Penitenziari, degli Istituti di Pena per minori, dei Centri di Prima Accoglienza, delle Comunità e dei Centri clinici."

Le prestazioni attualmente dovute dalle UU.OO. sanitarie

operanti nelle Carceri del Veneto sono in regime ambulatoriale e consistono principalmente nell'Assistenza Sanitaria Primaria e Specialistica, prestazioni che possono essere definite come un insieme, senza soluzione di continuità, di:

- Funzioni riconducibili alla erogazione dei LEA ai detenuti ed internati che, a norma dell'Art. 1 co. 1 del Dlgs 230/99, "hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali" in regime di iscrizione al SSN e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa (commi 4, 5, 6), subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche (D Lgs 229/99) e all'osservanza del Codice Deontologico.
- Funzioni derivanti dall'Ordinamento Penitenziario, di tipo integrativo (in prevalenza per esigenze di sicurezza e di organizzazione interna) e di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei LEA).
- Prestazioni medico-legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, erogate da parte del medico individuato di concerto tra Azienda ULSS e Direzione dell'istituto Penitenziario.

Principali riferimenti normativi

- Legge 9 ottobre 1970, n. 740 - Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria. (GU n. 270 del 24/10/1970);
- Legge 26 luglio 1975, n. 354 - Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà (GU n. 212 del 9/8/1975);
- D.L.gs n. 271 del 28 luglio 1989, art 240 - norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del c.p.p.;
- DPR n. 82 del 15 febbraio 1990 - Regolamento di servizio del Corpo di Polizia Penitenziaria - prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria 1^ cfr. Pag. 2;
- Legge 15 dicembre 1990, n. 395 - La riforma della Amministrazione Penitenziaria;
- D.lgs. N. 230, 22 giugno 1999 - Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della Legge 30 novembre 1998, n. 419 (GU n. 165 del 16.07.99);
- Decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 - Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (G.U. n. 195 del 22/08/2000);
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008, pubblicata sulla GU n. 300 del 28 dicembre 2007) - (Art. 2 co 283);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 - Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. (G. U. n. 126 del 30/05/08);

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il principio organizzativo guida è sancito dall'art. 2 del D Lgs 230/1999: L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

Rispetto al precedente sistema assistenziale prevalentemente improntato alla "consulenza", la rimodulazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve essere basata sul modello regionale di riferimento per le cure primarie indicato dalla DGR n. 1575 del 26.05.2009, che prevede la presa in carico e gestione integrata del paziente e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria e/o penale minorile e/o in centro di prima accoglienza, durante la permanenza, nel caso di trasferimento ad altro Istituto o al territorio e al rilascio.

L'assistenza viene erogata dalle Aziende ULSS attraverso le UU.OO. di Sanità Penitenziaria, articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario.

Per l'eterogeneità della popolazione detenuta, per l'alta prevalenza di stati morbosi, per il diffuso autolesionismo e per la peculiarità del contesto che non consente l'accesso spontaneo alle strutture di soccorso, è necessario che gli interventi, e per quanto possibile anche quelli urgenti, siano assicurati, all'interno degli Istituti Penitenziari. Va garantita la continuità assistenziale H24, anche attraverso l'integrazione con le strutture sanitarie esterne.

Si individua, pertanto, all'interno di ciascuna struttura penitenziaria, un Presidio sanitario di Istituto corrispondente ai locali concessi in uso dall'Amministrazione Penitenziaria all'Azienda Ulss competente per territorio e che comprende i medici, gli specialisti, il personale infermieristico e dell'assistenza dell'U.O. di Sanità Penitenziaria, di altri servizi distrettuali o di altri dipartimenti aziendali, incaricati di svolgere servizio presso gli Istituti Penitenziari, l'Istituto Penale per i minorenni e il centro di prima accoglienza, in relazione al fabbisogno assistenziale di ciascuno di essi. Il personale del presidio opera secondo i criteri e le modalità dell'équipe multiprofessionale.

DOTAZIONE DI PERSONALE

Si individuano le figure professionali e i ruoli funzionali del personale di Sanità Penitenziaria.

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
Direttore del Distretto
↓

U.O. di SANITA' PENITENZIARIA
Responsabile dell'U.O.
↓
PRESIDIO SANITARIO DI ISTITUTO
Coordinatore del Presidio
↓
Equipe multiprofessionale

Il Responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria (UOSP)

Dirigente medico dell'Azienda Ulss, garantisce che l'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti sia assicurata in termini di:

- prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica
- fornitura di farmaci e presidi
- attività amministrativa di pertinenza

Raccorda le attività dell'UOSP con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze a favore dei detenuti tossicodipendenti.

Raccorda le attività dell'UOSP con quelle assicurate dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti.

Garantisce i rapporti fra l'Azienda Ulss e la Direzione del carcere.

Il supporto amministrativo alle funzioni di Sanità Penitenziaria viene assicurato dal Direttore del Distretto Socio-Sanitario competente.

Il Coordinatore del Presidio Sanitario

In ogni Presidio Sanitario di Istituto, fra i Medici di Sanità Penitenziaria, viene individuato il Coordinatore Sanitario, che:

- coordina le cure primarie, la medicina specialistica e strumentale in favore dei detenuti sia all'interno del carcere che presso le strutture sanitarie esterne, anche in osservanza alle leggi, alle disposizioni e al Regolamento interno degli istituti;
- è responsabile della farmacia, delle richieste di approvvigionamento dei farmaci, del materiale sanitario e della tenuta dell'armadio farmaceutico, comprese le sostanze psicotrope e stupefacenti;
- è responsabile della tenuta dei diari clinici;
- partecipa alla commissione per la redazione del regolamento interno dell'istituto;
- promuove incontri periodici con il personale sanitario per ottimizzare le attività e collabora con il responsabile del SerD per gli interventi integrati;
- concorda con il coordinatore infermieristico la programmazione dell'attività degli infermieri.

Il Medico di Sanità Penitenziaria (MSP)

Eroga le Cure Primarie, l'attività prescrittiva e certificativa presso il presidio sanitario degli Istituti di Pena, in analogia con la figura del Medico di Medicina Generale del territorio; relaziona all'A.G. e/o al Direttore del carcere per la protezione della salute del detenuto, anche in relazione alla compatibilità con la detenzione, partecipa con possibilità di delega ad altro medico al consiglio di disciplina, controlla periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono addetti ex art 11 comma 6 L. n. 354 del 26/07/1975. Negli Istituti in cui, per le dimensioni e la tipologia, non è prevista la guardia medica H24, al MSP sono attribuite anche le funzioni del medico di guardia.

La funzione del MSP comprende varie tipologie contrattuali: medici dipendenti o convenzionati Aziende Ulss, medici incaricati definitivi e provvisori ex L.740/70, Medici di Medicina Generale così come previsto dal comunicato SISAC del 10.3.2010 relativo all'ACN-disciplina MMG-biennio economico 2008/2009, ferma restando l'autonomia di ciascuna Ulss di affidare la funzione a sanitari di comprovata esperienza, secondo la formulazione di contratti libero-professionali.

Medico di Guardia

Effettua gli interventi di emergenza-urgenza nelle fasce orarie garantire per ciascun Istituto.

Integra e sostituisce secondo le indicazioni del Responsabile di Unità Operativa l'attività del MSP nell'erogare le Cure Primarie, nell'attività certificativa e prescrittiva.

Effettua le visite di primo ingresso in Istituto dei detenuti e segnala alla Direzione i casi che possano dar luogo al rinvio della pena ai sensi degli artt. 146-147 cp, nonché i detenuti dichiaratisi tossicodipendenti ai fini della comunicazione al SerD.

Dispone l'isolamento sanitario in caso di malattie contagiose e la particolare sorveglianza nei casi di sospetta propensione all'autolesionismo.

Certifica sull'idoneità dei detenuti alla traduzione e partecipa al Consiglio di Disciplina ove delegato dal Medico di Sanità Penitenziaria.

Esegue le visite periodiche ai detenuti in isolamento per motivi giudiziari, disciplinari o sanitari e in particolari condizioni di rischio quali, a titolo esemplificativo, gli scioperi della fame e delle terapie e altri atti auto aggressivi, ecc..

Riferisce al MSP l'indicazione ad ulteriori interventi diagnostici e/o terapeutici di cui avesse bisogno il detenuto.

La funzione del Medico di Guardia comprende le seguenti tipologie contrattuali: medici SIAS ex L. 740/70, medici convenzionati di Continuità Assistenziale.

Medici Specialisti

Erogano le prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale all'interno degli Istituti di Pena. L'individuazione delle branche specialistiche deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti dal modello organizzativo. In particolare devono essere assicurate le branche specialistiche di psichiatria e di infettivologia e ginecologia negli Istituti femminili.

La funzione è attribuita a medici in possesso del titolo di specializzazione, con contratti di dipendenza o di Specialistica Ambulatoriale Interna o a liberi professionisti accreditati.

Coordinatore Infermieristico

L'assistenza sanitaria di tutti gli Istituti di pena deve potersi avvalere delle funzioni del Coordinatore Infermieristico.

Infermieri, Tecnici Sanitari, e altri Profili Professionali legati all'Assistenza

Provvedono alla distribuzione delle terapie direttamente nelle aree detentive, e laddove funzionale alla salute del detenuto in ambulatorio, in condizioni di sicurezza e di garanzia dell'identificazione del paziente. Possono essere dipendenti dell'Aziende Ulss o di Enti accreditati.

Personale di puericultura

L'individuazione di tale personale deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti dal modello organizzativo, laddove siano presenti asili nido.

Personale amministrativo

L'individuazione di tale personale deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti.

CLASSIFICAZIONE DEGLI ISTITUTI E DEL FABBISOGNO DI PERSONALE SANITARIO

Il fabbisogno di personale per l'assistenza sanitaria in carcere, è determinato sulla base del "carico assistenziale" del singolo Istituto: tale carico assistenziale è un indicatore che combina il numero medio dei detenuti nell'arco di riferimento (nella misura di 2/3) con il numero dei nuovi ingressi (nella misura di 1/3).

Istituto con basso carico assistenziale
In tali Istituti sono garantite:
- l'assistenza medica di base di 18 ore settimanali, guardia medica interna con un monte ore medio da 12 a 15 ore al giorno secondo le specificità dell'istituto;
- le prestazioni specialistiche nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli Istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore medio da 12 a 15 ore al giorno secondo le specificità dell'Istituto;
- il coordinamento infermieristico.

Nelle fasce orarie in cui non è disponibile l'assistenza medica interna, la gestione delle urgenze viene assicurata dalla Continuità Assistenziale del territorio.

Istituto con carico assistenziale medio
In tali Istituti sono garantite:
- l'assistenza medica di base, almeno 18 ore settimanali;
- la guardia medica interna H24,
- le prestazioni nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore giornaliero medio da 30 a 42 ore, secondo le presenze e le specificità dell'istituto, più 6 ore al giorno se presente una sezione strutturalmente separata dalla principale;
- il coordinamento infermieristico dedicato.

Istituto con carico assistenziale alto
In tali Istituti sono garantite:
- l'assistenza medica di base, almeno 24 ore settimanali; più 3 ore giornaliere per ogni specificità dell'istituto (sezioni di osservazione psichiatrica, reparti intermedi HIV e per disabili, 41 bis, collaboratori, comuni protetti, semiliberi, comuni media sicurezza, AS3, sezione femminile);
- la guardia medica interna H24;
- le prestazioni nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli Istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore giornaliero medio da 54 a 87 ore al giorno, secondo le presenze e le specificità dell'Istituto;
- il coordinamento infermieristico dedicato.

Carico assistenziale degli Istituti di Pena del Veneto - anno 2010

Az. ULSS	Istituti di Pena	Presenza media 2010	Nuovi ingressi 2010	Carico Assistenziale**	
1 - Belluno	Casa Circondariale	138	267	181	basso
6 - Vicenza	Casa Circondariale	339	860	513	alto
9 - Treviso	Casa Circondariale	290	694	425	medio
	IPM - CPA	18	105	47	basso
12 - Venezia	Casa Circondariale - SM Maggiore	333	1.169	612	alto
	Casa di Reclusione S. Eufemia	101	217	140	basso
16 - Padova	Casa di reclusione	819	1.137	925	alto
	Casa Circondariale	242	601	362	medio
18 - Rovigo	Casa Circondariale	105	404	205	basso
20 - Verona	Casa Reclusione	902	1.416	1.073	alto

Fonte: PRAP

** 2/3 detenuti + 1/3 nuovi giunti

< 250 basso

< 500 medio

> 500 alto

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2338 del 29 dicembre 2011

Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 - specialistica ambulatoriale interna.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, tramite la Specialistica ambulatoriale interna.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il territorio regionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali che assicurino continuità di cure. Uno degli orientamenti perseguiti nel tempo è stato quello di rendere i cittadini soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, per riuscire a trasformare il paradigma della medicina di attesa in me-

dicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute non solo come elemento di progresso locale, ma come diritto/dovere del singolo e della collettività, entrambi co-responsabili delle azioni finalizzate alla tutela della salute di individui,comunità e territori.

In questo contesto, ed in particolare con la Dgr n. 41 del 18 gennaio 2011, è stato definito il nuovo assetto della Medicina convenzionata che prevede la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT, per superare l'organizzazione attuale a "compartimenti stagni" a favore di un sistema di gestione "articolato su più livelli" che, sempre più garantisca la gestione integrata dei cittadini in ambiti territoriali definiti. In quest'ottica, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale interno, vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, in modo da rimodulare l'offerta assistenziale secondo gli obiettivi di salute per il singolo e la comunità, definiti dalla programmazione regionale e aziendale e i criteri di equità, economicità, appropriatezza clinica e organizzativa. Tramite le forme a Rete delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale e si migliora la comunicazione tra i diversi livelli di assistenza e cura (preventivo, ospedaliero, territoriale), facendo in modo che il MMG, il PLS e lo SAI. diventino sempre più nodi fondamentali della rete territoriale, in grado di accompagnare e seguire i propri assistiti nel corso di un eventuale ricovero, di una dimissione protetta, utilizzando percorsi diagnostici e terapeutici condivisi.

L'integrazione tra diversi interventi finalizzati alla cura del paziente, costituisce l'obiettivo di qualità da raggiungere con le reti assistenziali delle AFT, nelle quali la Specialistica ambulatoriale interna è una importante componente. Gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali hanno il compito, nell'assistenza primaria, di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di sistema con i Medici di famiglia e di interconnessione con l'assistenza ospedaliera e gli altri servizi Aziendali.

Questi obiettivi si realizzano anche grazie all'impiego di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di tele consulto e telemedicina. L'organizzazione di una Rete Informatica e Telematica, a livello Distrettuale/Aziendale, crea il collegamento in tempo reale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti negli Ambulatori e nei Poliambulatori Aziendali (Distrettuali, Consultoriali, altri), i servizi distrettuali e le Unità Operative Ospedaliere.

L'attivazione della Rete comunicativa aziendale tra Specialisti ambulatoriali, Medici di famiglia, Servizi distrettuali ed ospedalieri fornisce una risposta sanitaria in tempo reale, efficace ed appropriata, mediante l'utilizzo di risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema.

Le forme di Rete di assistenza primaria, inoltre, consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dalla Programmazione Nazionale e regionale e aumentandone l'adesione degli assistiti.

La formazione del Medico Convenzionato va considerata con particolare riguardo, insieme alle azioni formative già programmate per rendere tempestivamente operativi i principi esplicitati nel Disegno di Legge "PSSR 2012 - 2014"e costruire presupposti e condizioni utili ad assicurarne un'efficace applicazione.

Il presente documento, allegato A, ha lo scopo di evidenziare lo sviluppo del modello veneto per la Specialistica ambulatoriale interna (SAI) per l'attuazione del nuovo ACN 2006 - 2009, nell'ambito degli indirizzi contenuti nel Disegno di Legge "PSSR 2012 - 2014" all'esame del Consiglio regionale e dei provvedimenti regionali già adottati relativi all'assistenza territoriale.

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. 33, 2° 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 legislazione regionale e statale.

- Visti gli AACCNN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.
- Vista la Dgr n. 41 del 2011 ed i provvedimenti attuativi;
- Vista la Dgr 600 del 13.3.2007 e successive integrazioni;

delibera

1. di approvare il Documento, descritto nell'elaborato - allegato A al presente atto per costituire parte integrante ed essenziale, che evidenzia lo sviluppo del modello veneto per la Specialistica ambulatoriale interna (SAI) per l'attuazione del nuovo ACN 2006 - 2009, nell'ambito degli indirizzi contenuti nel Disegno di Legge "PSSR 2012 - 2014" all'esame del Consiglio regionale;
2. di autorizzare le Aziende a corrispondere agli SAI e alle altre professionalità, organizzati secondo le modalità di cui ai presenti indirizzi, la quota delle risorse fissata nell'ACN per la contrattazione regionale con la decorrenza in esso prevista, a carico dei fondi iscritti nel bilancio aziendale per i rinnovi contrattuali;
3. di sottoporre al Comitato regionale per la Specialistica Ambulatoriale Interna il presente atto per gli adempimenti conseguenti;
4. di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

(segue allegato)

Allegato A

ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE.
LINEE DI INDIRIZZO E OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE
DELLA DGR N. 41 DEL 2011 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Contesto

L'attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale è quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Gli specialisti ambulatoriali operano quasi esclusivamente in poliambulatori e consultori distrettuali o in ambulatori ospedalieri.

La tendenza che si registra in tutte le Aziende è quella di avvicinare "fisicamente", nello stesso luogo o in sedi molto vicine gli specialisti ambulatoriali ai medici di medicina generale per ridurre gli spostamenti degli assistiti, ma anche per favorire la collaborazione diretta fra le due figure professionali per creare una reale continuità clinica, condividere linee guida e protocolli perseguendo gli obiettivi di governo clinico.

Occorre inoltre sviluppare maggiore sinergia tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema dell'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.

E' necessario responsabilizzare l'intero sistema (committenti e produttori) sul monitoraggio dei tempi di attesa, sulla stabilità dell'offerta e sul governo delle urgenze e sul miglioramento dell'accessibilità derivante dallo sviluppo di percorsi territoriali integrati e facilitati (Day Service) che rispondano in modo coerente a bisogni diagnostici terapeutici di pazienti con particolari complessità cliniche ed alla cronicità.

Tale orientamento presenta indubbi vantaggi, ma non può rappresentare l'unico provvedimento. E' di fondamentale importanza che lo specialista ambulatoriale acquisisca una maggiore mobilità per assicurare le sue prestazioni anche nell'assistenza domiciliare e in quella residenziale.

Sviluppo della specialistica territoriale

L'assistenza specialistica è una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale, supporto necessario all'attività del medico di famiglia, erogata anche nell'ambito degli interventi domiciliari, presso strutture di ricovero intermedie e presso le strutture residenziali (Centri Servizi).

Lo specialista territoriale potrà operare presso le sedi distrettuali ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, venendo in ogni caso a configurarsi come consulente di riferimento per la medicina di famiglia e come specialista "d'organo" per la pediatria di libera scelta, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi.

In particolare, nell'ottica di potenziare l'integrazione multiprofessionale ed il consulto interdisciplinare, nonché di fornire una elevata integrazione funzionale tra Ospedale e Territorio, potranno essere sperimentati modelli innovativi di organizzazione delle strutture polispecialistiche territoriali.

Gli specialisti ambulatoriali interni, sulla base di accordi tra l'Università e la Regione, potranno svolgere attività di tutoraggio nei confronti degli specializzandi nei poliambulatori distrettuali.

Organizzazione in rete

Il Sistema delle cure primarie "primary care" richiede una rimodulazione organizzativa dell'Assistenza Sanitaria sul Territorio. L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie permette di ridisegnare i percorsi di cura, mirando alla ottimizzazione del sistema di Assistenza Sanitaria al Cittadino secondo indicazioni del recente P.S.N.: la rete, di cui sono parte essenziale e qualificante gli Specialisti Ambulatoriali Interni, sarà in grado di garantire la continuità dell'assistenza.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali si integrano nell'assistenza primaria con il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di sistema con i MMG, PLS e MCA, e di interconnessione con l'assistenza ospedaliera e gli altri servizi Aziendali.

L'organizzazione di una Rete Informatica e Telematica, a livello Distrettuale/Aziendale, crea il collegamento in tempo reale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti negli Ambulatori e nei Poliambulatori Aziendali (Distrettuali, Consultoriali, altri), i servizi distrettuali e le Unità Operative Ospedaliere.

L'attivazione della Rete comunicativa aziendale tra SAI, MMG, PLS, Servizi distrettuali ed ospedalieri fornisce una risposta sanitaria in tempo reale, efficace ed appropriata, mediante l'utilizzo di risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema.

Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT

Con la DGR n. 41 del 18 gennaio 2011 è stato avviato il nuovo assetto della medicina convenzionata che prevede la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT, per il superamento dell'organizzazione attuale a "compartimenti stagni" a favore di un sistema di gestione "articolato su più livelli" che, attraverso lo sviluppo della comunicazione tra i medici, integri le competenze e le risorse disponibili. In questo nuovo contesto di riorganizzazione della Assistenza Primaria, rientrano, anche, gli SAI.

La AFT è punto di riferimento per:

- integrazione multiprofessionale, coinvolgendo non solo Medici e Pediatri di famiglia ma anche Specialisti Ambulatoriali Interni, infermieri, assistenti sociali, amministrativi;
- valorizza la figura dello Specialista convenzionato individuandolo quale referente per i Medici di famiglia di una specifica area geografica/branca;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;

- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi;
- attiva audit clinici organizzativi su specifici argomenti in collaborazione con MMG e PLS;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- si rivolge ad un bacino di popolazione fino a 30.000 abitanti/ distrettuale;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie, mediante l'impiego di tecnologie informatiche e telematiche, permette di ridisegnare i percorsi di cura, mirando alla ottimizzazione del sistema di Assistenza Sanitaria al Cittadino, garantendone la continuità sul territorio.

Requisiti organizzativi:

- costituzione di percorsi ambulatoriali per patologia con il coinvolgimento di tutti gli Specialisti Ambulatoriali Interni di riferimento per le branche interessate;
- attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza;
- gestione degli accessi ai poliambulatori specialistici attraverso un servizio unico di prenotazione;
- utilizzo della rete informatica aziendale per il collegamento con i centri di prenotazione e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi; connessione telematica tra i poliambulatori specialistici e gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

In merito sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale per adeguarlo alle necessita della AFT. Sarà, inoltre, verificata la possibilità di sostenere il procedimento per il passaggio a tempo indeterminato degli SAI che operano nella AFT, attraverso una azione pianificata avviata dall'Azienda.

Coordinatore di Rete

Gli SAI individuano un proprio Coordinatore per i rapporti con il Distretto afferenti alla gestione della rete assistenziale della specialistica ambulatoriale, nominato dall'Azienda ed uno di essi assumerà, anche, il ruolo di coordinatore aziendale partecipando come tale al collegio di direzione aziendale. Per lo svolgimento di tali compiti è previsto un incremento del 5% dei compensi di cui all'art.42 A quota oraria punti 1,2,3,4, B quota variabile 1a,b,c,d,e,g. ed all'art 50 comma 1 e 2.

La SAI realizza iniziative sperimentali di collaborazione con i MMG della AFT, ai fini di un uso appropriato della specialistica, attraverso una attività di supporto presso l'UTAP e le MdG. A tal fine saranno attivati progetti sperimentali su indicazione regionale. Tale attività aggiuntiva all'orario di incarico comporta il compenso previsto per l'attività esterna.(art 32 ACN).

Patti aziendali

- Quote A e B (3,10 + 1,35), per obiettivi aziendali conformi alla programmazione regionale;
- Quote C per Progetti Obiettivo regionali.

Appropriatezza

La DGR 3140/2010 stabilisce, come indirizzo per le aziende ULSS, la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa (di cui alla DGR 600/2007 e successive integrazioni) nonché l'ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante, ponendo come obiettivo da raggiungere per il 2011 un numero di prestazioni pro capite/anno (escluse le prestazioni di laboratorio) inferiore a 4. Premesso che il raggiungimento dell'obiettivo è legato a numerosi fattori, è importane per le Aziende coinvolgere anche gli SAI nel raggiungimento di tale risultato strategico.

La riduzione del numero di prestazioni pro-capite prescritte deve essere conseguita mediante la condivisione e applicazione di PDTA, definiti in collaborazione con i MMG, finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza diagnostico-prescrittiva, soprattutto laddove tale inappropriatezza determini sovraprescrizione. Ciò può comportare, in caso di esito positivo, il riconoscimento della quota D.

Attuazione

Per la partecipazione alle AFT, agli SAI e alle altre professionalità viene riconosciuto l'incremento contrattuale collegato alla contrattazione regionale, con le decorrenze fissate nell'ACN (quote 0,46/h tempo indeterminato SAI e Veterinari; 0,33/h tempo indeterminato altre professionalità; 0,44/h tempo determinato SAI, Veterinari e altre professionalità, dal 01.01.2010).

Il presente documento troverà attuazione mediante successivi indirizzi elaborati da appositi Tavoli tecnici composti di esperti regionali e aziendali e SAI indicati dalle OOSS di area aventi titolo.

Sulla base delle presenti disposizioni, per la parte immediatamente operativa, le Aziende garantiscono i LEA della SAI e, a tal fine, adeguano i Patti aziendali.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2339 del 29 dicembre 2011

Azienda Sanitaria n. 12. Hospice: ricognizione e modalità di sviluppo dell'Offerta nell'ambito della vigente Programmazione socio sanitaria.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Determinazione dell'Offerta di posti letto in Hospice nell'Azienda n. 12.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La programmazione regionale definisce i centri residenziali di cure palliative (Hospice) come le strutture facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

L'Hospice deve, pertanto, essere organizzato in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy.

L'organizzazione dell'Hospice, inoltre, deve favorire la presenza e la partecipazione dei familiari dei malati, permettendo loro l'accesso senza limiti di orario.

Le strutture devono essere facilmente raggiungibili e le camere di degenza devono essere singole con la possibilità di pernottamento per un familiare.

La Legge regionale 7/2009 e successivamente la Legge 38/2010 - che costituiscono il nuovo quadro normativo di riferimento - tutelano l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore, come definito dall'articolo 2, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al Decreto Presidente del Consiglio 29.11.2001.

All'Articolo 1 la Legge 38/2010 indica che "… le strutture che erogano cure palliative e terapia del dolore, assicurano un programma di cura individuale, per il malato e la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

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

Nel complessivo sistema regionale, dei 17 Hospice sono risultati attivi 132 posti letto che hanno garantito 1.768 ricoveri con un consumo di 40.553 giornate di degenza e un tasso di occupazione posto letto del 84,5%, la degenza media è di 23,0 giorni. Queste strutture hanno registrato nel Veneto una presenza media giornaliera di 111,4 pazienti.

Per quanto riguarda la situazione dell'Azienda sanitaria n. 12, dal monitoraggio risulta: pl attivati 16, giornate di degenza 5351, pazienti n. 152. (Hospice extra ospedaliero).

Le tipologie di riferimento, sono le seguenti:

Hospice Extra ospedaliero: indice di fabbisogno pari a 0,05 pl per 1.000 abitanti, da integrarsi con la rete degli Hospice Intra ospedaliero fino alla copertura di 0,08 pl per 1.000 abitanti. L'attivazione è subordinata al raggiungimento di almeno il 50% della copertura del locale fabbisogno di ADI dedicata ai malati terminali.

Hospice Intra ospedaliero: collocato all'interno di una struttura ospedaliera e dotato di autonomia funzionale; assistenza sanitaria avanzata specializzata nel trattamento della fase terminale di malattia.

Dalle Dgr n. 3223/2002 e Dgr n. 751/2005, risultano inoltre 25 pl previsti (attuale fabbisogno 15 pl) di Hospice intra ospedaliero riportati nella scheda regionale delle strutture pre accreditate della Casa di Cura San Marco (di seguito Policlinico).

L'attuale dimensione dell'Offerta nell'ambito della Programmazione socio sanitaria, prevede:

- Fatebenefratelli, Venezia: pl autorizzati: 8, pl attivai: 8
- Centro Nazareth, Zelarino: pl autorizzati: 8, pl attivati: 8
- Villa Elena - Opera S M Carità, 10 pl (per rimodulazione dell'offerta).

Totale: 26 pl extra ospedaliero e 15 pl intra ospedaliero = pl 41 complessivi.

Tale rimodulazione dell'offerta tiene conto del fabbisogno riscontrato dai dati epidemiologici, della organizzazione delle strutture di riferimento e delle modalità di gestione dei Servizi di cui trattasi. In una dimensione formata dall'effettivo bacino di riferimento che, in questo caso, riguarda sia gli assistiti nel territorio dell'Azienda n. 12 che gli assistiti in quello dell'Azienda n. 13. La definizione di un unico bacino territoriale di riferimento qualifica la domanda e l'offerta di prestazioni fornite dall'Hospice.

Altro elemento di sviluppo è connesso con la riorganizzazione dell'Assistenza primaria, avviata con la Dgr n. 1666 del 2011, che costituisce il progetto assistenziale per la presa in carico complessivo dei pazienti nella fase terminale della vita.

Conseguentemente si ritiene che il disposto dell'art. 17, comma 4 della Lr 16 agosto 2002, n. 22, che recita: "il Direttore generale dell'Ulss territorialmente competente provvede alla stipula dei relativi accordi contrattuali con le strutture private, di cui all'art. 8 quinquies del d. lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche" possa trovare applicazione nei confronti di entrambe le Aziende sanitarie n. 12 e n. 13, legittimandole a stipulare gli accordi di cui trattasi con il Policlinico in relazione ai volumi di attività e ai tetti di spesa fissati dagli indirizzi regionali; per le tariffe si rinvia all'accordo tra le parti in relazione al contenuto della prestazione richiesta ed erogata.

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. 33, 2° 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;

• Vista la Lr n. 7/2009;
• Vista la L. n. 38/2010;

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di confermare il contenuto dell'Offerta di Hospice, nell'ambito della programmazione regionale, dell'Azienda n. 12, secondo il seguente quadro di riferimento:

Intra ospedaliero
pl 15 - Policlinico San Marco
extra ospedaliero
pl 8 - Ospedale Fatebenefratelli
pl 8 - Centro Nazareth
pl 10 - Villa Elena Opera S.M Carità
Totale: 26 pl extra ospedaliero e 15 pl intra ospedaliero = pl 41 complessivi

3. di stabilire che il disposto dell'art. 17, comma 4 della Lr 16 agosto 2002, n. 22, che recita: "il Direttore generale dell'Ulss territorialmente competente provvede alla stipula dei relativi accordi contrattuali con le strutture private, di cui all'art. 8 quinquies del d. lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche" possa trovare applicazione nei confronti di entrambe le Aziende sanitarie n. 12 e n. 13, legittimandole a stipulare gli accordi di cui trattasi con il Policlinico in relazione ai volumi di attività e ai tetti di spesa fissati dagli indirizzi regionali; per le tariffe si rinvia all'accordo tra le parti in relazione al contenuto della prestazione richiesta ed erogata,
4. di incaricare le Aziende sanitarie n. 12 e n. 13 dell'esecuzione del presente atto.
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2343 del 29 dicembre 2011

Impegno di spesa a favore delle Aziende Ulss n. 6 e n. 20 per dall'affidamento delle procedure indicate negli Accordi Integrativi Regionali per i rapporti con i medici di medicina generale e con i medici pediatri di libera scelta. Contributo alle spese derivanti dall'attività 2011.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Contributo regionale a favore di Aziende Ulss, per lo svolgimento di attività alle stesse trasferite.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con Dgr n. 4395 del 30.12.2005 recante l'Accordo Integrativo regionale (AIR) per i rapporti con i medici di medicina generale l'Azienda Ulss 6 di Vicenza è stata incaricata, in attuazione di quanto previsto dal vigente A.C.N. di categoria, dell'espletamento della procedura centralizzata di individuazione dei medici aventi diritto alle convenzioni di medicina generale e di continuità assistenziale anche per conto di tutte le altre Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione.

Ai sensi del summenzionato Accordo Integrativo regionale e della Dgr n. 2667 del 7 agosto 2006, recante l'Accordo Integrativo regionale (AIR) per i rapporti con i medici pediatri di libera scelta l'Azienda Ulss 20 di Verona è stata incaricata, in attuazione di quanto previsto dai vigenti AA.CC. NN. di categoria, dell'espletamento delle procedure relative alla predisposizione delle graduatorie regionali annuali per l'accesso alle convenzioni dell'area della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

Per lo svolgimento delle procedure innanzi descritte si propone di riconoscere alle Aziende Ulss affidatarie, a titolo di contributo per le spese sostenute nello svolgimento delle attività relative all'anno 2011, l'importo complessivo di € 60.000,00.= (sessantamila/00) così ripartiti:

- quanto a € 20.000, 00 a favore dell'Azienda Ulss n. 6 di Vicenza;
- quanto a € 40.000,00 a favore dell'Azienda Ulss n. 20 di Verona.

La spesa verrà impegnata con il presente provvedimento sul capitolo 060009 "Quota del Fondo Sanitario regionale - parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - Realizzazione progetti obiettivo, programmi e azioni programmatiche (L. 27/12/1983, n. 730 - Art. 17, Lr 20/07/1989, n. 21 - Lr 14/09/1994, n. 55 - Art. 24, Lr 09/02/2001, n. 5) del bilancio annuale di previsione dell'esercizio finanziario corrente, che presenta la sufficiente disponibilità.

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. 33, 2° 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;

- Vista la Dgr n. 4395 del 30/12/2005;
- Vista la Dgr n. 2667 del 7 agosto 2006;
- Vista la Lr n. 39 del 29 novembre 2001;

delibera

1. di riconoscere, per le ragioni espresse nelle premesse, qui integralmente richiamate, alle Aziende Ulss n. 6 di Vicenza e n. 20 di Verona, a titolo di contributo per le spese dalle stesse sostenute nello svolgimento delle attività relative all'anno 2011, l'importo complessivo di € 60.000,00.= (sessantamila) così ripartito:
   - € 20.000, 00.= (ventimila/00) a favore dell'Azienda Ulss n. 6 di Vicenza;
   - € 40.000,00.= (quarantamila/00) a favore dell'Azienda Ulss n. 20 di Verona;
2. di impegnare la spesa complessiva di € 60.000,00 .= (sessantamila/00) sul capitolo 060009 "Quota del Fondo Sanitario regionale - parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - Realizzazione progetti obiettivo, programmi e azioni programmatiche (L. 27/12/1983, n. 730 - Art. 17, Lr 20/07/1989, n. 21 - Lr 14/09/1994, n. 55 - Art. 24, Lr 09/02/2001, n. 5) del bilancio annuale di previsione dell'esercizio finanziario corrente, che presenta la sufficiente disponibilità a favore dell'Azienda Ulss n. 6 di Vicenza e dell'Azienda Ulss n. 20 di Verona, da ripartirsi nella misura innanzi descritta;
3. di liquidare gli importi oggetto del presente impegno a favore delle Aziende innanzi individuate con provvedimento del dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, previo rendiconto dell'attività svolta nel corso del 2011;
4. la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
5. di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento non rientrano nelle tipologie soggette alle limitazioni di cui alla Lr n. 1/2011.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2344 del 29 dicembre 2011

Indicatori di attività per le unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale (Lr 16 agosto 2002, n. 22: Dgr n. 1616/2008 e successive modificazioni).
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Approvazione degli indicatori per la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalle strutture che operano nel settore della salute mentale, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento, secondo quanto previsto dall'Art. 16 della Lr 22/2002.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con Legge regionale n. 22 del 2002 la Regione Veneto ha individuato le competenze dei soggetti pubblici e privati nell'attuazione dei processi di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento dei Servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Con deliberazione n. 2501 del 6 agosto 2004 la Giunta regionale ha dato prima attuazione alla Lr n. 22/2002 approvando un provvedimento, assai complesso, che si articola, fra gli altri, nei seguenti punti:

- adozione della classificazione delle strutture sanitarie, socio−sanitarie e sociali, nel puntuale rispetto della normativa regionale e nazionale di riferimento;
- adozione del Manuale applicativo, che disciplina le fasi di ogni processo e la relativa tempistica, anche relativamente alle strutture già in esercizio e a quelle che "ex novo" sono assoggettate all'autorizzazione;
- definizione, in esecuzione dell'art. 10 Lr n. 22/2002, dei requisiti minimi (organizzativi, strutturali e tecnologici) generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, nonché dei requisiti minimi specifici per alcune delle strutture indicate nella classificazione;
- adozione, in aggiunta ai requisiti minimi, di ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento istituzionale;

A modifica e integrazione della sopra richiamata Dgr n. 2501/2004 si sono succeduti altri provvedimenti della Giunta regionale tesi a perfezionare la definizione di alcune tipologie di strutture, a individuare i requisiti minimi generali e minimi specifici per tipologie di strutture precedentemente prive di apposita disciplina, nonché ad aggiornare alcuni requisiti per renderli maggiormente rispondenti alla normativa nel frattempo intervenuta.

In particolare, con deliberazione n. 1616 del 17 giugno 2008, al termine di un articolato processo che aveva coinvolto tutti gli interlocutori pubblici e privati del territorio, erano stati approvati i requisiti e gli standard per le unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale al fine di garantire un approccio unitario e integrato per quanto riguarda i servizi che operano in questo settore.

Successivamente, con deliberazione n. 518 del 2 marzo 2010, su proposta della Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale dei requisiti e standard per la Salute Mentale, prevista dalla Dgr n. 1616/2008, si era provveduto ad aggiornare gli standard e i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale di una delle unità di offerta già regolamentate con la suddetta Dgr n. 1616/2008, ossia la "DDP - Degenza Psichiatrica in strutture Private".

Inoltre, con deliberazione n. 748 del 7 giugno 2011 sono stati aggiornati gli standard e i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale della "CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" e della "CA - Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici" per tenere conto delle novità introdotte in questo ambito dal nuovo Progetto Obiettivo regionale per la tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012 (Lr n. 5/1996, Dgr n. 105/CR del 14/07/2009), approvato con deliberazione n. 651 del 9 marzo 2010.

Tutti i suddetti provvedimenti di definizione degli standard e dei requisiti delle unità di offerta che operano nel settore della Salute Mentale stabilivano che la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento, secondo quanto previsto dall'Art. 16 della Lr 22/2002, venisse svolta sulla base degli indicatori contenuti nel Progetto obiettivo per la salute mentale vigente, ossia inizialmente quello approvato con Dgr n. 4080 del 22 dicembre 2000 e successivamente quello approvato con Dgr n. 651 del 9 marzo 2010.

La prassi operativa ha però dimostrato che gli indicatori contenuti nei Progetti Obiettivo per la Salute Mentale mal si prestano a svolgere la funzione di verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento, secondo quanto previsto dall'Art. 16 della Lr 22/2002, in quanto trattasi di indicatori per la valutazione del sistema "Salute Mentale" nel suo complesso, piuttosto che di indicatori per la valutazione dell'attività svolta e dei risultati conseguiti da singole unità di offerta.

Pertanto, la Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale dei requisiti e standard per la Salute Mentale, prevista dalla Dgr n. 1616/2008, ha elaborato una lista di indicatori di attività calibrata sulle caratteristiche delle singole unità di offerta che operano nel settore della salute mentale. Tale lista, che si sottopone all'approvazione della Giunta regionale, è riportata nell' "Allegato A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

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. 33 - 2° 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;
- Vista la Legge 241/1990;
- Vista la Lr 11/2001 art.133;
- Vista la Lr 22/2002;
- Vista la Dgr n. 4080/2000;
- Vista la Dgr n. 2473/2004;
- Vista la Dgr n. 2501/2004;
- Vista la Dgr n. 1616/2008;
- Vista la Dgr n. 518/2010;
- Vista la Dgr n. 651/2010
- Vista la Dgr n. 748/2011;

delibera

1. di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l' "Allegato A" del presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, recante gli indicatori per la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti delle strutture che operano nel settore della salute mentale;
3. di stabilire che la verifica sull'attività svolta e sui risultati conseguiti delle strutture che operano nel settore della Salute Mentale, prevista quale una delle imprescindibili condizioni per il rilascio dell'accreditamento secondo quanto previsto dall'Art. 16 della Lr 22/2002, verrà svolta sulla base degli indicatori contenuti nell' "Allegato A" del presente provvedimento;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

(segue allegato)

Allegato A

Indicatori di Attività
Unità di Offerta per la Salute Mentale (DGR n. 1616/2008 e successive modifiche)

Indicatore	Modalità di calcolo	Unità di Offerta
Incidenza del personale clinico	Sommatoria delle ore settimanali degli psicologi e psichiatri diviso per la sommatoria delle ore settimanali di tutto il personale, escluso quello che non si dedica alle attività di cura della persona	SPDC, CSM, CTRP, CD, DHT, DPP
Incidenza delle attività psicoterapiche	Sommatoria delle ore settimanali destinate alla psicoterapia da psicologi e psichiatri diviso per la sommatoria delle ore settimanali totali di psicologi e psichiatri	SPDC, CSM, CTRP, CD, DHT, DPP
Incidenza delle attività riabilitative	Sommatoria delle ore settimanali destinate ad attività riabilitative da tutto il personale (escluso quello che non si dedica alle attività di cura della persona) diviso per la sommatoria delle ore settimanali di tutto il personale, escluso quello che non si dedica alle attività di cura della persona	CTRP, CD, DHT, DPP
Incidenza delle attività all'esterno della struttura	Sommatoria delle ore settimanali trascorse dagli utenti all'esterno della struttura diviso per il totale delle ore settimanali di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr)	CTRP, CA, GAP
Incidenza delle attività non istituzionali all'esterno della struttura	Sommatoria delle ore settimanali trascorse dagli utenti all'esterno della struttura escluse le ore trascorse presso altre strutture psichiatriche diviso per il totale delle ore settimanali di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr)	CTRP, CA, GAP
Incidenza delle attività individuali	Sommatoria delle ore destinate dagli utenti ad attività individuali diviso per la sommatoria delle ore di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr nel caso delle strutture residenziali ovvero n. utenti x orario di apertura nel caso delle strutture semiresidenziali)	CTRP, CA, CD, DHT, DPP
Incidenza delle attività di gruppo	Sommatoria delle ore destinate dagli utenti ad attività di gruppo diviso per la sommatoria delle ore di presa in carico degli utenti presso la struttura (ossia n. utenti x 24 hr nel caso delle strutture residenziali ovvero n. utenti x orario di apertura nel caso delle strutture semiresidenziali)	CTRP, CA, CD, DHT, DPP
Tasso di occupazione	Sommatoria delle giornate di presenza annuale degli utenti diviso per la sommatoria delle giornate di presa in carico degli utenti (ossia n. utenti x giornate di apertura del servizio) nell'anno oggetto della rilevazione	SPDC, CTRP, CA, GAP, DPP
Incidenza degli utenti lavoratori	Numero di utenti impegnati in attività lavorative e prelavorative (formazione professionale e/o borse lavoro) diviso per il numero totale degli utenti	CA, GAP
Frequenza	Sommatoria degli utenti che hanno frequentato la struttura nell'anno oggetto della rilevazione diviso per il numero dei giorni di apertura della struttura	CSM, CD, DHT
Incidenza dei nuovi utenti	Numero dei nuovi utenti diviso per il numero totale degli utenti nell'anno oggetto della rilevazione	CSM, CTRP, CA, GAP, CD, DHT, DPP
Incidenza dei re-ingressi	Numero degli utenti dimessi in passato che sono rientrati nella struttura utenti diviso per il numero totale degli utenti nell'anno oggetto della rilevazione	CSM, CTRP, CA,GAP, CD, DHT, DPP
Permanenza giornaliera	Sommatoria delle ore settimanali trascorse dagli utenti nella struttura diviso per il numero totale degli utenti presi in carico	CD, DHT
Permanenza storica	Sommatoria dei mesi di permanenza in struttura degli utenti presenti al 31/12 dell'anno oggetto della rilevazione diviso per la sommatoria delle giornate di presa in carico degli utenti (ossia n. utenti x giornate di apertura del servizio)	CTRP, CA, GAP, CD
Degenza media	Sommatoria delle giornate di degenza diviso per il numero delle dimissioni dalla struttura nell'anno oggetto della rilevazione	SPDC, DPP
Peso medio	Sommatoria del numero di dimissioni ponderate con il sistema dei pesi DRG diviso per il numero totale di dimissioni della struttura	SPDC
Indice di case mix	Peso medio della casistica della struttura ponderata con il sistema dei pesi DRG diviso per il peso medio della casistica regionale ponderata con il sistema dei pesi DRG	SPDC
Intervallo di turnover	Sommatoria delle differenze tra giornate di degenza teoriche e giornate di degenza effettive diviso per il numero complessivo dei ricoveri	SPDC, DPP
Tempi di attesa	Sommatorie delle giornate di attesa per l'effettuazione della prima visita nel caso dei nuovi utenti diviso per le giornate di apertura della struttura nell'anno oggetto della rilevazione	CSM

Legenda:

SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (incluso DHO - Day Hospital Ospedaliero)
CSM Centro di Salute Mentale
CTRP Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta
CA Comunità Alloggio
GAP Gruppo Appartamento Protetto
CD Centro Diurno
DHT Day Hospital Territoriale
DPP Degenza Psichiatrica in strutture Private

Elenco degli Indicatori di attività per ciascuna Unità di Offerta

Unità di Offerta	Indicatori
SPDC	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Tasso di occupazione - Degenza media - Peso medio - Indice di case mix - Intervallo di turn-over
CSM	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Frequenza - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Tempi di attesa
CTRP	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Incidenza delle attività riabilitative - Incidenza delle attività all'esterno della struttura - Incidenza delle attività non istituzionali all'esterno della struttura - Incidenza delle attività individuali - Incidenza delle attività di gruppo - Tasso di occupazione - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Permanenza giornaliera - Permanenza storica
CA	- Incidenza delle attività all'esterno della struttura - Incidenza delle attività non istituzionali all'esterno della struttura - Incidenza delle attività individuali - Incidenza delle attività di gruppo - Tasso di occupazione - Incidenza degli utenti lavoratori - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Permanenza giornaliera - Permanenza storica
GAP	- Incidenza delle attività all'esterno della struttura - Incidenza delle attività non istituzionali all'esterno della struttura - Tasso di occupazione - Incidenza degli utenti lavoratori - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Permanenza storica
CD	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Incidenza delle attività riabilitative - Incidenza delle attività individuali - Incidenza delle attività di gruppo - Frequenza - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Permanenza giornaliera - Permanenza storica
DHT	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Incidenza delle attività riabilitative - Incidenza delle attività individuali - Incidenza delle attività di gruppo - Frequenza - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Permanenza giornaliera
DPP	- Incidenza del personale clinico - Incidenza delle attività psicoterapiche - Incidenza delle attività riabilitative - Incidenza delle attività individuali - Incidenza delle attività di gruppo - Tasso di occupazione - Incidenza dei nuovi utenti - Incidenza dei re-ingressi - Degenza media - Intervallo di turn-over

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2345 del 29 dicembre 2011

Medicine di gruppo integrate ex Dgr n. 1666/2011. Progetto dell'Azienda Sanitaria n. 5.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Avvio della riorganizzazione della Assistenza Primaria mediante la costituzione delle Medicine di Gruppo Integrate

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La Dgr n. 1666 del 2011, di riorganizzazione dell'Assistenza Primaria individua nelle MEDICINE di GRUPPO INTEGRATE il Modello organizzativo in grado di assicurare la continuità dell'assistenza e delle cure in modo uniforme e appropriato su tutto il territorio regionale. Lo stesso provvedimento descrive i compiti che qualificano tale forma associativa della Medicina Generale, la cui attivazione è sottoposta ad autorizzazione della Giunta regionale.

Il modello organizzativo di riferimento, che viene proposto per una riorganizzazione territoriale complessiva dell'Assistenza Primaria, è rappresentato dalla Medicina di Gruppo Integrata, che:

- è Medicina di Gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee guida introdotte dall'ACR per la Medicina Convenzionata (Dgr n. 4395 del 30/12/2005);
- è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
- coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle UTAP e delle altre esperienze associative evolute della Medicina Generale e li diffonde su tutto il territorio.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'assistenza primaria in quanto:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- rappresenta un nodo di una rete ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- è supportata da una rete informativa - informatica.

La Dgr n. 1666/2011 ha stabilito di incaricare il Segretario regionale per la Sanità di costituire un riferimento tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta regionale il proprio parere in merito, con particolare

attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto.

Con Decreto del Segretario regionale Sanità, n. 132 del 4 novembre 2011, sono stati individuati i seguenti componenti:

- Alberti Valerio, Direttore generale Azienda n. 3 e Coordinatore Direttori Generali,
- Sandro Caffi, Direttore generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona,
- Bortolo Simoni, Direttore generale Azienda n. 2,
- Roberto Toffanin, Direttore Sanitario Azienda n. 4,
- Luca Greselin, Responsabile direzione amministrativa territoriale, Azienda n. 4,
- Renato Rubin, U.C. Attività distrettuali e cure primarie, Regione Veneto.

Con la partecipazione delle OOSS della medicina convenzionata in relazione alle materie oggetto di parere sindacale e dei tecnici regionali secondo gli argomenti all'o.d.g.

Detto gruppo potrà avvalersi dei contributi dell'Università, delle Società scientifiche e degli Enti di ricerca.

Gli uffici regionali competenti svolgono l'attività di segreteria.

Il Segretario regionale Sanità è, di diritto, il Presidente.

Nella riunione del 20 dicembre 2011, del citato Gruppo tecnico, è stato verificato il Progetto dell'Azienda n. 5 relativo a un Modello sperimentale di medicina di gruppo integrata in località Cornedo (Vicenza), trasmesso con nota n. 38925 del 13 ottobre 2011, agli atti della struttura regionale competente, che prevede:

- il coinvolgimento di un congruo numero di Medici di Assistenza Primaria,
- la sede unica,
- un adeguato bacino di assistiti,
- l'erogazione delle prestazioni previste dal modello di riferimento regionale: non differibili, aggiuntive e aggregate,
- le modalità d'accesso al servizio,
- gli obiettivi di salute e di appropriatezza,
- l'integrazione con i servizi del Comune,
- la condivisione di PDTA con la struttura ospedaliera,
- l'adeguamento del sistema informativo,
- la verifica di risultato,
- gli incentivi economici,
- i sistemi di finanziamento.

Il Gruppo tecnico ha preso atto dell'istruttoria effettuata dalla competente Struttura regionale ed ha formulato, in base al possesso dei requisiti di cui sopra, un giudizio positivo.

Il finanziamento richiesto, di primo impianto, è di € 160.638,45.= (centosessantamilaseicento-trentotto/45) a valere sulle risorse economiche del Fondo regionale per l'Assistenza Primaria, previste per l'Azienda n. 5 dalla Dgr n. 1666/2011.

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. 33, 2° 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 gli AACCNN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.

- Viste le DDgr n. 41 e n. 1666 del 2011.

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto del parere favorevole espresso dal citato Gruppo tecnico in merito al Progetto in esame dell'Azienda Sanitaria n. 5;
3. di accogliere la relativa proposta di attivazione di una medicina di gruppo integrata per un finanziamento, di primo impianto, di € 160.638,45.= (centosessantamilaseicentotrentotto/45) a carico delle risorse economiche del Fondo regionale per l'Assistenza Primaria, previste dalla Dgr n. 1666/2011;
4. di disporre che l'erogazione avvenga a decorrere dal 2012, subordinatamente alla costituzione di detto Fondo, previo impegno e liquidazione di spesa che saranno effettuati con Decreto del Dirigente dell'U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie;
5. di stabilire che la conferma dell'autorizzazione si perfezioni con la presentazione da parte dell'Azienda n. 5 di una relazione, dopo un anno di attività, alla Giunta regionale che verifica i risultati conseguiti.
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2346 del 29 dicembre 2011

Modifica delle procedure autorizzative delle decisioni assunte dalla Commissione tecnica regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto (PTORV) e dalla Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM).

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Modifiche delle procedure autorizzative delle decisioni assunte dalla Commissione Tecnica regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto (PTORV) e dalla Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM) con integrazioni dei rispettivi regolamenti per il loro funzionamento.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La Regione del Veneto con Dgr n. 1024 del 23.3.1976, ha approvato l'adozione di un prontuario terapeutico- farmacologico, costituito da un elenco di farmaci di comprovata attività terapeutica, che dovrà essere adottato da parte degli enti ospedalieri operanti nella regione al fine di razionalizzare l'uso dei farmaci in ambito ospedaliero, istituendo, contestualmente, una apposita Commissione Tecnica regionale per l'aggiornamento di detto Prontuario.

Quest'ultimo, con Dgr n. 4690 del 22.10.1996, è stato reso strumento vincolante per le Aziende Sanitarie Locali, Aziende

Sanitarie Ospedaliere e IRCCS (Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico) al fine di uniformare il comportamento delle singole Commissioni Terapeutiche Ospedaliere.

La Regione del Veneto ha ritenuto, altresì, opportuno attivare un programma di valutazione e vigilanza sull'uso dei dispositivi medici allo scopo di indirizzare gli ospedali all'utilizzo di tali prodotti selezionati tenendo conto di molteplici aspetti quali l'efficacia, la sicurezza, gli aspetti organizzativi, economici ed etici.

È stata pertanto istituita con delibera della Giunta regionale n. 4534 del 28.12 2007, la Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (C.T.R.D.M.). Le valutazioni espresse da tale Commissione rappresentano delle raccomandazioni che, pur non vincolanti, devono essere tenute in considerazione dalle Aziende Ulss / Aziende Ospedaliere nella definizione dei Repertori locali e nelle procedure di acquisto.

La Regione ha ritenuto, successivamente, necessario favorire lo sviluppo e la diffusione di una cultura della ricerca, innovazione e valutazione della tecnologia sanitaria (HTA-Health Technology Assessment) attraverso l'istituzione del Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'HTA (PRIHTA), approvato con Dgr n. 2187 del 8.8.2008.

Seguendo i principi del Technology Assessment sono stati sviluppati i regolamenti per il funzionamento della Commissione Tecnica regionale per il PTORV e della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici, approvati dal gruppo di lavoro del PRIHTA e recepiti con Delibera della Giunta regionale n. 2517 del 4.8.2009.

I compiti delle suddette Commissioni sono, tra gli altri, i seguenti:

- effettuare le valutazioni dell'impatto delle nuove tecnologie (farmaci e dispositivi medici) secondo la metodologia di HTA;
- informare le Commissioni Tecniche di Area Vasta Farmaci e Dispositivi Medici sulle decisioni assunte e relative motivazioni;
- definire i criteri di impiego dei farmaci e dispositivi medici introdotti con specifiche restrizioni o i centri prescrittori/utilizzatori;
- definire le equivalenze terapeutiche tra farmaci all'interno delle categorie omogenee, quale supporto alle attività del centro regionale acquisti;
- svolgere funzioni di indirizzo sulle modalità di applicazione della Legge 405/2001 e sui farmaci del PHT;
- analizzare e valutare periodicamente i consumi di farmaci e dispositivi medici negli ospedali del Veneto.

A decorrere dall'anno 2008, la spesa farmaceutica ospedaliera, così come rilevata dai modelli del conto economico (Ce), al netto della distribuzione diretta, non può superare la misura percentuale del 2,4 % di tutto il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie, così come stabilito dal decreto legge 1°.10.2007 n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29.11.2007 n. 222. L'eventuale sforamento di detto valore deve essere recuperato interamente a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio Sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Va rilevato che con l'intesa Stato Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 3.12.2009 (cd. Patto per la Salute - definita per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010/2012 - (art. 1, comma 1), si stabilisce che le Regioni debbano assicurare l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza.

Inoltre il decreto legge 6.7.2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni, dalla legge 15.7.2011, n. 111, all' art. 17, lettera c comma 1, prevede, a decorrere dal 1.1.2013, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni, l'inserimento di un tetto di spesa del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per l'acquisto dei dispositivi medici ed assistenza protesica a carico del SSN (Servizio sanitario Nazionale).

Il tetto opererà sia a livello nazionale che a livello di ogni singola regione ed è riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6.5.2011, n. 68. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale è annualmente determinato dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze. L'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale.

Sulla base di quanto sopra riportato, sono stati analizzati i dati di spesa dei farmaci e dei dispositivi medici della Regione del Veneto. Da tale analisi è emerso che, per il 2010, la percentuale di spesa farmaceutica ospedaliera risulta pari al 4,6 % su FSN (totale spesa ospedaliera € 395.436.603), ossia oltre il tetto fissato per legge del 2,4% mentre la spesa per i dispositivi medici è risultata di € 391.277.960 in base al dato rilevato dai conti economici B.1.A.7 (Presidi chirurgici e materiali sanitari), B.1.A.8 (Materiali protesici), B.1.A.9 (Materiali per emodialisi).

Poiché le decisioni assunte dalle Commissioni CTRDM e PTORV possono avere un impatto rilevante sulla spesa sanitaria regionale, si propone che tali decisioni, per diventare esecutive, siano sottoposte a valutazione da parte della Segreteria regionale per la Sanità che le dovrà recepire con proprio decreto.

Sotto questo profilo si ritiene pertanto necessario integrare:

- il punto 2.1.1.1. "Criteri di valutazione" di cui al "Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici ed il punto 2.2.3.1 "Verbale" di cui al "Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica regionale per il PTORV", entrambi approvati con la richiamata Dgr n. 2517 del 4.8.2009, subordinando l'efficacia delle determinazioni assunte dalle rispettive Commissioni al recepimento, con decreto, del Segretario regionale per la Sanità.

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. 33, 2° 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;
- Visto il decreto legge 1.10.2007 n. 159, recante Interventi urgenti in materia economico finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale convertito, con modificazioni, dalla legge 29.11.2007, n. 222;
- Visto il decreto legge 6.7.2011, n. 98, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione sanitaria, convertito, con modificazioni, dalla legge 15.7.2011, n. 111;
- Vista la delibera della Giunta regionale n. 1024 del 23.3.1976 "Costituzione della commissione Terapeutica regionale in relazione alla "Mozione presentata dalla quinta Commissione consiliare permanente relativa all'adozione di un prontuario terapeutico-farmaceutico (n.3420/1975 del 30.1.1976)" ;
- Vista la delibera della Giunta regionale 4690 del 22.10.1996 "Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto Aggiornamento Giugno 1996";
- Vista la delibera della Giunta regionale n. 4534 del 28.12.2007 "Istituzione della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (C.T.R.D.M.)";
- Vista la delibera della Giunta regionale n. 2187 del 8.08.2008 "Ricerca ed Innovazione in ambito sanitario e sociale: organizzazione regionale e funzione di regolamento Istituzione del Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'HTA (PRIHTA). Modifica parziale Dgr 410 del 26.2.2008";
- Vista la delibera della Giunta regionale n. 2517 del 4.8.2009 "Approvazione del Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica regionale per il PTORV (Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto) e del Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (C.T.R.D.M.)";
- Visto il Provvedimento 3.12.2009 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012. (Repertorio n. 243/CSR). (09A15603) (G.U. Serie Generale n. 3 del 5 gennaio 2010)";

delibera

1. di subordinare ogni efficacia delle determinazioni assunte dalla Commissione Tecnica regionale per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM) e dalla Commissione Tecnica regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto (PTORV) alla valutazione e recepimento a mezzo decreto del Segretario regionale per la Sanità;
2. di integrare, pertanto, il punto 2.1.1.1. "Criteri di valutazione" di cui al "Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico regionale dei Dispositivi Medici (CTRDM) ed il punto 2.2.3.1 "Verbale" di cui al "Regolamento per il funzionamento della Commissione Tecnica regionale per il PTORV - Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale Veneto" approvati entrambi con la richiamata Dgr n. 2517 del 4 agosto 2009, prevedendo che l'efficacia delle determinazioni assunte dalle Commissioni di cui al punto che precede, resti subordinata alla valutazione e recepimento, a mezzo decreto del Segretario regionale per la Sanità;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
4. di incaricare la Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria - Servizio Farmaceutico dell'esecuzione del presente atto.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2350 del 29 dicembre 2011

Revisione della pianta organica delle farmacie dei Comuni delle Aziende Ulss n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona per il biennio 2008/2009. Delibera Cr n. 94 del 6.9.2011.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

con la presente deliberazione si propone l'approvazione definitiva della pianta organica delle farmacie riferita al biennio 2008/2009 dei Comuni ricadenti nell'ambito territoriale delle Aziende Ulss n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona in considerazione della conclusione del relativo iter procedurale di formazione e revisione.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'art. 2 della legge 2 aprile 1968, n. 475 e s.m.i., stabilisce che ogni Comune deve essere dotato di una propria pianta organica delle sedi farmaceutiche "nella quale è determinato il numero, le singole sedi farmaceutiche e la zona di ciascuna di esse", da sottoporre a revisione ogni due anni sulla base dei dati pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica (Istat) riferiti alla popolazione complessiva residente nel comune nell'anno precedente a quello della revisione, ovvero, nella fattispecie, al 31.12.2007.

La Giunta regionale con deliberazione n. 94 /CR del 6 settembre 2011 provvedeva a sottoporre alla competente Commissione consiliare permanente, per l'acquisizione del relativo parere ai sensi dell'art. 3, comma 1, punto 2, lett. c), legge regionale 1 settembre 1972, n. 12, la revisione della pianta organica delle farmacie dei Comuni della Provincia di Verona riferita al biennio 2008/2009.

Il Consiglio regionale del Veneto con nota del 16.11.2011, prot. n. 16318 dava comunicazione del parere n. 156, favorevole all'unanimità, espresso dalla V^ Commissione consiliare Permanente nella seduta del 27.10.2011 relativamente alla proposta di cui alla richiamata Dgr n. 94/CR/2011.

In considerazione pertanto della conclusione dell'iter procedurale concernente la formazione e la revisione della pianta organica delle farmacie della Provincia di Verona, si rende necessario procedere, in applicazione dell'art. 14, legge

regionale 31 maggio 1980, n. 78, all'approvazione definitiva della pianta organica delle farmacie dei Comuni ricadenti nell'ambito territoriale delle Aziende Ulss n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona per il biennio 2008/2009.

Si evidenzia che laddove non siano intervenuti mutamenti nella popolazione residente o non siano comunque pervenute proposte da parte degli Enti interessati di modifica della pianta organica delle farmacie, le stesse si intendono confermate nei termini stabiliti dalle precedenti delibere di Giunta regionale n. 3891 del 15.12.2009 e n. 73 del 27.1.2010 di approvazione della revisione riferita al biennio 2006/2007.

Alla luce di quanto sopra esposto, si evidenzia quanto segue.

L'art.1 della legge 2.4.1968 n. 475, come novellato dall'art.1 della legge 8 novembre 1991, n. 362, stabilisce che vi sia una farmacia ogni 5.000 abitanti nei Comuni con popolazione fino a 12.500 abitanti ed una ogni 4.000 abitanti negli altri Comuni e prevede, inoltre, che la popolazione eccedente, rispetto a tali parametri, sia computata, ai fini dell'apertura della farmacia, qualora sia pari ad almeno il 50% dei parametri stessi.

Tale norma, se da un lato detta criteri per la determinazione del numero di esercizi farmaceutici autorizzabili nell'ambito di ciascun comune, dall'altro introduce implicitamente il principio di uniformità di erogazione del servizio farmaceutico cui le Amministrazioni devono attenersi in fase di determinazione delle perimetrazioni di ciascuna sede farmaceutica.

Si precisa, inoltre, che ogni nuovo esercizio di farmacia autorizzato in applicazione del criterio ordinario c.d. "della popolazione", deve rispettare, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della medesima L. 475/1968 e s.m.i., la distanza minima pari a 200 metri dalle altre farmacie.

Si collocano in detta previsione normativa le proposte di modifica della pianta organica delle farmacie avanzate dai Comuni di Verona, Caldiero, Povegliano Veronese, San Pietro in Cariano per le quali si propone il diniego posto che i rispettivi parametri numerici di cui al sopra richiamato art. 1, L. n. 475/1968 e s. m.i non consentono l'istituzione di nuove sedi farmaceutiche.

Con riferimento, in particolare, al Comune di Verona, si evidenzia che la motivazione addotta dallo stesso Comune a supporto della propria richiesta -garantire un adeguato servizio farmaceutico nelle aree decentrate della "Bassona" e della Sacra Famiglia"- risulta comunque soddisfatta a seguito dell'espletamento di concorsi pubblici per il trasferimento ex art. 5, comma 2, L. n. 362/1991 di sedi farmaceutiche all'uopo indetti dall'Amministrazione regionale in considerazione anche dei pareri favorevoli espressi dai Soggetti normativamente preposti, e conclusisi con l'individuazione dei titolari di farmacia legittimati al trasferimento in dette località.

L'art. 104 del Testo Unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265, come novellato dall'art.2, comma 1 della legge 8 novembre 1991, n. 362 ed integrato dall'art.1, comma 1 della legge regionale 6 luglio 1993, n. 28 stabilisce che le Regioni possano, in deroga al criterio della popolazione sopra indicato, istituire sedi farmaceutiche quando lo giustifichino particolari esigenze dell'assistenza farmaceutica in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità a condizione che: la nuova farmacia disti almeno 3.000 metri dalle farmacie esistenti, anche se ubicate in Comuni diversi; la popolazione del Comune non sia superiore a 12.500 abitanti; il nucleo abitativo da servire sia di almeno 1.500 abitanti. Tale disposizione è comunque applicabile con il limite di una farmacia per Comune.

Si collocano in detta previsione normativa le proposte di modifica della pianta organica delle farmacie dei Comuni di Buttapietra, Sant'Ambrogio di Valpolicella per i quali si propone il diniego per carenza di presupposti di legge (l'assenza anche di uno solo dei predetti requisiti di legge costituisce motivo assorbente di rigetto) e dei Comuni di Albaredo d'Adige e Oppeano per i quali, diversamente, si propone l'accoglimento in considerazione della sussistenza dei sopra richiamati requisiti di legge peraltro ampiamente motivati ed argomentati dalle Autorità sanitarie locali, Comune e Azienda Ulss competente per territorio.

Si evidenzia che rientrano in detta fattispecie anche le proposte avanzate dai Comuni di Povegliano Veronese e San Pietro in Cariano subordinatamente al non accoglimento della proposta principale di istituzione di un'ulteriore sede farmaceutica secondo il criterio demografico; tuttavia, anche per quest'ultime, si propone il diniego in quanto non conformi alle previsioni di legge.

L'art. 4, Lr n. 28/1993 disciplina l'istituzione di dispensari farmaceutici stagionali presso le stazioni di soggiorno e di cura o balneari o comunque d'interesse turistico.

Sotto questo profilo si pone la proposta del Comune di Buttapietra presentata in via subordinata rispetto alla proposta principale di cui sopra di istituzione di una nuova sede farmaceutica in deroga al criterio della popolazione. Anche tale richiesta, tuttavia, non riscontra assenso in quanto, come peraltro dichiarato anche dalla stessa Azienda Ulss competente per territorio, il Comune di Buttapietra non soddisfa i parametri stabiliti dalla citata previsione di legge.

Tutto ciò premesso, il relatore 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'art. 33, secondo comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine anche con la compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

• Visto il Testo Unico delle leggi sanitarie approvato con Regio Decreto 27.4.1934, n. 1265 e successive modificazioni ed integrazioni;

• Vista la legge 2.4.1968, n. 475 "Norme concernenti il servizio farmaceutico";

• Vista la legge 8.11.1991 n. 362 "Il riordino del settore farmaceutico";

• Vista la legge regionale 1.9.1972, n. 12 "Norme per l'esercizio delle funzioni amministrative trasferite alla regione con i Dpr 14 gennaio 1972 dal n. 1 al n. 6, e 15 gennaio 1972, dal n. 7 al n. 11" che in particolare all'art. 3, comma 1, punto 2, lettera c) attribuisce alla Giunta regionale, sentito il parere della competente Commissione consiliare, la facoltà di deliberare la formazione e revisione delle piante organiche delle sedi farmaceutiche;

• Vista la legge regionale 31.5.1980 n. 78 "Norme per il trasferimento alle Unità Sanitarie Locali delle funzioni

in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica", con particolare riferimento all'art. 14 "Norme per l'apertura e l'esercizio delle farmacie";

• Vista la legge regionale 6.7.1993 n. 28 "Norme di applicazione della legge 8 novembre 1991, n. 362, sul riordino del settore farmaceutico";

• Vista la legge regionale 14.9.1994 n. 56 "Norme e principi per il riordino del Servizio Sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, 517" e successive modificazioni che in particolare all'art.9 individua gli ambiti territoriali delle Unità locali socio sanitarie;

• Viste le proprie deliberazioni n. 3891 del 15.12.2009 e n. 73 del 27.1.2011 di approvazione della revisione della pianta organica delle farmacie della Provincia di Verona riferita al precedente biennio 2006/2007;

• Vista la propria deliberazione n. 94/CR del 6.9.2011;

• Vista la nota regionale del 9 aprile 2008, prot. n. 191977/50.07.02.03 avente ad oggetto "revisione della pianta organica delle sedi farmaceutiche per il biennio 2008/2009";

• Preso atto dei pareri espressi dagli Enti interessati ai sensi dell'art. 14, Lr n. 78/1980;

• Visto il parere n. 156 favorevole all'unanimità espresso dalla V^ Commissione consiliare Permanente nella seduta del 27.10.2011;

delibera

1. di approvare la pianta organica delle farmacie dei Comuni delle Aziende n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona per il biennio 2008/2009 nei termini di seguito indicati:

Azienda Ulss n. 20 Verona

A - COMUNE DI ALBAREDO D'ADIGE
popolazione n. abitanti 5.336
sedi farmaceutiche esistenti n. 1
Si istituisce, in applicazione del criterio derogatorio di cui all'art. 104 del Testo Unico delle leggi sanitarie e s.m.i., la II^ sede farmaceutica da ubicare nella frazione di Michelloire.

B - COMUNE DI BUTTAPIETRA
popolazione n. abitanti 6.680
sedi farmaceutiche esistenti n. 1
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di Buttapietra costituita da n. 1 sede farmaceutica.

C - COMUNE DI CALDIERO
popolazione n. abitanti 6.873
sedi farmaceutiche esistenti n. 1
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di Caldiero costituita da n. 1 sede farmaceutica.

D - COMUNE DI VERONA
popolazione n. abitanti 264.191
sedi farmaceutiche esistenti n. 68
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di Verona costituita da n. 68 sedi farmaceutiche e si dà atto che la rivisitazione territoriale delle sedi farmaceutiche interessate dalle modificazioni intervenute a seguito della conclusione delle procedure di decentramento ex art. 5, comma 2, L. n. 362/1991, nelle zone della "Bassona" e della "Sacra Famiglia" sarà oggetto di successivo provvedimento.

E - Si conferma, per quanto riguarda i rimanenti Comuni dell'Azienda Ulss n. 20 "Verona", la rispettiva pianta organica delle farmacie come da ultimo individuata con deliberazioni della Giunta regionale n. 3891 del 15.12.2009 e n. 73 del 27.1.2011.

AZIENDA ULSS N. 21 LEGNAGO

A - Comune di Oppeano:
popolazione n. abitanti 8.624
sedi farmaceutiche esistenti n. 2
Si istituisce, in applicazione del criterio derogatorio di cui all'art. 104 del Testo Unico delle leggi sanitarie e s.m.i., la III^ sede farmaceutica da ubicare nella frazione di Cadeglioppi.

B- Si conferma, per quanto riguarda i rimanenti Comuni dell'Azienda Ulss n. 21 "Legnago", la rispettiva pianta organica delle farmacie come da ultimo individuata con deliberazioni della Giunta regionale n. 3891 del 15.12.2009 e n. 73 del 27.1.2011.

Azienda Ulss n. 22 Bussolengo

A - COMUNE DI POVEGLIANO VERONESE:
popolazione n. abitanti 7.054
sedi farmaceutiche esistenti n. 1
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di Povegliano Veronese costituita da n. 1 sede farmaceutica.

B - COMUNE DI SAN PIETRO IN CARIANO:
popolazione n. abitanti 12.855
sedi farmaceutiche esistenti n. 3
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di San Pietro in Cariano costituita da n. 3 sedi farmaceutiche.

C - COMUNE DI SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA:
popolazione n. abitanti 11.419
sedi farmaceutiche esistenti n. 2
Si conferma, per le motivazioni espresse in premessa, la vigente pianta organica delle farmacie del Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella costituita da n. 2 sedi farmaceutiche.

D - Si conferma, per quanto riguarda i rimanenti Comuni dell'Azienda Ulss n. 22 "Bussolengo", la rispettiva pianta organica delle farmacie come da ultimo individuata con deliberazioni della Giunta regionale n. 3891 del 15.12.2009 e n. 73 del 27.1.2011;

2. di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Ulss n. 20 "Verona", n. 21 "Legnago" e n. 22 "Bussolengo" della Provincia di Verona;

3. di incaricare le predette Aziende di provvedere alla comunicazione del presente provvedimento ai Comuni che ricadono nell'ambito territoriale di competenza;

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2354 del 29 dicembre 2011

Art. 26 L. 14/09/1994 n. 56 - Dgr n. 1455 del 6/06/2008. Autorizzazioni di acquisizioni di "Grandi Apparecchiature" sottoposte a parere di congruità della Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) nella seduta del giorno 29/11/2011.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Autorizzazioni alle Aziende Ulss alle acquisizioni di grandi apparecchiature, quali TAC o Risonanze Magnetiche, Laser, ecc., sottoposte al parere della Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), istituita e regolamentata con Dgr 1455/2008.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con Dgr n. 1455 del 6/06/2008 la Giunta ha riavviato l'attività di valutazione degli investimenti nel settore socio sanitario del Gruppo Tecnico di Valutazione, costituendo il nuovo organismo denominato Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) e provvedendo altresì ad individuare la composizione della Commissione stessa.

La suindicata Dgr 1455/08 confermava la funzione della CRITE stabilendo che essa ha il compito di supportare l'organo di governo regionale nella scelta dei progetti di investimento (in edilizia e in attrezzature) da avviare a realizzazione e di quelli eventualmente ammissibili a contributo regionale e/o nella segnalazione di quei progetti ammissibili ai finanziamenti di leggi speciali o di finanza straordinaria che dovessero rendersi disponibili, ovvero per adeguare la programmazione regionale stessa.

Con la medesima Dgr 1455/08 veniva approvato il documento denominato "Criteri per la definizione di un piano allocativo delle attrezzature di imaging clinico nella Regione del Veneto" che costituisce lo strumento tecnico-scientifico di cui si avvale la Commissione per la valutazione delle richieste di autorizzazione all'acquisizione delle grandi apparecchiature.

La Dgr 1455/08 ha altresì affidato alla Direzione Risorse Socio Sanitarie, in collaborazione con l'Agenzia regionale Socio Sanitaria, la Direzione Edilizia a Finalità Collettive, la Direzione dei Servizi Sanitari, l'istruttoria tecnica preparatoria alle sedute della Commissione, in ordine all'analisi tecnica, economica e finanziaria delle richieste di investimento pervenute, stabilendo che le richieste di autorizzazione agli investimenti in edilizia sanitaria dovranno essere redatte da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere secondo quanto disposto dalla Lr 27/2003 e pervenire alle strutture regionali competenti.

La circolare n. 337585 del 30/06/2008, a firma del Segretario regionale Sanità e Sociale, ha emanato disposizioni alle Ulss al fine di rivedere e riordinare la materia in ordine alle procedure per la presentazione alla CRITE delle richieste di apparecchiature, invitando le Ulss interessate a riformulare le richieste già presentate.

Nella seduta del 2 luglio 2008, la CRITE si insediava, riavviando la propria attività secondo quanto disposto dalla suindicata Dgr 1455/2008.

Le DDgr n. 2298 e n. 2361 del 28/09/2010 hanno modificato l'assetto organizzativo delle strutture della Giunta regionale, ivi comprese alcune strutture interessate allo svolgimento della CRITE; pertanto la nuova composizione della CRITE risulta così individuata:

Segreteria Sanità
Direzione Edilizia Ospedaliera e a Finalità Collettive
Direzione Controlli e Governo SSR
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Direzione servizi sociali
Direzione Prevenzione
Direzione Bilancio
Direzione Personale SSR
Agenzia regionale Socio Sanitaria

La Direzione Piani e Programmi è confluita nella Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

Convocata con l'ordine del giorno prot. n. 536096 del 16/11/2011, e con successiva integrazione n. 547068 del 23/11/2011, si è svolta in data 29/11/2011 una nuova seduta della CRITE, durante la quale sono state esaminate le richieste pervenute.

Le richieste esaminate dalla Commissione che hanno ottenuto parere favorevole sono elencate nell' Allegato A, parte integrante del presente provvedimento.

Con il presente provvedimento si propone pertanto di autorizzare le acquisizioni di cui all'Allegato A in virtù del parere favorevole espresso dalla Commissione regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) nella seduta del 29/11/2011, vincolando le acquisizioni stesse alla produzione da parte delle Aziende Ulss interessate, laddove tuttora mancante, del parere collegiale dei Direttori Generali delle Ulss di Area Vasta, individuate come da Dgr n. 2846 del 12/09/2006.

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. 33, II comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale.
- Vista la Lr n. 27/2003.
- Richiamata la propria deliberazione n. 1455 del 6.06.2008.
- Vista la Circolare n. 337585 del 30/06/2008 a firma del Segretario regionale Sanità e Sociale.

delibera

1. Di autorizzare, per le motivazioni espresse in premessa facenti parte integrante del presente provvedimento, le acquisizioni di "Grandi Apparecchiature", sottoposte in data 29/11/2011 con esito favorevole al parere di congruità della Commissione regionale per l'investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), da parte delle Aziende Ulss come da elenco di cui all'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento, e vincolando le acquisizioni stesse alla produzione da parte delle Aziende Ulss interessate, laddove tuttora mancante, del parere collegiale dei Direttori Generali delle Ulss di Area

Vasta, individuate come da Dgr n. 2846 del 12/09/2006.

2. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Allegato A

ESITI FAVOREVOLI - SEDUTA CRITE DEL 29/11/2011												
punto ODG	Azienda Ulss/ AO/ IRCCS	Data richiesta	Presidio	UO	Tecnologia	Tipologia richiesta	Costo apparecchiatura	Costo totale investimento	Possibilità di finanziamento	Modalità acquisizione	Pareri DG Area Provinciale	Parere CRITE
Ogg. 1	Ulss 12	26/09/11	Ulss 12 (eccetto Osp. all'Angelo)	tutte	Aggiornamento sistema fonia e dati	Aggiornamento	777.592,80	3.425.645,59	no	proprietà	non presenti	Parere FAVOREVOLE. Condizione: in considerazione dell'andamento del mercato, si riduca la base d'asta degli oneri di manutenzione del 10%
Ogg. 3	Ulss 18	12/07/11	Rovigo	Piastra Polifunzionale Tecnologica	Sisema di monitoraggio imtegrato	Sostituzione + nuova acquisizione	1.740.000,00	1.740.000,00	no	proprietà	non presenti	Parere FAVOREVOLE. Condizione: prima di procedere con l'aggiudicazione l'Azienda comunichi alla Critel'importo di spesa definitivo, al fine di valutare le modalità di finanziamento.
Ogg. 5	AOUI VR	02/11/11	Università VR	Medicina legale	Spettrometria di massa	Sostituzione	320.650,00	320.650,00	no	proprietà	non presenti	Parere FAVOREVOLE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2355 del 29 dicembre 2011

Piano di approvvigionamento delle risorse informatiche per i sistemi afferenti alla Segreteria regionale per la Sanità - dicembre 2011 - dicembre 2014.
[Informatica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si intende approvare il Piano di approvvigionamento della dotazione informatica (hardware, software e servizi) del nodo informatico socio sanitario per il periodo dicembre 2011 - dicembre 2014. Il budget previsto per le acquisizioni necessarie è stimato in Euro 14.849.000,00, articolato per tipologia di acquisizione e per anno.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

L'evoluzione dell'assetto normativo in materia di programmazione e controllo del settore socio sanitario, nonché lo sviluppo di svariati progetti finalizzati all'impostazione e al consolidamento delle funzioni regionali di coordinamento, di monitoraggio e di infrastruttura, hanno determinato l'esigenza, da parte degli uffici afferenti alla Segreteria regionale per la Sanità, di gestire nuove e complesse funzionalità in ambito ICT (Information and Communications Technology) con particolare attenzione ai processi di cooperazione che coinvolgono le Aziende Sanitarie.

Inoltre, il crescente numero di flussi informativi istituiti dal Ministero della Sanità, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e, su ulteriori specifiche aree di interesse, dalla Regione del Veneto rende necessario il potenziamento dei supporti centralizzati di memorizzazione (storage), delle unità centrali di elaborazione dati (server) e degli applicativi che rendono possibile l'analisi multidimensionale dei dati. Tali nuovi flussi, oltre a quelli già consolidati, devono inoltre essere conservati in tutta la loro "profondità" storica, al fine di consentire tutte le analisi necessarie alle funzioni di programmazione e controllo, ed è quindi evidente che lo spazio necessario a tale scopo è destinato a crescere costantemente.

I principali motivi che hanno determinato la necessità di un importante potenziamento dell'area ICT sono quindi:

- la partenza dei flussi di prescrizione elettronica, in cui la Regione del Veneto svolge la funzione di SAR (Servizio di Accoglienza regionale) e di invio al SAC (Servizio di Accoglienza Centrale del Ministero dell'Economia e delle Finanze), come stabilito dal Dpcm del 26 marzo 2008 in attuazione dell'art. 1, comma 810, lettera c) della L. 27 dicembre 2006, n. 296 (il progetto si colloca nel contesto più ampio del monitoraggio della spesa nel settore sanitario, normato dall'art. 50 della L. 24 novembre 2003, n. 326 di conversione, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269); l'implementazione di tale attività

richiede nuova potenza di calcolo e nuovo storage per la memorizzazione e l'elaborazione dei dati;
- l'implementazione di nuovi flussi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), che diverranno obbligatori nel corso del 2012: il flusso informativo dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), il flusso informativo RSA (Residenze Sanitarie Assistite), il flusso informativo sull'attività del 118, il flusso informativo di monitoraggio degli errori in sanità (sinistri ed eventi sentinella), etc.;
- la progressiva implementazione di applicativi centralizzati nelle Aziende Sanitarie (con conseguente necessità di maggior potenza di calcolo e maggiore quantità di storage): l'Anagrafe Unica regionale, lo Screening Oncologico, il Software di Gestione delle Vaccinazioni, la Certificazione di Bilancio, etc.;
- la necessità di implementare l'infrastruttura hardware e software di riferimento per lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico, come auspicato dalle "Linee guida sul fascicolo sanitario elettronico", proposte dal Ministero della Salute e approvate in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 10/2/2011 ed in armonia con il PdL 190/2011 (Dgr 15/Ddl del 26/7/2011) "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2012-2014";
- il bisogno di potenziare le attività di analisi incrociata dei diversi flussi informativi implementati nel datawarehouse regionale della sanità.

Al fine di soddisfare tali nuove esigenze risulta quindi necessaria la revisione dell'infrastruttura regionale, agendo sul rinnovo ed il miglioramento delle sue specifiche aree:
1. le postazioni di lavoro in uso al personale afferente alla Segreteria regionale per la Sanità, per quanto riguarda la dotazione hardware (PC, notebook, stampanti, scanner etc.) e di materiali di consumo;
2. i server (hardware, software di base), lo storage (SAN/NAS) e tutti gli accessori per l'interconnessione con l'infrastruttura esistente, oggi in uso sia da parte delle Aziende Sanitarie, per le applicazioni centralizzate, sia da parte dei diversi uffici della Segreteria regionale per la Sanità, per l'espletamento delle funzioni di coordinamento e monitoraggio;
3. gli strumenti software (licenze o specifiche implementazioni) ed i servizi correlati, al fine di supportare, migliorare e affinare la produttività degli utenti nell'espletamento delle funzioni di programmazione e controllo e per realizzare l'infrastruttura applicativa di cooperazione tra le Aziende Sanitarie.

Nell'Allegato A alla presente deliberazione (Piano di approvvigionamento delle risorse informatiche) il fabbisogno di ogni area viene dettagliato e, attraverso specifici calcoli, indagini di mercato e confronti con le Aziende/Regioni che hanno già affrontato e implementato parti simili di analoghe architetture, viene effettuata una stima delle risorse finanziarie necessarie alla realizzazione di quanto indicato. Nella tabella sotto riportata si evidenziano gli importi totali per anno e per area di azione:

Tipologia di acquisizione	Importi				Totale per tipologia
	2011	2012	2013	2014	
Postazioni di Lavoro: hardware	97.000	217.000	217.000	217.000	748.000
Nodo Informatico: hardware	350.000	700.000	700.000	700.000	2.450.000
HW Infrastruttura ePrescription e SAR	0	800.000	400.000	200.000	1.400.000
Servizi professionali ed evolutivi	100.000	850.000	850.000	850.000	2.650.000
Servizi Infrastruttura ePrescription e SAR	0	2.000.000	800.000	800.000	3.600.000
Contratti di supporto	150.000	450.000	450.000	450.000	1.500.000
Licenze server e client	260.000	775.000	733.000	733.000	2.501.000
Totali per anno	959.011	5.794.012	4.152.013	3.952.014	14.849.000

Alle acquisizioni si procederà, secondo quanto previsto dalla normativa di settore, con Decreto del Dirigente della Direzione regionale Controlli e Governo SSR, anche utilizzando il sistema delle Convenzioni Consip o mediante il MEPA/Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 488/1999.

Gli importi effettivi, che saranno determinati sulla base delle condizioni risultanti dalle procedure di acquisto, verranno impegnati, con provvedimento del Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR, sui capitoli di spesa n. 60059 e n. 101425 dei Bilanci Regionali di riferimento.

Si propone, quindi, di delegare al Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR il compimento mediante propri Decreti di tutte le successive fasi di attuazione del presente provvedimento.

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'articolo 33, secondo 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. 50 della L. 24 novembre 2003, n. 326 di conversione, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269;

Visto il Dpcm 26 marzo 2008;

Viste le Lr n. 39/01 e n. 1/11;

delibera

1. di approvare quanto esposto nelle premesse quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare il Piano di approvvigionamento delle

risorse per il nodo informatico Socio-Sanitario regionale, dettagliatamente descritto nell'Allegato A alla presente deliberazione e qui riportato sinteticamente:

Tipologia di acquisizione	Importi				Totale per tipologia
	2011	2012	2013	2014	
Postazioni di Lavoro: hardware	97.000	217.000	217.000	217.000	748.000
Nodo Informatico: hardware	350.000	700.000	700.000	700.000	2.450.000
HW Infrastruttura ePrescription e SAR	0	800.000	400.000	200.000	1.400.000
Servizi professionali ed evolutivi	100.000	850.000	850.000	850.000	2.650.000
Servizi Infrastrut-tura ePrescription e SAR	0	2.000.000	800.000	800.000	3.600.000
Contratti di supporto	150.000	450.000	450.000	450.000	1.500.000
Licenze server e client	260.000	775.000	733.000	733.000	2.501.000
Totali per anno	959.011	5.794.012	4.152.013	3.952.014	14.849.000

3. di dare atto che l'importo stimato e calcolato per il periodo di riferimento dicembre 2011 - dicembre 2014 ammonta ad Euro 14.849.000,00 (IVA inclusa);

4. di dare atto che gli importi effettivi saranno determinati sulla base delle condizioni risultanti dalle procedure di acquisto e verranno impegnati con provvedimento del Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR sui capitoli di spesa n. 60059 e n. 101425 dei Bilanci Regionali di riferimento;

5. di delegare al Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR, mediante propri decreti, le successive fasi di attuazione del presente provvedimento, riservandosi la facoltà di rimodulare le quantità previste per singola tipologia di acquisizione ed anno di riferimento, nel rispetto dell'importo complessivo stimato, sulla base delle effettive esigenze;

6. di dare atto che le eventuali spese che si determineranno nell'esercizio in corso saranno coperte con i fondi dei capitoli citati che presentano la dovuta disponibilità e non rientrano nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

(segue allegato)

Allegato A

Piano di approvvigionamento delle risorse informatiche (dic 2011 - dic 2014)

	Quantità				*Importi*				
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	
Spesa di investimento -> capitolo 101425									
Postazioni di Lavoro: h									
PC	50	100	100	100	40.000	80.000	80.000	80.000	
notebook	20	20	20	20	12.000	12.000	12.000	12.000	
Stampanti	0	50	50	50	0	35.000	35.000	35.000	
Scanner	20	20	20	20	10.000	10.000	10.000	10.000	
Altri device (video pro	NA	NA	NA	NA	20.000	50.000	50.000	50.000	
Materiali di consumo	NA	NA	NA	NA	15.000	30.000	30.000	30.000	
					97.000	**217.000**	**217.000**	**217.000**	**748.000**
Nodo Informatico: hardware									
Infrastruttura SI	1	1	1	1	100.000	400.000	400.000	400.000	
Storage SAN/NAS	1	1	1	1	150.000	150.000	150.000	150.000	
Apparati networking e	NA	NA	NA	NA	50.000	100.000	100.000	100.000	
Accessori	NA	NA	NA	NA	50.000	50.000	50.000	50.000	
					350.000	**700.000**	**700.000**	**700.000**	**2.450.000**
hw Infrastruttura ePrescription e SAR						**800.000**	**400.000**	**200.000**	**1.400.000**
totale acquisto HW per anno (IVA inclusa)					**447.000**	**1.717.000**	**1.317.000**	**1.117.000**	**4.598.000**

Spesa corrente -> capitolo 60059

Nodo informatico: software e servizi (Licenze, servizi ,evoluzioni, acquisizioni)

Servizi professionali ed evolutivi

Sviluppo datawarehouse	0	600.000	600.000	600.000	
Sviluppo reportistica (ipotesi)	100.000	250.000	250.000	250.000	
	100.000	**850.000**	**850.000**	**850.000**	**2.650.000**
Servizi Infrastruttura ePrescription e SAR	0	2.000.000	800.000	800.000	
	0	**2.000.000**	**800.000**	**800.000**	**3.600.000**
Contratti di supporto					
Gestione e manutenzione parco macchine	50.000	200.000	200.000	200.000	
Gestione e manutenzione sistemi reportistica (ipotesi)	100.000	250.000	250.000	250.000	
	150.000	**450.000**	**450.000**	**450.000**	**1.500.000**
Licenze server e client					
Licenze Database	0	150.000	150.000	150.000	
Licenze Antivirus	0	0	8.000	8.000	
Licenze Sw Progettazione	0	15.000	15.000	15.000	
Licenze Sistemi Operativi	0	200.000	150.000	150.000	
Licenze Reportistica (ipotesi)	50.000	100.000	100.000	100.000	
Licenze Dataware House	200.000	300.000	300.000	300.000	
Licenze Varie	10.000	10.000	10.000	10.000	
	260.000	**775.000**	**733.000**	**733.000**	**2.501.000**
totale acquisto SW e servizi per anno (IVA inclusa)	**510.000**	**4.075.000**	**2.833.000**	**2.833.000**	**10.251.000**

TOTALE BUDGET TRIENNALE ACQUISTI (IVA inclusa) **14.849.000**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2356 del 29 dicembre 2011

Progetto "Diffusione firma digitale operatori sanitari (carta operatore)". Autorizzazione alla procedura negoziata ex art. 57, comma 2, lett. b), del D.lgs 163/2006 e s.m.i. per l'acquisizione di componenti tecnologiche ed organizzative ad integrazione del progetto originario.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Il progetto "Diffusione firma digitale operatori sanitari (carta operatore)" è stato rivisto in termini organizzativi e tecnologici in considerazione dell'evoluzione dei sistemi informativi delle Aziende Sanitarie del Veneto, nonché del ruolo strategico assegnato allo stesso. Al fine di dare esecuzione al progetto nel suo nuovo assetto (che tiene conto anche degli obiettivi in area informatica assegnati alle Aziende con la Dgr 3140/2010), si è ravvisata la necessità di acquisire nuove componenti tecnologiche ed organizzative che devono risultare assolutamente compatibili con la fornitura originaria già in distribuzione presso le Aziende Sanitarie.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Tavolo permanente di Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE), coordinato dal Dipartimento per la Digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'Innovazione tecnologica (DDI) e composto dai rappresentanti del Ministero della Salute, di DigitPA (Ente Nazionale per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione) e di tutte le Regioni e le Province Autonome, rappresenta la sede istituzionale di confronto e di consultazione per l'armonizzazione degli interventi e la definizione di un quadro di regole tecniche condivise per la Sanità Elettronica.

In coerenza con gli indirizzi, gli obiettivi operativi e le priorità di intervento definiti dal TSE, volti alla realizzazione di progetti per la costruzione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino, il Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie ha avviato delle iniziative volte a diffondere della firma digitale per gli operatori sanitari (carta operatore) ed, in particolare, con l'obiettivo di accelerare il processo di digitalizzazione dei servizi sanitari sul territorio mediante l'adozione della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) quale strumento ad uso degli operatori per la firma elettronica dei documenti clinici.

In linea con le disposizioni nazionali, con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 3865 del 13/12/2005 veniva data esecuzione all'implementazione regionale del progetto "Diffusione firma digitale operatori sanitari (carta operatore)" definendo in Euro 1.962.028,00 il costo totale dell'iniziativa.

Tale progetto consente infatti di accertare l'identità di chi accede ai sistemi, di garantire la sicurezza delle transazioni e di conferire validità legale ai documenti elettronici oggetto di scambio, rappresentando, dunque, un intervento infrastrutturale necessario al fine del conseguimento dell'obiettivo di più alto livello consistente nella realizzazione di una rete integrata tra gli operatori sanitari, finalizzata anche a garantire l'accessibilità dei dati costituenti il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 15, comma 1, della L. 15/3/1997, n. 59, in data 14/12/2005 il CNIPA ha stipulato un Contratto Quadro, di durata pari a sei anni, con il raggruppamento temporaneo di imprese formato dalle società Actalis Spa, Finsiel Spa - ora Almaviva Spa -, Oberthur Card Systems Italia Srl - ora Oberthur Technologies Italia Srl -, SIA Spa e Trust Italia Spa, avente ad oggetto i servizi informatici e la fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della Carta Nazionale dei Servizi e che disciplina le condizioni generali relative agli Atti Esecutivi emessi dalle singole Amministrazioni Pubbliche le quali, ai sensi dell'art. 2 del Dpr 2 marzo 2004, n. 117, hanno il compito di rilasciare le CNS.

Tale Contratto Quadro consente alle Amministrazioni Pubbliche l'approvvigionamento in modo semplice e rapido, attraverso la successiva stipula di Atti Esecutivi (come previsto dalla citata L. 59/1997), di carte appositamente personalizzate a costi interessanti e competitivi derivanti dalle ingenti quantità di carte distribuite.

Come disposto dalla L. n. 59/1997 ed in attuazione del citato Contratto Quadro, stipulato il 14/12/2005 (scaduto il 13/12/2011), in data 19/7/2006 è stato quindi sottoscritto un Atto Esecutivo di durata quinquennale denominato "Atto Esecutivo A.C. del Contratto Quadro per l'appalto dei servizi informatici e fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della carta nazionale dei servizi (CNS)" tra la Regione del Veneto e la società Actalis Spa, quale mandataria del raggruppamento temporaneo di imprese formato dalle società Actalis Spa, Finsiel Spa - ora Almaviva Spa -, Oberthur Card Systems Italia Srl - ora Oberthur Technologies Italia Srl -, SIA Spa e Trust Italia Spa.

L'Atto Esecutivo A.C. citato prevedeva acquisizioni per un importo massimo complessivo pari ad Euro 572.516,50 Iva esclusa, già impegnati (Euro 687.019,80 - Iva compresa) con decreto dirigenziale n. 149 del 3/11/2009, così suddiviso:

Prodotti	**Quantità**	**Prezzi unitari (in € - IVA esclusa)**	**Totale**
CNS con certificato di autenticazione	19.030	6,95	132.258,50
Lettori e Kit multimediale	19.080	13,30	253.764,00
Kit di firma digitale	19.030	5,50	104.665,00
Personalizzazione CNS	0	1,60	-
		Totale prodotti	**490.687,50**
Servizi	**Annualità**	**Canone annuo**	**Totale per 19.030 CNS**
CNS con certificato di autenticazione	5	0,86	**81.829,00**
		Totale servizi	**81.829,00**
		TOTALE ATTO ESECUTIVO	**572.516,50**

Nel frattempo è stato necessario modificare il progetto originale, sia dal punto di vista organizzativo, che dal punto di vista tecnologico al fine di rendere sostenibile la gestione digitale dell'intero ciclo di vita dell'identità elettronica degli operatori e di definire gli obiettivi assegnati con Dgr n. 3140 del 14/12/2010 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto per gli anni 2011 e 2012, ed in particolare gli obiettivi B.1 - Assegnazione dei certificati digitali per l'identificazione e per la sottoscrizione dei documenti clinici (Firma Digitale) ai medici dipendenti e convenzionati - e B.2 - Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici .

In particolare, il progetto, oltre a perseguire l'obiettivo di diffondere l'utilizzo delle "carte operatore" presso i professionisti sanitari, nella loro duplice funzione di strumento di firma digitale (per la produzione di documentazione clinica in formato elettronico dotata di validità legale) e di mezzo di autenticazione "forte" per l'accesso sicuro e con tutela della privacy alle informazioni di natura clinica e agli applicativi, permette anche di dare un adeguato supporto all'intero ciclo di vita dell'identità digitale degli operatori all'interno della realtà aziendale.

Per raggiungere tali obiettivi emerge l'esigenza di integrare la fornitura originale con quanto necessario per allestire all'interno di ogni Azienda Sanitaria, coinvolta nel progetto, un ufficio delegato dell'Autorità di Certificazione, avente l'obiettivo di emettere le carte contestualmente all'insorgenza del bisogno, senza essere vincolati al raggiungimento di quote minime o di emissioni massive, come era invece previsto dal progetto originale.

Risulta, inoltre, necessario provvedere all'implementazione di una componente di integrazione tra la SmartCard CNS, il dominio di autenticazione aziendale (AD/ldap) e la CA (Certification Authority) senza richiedere ulteriori modifiche ai sistemi aziendali, nonché l'attivazione e la formalizzazione - in termini organizzativi - degli uffici adibiti al riconoscimento, emissione, sospensione e revoca in locale dei certificati di firma ed autenticazione.

Al fine di dare esecuzione al progetto cosi come precedentemente descritto ed in recepimento di tutte le modifiche sopra presentate, le componenti da acquisire a corredo di quanto già stabilito dall'"Atto Esecutivo A.C. del Contratto Quadro per l'appalto dei servizi informatici e fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della carta nazionale dei servizi (CNS)" risultano essere le seguenti per ciascuna Azienda aderente al progetto:

1) postazione di emissione locale;

2) componente di integrazione delle funzioni delle CA all'interno del dominio aziendale.

Le necessità emerse rappresentano una naturale evoluzione della fornitura originaria, quasi totalmente distribuita presso le Aziende Sanitarie con una compatibilità tra le varie componenti progettuali imprescindibile al fine del raggiungimento con successo degli obiettivi di gestione completa dell'identità digitale dell'operatore sanitario.

L'ammontare complessivo di spesa del progetto rimane invariato, ovvero pari ad Euro 1.962.028,00 ma l'Amministrazione regionale, al fine del completamento delle attività progettuali, si impegna a coprire con propri fondi l'intero progetto mettendo a disposizione, in aumento di quanto già impegnato in conseguenza alla sottoscrizione "Atto Esecutivo A.C. del Contratto Quadro per l'appalto dei servizi informatici e fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della carta nazionale dei servizi (CNS)", ulteriori Euro 1.275.008,20.

Va precisato che il Raggruppamento temporaneo di imprese, di cui all'Atto Esecutivo citato, si impegna - anche a seguito della sua scadenza giuridica - a garantire il servizio di gestione dei certificati digitali per una durata pari a cinque anni dal momento della loro emissione mentre pr quanto riguarda la fornitura dell'infrastruttura a supporto della gestione del ciclo di vita dei certificati digitali, la realizzazione della RA aziendale nonché il relativo servizio di supporto ed assistenza, l'Azienda sub-fornitrice individuata dal RTI citato è Bit4id Srl, in quanto sviluppatrice delle componenti applicative altamente specializzate sopra citate.

Tutto ciò premesso, è necessario che la Direzione regionale Controlli e Governo SSR affidi all'impresa Bit4id Srl, la fornitura delle componenti aggiuntive sopra descritte, avvalendosi dell'istituto previsto dall'art. 57, comma 2, lett. b), del D.lgs 163/2006 e s.m.i.

L'applicazione della norma citata, la quale dispone che "qualora, per ragioni di natura tecnica o artistica ovvero attinenti alla tutela di diritti esclusivi, il contratto possa essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato", appare pienamente in linea con la fattispecie in esame, riconoscendo la necessità imprescindibile di continuità progettuale e di compatibilità dei bisogni emersi alla luce del nuovo assetto progettuale nei confronti della fornitura originale già distribuita presso le Aziende Sanitarie regionali, di cui al citato "Atto Esecutivo A.C. del Contratto Quadro per l'appalto dei servizi informatici e fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della carta nazionale dei servizi (CNS)".

Con il presente provvedimento si propone pertanto di autorizzare la procedura negoziata ex art. 57, comma 2, lett. b), del D.lgs 163/2006 e s.m.i. con l'impresa Bit4id Srl - in quanto unica azienda in grado di garantire dal punto di vista tecnologico e qualitativo gli attuali livelli prestazionali del sistema - per l'acquisizione, a favore delle Aziende Sanitarie coinvolte nel progetto, di postazioni di emissione locale delle Smart Card e delle componenti di integrazione delle funzioni dell'Autorità di Certificazione all'interno del dominio aziendale, invitando il fornitore a formulare la propria migliore offerta tecnico-economica sulla base delle condizioni massime stabilite nel Contratto quadro scaduto il 13/12/2011 e di un importo massimo di aggiudicazione pari ad Euro 1.053.725,78 Iva esclusa (Euro 1.275.008,20 Iva inclusa).

Si propone, infine, di delegare al Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR l'adozione degli atti necessari all'attuazione della presente deliberazione.

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'articolo 33, secondo 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 il D.lgs n. 163/2006 e s.m.i.;

Viste le LL.RR. n. 39/2001, n. 1/2011 e n. 8/2011;

Viste le proprie Deliberazioni n. 3865/2005 e n. 3140/2010;

Visto il Ddr n. 149/2009;

Visto l'"Atto Esecutivo A.C. del Contratto Quadro per l'appalto dei servizi informatici e fornitura di beni connessi alla realizzazione, distribuzione e gestione della carta nazionale dei servizi (CNS)" stipulato in data 19/7/2006;

delibera

1. di prendere atto di quanto riportato in premessa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di prendere atto che il progetto originale citato in oggetto è stato successivamente modificato sia dal punto di vista organizzativo che tecnologico, al fine di rendere sostenibile la gestione digitale dell'intero ciclo di vita dell'identità elettronica degli operatori e di recepire gli obiettivi assegnati alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto per gli anni 2011 e 2012 con Dgr n. 3140/2010, ed in particolare gli obiettivi B.1 e B.2;

3. di prendere atto delle necessità tecnologiche e strategiche emerse per ciascuna Azienda Sanitaria coinvolta nel progetto e sinteticamente descritte di seguito:

- postazione di emissione locale;
- componente di integrazione delle funzioni delle CA all'interno del dominio aziendale;

4. di prendere atto che, anche alla luce delle rimodulazioni citate in premessa, l'ammontare totale del progetto risulta invariato, ovvero pari ad Euro 1.962.028,00;

5. di disporre la copertura finanziaria dell'intero progetto a carico dei fondi stanziati sul capitolo n. 60059 "Quota del fondo sanitario regionale parte corrente in gestione accentrata presso la Regione - spese varie gestione F.S.R. per conto Ulss", fermo restando l'impegno di Euro 687.019,80 già effettuato con Ddr n. 149 del 3/11/2009 a carico dei fondi del capitolo 60059 del Bilancio regionale 2009;

6. di autorizzare, per le motivazione esposte in premessa, la procedura negoziata ex art. 57, comma 2, lett. b) del D.lgs 163/2006 con l'impresa Bit4id Srl - in quanto unica azienda in grado di garantire dal punto di vista tecnologico e qualitativo gli attuali livelli prestazionali del sistema - per l'acquisizione di quanto sopra e per una spesa complessiva massima di Euro 1.053.725,78 Iva esclusa, corrispondenti ad Euro 1.275.008,20 Iva inclusa;

7. di prendere atto che la procedura di cui al punto precedente si concluderà entro l'anno in corso e di delegare al Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR l'attuazione del presente provvedimento, mediante propri atti, compresa l'eventuale riduzione dell'impegno assunto, qualora ad aggiudicazione definitiva di tale procedura l'importo offerto risultasse inferiore;

8. di impegnare, la spesa di Euro 1.275.008,20 Iva inclusa sul capitolo n. 60059 ad oggetto 'Quota del fondo sanitario regionale parte corrente in gestione accentrata presso la Regione - spese varie gestione F.S.R. per conto Ulss"' del Bilancio annuale di previsione dell'esercizio finanziario corrente che presenta sufficiente disponibilità, da liquidare su presentazione di regolari e documentate fatture;

9. di prendere atto che la spesa della quale si dispone l'impegno con il presente atto non è soggetta alle limitazioni di cui alla Lr 1/2011.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2357 del 29 dicembre 2011

Affidamento alle aziende ed enti del SSR dell'attivazione e dell'organizzazione di corsi di formazione per il "Middle Management". Attribuzione di contributo.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si intende favorire attraverso percorsi formativi mirati l'accrescimento delle professionalità gestionali della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa del servizio sanitario regionale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La formazione del personale delle Aziende ed enti del SSR costituisce una leva strategica per il miglioramento della qualità dell'assistenza, nonché essenziale fattore di sviluppo, rendendo la sua integrazione con politiche di organizzazione del lavoro uno strumento indispensabile per adeguarsi alle esigenze di una utenza informata ed esigente.

Al riguardo, la Regione ritiene utile che le Aziende Ulss, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie diano avvio ad un ampio programma di formazione del cosiddetto "middle management", al cui interno possono distinguersi tre macro aree di personale:

- Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica;
- Dirigenza sanitaria preposta a strutture semplici;
- Personale delle professioni sanitarie.

Al fine di accrescere lo standard di competenze gestionali del proprio personale, si reputa opportuno avviare tale processo formativo, che deve considerarsi riconducibile alle iniziative di formazione ed aggiornamento professionale di cui all'art. 32 del Ccnl 5.12.1996, coinvolgendo in primis la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica non preposta a strutture complesse.

Nello specifico, risulta necessario rafforzare le competenze possedute dalla predetta dirigenza, in considerazione delle innovazioni normative che vedono coinvolto il Sistema sanitario regionale (quali ad esempio quelle contenute nel Patto per la Salute, nel Piano sanitario Nazionale, nel Piano nazionale per la Prevenzione, etc.) e che determineranno o stanno determinando profonde modificazioni gestionali - organizzative dello stesso.

Alla luce di tali innovazioni, il personale dirigenziale è chiamato a garantire un elevato livello di professionalità, specie in presenza di cogenti vincoli finanziari e della conseguente necessità di razionalizzare delle spese, che presuppone l'adozione di adeguati percorsi formativi.

Conseguentemente le Aziende Ulss, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie dovranno attivare ed organizzare corsi di formazione che dovranno interessare prioritariamente:

- I Livelli di pianificazione e programmazione nel SSN, nel SSR e nelle aziende sanitarie;
- Il sistema dei controlli delle strutture del SSN;
- Gli strumenti contabili e di gestione delle Aziende Sanitarie;
- La razionalizzazione dei processi nelle Aziende Sanitarie;
- Il sistema di qualità ed il risk management in sanità;
- Il project management;
- I sistemi di approvvigionamento dei beni e servizi;
- La responsabilità civile, amministrativa e contabile delle Aziende sanitarie.

Si ritiene di riconoscere alle Aziende Ulss, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'Istituto Zooprofilattico delle Venezie per l'attuazione dei corsi di formazione di cui sopra un contributo di € 60.000,00 (sessantamila/00), per le cui modalità di distribuzione agli stessi enti si rimanda ad un successivo provvedimento del Segretario regionale per la Sanità.

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. 33, 2° 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. 32 del Ccnl 5.12.1996 della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;

• Informate le organizzazioni sindacali;

• Visto l'art. 42, comma 1, della Lr 29.11.2001, n. 39.

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di affidare alle Aziende Ulss, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'Istituto Zooprofilattico delle Venezie l'attivazione e l'organizzazione dei corsi di formazione per il "Middle Management" con riferimento alla dirigenza amministrativa, professionale e tecnica non preposta a strutture complesse;
3. di demandare al Segretario regionale per la Sanità, di provvedere con proprio atto alla copertura finanziaria della spesa per l' espletamento dell' attività di cui al punto 2, di € 60.000 (sessantamilaeuro/00), con imputazione a carico dei fondi stanziati, per l' esercizio 2012, sul capitolo 60047 ad oggetto: "Quota del fondo sanitario regionale parte corrente in gestione accentrata presso la Regione" - "Realizzazione azioni strumentali" (L. 23/12/1978, n. 833, art. 17; L. R. 20/7/1989, n. 21), ad avvenuta esecutività del corrispondente bilancio di previsione annuale;
4. di dare atto che la spesa di cui al punto precedente non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2359 del 29 dicembre 2011

Sanità. Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 28 novembre 2011. Conferma per l'anno 2012 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si intende assicurare anche per l'anno 2012 la possibilità per le aziende sanitarie di acquisire dai propri dirigenti medici e sanitari prestazioni aggiuntive volte a ridurre le liste di attesa.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, stipulati l'8 giugno 2000, integrati dall'articolo 14, comma 6, dei CC.CC.NN.LL del 5 novembre 2005, consente alle aziende sanitarie, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, di richiedere prestazioni ai propri dirigenti medici, veterinari e sanitari non medici allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche temporanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia.

L'istituto delle prestazioni aggiuntive, di cui all' art. 55, comma 2 dei CC.CC:NN.LL sopra richiamati è stato disciplinato, relativamente al triennio 2006-2008, dai protocolli d'intesa sottoscritti l'1 giugno 2006 dall'Assessore alle Politiche Sanitarie e dalle OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (di seguito indicate con l'acronimo SPTA) approvati con Dgr n. 2464 del 1 agosto 2006.

Con DD.GG.RR. n. 1667 e 1668 del 9 giugno 2009 sono stati approvati due protocolli di intesa sottoscritti il 28 aprile 2009 e il 19 maggio 2009 dall'Assessore alle Politiche Sanitarie e dalle organizzazioni sindacali, rispettivamente della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA, con i quali si confermava fino al 31 dicembre 2011 la disciplina regionale dell'istituto in parola.

Il ricorso alle predette prestazioni aggiuntive da parte delle aziende sanitarie, peraltro, si renderà necessario anche per l'anno 2012 in funzione della riduzione delle liste di attesa ed alla luce dei limiti assunzionali posti dalla vigente legislazione nazionale e regionale attuativa (articolo 37 della Lr 2/2007 e articolo 9 della Lr 16/2010).

Conseguentemente, l'Assessorato alla Sanità e gli uffici che allo stesso fanno capo hanno sviluppato un confronto con le rappresentanze regionali delle Organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria ed SPTA, nel rispetto del sistema di relazioni sindacali regionali previsto dai citati protocolli d'intesa del 1 giugno 2006.

In data 28 novembre 2011, l'Assessore alla Sanità e le OO.SS della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA hanno sottoscritto, a conclusione del confronto, i protocolli

d'intesa allegati al presente provvedimento (Allegati A e B), con i quali si conferma anche per l'anno 2012 la vigente disciplina regionale relativa all'applicazione presso le aziende ed enti del Servizio Sanitario regionale dell'istituto di cui all'articolo 55 dei CC.CC.NN.LL. dell' 8 giugno 2000 ed, in particolare, quella recata dai protocolli di intesa sottoscritti il 1° giugno 2006, approvati con Dgr n. 2464 del 1 agosto 2006.

Considerato, peraltro, il tempo trascorso dall'entrata in vigore della disciplina regionale in materia recata della citata Dgr 2464/2006 ed al fine di renderla coerente con le linee di programmazione regionale nonché con l'evoluzione delle necessità assistenziali delle singole aziende sanitarie, si rende necessario valutare l'eventuale introduzione di elementi correttivi alla medesima disciplina.

A tal fine, si ritiene opportuno costituire un gruppo di lavoro per la formulazione di suggerimenti all'amministrazione regionale, demandando al Segretario regionale per la Sanità l'individuazione dei soggetti che comporranno il medesimo gruppo di lavoro.

Si dà atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

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. 33, 2° 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;
- Richiamati i protocolli d'intesa tra l'Assessore alle Politiche Sanitarie e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA del 1 giugno 2006, approvati con Dgr n. 2464 del 1 agosto 2006;
- Richiamati i protocolli d'intesa tra l'Assessore alle Politiche Sanitarie e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria ed SPTA del 28 aprile 2009 e del 19 maggio 2009, approvati con n. DD.GG.RR. n. 1667 e 1668 del 9 giugno 2009;
- Visto l'art. 55, comma 2 dei CC.CC.NN.LL della Dirigenza medica e veterinaria ed SPTA del 8 giugno 2000;
- Visto l'art. 14, comma 6, dei CC.CC.NN.LL della Dirigenza medica e-veterinaria ed SPTA del 3 novembre 2005;
- Visto l'articolo 37 della Lr 19 febbraio 2007, n. 2;
- Visto l'articolo 9 della Lr 4 marzo 2010, n. 16.

delibera

1. di approvare i protocolli di intesa, allegati alla presente deliberazione, di cui formano parte integrante e sostanziale (Allegati A e B), sottoscritti dall'Assessore alla Sanità e dalle OO.SS. delle aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa in data 28 novembre 2011, con i quali è stata confermata per l'anno 2012 la vigente disciplina regionale dell'istituto dell'acquisto di prestazioni di cui all'articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL delle medesime aree, stipulati l'8 giugno 2000;
2. di demandare al Segretario regionale per la Sanità, per le ragioni indicate nelle premesse, la costituzione di un gruppo di lavoro per la formulazione di suggerimenti all'amministrazione regionale in funzione dell'eventuale introduzione di elementi correttivi alla disciplina regionale dell'istituto di cui al precedente punto 1 recata dalla Dgr n. 2464 del 1 agosto 2006;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Allegati *(omissis)*

Gli allegati sono consultabili online
http://bur.regione.veneto.it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2361 del 29 dicembre 2011

Sviluppo e miglioramento delle attività dei Servizi di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di sanità animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss. Assegnazione degli importi - di cui alla Lr 16 agosto 2007 n. 23, art. 8, commi 2 e 3 - da riconoscere alle Aziende Ulss che nel 2009 hanno raggiunto gli obiettivi stabiliti dalla Giunta regionale. Impegno di spesa.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Si impegna nel bilancio regionale l'importo di € 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22), quota parte della somma introitata nel 2009 dai Comuni per sanzioni comminate dai Servizi di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e nutrizione e di sanità animale. Si assegnano quindi, per il 2009, le cifre spettanti alle Aziende Ulss, secondo una ripartizione derivante dal raggiungimento degli obiettivi ed in base ai criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 4204 del 30/12/2008 si è provveduto - relativamente agli anni 2007 e 2008 - a favorire l'attuazione del c. 2, art. 8 Lr 16 agosto 2007 n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa. Collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione".

Tale norma prevede che, a partire dall'anno 2007, un terzo dell'importo introitato nell'anno precedente, derivante dall'applicazione delle sanzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e nutrizione e di sanità animale, debba essere destinato allo sviluppo e al miglioramento dell'attività dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss funzionalmente preposti alle attività nei singoli settori citati.

Lo stesso comma dispone che l'assegnazione dell'importo introitato in seguito all'applicazione delle citate sanzioni è subordinata al raggiungimento di obiettivi individuati con la pianificazione regionale di settore, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

Il successivo comma 3, confermando la delega ai Comuni delle funzioni in materia di applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale, conferita dalla Lr 28 febbraio 1977 n. 10, prevede che le amministrazioni comunali versino annualmente alla Regione l'importo di cui al comma 2 sopra richiamato, affinché si provveda per l'assegnazione delle

singole quote spettanti alle Aziende Ulss, cui appartengono i Servizi in questione.

Pertanto, nel biennio 2007-2008, con Dgr. n. 4204 del 2008 si è provveduto ad attuare il dettato normativo, stabilendo che l'ammontare della somma, che costituisce il fondo da ripartire, sia determinato facendo riferimento, per ciascun anno, ad un terzo di quanto hanno introitato le Amministrazioni Comunali nel corso dell'anno precedente, a seguito dell'applicazione, da parte delle Aziende Ulss, delle sanzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e nutrizione e di sanità animale.

Relativamente agli importi, di cui alle suddette sanzioni, da erogare per l'anno 2009 alle Aziende Ulss, è necessario considerare la Dgr n. 527 del 2.3.2010 che ha fissato gli obiettivi assegnati ai Servizi igiene e sanità pubblica e la Dgr n. 266 del 15.3.2011 che - in riferimento allo stesso anno - ha indicato gli obiettivi da raggiungere da parte dei Servizi igiene alimenti e nutrizione e dei Servizi veterinari.

In particolare, per quanto riguarda il settore dell'igiene e sanità pubblica, attraverso la Dgr n. 527/2010 citata, sono stati confermati, in capo a ciascuna Azienda Ulss, gli obiettivi e i criteri già individuati per l'anno 2008 e precisamente:

1. effettuazione, presso gli esercizi commerciali di vendita dei prodotti fitosanitari, di un numero di sopralluoghi pari ad almeno 1/3 delle rivendite autorizzate esistenti nel territorio di competenza;
2. effettuazione di almeno 50 sopralluoghi presso gli utilizzatori di prodotti fitosanitari (contesti agricoli ed extra agricoli) presenti nel territorio di competenza.

Ai suddetti obiettivi è da aggiungere quello assegnato solo ad alcune Aziende Ulss, in quanto - seguendo un criterio di rotazione rispetto agli anni precedenti - è stata prescritta anche l'effettuazione di un campionamento di prodotto fitosanitario presso le rivendite, per la successiva analisi qualitativa e quantitativa del principio attivo dichiarato in etichetta.

Per l'anno 2009 sono stati a tal fine individuate le Aziende Ulss n. 1 di Belluno, n. 4 "Alto Vicentino", n. 7 di Pieve di Soligo, n. 13 di Mirano, n. 17 di Este, n. 19 di Adria e n. 21 di Legnago.

Come evidenziato a pag. 1 dell'Allegato A alla presente Deleberazione, relativamente alle attività di igiene e sanità pubblica solo 6 Aziende Ulss hanno raggiunto gli obiettivi individuati con la Dgr n. 527 del 2.3.2010.

Per quanto riguarda le attività di igiene alimenti e nutrizione attraverso la Dgr n. 266/2011 citata, è stato individuato l'obiettivo di omogeneizzare e razionalizzare le procedure di controllo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati (OGM) negli alimenti, in esecuzione di quanto disposto dalle direttive nazionali e nel rispetto di quanto programmato in merito dal Piano regionale Integrato di Campionamento (PRIC) 2007-2010.

Per l'anno 2009 tutti i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle Aziende Ulss del Veneto hanno raggiunto l'obiettivo, con l'esclusione di una sola Azienda Ulss.

Relativamente alle attività dei Servizi Veterinari, sono stati proposti gli obiettivi di omogeneizzazione e razionalizzazione delle procedure di controllo ufficiale. L'indicatore da utilizzare da parte dei Servizi Veterinari delle Aziende Ulss coincide con l'effettuazione delle procedure di controllo ufficiale del Piano Nazionale Residui (PNR). È previsto il raggiungimento del 80% dei controlli.

La verifica del conseguimento dell'obiettivo si ha in riferimento all'omogeneizzazione e alla razionalizzazione delle procedure di controllo ufficiale, con la raccolta dei dati attraverso l'estrazione delle informazioni dalla banca dati dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

Per l'anno 2009 tutti i Servizi Veterinari delle Aziende Ulss del Veneto hanno raggiunto il suddetto obiettivo, ad eccezione del Servizio Veterinario di una sola Azienda Ulss, come evidenziato a pag. 3 dell'Allegato A alla presente Deliberazione.

Oltre agli obiettivi suddetti, le Deliberazioni Regionali n. 527/2010 e n. 266/2011 hanno indicato anche i criteri per la ripartizione, tra le Aziende Ulss aventi diritto in relazione al raggiungimento degli obiettivi sopra evidenziati, della somma prevista dall'art. 8, commi 2 e 3 della Lr 16 agosto 2007 n. 23.

A tal proposito sono stati confermati i seguenti criteri:

a. l'85% della somma pari ad un terzo del totale sarà ripartito tenendo conto del numero del personale tecnico, sanitario e amministrativo in servizio al 31 dicembre 2009 all'interno delle singole unità funzionali che in ciascuna Azienda Ulss hanno conseguito gli obiettivi previsti;
b. il restante 15% sarà ripartito in ragione della popolazione residente, secondo l'ultimo censimento, nel territorio di competenza di ciascuna Azienda Ulss che ha raggiunto gli obiettivi prefissati.

In seguito alle ricognizioni periodiche condotte dalla Direzione regionale Prevenzione sui versamenti effettuati dai Comuni del Veneto alla Regione ai sensi del c. 3 art. 8 Lr 16.08.2007 n. 23 citata, si è quantificato per l'anno 2009 l'ammontare della somma - che costituisce il fondo da ripartire equamente tra le aree funzionali di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e nutrizione e di sanità animale - in € 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22), determinato facendo riferimento a quanto hanno introitato le amministrazioni comunali nel corso dell'anno 2008, a seguito dell'irrogazione, da parte delle Aziende Ulss, delle sanzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene alimentare e di sanità animale.

Il sistema di assegnazione delle somme spettanti è quindi basato sulla ripartizione dell'importo disponibile per ciascuna area di intervento (igiene e sanità pubblica, igiene alimenti e sanità animale) alle sole Aziende Ulss che hanno raggiunto gli obiettivi previsti.

Pertanto, alle Aziende Ulss che, in riferimento alle suddette singole aree di competenza ed intervento dei Dipartimenti di Prevenzione hanno raggiunto gli obiettivi previsti nell'anno 2009, sarà riconosciuta una quota parte di € 70.045,74 - 1/3 dell'importo complessivamente disponibile di € 210.137,22 - sulla base dei criteri di ripartizione a. e b. sopra indicati.

Con il presente atto, pertanto, si intende impegnare sul capitolo di spesa n. 101179 "Azioni di miglioramento dell'attività dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e dei Servizi Veterinari (art. 8, comma 2 e 3, LR16/08/2007, n. 23)" del bilancio di previsione per l'anno 2011, l'importo di € 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22), da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss che nel 2009 hanno raggiunto gli obiettivi previsti mediante le Deliberazioni di Giunta regionale n. 527/2010 e n. 622/2011 in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di sanità animale.

Poiché la competente struttura regionale ha provveduto a quantificare gli importi da attribuire a ciascuna Azienda Ulss sulla base degli obiettivi raggiunti nel 2009 e dei criteri di ripartizione sopra evidenziati, si propone all'approvazione della Giunta regionale l'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, che risulta così composto:

- pag. 1 - Assegnazione a ciascuna Azienda Ulss degli importi in relazione agli obiettivi 2009 di igiene e sanità pubblica (Dgr n. 527/2006);
- pag. 2 - Assegnazione a ciascuna Azienda Ulss degli importi in relazione agli obiettivi 2009 di igiene alimenti e nutrizione (Dgr n. 266/2011);
- pag. 3 - Assegnazione a ciascuna Azienda Ulss degli importi in relazione agli obiettivi 2009 di sanità animale (Dgr n. 266/2011);
- pag. 4 - Assegnazione per ciascuna Azienda Ulss degli importi complessivamente da attribuire in relazione al raggiungimento degli obiettivi nelle tre aree di attività congiuntamente considerate.

Sulla base, pertanto, del risultato complessivo evidenziato a pag. 4 dell'Allegato A è necessario liquidare alle singole Aziende Ulss gli importi di competenza.

Si evidenzia che le somme riconosciute alle singole Aziende Ulss in relazione al presente atto dovranno essere utilizzate esclusivamente per l'acquisizione di nuovi strumenti tecnologici utili per l'espletamento delle attività di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di sanità animale, nonché per la formazione del personale impiegato nelle stesse attività.

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'art. 33, secondo 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 Lr 28.2.1977 n. 10.
- Vista la Lr n. 16.8.2007, n. 23, art. 8, commi 2 e 3.
- Vista la Lr n. 39 del 29.11.2001.
- Vista la Dgr n. 4204 del 30.12.2008.
- Vista la Dgr n. 527 del 2.3.2010.
- Vista la Dgr n. 266 del 15.3.2011.
- Vista la Dgr n. 334 del 29/03/2001 di attribuzione delle risorse del bilancio 2011 ai centri di responsabilità.
- Vista la Lr n. 1 del 7.1.2011.
- Vista la Dgr n. 634 del 17/05/2011 che ha approvato le Direttive per la gestione del bilancio 2011.

delibera

1. di approvare il piano di riparto della somma di euro 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22) di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;
2. di assegnare, per le finalità illustrate in premessa, ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto l'importo complessivo di € 210.137,22;
3. di impegnare, per le finalità illustrate in premessa, l'importo complessivo di euro 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22) sul capitolo di spesa n. 101179 "Azioni di miglioramento dell'attività dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e dei Servizi Veterinari (art. 8, comma 2 e 3 Lr 16/08/2007, n. 23)" del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario anno 2011, che presenta sufficiente disponibilità;
4. di incaricare la Dirigente regionale della Direzione Prevenzione alla liquidazione del finanziamento, complessivamente quantificato in € 210.137,22 (duecentodiecimilacentotrentasette/22), a favore dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto, all'approvazione del presente provvedimento e secondo la ripartizione degli importi come evidenziati a pag. 4 dell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;
5. di dare atto che le somme così trasferite ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto dovranno essere utilizzate esclusivamente per l'acquisizione di nuovi strumenti tecnologici finalizzati all'espletamento delle attività di igiene e sanità pubblica, di igiene alimenti e nutrizione e di sanità animale, nonché per la formazione del personale impegnato nelle stesse attività;
6. di stabilire che entro il 30.6.2012 le Aziende Ulss dovranno presentare alla Direzione regionale Prevenzione una dettagliata rendicontazione sull'utilizzo delle risorse assegnate con il presente atto;
7. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr n. 1/2011.

Allegato A

Importi da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss, ai sensi della Lr 16.08.2007 n. 23, art. 8 comma 2 - Anno 2009
Attività di Igiene e Sanità Pubblica - piano P.Re.fit 2009

AZIENDE Ulss	IMPORTO ASSEGNATO
Ulss N. 1 BELLUNO	--------
Ulss N. 2 FELTRE	--------
Ulss N. 3 BASSANO DEL GRAPPA	--------
Ulss N. 4 ALTO VICENTINO	--------
Ulss N. 5 OVEST VICENTINO	--------
Ulss N. 6 VICENZA	9.514,29
Ulss N. 7 PIEVE DI SOLIGO	--------
Ulss N. 8 ASOLO	--------
Ulss N. 9 TREVISO	10.070,09
Ulss N. 10 VENETO ORIENTALE	21.095,99
Ulss N. 12 VENEZIANA	--------
Ulss N. 13 MIRANO	--------
Ulss N. 14 CHIOGGIA	--------
Ulss N. 15 ALTA PADOVANA	--------
Ulss N. 16 PADOVA	7.857,12
Ulss N. 17 ESTE	--------

Ulss N. 18 ROVIGO	--------
Ulss N. 19 ADRIA	--------
Ulss N. 20 VERONA	--------
Ulss N. 21 LEGNAGO	13.075,23
Ulss N. 22 BUSSOLENGO	8.433,02
Totale	70.045,74

Importi da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss, ai sensi della Lr 16.08.2007 n. 23, art. 8 comma 2 - Anno 2009
Attività Igiene Alimenti e Nutrizione

AZIENDE Ulss	IMPORTO ASSEGNATO
Ulss N. 1 BELLUNO	2.985,94
Ulss N. 2 FELTRE	1.389,44
Ulss N. 3 BASSANO DEL GRAPPA	2.801,30
Ulss N. 4 ALTO VICENTINO	4.017,16
Ulss N. 5 OVEST VICENTINO	2.504,52
Ulss N. 6 VICENZA	4.912,10
Ulss N. 7 PIEVE DI SOLIGO	2.890,70
Ulss N. 8 ASOLO	2.364,67
Ulss N. 9 TREVISO	5.129,87
Ulss N. 10 VENETO ORIENTALE	2.883,16
Ulss N. 12 VENEZIANA	4.289,34
Ulss N. 13 MIRANO	4.794,57
Ulss N. 14 CHIOGGIA	1.801,08
Ulss N. 15 ALTA PADOVANA	3.865,37
Ulss N. 16 PADOVA	4.548,05
Ulss N. 17 ESTE	4.609,81
Ulss N. 18 ROVIGO	3.688,95
Ulss N. 19 ADRIA	2.264,28
Ulss N. 20 VERONA	4.662,96
Ulss N. 21 LEGNAGO	3.642,47
Ulss n. 22 BUSSOLENGO	--------
Totale	70.045,74

Importi da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss, ai sensi della Lr 16.08.2007 n. 23, art. 8 comma 2 - Anno 2009
Attività Sanità Animale

AZIENDE Ulss	IMPORTO ASSEGNATO
Ulss N. 1 BELLUNO	2.525,32
Ulss N. 2 FELTRE	1.263,01
Ulss N. 3 BASSANO DEL GRAPPA	2.547,95
Ulss N. 4 ALTO VICENTINO	--------
Ulss N. 5 OVEST VICENTINO	2.013,12
Ulss N. 6 VICENZA	5.721,98
Ulss N. 7 PIEVE DI SOLIGO	2.814,53
Ulss N. 8 ASOLO	4.138,80
Ulss N. 9 TREVISO	4.681,70
Ulss N. 10 VENETO ORIENTALE	3.075,75
Ulss N. 12 VENEZIANA	2.564,49
Ulss N. 13 MIRANO	2.383,77
Ulss N. 14 CHIOGGIA	1.910,27
Ulss N. 15 ALTA PADOVANA	3.785,32
Ulss N. 16 PADOVA	4.429,32
Ulss N. 17 ESTE	5.873,72
Ulss N. 18 ROVIGO	2.806,83
Ulss N. 19 ADRIA	1.867,48
Ulss N. 20 VERONA	5.258,07
Ulss N. 21 LEGNAGO	3.119,47
Ulss N. 22 BUSSOLENGO	7.264,84
Totale	70.045,74

Importi complessivi
da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss, ai sensi della Lr 16.08.2007 n. 23, art. 8 comma 2 - Anno 2009.

AZIENDE Ulss	IMPORTO ASSEGNATO
Ulss N. 1 BELLUNO	5.511,26
Ulss N. 2 FELTRE	2.652,45
Ulss N. 3 BASSANO DEL GRAPPA	5.349,25
Ulss N. 4 ALTO VICENTINO	4.017,16
Ulss N. 5 OVEST VICENTINO	4.517,64
Ulss N. 6 VICENZA	20.148,37
Ulss N. 7 PIEVE DI SOLIGO	5.705,23
Ulss N. 8 ASOLO	6.503,47
Ulss N. 9 TREVISO	19.881,66
Ulss N. 10 VENETO ORIENTALE	27.054,90
Ulss N. 12 VENEZIANA	6.853,83
Ulss N. 13 MIRANO	7.178,34
Ulss N. 14 CHIOGGIA	3.711,35
Ulss N. 15 ALTA PADOVANA	7.650,69
Ulss N. 16 PADOVA	16.834,49
Ulss N. 17 ESTE	10.483,53
Ulss N. 18 ROVIGO	6.495,78
Ulss N. 19 ADRIA	4.131,76
Ulss N. 20 VERONA	9.921,03
Ulss N. 21 LEGNAGO	19.837,17
Ulss N. 22 BUSSOLENGO	1.5697,86
Totale	210.137,22

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2362 del 29 dicembre 2011

Mobilità sanitaria interregionale - Accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci. Indicazioni e tetti accordi triennio anni 2007-2009 e anni 2010 e 2011.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

La presente deliberazione definisce aspetti applicativi derivanti dall'accordo quadro tra la Regione Emilia Romagna e la Regione del Veneto per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi cittadini residenti.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'art. 8 sexies, comma 8, del D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.s. m.m. i.i. prevede, per quanto concerne la mobilità sanitaria interregionale, che "le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale".

Gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome hanno più volte affermato la necessità che i contermini stipulino accordi bilaterali specifici in tema di mobilità sanitaria. Infatti, già nella seduta del 4 dicembre 2003 della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, è stato approvato il "Protocollo per gli accordi interregionali per la gestione della mobilità sanitaria nelle aree di confine", al fine di individuare i principi ed i criteri generali sulla base dei quali le regioni confinanti possono formalizzare accordi per disciplinare la mobilità sanitaria e pervenire ad un più razionale utilizzo delle strutture, nonché ad un più efficiente impiego delle risorse.

Il Patto per la Salute 2010-2012 - Intesa Stato-Regione e provincie Autonome del 3/12/2009 rep. atti n. 243 - all'articolo 19 sulla Mobilità Interregionale prevede che: "Per il conseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano, entro tre mesi dall'approvazione della presente Intesa, adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra contermini per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

Sulla base di tali premesse le Regioni del Veneto e dell'Emilia Romagna, tenuto conto dei criteri generali per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale sull'assistenza erogata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza - previsti dalle circolari del Ministero della Salute n. 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, n. 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997 e successive modifiche - e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia regionale per i Servizi Sanitari, hanno stipulato un accordo, deliberato con provvedimento n. 2908 del 18 settembre 2007, per il triennio 2007-2009 e rinnovato con Dgr n. 3582 del 24 novembre 2009, per il triennio 2010-2012.

Oggetto dell'accordo, di cui alla precitata DRG n. 2908/2007, erano le prestazioni sanitarie erogate, in regime di mobilità sanitaria interregionale, dai soggetti pubblici e privati accreditati limitatamente al ricovero ospedaliero (ricoveri ordinari e day hospital) ed alla specialistica ambulatoriale. Il tetto economico stabilito per la reciproca mobilità passiva, nel periodo di validità dell'Accordo, consiste nel dato economico consolidato nell'anno di competenza 2006, per le rispettive due tipologie di prestazioni.

Al fine di mantenere costante il monitoraggio dell'andamento dell'attività sanitaria erogata, le parti hanno attivato uno scambio trimestrale di dati, secondo il tracciato definito dal Testo unico sulla mobilità interregionale, comprensivo dell'importo, con alcune integrazioni per la specialistica ambulatoriale relative alla data di prenotazione, alla modalità d'accesso (urgente-non urgente) ed all'identificazione del medico prescrittore.

Si ricorda che, come definito nell'accordo, "I tetti sono specifici per livello assistenziale e possono essere ammessi trasferimenti di importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività, da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale, a partire da indicazioni regionali"

Al fine del calcolo dei tetti, degli indicatori previsti dall'accordo e delle eventuali correlate penalità derivanti dal superamento degli stessi da parte di ogni singolo erogatore, per il triennio 2007-2009, si conferma quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007.

Con Dgr n. 3582 del 24 novembre 2009 l'accordo è stato rinnovato per gli anni 2010-2011, prendendo in considerazione le prestazioni sanitarie erogate, in regime di mobilità sanitaria interregionale, dai soggetti pubblici e privati accreditati e specificatamente le prestazioni di ricovero ospedaliero (ricoveri ordinari e day hospital) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché l'erogazione di farmaci in regime di somministrazione diretta. Con riferimento a quest'ultima attività, le parti hanno concordato che l'inserimento della stessa ha valore di garanzia e vigilanza.

Atteso che, con riferimento agli anni 2010 e 2011, la Dgr n. 3582/2009 stabilisce, quindi, quale tetto economico del flusso A dei ricoveri e del flusso C della specialistica, per ogni singolo anno, quello rappresentato dal dato dell'accordo consolidato anno 2008 il quale, secondo la succitata Dgr n 2908/2007, si basa sull'attività erogata consolidata dell'anno 2006.

Considerati, altresì, i diversi fattori che possono influire sulla programmazione sanitaria regionale quali, ad esempio, l'entità del fondo Sanitario Nazionale e/o il tasso di inflazione annuale, oltre ad eventuali modifiche dei tariffari nazionali e regionali di riferimento intervenuti, si definisce che il metodo per il calcolo dell'accordo e delle relative penalizzazioni, debba seguire le seguenti indicazioni:

- Anno 2010 = Valore economico dell'attività erogata con-

solidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN). Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).

- Anno 2011 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN). Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).

Riguardo le strutture per le quali l'attivazione è avvenuta in corso d'anno, per il calcolo del tetto viene preso a riferimento il primo anno successivo all'anno di attivazione.

Si ritiene di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale è possibile non irrogare penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna, in quanto, all'interno delle stesse, possono verificarsi situazioni, non programmate o programmabili, comportanti l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato.

Tale franchigia risulta, pertanto, applicabile quando la somma dell'importo del tetto delle prestazioni di ricovero ospedaliero e del tetto di specialistica ambulatoriale è inferiore a euro 55.000,00 (valore sopra il quale viene svolto il 97,5% dell'attività per la Regione Emilia Romagna). Spetta all'Azienda Ulss competente per territorio la verifica della sussistenza di tali situazioni, e conseguentemente procedere o meno all'applicazione di detta franchigia; si specifica ulteriormente che eventuali risparmi rispetto al tetto di spesa per ciascun livello assistenziale non concorrono al calcolo ai fini dell'applicazione della franchigia, e che la stessa non concorre all'innalzamento dei tetti predeterminati.

Per quanto concerne l'anno 2012, un apposito provvedimento definirà le nuove modalità di applicazione dell'accordo con la Regione Emilia Romagna, anche a seguito dell'adozione dei nuovi tariffari di riferimento per le prestazioni sanitarie della Regione del Veneto.

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 33, II comma dello Statuto, il quale da 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 il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8 sexies comma 8;

- Visto il Patto per la Salute 2010-2012 - Intesa S.R. e pr. AA. del 3/12/2009 reparto atti n. 243;

- Vista la Dgr 18 settembre 2007, n. 2908;

- Vista la Dgr 24 novembre 2009, n. 3582;

delibera

1. di confermare quanto riportato nella circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, al fine del calcolo dei tetti e degli indicatori previsti dall'accordo per il triennio 2007-2009, per l'applicazione delle penalità per superamento del tetto da parte del singolo erogatore;

2. di stabilire, per il biennio 2010 e 2011, i tetti di attività di riferimento, al fine dell'applicazione delle penalità:

- Anno 2010 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN); Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).
- Anno 2011 = Valore economico dell'attività erogata consolidata nell'anno 2006 aumentato del 6,09% (incremento del FSN); Per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività fra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si procede facendo riferimento al punto n.4 della circolare n. 535941/50.08.00 del 28/09/2007, integrando l'elenco dei drg in essa riportato (6, 39 e 116) con i Drg per i quali è già stata data la possibilità di erogare le prestazioni anche in regime ambulatoriale (162, 410 e 492).

3. di applicare una franchigia di euro 25.000,00, entro la quale è possibile non irrogare penalizzazioni, a tutte quelle strutture caratterizzate da un'erogazione di prestazioni non significativa verso la Regione Emilia Romagna, in quanto, all'interno delle stesse, possono verificarsi situazioni, non programmate o programmabili, comportanti l'immediato superamento del tetto di spesa predeterminato.

4. di ritenere tale franchigia applicabile quando la somma dell'importo del tetto delle prestazioni di ricovero ospedaliero e del tetto di specialistica ambulatoriale sia inferiore a euro 55.000,00 (valore sopra il quale viene svolto il 97,5% dell'attività per la Regione Emilia Romagna).

5. di incaricare le Aziende Ulss competenti per territorio della verifica della sussistenza delle situazioni di cui al precedente punto 3, e conseguentemente di procedere o meno all'applicazione di detta franchigia;

6. di incaricare l'U.P. Programmazione Risorse Finanziarie SSR dell'esecuzione del presente atto, sentito il parere della U.C. Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata;

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2363 del 29 dicembre 2011

Rimborso alle aziende sanitarie del Veneto degli oneri sostenuti per personale in servizio presso le strutture afferenti alla Segreteria per la Sanità. Impegno di spesa.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Trattasi dei rimborsi alle Aziende Ulss del Veneto degli oneri che sostengono per il personale in posizione di distacco

presso le Direzioni della Segreteria per la Sanità.

Il relatore Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La Giunta regionale del Veneto ha da tempo intrapreso una stretta collaborazione con le singole Aziende Sanitarie per utilizzarne, in posizione di "distacco", il personale di particolare profilo professionale al fine di approfondire l'attività istruttoria svolta dalle Direzioni afferenti la Segreteria regionale per la Sanità che, nel corso degli anni, si è notevolmente ampliata in vari ambiti.

A tale riguardo si possono ricordare:

a) Lo sviluppo della procedura per gli acquisti centralizzati regionali (in adempimento tra l'altro a quanto previsto dagli articoli 26 e 59 rispettivamente della legge 23 dicembre 1999, n. 488 e 23 dicembre 2000, n. 388, nonché nello specifico dalla legge 16 novembre 2001 n. 405 che hanno portato alla definizione con le Dgr n. 3900 del 31/12/2001 e n. 702 del 9 aprile 2002 delle modalità operative e all'approvazione della convenzione con il Ministero dell'Economia e della Finanze - Consip spa;
b) L'implementazione dell'osservatorio dei prezzi regionali di cui alle DD.GG.RR. 3900/2001 e 702/2002;
c) L'intensificazione dell'attività di reporting trimestrale dei bilanci delle Aziende Ulss;
d) Lo sviluppo del sistema informativo;
e) La particolare attenzione alla cura dei rapporti internazionali in seguito al sempre maggiore coinvolgimento che la Regione del Veneto ha assunto in ambito comunitario;
f) L'attività di controllo sulla Scheda di dimissioni ospedaliera;
g) La verifica e monitoraggio dotazioni posti letto ospedalieri;
h) Il monitoraggio dell'attività di ricovero e ambulatoriale.

Il coordinamento tra le singole Direzioni e le Aziende Sanitarie è stato affidato, con le varie deliberazioni di giunta, al Segretario regionale per la Sanità che provvede alla richiesta di componenti specificando i compiti da assegnare in base alle segnalazioni dei Dirigenti Regionali responsabili delle singole Direzioni di afferenza alla Segreteria.

Nel corso del 2006, inoltre, il rapporto di collaborazione fra Segreteria per la Sanità e Aziende Sanitarie si è ulteriormente consolidato con l'approvazione della Dgr 3095 del 3/10/2006 con cui si è autorizzato il distacco di personale dipendente dalle aziende sanitarie alla regione, stabilendo, tra l'altro, di rimborsare direttamente alle aziende sanitarie distaccanti il relativo costo. Inoltre, con successiva Dgr 2315 del 24/07/2007 si è delineata la procedura da seguire in ordine al personale distaccato, sottolineando, tra l'altro, che la Regione provvede a rimborsare alle Aziende Sanitarie di provenienza il trattamento economico globale.

Con la Dgr 2717 del 16/11/2010, si è voluto confermare ed integrare quanto deliberato sulle precedenti Dgr 3095/2006 e 2315/2007, e semplificare le procedure nell'ambito di un trattamento uniforme con quello già previsto per il personale comandato.

Si tratta ora di quantificare gli oneri da rimborsare alle aziende sanitarie per le figure professionali sopra descritte. A tal proposito nell'Allegato A si riporta l'ammontare per singola azienda dei costi che si prevede di sostenere fino al 31/12/2011, calcolata tenendo conto del numero, del profilo e della scadenza degli incarichi affidati alle figure professionali che prestano servizio negli ambiti sopra descritti. Qualora tale quantificazione risultasse non completamente sufficiente, anche in relazione, ad esempio agli aumenti contrattuali ancora in via di definizione ed ai rimborsi delle spese di trasferta per missioni per conto della Regione per partecipazioni ad incontri istituzionali presso i vari Ministeri o Commissioni interregionali, si propone di demandare al dirigente dell'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR l'emanazione di appositi provvedimenti per l'integrazione della spesa.

Con il presente provvedimento si sottopone all'approvazione della Giunta regionale l'Allegato A, che ne forma parte integrante, prevedendo che gli importi in esso riportati vengano impegnati nel corrente esercizio al capitolo 60009 del bilancio di previsione per l'esercizio 2011, demandando a successivi atti del Dirigente dell'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR gli eventuali ulteriori impegni che si rendessero necessari alla luce della presentazione dei rendiconti definitivi da parte delle aziende Ulss, nonché la liquidazione delle competenze spettanti alle singole aziende.

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'art.33, II 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;
- Viste le DD.GG.RR. n. 1764/2001, 3647/2004, 2701/2005, 4038/2005, 4444/2006,
- Vista la Dgr n. 3095 del 3/10/2006;
- Vista la Dgr n. 2315 del 24/07/2007;
- Vista la Dgr n. 2717 del 16/11/2010;

delibera

1. di confermare anche per l'anno 2011, per le motivazioni espresse in premessa che qui si approvano integralmente, l'utilizzo delle figure professionali distaccate dalle singole Aziende Sanitarie alle Direzioni afferenti la Segreteria regionale per la Sanità;
2. di approvare l'Allegato A riportante l'ammontare per singola azienda dei costi che si prevede di sostenere fino al 31/12/2011, calcolati tenendo conto del numero, del profilo e della scadenza degli incarichi affidati alle figure professionali che prestano servizio negli ambiti descritti nelle premesse;
3. di quantificare in Euro 2.600.000,00 l'importo complessivo da rimborsare alle aziende sanitarie per il 2011 relativamente agli oneri che si prevede di sostenere per il personale in servizio presso le strutture della Segreteria per la Sanità;
4. di impegnare l'importo complessivo di Euro 2.600.000,00 sul capitolo 60009 ad oggetto "Quota del Fondo Sanitario regionale - parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti obbiettivo, programmi e azioni programmatiche" del bilancio di previsione 2011 che presenta la dovuta disponibilità;
5. di demandare a successivi decreti del Dirigente dell'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR

la liquidazione degli oneri di cui al punto 3, in base alle rendicontazioni che perverranno al Dirigente dell'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR, dopo l'attenta verifica della Direzione cui presta servizio il distaccato;

6. di demandare al Dirigente dell'Unità di Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR l'espletamento degli adempimenti contabili connessi al presente provvedimento, nonché l'emanazione di appositi provvedimenti per l'integrazione della spesa, qualora la quantificazione di cui alle premesse risultasse non completamente sufficiente a coprire la spesa, anche con riferimento all'esercizio 2011, degli oneri correlati agli aumenti dei C.C.N.L, nonché le spese di trasferta per missioni per conto della Regione per partecipazioni ad incontri istituzionali presso i vari Ministeri o Commissioni interregionali:

7. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

Allegato A

Aziende ULSS ed OSPEDALIERE	Importo 2011
ULSS n. 1 - Belluno	79.000,00
ULSS n. 2 - Feltre	6.000,00
ULSS n. 4 - Thiene	290.000,00
ULSS n. 5 - Arzignano	593.000,00
ULSS n. 6 - Vicenza	80.000,00
ULSS n. 7 - P. di Soligo	55.000,00
ULSS n. 8 - Asolo	190.000,00
ULSS n. 9 - Treviso	120.000,00
ULSS n. 10 - San Donà	95.000,00
ULSS n. 12 - Veneziana	330.000,00
ULSS n. 13 - Mirano	60.000,00
ULSS n. 14 - Chioggia	40.000,00
ULSS n. 15 - Cittadella	50.000,00
ULSS n. 16 - Padova	136.000,00
ULSS n. 17 - Este	65.000,00
ULSS n. 18 - Rovigo	30.000,00
ULSS n. 20 - Verona	150.000,00
Az. Osped.Universitaria Integrata di Verona	10.000,00
Az. Osped. Padova	111.000,00
Istituto Zooprofilattico Sperimentale Venezie	110.000,00
Totale	**2.600.000,00**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2364 del 29 dicembre 2011

"Sviluppo del sistema regionale e del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente" - riorganizzazione del modello per la gestione della sicurezza del paziente nel SSR - istituzione del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" presso l' Agenzia regionale Socio Sanitaria con decorrenza 1.1.2012.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Il provvedimento rimodula la strutturazione organizzativa in materia di gestione della sicurezza del paziente (D.G.R.V. n. 4445/2006, n. 1831/2008, n. 2905/2009) anche alla luce della D.G.R.V. n. 573 del 10 maggio 2011 di adozione delle "Linee guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle Aziende ULSS del Servizio Sanitario Regionale" che ha posto in capo alle aziende del SSR la competenza alla liquidazione dei sinistri entro la somma di € 500.000,00.

L'assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Servizio Sanitario regionale assicura al cittadino prestazioni di elevata complessità e specializzazione che, come tali, possono esporre in modo significativo il sistema stesso al rischio di eventi avversi, parte dei quali prevenibili.

Per tale motivo, la Regione del Veneto ha adottato una serie di azioni tese ad identificare e prevenire gli eventi avversi oltre a ridurre le loro conseguenze promuovendo, inoltre, un graduale cambiamento culturale tra gli operatori del settore, in modo che, sia gli eventi avversi che gli "eventi potenzialmente pericolosi" siano analizzati sistematicamente e considerati un'opportunità di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze determinanti tali accadimenti.

Nell'ottica di un progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza - dipendente dall'interazione di molteplici componenti che agiscono nel sistema - si è data primaria importanza alla sicurezza del paziente, intesa quale adozione di tecniche di governo clinico volte all'analisi e alla prevenzione di eventi avversi e la promozione della cultura della sicurezza nelle aziende del SSR; la gestione della sicurezza implica l'analisi e lo sviluppo di due aspetti del sistema:

- la prevenzione del rischio in quanto fatto oggettivo;
- la gestione del contenzioso fra cittadini e S.S.S.R.

In relazione alle determinazioni assunte in tema di prevenzione del rischio, si ricordano i seguenti provvedimenti:

- DgrV. n. 4445/2006 recante l'"Istituzione del Coordinamento regionale per la Sicurezza del Paziente";
- DgrV. n. 1831/2008 di "Attuazione della DgrV. n. 4445 del 28.12.2006. Adozione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario del Veneto. Lr 16.8.2002, n. 22: integrazione dei requisiti di accreditamento delle strutture approvati con DgrV. n. 6.8.2004, n. 2501 e successive modifiche";
- DgrV. n. 2905/2009 intitolata "DgrV. n. 4532 del 28.12.2007 e DgrV. n. 448 del 24.2.2009. Istituzione del Programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente/sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente".

I criteri e le finalità di tali atti deliberativi prevedono:

- il coordinamento a livello regionale di tutte le informazioni relative alla sinistrosità e ai contenziosi di natura sanitaria verificatisi a livello delle strutture pubbliche e private accreditate, l'elaborazione di piani, programmi, raccomandazioni, linee guida, sia con modalità proprie che in collaborazione con le strutture pubbliche e private, sia in adesione a programmi di prevenzione del rischio promossi a livello nazionale;
- lo sviluppo a livello di singole Aziende sanitarie pubbliche e di strutture private accreditate di metodologie attinenti le "buone pratiche" con l'implementazione di strumenti di prevenzione, analisi e controllo, volte a ridurre il rischio ed aumentare gli standard di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria, affidando la gestione operativa del sistema sicurezza a livello locale ai Referenti Aziendali nominati dai rispettivi Direttori Generali nelle strutture pubbliche, e dai Responsabili degli Enti Sanitari Accreditati in quelle private e affidando, altresì, a un referente regionale uno specifico programma di prevenzione del rischio clinico con responsabilità di gestione ed attuazione del programma stesso;
- l'inserimento nel sistema informativo regionale di un programma "dedicato" per la gestione della sicurezza e per il monitoraggio di Eventi Sentinella, Sinistri, Eventi Avversi, "Quasi Eventi", Reclami e l'adesione contestuale al programma SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità), come prescritto a seguito dell'Accordo Stato - Regioni, dal Dm 11.12.2009; integrando tale flusso informativo sia con altri flussi già esistenti e strutturati, (SDO, Schede di morte, infezioni ospedaliere, reazioni avverse da farmaci e trasfusioni, trapianti, segnalazioni dispositivi), sia con nuovi flussi informativi (contenzioso giudiziario ed extra−giudiziario, dati strutturali, tecnologici ed organizzativi inerenti i processi di accreditamento istituzionale);
- l'attuazione di piani di formazione dei Responsabili delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente a livello locale e degli altri componenti dei Comitati Esecutivi delle singole Strutture pubbliche e private.

Per quanto attiene, invece, alla gestione del contenzioso sanitario, si devono ricordare i provvedimenti di seguito esposti:

- DgrV. n. 573/2011 di "Approvazione di Linee Guida per la gestione diretta, da parte delle Aziende Ulss e d Ospedaliere della Regione del Veneto, dei sinistri di responsabilità civile verso terzi" con la quale è stato delineato il nuovo sistema operativo di trattamento degli eventi di danno, affidandone la titolarità in capo alle Aziende sanitarie, prevedendo il trasferimento al mercato assicurativo ai sinistri catastrofali - eventi con stima di danno superiore a € 500.000,00 - in adesione alla ratio sottesa alla L. R. n. 15/2009;
- DgrV. n. 875/2011 intitolata "DgrV. n. 573/2011 - gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi da parte delle Aziende Ulss ed Ospedaliere della Regione del Veneto - nomina Gruppo Tecnico di Lavoro", provvedimento che costituisce il Gruppo Tecnico di Lavoro a supporto delle Aziende Sanitarie venete coinvolte nei procedimenti amministrativi per la gestione diretta dei sinistri e la liquidazione del danno;
- DgrV. n. 1020/2011 intitolata "DgrV. n. 573/2011. Avvio del nuovo modello gestionale nell'Azienda Ospedaliera e nelle Aziende sanitarie della Provincia di Padova e Rovigo

a far data dal 1° gennaio 2012 e contestuale istituzione di un gruppo di monitoraggio. Differimento dell'entrata in vigore del modello gestionale su scala regionale a far data dal 1° gennaio 2013" con la quale sono stati differiti i termini di inizio della sperimentazione al 1.1.2012 per l'area padovana e rodigina.

A seguito dell'introduzione nel sistema sanitario regionale della precitata gestione diretta dei sinistri da parte delle Aziende Sanitarie, secondo il modello delineato dalle linee guida citate (DgrV. n. 573/2011) e delle diverse iniziative regionali fino ad oggi intraprese in tema di gestione della sicurezza del paziente, (DgrV. n. 4445/2006, 1831/2008, 2905/2009), si rende necessario ristrutturare e riorganizzare il modello regionale per la sicurezza del paziente, ricomponendo in una articolazione unica e coerente la gestione del rischio clinico a livello regionale, al fine di garantire maggiore efficacia nella gestione dell'informazione - nella raccolta e di analisi dei dati - e nelle iniziative volte al miglioramento delle procedure, dei comportamenti e dei livelli di prevenzione di eventi avversi, sinistri e più in generale, in tutte le situazioni di potenziale rischio.

In base a quanto sopra esposto e alla luce dell'evoluzione normativa e organizzativa del sistema, appare opportuna anche una nuova definizione del Coordinamento regionale per la Sicurezza del Paziente, articolando la composizione come di seguito indicato:

- il Segretario per la Sanità, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
- il Direttore dell'Agenzia regionale Socio Sanitaria (ARSS) o suo delegato;
- il Responsabile del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" di cui infra;
- il Responsabile dell'ufficio coordinamento e monitoraggio della Regione Veneto per la gestione dei sinistri;
- tre Direttori generali o loro delegati;
- due Dirigenti Regionali

rimodulando, inoltre, le competenze del Coordinamento in parola come segue:

a) definizione del piano annuale delle azioni per l'implementazione delle strategie e degli obiettivi per la sicurezza del paziente nel Servizio Socio Sanitario regionale, ivi comprese le attività di formazione, individuando, per le singole azioni, le Direzioni e le Strutture coinvolte;
b) monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della sicurezza del paziente poste in essere dalle Aziende Sanitarie;
c) approvazione della relazione annuale sull'attività svolta da presentare alla Giunta;
d) coordinamento e collaborazione con gli Uffici Sinistri provinciali istituiti con DgrV. n. 573/2011 e con il Gruppo Tecnico di Lavoro istituito con DgrV. n. 875/2011;
e) promozione di azioni di confronto con i rappresentanti dei cittadini, le Associazioni Scientifiche e i rappresentanti dell'Industria Sanitaria Farmaceutica.

Si propone di fissare la sede operativa del Coordinamento presso l'ARSS, demandando a quest'ultima, oltre al compito di supporto organizzativo, anche lo svolgimento delle attività di analisi tecnico-operative.

In relazione a quanto previsto dalla DgrV. n. 1831/2008, preso atto che la DgrV. n. 573/2011 ha istituito l'Ufficio Sinistri, Aziendale e provinciale, strutture che di fatto assorbono le funzioni del Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri, al fine di armonizzare le attività demandate al "modello organizzativo aziendale" con la nuova articolazione della gestione della sicurezza del paziente, si ritiene di proporre la riconfigurazione del predetto Ufficio con la presenza delle seguenti professionalità:

- il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente;
- il Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente.

Ai fini di una maggior sintesi operativa, si ritiene inoltre opportuno istituire presso l'ARSS - con decorrenza dal 1.1.2012, in posizione di staff al Direttore dell'Agenzia - il "Centro regionale per la sicurezza del paziente", struttura che si propone di incaricare della realizzazione del programma regionale concernente lo "sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente/sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente" di cui alla DgrV. n. 2905/2009, aggiornando i contenuti sulla base della nuova strategia regionale in tema di sicurezza.

Al precitato Centro si propone di affidate le seguenti funzioni:

a) coordinamento dei responsabili aziendali per la gestione della sicurezza del paziente;
b) coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici su indicazione del Coordinamento regionale e del Responsabile del Centro regionale per la Sicurezza del Paziente, formati da responsabili di strutture pubbliche e private accreditate, con la possibilità di emanare linee guida e "raccomandazioni" finalizzate alla riduzione del rischio clinico;
c) gestione del flusso informativo sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, sinistri - Flussi SIMES - incident report, quasi eventi, reclami), avvalendosi del supporto tecnico degli uffici del Sistema informativo socio-sanitario, in adempimento degli obblighi previsti di comunicazione dei dati al Ministero nel settore di competenza, coordinandosi con gli altri flussi già presenti e attivi come previsto dalla DgrV. n. 4445/2006;
d) promozione degli audit regionali di cui alla dalla DgrV. n.1831/2008;
e) formazione dai soggetti coinvolti nelle gestione del rischio clinico e del contenzioso, in collaborazione con l'Unità per lo Sviluppo della Qualità dell'ARSS.

La definizione della struttura organizzativa del Centro sarà effettuata con decreto del Direttore dell'ARSS mentre, quanto alla nomina del Responsabile del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" la stessa, su proposta del direttore dell'ARSS, viene rinviata a successivo provvedimento di Giunta; relativamente al contratto di collaborazione siglato in data 24.2.2010, registrato al rep. n. 126/2010 dall'Azienda Ulss 18, già sede operativa per lo sviluppo del programma in parola, resta ferma la durata e la responsabilità del progetto come affidate con la DgrV. n. 2905/2009 e si autorizza la precitata Azienda sanitaria a procedere alla cessione del precitato contratto all'ARSS, con subingresso di quest'ultima nelle obbligazioni a far data dal 1.1.2012.

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'art. 33, secondo 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 Lr n. 15 del 31.7.2009;

Viste le DgrV. n. 4445/2006, n. 1831/2008, n. 2905/2009, n. 573/2011, n. 1020/2011;

Visto il contratto di collaborazione registrato dall'Ulss n. 18 al repertorio n. 126/2010

delibera

1. di rideterminare, in parziale riforma della DgrV. n. 4445/2006, la composizione del "Coordinamento regionale per la sicurezza del paziente" che, per l'effetto, risulta come di seguito indicato:
- il Segretario per la Sanità, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
- il Direttore dell'Agenzia regionale Socio Sanitaria (ARSS) o suo delegato;
- il Responsabile del "Centro regionale per la sicurezza del paziente";
- il Responsabile dell'ufficio coordinamento e monitoraggio della Regione Veneto per la gestione dei sinistri;
- tre Direttori generali o loro delegati;
- due Dirigenti Regionali;

2. di conferire al precitato "Coordinamento regionale per la sicurezza del paziente" le funzioni come di seguito indicate:
a. definizione del piano annuale delle azioni per l'implementazione delle strategie e degli obiettivi per la sicurezza del paziente nel Servizio Socio Sanitario regionale, ivi comprese le attività di formazione, individuando - per le singole azioni - le Direzioni e le Strutture coinvolte;
b. monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della sicurezza del paziente poste in essere dalle aziende sanitarie;
c. approvazione della relazione annuale sull'attività svolta da presentare alla Giunta;
d. coordinamento e collaborazione con gli Uffici Sinistri provinciali istituiti con D.R.G.V. n. 573/2011 e con il Gruppo Tecnico di Lavoro istituito con D.R.G.V. n. 875/2011;
e. promozione di azioni di confronto con i rappresentanti dei cittadini, le Associazioni Scientifiche e i rappresentanti dell'Industria Sanitaria Farmaceutica;

3. di rideterminare, a parziale rettifica della DgrV. n. 1831/2008, la composizione del "Modello organizzativo aziendale" per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema Socio-Sanitario regionale del Veneto, con la presenza delle seguenti professionalità:
- il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente;
- il Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente;

4. di istituire presso l'Agenzia Socio Sanitaria del Veneto (ARSS) - con decorrenza 1.1.2012 in posizione di staff al Direttore - il "Centro regionale per la sicurezza del paziente" attribuendo allo stesso le seguenti funzioni di:
a. coordinamento dei responsabili aziendali per la gestione della sicurezza del paziente;
b. coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici su indicazione del Coordinamento regionale e del Responsabile del Centro regionale per la Sicurezza del Paziente, formati da responsabili di strutture pubbliche e private accreditate, con la possibilità di emanare linee guida e "raccomandazioni" finalizzate alla riduzione del rischio clinico;
c. gestione del flusso informativo sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, sinistri - Flussi SIMES - incident report, quasi eventi, reclami), avvalendosi del supporto tecnico degli uffici del Sistema informativo socio-sanitario, in adempimento degli obblighi previsti di comunicazione dei dati al Ministero nel settore di competenza, coordinandosi con gli altri flussi già presenti e attivi come previsto dalla DgrV. n. 4445/2006;
d. promozione degli audit regionali di cui alla dalla DgrV. n. 1831/2008;
e. formazione dei soggetti coinvolti nelle gestione del rischio clinico e del contenzioso, in collaborazione con l'Unità per lo Sviluppo della Qualità dell'ARSS;

5. di affidare al "Centro Sicurezza del Paziente", la realizzazione del programma regionale concernente lo "sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente/sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente" di cui alla DgrV. n. 2905/2009 per il conseguimento degli obiettivi e delle attività di cui all'allegato A) del provvedimento in parola, trasferendo dal 1.1.2012 la sede operativa per la realizzazione del programma de qua dall'Azienda Ulss n. 18 di Rovigo all'Agenzia regionale Socio Sanitaria (ARSS) assicurando a quest'ultima, per l'esercizio 2012, i finanziamenti necessari a garantire l'operatività del summenzionato Centro;

6. di riconoscere alla Giunta regionale la competenza alla nomina del responsabile del "Centro regionale per la sicurezza del paziente", su proposta del Segretario regionale, confermando - per la durata residua del contratto di collaborazione siglato in data 24.2.2010 e registrato dall'Azienda Ulss n. 18 al rep. n. 126/2010 - le responsabilità del progetto conferite con la DgrV. n. 2905/2009, autorizzando l'Azienda precitata alla cessione del contratto in parola all'ARSS, con subingresso di quest'ultima nei rapporti obbligatori a far data dal 1.1.2012;

7. di demandare a successivo decreto del Direttore dell'ARSS la definizione della struttura organizzativa del "Centro regionale per la sicurezza del paziente";

8. di abrogare ogni precedente disposizione o provvedimento in contrasto con le determinazioni di cui alla presente deliberazione;

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2366 del 29 dicembre 2011

Approvazione Piani di Attività 2011 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico regionale e ai Registri di patologia.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con la presente deliberazione si provvede ad approvare i Piani di Attività e di spesa presentati dalle strutture regionali di

cui alla Dgr 14/11 (Coordinamenti, S.E.R. e Registri). Inoltre, poiché nell'anno di avvio della riorganizzazione del "sistema centri" sono state svolte attività e sostenute spese sia dalle Aziende Ulss ed Ospedaliere dove sono sorti i Coordinamenti, sia dalle Aziende individuate nella Dgr 14/11 come nuove referenti per la gestione economico-finanziaria, con il presente atto si individuano le quote di finanziamento a carico di entrambe le tipologie di Aziende, rimanendo invariato l'importo complessivo determinato dalla deliberazione n. 1099/11.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con deliberazione n. 14 del 11 gennaio 2011 "Nuove disposizioni in materia di Coordinamenti, Programmi, Registri e Centri regionali specializzati. - Dgr n. 4532 del 28 febbraio 2007, Dgr n. 448 del 24 febbraio 2009 e Dgr n. 268 del 9 febbraio 2010" si sono definite le modalità di riorganizzazione dei Coordinamenti, Programmi, Registri e Centri regionali specializzati; definendo il ruolo e i compiti di tali Strutture in conformità alla programmazione regionale in materia. Nella stessa delibera è stato stabilito che la Giunta approva annualmente i Piani d'attività dei coordinamenti.

L'Allegato A, della deliberazione sopra citata, ossia il "Piano per razionalizzare il vigente contesto regionale rappresentato dai Coordinamenti, Programmi, Registri e Centri specializzati", ha indicato, tra l'altro, che il "sistema centri" risulta articolato nelle seguenti categorie:

1) Coordinamenti e Programmi regionali. All'interno di questa Categoria sono stati definiti otto Coordinamenti (precisando che al coordinamento regionale per le malattie rare afferiscono due registri di patologia) e si è indicato per ognuno l'Azienda Ulss o Ospedaliera cui viene affidata la Gestione economico finanziaria;
2) Sistema Epidemiologico regionale (S.E.R.). Struttura autonoma a cui afferiscono cinque registri di patologia, con gestione economico finanziaria affidata all'Azienda Ulss 4 Alto Vicentino;
3) Il Registro regionale della Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare, la cui gestione economico finanziaria è attribuita all'Azienda Ospedaliera di Padova;
4) I Centri Specializzati Regionali. Vengono definiti come strutture che svolgono attività di rilevanza clinica, di ricerca e di supporto alle reti cliniche definite nel Piano SSR, collocati all'interno di strutture Aziendali e riconosciuti, ma non finanziati, dalla Regione.

Al fine di avviare l'attuazione del piano di razionalizzazione disposto dalla Dgr 14/11, si è successivamente proceduto con le seguenti attività:

1) si sono poste le "Linee di indirizzo per la gestione degli aspetti economico finanziari relativi ai Coordinamenti e Programmi regionali, al S.E.R. e ai Registri" cui devono attenersi le Aziende Ulss ed Ospedaliere responsabili della gestione economico-finanziaria di una o più "Strutture Regionali" (vedasi nota del Segretario regionale alla Sanità del 14 febbraio 2011);
2) è stata effettuata, ai fini della riorganizzazione complessiva del sistema la ricognizione delle risorse assegnate con precedenti provvedimenti regionali a ciascuna Struttura (Coordinamenti, Registri e S.E.R.). Per quanto attiene le risorse umane è stata effettuata l'analisi della tipologia dei rapporti in essere (rapporti di lavoro a tempo determinato ed indeterminato, collaborazioni coordinate e continuative, borse di studio, ecc.) ai fini di un razionale ed ottimale utilizzo delle risorse stesse;
3) sono stati nominati, con decreti del Segretario regionale alla Sanità, i responsabili tecnico-scientifici di ciascun Coordinamento, del S.E.R. e del Registro della Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare ed individuate le Direzioni e le Unità Regionali di riferimento di tali strutture regionali;
4) con deliberazione n. 1099/11 è stata stabilita, tra l'altro, l'assegnazione finanziamenti per l'anno d'attività 2011 alle Strutture Regionali di cui alla Dgr 14 del 11 gennaio 2011 (Coordinamenti, S.E.R. e Registri), così come risulta in Allegato A della Dgr 1099/11; delegando le varie Direzioni regionali, a cui i Coordinamenti afferiscono, a provvedere all'impegno e alla liquidazione degli importi assegnati in deliberazione.

Le Direzioni/Unità di progetto/Unità complesse regionali di riferimento per i Coordinamenti, il S.E.R. ed i Registri di patologia, hanno provveduto, pertanto, ad avviare la riorganizzazione e a chiedere i piani di attività e di spesa dei coordinamenti ad esse afferenti.

In particolare, in questo primo anno di attuazione del Piano di riorganizzazione di cui alla Dgr 14/11, per i coordinamenti la cui gestione economico-finanziaria è stata trasferita ad altra Azienda sanitaria, per assicurare la prosecuzione delle attività ed il buon funzionamento dei Coordinamenti stessi, le Aziende che erano originariamente referenti per la gestione economico-finanziaria, al fine di non causare interruzioni hanno garantito la continuità della gestione per quanto riguarda la maggior parte delle attività delle strutture stesse. Mentre le nuove Aziende responsabili, della successiva gestione economico-finanziaria dei Coordinamenti, S.E.R. e Registri sono intervenute solo per limitate fasi della gestione, anche in conseguenza al fatto che l'assegnazione dei budget per le attività dei coordinamenti regionali è avvenuta solo a fine luglio con deliberazione n. 1099/11.

Conseguentemente nel corso del 2011 si è avuta una gestione economico-finanziaria dei Coordinamenti congiunta e concordata fra la Regione del Veneto, le Aziende in cui originariamente sono sorti i coordinamenti e le Aziende a cui, a regime, sarà trasferita la responsabilità economico-finanziaria dei coordinamenti stessi.

Considerato quanto sopra descritto, si propone pertanto con la presente deliberazione di:

- approvare i Piani di Attività dei Coordinamenti, del S.E.R. e dei Registri di patologia di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- procedere in base ai Piani d'Attività di cui all'Allegato A e compatibilmente con le disponibilità del Bilancio regionale di previsione per l'anno 2011 relative ai Coordinamenti, S.E.R. e Registri alla definizione delle singole quote di finanziamento afferenti alle aziende competenti di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che va a sostituire quanto previsto nell'Allegato A di cui alla Deliberazione 1099/11, non comportando ulteriori spese;

- dare atto che per i seguenti Coordinamenti e Registri regionali non si procede con il presente atto all'assegnazione delle quote di finanziamento e per i primi due neppure all'approvazione del Piano Attività per i seguenti motivi:

a) per il Coordinamento regionale per le malattie rare ed i Registri che ad esso afferiscono, all'approvazione del piano di attività e al relativo impegno di spesa si è provveduto su

base triennale attraverso la Dgr 3576/10 (vedasi Allegato A punto e);

b) per il Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria si è provveduto all'approvazione di un programma triennale d'attività nel 2010 e con Decreto della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 223/2011 si è provveduto all'impegno di spesa in conformità a quanto stabilito nella Deliberazione n. 1099/11;

c) all'impegno relativo al Registro regionale Veneto dei Casi di Mesotelioma Asbesto correlati ha già provveduto la Direzione regionale per la Prevenzione, sulla base del Piano regionale per la Prevenzione di cui alla DgrV 3139/10;

d) all'impegno relativo al Coordinamento regionale sul farmaco è già stato provveduto con Decreto della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 89 del 1/04/2011;

e) all'impegno relativo al Coordinamento regionale Emergenza ed Urgenza (CREU) è già stato provveduto con decreto n. 211 del 14/09/2011 della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;

f) all'impegno relativo al Coordinamento regionale Trapianti (CRT) è già stato provveduto con Decreto n. 214 del 21/09/2011 della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;

g) per il Coordinamento regionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR) la Direzione regionale per la Prevenzione ha già provveduto agli impegni di spesa relativi al Coordinamento e ai vari progetti finanziati dal Ministero in base a quanto stabilito nella convenzione triennale di cui alla Dgr 524/10 e ai successivi provvedimenti attuativi;

- incaricare i Dirigenti regionali, delle Direzioni/Unità di Progetto/Unità complessa, indicati nella colonna 5 dell'Allegato B, all'adozione di ogni ulteriore atto volto alla miglior realizzazione dei Piani di Attività dei Coordinamenti di cui all'Allegato A e al miglior raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla presente deliberazione;

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'art. 33, 2° 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 legislazione regionale e statale;

Vista la Lr n. 39 del 29/11/2001;

Vista la Lr n. 1 del 7/01/2011;

Visto il bilancio di previsione per l'esercizio 2011, Lr n. 8 del 18/03/2011;

Vista la Dgr n. 2013 del 27/07/2001;

Vista la Dgr n. 2763 del 22/09/2009;

Vista la Dgr n. 524 del 2/03/2010;

Vista la Dgr n. 3139 del 14/12/2010;

Vista la Dgr n. 3576 del 30/12/2010;

Vista la Dgr n. 14 del 11/01/2011;

Vista la Dgr n. 1099 del 26/07/2011;

Visto il Ddr n. 89/2011;

Visto il Ddr n. 211/2011;

Visto il Ddr n. 214/2011;

Visto il Ddr n. 223/2011;

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante del presente provvedimento;

2. di approvare i Piani di Attività dei Coordinamenti, del S.E.R. e dei Registri di patologia di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di approvare l'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che va a sostituire l'Allegato A della Dgr 1099/2011 e conseguentemente ad assegnare (in base ai Piani d'Attività di cui all'Allegato A e compatibilmente con le disponibilità del Bilancio regionale di previsione per l'anno 2011 relative ai Coordinamenti, S.E.R. e Registri di patologia) per le attività di ciascuna "Struttura regionale" (CREU, CRAT, S.E.R., ecc.) di cui alla colonna 1, a favore dei "Beneficiari - Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera responsabile della gestione economico - finanziaria" di cui alla colonna 2, le singole quote di finanziamento indicate nella colonna 3 dell'Allegato B stesso;

4. di determinare negli importi indicati nella colonna 3 dell'Allegato B, avente per totale € 1.334.828,44 le obbligazioni di spesa alla cui assunzione provvederanno con propri atti i Dirigenti regionali, delle Direzioni/Unità di Progetto/Unità complessa, indicati nella colonna 5 dell'Allegato B, disponendo la copertura finanziaria a carico dei fondi stanziati sui capitoli del bilancio 2011 indicati in colonna 4 dello stesso Allegato B;

5. di dare atto che per i seguenti Coordinamenti e Registri regionali non si procede con il presente atto all'assegnazione delle quote di finanziamento e per i primi due neppure all'approvazione del Piano Attività per i seguenti motivi:

a) per il Coordinamento regionale per le malattie rare ed i Registri che ad esso afferiscono, all'approvazione del piano di attività e al relativo impegno di spesa si è provveduto su base triennale attraverso la Dgr 3576/10 (vedasi Allegato A punto e);

b) per il Coordinamento regionale per la medicina convenzionata di assistenza primaria si è provveduto all'approvazione di un programma triennale d'attività nel 2010 e con Decreto della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 223/2011 si è provveduto all'impegno di spesa in conformità a quanto stabilito nella Deliberazione n. 1099/11;

c) all'impegno relativo al Registro regionale Veneto dei Casi di Mesotelioma Asbesto correlati ha già provveduto la Direzione regionale per la Prevenzione, sulla base del Piano regionale per la Prevenzione di cui alla DgrV 3139/10;

d) all'impegno relativo al Coordinamento regionale sul farmaco è già stato provveduto con Decreto della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 89 del 1/04/2011;

e) all'impegno relativo al Coordinamento regionale Emergenza ed Urgenza (CREU) è già stato provveduto con decreto n. 211 del 14/09/2011 della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;

f) all'impegno relativo al Coordinamento regionale Trapianti (CRT) è già stato provveduto con decreto n. 214 del 21/09/2011 della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;

g) per il Coordinamento regionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR) la Direzione regionale per la Prevenzione ha già provveduto agli impegni di spesa relativi al Coordinamento e ai vari progetti finanziati dal Ministero in base a quanto stabilito nella convenzione triennale di cui alla Dgr 524/10 e ai successivi provvedimenti attuativi;

6. di incaricare i Dirigenti regionali, delle Direzioni/Unità di Progetto/Unità complessa, indicati nella colonna 5 dell'Allegato B, all'adozione di ogni ulteriore atto volto alla miglior realizzazione dei Piani di Attività dei Coordinamenti di cui all'Allegato A e al miglior raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla presente deliberazione;

7. di dare atto che la presente deliberazione è attuazione di quanto previsto nelle deliberazioni n. 14/2011 e n. 1099/2011;

8. di dare atto che la spesa di cui si avvia la procedura d'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

Allegato A

Piani di attività 2011 dei coordinamenti, del sistema epidemiologico regionale e dei registri di patologia

Indice

1) CRT - Coordinamento Regionale per Trapianti
2) Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare
3) Coordinamento Controlli Sanitari Appropriatezza e liste di attesa
4) CRAT - Coordinamento Refgionale per le Attività
5) SER - Sistema Epidemiologico Regionale
6) RTV - Registro Tumori del Veneto
7) Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite
8) RVDT - Registro Veneto Dialisi e Trapianto
9) Registro Regionale Veneto dei casi di Mesotelioma Asbesto Correlati
10) Coordinamento Regionale sul Farmaco
11) CREU - Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza
12) CCMR - Coordinamento Regionale per la Prevenzione ed il controllo malattie

Struttura: CRT - Coordinamento Regionale per Trapianti

Piano di Attività Anno 2011

Attività attinenti agli Organi

Attività n. 1: Monitoraggio pazienti con cerebrolesione acuta ricoverati in Terapia Intensiva

Il potenziale donatore di organi è un soggetto in cui la morte viene diagnosticata attraverso l'applicazione dei criteri neurologici (L 578/93) e quindi su soggetti affetti da lesione cerebrale acuta ricoverati presso le terapie intensive. Risulta quindi fondamentale ai fini dell'individuazione dei potenziali donatori di organi monitorare tutti i pazienti affetti da tale patologia ricoverati presso le terapie intensive. Compito del CRT è la verifica dell'inserimento dei dati riassuntivi mensili nell'apposita scheda monitoraggio da parte delle terapie intensive; la verifica corrispondenza tra i dati mensili dichiarati e le schede individuali inserite nel registro dei cerebrolesi; il supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati, ed infine, la trasmissione completa al SIT (Sistema Informativo Nazionale), come debito informativo del Sistema Regionale Trapianti (SRT) al CNT per i report trimestrali ufficiali.

Indicatore a)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. schede inserite di cerebrolesi deceduti in T.I.}}{\text{totale cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: trimestrale

Attività n. 2: Procurement di organi

Una volta effettuato il monitoraggio dei cerebrolesi è necessario identificare quanti di questi possono diventare potenziali donatori di organi e quanti "effettivamente"lo diventano. È infatti necessario valutare l'idoneità alla donazione ed ottenere la non opposizione alla stessa. Gli indicatori di seguito elencati sono quelli forniti dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e condivisi a livello nazionale.

Indicatore: a) Procurement 2

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. accertamenti AMC*}}{\text{n. cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 20% e 40%
Tempi: calcolo annuale

Indicatore: b) Procurement 1

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. donatori effettivi**}}{\text{n. cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 15% e 25%
Tempi: calcolo annuale

** AMC: accertamento di morte con criteri neurologici
* donatore da cui viene prelevato almeno un organo a scopo di trapianto

Indicatore: c) di qualità

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. donatori effettivi*}}{\text{n. accertamenti AMC**}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 30% e 70%
Tempi: calcolo annuale

(L'ampiezza dell'intervallo è dovuta alla tipologia di ospedale ed alla presenza o meno della Neurochirurgia nella struttura stessa)

Indicatore: d) % opposizione alla donazione di organi

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. di opposizioni alla donazione}}{\text{n. totale di colloqui a scopo di donazione}}$$

Risultato atteso: confronto con la media opposizioni nazionale
Tempi: calcolo annuale

Attività n. 3: Monitoraggio inserimento dati donatori di organi nel Donor Manager (DM)

Il "Donor Manager" è il programma informatico del SRT, il cui impiego ha come finalità sia la tracciabilità dell'intero processo donazione-trapianto sia lo scambio di informazioni relative al processo tra i vari componenti della rete (CNT, NITp, Banche Tessuti, ecc). Il CRT verifica l'apertura della scheda per la generazione codice SIT in fase di accertamento di morte; fornisce supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati; verifica la completezza dei dati per consentire una corretta allocazione degli organi da parte del NITp, ed infine archivia la scheda con trasmissione completa al SIT.

Indicatore a)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n schede con codice SIT generato}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: ad ogni evento

Indicatore b)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n schede senza segnalazione di errore}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: calcolo trimestrale

Attività n. 4: Supporto attività Coordinamenti Locali (CL) per i processi di donazione

Il CRT svolge un ruolo di supervisione su tutti gli accertamenti di morte con criteri neurologici. In particolare i CL devono comunicazione al CRT l'inizio dell'ACM; la volontà in merito alla donazione; l'eventuale orario di sala operatoria e l'eventuale allocazione degli organi. In caso sia necessario attivare i Servizi di II Livello Regionali devono darne pronta comunicazione al CRT che si attiva in tal senso. I CL fanno riferimento al CRT anche per la risoluzione di problematiche organizzative, quali ad esempio trasporti.

Indicatore a) reperibilità regionale h24/365 giorni/a

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{attivazione reperibilità regionale}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: ad ogni evento

Attività attinenti ai Tessuti

Attività n. 5: Monitoraggio inserimento dati donatori di tessuti sia a cuore fermo che da vivente nel Donor Manager (DM)

Compito del CRT è la verifica dell'apertura della scheda per la generazione codice SIT per ogni donazione di tessuti; il supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati; la verifica della completezza dei dati per consentire la piena tracciabilità dei tessuti e "l'accettazione" della donazione da parte delle Banche, nei giorni successivi alla donazione (passaggio indispensabile per la distribuzione per trapianto); la verifica dell'archiviazione della scheda con trasmissione completa al SIT, ed infine la verifica dell'allineamento dei dati tra archivio SRT, archivi delle tre banche tessuti, archivio SIT.

Indicatore a)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n schede con codice SIT generato (per tipologia di tessuto)}}{\text{Totale numero donazioni effettive}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: calcolo trimestrale

Indicatore b)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n schede con codice SIT generato archiviate}}{\text{Totale numero donazioni effettive}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: calcolo trimestrale

Attività n. 6: Monitoraggio andamento attività di procurement di tessuti

Il CRT periodicamente valuta il numero complessivo delle donazioni suddivise per tipologia. Nel caso si ravvisassero delle riduzioni di attività ne verifica le cause e concorda con gli attori coinvolti eventuali correttivi.

Indicatore: a) Procurement tessuti

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n. donatori procurati per tipologia di tessuto}}{\text{n. potenziali donatori per tipologia di tessuto}}$$

Risultato atteso: non inferiore del 5% rispetto anno precedente
Tempi: calcolo trimestrale

Attività n. 7: Aggiornamento e monitoraggio delle liste d'attesa per trapianto d'organo nei centri trapianti veneti

Tra i compiti del CRT c'è la rilevazione dei pazienti inseriti in lista d'attesa attiva presso ciascun centro di trapianto d'organo nel Veneto da più di 5 anni. Il CRT procede quindi a rivalutazione dei criteri di immissione in lista degli stessi pazienti e dei loro follow up per mantenimento, espansione o cancellazione dalla lista attiva.

Indicatore: rivalutazione dei pazienti in lista d'attesa da più di 5 anni

Risultato atteso: mantenimento di una lista attiva più snella ed aderente alla popolazione di pazienti in carico a ciascun centro trapianti Tempi: rivalutazione semestrale

Attività n. 8 : Autorizzazione all'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo per stranieri non residenti in Italia

I centri trapianto veneti effettuano una valutazione dei candidati stranieri che non hanno alcuna forma di residenza stabile nel territorio nazionale. Inviano al CRT la documentazione clinica ed amministrativa. Il CRT esamina la documentazione ed esprime il proprio parere che viene trasmesso al centro trapianto interessato ed al NITp per le funzioni di sua competenza.

Indicatore a): gestione di tutte le richieste che pervengono al CRT secondo le modalità sopra indicate

Risultato atteso: 100% di valutazione richieste
Tempi: contestualmente all'arrivo della richiesta

Attività trasversali

Attività n. 9: Produzione di reportistica
Il CRT elabora periodicamente un prospetto riassuntivo, per area provinciale, dell'attività di procurement di organi e tessuti. Trimestralmente i report vengono inviati alla rete del SRT, e viene prodotto annualmente un report complessivo.

Attività n. 10: Aggiornamento del sito Web del SRT
Il CRT, attraverso l'utilizzo del sito web appositamente predisposto, provvede a rendere disponibili alla rete gli aggiornamenti di modulistica, linee guida ed istruzioni operative nonché i dati statistici riassuntivi dell'attività di procurement.

Attività n. 11: Verifica delle dichiarazione di volontà alla donazione
Verifica nel SIT (Sistema Informativo Nazionale), in tempo reale su richiesta dei CL, per ogni donazione di organi e multitessuti, della presenza di una eventuale dichiarazione di volontà in merito alla donazione. Attività svolta in orario di ufficio e in reperibilità h24.

Indicatore a)

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{n verifiche nel SIT}}{\text{n donatori}}$$

Risultato atteso: 100% Tempi: ad ogni evento

Attività n. 12: Attività di formazione/sensibilizzazione
Il CRT si fa carico di individuare le esigenze formative che gli operatori della rete "donazione-trapianto" manifestano al fine di aggiornare le pratiche già in uso e di preparare i nuovi operatori che entrano nelle varie attività. Si progettano attività formative per i medici nelle discipline anestesiologiche, chirurgiche, igenistiche, medico legali e per gli altri operatori sanitari coinvolti nel processo. I bisogni individuati nelle varie aree vengono elaborati in modo interdisciplinare al fine di essere successivamente affidati per la realizzazione a FITOT (Fondazione per l'Incremento di Trapianti di Organi e Tessuti) che si occupa degli aspetti relativi all'organizzazione. Il CRT in accordo con FITOT e con le varie espressioni del volontariato dedicato alla donazione ed al trapianto, promuove tutte le iniziative da metter in atto sul territorio regionale finalizzate ad incrementare la sensibilità alla donazione di organi e tessuti.

Attività n. 13: Gestione dei Tavolo Tecnici Regionali
Al fine di un buon funzionamento della rete trapiantologica veneta, il CRT ha individuato la necessità di dar vita a Tavoli Tecnici dove riunire periodicamente i responsabili dei vari Centri di Trapianto della Regione e i Coordinatori di Area Provinciale. Nel primo tavolo vengono monitorate le attività in riferimento alle liste d'attesa, ai dati di attività e alle criticità emergenti. Nel secondo tavolo vengono affrontate tutte le tematiche relative al procurement ed alle iniziative di sensibilizzazione da mettersi in atto nelle varie realtà provinciali.

Attività n. 14: Progetti vari

a) VADEMECUM: il CRT realizzerà uno strumento di lavoro "tascabile e periodicamente aggiornabile" quale strumento da affidare agli operatori al fine di gestire al meglio tutte le attività inerenti il processo di donazione di organi e tessuti. Procedure, contatti, documentazione verranno descritti secondo la modalità di una flow chart.

b) Pubblicazioni: il CRT valuta la necessità di produrre un'adeguata reportistica delle attività di donazione-trapianto di organi e tessuti con modalità semplificate durante il corso dell'anno, con modalità più analitiche e dettagliate alla fine dell'anno. Tale restituzione appare estremamente utile per gli operatori del "sistema trapianti", per tutto il Servizio Sanitario Regionale ma anche per altre realtà istituzionali o socio-culturali della Regione.
Inoltre si ritiene opportuno ricordare il decennale delle attività del Coordinamento con un'apposita pubblicazione che raccoglie i contributi di oltre 50 esperti che hanno prestato o attualmente operano all'interno della "rete" trapiantologica.

c) Aggiornamento della modulistica: il CRT, considerata l'elevata presenza di soggetti di altra lingua presenti nel territorio veneto e il numero in crescita di potenziali donatori stranieri, predisporrà la traduzione nelle più importanti lingue parlate nel territorio regionale della modulistica relativa all'informazione e all'acquisizione dei consensi alla donazione di organi e tessuti.

Struttura: Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare

Piano di Attività Anno: 2011

Attività n. 1
Morte Improvvisa Giovanile
Studio anatomo-patologico e molecolare in giovani deceduti improvvisamente: correlazioni clinico-patologiche e indagini genetiche nei famigliari di primo grado.
Indicatore: Studio di 30 nuovi casi (attualmente archiviati

circa 600 casi).

Risultato Atteso: Perfezionamento diagnostico, prevenzione morte improvvisa. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 2

Protesi Valvolari Cardiache

Studio anatomo-patologico di protesi valvolari cardiache, sostituite per disfunzione, con correlazioni clinico-patologiche. Studio delle nuove protesi TAVI, ad impianto transcatetere.

Indicatore: Studio di 40 nuovi casi, provenienti dalle Cardiochirurgie del Veneto (attualmente raccolte 900 protesi).

Risultato Atteso: Comprensione dei meccanismi di deterioramento strutturale delle protesi valvolari e dell'efficacia dell'impianto transcatetere di protesi aortiche. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 3

Tumori Cardiaci

Diagnostica istopatologia, immunoistochimica e ultrastrutturale di masse e tumori cardiaci asportati chirurgicamente. Ruolo di "second opinion" per le Cardiochirurgie Venete.

Indicatore: Studio di 20 nuovi casi (attualmente raccolti 250 casi).

Risultato Atteso: Perfezionamento diagnostico, diagnosi differenziale fra forme non neoplastiche e neoplastiche, benigne e maligne, primitive e secondarie. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 4

Biopsie Endomiocardiche

Indagini istologiche, immunoistochimiche ed ultrastrutturali su frammenti bioptici endomiocardici prelevati tramite biotomo transvenoso, provenienti da tutte le sale emodinamiche del Veneto in pazienti in scompenso cardiaco non ischemico.

Indicatore: 80 nuovi casi (raccolti finora circa 2000 casi).

Risultato Atteso: Diagnosi di cardiomiopatia infiammatoria, infiltrativa e da accumulo ai fini diagnostici/prognostici terapeutici. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 5

Cardiopatie Congenite

Raccolta di esemplari anatomici di cardiopatie congenite e correlazioni anatomo-cliniche.

Indicatore: 30 nuovi esemplari (attualmente la collezione consiste in 1600 casi).

Risultato Atteso: Conoscenza dell'anatomia clinica e chirurgica delle cardiopatie congenite per il perfezionamento della diagnosi clinica e del trattamento chirurgico. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 6

Trapianto di cuore

Studio di cuori con patologia nativa, prelevati all'atto del trapianto, e biopsie endomiocardiche per monitoraggio di rigetto cellulare - umorale.

Indicatore: 25 nuovi cuori da trapianto (attualmente archiviati 700 cuori) e 300 biopsie endomiocardiche (attualmente effettuate oltre 7000).

Risultato Atteso: Maggior conoscenza delle cardiomiopatie da trapianto, diagnosi precoce di rigetto/infezione per tempestivo trattamento e prevenzione di complicanze fatali. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 7

Morte improvvisa in culla (SIDS)

Stesura di protocollo per lo studio della morte improvvisa infantile e inaspettata nel feto (Legge 31/2006).

Indicatore: Documento finale.

Risultato Atteso: Indagine standard medico-legale e anatomo-patologica per applicazione Legge 31/2006.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 8

Ricerca

Cardiomiopatia aritmogena: ricerca traslazionale su topi transgenici, per comprensione dei meccanismi di segnale intracellulare responsabili della morte dei cardiomiociti.

Indicatore: Pubblicazioni (Si – No).

Risultato Atteso: Pubblicazioni su riviste internazionali.

Tempi: Gennaio – Ottobre 2011

Attività n. 9

Formazione

- Master di Patologia Cardiovascolare e Dottorato di Ricerca in Scienze Cardiovascolari
- Seminario "Anatomia per l'Aritmologo: tessuto di conduzione e cardiostimolazione" (18 Febbraio 2011)
- 30° Corso di Aggiornamento in Cardiologia Pediatrica Malattia di Ebstein, Cuore sinistro ipoplasico,Tumori cardiaci in età pediatrica" (19-20 Aprile 2011)
- Simposio Internazionale "Arrhythmogenic Cardiomyopathy: from genes to therapy" (20-21 Maggio 2011)
- Simposio "Le basi anatomiche dell'impianto transcatetere di protesi valvolare aortica" (Padova, 21 Ottobre 2011)

Indicatore: Corsi effettuati con ECM Regionale.

Risultato Atteso:

- Diplomi Master (n.5)
- 1000 crediti ECM

Tempi: Gennaio – Dicembre 2011

Attività n. 10

Internazionalizzazione

Letture Morgagnane di docenti italiani e stranieri di eccellenza in occasione del 250° anniversario della pubblicazione del libro di Morgagni "De Sedibus" (1761-2011).

Indicatore: 9 letture.

Risultato Atteso: Visibilità internazionale del Registro.

Tempi: Febbraio – Dicembre 2011

Struttura: Coordinamento Controlli Sanitari Appropriatezza e Liste di attesa

Piano di attività Anno 2011

Attività n. 1

Nome attività

Affiancamento del Nucleo Regionale di Controllo nelle

funzioni ad esso attribuite, con particolare riferimento alla supervisione e vigilanza dell'attività di controllo sanitario svolta dai Nuclei Aziendali di Controllo (NAC)

Descrizione attività

Tale attività comporta l'organizzazione e la realizzazione di incontri almeno mensili con i componenti del Nucleo Regionale di Controllo (NRC) istituito con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n° 16 dell'8 marzo 2011 (DGR n° 3444 del 30/12/2010), preceduti da: preparazione del materiale necessario e sua divulgazione presso i componenti del Nucleo, definizione dell'ordine del giorno, coordinamento dell'incontro in collaborazione con il coordinatore del Nucleo, verbalizzazione, successiva comunicazione, a firma del Responsabile del Coordinamento, alle Aziende interessate o a tutte le Aziende, a seconda della problematica trattata, delle decisioni assunte dal Nucleo stesso.

In caso di contenziosi irrisolti tra Nuclei Aziendali di Controllo e strutture oggetto di controllo, il Coordinamento affianca il Nucleo Regionale nella risoluzione degli stessi, fornendo al Nucleo Regionale tutti gli elementi utili ai fini della risoluzione e, se necessario, recandosi insieme ai componenti del Nucleo nelle sedi del contenzioso per esaminare le cartelle cliniche.

Indicatore: N° incontri per anno

Risultato Atteso: considerando che il Nucleo è stato nominato a marzo 2011 in relazione alla modifica della normativa in tema di controlli sanitari dal 1° gennaio 2011, per quest'anno si conta di realizzare almeno 9 incontri (escluse le eventuali attività sul campo)

Tempi: Almeno un incontro al mese, minimo 9 incontri entro la fine del 2011.

Attività n. 2

Nome attività

Attivazione del coordinamento controlli sanitari in caso di particolari problematiche evidenziate dalle verifiche dei NAC, in modo tale che le Aziende interessate mettano in atto tutte le azioni correttive necessarie al fine di evitare il ripetersi delle criticità rilevate;

Descrizione attività

Tale attività si configura nell'ambito della vigilanza e supervisione regionale dell'attività di controllo sanitario effettuata dai NAC; gli stessi a inizio anno hanno presentato il Piano dei Controlli interni ed esterni ai Nuclei Provinciali di Controllo (NPC), che li hanno valutati ed inviato la relativa istruttoria al NRC per l'approvazione finale. Il Coordinamento controlli sanitari ha partecipato a questa validazione. Con scadenza semestrale inoltre i NAC di tutte le Aziende fanno pervenire ai NPC, i quali a loro volta li inviano con le dovute osservazioni al NRC, gli esiti dei controlli effettuati, sia interni che, limitatamente alle Aziende ULSS, esterni (ovvero relativi alle Aziende Ospedaliere, strutture equiparate e private accreditate che insistono sul proprio territorio e all'attività erogata ai propri residenti dalle strutture pubbliche della Regione Veneto). Il Coordinamento si fa carico di raccogliere tutta la documentazione in merito proveniente dai NPC, fare un'ulteriore istruttoria riassuntiva e presentarla ai componenti del NRC. Attualmente si è in attesa degli esiti dei controlli relativi al 1° semestre 2011 (scadenza di invio 31 ottobre 2011). Nel frattempo nel corso dell'anno sono pervenute dai NAC alcune segnalazioni di criticità relativamente alla correttezza di codifica o di setting assistenziale di alcune prestazioni di ricovero; alcune si configuravano come contenziosi irrisolti e pertanto hanno richiesto il lavoro di analisi e valutazione del NRC, attivato e supportato dal Coordinamento controlli sanitari. In altri casi i NAC hanno segnalato situazioni molto critiche che il Coordinamento ha provveduto in prima persona a verificare sul campo.

Parametro di riferimento: N° verifiche/valutazioni (sul campo o documentali) di criticità emerse dal lavoro dei NAC

Risultato Atteso: risoluzione dei contenziosi; messa in atto delle azioni correttive da parte delle Aziende

Tempi: per l'attività del 1° semestre 2011 entro dicembre 2011, per l'attività del 2° semestre 2011 entro maggio 2012.

Attività n. 3

Nome attività

Miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera

Descrizione attività

A fine 2010, con la DGR n° 3436 del 30/12/2010, sono state approvate la nuove Linee Guida di codifica della Scheda di dimissione ospedaliera, valevoli a far data dal 1° gennaio 2011. Il Coordinamento regionale controlli sanitari ha coordinato il gruppo di lavoro che ha stilato le Linee Guida; lo stesso dà risposta quotidianamente a quesiti, relativi alla corretta codifica delle SDO, provenienti dalle Aziende sia pubbliche che private accreditate. Molti quesiti, se particolarmente complessi o specialistici, vengono sottoposti all'attenzione di referenti clinici ed eventualmente alla valutazione collegiale del NRC. Talora ne derivano nuove indicazioni di codifica per tutte le strutture della Regione Veneto.

Parametro di riferimento: N° di richieste di consulenza sulla codifica della SDO pervenute nell'anno di riferimento.

Risultato Atteso: dare risposta ad almeno il 98% delle richieste di consulenza pervenute.

Tempi: rispondere a ciascun quesito entro e non oltre 1 mese dalla data di ricevimento dello stesso.

Attività n. 4

Nome attività

Collaborazione per l'aggiornamento del documento tecnico-organizzativo sull'attività di controllo

Descrizione attività

L'allegato A della DGR n° 3444 del 30 dicembre 2010 rappresenta il documento tecnico-organizzativo che descrive sia le modalità di attuazione dei controlli sanitari, anche in ottemperanza alla normativa nazionale in merito, che gli indicatori più significativi da sottoporre a verifica (ricoveri ordinari e diurni e prestazioni ambulatoriali). Il Coordinamento regionale controlli sanitari ha il compito di verificare le principali criticità riscontrate nell'effettuazione dei controlli da parte dei NAC, sia dal punto di vista organizzativo (rispetto dei tempi prefissati, gestione risorse umane e strumentali, modalità di svolgimento delle operazioni di controllo, verbalizzazione, compilazione dei report di ritorno degli esiti dei controlli ecc) che dal punto di vista tecnico (stesura Piani di Controllo interno ed esterno, aggiornamento indicatori da sottoporre a controllo), proponendo al NRC eventuali modifiche/integrazioni del documento sopra citato ovvero suggerendo risposte che, pur mantenendosi in linea con la normativa vigente, la

reinterpretano al fine di risolvere criticità emergenti. Per far questo il coordinamento regionale organizza periodici incontri con i responsabili dei NAC delle Aziende pubbliche. Oltre a ciò il coordinamento controlli sanitari recepisce anche le segnalazioni/suggerimenti dati dai NPC relativi a criticità tecniche o organizzative dell'attuale sistema dei controlli.

Parametro di riferimento: N° di incontri con i responsabili dei NAC delle Aziende pubbliche nel corso dell'anno di riferimento;

Risultato Atteso: effettuare almeno 2 incontri all'anno con i responsabili dei NAC pubblici, recependo gli eventuali suggerimenti per modifiche tecnico-organizzative delle attuali modalità di controllo o semplicemente dando risposte a quesiti o dubbi circa le attuali regole di gestione dei controlli sanitari.

Tempi: rispondere alle proposte dei NAC e NPC in tempo utile per l'effettuazione dei controlli relativi al semestre oggetto di controllo.

Attività n. 5

Nome attività

Attività di consulenza e supporto ai NAC nell'attuazione dei controlli interni ed esterni

Descrizione attività

Il Coordinamento controlli sanitari è quotidianamente impegnato nel dare consulenza e supporto agli operatori dei NAC (sia pubblici che privati accreditati) nello svolgimento dei controlli interni ed esterni. Vengono fornite risposte su criticità riscontrate nella stesura del Piano dei Controlli, nell'effettuazione dei controlli sul campo, nell'interpretazione e nella corretta elaborazione degli esiti, nelle modalità di gestione dei rapporti con le strutture controllate ecc. In caso di problematiche molto complesse il coordinamento si avvale della consulenza collegiale del NRC.

Parametro di riferimento: N° di risposte fornite ai NAC nell'anno di riferimento su criticità operative relative ai controlli;

Risultato atteso: fornire risposte utili ai fini operativi nel 100% delle criticità riscontrate nella fase di preparazione, esecuzione e/o rendicontazione dei controlli effettuati.

Tempi: rispondere ai quesiti posti entro e non oltre 1 mese dalla data di ricevimento degli stessi

Attività n. 6

Nome attività

Predisposizione di istruttoria tecnico-professionale su problematiche sollevate dalle strutture erogatrici, su esplicito mandato del NRC

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari ha il compito, in caso di problematiche complesse presentate al NRC dalle Aziende erogatrici, di predisporre una istruttoria dettagliata in merito che comprenda i riferimenti normativi e le fonti bibliografiche, la descrizione dettagliata del caso, le esperienze analoghe sviluppate nelle altre Regioni, le possibili soluzioni. Sarà poi il NRC a stabilire quale risposta fornire alla problematica.

Parametro di riferimento: N° istruttorie prodotte su esplicita richiesta del NRC nell'anno di riferimento

Risultato atteso: definire il 100% delle istruttorie commissionate dal NRC

Tempi: dare risposta al NRC entro e non oltre 1 mese dalla data della richiesta

Attività n. 7

Nome attività

Promozione di iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza negli operatori preposti ai controlli

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari ha contribuito alla realizzazione, presso l'Azienda ULSS 9 di Treviso, di un corso di formazione sulle corrette modalità di gestione delle prestazioni ambulatoriali,partendo dalla prescrizione fino alla prenotazione ed alla erogazione per arrivare alla refertazione e alla rendicontazione finale. Inoltre i componenti del coordinamento, in qualità di esperti, hanno svolto alcune edizioni, presso Aziende ULSS, di un corso di aggiornamento sul nuovo Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (luglio-ottobre 2011) e due edizioni di un corso relativo alla corretta tenuta della cartella clinica, alla codifica della SDO e all'applicazione delle Linee Guida di codifica valide dal 2011 presso l'Azienda ULSS n° 5 (luglio 2011).

Parametro di riferimento: n° eventi formativi nell'anno di riferimento

Risultati attesi: organizzazione o collaborazione ad almeno 2 eventi formativi accreditati ECM nell'anno di riferimento

Tempi: conclusione degli eventi formativi previsti entro la fine del 2011.

Attività n. 8

Nome attività

Identificazione e gestione gruppi tecnici.

Descrizione attività

Il NRC ha dato mandato al coordinamento controlli sanitari di formare, entro la fine del 2011, due tavoli tecnici composti da esperti clinici dei settori di interesse:

1) Gruppo di lavoro per definire Linee Guida regionali sulla riabilitazione nutrizionale (fonti bibliografiche, dati clinici, protocolli diagnostici e terapeutici, indicazioni di codifica e di appropriatezza del setting assistenziale);
2) Gruppo di lavoro per definire Linee Guida regionali sulla riabilitazione cardiologica, con gli stessi obiettivi.

Il coordinamento controlli sanitari ha costituito e coordinato, a partire da aprile 2011, un ulteriore tavolo tecnico permanente per il monitoraggio e la corretta gestione delle problematiche inerenti il governo dei tempi di attesa, secondo quanto previsto dalla DGR 600/07 e dalla più recente DGR n° 863/11 (3 incontri svolti fino ad oggi).

Inoltre è stato costituito e coordinato un tavolo tecnico di radiologi appartenenti a strutture pubbliche, per la definizione di specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni radiologiche più critiche dal punto di vista della numerosità (domanda crescente) e dei tempi di attesa, da estendere a tutte le aziende del Veneto

Parametro di riferimento: N° tavoli tecnici costituiti e gestiti nell'anno di riferimento

Risultati attesi: costituzione e primo incontro dei 2 tavoli tecnici richiesti dal NRC. Continuazione dell'attività del tavolo di monitoraggio liste di attesa. Conclusione attività tavolo tecnico radiologia.

Tempi: Svolgimento di almeno 1 incontro con i 2 tavoli richiesti dal NRC e di 4 incontri complessivi con il tavolo di monitoraggio liste di attesa entro l'anno di riferimento. Se necessario, ultimo incontro con tavolo tecnico radiologia.

Attività n. 9

Nome attività

Aggiornamento Nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla DGR n° 859 del 21/06/2011

Descrizione attività

Sulla base dell'esperienza acquisita dal proprio componente presso il tavolo ministeriale del mattone prestazioni ambulatoriali, con partecipazione attiva alla stesura del relativo documento tecnico, il coordinamento controlli sanitari si è fatto carico di:

1) Elaborazione e stesura dell'aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto (da ottobre 2010 a giugno 2011)
2) Collaborazione con il Cergas Bocconi per la rivalutazione dei dati prodotti dallo stesso Istituto circa i costi di produzione delle prestazioni di radiologia, laboratorio analisi, oncologia medica e riabilitazione presso strutture pilota pubbliche e private accreditate situate nel territorio della Regione Veneto
3) Presentazione del documento alle Aziende pubbliche e agli erogatori privati accreditati in due incontri (a gennaio 2011 a Venezia e a marzo 2011 a Montecchio Precalcino)
4) Raccolta di tutte le indicazioni/suggerimenti/proposte forniti dalle Aziende;
5) Stesura nomenclatore, con particolare riferimento agli Allegati tecnici (Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)
6) Definizione delle nuove modalità di gestione e rendicontazione dei certificati di idoneità agli sport agonistici e delle relative prestazioni associate, in quanto non più compresi nel nomenclatore ambulatoriale
7) Supporto quotidiano e consulenza alle strutture pubbliche e private accreditate nella risoluzione delle problematiche correlate all'applicazione del nuovo nomenclatore
8) Manutenzione del nuovo nomenclatore (modifiche, aggiornamenti ecc)
9) Aggiornamento del tariffario ambulatoriale per l'anno 2012 ed elaborazione del corrispondente documento tecnico (Nomenclatore tariffario)

Parametro di riferimento: realizzazione aggiornamento nomenclatore (si/no)

N° consulenze fornite nell'anno di riferimento

Risultati attesi: Aggiornamento del Nomenclatore

risposta al 100% delle consulenze richieste

Tempi: risposta alle richieste di consulenza in tempo reale

Aggiornamento Nomenclatore entro l'anno di riferimento

Attività n. 10

Nome attività

Monitoraggio obiettivi Direttori Generali DGR 3140/10

Descrizione attività

Partecipazione agli incontri tenuti dalla Segreteria regionale per la Sanità con le Aziende Pubbliche per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di cui alla DGR n° 3140/2010, con particolare riferimento agli obiettivi A5, B5 e E3, il cui monitoraggio è stato affidato al coordinamento controlli sanitari.

In particolare ci si riferisce a due cicli di incontri già avvenuti (maggio e settembre 2011) e ad un ulteriore ciclo di incontri previsto per novembre 2011. Tali incontri hanno richiesto un'attività preparatoria consistente principalmente nella valutazione dei dati relativi alle tempistiche di erogazione in modalità garantita delle prestazioni traccianti per classe di priorità confrontate con lo standard regionale (DGR 600/07) e nella analisi delle check list di valutazione dell'ottemperanza ai punti chiave della DGR 600/07, confrontata con i risultati delle verifiche sul campo.

Parametro di riferimento: n° di incontri cui il coordinamento controlli sanitari partecipa attivamente

Risultati attesi: partecipazione al 100% degli incontri

Tempi: entro la fine dell'anno di riferimento

Attività n. 11

Nome attività

Analisi, monitoraggio e revisione check list DGR 600/07

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari ha elaborato i risultati delle check list compilate da tutte le Aziende a ottobre 2010, al fine di valutare il livello di attuazione degli obiettivi della DGR n° 600/07.

Successivamente, a marzo 2011, ha provveduto a revisionare la suddetta check list in modo da renderla più omogenea e confrontabile rispetto alle parti salienti della DGR 600/07.

La check list revisionata è stata compilata dalle Aziende ed è stata analizzata al fine di definire l'ottemperanza dei Direttori Generali all'obiettivo A5 della DGR n° 3140/10. Inoltre è stata utilizzata come punto di partenza per l'effettuazione dei controlli di merito presso tutte le Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV della regione Veneto. Il coordinamento controlli sanitari ha prodotto un report riassuntivo delle risultanze relative alla compilazione della check list e all'ottemperanza delle Aziende agli obiettivi ivi indicati.

Parametro di riferimento: N° check list analizzate

Risultati attesi: analisi, valutazione e revisione di tutte le check list entro maggio 2011

Tempi: entro i tempi stabiliti dalla DGR 3140/10 per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Attività n. 12

Nome attività

Verifiche sul campo in tutte le Aziende pubbliche in merito all'ottemperanza a quanto dichiarato nella check list di cui all'attività n° 11

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari ha organizzato e realizzato sopralluoghi presso tutte le Aziende Pubbliche (n° 24) della Regione Veneto nel periodo aprile-giugno 2011. Nel corso delle visite sono stati analizzati e verificati i principali obiettivi citati nella check list: sviluppo dell'area informazione/comunicazione a livello informatico, informatizzazione di ricette e registri ricoveri programmati ed interventi chirurgici, strutturazione agende di prenotazione (prime visite distinte dai controlli), modalità di gestione delle criticità relative alla erogazione della prestazione nei tempi corretti al momento

della prenotazione, pubblicazione dati tempi di attesa secondo indicazioni regionali, inserimento a CUP dei privati accreditati ecc. Sono state verbalizzate singolarmente tutte le visite di verifica effettuate ed è stata prodotta una relazione finale sui risultati conseguiti, presentata a tutte le Aziende Pubbliche a Montecchio Precalcino nell'incontro dell'8 luglio 2011.

Parametro di riferimento: n° sopralluoghi effettuati nell'anno in corso

Risultati attesi: effettuare le visite di verifica nel 100% delle strutture pubbliche, programmando ulteriori visite ad almeno 5 strutture private accreditate tra quelle con maggiore produzione di prestazioni ambulatoriali.

Tempi: realizzare tutte le visite entro la fine dell'anno di riferimento

Attività n. 13

Nome attività

Revisione check list, per valutazione dell'attuazione degli obiettivi della DGR n° 863/11

Descrizione attività

Sulla base delle modifiche apportate dalla DGR 863/11 "Recepimento dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" sul sistema di governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento alle cosiddette "prestazioni traccianti", è in corso di elaborazione una revisione della check list relativa alla DGR 600/07 che valuti l'opportunità di aggiungere item correlati ad adempimenti di nuova introduzione o di eliminare item correlati ad adempimenti non più attuali rispetto alla normativa vigente oppure (se esistenti) già accertati in via definitiva, quindi non più suscettibili di possibili cambiamenti.

Parametro di riferimento: N° item modificati, aggiunti o eliminati

Risultati attesi: revisione della check list definitiva ed approvata da tutti gli attori del sistema "liste di attesa"

Tempi: entro l'anno di riferimento.

Attività n. 14

Nome attività

Gestione segnalazioni provenienti da utenti o dalla stampa relative a criticità nel rispetto dei tempi di attesa e in generale di quanto previsto dalla DGR n° 600/07.

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari appropriatezza e liste di attesa , nel caso in cui pervengano segnalazioni da pazienti o dalla stampa relative a criticità nel rispetto dei tempi di attesa e più in generale di quanto previsto dalla DGR n° 600/07, ha il compito di valutare l'entità della criticità in rapporto all'impatto che la stessa determina sia sul singolo cittadino che sull'intera organizzazione sanitaria locale e regionale; procede quindi alla elaborazione di una istruttoria in merito, coinvolgendo l'Azienda in causa per la ricostruzione corretta dei fatti e l'acquisizione di informazioni circa le modalità organizzative messe in atto presso l'Azienda stessa, effettua l'analisi dei dati dei tempi di attesa relativi alla/e prestazione/i oggetto di segnalazione e produce una relazione finale indirizzata alle Direzioni Regionali coinvolte che esplicita la tipologia di criticità e i provvedimenti operativi messi in atto dall'Azienda interessata per evitare il ripetersi della situazione critica. In taluni casi il coordinamento si fa carico di segnalare all'Azienda stessa i provvedimenti utili da mettere in atto per evitare il ripetersi della problematica evidenziata.

Parametro di riferimento: n° segnalazioni e articoli di stampa trattati nell'anno di riferimento

Risultati attesi: produzione di istruttoria e relazione in merito alla criticità trattata nel 100% dei casi

Tempi: chiusura della istruttoria e relazione finale entro 3 settimane dalla segnalazione

Attività n. 15

Nome attività

Monitoraggio trimestrale dati erogazione prestazioni traccianti con valutazioni di impatto operativo

Descrizione attività

Trimestralmente, sulla base dei dati forniti dal Datawarehouse regionale, il coordinamento controlli sanitari si occupa di valutare, per ciascuna prestazione tracciante e per Azienda, le percentuali di rispetto dei tempi di attesa standard per classe di priorità, svolgendo anche una analisi di merito, in collaborazione con le Aziende, circa le possibili cause della inottemperanza e le eventuali soluzioni da adottare per arrivare a rispettare gli obiettivi dei provvedimenti già più volte citati (DGR 600/07, DGR 863/11). Vengono prodotti dei report riassuntivi con allegato commento tecnico, presentati al Segretario per la Sanità e ai Dirigenti interessati.

Parametro di riferimento: n° report e relazioni di merito prodotte nell'anno di riferimento

Risultati attesi: almeno quattro report annuali con relativo commento tecnico-operativo prodotti nell'anno di riferimento

Tempi: ciascun report verrà prodotto in base alla disponibilità dei dati trimestrali consolidati (circa 2 mesi dalla fine del trimestre).

Attività n. 16

Nome attività

Revisione report relativi ai tempi di attesa disponibili sul Datawarehouse Regionale

Descrizione attività

In collaborazione con il Servizio Informativo il coordinamento controlli sanitari si è impegnato nel corso dell'anno di riferimento a proporre una revisione dei report disponibili sul Datawarehouse Regionale ed anche l'introduzione di nuova reportistica al fine di facilitare la utilizzabilità delle informazioni sulle prestazioni traccianti garantite, necessarie al monitoraggio dei tempi di attesa secondo quanto previsto dalla DGR n° 600/07 e dalle nuove indicazioni nazionali recepite con DGR n° 863/11.

Parametro di riferimento: n° report revisionati o di nuova introduzione nell'anno di riferimento

Risultati attesi: semplificazione della utilizzabilità dei report consultabili nel Datawarehouse regionale.

Tempi: entro l'anno di riferimento.

Attività n. 17

Nome attività

Rivalutazione modalità di prescrizione e rendicontazione dati relativi alle prestazioni a ciclo.

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari si sta occupando di una rivalutazione delle regole relative alle modalità di prescrizione

e rendicontazione delle prestazioni indicate sul nomenclatore tariffario ambulatoriale come erogabili "a ciclo". Si sta pertanto esaminando la normativa in merito e, in collaborazione con il Servizio Informativo, si sta predisponendo una nota per tutte le strutture pubbliche e private accreditate che ribadisca alcune regole già ben definite in passato, esplicitandole in modo più chiaro, poiché si è verificata una non uniformità di comportamento proprio in relazione alla diversa interpretazione della normativa regionale in merito. L'obiettivo è quello di raggiungere uniformità nella modalità di rendicontazione di tale tipologia di prestazioni, così che i dati relativi a tempi di attesa e n° prestazioni erogate siano omogenei e confrontabili. Il Servizio Informativo sta esaminando i dati attualmente disponibili sulle prestazioni a ciclo per identificare le disomogeneità di rendicontazione tra le varie Aziende e trovare una modalità comune applicabile.

Parametro di riferimento: analisi dati attualmente presenti ed elaborazione di una nota esplicativa.

Risultati attesi: invio nota esplicativa a tutte le Aziende Pubbliche e alle associazioni di categoria dei privati accreditati, per poter avere una modalità omogenea di rendicontazione già dal 2012.

Tempi: invio nota esplicativa entro l'anno di riferimento.

Attività n. 18

Nome attività

Network "Linea Amica"- Rete multimediale dei Centri di Contatto della Pubblica Amministrazione Italiana

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari si fa carico di raccogliere mensilmente da tutte le Aziende pubbliche i dati relativi ai flussi di contatto con il cittadino e a trasmetterli al Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

Parametro di riferimento: n° report Aziendali inviati mensilmente al Ministero Pubblica Amministrazione ed Innovazione.

Risultati attesi: invio mensile puntuale dei report di tutte le Aziende al Ministero Pubblica Amministrazione ed Innovazione.

Tempi: trasmissione del report mensile entro i tempi prefissati dalla normativa.

Attività n. 19

Nome attività

Istituzione Tavolo di Lavoro per definizione "Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili".

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari è stato individuato quale partecipante al Tavolo di Lavoro per la definizione di un Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili. Tale catalogo risulta necessario al fine di uniformare i contenuti e la gestione della prescrizione elettronica su tutto il territorio della Regione Veneto. Tale Catalogo rappresenterà la lista di codici e descrizioni che tutti i prescrittori della Regione Veneto dovranno utilizzare nella compilazione della ricetta rossa e nel suo invio telematico ai sistemi aziendali e al SAR (Servizio di Accoglienza Regionale). Fino ad oggi è stato effettuato il primo incontro.

Parametro di riferimento: n° incontri del Tavolo di Lavoro cui partecipa il coordinamento controlli sanitari nell'anno di riferimento

Risultati attesi: partecipazione al 100% degli incontri stabiliti nell'anno di riferimento

Tempi: tempistica degli incontri e della produzione dei risultati definita dal Coordinatore del Tavolo di Lavoro

Attività n. 20

Nome attività

Consulenze fornite agli Uffici regionali preposti in merito a problematiche attinenti tutte le tipologie di esenzione, in rapporto alla entrata in vigore del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari si sta impegnando a fornire consulenza agli Uffici regionali che trattano la tematica delle esenzioni, in quanto l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR n° 859 del 21 giugno 2011) ha comportato la modifica di molti codici di prestazione, con conseguente disallineamento rispetto ai codici nazionali inseriti, per ciascun codice di esenzione, nell'elenco delle prestazioni erogabili in tale regime. In questi casi il coordinamento si impegna a individuare le possibili soluzioni per far comunque rientrare le prestazioni di cui sopra nell'elenco di quelle erogabili in regime di esenzione.

Parametro di riferimento: n° richieste di consulenza cui il coordinamento controlli sanitari dà risposta

Risultati attesi: risoluzione problematiche connesse nel 100% dei casi

Tempi: definizione della soluzione a ciascuna criticità emersa entro due settimane dalla valutazione del caso per il quale è stata richiesta la consulenza.

Struttura: CRAT - Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali

Piano di Attività Anno 2011

Attività n. l

Garanzia dell'autosufficienza regionale in emocomponenti

La Legge ll. 219 del 21.10.2005, che disciplina le attività trasfusionali su tutto il territorio nazionale, prevede che le Strutture Regionali di Coordinamento (SRC) definiscano e monitorino la programmazione annuale in emocomponenti, soprattutto per quanto riguarda le emazie (driving product).

Indicatore Margine operativo (Raccolta -Trasfuso) sempre positivo nel corso dell'anno

Risultato Atteso SÌ

Tempi 31/12/2011

Attività n. 2

Contributo alla garanzia dell' autosufficienza regionale in emoderivati (canale: c/lavorazione)

- Al fine della predisposizione del Piano di distribuzione degli emoderivati all'interno della Regione del Veneto, il CRAT coinvolge annualmente le Farmacie Ospedaliere regionali per raccogliere i dati di previsione relativi al fabbisogno in emoderivati per l'anno successivo, negoziando al tavolo interregionale l'accesso ad eventuali disponibilità di ulteriore prodotto.

Indicatore Volumi presenti sul Piano di Distribuzione / Fabbisogno (per ciascun emoderivato in c/lavorazione)
Risultato Atteso> 80%
Tempi 31/12/2011

Attività n. 3
Emovigilanza -La L. 219/05 prevede che le Regioni provvedano all'istituzione di un sistema di emovigilanza che consenta di raccogliere ed elaborare informazioni riguardanti gli incidenti e le reazioni indesiderate connessi alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione ed alla distribuzione del sangue e dei suoi prodotti. Come previsto dal D. Lgs. n. 207 del 09.11.2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/61 ICE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi.", la Giunta Regionale del Veneto ha provveduto con propria deliberazione (DGR 3223 del 28.10.2008) al recepimento del Decreto per la conseguente attuazione delle disposizioni ivi contenute.
Indicatore Evidenza di accesso al sistema e di utilizzo conforme dello stesso
Risultato Atteso SÌ
Tempi 31/12/2011

Attività n. 4
Qualità -La L. 219/05 prevede che le Regioni provvedano ad emanare le necessarie disposizioni affinché tutte le strutture trasfusionali istituiscano e mantengano in essere un sistema di qualità. Come previsto dal D. Lgs. n. 208 del 09.11.2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali.", la Giunta Regionale del Veneto ha provveduto con propria deliberazione (DGR 3221 del 28.10.2008) al recepimento del Decreto per la conseguente attuazione delle disposizioni ivi contenute, prendendo i necessari provvedimenti affinché i servizi trasfusionali e le unità di raccolta gestite dalle associazioni di donatori attuino un sistema di qualità conforme alla normativa nazionale e alle norme e specifiche comunitarie di cui all'Allegato I del Decreto di cui sopra, che ne costituisce parte integrante.
Indicatore Adeguamento alla normativa in materia, soprattutto con riferimento alla conformità ai requisiti europei
Risultato Atteso SÌ
Tempi 31/12/2011

Attività n. 5
Informatizzazione -La L. 219/05 prevede che venga istituito il sistema informativo regionale dei servizi trasfusionali (SIRT), in raccordo funzionale con quello nazionale (SISTRA).
Indicatore Creazione piattaforma unica per 7 Dipartimenti su 7
Risultato Atteso 100%
Tempi 31/12/2011

Attività n. 6
Analisi dei costi -Il 4° Piano Sangue Plasma Regionale, (Deliberazione del Consiglio n018 del
25 .03.2004), prevede che il CRAT, d' intesa con i DIMT, metta a punto strumenti di contabilità analitica. Il mandato del decisore regionale ha assegnato alla contabilità le seguenti finalità:
- disporre di un sistema di analisi non estemporaneo, ma riutilizzabile nel tempo e in via autonoma presso ogni servizio o dipartimento, a supporto delle attività gestionali assegnate dal CRA T;
- eseguire un'analisi estesa su tutte le attività e prestazioni svolte dai SIT per disporre di una valutazione comparata presso i diversi servizi dei costi per l'esecuzione dei compiti produttivi e di quelli assistenziali;
- disporre di output quantificati (costo degli emocomponenti in scambio interaziendale e del plasma per la produzione di emoderivati), anche per la ridefinizione della politica tariffaria inter e intraregionale.

Indicatore Produzione release annuale del Programma di analisi dei costi (SUPERDIMT)
Risultato Atteso SÌ
Tempi 31/12/2011

Attività n. 7
Garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione per l'Accordo Interregionale (AIP) -In attuazione dell'Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (DGR n. 3305 del 15 settembre 1998), la Regione del Veneto, in qualità di Regione Capofila, è la titolare del contratto relativo al servizio di cui trattasi, anche a nome e per conto delle altre Regioni e Province Autonome aderenti. Spetta pertanto ad essa l'attività connessa al mantenimento della convenzione in essere, a garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione, senza interruzioni dalle quali possa derivare un pregiudizio in termini di disponibilità dei farmaci plasmaderivati. In previsione delle varie scadenze del contratto in essere la Regione del Veneto, quale Capofila dell' AIP, per il tramite del CRA T, si attiva quindi, su mandato del Gruppo di Coordinamento AIP, per la verifica dello status della normativa in materia, nell'ottica di garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione. In passato si sono rese necessarie delle proroghe della convenzione: tenuto conto infatti dei tempi necessari all'espletamento della procedura di gara e della ampiezza dell'arco temporale assorbito dal ciclo di lavorazione, in attesa della pubblicazione degli atti applicativi della L. 219/05, come modificata dalla L. 296/06, (sia per quanto riguarda l'elenco delle Aziende autorizzate alla stipula di convenzioni per il servizio in essere, sia rispetto allo schema tipo di convenzione) si è optato per questa scelta "obbligata" al fine di evitare il rischio di discontinuità nell'attività.
Indicatore Presenza della convenzione dal 01/01/2012
Risultato Atteso SÌ
Tempi 31/12/2011

Attività n. 8
Contributo alla garanzia dell'autosufficienza nazionale in emocomponenti -Come previsto dall' art. Il della Legge n. 219/05 l'autosufficienza di sangue e derivati costituisce un interesse nazionale sovra-regionale e sovra-aziendale non frazionabile, per il cui raggiungi mento è richiesto il concorso delle Regioni e delle Aziende Sanitarie: a tale scopo, ai fini della defmizione del programma annuale di autosufficienza, il CRAT provvede ad identificare i volumi di possibile supporto al conseguimento dell'autosufficienza da parte di altre

realtà italiane. La proposta presentata al tavolo nazionale viene preventivamente descritta e presentata, in Regione. Il volume di cessioni programmate viene confermato alle Regioni che dichiarano carenza strutturale, conformemente alla capacità di supporto dei DIMT della Regione del Veneto.

Indicatore Volumi di cessione effettivi / Volumi di cessione programmati

Risultato Atteso 100%

Tempi 31/12/2011

Struttura: SER - Sistema Epidemiologico Regionale

Piano di attività Anno 2011

Attività n. 1

Registro di Mortalità Regionale

Descrizione attività

Codifica delle cause di morte e registrazione dei dati su DB; controlli di completezza e di qualità dei dati; restituzione alle Aziende ULSS delle schede di morte di competenza codificate e in formato elettronico; alimentazione del Datawarehouse regionale; analisi dei dati di mortalità e produzione della reportistica a livello regionale e di Azienda ULSS.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO).

Risultato Atteso

Rilascio archivio 2009 e primo semestre 2010; pubblicazione report di aggiornamento al 2009 delle analisi presentate nel Documento a supporto del Piano Socio-Sanitario con dati per le principali cause di morte a livello di ULSS.

Tempi

Rilascio archivi: luglio 2011

Pubblicazione aggiornamento 2009: dicembre 2011

Attività n. 2

Salute Mentale

Descrizione attività

Gestione del flusso informativo regionale della psichiatria territoriale (APT) in collaborazione con le strutture regionali competenti; monitoraggio dell'applicazione del nuovo disciplinare tecnico del flusso APT; integrazione delle fonti informative sulla salute mentale; elaborazione dei dati e produzione della reportistica a livello regionale e di Azienda ULSS.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Consolidamento archivio APT 2010; sviluppo procedure SAS per il calcolo degli indicatori per la valutazione dei DSM (DGR 166/2011); Pubblicazione Rapporto annuale sulla salute mentale 2011 (dati anno 2010)

Tempi

Consolidamento archivio APT 2010: luglio 2011

Pubblicazione Rapporto annuale sulla salute mentale 2011 (dati anno 2010): dicembre 2011

Attività n. 3

Ospedalizzazione

Descrizione attività

Analisi dell'ospedalizzazione generale e per specifiche patologie a partire dai dati SDO, con particolare riferimento ai profili assistenziali e agli esiti.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Pubblicazione di un nuovo rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto nel decennio 2000-2009; aggiornamento al 2010 delle analisi sull'ospedalizzazione generale presentate nel Documento a supporto del Piano Socio-Sanitario; analisi specifiche sul ricorso al ricovero per patologie gastrointestinali e delle vie biliari.

Tempi

Pubblicazione rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto 2000-2009: luglio 2011

Pubblicazione aggiornamento 2010 sull'ospedalizzazione generale: dicembre 2011

Analisi ospedalizzazione per patologie gastrointestinali: luglio 2011

Attività n. 4

Specialistica Ambulatoriale

Descrizione attività

Analisi del ricorso all'assistenza specialistica ambulatoriale a partire dai dati aggregati disponibili nel portale regionale del Datawarehouse Sanità, con particolare riferimento alle prestazioni riconducibili a specifiche patologie.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Analisi della mobilità per prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia in Veneto; analisi del ricorso al PSA.

Tempi

Analisi della mobilità per prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia: luglio 2011

Analisi del ricorso al PSA: dicembre 2011

Attività n. 5

Malattie Neoplastiche

Descrizione attività

Analisi dei percorsi assistenziali per i pazienti affetti da patologie neoplastiche nel loro complesso e per specifiche sedi tumorali.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Analisi dell'ospedalizzazione generale nei soggetti affetti da patologie neoplastiche. Analisi sul ricorso ai servizi sanitari dei soggetti affetti da patologie neoplastiche in fase terminale attraverso il linkage dei decessi per neoplasia con le ospedalizzazioni nel periodo immediatamente precedente e studio di fattibilità del linkage con altri flussi informativi (ambulatoriale, PS, farmaceutica); prosecuzione della collaborazione con l'Università di Padova nell'ambito dello studio CONTICANET sui sarcomi.

Tempi

Analisi dell'ospedalizzazione generale tumore-correlata: luglio 2011.

Analisi sul ricorso ai servizi sanitari dei soggetti in fase

terminale: dicembre 2011.

Stesura rapporto finale e pubblicazione CONTICANET: settembre 2011.

Attività n. 6

Malattie cardiovascolari e cerebrovascolari

Descrizione attività

Supporto alle attività previste dalla DGR n. 4550 del 28.12.2007 (sorveglianza delle sindromi coronariche acute); collaborazione alla attuazione della Ricerca sanitaria finalizzata "Sperimentazione di un sistema di sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle Unità Ictus di II livello della Regione Veneto: registro ictus" (DGR n. 4273 del 29.12.2009); partecipazione al progetto CODERS – Coronary disease treatment evidence based medicine results toward evidence based health study (RSF 277/07 – ULSS 9 Treviso)

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Produzione dati sull'assistenza ospedaliera ai pazienti con IMA per la Commissione Regionale; definizione e predisposizione degli strumenti per la rilevazione dei dati nell'ambito del progetto "Sperimentazione di un sistema di sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle Unità Ictus di II livello" (scheda di rilevazione dati e applicativo software); analisi del database CODERS e collaborazione alla stesura della relazione finale.

Tempi

Presentazione dati a Commissione IMA: 15/03/2011.

Analisi del database CODERS e collaborazione alla stesura della relazione finale: luglio 2011.

Predisposizione scheda di rilevazione dati e applicativo software nell'ambito del progetto "Sperimentazione di un sistema di sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle Unità Ictus di II livello": novembre 2011

Attività n. 7

Infezioni Ospedaliere

Descrizione attività

Coordinamento regionale del progetto INF-OSS del CCM, in particolare del programma di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico; progettazione e conduzione di un'indagine sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni presso le Aziende sanitarie e le strutture private accreditate; sorveglianza delle infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani (progetto HALT)

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Analisi dei dati dell'indagine sull'attività di prevenzione e controllo delle infezioni presso le Aziende sanitarie e le strutture private accreditate; pubblicazione dei report regionali e per singola struttura sulla sorveglianza delle infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani (progetto HALT).

Tempi

Pubblicazione dei report sulla sorveglianza delle infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani: maggio 2011

Presentazione dei risultati dell'indagine sull'attività di prevenzione e controllo delle infezioni: novembre 2011

Attività n. 8

Traumatismi

Descrizione attività

Analisi dell'ospedalizzazione per traumatismi in generale e per traumi specifici.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Analisi dei trend di ricovero per trauma per grandi gruppi di età; analisi della tempestività operatoria nelle fratture di femore degli anziani.

Tempi

Analisi dei trend di ricovero per trauma: luglio 2011

Analisi della tempestività operatoria nelle fratture di femore degli anziani: ottobre 2011

Attività n. 9

Epidemiologia Ambientale e Professionale

Descrizione attività

Prosecuzione della sorveglianza degli effetti di condizioni climatiche estreme sulle condizioni di salute, con il supporto dell'ARPAV per la rilevazione dei dati climatici (DGR 862 del 21/11/2011); collaborazione con l'ARPAV su specifiche tematiche di epidemiologia ambientale.

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Pubblicazione relazione annuale sulla mortalità estiva in Veneto; collaborazione alla stesura del rapporto ARPAV "Pollini, ambiente e salute"

Tempi

Pubblicazione rapporto ARPAV "Pollini, ambiente e salute": marzo 2011

Pubblicazione relazione annuale sulla mortalità estiva in Veneto: dicembre 2011

Attività n. 10

Collaborazioni con strutture e centri regionali e nazionali

Descrizione attività

Partecipazione al progetto di ricerca del Ministero della Salute "Stima dell'incidenza di eventi avversi a partire dalle cartelle cliniche e dai sistemi informativi correnti" (Programma di interventi 2007 del Ministero della Salute).

Indicatore

Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)

Risultato Atteso

Completamento procedure SAS per il calcolo degli indicatori previsti dalla Ricerca; predisposizione rapporto finale di ricerca.

Tempi

Marzo 2011

Attività n. 11
Formazione
Descrizione attività
Realizzazione di corsi formazione per operatori del sistema sanitario regionale su temi inerenti l'epidemiologia e la sanità pubblica.
Indicatore
Realizzazione attività elencate alla voce "Risultato atteso" (SI/NO)
Risultato Atteso
Corso "Il nuovo modello per la certificazione delle cause di morte: peculiarità ed indicazioni per una corretta certificazione" rivolto ai medici e agli operatori coinvolti nella organizzazione e nella gestione dei registri aziendali delle cause di morte.
Corso "Statistica applicata all'Epidemiologia" rivolto agli operatori dei dipartimenti di prevenzione.
Tempi
Corso "Il nuovo modello per la certificazione delle cause di morte: febbraio 2011
Corso "Statistica applicata all'Epidemiologia": ottobre-novembre 2011

Attività n. 12
Pubblicazione del Bollettino IES - Informazione Epidemiologia Salute
Descrizione attività
Redazione e pubblicazione del Bollettino IES – Informazione Epidemiologia Salute: 4 numeri all'anno, 8 pagine per numero. Ogni numero contiene di norma un editoriale, due articoli su temi di epidemiologia e valutazione dei servizi curati dal SER, un articolo proposto da Centri/Enti esterni, una rubrica contenente notizie dal mondo dell'epidemiologia.
Indicatore
Numero di Bollettini pubblicati
Risultato Atteso
Pubblicazione di tre numeri del Bollettino.
Tempi
Dicembre 2011

Attività n. 13
Pubblicazione di Articoli Scientifici
Descrizione attività
Pubblicazioni scientifiche su riviste con Impact Factor (articoli, editoriali, lettere) a partire dai risultati ottenuti nell'attività corrente di analisi dei dati epidemiologici e dei dati sul ricorso ai servizi sanitari in Veneto.
Indicatore
Numero di articoli scientifici pubblicati
Risultato Atteso
5 pubblicazioni su riviste con Impact Factor.
Tempi
Dicembre 2011

Struttura: RTV - Registro Tumori del Veneto

Piano di Attività Anno 2011

Attività n. 1
Definizione delle diagnosi di neoplasia incidenti nella popolazione coperta dall'RTV dal 1.1.1990 (ex ULSS 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 13, 18, 25, 29, 30, 35) e dal 1.1.1998 (ex ULSS 17 e 31) La popolazione complessiva residente è di 1.951,411 (42 %)

La procedura si articola in tre fasi:
- la prima è l'individuazione delle diagnosi relative ai residenti nel Veneto, mediante linkage con l'Anagrafe regionale Sanitaria;
- la seconda, consiste nell'applicazione ai casi così individuati, della procedura di assegnazione automatica della diagnosi.
- La terza è la risoluzione manuale, mediante ricerca attiva da parte del personale medico o addestrato del Registro, dei casi per i quali non è stata assegnata la diagnosi automatica per incompletezza o discordanza delle fonti informatizzate.
- La quarta è l'aggiornamento fisico del Data Base del Registro. Una volta conclusa la risoluzione manuale dei casi rigettati, il cui esito viene inserito in un Data Base intermedio di lavoro, è necessario riversare i dati di quest'ultimo sul Data Base vero e proprio del Registro. Inoltre, in chiusura dell'aggiornamento di un periodo di incidenza, bisogna riordinare, tramite programmi creati appositamente, alcune tabelle del Data Base del Registro anche per i casi definiti automaticamente

Indicatore:
a) percentuale di casi incidenti risolti dalla procedura di assegnazione automatica delle diagnosi
b) percentuale di casi rivisti singolarmente sul totale dei casi rigettati dalla procedura automatica

Risultato atteso:
a) almeno il 45% dei casi risolti dalla procedura automatica
b) almeno il 60% dei casi rivisti singolarmente

Tempi: dicembre 2011

Attività n. 2
Acquisizione e validazione delle fonti diagnostiche e dell'anagrafe sanitaria regionale
Anagrafe sanitaria: aggiornamento a febbraio 2011
L'Anagrafe Sanitaria relativa agli assistibili attivi e i files dei movimenti di popolazione forniti dalle ASL, vengono assemblati in un'unica anagrafe regionale dopo una serie di controlli quantitativi e qualitativi. Vengono identificate le posizioni assistenziali non corrette: soggetti "attivi" in più ASL contemporaneamente, deceduti che risultano ancora "attivi", i soggetti anagraficamente diversi con identico numero di codice sanitario.
Anatomia patologica: Controllo di completezza degli archivi 2007-2008, validazione e linkage con l'anagrafe sanitaria aggiornata.
Deve essere effettuato il controllo di completezza degli archivi di anatomia patologica, l'individuazione dei codici Snomed non conformi, la loro sostituzione e inserimento. L'archivio corretto deve essere poi linkato con l'anagrafe sanitaria.
Da acquisire gli archivi 2008 di Verona.

Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) e Schede di morte
Controllo degli archivi 2007 – 2009 di entrambe le fonti.
Indicatore: numero di records trattati e linkati con ana-

grafe sanitaria per singola fonte (SDO, anatomia patologica, schede di morte)

Risultato atteso: circa 900.000 SDO, circa 400.000 referti di anatomia patologica, circa 45.000 schede di morte
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 3
Riattivazione del Registro dell'ASL 12 Veneziana (popolazione 304.000 residenti) e aggiornamento al 2006
Applicazione della procedura di definizione automatica dell'incidenza e risoluzione dei casi manuali.
Indicatore:
a) percentuale di casi incidenti risolti dalla procedura di assegnazione automatica delle diagnosi
b) percentuale di casi rivisti singolarmente sul totale dei casi rigettati dalla procedura automatica
Risultato atteso:
a) almeno il 45% dei casi risolti dalla procedura automatica
b) almeno il 60% dei casi rivisti singolarmente
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 4
Elaborazione di dati su singole sedi neoplastiche
Analisi dell'incidenza, sopravvivenza, prevalenza e mortalità per sedi neoplastiche specifiche nel Veneto.
Indicatore: lista di sedi tumorali e sottogruppi di popolazione oggetto di analisi specifica
Risultato atteso: almeno 4 delle seguenti sedi e sottogruppi di popolazione: ovaio, testicolo, prostata, gliomi, mammella giovanile e anziani
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 5
Elaborazione dei dati di incidenza dei tumori fino al 2005 per singola ASL
Calcolo del numero medio annuo dei casi di neoplasia per sede; calcolo dei tassi grezzi e standardizzati, dell'andamento temporale, confronto con il dato medio di registro, dati di prevalenza
Indicatore: lista delle ASL oggetto di analisi specifiche
Risultato atteso: almeno 3 tra le 11 ASL coperte dal Registro
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 6
Analisi e sviluppo procedura per la visualizzazione della documentazione sanitaria scansionata
Preparazione delle specifiche funzionali
Indicatore: produzione della versione di prova del software per la visualizzazione della documentazione sanitaria scansionata
Risultato atteso: superamento del test di prova sulla casistica con un solo allegato scansionato
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 7
Standardizzazione gestione dati studi epidemiologici
Sviluppo programma
Indicatore: produzione di un software per la gestione dei dati relativi a studi epidemiologici
Risultato atteso: superamento del test di prova relativo alla versione 1.0 del software per lo studio impatto mammella
Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 8
Studi epidemiologici
Studio nazionale sulla sopravvivenza dei tumori in Italia

Centri partecipanti: AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori Onlus
Analisi della sopravvivenza di coorte 2000 – 2004 con FU 2009.
Partecipazione al data base nazionale, all'elaborazione dei dati e alla stesura del rapporto nazionale.
Indicatore: contributo alla stesura della monografia AIRTUM 2011 sulla sopravvivenza
Risultato atteso: pubblicazione monografia
Tempi: Dicembre 2011

AIRTUM Aggiornamento della banca dati nazionale
Centri partecipanti: AIRTUM- Associazione Italiana Registri Tumori Onlus
Invio dei dati di incidenza 2003 – 2005 dell'ASL 12 Veneziana.
Indicatore: n° casi di Venezia inviati alla banca dati per singolo anno di incidenza
Risultato atteso: circa 2.300 casi annui
Tempi: Dicembre 2011

CARL Study Cancer AIDS Registry Linkage
Centri partecipanti: Registro Tumori del Veneto CRO Aviano – ISS
Incrocio sistematico del sistema di sorveglianza nazionale per l'AIDS e i Registri Tumori.
Per il Veneto deve essere aggiornato l'archivio con i dati 2004-2005.
Indicatore: n° casi incidenti di tumore 2004-2005 linkati con il registro nazionale AIDS
Risultato atteso: almeno 10 casi annui
Tempi: Dicembre 2011

Stesura di un manuale per l'informatizzazione e l'automazione dei Registri Tumori Italiani
Centri partecipanti: AIRTUM Onlus – RTV – Rete dei registri italiani
Lo studio prevede la stesura di indicazioni metodologiche per il trattamento delle fonti informative dei Registri tumori, la loro valutazione automatica ed il trattamento dati.
Indicatore: stesura del manuale
Risultato atteso: pubblicazione on-line di almeno 2 capitoli
Tempi: La monografia sarà pubblicata entro il 2011

Genetic-epidemiological study of BRCA1 and BRCA2 founder mutations in sporadic and familial breast-ovarian cancer in the population of South Tyrol and the Alpine region
Centri partecipanti: Centro senologico, Osp. Merano (BZ),

Laboratorio biomolecolare, Osp. Merano (BZ), U.O. Oncologia medica, Osp. S. Chiara Trento (TN), U.O. Ginecologia, Osp. S. Chiara Trento (TN),

U.O. Patologia, Osp. S. Chiara Trento (TN), Registro Tumori di Trento, Registro Tumori del Veneto, U.O. Oncologia medica, Osp. Belluno (BL), U.O. Oncologia medica, Osp. Feltre (BL)

RTV: individuazione di tutti i casi di ca. mammella ed ovaio, residenti in provincia di Belluno, con diagnosi istologicamente accertata, incidenti nel periodo 2001-2005.(Tot. 442 soggetti)

Indicatore: percentuale delle informazioni relative a stadio grading e stato ormonale raccolte sui 442 casi di tumore della mammella e ovaio in provincia di Belluno

Risultato atteso: almeno il 66% dei referti

Tempi: Dicembre 2011

Valutazione del profilo diagnostico-terapeutico e di costo dei pazienti di colon retto in Veneto e Toscana

Centri partecipanti: Registro Tumori del Veneto, ISS, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - CNR, Università Tor Vergata

- Record linkage tra i casi incidenti per tumore del colon retto nel 2000-2001 a Padova e a Firenze-Prato con le schede di dimissione ospedaliera (SDO) del periodo 2000-2006
- Calcolo del costo ospedaliero in base alle tariffe ministeriali del 1997 DRG versione 10 valide fino al 2006.
- Ricostruzione del percorso terapeutico del paziente nelle 3 fasi: iniziale (entro un anno dalla diagnosi); intermedia (periodo tra la fase iniziale e finale); finale (entro un anno dalla morte)
- Stima dei costi per fase di trattamento, stadio ed età alla diagnosi

Indicatore:

a) percentuale di casi incidenti linkati con le SDO
b) sviluppo di una procedura per il calcolo del costo medio ospedaliero per fase di malattia, età e stadio alla diagnosi

Risultati attesi:

a) almeno l'80% dei casi linkati
b) determinazione del costo medio della casistica

Tempi: Pubblicazione articolo scientifico dicembre 2011

IMPACT

Centri partecipanti: RTV - Registri Tumori Genova, Piemonte, Biella, Sondrio, Milano, Trento, Friuli Venezia Giulia, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Romagna, Toscana, Umbria, Latina, Napoli, Palermo, Catania, Messina, Siracusa, Trapani, Sassari

Descrizione: Partecipazione agli studio sull'impatto degli screening mammografico, citologico e colo rettale, sulla mortalità causa specifica e sugli interventi conservativi.

Attività 2011: costituzione degli archivi per screening citologico e colo rettale; analisi quadro epidemiologico di base; stesura e pubblicazione di articoli scientifici; partecipazione agli Steering Committee degli studi.

Indicatore: numero di casi di tumore della cervice uterina e di tumore del colon retto inclusi nello studio e forniti ai centri capofila dei due progetti

Risultato atteso: Monitoraggio di almeno 350 casi di tumore della cervice uterina e 1800 casi di tumore del colon retto

Tempi: Dicembre 2011

NTCC (Nuove Tecnologie per il Cervico Carcinoma)

Centri partecipanti: RTV, CPO Piemonte, ISPO Firenze, ASP Lazio, programma di screening citologico di Trento, programma regionale di screening citologico dell'Emilia-Romagna

Descrizione: Coordinamento della partecipazione dei programmi di screening citologico di Padova e Verona ad un trial randomizzato multicentrico sull'utilizzo del test per la ricerca dell'HPV e la citologia su strato sottile nello screening citologico.

Attività 2011: costituzione degli archivi sul secondo rescreening; stesura e pubblicazione di articoli scientifici; partecipazione agli Steering Committee dello studio.

Indicatore: invio dell'archivio dei dati sul secondo rescreening al centro capofila dello studio

Risultato atteso: avvenuto invio dell'archivio

Tempi: Dicembre 2011

PIO - (Progetto Integrato in Oncologia). Interventi per incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici della popolazione (Progetto del Piano Regionale Prevenzione - PRP 2010-2012)

Centri partecipanti: RTV, CPO Piemonte, ISPO Firenze, ASP Lazio, Programma regionale di screening dell'Emilia-Romagna, ASL 2 Perugia

Attività RTV per il 2011:

1. Sviluppo di un tracciato record per la valutazione del grado di fidelizzazione da parte dell'utenza per lo screening mammografico tramite l'indagine sulla popolazione invitata almeno tre volte;
2. Produzione del documento "Immigrati e screening in Italia" descrizione degli interventi italiani di screening mirati alla popolazione immigrata e del contesto teorico di riferimento

Indicatore: produzione ed invio al centro capofila del tracciato record + stesura della bozza avanzata del documento "Immigrati e screening in Italia"

Risultato atteso: tracciato record prodotto; bozza avanzata del documento "Immigrati e screening in Italia" predisposta.

Tempi: Luglio 2012

Screening opportunistico del carcinoma della prostata e del melanoma

Centri partecipanti: RTV, ISPO Firenze, ASP Lazio, ASL 1 Sassari, IDI IRCCS (Roma)

Descrizione:

1. Coordinamento del progetto multicentrico che, attraverso l'utilizzo di flussi correnti dell'attività specialistica e delle SDO, intende produrre una stima dell'uso spontaneo del PSA e della successiva pratica di biopsie
2. Valutazione di entità, efficienza e costi degli esami clinici utilizzati nella pratica clinica corrente per la diagnosi precoce del melanoma.

Attività 2011: analisi dei dati e stesura della relazione finale del progetto; stesura e pubblicazione di articoli scientifici.

Indicatore: stesura della relazione finale del progetto

Risultato atteso: relazione finale del progetto inviata all'Ente finanziatore

Tempi: Luglio 2011

Utilizzo del test HPV nello screening del cervicocarcinoma

Centri partecipanti: RTV, ASL 15 Alta Padovana, ASL 16 Padova, ASL 17 Este, ASL Brescia, ASL Valcamonica, ISPO -ASL Firenze, ASL Roma G

Attività 2011: attivazione e/o prosecuzione di programmi pilota con il test HPV nelle Aziende ULSS 15, 16 e 17 con l'utilizzo di protocolli clinico diagnostici, materiali informativi e dotazione informatica dedicati e comuni.

Indicatore: numero di donne screenate con il test HPV dalle tre Aziende ULSS nel 2011.

Risultato atteso: almeno 15.000 donne screenate utilizzando il test HPV dalle 3 Aziende ULSS nel 2011.

Tempistica: Dicembre 2011

Attività n. 9

Coordinamento e supporto tecnico dei programmi di screening

Centri partecipanti: RTV, Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, CED Regionale del Veneto, Responsabili e operatori dei programmi di screening delle ULSS del Veneto, Osservatorio Nazionale Screening

Attività RTV per il 2011:

- Coordinamento dei programmi di screening citologico, screening mammografico e screening colo-rettale delle ULSS del Veneto
- Supporto tecnico ai programmi
- Supporto tecnico all'installazione del nuovo sistema informativo regionale su piattaforma Web per i tre screening oncologici
- Consulenza per l'Accreditamento istituzionale dei tre screening delle Aziende ULSS del Veneto
- Invio all'Osservatorio Nazionale Screening dei dati relativi alle attività svolte nel 2010 dai programmi di screening del Veneto
- Realizzazione della survey nazionale della attività di screening colorettale

Indicatori:

1. produzione del rapporto regionale dello screening mammografico, citologico e colo-rettale relativo all'anno 2009
2. numero di Aziende ULSS in cui è stato installato e messo a regime il software gestionale di screening regionale
3. numero di visite di verifica di Accreditamento Istituzionale LR 22/2002 effettuate presso i programmi di screening del Veneto
4. produzione ed invio all'Osservatorio Nazionale Screening delle schede con i dati di attività del 2010 di tutti i programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto
5. produzione del rapporto della survey nazionale della attività di screening colorettale relativo alle attività del 2009.

Risultati attesi:

1. rapporto regionale dello screening mammografico, citologico e colo-rettale relativo all'anno 2009 edito a stampa
2. installazione e messa a regime del software gestionale di screening regionale in almeno 10 programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto
3. partecipazione ad almeno 8 visite di verifica di Accreditamento Istituzionale effettuate presso programmi di screening del Veneto
4. schede con i dati di attività del 2010 di tutti i programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto inviate all'Osservatorio Nazionale Screening
5. rapporto della survey nazionale della attività di screening colorettale relativo alle attività del 2009 prodotto

Tempi: Dicembre 2011

Attività n. 10

Formazione degli operatori dei programmi di screening

Descrizione: fornire ai diversi operatori professionali gli strumenti conoscitivi e le competenze necessarie per raggiungere e mantenere gli alti standard qualitativi richiesti dai programmi di screening

Attività 2011:

- corso: Confronto interistituzionale in patologia mammaria da screening
- corso: Confronto interistituzionale in patologia cervico-vaginale da screening

Indicatori: numero di operatori formati tramite i corsi in programma

Risultati attesi: almeno 130 operatori formati tramite i corsi in programma

Tempi: Dicembre 2011

Struttura: Registro Nord Est Italia delle Malformazioni Congenite

Piano di Attività: Anno 2011.

Attività n. 1

Sorveglianza

Sorveglianza neonatale e prenatale delle malformazioni congenite, con particolare attenzione alle situazioni di possibile allarme emerse negli ultimi anni (descrizione dell'attività)

Indicatore: Relazione annuale

Risultato atteso: controllo della prevalenza delle malformazioni congenite

Tempi: 1 anno

Attività n. 2

Confronto dei risultati con altri Registri Italiani e Internazionali.

Parametro di riferimento: partecipazione alle riunioni del Coordinamento Nazionale dei Registri delle Malformazioni Congenite.

Risultato Atteso: verifica della qualità del rilevamento

Tempi: 1 anno

Attività n. 3

Implementazione dei dati di rilevamento.

- Implementazione dei dati con le schede SDO e con altre fonti informative quali il registro delle interruzioni spontanee di gravidanza ed il registro anatomo-patologico.
- Integrazione dei dati del Registro con i dati delle SDO; riunione annuale dei partecipanti alla registrazione delle malformazioni congenite.

Parametro di riferimento: Tabelle di prevalenza.

Risultato Atteso: stima della prevalenza delle malformazioni congenite

Tempi: 6 mesi dal ricevimento dei dati SDO e CEDAP

Struttura: RVDT - Registro Veneto Dialisi e Trapianto

Piano di attività Anno 2011

Attività n. 1

Attività: Registro Dialisi e Trapianto

- Pubblicazione in italiano e in inglese del report anni 2008-2009
- Raccolta ed elaborazione dati del 2010 e presentazione in formato elettronico al congresso Società Triveneta di Nefrologia 2011

Risultato Atteso: raccolta 100% dati 2010 e pubblicazione
Tempi entro i primi mesi 2012 Attività n. 2

Attività n. 2

Attività: Registro Sezione "Sindrome Nefrosica Pediatrica"

Implementazione della parte anagrafica del registro "Sezione Sindrome Nefrosica Pediatrica
Risultato Atteso ottimizzazione della copertura del registro e raccolta dati del 2010
Tempi entro il 2011

Attività n. 3

Attività: Registro Biopsie Renali

Raccolta ed elaborazione dati 2010 e presentazione in formato elettronico al Congresso Societa'
Triveneta di Nefrologia del 2011
Risultato Atteso raccolta del 100 % dei dati del 2010
Tempi entro il 2011

Struttura: Registro Regionale Veneto dei casi di Mesotelioma Asbesto Correlati

Piano di attività Anno 2011

Attività n. 1
Raccolta dati
Richiesta semestrale a strutture competenti di fornire dati di incidenza del mesotelioma e della mortalità per tumore primitivo pleurico nei residenti del Veneto
Indicatore: 100% richieste effettuate/dati inviati da struttura interpellata
Risultato Atteso: Dossier clinici approfonditi
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 2
Aggiornamento dati
Aggiornamento delle informazioni con procedure predefinite utilizzando il software del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM)
Parametro di riferimento: 100% nuovi casi registrati
Risultato Atteso: Progressione Registro del Veneto
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 3
Valutazione diagnostica
Valutazione dell'evidenza diagnostica.
Parametro di riferimento: 100% casi trattati/casi classificati
Risultato Atteso: Classificazione dei casi clinici per evidenza diagnostica secondo i criteri ReNaM
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 4
Notifica casi
Invio dei casi di mesotelioma identificati agli Spisal delle AULSS per effettuare approfondimenti anamnestici
Parametro di riferimento:100% casi inviati
Risultato Atteso: Approfondimento da parte di Spisal dei casi identificati attraverso interviste
Tempi: Entro dicembre

Attività n. 5
Accordi INPS
Costituzione di accordo di collaborazione con INPS regionale e Nazionale sui periodi contributivi dei soggetti
Parametro di riferimento:100% periodi contributivi ricevuti /registrati
Risultato Atteso: Raccolta periodi contributivi INPS mediante Spisal delle AULSS del Veneto
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 6
Identificazione aziende
Identificazione delle aziende del Veneto con casi di mesotelioma con esposizione lavorativa certa nei dipendenti e/o che hanno usato amianto (Fonti: casi indagati, archivio regionale delle bonifiche autorizzate, documentazione su consumi di amianto)
Parametro di riferimento: 100% aziende con casi di mesotelioma registrate
Risultato Atteso: Costruzione e sviluppo di un archivio informatizzato delle aziende
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 7
Rapporti collaborativi
Costituzione di una rete di rapporti collaborativi a livello nazionale
Parametro di riferimento: 100% Cor collaboranti
Risultato Atteso: Segnalazione sistematica dei casi extraregionali tra COR di competenza
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 8
Raccolta risposte SPISAL
Raccolta sistematica risposte da Spisal del Veneto di approfondimenti anamnestici (interviste, o altro)
Parametro di riferimento: 100% Spisal collaboranti
Risultato Atteso: Identificazione nei casi di mesotelioma di pregresse esposizioni a fattori di rischio
Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 9
Assegnazione Grado Esposizione

Assegnazione al singolo caso di mesotelioma con dossier completo della probabilità di esposizione ad amianto e radiazioni ionizzanti.

Parametro di riferimento:100% casi codificati per tipo e caratteristiche di esposizione

Risultato Atteso: Codifica dei casi secondo i criteri ReNaM: occasione di esposizione; settore lavorativo; azienda; mansione

Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 10

Invio dati Renam

Trasmissione al RENAM dati raccolti a livello regionale.

Parametro di riferimento: 4° rapporto nazionale

Risultato Atteso: Sviluppo del Registro Nazionale dei Mesoteliomi

Tempi: date definite a livello nazionale

Attività n. 11

Individuazione casi operati

Identificazione continuativa dei casi di mesotelioma sottoposti in Veneto a pleuro-pneumonectomia o autopsia tramite rapporto collaborativo con Chirurgie Toraciche e Istituti di Medicina Legale

Parametro di riferimento: 80% campioni disponibili

Risultato Atteso: Raccolta di materiale per analisi in ME

Tempi: Entro Dicembre

Attività n. 12

Invio materiale e raccolta dati

Invio al bisogno del materiale ad ARPA, Sez. Microscopia Elettronica, Milano e raccolta risposte

Parametro di riferimento:100% risultati aggiornati

Risultato Atteso: aggiornamento registro informatico dei risultati

Tempi: Entro dicembre

Attività n. 13

Produzione Report

Produzione report

Parametro di riferimento: 1 report finale

Risultato Atteso: Report prodotto e consegnato a Direzione Prevenzione della Regione

Tempi: Entro dicembre

Struttura: Coordinamento Regionale sul Farmaco

Piano di Attività – Anno 2011

Unità di Informazione sul Farmaco

c/o Azienda Ulss n. 20 di Verona – UOC Servizio Farmaceutico

Attività n. 1

Progetto ARPA (Appropriatezza e razionalizzazione delle prescrizione attraverso l'autoanalisi): uno strumento per i Patti aziendali con la Medicina Generale

La spesa farmaceutica territoriale convenzionata, in assenza dei provvedimenti di taglio dei prezzi, del meccanismo di pay-back e dell'introduzione sul mercato dei farmaci equivalenti, avrebbe continuato ad aumentare, in analogia alle quantità prescritte. Tale incremento in alcuni casi è giustificato e auspicabile. L'aumento del numero di persone in terapia con antipertensivi o statine in maniera continuativa, se i soggetti da trattare sono individuati in modo appropriato, è un indice di maggiore attenzione alla salute dei cittadini.

Assai diverso è l'incremento generato dal ricorso a farmaci a costo più elevato privi di evidenze scientifiche. In considerazione delle norme di revisione dei tetti di spesa e degli obiettivi di risparmio posti a livello centrale e regionale, è importante monitorare l'appropriatezza prescrittiva con progetti delle singole Aziende ULSS o regionali, rivolti ai medici di medicina generale, agli specialisti e agli ospedalieri che favoriscano la prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto in maniera condivisa tra ospedale e territorio. Il progetto ARPA si pone come obiettivo quello di migliorare l'appropriatezza d'uso dei farmaci con conseguente diminuzione della spesa farmaceutica e di uniformare la prescrizione H-T di trattamenti cronici la cui presa in carico ricade sulla medicina generale.

Valutazione degli esiti

- quota di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto o con il miglior profilo costo-efficacia all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti
- tasso di continuità delle terapie con statine
- riduzione della spesa farmaceutica pro capite
- numero di riunioni di gruppo gestite da un coordinatore nominato dai MMG stessi e opportunamente formato, scelto tra i MMG del gruppo
- numero di riunioni di gruppi di lavoro H-T sulle aree terapeutiche di competenza della MG maggiormente soggette a induzione specialistica (patologie respiratorie, osteoporosi)

Risultati attesi

1. Maggior appropriatezza nell'uso dei farmaci appartenenti ai gruppi terapeutici individuati nel progetto, misurata attraverso appositi indicatori.
2. Diminuzione della spesa farmaceutica regionale stimabile attorno al 2-3% della spesa complessiva a seconda dei gruppi terapeutici scelti.
3. Rafforzamento culturale della categoria dei MMG con una minore subalternità verso gli specialisti e una maggiore consapevolezza del proprio ruolo nei confronti degli assistiti.
4. Consolidamento dei Servizi Farmaceutici Territoriali della Regione come punto di riferimento:

a. per le Aziende Sanitarie, nel monitoraggio delle prescrizioni, nelle iniziative per migliorarne la qualità e nella definizione e gestione dei Patti Aziendali;
b. per i medici, per i quali devono diventare fonte di informazione indipendente e consulenti per un miglior utilizzo del farmaco.

5. Miglioramento della continuità H-T di trattamenti cronici la cui presa in carico ricade sulla MG.

Durata del progetto

Il progetto ha durata triennale.

Attività n. 2

Introduzione di un'infrastruttura tecnologica per una vigilanza attiva sulle sperimentazioni cliniche in Regione Veneto

Nella Regione Veneto i Comitati Etici per la sperimentazione Clinica (CE) sono stati riorganizzati, prevedendo un CE presso ciascuna Azienda Ospedaliera/IRCSS ed uno per ciascuna provincia, con sede presso l'Azienda ULSS capoluogo. Tale assetto organizzativo è stato successivamente completato, prevedendo: una segreteria con personale esperto e dedicato per ogni CE; un Nucleo per la Ricerca Clinica (NRC) per ogni ULSS, Azienda Ospedaliera, Ospedale classificato, con funzioni di coordinamento e gestione organica a livello locale di tutte le attività connesse alla ricerca; regole comuni per il funzionamento tecnico ed amministrativo su tutto il territorio regionale. La rete regionale coordinata e integrata di strutture e competenze scientifiche così costituita necessita di un'infrastruttura tecnologica che consenta di raccordare operativamente gli Uffici di Segreteria Scientifica dei CE, i Nuclei per la Ricerca Clinica e le Commissioni per la Ricerca in Medicina Territoriale tra loro, con il livello regionale e con quello nazionale.

Il progetto si propone la costruzione e il mantenimento di un sistema telematico che consenta la condivisione, la tracciabilità dei lavori e la creazione di un archivio della documentazione relativa alle attività dei CE, dei NRC e delle CoRiTer che operano nella Regione Veneto, allo scopo di svolgere un'attività di vigilanza attiva sulle sperimentazioni cliniche condotte in Regione Veneto e un'attività di supporto tecnico-operativo nei confronti del Comitato di Bioetica regionale.

Valutazione degli esiti

1. Costituzione di una rete integrata tra il Centro di Riferimento sul Farmaco, il Comitato Regionale di Bioetica, i Comitati Etici, gli Uffici di Segreteria Scientifica dei Comitati Etici, i Nuclei per la Ricerca Clinici, le Commissioni per la Ricerca in Medicina Territoriale della Regione Veneto.
2. Verifica del numero di sperimentazioni cliniche con medicinali che hanno subito modifiche per sicurezza in corso di svolgimento.
3. Analisi del profilo di sicurezza dei farmaci in sperimentazione sulla base delle segnalazioni di eventi avversi gravi o inattesi.

Durata del progetto

Il progetto ha durata biennale.

Attività n. 3

Prescrizioni di antibiotici in pediatria: un'opportunità di audit

Nel 2004 nella Regione Veneto è stato attivato un programma di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in Pediatria di famiglia, in applicazione dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Il progetto definiva i percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) delle patologie di più frequente riscontro negli ambulatori pediatrici, in particolare quelle che inducono maggiormente la prescrizione di antibiotici sistemici. I PDT indirizzano verso un ricorso più selettivo agli antibiotici e verso l'utilizzazione preferenziale come prima scelta di amoxicillina nella patologia infettiva acuta non complicata. L'adozione dei PDT ha determinato un moderato miglioramento dell'appropriatezza: diminuzione del tasso di prescrizione di antibiotici; tangibile aumento della prescrizione di penicilline, in particolare amoxicillina, anche e soprattutto come prima scelta, con contemporanea diminuzione delle altre classi di antibiotici, molto marcata per le cefalosporine.

I dati raccolti, nei quali il farmaco può funzionare da marker di un percorso diagnostico e gestionale non ottimale, possono prestarsi ad una necessaria fase di audit per la Pediatria nel suo complesso: la Pediatria di famiglia ha infatti bisogno di raccordarsi adeguatamente con il secondo e terzo livello, che dovrebbero essere coinvolti nei PDT in modo pieno e sistematico. Non si può inoltre trascurare il ruolo del contesto assistenziale, in cui la famiglia può determinare un'induzione alla prescrizione, nascondendo problematiche più complesse di quanto appaia nella realtà quotidiana. I PLS, al di là dell'aspetto fiscale del controllo della loro attività, devono saper cogliere la sfida in termini propositivi ed in una visione non semplificata della prescrizione farmaceutica L'appropriatezza resta il vero obiettivo da perseguire, nonostante gli esigui costi della prescrizione pediatrica rispetto alla spesa farmaceutica totale.

Il progetto si pone come obiettivo quello di migliorare l'appropriatezza d'uso degli antibiotici in pediatria attraverso la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici tra ospedale e territorio e l'empowerment dei genitori.

Valutazione degli esiti

- quota di prescrizione di antibiotici in pediatria
- tipologia di antibiotici prescritti in pediatria
- numero di riunioni di gruppi di lavoro H-T nelle patologie di più comune riscontro nell'area delle cure primarie pediatriche
- numero di leaflet prodotti dedicati ai genitori

Risultati attesi

1. Maggior appropriatezza nell'uso di antibiotici in pediatria
2. Rafforzamento culturale della categoria dei PLS
3. Consolidamento dei Servizi Farmaceutici Territoriali della Regione come punto di riferimento:

a. per le Aziende Sanitarie, nel monitoraggio delle prescrizioni e nelle iniziative per migliorarne la qualità;
b. per i medici, per i quali devono diventare fonte di informazione indipendente e consulenti per un miglior utilizzo del farmaco.
c.

Durata del Progetto

Il progetto ha durata triennale.

Coordinamento

c/o Azienda Ulss n. 20 di Verona – UOC Servizio Farmaceutico

Attività regionali relative ai farmaci e ai dispositivi medici

- Gestione e aggiornamento della rete regionale della dispositivo vigilanza
- Segreteria regionale della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei dispositivi medici (CTRDM)
- referente regionale per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale
- amministratore di sicurezza regionale responsabile della gestione delle utenze e dei relativi profili che consentono per conto della Regione l'accesso al sistema di monitoraggio dei consumi dei Dispositivi Medici
- Amministratore di sicurezza regionale, con competenze farmaceutiche, dei flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero.

Attività di collaborazione per aggiornamento della normativa regionale:

- Collaborazione per aggiornamento normativa vigente in materia di prescrizione farmaceutica ed integrativa
- Revisione e aggiornamento centri autorizzati alla prescrizione di farmaci con piano terapeutico
- Revisione dei progetto di legge sulla disciplina delle funzioni e dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica territoriale
- Stesura e aggiornamento Libro Bianco

Attività di segreteria dei Coordinamento

UVEF Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco
c/o Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Attività n. 1
Attività regionale di Technology Assessment (TA)
Obiettivo:

- Mantenere un centro permanente di HTA sui farmaci e dispositivi medici a supporto della programmazione e del governo regionale in ambito farmaceutico
- Supportare le attività delle Commissioni CTR per il PTORV e CTRDM
- Partecipare a progetti nazionali ed europei in ambito di HTA
- Supportare le attività di HTA delle Aziende Sanitarie

Parametro di riferimento:

- Predisposizione di report e documenti di indirizzo/linee guida relativi a farmaci e dispositivi
- diffusione delle informazioni tramite un sito internet www.uvef.it e una newsletter dedicata
- partecipazione a progetti HTA nazionali e internazionali (RIHTA/EunetHTA)

Risultato Atteso

- Predisposizione di almeno 40 report di HTA su farmaci/dispositivi medici
- Predisposizione di almeno 4 documenti indirizzo su farmaci o dispositivi (sulla base delle esigenze di programmazione farmaceutica regionale)
- partecipazione ad almeno 2 progetti nell'ambito di reti nazionali ed europee di HTA (RIHTA e EUnetHTA)

Tempi: anno 2011

Attività n. 2
Attività di analisi e valutazione dei consumi ospedalieri
Obiettivo:

- Attivare un monitoraggio regionale dei consumi e della spesa dei farmaci e dei dispositivi medici in ospedale e fornire una reportistica alla Regione e alle singole aziende sanitarie che consenta di individuare precocemente gli incrementi di spesa
- Attivare un processo di validazione dei contenuti dei quattro flussi regionali attinenti alla farmaceutica ospedaliera: flusso consumi ospedalieri dei farmaci e dei dispositivi medici, flussi distribuzione diretta; flusso contratti dispositivi medici

Parametro di riferimento:

- attivazione di metodi e strumenti per la validazione qualità del dato
- predisposizione e trasmissione dei report di consumo alle aziende sanitarie

Risultato Atteso

- Migliorare la qualità dei flussi regionali della farmaceutica
- Contribuire al governo della spesa farmaceutica erogata dagli ospedali

Tempi: anno 2011

Attività n. 3
Programma di monitoraggio intensivo di farmaci e dispositivi medici
Obiettivo

- Aumentare l'aderenza ai registri AIFA attraverso una maggior condivisione del razionale dei programmi di monitoraggio tra medici e farmacisti
- Attivare programmi di monitoraggio intensivo regionale su farmaci e dispositivi medici ad elevato costo
- Attivare programmi di vigilanza sugli incidenti derivanti da dispositivi medici
- Monitorare l'aderenza delle Aziende sanitarie agli obiettivi C1 di cui alla DGR 3140/2010

Parametro di riferimento

- Predisposizione di un rapporto annuale sulle informazioni cliniche e farmaceutiche derivanti dai registri AIFA
- Predisposizione di una reportistica trimestrale sull'andamento degli obiettivi C1 di cui alla DGR 3140/2010
- Definizione di una Linea guida Regionale per la gestione degli incidenti con dispositivi medici
- Attivazione di un registro regionale su dispositivi medici ad elevato costo e complessità tecnologica

Risultato Atteso

- Aumento del grado di aderenza ai registri AIFA
- Buona performance di raggiungimento degli obiettivi C1 assegnati ai Direttori Generali
- Attivazione di un programma informatizzato di raccolta degli incidenti da dispositivi emdici
- Attivazione di un programma regionale di monitoraggio dell'uso delle Valvole aortiche trans catetere (TAVI)

Tempi anno 2011

U. F. Unità di Farmacovigilanza
c/o Servizio di Farmacologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Attività n. 1
Centro Regionale di Farmacovigilanza
La normativa attuale in materia di Farmacovigilanza prevede che le Regioni si possano avvalere di Centri Regionali di Farmacovigilanza. Le attività sono collegate all'inserimento, alla gestione e all'analisi delle schede di segnalazione nella

Rete Nazionale di Farmacovigilanza nella Regione Veneto e all'informazione di ritorno direttamente verso i Responsabili di Farmacovigilanza delle ASL e ai cittadini, tramite anche un bollettino di farmacovigilanza

Parametro di riferimento Numero delle segnalazioni di ADR da farmaci e vaccini nella Regione e valutazione della sicurezza dei farmaci utilizzati nel territorio

Risultato Atteso Incremento del numero di segnalazioni

Tempi Il progetto è pluriennale

Attività n. 2

Progetto regionale per ridurre le reazioni avverse ai farmaci legati ad errori nei trattamenti farmacologici.

Il progetto vuole stimare la frazione delle ADR da farmaci in ospedale legate ad errori nel trattamento farmacologico, individuare le cause più frequenti di errore nel trattamento farmacologico, ridurre gli errori nei trattamenti farmacologici tramite un intervento formativo e valutare l'adesione del personale sanitario al sistema di farmacovigilanza

Parametro di riferimento Prevalenza delle ADR evitabili (conseguenti a errori medici), identificazione dei fattori di rischio per le ADR e per gli errori durante il trattamento farmacologico

Risultato Atteso Riduzione delle patologie iatrogene, con conseguenti diminuzione dei costi sanitari legati all'ospedalizzazione

Tempi Il progetto è annuale

Attività n. 3

Il farmacista nella segnalazione delle reazioni avverse da farmaci da parte del cittadino: progetto interregionale

Il progetto vuole promuovere il coinvolgimento dei cittadini nel sistema della segnalazione spontanea di reazioni avverse da farmaci tramite le farmacie aperte al pubblico. Una prima fase già svolta mostra che vista l'ampia diffusione territoriale delle farmacie e lo stretto rapporto tra il farmacista e il cittadino, il farmacista potrebbe diventare fondamentale nel promuovere e facilitare la segnalazione diretta delle ADR da parte dei pazienti.

Parametro di riferimento Numero di schede di segnalazione di ADR raccolte in farmacia in relazione al numero di schede consegnate ai cittadini e loro qualità nella compilazione e nella ricerca dei segnali

Risultato Atteso Alto numero di farmacie e farmacisti coinvolti in Regione, alta percentuale di risposta (>50%) dei cittadini alla richiesta di invio di segnalazioni.

Tempi Il progetto è annuale

Attività n. 4

Sorveglianza delle reazioni avverse da prodotti biologici e biosimilari

A quasi trenta anni di distanza dal primo farmaco biologico immesso sul mercato, molti brevetti sono scaduti o stanno per scadere. Per questi farmaci vi è la possibilità di produrre farmaci biosimilari. Obiettivo del progetto è quello di elaborare uno strumento specifico per la raccolta di informazioni sul trattamento con i biologici, stimare la loro incidenza delle reazioni avverse gravi e confrontare il profilo di tollerabilità di originator e biosimilari

Parametro di riferimento Raccolta di segnalazioni di reazioni e avverse da farmaci biologici e biosimilari in differenti periodi di tempo

Risultato Atteso valutazione e confronto del profilo di sicurezza di farmaci biologici originator e biosimilari

Tempi Il progetto è annuale

Attività n. 5

Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino: progetto interregionale

La modifica nella raccolta delle informazioni sulle reazioni avverse da vaccini ha reso necessario un intervento di coordinamento tra Servizi Regionali di Prevenzione e di Farmacovigilanza. Obiettivo del progetto, anche alla luce della non obbligatorietà della vaccinazione nella Regione, è un miglioramento nelle attività di raccolta e d analisi delle reazioni avverse da vaccino aumentando la loro conoscenza e quindi rendendo sempre più sicuro il loro utilizzo.

Parametro di riferimento Numero delle segnalazioni da vaccino nella Regione e richieste di consulenza vaccinale da parte di medici e cittadini

Risultato Atteso Incremento delle segnalazioni ed aumento delle richieste di consulenza vaccinale

Tempi Il progetto è biennale

Struttura: CREU - Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza

Piano di Attività Anno 2011

Attività n. 1

Ridefinizione regolamentazione oneri del trasporto

L'attività prevede una revisione della vigente normativa regionale in materia di trasporto sanitario, attraverso la consultazione dei direttori delle CO 118 e dei PS e delle altre strutture regionali interessate

Risultato Atteso: predisposizione regolamentazione

Tempi: gennaio-agosto 2011

Attività n. 2

Ridefinizione aree di afferenza

L'attività prevede una revisione della vigente normativa regionale in materia di aree di afferenza in emergenza-urgenza, attraverso la consultazione dei direttori delle CO 118 e dei PS e degli specialisti di area

Risultato Atteso: predisposizione ridefinizione

Tempi: gennaio-novembre 2011

Attività n. 3

Ridefinizione percorsi Pronto Soccorso

L'attività prevede l'adozione di nuovi parametri condivisi per l'identificazione del "codice bianco alla dimissione" e l'avvio di uno studio per l'identificazione degli accessi inappropriati

Risultato Atteso: Documento definizione codice bianco; Studio sugli accessi inappropriati

Tempi: luglio-dicembre 2011

Attività n. 4

Partecipazione al Gruppo Interregionale Emergenza-Urgenza

L'attività prevede la partecipazione alle riunioni del Gruppo Interregionale Emergenza-Urgenza della Commissione Salute ed il contributo alla stesura dei documenti

Risultato Atteso: linee guida CO assistenza primaria; linee guida Medevac
Tempi: gennaio-dicembre 2011

Attività n. 5
Flusso NSIS 118
L'attività prevede l'attivazione del flusso degli interventi 118 verso il NSIS e la collaborazione con quest'ultima per la definizioni degli indicatori
Risultato Atteso: attivazione flusso 118 a regime
Tempi: gennaio-dicembre 2011

Attività n. 6
Studio formazione emergenza
L'attività prevede lo studio di percorsi formativi regionali standard per il personale impiegato nel settore dell'emergenza-urgenza
Risultato Atteso: stesura proposta
Tempi _giugno 2011-giugno 2012

Attività n. 7
Attivazione programma gestione DAE
L'attività prevede lo sviluppo di un software regionale per la gestione dei defibrillatori, dei corsi e delle autorizzazioni all'impiego
Risultato Atteso: attivazione software
Tempi: giugno 2011-marzo 2012

Struttura: CCMR - Coordinamento Regionale per la Prevenzione ed il controllo malattie

Piano di Attività Anno: 2011

Attività n. 1
Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le provincie autonome e il centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie" Area priorità II-"Implementazione a livello regionale del regolamento REACH"
Su mandato della Direzione Prevenzione (nota n 365830/50.03.50 del 5/7/2010) che si è avvalsa della collaborazione del CCMR per la realizzazione di suddetta linea progettuale, all'interno del progetto regionale "Progetto REACH: sviluppo delle modalità di controllo della prevenzione sanitaria mediante informazione e collaborazione con le imprese produttrici di sostanze pericolose", il CCMR ha provveduto alla progettazione e realizzazione di un Workshop dedicato. I lavori che si sono svolti il 14,15, 30 marzo e 7 aprile 2011 sono stati tenuti da esperti del Regolamento REACH con l'attiva partecipazione e collaborazione dei rappresentanti delle associazioni di categoria interessate dall'applicazione del REACH. Questo workshop ha permesso di porre le premesse per una migliore realizzazione del sistema di "help desk" regionale e degli archivi informatici REACH, e più in generale ha offerto importanti indicazioni sulla organizzazione del sistema regionale REACH e sulla costituzione di una rete di vigilanza regionale. L'evento è stato inoltre un'occasione importante di conoscenza e consolidamento del gruppo tecnico e dei referenti esperti della materia, nella prospettiva di implementazione del progetto complessivo alla cui realizzazione il Workshop ha posto solide basi.
Indicatore di risultato: svolgimento del workshop
Risultato Atteso: partecipazione al workshop dei soggetti sensibilizzati e individuati tra i rappresentanti di tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del REACH.
Tempi:scadenza naturale del progetto 04/07/2011 con richiesta di proroga con nota di Direzione prevenzione n 238950/05.02.00 del 18/05/2011

Attività n. 2
Progetto "Sistema di sorveglianza PASSI: la comunicazione dei risultati"
Il Progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza che rileva i principali fattori di rischio comportamentali e l'adozione di misure di prevenzione da parte della popolazione adulta.
Su mandato della Direzione Prevenzione (nota n 365830/50.03.50 del 5/7/2010) è stato affidato al CCMR del Veneto il compito di sorvegliare il grado di sviluppo e la realizzazione dei piani di comunicazione aziendale delle Aziende ULSS partecipanti al progetto.
Gli obiettivi specifici sono :
1. Aumentare le conoscenze e le abilità del personale delle Aziende ULSS, coordinatori aziendali e intervistatori, su strumenti e metodi della comunicazione dei risultati e sulla redazione di rapporti aziendali.
Indicatore di risultato: tutti i coordinatori acquisiscono le conoscenze necessarie attraverso l'attivazione di un corso sugli aspetti relativi alla comunicazione dei risultati.
Risultato Atteso: I coordinatori aziendali della sorveglianza PASSI sono in grado di definire un piano di comunicazione, specifico per target.
2. Aumentare le iniziative atte a divulgare i risultati a livello aziendale.
Indicatore di risultato: tutte le aziende realizzano il piano di comunicazione definito nei tempi stabiliti.
Risultato atteso: ogni azienda ULSS che partecipa a PASSI realizza un piano di comunicazione per la divulgazione dei risultati.
Tempi: Scadenza naturale del progetto 04/07/2011 con richiesta di proroga con nota di Direzione prevenzione n 238950/05.02.00 del 18/05/2011

Attività n. 3
Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria su modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening")
Il progetto si propone come obiettivo generale di ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari con minimi effetti avversi attraverso l'organizzazione di un programma di prevenzione cardiovascolare in forma attiva esteso a tutta la popolazione a rischio, ritenendo sia possibile attivare una prevenzione primaria e secondaria efficaci e sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo.
Tale programma, ispirato al modello degli screening oncologici, prevede la chiamata attiva da parte della Centrale Organizzativa Screening (delle ULSS aderenti) a tutti i cittadini tra i 45 ed i 59 anni in almeno 6 ULSS del Veneto.
Attualmente al progetto partecipano 7 Aziende ULSS del Veneto.
Gli obiettivi specifici sono:
1. Misurare il livello di rischio cardiovascolare nella po-

polazione target (soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra 45 e 59 anni).

Indicatore di risultato: % normotesi (con o senza trattamento) sul totale dei valutati

% normoglicemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati

% normocolesterolemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati;

% donne con giro vita < 88 cm e uomini con < 102 cm;

% persone che consumano almeno tre razioni di frutta e verdura al giorno;

% persone che consumano pesce almeno 2 volte alla settimana;

% fumatori dopo 3 mesi sul totale iniziale fumatori aderenti;

n° medio sigarette nei fumatori;

% che fanno attività fisica per almeno 30' al giorno per 6 giorni alla settimana.

Risultato Atteso : n.a. (baseline).

2. Aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione;

Indicatore di risultato: % di adesione agli interventi proposti.

Risultato atteso: adesione agli interventi proposti del 50%.

3. Attivare modalità di assistenza integrata tra i vari livelli assistenziali (territorio, ospedale, distretto, servizi del Dip.to di Prevenzione) per il contrasto dei fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica) nei soggetti sani e nei post infartuati.

Indicatore di risultato: n°. percorsi attivati.

Risultato atteso: almeno 1 per ogni area.

4. Incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la Medicina di gruppo e altre forme associative dei medici di medicina generale ed il rapporto costo/benefici dell'approccio terapeutico.

Indicatore di risultato: % di persone in trattamento con diuretici sul totale delle persone in trattamento antipertensivo.

Risultato atteso: n.a. (baseline)

5. Valutare e monitorare l'intero processo

Indicatore di risultato: copertura regionale del progetto. Miglioramento degli indicatori di rischio.

Risultato atteso: realizzazione del progetto in almeno 6 Aziende ULSS della Regione del Veneto. Miglioramento di almeno 1/3 degli indicatori.

Tempi: scadenza naturale del progetto 02/03/2012 salvo richiesta di proroga.

Attività n. 4

Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari

Il progetto di prevenzione delle recidive cardiovascolari riguarda i soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica. L'obiettivo generale è quello di ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita in questi soggetti. Tali pazienti nella fase acuta hanno una presa in carico in un contesto assistenziale ospedaliero di alta intensità tecnologica e una volta dimessi riveste un'elevata importanza la riabilitazione, il supporto psicologico, la presa in carico da parte del medico di famiglia, gli interventi di tipo comportamentale per la modifica degli stili di vita.

Appare quindi indispensabile implementare un intervento integrato che tenga conto di queste considerazioni, oltre che dei diversi attori in gioco nella campagne preventive (Dipartimenti di prevenzione, strutture ospedaliere, medici di medicina generale, etc) realizzando una progettualità unitaria che permetta interventi di promozione fisica e alimentazione sana e prevenzione del tabagismo.

L'esperienza almeno in parte riproduce e sviluppa un modello già sperimentato (progetto di prevenzione cardiovascolare della Regione Veneto, Progetto Euroaction/Cardioaction) in continuità con il progetto di prevenzione primaria (Progetto CCM 2009 "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria su modello dei programmi di screening oncologico "IV screening")".

Il progetto prevede la collaborazione della regione Veneto ed Emilia Romagna, con il reclutamento di almeno 75 pazienti per UO Cardiologica.

Attualmente hanno aderito 2 UO cardiologiche dell'ASL di Bologna e 8 U.O. cardiologiche della regione Veneto appartenenti a 6 Aziende ULSS.

Dalla stipula dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute ad ora, il Comitato Scientifico si è incontrato varie volte per definire ed implementare il protocollo. Inoltre è stato fatto un corso di formazione, in 2 edizioni, durante le quali si è parlato delle malattie cardiovascolari e loro trattamento, dei vari percorsi utili per la modificazione degli stili di vita. Un parte di queste giornate formative è stata dedicata alla presentazione del Progetto e relativo protocollo alle varie figure partecipanti, in modo tale da preparare il personale allo svolgimento dell'attività nelle proprie ULSS di appartenenza.

Gli obiettivi specifici sono:

1. Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione e prevenzione secondaria (sia fisica che psicologica) nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco.

Indicatore di risultato: n° decessi entro 30 gg, 90 gg dall'ammissione del ricovero indice/n° totali ricoverati per IMA.

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali e comparazione tra le diverse UO.

2. Favorire nei pazienti ricoverati per episodi di cardiopatia ischemica o di scompenso cardiaco interventi riabilitativi efficaci ed integrati con le successive fasi post-dimissione.

Indicatore di risultato: % pazienti con disabilità misurata secondo scale di valutazione esplicite alla dimissione, a 90 gg, a 1 anno.

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali.

3. Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione.

Indicatore di risultato: % pazienti riammessi per tutte le cause entro 30 gg dalla dimissione per IMA

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali.

4. Potenziare la formazione degli operatori e la comuni-

cazione/integrazione fra territorio ed ospedale per una gestione ottimale del paziente.

Indicatore di risultato: qualità di vita e soddisfazione dei pazienti.

Risultato atteso: almeno il 50% dei pazienti si dichiara soddisfatto del programma

5. Valutare e monitorare l'intero processo.

Indicatore di risultato: estensione del programma.

Risultato atteso: 6 cardiologie della Regione Veneto e 2 dell'Emilia-Romagna.

Tempi : scadenza naturale del progetto 13/10/2012 salvo richiesta di proroga.

Attività n. 5

Sviluppo di un modello interregionale di intervento per le emergenze in sanità pubblica, con particolare riferimento alle malattie infettive diffusive.

Il progetto è stato approvato dal Comitato Strategico del CCM nazionale che contestualmente ha richiesto, in base alle direttive assunte in occasione della riunione del 27 ottobre u.s, al CCMR di rimodulare il piano finanziario.

L'obiettivo del Progetto è di assicurare con una risposta appropriata e tempestiva a un'eventuale caso di minaccia di sanità pubblica di dimensione regionale e/o interregionale con particolare riferimento alle malattie infettive.

Il progetto prevede una partnership tra la regione Veneto, la provincia Autonoma di Trento e la Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia.

Indicatore di risultato: Formazione di un gruppo di esperti (modello unità di crisi – task force regionale) e codifica di una procedura di attivazione e operatività.

Risultato atteso: Atto formale di costituzione del gruppo e attivazione dello stesso.

Tempi: 24 mesi salvo proroga.

Attività n.6

Attivazione di un portale CCMR.

Dopo richiesta di avvio della procedura di acquisizione delle attività per la progettazione, realizzazione ed avvio del portale del CCMR (nota prot.n. 326 del 12/09/2011) l'ULSS 15, acquisito parere positivo della Direzione Controlli e Governo SSR della Regione Veneto, sta attivando l'installazione del portale e del sistema gestionale collegato (Portlet documentale, portlet del forum e funzionalità dedicata alla gestione dei progetti).

Indicatore di risultato: attivazione del portale del CCMR

Risultato atteso: funzionamento e utilizzo del portale del CCMR da parte degli utenti.

Tempi: istallazione e funzionalità entro il 31/12/2011.

Attività n.7

Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le province autonome e il centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie - CCMR

Il CCMR è stato istituito con DGR. 4181 del 30.12.2008 con funzioni di coordinamento dei soggetti e organi istituzionali che si occupano di temi di prevenzione e di monitoraggio dell'attuazione a livello aziendale dei Progetti nazionali.

Pertanto la mission del CCMR così descritta si concretizza nel supporto tecnico scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di Sanità Pubblica, alla Direzione Regionale della Prevenzione in ordine allo sviluppo del piano regionale attuativo del Piano Nazionale della prevenzione, nonché al coordinamento e monitoraggio dei progetti affidati dal CCM Nazionale alla Regione Veneto o alle Aziende Sanitarie del Veneto e attuazione dei programmi finanziati dal CCM nazionale e assegnati alla Direzione Prevenzione e al CCMR.

Indicatore: supporto tecnico scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di Sanità Pubblica, alla Direzione Regionale della Prevenzione in ordine allo sviluppo del piano regionale attuativo del Piano Nazionale della prevenzione, nonché al coordinamento e monitoraggio dei progetti affidati dal CCM Nazionale alla Regione Veneto o alle Aziende Sanitarie del Veneto e attuazione dei programmi finanziati dal CCM nazionale e assegnati alla Direzione Prevenzione e al CCMR

Risultato Atteso: consolidamento a livello regionale del CCMR per tutti gli ambiti previsti alla sua istituzione

Tempi : scadenza della convenzione (possibilità di stipula nuova convenzione).

Allegato B

1	2	3	4	5
Struttura regionale	Beneficiari Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera responsabile della gestione economico - finanziaria	Finanziamento Assegnato	capitolo	Direzione/Unità di Progetto/Unità complessa regionale di riferimento
Registro Regionale della Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare	Azienda Ospedaliera di Padova	€ 50.000,00	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
Coordinamento regionale per i Controlli Sanitari, appropriatezza e liste d'attesa	Azienda Ospedaliera di Padova	€ 45.881,48	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR

CRAT Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali	Azienda Ulss 4 AltoVicentino	€ 38.946,96	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	U.P. Programmazione risorse finanziarie SSR
SER Sistema Epidemiologico Regionale	Azienda Ulss 8 Asolo	€ 668.551,27	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
RTV Registro Tumori del Veneto	I.R.C.C.S Istituto Oncologico Veneto	€ 460.000,00	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
RTV Registro Tumori del Veneto	Azienda Ulss 4 AltoVicentino	€ 15.856,32	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite;	Azienda Ospedaliera di Padova	€ 4.373,71	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite;	Azienda Ulss 4 AltoVicentino	€ 6.125,00	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
RVDT Registro Veneto Dialisi e Trapianto	ULSS 15 Alta Padovana	€ 45.093,70	60009 "Quota del Fondo Sanitario Regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche"	Direzione Controlli e Governo SSR
	TOTALE	€ 1.334.828,44		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2368 del 29 dicembre 2011

DgrV n. 861 del 21.06.2011 "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA). Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011". Approvazione progetti.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

approvazione alla realizzazione dei progetti presentati nella "Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011" in coerenza con gli obiettivi prefissati nel documento programmatorio 2011, approvato con DgrV n. 202 del 1.03.2011.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'attività di ricerca e innovazione costituisce condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette, da un lato, di rendere il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

La ricerca scientifica rappresenta un elemento fondante del Sistema Sanitario regionale e la sua promozione è un tema sul quale è necessario investire per il futuro.

La Regione del Veneto - a partire dalla riforma del titolo V della Costituzione che ha definito la ricerca come materia "concorrente" - prendendo coscienza delle proprie responsabilità nello sviluppo e nel sostegno della ricerca, ha avviato un programma di ricerca sanitaria finalizzata con propri fondi e risorse, e lo ha reso ufficiale attraverso la Legge regionale 9 febbraio 2001, n.5, che deve essere vista come parte integrante della mission del sistema sanitario.

Nell'ambito della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in campo sanitario, è rilevante la possibilità di creare una rete coordinata ed integrata di strutture e competenze scientifiche, allo scopo di realizzare la crescita delle conoscenze e della professionalità degli operatori, utilizzare al meglio le potenzialità del sistema, ponendo la Regione del Veneto come promotore principale dei processi più innovativi

e qualitativamente affidabili nel campo della salute.

In quest'ottica, con DgrV n. 2187 del 8/08/2008, è stato istituito il Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'HTA (PRIHTA), di durata triennale, con l'obiettivo principale di favorire lo sviluppo e la diffusione di una cultura della ricerca, innovazione e valutazione della tecnologia in sanità. La medesima deliberazione ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro, la cui composizione è stata modificata con decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 75 del 13.07.2011.

Con DgrV n. 202 del 1.03.2011, la Giunta regionale, in attuazione di quanto previsto dalla già citata DgrV n. 2187/2008, ha approvato il Documento Programmatorio annuale che definisce analiticamente gli obiettivi perseguiti nell'anno 2011.

Con riferimento agli obiettivi individuati, il Documento conferisce specifico rilievo allo sviluppo di partnership pubblico-private e, a tal fine, con DgrV n. 861 del 21.06.2011, la Giunta regionale ha approvato la "Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011" (da ora in poi denominata Chiamata), con il fine di valutare le opportunità di collaborazione esistenti tra la Regione del Veneto, le Aziende Sanitarie/IRCCS/Consorzi e Fondazioni promossi tra enti pubblici e privati e riconosciuti dalla Regione del Veneto nella promozione della ricerca in ambito sanitario, ed i Soggetti Privati operanti nel territorio regionale, su progetti proposti in reciproca intesa e miranti al miglioramento del SSR.

Con la Chiamata la Regione del Veneto ha invitato i soggetti destinatari a presentare progetti finalizzati a migliorare la qualità del sistema e sperimentare nuovi modelli in sanità, riguardanti attività integrate di ricerca e/o innovazione e/o formazione ed aventi, comunque, quale obiettivo finale la promozione della qualità e dell'efficienza del SSR.

La Chiamata ha individuato, per l'anno in corso, le seguenti aree tematiche in relazione alle quali presentare le proposte progettuali, indicando il 10 ottobre 2011 quale termine per la presentazione delle medesime:

AREA 1 -

a) Malattie neurodegenerative e invecchiamento attivo e sano;
b) Malattie respiratorie croniche;
c) Obesità e patologie correlate;
d) Oncologia;

AREA 2 -

e) Percorsi diagnostici innovativi;
f) Nuovi approcci chirurgici;
g) Nuove indicazioni terapeutiche;
h) Biotecnologie per la salute;

AREA 3 -

i) Innovazione e qualità della vita al domicilio del paziente, anche tramite telemonitoraggio e teleriabilitazione;
j) Sistemi di gestione in rete;
k) Fascicolo socio sanitario elettronico;
l) Appropriatezza d'uso delle tecnologie sanitarie innovative, ivi compresi ICT, farmaci, dispositivi medici, sistemi organizzativi e percorsi assistenziali.

I soggetti destinatari della Chiamata hanno aderito presentando alla Regione del Veneto, entro il termine prestabilito, n.11 proposte progettuali di seguito elencate:

Azienda Sanitaria capofila	Soggetto privato	Responsabile scientifico	Titolo
Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. - IOV	Carl Zeiss S.p.A	Dr.ssa Sonia Recanello	Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Dr.ssa Assunta Pozzuoli	Osteogenesi da tessuto adiposo
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Prof. Roberto Aldegheri	Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere
Azienda Ulss 17	ESSEMME COMPONENTS srl	Prof. Giampiero Cordioli	Implantologia mini-invasiva per overdenture mandibolari e miglioramento della qualità della vita correlata con la salute orale
Azienda Ulss 20	EG Spa	Dr.ssa Maria Rosa Luppino	Progetto W-Pharma
Azienda Ulss 5		Dr. Stefano Casella	Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio
Azienda Ulss 3	MENARINI DAIGNOSTIC Spa	Dr. Alessandro Poletti	"Digital Pathology" e "Telepathology network" in Area Vasta. L'implementazione della digitalizzazione dei preparati isto-cito-patologici e la costruzione della rete di telepatologia nella Provincia di Vicenza
Azienda Ulss 20	GLAXO SMITHKLINE Spa	Dr. Guido Polese	Prospetto sperimentale medicina d'iniziativa
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	SPHIDA	Dr. Claudio Soave	Applicazione in ambito ospedaliero di un sistema di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza innovativo, centrato sulla creazione di reti di collaborazione e condivisione delle informazioni e della conoscenza, attraverso la governance dei processi
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	AB Analitica	Dr.ssa Maria Cristina De Checchi	Sviluppo della analisi di metilazione del gene MGMT nella patologia neoplastica neurologica
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Giancarlo Pengo	Dr. Piero Bartolozzi	Trauma Center: Web e le nuove tecnologie per l'insegnamento, la formazione, l'informazione e l'informazione e telemonitoring sugli aspetti clinici, organizzativi e strutturali

La già richiamata DgrV n. 861/2011 dispone che la valutazione e selezione dei progetti proposti sia effettuata dal gruppo di lavoro del Programma per la ricerca e l'innovazione e l'HTA (PRIHTA), e che, anche per l'anno 2011, sia selezionato un massimo di dieci progetti.

Le proposte progettuali pervenute nel termine e secondo

le modalità definite nella Chiamata sono state ammesse a valutazione a seguito di verifica, da parte del gruppo di lavoro del PRIHTA, della rispondenza alle finalità generali e specifiche previste. I progetti pervenuti sono conservati agli atti dei competenti uffici regionali e indicano gli obiettivi e le modalità di attuazione del progetto, secondo lo schema riportato in Allegato B alla citata DgrV n. 861/2011.

Il gruppo di lavoro ha espresso il proprio parere in ordine alla validità tecnico - scientifica dei progetti e alla loro corrispondenza agli obiettivi della programmazione socio - sanitaria regionale, predisponendo una graduatoria ai fini della selezione dei progetti basata sui criteri enunciati nella Chiamata. A tal fine, ad ogni progetto è stato attribuito un punteggio (score) su scala crescente da 1 a 100 (punteggio massimo) come esplicitato nella griglia riportata di seguito:

a) Validità ed originalità scientifica della proposta	30
b) Rilevanza e grado di trasferibilità al SSR	20
c) Qualificazione scientifica e dimostrata competenza sull'argomento da parte del Responsabile Scientifico del progetto e dei suoi collaboratori, sulla base del curriculum vitae, delle pubblicazioni, dell'effettivo riconoscimento nazionale ed internazionale delle competenze sia in termini di ricerca che assistenza	20
d) Presenza e disponibilità di risorse tecnologiche, strutturali ed organizzative necessarie allo svolgimento del progetto (servizi diagnostici e terapeutici, registri di patologie, biobanche, modelli preclinici, servizi di bioinformatica, di biostatistica, di data management, reti di servizi sul territorio)	20
e) Valore aggiunto delle sinergie derivate dall'aggregazione tra soggetti diversi e collegamenti sul territorio delle strutture	10

Sulla base dell'esito della suddetta procedura valutativa, è stata predisposta la seguente graduatoria considerando ammessi i progetti il cui punteggio totale sia almeno pari a 60:

Azienda Sanitaria capofila	Soggetto privato	Responsabile scientifico	Titolo	PUNTEGGIO Totale
Azienda Ulss 3	MENARINI DIAGNOSTIC Spa	Dr. Alessandro Poletti	"Digital Pathology" e "Telepathology network" in Area Vasta. L'implementazione della digitalizzazione dei preparati istocito-patologici e la costruzione della rete di telepatologia nella Provincia di Vicenza	76,4
Azienda Ulss 17	ESSEMME COMPONENTS srl	Prof. Giampiero Cordioli	Implantologia mini-invasiva per overdenture mandibolari e miglioramento della qualità della vita correlata con la salute orale	73,7
Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. - IOV	Carl Zeiss S.p.A	Dr.ssa Marta Paiusco	Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA	70,2
Azienda Ulss 20	EG Spa	Dr.ssa Maria Rosa Luppino	Progetto W-Pharma	65,9
Azienda Ulss 20	GLAXO SMITHKLINE Spa	Dr. Guido Polese	Prospetto sperimentale medicina d'iniziativa	63,2
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Dr.ssa Assunta Pozzuoli	Osteogenesi da tessuto adiposo	63,0
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Prof. Roberto Aldegheri	Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere	62,3
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	AB Analitica	Dr.ssa Maria Cristina De Checchi	Sviluppo della analisi di metilazione del gene MGMT nella patologia neoplastica neurologica	61,8
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Giancarlo Pengo	Dr. Piero Bartolozzi	Trauma Center: Web e le nuove tecnologie per l'insegnamento, la formazione, l'informazione e l'informazione e telemonitoring sugli aspetti clinici, organizzativi e strutturali	60,4
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	SPHIDA	Dr. Claudio Soave	Applicazione in ambito ospedaliero di un sistema di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza innovativo, centrato sulla creazione di reti di collaborazione e condivisione delle informazioni e della conoscenza, attraverso la governance dei processi	51,4
Azienda Ulss 5		Dr. Stefano Casella	Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio	NON VALUTABILE

Si specifica che il progetto "Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio" è stato giudicato non valutabile per mancanza degli elementi essenziali previsti dal bando ai fini della valutazione stessa e, in particolare, per la mancanza del soggetto privato con cui costituire la partnership.

Si chiarisce inoltre che per il progetto "Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto

al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA" è stata richiesta una sostituzione del responsabile scientifico, dovuto alla mobilità dello stesso ad altro Istituto. Il Gruppo di Lavoro del PRIHTA ha ritenuto di accettare dunque la sostituzione della dr.ssa Sonia Recanello con la dr.ssa Marta Paiusco.

Sulla base della graduatoria e delle specifiche di cui sopra, si intendono, quindi, ammessi e si propone di approvare i seguenti progetti:

Azienda Sanitaria capofila	Soggetto privato	Responsabile scientifico	Titolo	COSTO
Azienda Ulss 3	MENARINI DAIGNOSTIC Spa	Dr. Alessandro Poletti	«Digital Pathology» e «Telepathology network» in Area Vasta. L'implementazione della digitalizzazione dei preparati isto-cito-patologici e la costruzione della rete di telepatologia nella Provincia di Vicenza	748.700,00
Azienda Ulss 17	ESSEMME COMPONENTS srl	Prof. Giampiero Cordioli	Implantologia mini-invasiva per overdenture mandibolari e miglioramento della qualità della vita correlata con la salute orale	86.500,00
Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. - IOV	Carl Zeiss S.p.A	Dr.ssa Marta Paiusco	Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA	52.000,00
Azienda Ulss 20	EG Spa	Dr.ssa Maria Rosa Luppino	Progetto W-Pharma	68.539,68
Azienda Ulss 20	GLAXO SMITHKLINE Spa	Dr. Guido Polese	Prospetto sperimentale medicina d'iniziativa	233.848,00
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Dr.ssa Assunta Pozzuoli	Osteogenesi da tessuto adiposo	19.650,00
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Prof. Roberto Aldegheri	Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere	20.000,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	AB Analitica	Dr.ssa Maria Cristina De Checchi	Sviluppo della analisi di metilazione del gene MGMT nella patologia neoplastica neurologica	142.188,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Giancarlo Pengo	Dr. Piero Bartolozzi	Trauma Center: Web e le nuove tecnologie per l'insegnamento, la formazione, l'informazione e l'informazione e telemonitoring sugli aspetti clinici, organizzativi e strutturali	249.860,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	SPHIDA	Dr. Claudio Soave	Applicazione in ambito ospedaliero di un sistema di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza innovativo, centrato sulla creazione di reti di collaborazione e condivisione delle informazioni e della conoscenza, attraverso la governance dei processi	113.000,00
Azienda Ulss 5		Dr. Stefano Casella	Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio	21.200,00

Con riferimento al progetto "Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere" si precisa che si considera lo stesso approvato a condizione che venga integrato nel Piano Formativo Aziendale e nel rispetto della normativa nazionale in materia.

I giudizi espressi dai componenti del gruppo di lavoro in relazione ai progetti sono conservati agli atti dei competenti uffici regionali.

Al fine di consentire l'esecuzione dei progetti approvati, si rende, altresì, necessario procedere alla stipula di apposite convenzioni, secondo lo schema tipo di convenzione approvato con la richiamata Dgr n. 861/2011, che saranno sottoscritte dalla Regione del Veneto, dall'Azienda Sanitaria capofila proponente ed il/i Soggetto/i Privato/i quali soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto. Tali convenzioni regoleranno, dunque, i conseguenti rapporti tra i soggetti coinvolti ed i relativi compiti finalizzati all'esecuzione dei progetti stessi.

Si propone, pertanto, di delegare il Segretario regionale per la Sanità alla stipula delle convenzioni con gli altri soggetti sopra specificati che daranno esecuzione ai singoli progetti, demandando, altresì, l'adozione di tutti i provvedimenti necessari a dare attuazione ai progetti stessi.

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. 33, 2° 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;

• Viste le LL.RR. 21/89 e 5/96;

• Vista la L. R. n. 5/2001;

• Vista la DgrV n. 2187 del 8/08/2008;

• Vista la DgrV n. 202 del 1.03.2011;

• Vista la DgrV n. 861 del 21.06.2011;

• Visti il Decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 75 del 13.07.2011;

delibera

1. di considerare le premesse parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

2. di prendere atto che sono stati presentati alla Regione del Veneto n.11 progetti in relazione al "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA). Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011", approvata con DgrV n. 861 del 21.06.2011;

3. di prendere atto che il gruppo di lavoro del PRIHTA ha espresso il proprio parere in ordine alla validità tecnico - scientifica dei progetti pervenuti e alla loro corrispondenza agli obiettivi della programmazione socio - sanitaria, predisponendo una graduatoria ai fini della selezione dei progetti, attribuendo a ciascun progetto un punteggio (score) su scala crescente da 1 a 100 (punteggio massimo) basata sui criteri enunciati nel "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA). Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011", approvata con Dgr n. 861 del 21.06.2011;

4. di prendere atto che, sulla base dell'esito della procedura valutativa di cui al precedente punto 3., è stata predisposta la seguente graduatoria:

Azienda Sanitaria capofila	Soggetto privato	Responsabile scientifico	Titolo	PUNTEGGIO Totale
Azienda Ulss 3	MENARINI DAIGNOSTIC Spa	Dr. Alessandro Poletti	"Digital Pathology" e "Telepathology network" in Area Vasta. L'implementazione della digitalizzazione dei preparati istocito-patologici e la costruzione della rete di telepatologia nella Provincia di Vicenza	76,4
Azienda Ulss 17	ESSEMME COMPONENTS srl	Prof. Giampiero Cordioli	Implantologia mini-invasiva per overdenture mandibolari e miglioramento della qualità della vita correlata con la salute orale	73,7
Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. - IOV	Carl Zeiss S.p.A	Dr.ssa Marta Paiusco	Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA	70,2
Azienda Ulss 20	EG Spa	Dr.ssa Maria Rosa Luppino	Progetto W-Pharma	65,9
Azienda Ulss 20	GLAXO SMITHKLINE Spa	Dr. Guido Polese	Prospetto sperimentale medicina d'iniziativa	63,2
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Dr.ssa Assunta Pozzuoli	Osteogenesi da tessuto adiposo	63,0
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Prof. Roberto Aldegheri	Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere	62,3
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	AB Analitica	Dr.ssa Maria Cristina De Checchi	Sviluppo della analisi di metilazione del gene MGMT nella patologia neoplastica neurologica	61,8
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Giancarlo Pengo	Dr. Piero Bartolozzi	Trauma Center: Web e le nuove tecnologie per l'insegnamento, la formazione, l'informazione e l'informazione e telemonitoring sugli aspetti clinici, organizzativi e strutturali	60,4
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	SPHIDA	Dr. Claudio Soave	Applicazione in ambito ospedaliero di un sistema di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza innovativo, centrato sulla creazione di reti di collaborazione e condivisione delle informazioni e della conoscenza, attraverso la governance dei processi	51,4
Azienda Ulss 5		Dr. Stefano Casella	Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio	NON VALUTABILE

5. di dare atto che il progetto "Valutazione mediante ecografia trans-esofagea dell'assetto emodinamico e della funzione cardiocircolatoria in corso di chirurgia addominale maggiore praticata con approccio laparoscopico. Impatto sulla condotta anestesiologica e sul decorso post-operatorio" è stato giudicato non valutabile per mancanza degli elementi essenziali previsti dal bando;

6. di approvare, in relazione alle proposte progettuali pervenute alla Regione del Veneto nell'ambito del "Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'Health Technology Assessment (PRIHTA). Chiamata - nell'ambito di collaborazioni pubblico-private - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2011", sulla base della graduatoria di cui al precedente punto d), i progetti di seguito elencati:

Azienda Sanitaria capofila	Soggetto privato	Responsabile scientifico	Titolo	COSTO
Azienda Ulss 3	MENARINI DAIGNOSTIC Spa	Dr. Alessandro Poletti	"Digital Pathology" e "Telepathology network" in Area Vasta. L'implementazione della digitalizzazione dei preparati isto-cito-patologici e la costruzione della rete di telepatologia nella Provincia di Vicenza	748.700,00
Azienda Ulss 17	ESSEMME COMPONENTS srl	Prof. Giampiero Cordioli	Implantologia mini-invasiva per overdenture mandibolari e miglioramento della qualità della vita correlata con la salute orale	86.500,00
Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. - IOV	Carl Zeiss S.p.A	Dr.ssa Marta Paiusco	Valutazione dell'efficienza economica della radioterapia intraoperatoria IORT, eseguita con tecnologia a raggi X Carl Zeiss Intrabeam, rispetto al trattamento convenzionale nel carcinoma mammario. Studio svolto in parallelo al trial TargitA	52.000,00
Azienda Ulss 20	EG Spa	Dr.ssa Maria Rosa Luppino	Progetto W-Pharma	68.539,68
Azienda Ulss 20	GLAXO SMITHKLINE Spa	Dr. Guido Polese	Prospetto sperimentale medicina d'iniziativa	233.848,00
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Dr.ssa Assunta Pozzuoli	Osteogenesi da tessuto adiposo	19.650,00
Azienda Ospedaliera di Padova	EDU URJIA	Prof. Roberto Aldegheri	Formazione in chirurgia ortopedica su cadavere	20.000,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	AB Analitica	Dr.ssa Maria Cristina De Checchi	Sviluppo della analisi di metilazione del gene MGMT nella patologia neoplastica neurologica	142.188,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Giancarlo Pengo	Dr. Piero Bartolozzi	Trauma Center: Web e le nuove tecnologie per l'insegnamento, la formazione, l'informazione e l'informazione e telemonitoring sugli aspetti clinici, organizzativi e strutturali	249.860,00

7. di delegare, al fine di consentire l'esecuzione dei progetti approvati, il Segretario regionale per la Sanità, alla stipula di apposite convenzioni, secondo lo schema tipo di convenzione approvato con la richiamata DgrV n. 861/2011, che saranno sottoscritte dalla Regione del Veneto, dall'Azienda Sanitaria capofila proponente ed il/i Soggetto/i Privato/i quali soggetti coinvolti nella realizzazione del progetti;

8. di demandare al Segretario regionale per la Sanità l'adozione di tutti i provvedimenti necessari a dare attuazione ai progetti sopra descritti;

9. di incaricare la Segreteria regionale per la Sanità dell'esecuzione del presente atto;

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2369 del 29 dicembre 2011

Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.lgs 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del Dpcm 502/1995.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Integrazione per il 2012 degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati con Dgr 3140/2010 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" a norma del D.lgs 502/1992.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'impegno dell'Amministrazione regionale a garanzia della qualità dei servizi offerti ai cittadini e dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario regionale ha portato all'ottenimento di risultati di elevato livello in termini di eccellenza delle performance e di sostenibilità del sistema.

La necessità di conseguire l'equilibrio economico-finanziario della gestione in condizioni di efficienza ed appropriatezza è stata, ancora una volta, ribadita dall'articolo 1, c. 1, dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012, sottoscritta tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3/12/2009.

L'articolo 3-bis, comma 5, del D.lgs 502/1992 prevede che le Regioni determinino preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari; le Regioni quindi definiscono e assegnano a ciascun Direttore generale, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, alla luce delle risorse disponibili.

La Dgr 3140 del 14 dicembre 2010 ha determinato gli obiettivi delle Aziende Ulss del Veneto, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e, conseguentemente, della Direzione Strategica delle singole Aziende e dei Direttori Generali per gli anni 2011 e 2012, rinviando ad eventuali ulteriori provvedimenti l'inserimento di modifiche ed integrazioni per ricalibrare tali obiettivi in base ai risultati nel frattempo raggiunti dalle varie Aziende ed Istituti del SSR, al fine di ottimizzare in modo "dinamico" l'utilizzo delle risorse impiegate, fattore determinante, ad ogni livello del sistema, per la sostenibilità del Sistema Socio Sanitario regionale.

La finalità della Dgr 3140/2010, vale a dire di consentire la

graduale convergenza di tutte le Aziende del SSR verso modelli organizzativi che rappresentano best practice regionali, viene ribadita dalla presente deliberazione.

Nel corso del 2011 sono state realizzate da parte delle Aziende numerose attività finalizzate al conseguimento degli obiettivi definiti dalla citata Dgr 3140/2010.

A livello di sistema (Amministrazione regionale, Aziende ed Istituti del SSR) è stato implementato un nuovo procedimento di monitoraggio e di verifica degli obiettivi posti dalla citata Dgr 3140/2010, attraverso una puntuale valutazione dei dati quantitativi e dei profili qualitativi relativi ai singoli indicatori.

La verifica dinamica dei risultati ottenuti dalle Aziende ed Istituti del SSR ha portato ad evidenziare sia le aree di maggiore miglioramento di performance che le aree di maggiore criticità, permettendo così di focalizzare meglio per un verso i profili di ulteriore miglioramento a livello di sistema - veri e propri punti di forza che, in alcuni casi, sono andati anche oltre i livelli posti dalla Dgr 3140/2010 -, e per un altro verso le dinamiche di più difficoltosa gestione, in relazione alle quali il procedimento di dialogo e di confronto implementato nel corso del 2011 ha permesso di fornire informazioni di rilevante importanza.

Al fine di mantenere elevato il livello qualitativo delle prestazioni e di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del SSR, si ritiene opportuno introdurre modifiche, integrazioni e ridefinizioni degli obiettivi per l'anno 2012 già fissati con la Dgr 3140/2010, anche alla luce degli elementi informativi ottenuti e dell'esperienza maturata nel corso della citata attività di monitoraggio e di verifica realizzata nel corrente anno - quale, ad esempio la consapevolezza che una parte degli obiettivi assegnati al sistema delle Aziende e degli Istituti del SSR dalla citata Dgr sono già in corso di conseguimento in questa fase -, nonché in relazione ai cambiamenti avvenuti nel quadro di riferimento regionale, vale a dire in seguito alle nuove disposizioni regionali entrate in vigore nel corso del 2011 nelle tematiche incidenti sul sistema degli obiettivi sopra descritti:

· la Dgr 859/2011 "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo di diverso regime erogativo";

· la Dgr 863/2011 "Recepimento dell'intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005, n. 266. Adozione del piano attuativo regionale: integrazione alla Dgr n. 600 del 13.3.2007";

- la Dgr 1665/2011 "Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: integrazioni alla Dgr n. 859 del 21.6.2011";
- la Dgr 1666/2011 "Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 - medicina generale".

Come già disposto nella suddetta Dgr 3140/2010, nell'ambito del processo di verifica e monitoraggio i valori degli indicatori al 30 giugno 2012 verranno valutati quale stato di avanzamento dei risultati conseguibili al 31 dicembre 2012.

Gli obiettivi e gli indicatori di performance, per ognuna delle tre aree - Sanitaria, Informatica ed Amministrativa - sono dettagliatamente illustrati nell'Allegato A alla presente deliberazione, e vanno a sostituire integralmente, per quanto riguarda l'anno 2012, quelli definiti con la Dgr 3140/2010.

La procedura descritta è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi per il 2012 e all'adempimento di quanto disposto dall'art. 52, c. 4, lettera d), della L. 289/2002.

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

La Giunta regionale

- Udito il relatore incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2, 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;
- Visto il D.lgs 502/1992;
- Vista la L. 289/2002, art. 52, c. 4, lettera d);
- Vista la L. 42/2009;
- Visto l'art. 1, c. 5, del Dpcm 502/1995;
- Preso atto dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012, sottoscritta tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009;
- Viste le proprie deliberazioni n. 600 del 13 marzo 2007, n. 130 del 29 gennaio 2008, n. 3140 del 14 dicembre 2010, n. 859 del 21 giugno 2011, n. 863 del 21 giugno 2011, n. 1665 del 18 ottobre 2011 e n. 1666 del 18 ottobre 2011;

delibera

1. di approvare quanto illustrato in premessa quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare l'Allegato A alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale, il quale contiene l'elenco degli obiettivi e degli indicatori di performance per l'anno 2012 per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", sostituendo integralmente quelli precedentemente definiti, per quanto riguarda l'anno 2012, con Dgr 3140/2010;
3. di dare mandato alla Segreteria regionale per la Sanità di proseguire nell'attività di verifica e monitoraggio delle iniziative delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", al fine di verificare il perseguimento dei risultati intermedi, in termini di performance e degli obiettivi finali, sia qualitativi che finanziari.
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

(segue allegato)

Allegato A

Il presente allegato, operando modifiche, integrazioni e ridefinizioni degli obiettivi, sostituisce per l'anno 2012 i contenuti dell'Allegato A alla DGR 3140/2010.

La finalità degli obiettivi contenuti nel presente documento è quella di garantire un elevato livello di qualità dei servizi socio sanitari e di ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario regionale, estendendo l'applicazione di pratiche efficienti ed appropriate che consentano la graduale riduzione della costosità generale del sistema sociosanitario regionale.

In corsivo sono espressi gli obiettivi non più in vigore per il 2012.

In grassetto sono espressi gli obiettivi 2012 derivanti da modifiche, integrazioni o ridefinizioni rispetto alla DGR 3140/2010.

AZIENDE ULSS

Area		Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note
Area Sanitaria	A.1	Ottimizzazione del numero di ricoveri	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	non superiore a 140 per mille	non superiore a 140 per mille	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione - e invio in Regione - di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva.
	A.2	Razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera	Costo per residente pesato dell'assistenza ospedaliera (totale dei costi per assistenza ospedaliera al netto della mobilità attiva e dei costi generali)	non superiore a euro 616 (non superiore a euro 626 per ULSS 6, 9, 12 e 18)	non superiore a euro 616. (non superiore a euro 626 per ULSS 6, 9, 12 e 18)	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età. Dati da Modello LA 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011.
	A.3	Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria (SI/NO)	SI entro l'1/10/2011		L'Atto aziendale dovrà essere registrato all'interno del software regionale che verrà predisposto.
	A.4	Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro del personale del comparto sanitario e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro de personale del comparto sanitario (SI/NO)	SI entro l'1/10/2011		L'Atto aziendale dovrà essere registrato all'interno del software regionale che verrà predisposto.
	A.5	*Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 600/2007*	*Attivazione delle procedure connesse all'attivazione della check list (SI/NO)*	*SI entro il 31/3/2011*	*SI*	
			Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 600/2007	*Classe A 90%; classe B 80%; classe C 100%*	*Classe A 90%; classe B 80%; classe C 100%*	
	A.5 2012	**Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 863/2011**	**Attivazione procedure check list DGR 863/2011**		**SI**	
			Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 863/2011		**Classe A 90%; Classe B 90%; Classe C 100%**	
	A.6	Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato, esclusa la diagnostica di laboratorio)	4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 relative alla classe B)	4 prestazioni per abitante	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione - e invio in Regione - di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva.
	A.7	Razionalizzazione dell'assistenza specialistica	Costo per residente pesato dell'assistenza specialistica, al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio	non superiore a euro 160,00	non superiore a euro 160,00	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età. Dati da Modello LA 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011.

Area Sanitaria	A.8	Organizzazione di un sistema di check up a pagamento per cittadini e richiedenti, strutturato su due livelli di complessità	Organizzazione di un sistema di check up a pagamento, strutturato su due livelli di complessità (SI/NO)	SI	SI	Da integrare con l'invio in Regione di appositi report trimestrali sull'andamento.
	A.9	Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite ottenuto sulla base della popolazione assistita pesata	non superiore a euro 147,00	non superiore a euro 140,00	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età.
	A.10	*Elaborazione del Piano attuativo locale delle Cure Primarie*	*Presenza della delibera del Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie (SI/NO)*	*SI*	*SI*	
	A.10 2012	**Definizione e attuazione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria – DGR n. 1666/2011**	**Predisposizione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria, con particolare attenzione allo sviluppo della Medicina di Gruppo**		**Entro il 29 febbraio 2012**	
	A.11	*Aggiornamento del Patto Aziendale*	*Aggiornamento del Patto Aziendale, in relazione agli obiettivi di governo del sistema del presente deliberato, con particolare riferimento all'attività dei distretti (SI/NO)*	*SI*	*SI*	
	A.11 2012	**Definizione e attuazione di obiettivi di salute e di appropriatezza attraverso le azioni e gli strumenti della nuova organizzazione dell'assistenza primaria di cui alla DGR n. 1666/2011**	**Indicazione degli obiettivi di salute e dei modelli assistenziali per l'effettiva presa in carico del paziente cronico, documentata da una relazione sull'organizzazione del percorso dell'assistito**		**Entro il 30 giugno 2012**	
	A.12	Realizzazione, assieme ad altre Istituzioni territoriali, di azioni o progetti per la promozione della salute	Realizzazione di azioni o progetti specifici (SI/NO)	SI	SI	
	A.13	Consolidamento dei tassi di adesione agli screening oncologici	Tassi di adesione corretti delle attività di screening	60% citologico; 80% mammografico 65% colorettale	60% citologico; 80% mammografico 65% colorettale	
	A.14	Mantenimento dei tassi di adesione alle vaccinazioni	Copertura vaccinale (vaccinazioni ex obbligatorie)	0,95	0,95	
	A.15	Implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico tramite raccolta di schede di rilevazione degli eventi avversi (incident report) e analisi degli eventi avversi o quasi errori (sistema di auditing)	Adozione di un software unico per il monitoraggio del rischio clinico (SI/NO)	SI	SI	

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
Area		**Obiettivo**	**Indicatore**	**valore soglia per il 2011**	**valore soglia per il 30/6/2012**	**Note**
Area Informatica	B.1	Assegnazione dei certificati digitali per l'identificazione e per la sottoscrizione dei documenti clinici (Firma Digitale) ai medici dipendenti e convenzionati	% di operatori ai quali è assegnato un certificato di sottoscrizione	60%	95%	L'assegnazione viene svolta dando precedenza agli operatori coinvolti nell'obiettivo B.2
	B.2	*Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici*	*% di referti firmati rispetto al totale per tipologia*	*% dei referti di laboratorio, analisi emato-chimiche, anatomia patologica, microbiologia, radiologia e verbali di PS sul totale dei documenti pari almeno al 95%*	*% delle lettere di dimissioni, referti di continuità assistenziale e schede di intervento del 118 sul totale dei referti pari almeno all'85%*	
			% di referti prodotti dai servizi immunotrasfusionali nell'attività svolta per pazienti e donatori	*Predisposizione degli applicativi informatici per la firma digitale*	*90%*	
	B.2 2012	**Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici**	**% di referti firmati rispetto al totale per tipologia**		**50% delle lettere di dimissioni; procedura di acquisizione modulo software dei referti di continuità assistenziale; predisposizione acquisizione firma per le schede di intervento del 118**	
			% di referti prodotti dai servizi immunotrasfusionali nell'attività svolta per pazienti e donatori		**90%**	
	B.3	Messa a regime del registry e del repository	Implementazione e collaudo positivo del registry (elemento informatico di indicizzazione e di recupero dei documenti) e del repository (elemento informatico di memorizzazione dei documenti), come da specifiche regionali	Implementazione del registry e del repository entro il 30 aprile 2011	Presenza del collaudo	
	B.4	Gestione telematica delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e farmaceutiche (E-prescription)	% di prescrizioni inviate entro le 24 ore rispetto al totale, misurata attraverso il flusso di cui all'art. 50 della L. 326/2003	45%	90%	Con priorità a MMG e PLS, e successiva estensione anche a SAI e dipendenti
	B.5	Informatizzazione delle liste di attesa per interventi chirurgici e applicazione di uno specifico software, a scelta aziendale, di tracciabilità dell'intero percorso documentale e amministrativo degli interventi chirurgici programmati	Adozione e utiizzo del software per la gestione delle liste (SI/NO)	SI	SI	
			Invio del flusso nei tempi stabiliti dalle competenti strutture regionali attraverso l'emanazione di uno specifico disciplinare tecnico		Invio del flusso entro il 31 marzo 2012	
	B.6	Adozione e utilizzo di un software unico regionale (Anagrafe Regionale) per la gestione dei processi di scelta e revoca dei MMG, dei PLS e del sistema di esenzione	Adozione e utilizzo del software unico per l'Anagrafe regionale nel rispetto del calendario che verrà redatto dalle competenti strutture regionali (SI/NO)	SI	SI	
	B.7	*Rispetto delle scadenze nell'invio dei flussi informativi in esercizio*	*Rispetto degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio (SI/NO)*	*SI*	*SI*	

	B.7 **2012**	**Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio dei flussi informativi in esercizio**	**Rispetto del 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti**		**Rispetto 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti non superiore a: - SPS 5%; - FAROSP 1%; - DDF3 1%; - Consumi Dispositivi Medici 1%; - Dispositivi Medici (Contratti) 20%**	**Tra gli errori bloccanti sono incluse le anomalie che non consentono la determinazione dell'Azienda di residenza dell'assistito.**
			Invio di almeno il 95% delle SDO chiuse. Assenza di DRG 470		**Invio durante l'anno di almeno il 95% delle SDO chiuse, secondo lo specifico calendario (ad esclusione SDO con esami istologici da chiudere al 99% al massimo entro il mese successivo rispetto al calendario degli invii). Assenza di DRG 470**	
			Rispetto del tracciato regionale, con riferimento alle informazioni relative ai pacchetti di Day Service (flusso SPS)		**Peso degli errori bloccanti inferiore al 5%**	
			Flusso del consumo di Dispositivi Medici: % dei Dispositivi Medici codificata con RM/BD rispetto alla somma dei valori dei conti economici B.1.A.7, B.1.A.8. e B.1.9		**Non inferiore all'80%**	

I valori target sopra indicati per l'Area Informatica potranno, in relazione allo stato di partenza di ogni singola Azienda, essere ridefiniti nella fase di predisposizione del Piano Biennale di attività, da realizzare in modalità concordate con la Segreteria regionale per la Sanità.

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"

Area		Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note
	C.1	*Creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo*	*Per i farmaci relativamente ai quali tutte le indicazioni terapeutiche sono soggette a Registro AIFA, la percentuale di farmaco che risulta dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UU.OO.*	*Non inferiore al 90%*	*Non inferiore al 90%*	
			Percentuale di pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati, rispetto al numero totale di pazienti registrati	*Non inferiore al 90%*	*Non inferiore al 90%*	
			Per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio, la percentuale di pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti	*100%*	*100%*	
			Per i farmaci biologici in relazione ai quali la Commissione per il PTORV (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regione Veneto) prescrive che la dispensazione ai pazienti naive possa essere effettuata con biosimilari, salvo richiesta adeguatamente motivata: la percentuale di pazienti naive trattata con un farmaco biosimilare	*Non inferiore all'80%*	*Non inferiore all'80%*	

Area Sanitaria	**C.1 2012**	**Creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo**	**Per i farmaci relativamente ai quali tutte le indicazioni terapeutiche sono soggette a Registro AIFA, la percentuale di farmaco che risulta dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UU.OO.**		**Non inferiore al 90%**	
			Percentuale di pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati, rispetto al numero totale di pazienti registrati		**Non inferiore al 90%**	
			Per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio, la percentuale di pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti		**Non inferiore al 90%**	
			Per Filgrastim e Eritropoietina la % di confezioni di farmaco Biosimilare distribuite rispetto al totale delle confezioni distribuite delle rispettive categorie ATC L03AA Fattori di Stimolazione delle colonie e B03XA Altri preparati antianemici		**Filgrastim non inferiore al 65%; Eritropoietina non inferiore al 20%**	
	C.2 2012	**Attivazione pacchetti regionali di Day Service**	**Pacchetti attivati a seguito di specifiche regionali**		**SI**	**Attivazione e monitoraggio dell'andamento dei pacchetti di Day Service**
	C.3 2012	**Rispetto tempistiche di intervento per la frattura del collo del femore in pazienti ultra65enni**	**Percentuale di pazienti con età maggiore di 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario**		**Non inferiore al 70%**	**Sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti**

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
	D.1	*Acquisti in ambito aziendale: attuazione delle disposizioni previste nella DGR 2492/2010 e adozione del software unico per la gestione delle gare*	*Attuazione delle disposizioni dettate dalla DGR 2492/2010 in materia di acquisti in ambito aziendale: assegnazione all'elemento prezzo, nel caso di gare d'appalto espletate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa di cui all'art. 83 del D. Lgs. 163/2006, del punteggio minimo di sessanta punti sui cento assegnabili*	*SI*	*SI*	
			Adozione del software unico per la gestione delle gare, realizzato dall'Amministrazione Regionale (SI/NO)	*SI*	*SI*	*Dall'1 gennaio 2011 per tutte le gare sopra soglia comunitaria* *dall'1 giugno 2011 per tutte le gare sopra e sotto soglia comunitaria*
	D.1 2012	**Acquisti in ambito aziendale: attuazione delle disposizioni previste nella DGR 2492/2010 e adozione del software unico per la gestione delle gare**	**Produzione di un documento di Pianificazione su modello regionale delle gare sopra e sotto soglia**		**Entro 28/2/2012**	
			Aggiornamento trimestrale del documento di Pianificazione		**Presenza di tutti gli aggiornamenti trimestrali**	
			Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare indette		**>=95%**	
			Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare programmate		**>=95%**	
	D.2	Adesione alle gare regionali indette dal CRAS-Centro Regionale Acquisti Sanità	Adesione al 100% delle gare regionali	SI	SI	Fatto salvo il caso di specifica, completa ed idonea documentazione relativa alla mancata adesione

Area Amministrativa	*D.3*	*Sviluppo dell'utilizzo del MEPA-Mercato Elettronico della P.A. per gli acquisti sotto soglia di rilievo comunitario in ambito sanitario*	*Avvio dell'utilizzo strutturato del MEPA come strumento di acquisto sotto soglia per almeno una categoria di beni specifici sanitari*	*Sviluppo del transato sul MEPA con un aumento non inferiore al 5% sul transato totale riferito all'anno precedente, utilizzando almeno una categoria merceologica di beni specifici sanitari*	*Sviluppo del transato sul MEPA con un aumento non inferiore al 5% sul transato totale riferito all'anno precedente, utilizzando almeno una categoria merceologica di beni specifici sanitari*	
	D.3 2012	**Sviluppo dell'utilizzo del MEPA-Mercato Elettronico della P.A. per gli acquisti sotto soglia di rilievo comunitario**	**Avvio dell'utilizzo strutturato del MEPA come strumento di acquisto sotto soglia**		**Sviluppo del transato sul MEPA utilizzando tutte le categorie merceologiche e aumento non inferiore al 10% sul transato totale riferito all'anno precedente**	
	D.4	Analisi, anche retrospettiva, della composizione delle voci di bilancio correlate ai costi capitalizzati	Revisione dei dati contabili relativi ai costi capitalizzati entro i termini di elaborazione del Bilancio d'esercizio 2010	Revisione della totalità dei contributi in conto capitale ricevuti da Stato, Regione e Comuni, dei valori relativi al patrimonio iniziale (e successive integrazioni), dei contributi vincolati soggetti ad ammortamento al 100% (dal 2007). Revisione almeno dell'80% dei contributi da soggetti diversi.	Consolidamento e messa a regime dell'attività	
	D.5	*Utilizzo del processo di certificazione del bilancio, in attuazione dell'articolo 1, c. 291, della L. 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11, c. 2, del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di sviluppare una funzione di Internal Auditing, finalizzata alla creazione ed alla gestione di un sistema dei controlli necessario per verificare la qualità ed il rispetto delle procedure amministrativo-contabili aziendali*	*Attivazione del nucleo aziendale di Internal Audit ed elaborazione dei piani di attività, attraverso il coordinamento della Segreteria Regionale per la Sanità*	*Rispetto dei termini indicati nell'emanando Decreto Interministeriale sulla certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie e nelle connesse direttive regionali*		*Il processo di certificazione dei bilanci verrà attivato indipendentemente dall'entrata in vigore dell'emanando Decreto Interministeriale sulla certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie*
	D.5 2012	**Utilizzo del processo di certificazione del bilancio, in attuazione dell'articolo 1, c. 291, della L. 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11, c. 2, del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di sviluppare una funzione di Internal Auditing, finalizzata alla creazione ed alla gestione di un sistema dei controlli necessario per verificare la qualità ed il rispetto delle procedure amministrativo-contabili aziendali**	**Realizzazione di azioni correttive e migliorative rispetto alle criticità rilevate nella mappatura effettuata nel corso del processo di valutazione di cui al DM 18/1/2011: tali azioni devono essere dettagliate su un piano, con relativo timing, che va inviato alla Regione entro il il 31/1/2012 e che verrà approvato entro il 28/2/2012.**		**Realizzazione delle azioni correttive nel rispetto del piano approvato a livello regionale: - invio programma entro 31 gennaio, approvato dalla Regione entro il 28 febbraio; - verifica realizzazione azioni correttive al 30 giugno; - verifica realizzazione azioni correttive al 31 dicembre.**	
			Sviluppo della funzione di Internal Auditing secondo standard e tempistiche definite dalla Direzione Controlli e Governo SSR		**Realizzazione delle fasi previste nel rispetto delle tempistiche definite a livello regionale dal programma di sviluppo dell'Internal Auditing: - definizione della funzione di Internal Audit aziendale (entro il 30 aprile); - mappatura dei processi prioritari (entro il 31 luglio); - analisi di almeno tre processi ed implementazione delle azioni per la riduzione del rischio (entro il 31 dicembre)**	
	D.6	Adempimenti ex art. 3, c. 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005	Rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS	SI entro il 30 giugno 2011	SI	

	D.7 2012	**Monitoraggio sull'andamento dei costi**	**Redazione di prospetti, predisposti dalla Regione, di riconciliazione tra flussi informativi e CEPA in relazione ai flussi informativi: - FAROSP, DDF3, Consumi Dispositivi Medici; - Personale.**		**Redazione di prospetti trimestrali a partire dal IV trimestre 2011**	**Per quanto riguarda il Personale, i dati vengono rilevati dai cedolini.**

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
Area		**Obiettivo**	**Indicatore**	**valore soglia per il 2011**	**valore soglia per il 30/6/2012**	**Note**
Area Sanitaria	*E.1*	*Riduzione della mobilità extraregionale relativa alle specialità medio-alte*	*Riduzione del numero di prestazioni relative alle specialità medio-alte a favore di residenti veneti in mobilità extraregionale*	*Diminuzione del 10% rispetto al valore dell'anno precedente*	*Diminuzione del 20% rispetto al valore del 2010*	*Fonte: Data Warehouse*
	E.1 2012	**Aumento dei ricoveri in alta specialità**	**Numero ricoveri alta specialità**		**Aumento del 5% rispetto all'anno precedente**	**Fonte: Data Warehouse**
	E.2	*Apporto al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille a livello regionale attraverso la diminuzione del numero dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati, provvedendo all'erogazione delle relative prestazioni in setting assistenziali più appropriati, quali DH, DS, Day Service*	*% di DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria e diurna*	*Valori percentuali/soglie di ammissibilità determinati dalla DGR 4277/2009. Tali soglie potranno essere rideterminate sulla base delle eccellenze presenti nelle Aziende della Regione del Veneto.*	*Valori percentuali/soglie di ammissibilità determinati dalla DGR 4277/2009. Tali soglie potranno essere rideterminate sulla base delle eccellenze presenti nelle Aziende della Regione del Veneto.*	
	E.2 2012	**Apporto al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille a livello regionale attraverso la diminuzione del numero dei ricoveri, provvedendo all'erogazione delle relative prestazioni in ambito ambulatoriale (Day Service)**	**Riduzione assoluta del numero totale ricoveri (RO+DH)**		**Il numero di ricoveri al 30/6/2012 non potrà superare una soglia specifica, determinata per ciascuna Azienda a livello regionale**	
	E.3	*Apporto al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 600/2007 in relazione alle percentuali di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa, attraverso la messa a disposizione di agende su base provinciale e regionale*	*Messa a disposizione di agende delle prestazioni erogate, per branca specialistica, per ogni classe di priorità (SI/NO)*	*SI*	*SI*	
	E.3 2012	**Apporto al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 863/2011 in relazione alle percentuali di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa, attraverso la messa a disposizione di agende su base provinciale e regionale**	**Realizzazione di un prospetto illustrativo delle agende messe a disposizione, per quali prestazioni, per quali classi di priorità ed in che percentuale per ciascuna agenda**		**SI**	**Redazione di prospetti trimestrali a partire da gennaio 2012**
	E.4	Implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico tramite raccolta di schede di rilevazione degli eventi avversi (incident report) e analisi degli eventi avversi o quasi errori (sistema di auditing)	Adozione di un software unico per il monitoraggio del rischio clinico (SI/NO)	SI	SI	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2371 del 29 dicembre 2011

Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dei dipendenti nel settore sanitario" a valere sul Programma Operativo Settoriale "Sviluppo risorse umane" 2007-2013 - Fse Romania, Asse Prioritario 2, Settore d'intervento 3.2": trasferimento all'Azienda Ulss n.20 Verona.

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

Note per la trasparenza:

con questo provvedimento si provvede a trasferire la titolarità e la gestione del Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dei dipendenti nel settore sanitario" all'Azienda Ulss n.20 Verona nella prospettiva di un riordino del sistema dedicato alla progettualità europea.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue:

con provvedimento n. 2157 del 14.7.2009 la Regione del Veneto ha deliberato la partecipazione, in qualità di partner, al Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dipendenti nel settore sanitario" presentato a valere sul Programma Operativo Settoriale "Sviluppo risorse umane" 2007-2013 - Fse Romania, Asse Prioritario 2: "Crescita della flessibilità dei lavoratori e delle imprese", Settore d'intervento 3.2: "Formazione e supporto per imprese e dipendenti per la promozione della flessibilità".

In considerazione tuttavia del cospicuo numero di progetti sottoscritti dalla Regione e del predetto ruolo di programmazione che le è proprio, è emersa l'esigenza di procedere ad una rimodulazione e ad un riordino del "sistema" dedicato alla progettualità, sia internazionale che nazionale, in campo socio sanitario che si era esteso oltre i limiti e le intenzioni originarie, mischiando profili manageriali e di programmazione. Tali processi di sistemazione hanno tenuto conto della imprescindibile centralità delle strutture regionali nelle funzioni di monitoraggio, indirizzo e coordinamento dell'attività di sviluppo del sistema socio-sanitario regionale e, allo stesso tempo, della necessità di incaricare della realizzazione operativa dei Progetti le Aziende Sanitarie secondo un principio di sussidiarietà verticale.

Per quanto fin qui evidenziato, ai fini della attuazione di tale volontà e del conseguente coinvolgimento immediato delle Aziende sanitarie nella primigenia fase operativa, si è valutata l'opportunità di far sì che l'Azienda Ulss n.20 Verona partecipi direttamente al Progetto di cui trattasi, subentrando alla Regione del Veneto come parte dell'accordo progettuale al quale l'Amministrazione aveva già aderito.

Questa soluzione, da un lato, appare più conforme agli obiettivi e finalità del Progetto, il quale rappresenta una parte essenziale della strategia della Comunità Europea in materia di salute poiché persegue, come obiettivo e azioni generali, il miglioramento della sicurezza dei cittadini nel luogo di lavoro ed in particolare nelle strutture sanitarie. Infatti il percorso formativo, limitatamente alla parte che si svolgerà nella Regione del Veneto, sarà attuato attraverso l'utilizzo, in qualità di formatori, di personale dipendente delle Aziende Sanitarie al fine di presentare il modello di formazione degli operatori sanitari nel settore della medicina del lavoro e della promozione della salute in uso nel Sistema Sanitario regionale.

Dall'altro lato valorizza il ruolo primario svolto dalla Regione del Veneto in campo internazionale, nella prospettiva di una sempre maggiore integrazione tra i differenti sistemi sanitari europei, ruolo che si estrinseca, sotto il profilo concreto, attraverso la partecipazione alle azioni in materia di salute pubblica nell'ottica di favorire l'internazionalizzazione delle strutture appartenenti al Sistema Sanitario regionale.

Sulla base di quanto sopra esposto si propone, in conformità anche a quanto disposto dall'art. 5 - lett. c) - dell'Accordo di Partenariato - n. di registrazione 182 del 15.07. 2009, che subordina la sostituzione del Partner al previo accordo delle parti negoziali, di recedere dal Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dipendenti nel settore sanitario" presentato a valere sul Programma Operativo Settoriale "Sviluppo risorse umane" 2007-2013 - Fse Romania, Asse Prioritario 2: "Crescita della flessibilità dei lavoratori e delle imprese", Settore d'intervento 3.2: "Formazione e supporto per imprese e dipendenti per la promozione della flessibilità", al quale l'Amministrazione regionale aveva partecipato con il ruolo di partner.

Contestualmente si propone di identificare l'Azienda Ulss n.20 Verona, che dispone delle necessarie competenze tecniche e scientifiche, quale partner del suddetto Progetto, subordinatamente all'accettazione di tale incarico da parte della stessa Azienda.

Inoltre, non avendo la Regione del Veneto svolto alcuna attività inerente al Progetto di cui trattasi, non sussiste a carico della stessa alcun obbligo e responsabilità in ordine all'esecuzione dell'Accordo di Partenariato del 15.7.2009 e del Contratto di Finanziamento POSDRU/81/3.2//S/51596 del 28.10.2010.

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

La Giunta regionale

Udito il relatore incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2, 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. 2 della Lr 10.01.1997 n. 1;

Vista la Lr n. 39 del 29.11.2001;

Visto il D.L.gs. 30.12.1992 n.502;

Viste le Leggi regionalin.55 e n.56 del 14.9.1994;

Vista la propria precedente deliberazione n.2157 del 14.7.2009;

Visto l'Accordo di Partenariato del 15.7.2009 - n. di registrazione 182;

Visto il Contratto di Finanziamento POSDRU/81/3.2/S/51596 - n. E 8284 A.Z. - del 28.10.2010;

Vista la comunicazione del CNSRL Fratia del 16.11.2011;

Vista la dichiarazione di accettazione del recesso della Regione del Veneto sottoscritta, in data 30.11.2011, dal Leader e dagli altri Partner del Progetto,

delibera

1. di recedere, per le motivazioni di cui in premessa, in qualità di partner, dal Progetto "Competenze per la competitività dei manager e dipendenti nel settore sanitario" presentato a valere sul Programma Operativo Settoriale "Sviluppo risorse umane" 2007-2013 - Fse Romania, Asse Prioritario

2: "Crescita della flessibilità dei lavoratori e delle imprese", Settore d'intervento 3.2: "Formazione e supporto per imprese e dipendenti per la promozione della flessibilità", che ha quale Leader la Confederazione Nazionale dei Sindacati Liberi di Romania-FRATIA (CNSLR- Fratia);

2. di identificare l'Azienda Ulss n.20 Verona, che dispone delle necessarie competenze tecniche e scientifiche, quale partner del Progetto di cui al punto precedente, subordinatamente all'accettazione da parte della stessa Azienda Sanitaria;

3. di dare comunicazione del presente provvedimento all'Azienda Ulss n.20 Verona;

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2372 del 29 dicembre 2011

Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda Ulss 4 nelle fasi di gestione.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Definizione del flusso informativo relativo all'assistenza domiciliare, in collaborazione con l'Azienda Ulss n. 4.

L'Assessore Luca Coletto, di concerto con l'Assessore Remo Sernagiotto, riferisce quanto segue.

L'ulteriore sviluppo dei risultati di eccellenza raggiunti dalla Regione del Veneto nell'organizzazione, nell'informatizzazione e nella valutazione delle cure domiciliari richiede il coordinamento tra le Direzioni regionali Controlli e Governo SSR, Attuazione Programmazione Sanitaria e Servizi Sociali e le Aziende Ulss del Veneto rispetto al conseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

A) Sistema informativo:

- adeguamento e implementazione in tutte le Aziende Ulss regionali del sistema informativo e del tracciato record regionale sulle Cure Domiciliari (Dgr n. 1722 del 18/6/2004) rispetto alle indicazioni del Nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Cure Domiciliari (obbligatorio a partire dall'1/1/2012 quale requisito vincolante per l'accesso ai fondi del finanziamento integrativo a carico dello Stato) di cui al Dm 17/12/2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, con particolare riguardo all'implementazione della valutazione dell'assistito al fine di dare conto dei problemi di salute e assistenza dei pazienti domiciliari, compresi i malati in cure palliative;

- controllo e validazione dei dati inviati dalle AUlss e di quelli inviati al Ministero della Salute;

- ottimizzazione della registrazione degli accessi domiciliari di tutte le figure professionali (medici specialisti, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.) da parte di tutte le AUlss;

- sviluppo sul datawarehouse regionale di una reportistica a disposizione della Regione e delle AUlss rispetto all'intensità assistenziale e agli indicatori di processo ed esito;

- partecipazione al tavolo di lavoro nazionale dell'Assistenza Domiciliare-SIAD;

- integrazione del flusso informativo sulle Cure Domiciliari con i flussi informativi delle Cure Palliative, in attuazione della Dgr n. 3577 del 30/12/2010, e della Domiciliarità Sociale in raccordo con la competente Direzione regionale;

- implementazione in tutte le AUlss del sistema informativo e del tracciato record delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.), che costituiscono la "cabina di regia" di tutti gli interventi socio sanitari erogati nella rete territoriale dei servizi in risposta ai bisogni espressi dagli utenti e dalle loro famiglie e rappresentano, a livello nazionale, un'esperienza unica per metodologia, estensione e coinvolgimento multiprofessionale.

B) Ridefinizione dei profili organizzativi:

- rimodulazione degli standard minimi di numero di accessi mensili corrispondenti ai diversi profili organizzativi delle Cure Domiciliari (Allegato D alla presente deliberazione), alla luce dello schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza" su cui è stata sancita l'intesa con l'Atto della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano n. 90/CSR del 20 marzo 2008 ed in coerenza con il modello integrato e multiprofessionale di assistenza domiciliare che è peculiare della Regione del Veneto.

C) Individuazione delle migliori pratiche organizzative:

- definizione di indicatori e standard di struttura, processo ed esito, delle Cure Domiciliari in coerenza con gli indirizzi contenuti nel PDL "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2012-2014" (Dgr 15/Ddl del 26/7/2011);

- realizzazione di incontri periodici con le Direzioni Strategiche delle Aziende Ulss ed i Responsabili di Distretto per promuovere il benchmark delle migliori pratiche assistenziali nelle AUlss del Veneto;

- attività di formazione e audit con i Responsabili di Distretto su processi e risultati delle Cure Domiciliari;

L'esplicitazione dei contenuti e delle modalità operative di partecipazione dei MMG alla valutazione multidimensionale sintetica verrà definita in un apposito Tavolo tecnico, rinviandone l'applicazione ad un Decreto del Dirigente della Struttura regionale competente.

D) Valutazione degli esiti delle Cure Domiciliari:

Per quanto riguarda l'istituzione del nuovo flusso informativo regionale sulle Cure Domiciliari, quest'ultimo prevede per il 2011 una periodicità trimestrale ed è composto da 4 tracciati che raccolgono informazioni di differente tipologia:

- tracciato A - Dati anagrafici (un record per assistito);

- tracciato B1 - Valutazione e servizi a periodo (almeno un record per ciascun assistito che effettua accessi sanitari);

- tracciato B2 - Sospensione e conclusioni (possibili più record per assistito);

- tracciato C - Accessi (possibili più record per assistito).

Le modalità di utilizzo del tracciato si riferiscono alla registrazione, all'utilizzo ai fini gestionali e all'invio dei dati:

1) sulla valutazione sintetica del paziente in Cure Domiciliari;
2) sugli accessi ed i servizi domiciliari sanitari (compresi quelli effettuati nell'ambito dei programmi di Cure Palliative).

Le specifiche sono richiamate negli Allegati A, B, C, D, E, F alla presente deliberazione, mentre l'Allegato G propone indicatori e standard di struttura, processo ed esito delle Cure Domiciliari.

La gestione del flusso sopra descritto viene affidata all'AUlss n. 4 "Alto Vicentino" nell'ambito del consolidato rapporto di collaborazione esistente per le Cure Primarie, ai sensi della Dgr n. 3831 del 9/12/2009, con la quale è stato affidato all'AUlss n. 4 Alto Vicentino un progetto di collaborazione triennale per il supporto alle Direzioni regionali competenti nello sviluppo del sistema informativo delle Cure Domiciliari.

Al fine di consentire un'effettiva integrazione con le Cure Palliative, si confermano le disposizioni previste nella Dgr n 3577 del 30/12/2010, in relazione alle attività da attuarsi da parte dell'AUlss n. 4 "Alto Vicentino", conformemente alle indicazioni del Coordinamento regionale per le Cure palliative e la lotta al dolore.

I costi di esercizio, da quantificare durante la fase di primo avvio, saranno oggetto di accordo e le relative risorse saranno poste a carico della quota a gestione regionale, già impegnata a favore dell'AUlss 4 con la Dgr n. 3577 del 30/12/2010 al fine di completare la realizzazione di iniziative di ricerca e collaborazione nell'ambito delle cure palliative e della lotta al dolore.

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. 33, 2° 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 legislazione regionale e statale.

Visto il Dm 17/12/2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Vista la propria deliberazione n. 1722 del 18 giugno 2004 ad oggetto "Sistema informativo di distretto socio sanitario. Modulo ADI (assistenza domiciliare integrata). Approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni".

Vista la propria deliberazione n. 3831 del 9 dicembre 2009 ad oggetto "Sviluppo del Sistema Informativo sulle Cure Domiciliari. Dgr n. 4395 del 30/12/2005, per i Medici di Medicina Generale (MMG); Dgr n. 2667 del 7/08/2006, per i Medici specialisti pediatri di libera scelta (PLS), Dgr n. 3220 del 25/10/2005, per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altre professionalità sanitarie".

Vista la propria deliberazione n. 3577 del 30 dicembre 2010 ad oggetto "Progetti esecutivi per lo sviluppo delle reti di cure palliative aziendali per l'adulto, per il bambino e per la lotta al dolore e azioni centrali del coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore a sostegno dell'applicazione della Lr n. 7/2009. Riparto dei contributi regionali per l'anno 2010 ai sensi della Lr n. 7/2009 art. 11, comma 1".

delibera

1. di approvare quanto esposto nelle premesse quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare, quale evoluzione del flusso SID-ADI di cui alla Dgr n. 1722 del 18/6/2004 "Sistema informativo di distretto socio sanitario. Modulo ADI (assistenza domiciliare integrata). Approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni", il sistema informativo descritto negli Allegati A, B, C, D, E, F e G, i quali costituiscono parte integrante ed essenziale della presente deliberazione;
3. di adottare la valutazione degli assistiti in Cure Domiciliari di cui agli Allegati C, D, ed E con un piano di assistenza di almeno 8 accessi/mese, a partire dai dati di attività del 3° trimestre 2011. L'esplicitazione dei contenuti e delle modalità operative di partecipazione dei MMG alla valutazione multidimensionale sintetica verrà definita in un apposito Tavolo tecnico, rinviandone l'applicazione ad un Decreto del Dirigente della Struttura regionale competente;
4. di rinviare ad un successivo provvedimento di concerto tra gli Assessori alla Sanità e ai Servizi sociali l'istituzione del sistema informativo delle UVMD;
5. di incaricare, per le rispettive competenze, la Direzione regionale Controlli e Governo SSR e la Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria dell'applicazione del presente atto;
6. di affidare all'AUlss n. 4 "Alto Vicentino" l'incarico di supportare le sopra citate Direzioni regionali Controlli e Governo SSR e Attuazione Programmazione Sanitaria nello svolgimento delle attività indicate ai punti A-B-C-D riportati in premessa, nell'ambito del consolidato rapporto di collaborazione per le Cure Primarie;
7. di confermare le disposizioni previste nella Dgr n. 3577 del 30/12/2010, in relazione alle attività da attuarsi da parte dell'AUlss n. 4 "Alto Vicentino", conformemente alle indicazioni del Coordinamento regionale per le Cure palliative e la lotta al dolore, al fine di consentire un'effettiva integrazione con le Cure Palliative;
8. di stabilire che i costi di esercizio, unitamente al programma di lavoro a cura dell'AUlss 4, saranno oggetto di accordo e le relative risorse saranno poste a carico della quota a gestione regionale, già impegnata a favore dell'AUlss 4 con la Dgr n. 3577 del 30/12/2010 al fine di completare la realizzazione di iniziative di ricerca e collaborazione nell'ambito delle cure palliative e della lotta al dolore;
9. di dare atto che la spesa prevista nella presente deliberazione è stata impegnata con deliberazione della Giunta regionale n. 3577 del 30 dicembre 2010 sul capitolo U60009 del bilancio di previsione dell'anno 2010 e che essa non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

Allegato A

Flusso informativo cure e assistenza domiciliare

Il presente sistema informativo è una evoluzione del flusso SID-ADI (Dgr n. 1722 del 18-06-2004) che è stato fino ad oggi un sistema di registrazione degli accessi domiciliari sanitari e - in parte - sociali. Serve a:

- dare conto dei problemi di salute e assistenza dei pazienti domiciliari, compresi i malati in cure palliative;
- rendere visibile la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'alimentazione del flusso di attività domiciliare sociale (accessi domiciliari SAD ecc.);
- documentare l'attività delle UVMD effettuate dai Servizi Distrettuali;
- adempiere al debito informativo nei riguardi del Ministero della Salute sulle Cure Domiciliari (flusso NSIS-ADI ex Dm 17/12/2008, obbligatorio a partire dal 01/01/2012 quale requisito vincolante per l'accesso ai fondi del finanziamento integrativo a carico dello Stato).

Nell'Allegato B viene riportato un glossario utile a creare un linguaggio comune, nel quadro della normativa nazionale.

Il flusso ha per il 2011 una periodicità trimestrale mentre a partire dal 2012 il Dm 17/12/2008 prevede una periodicità mensile. Esso sostituisce quello della Dgr 1722/2004 ed è composto da 4 tracciati (Allegato C):

tracciato A - dati anagrafici (un record per assistito che ha avuto accessi/servizi domiciliari nel periodo in esame);

tracciato B1 - valutazione e servizi a periodo (almeno un record per ciascun assistito che effettua accessi sanitari nel periodo in esame)

tracciato B2 -sospensioni (possibili più record per assistito)

tracciato C - accessi (possibili più record per assistito).

Per chiarire le modalità di utilizzo del tracciato si forniscono le seguenti specifiche:

1) Invio dei dati sulla valutazione del paziente in Cure Domiciliari

La valutazione del paziente in Cure Domiciliari è la principale innovazione del flusso, che va a rendere conto non soltanto di "quanto" si è fatto nel periodo di competenza ma anche del "perché" lo si è fatto. Essa viene implementata gradualmente nelle Aziende Ulss, a partire dai pazienti più complessi, sulla base del tracciato di cui all'Allegato C. Come minimo essa consiste di una diagnosi, di una valutazione multidimensionale semplificata, di una scheda bisogni e di alcune informazioni sul nucleo di convivenza. La scheda bisogni è stata aggiornata (Allegato D) in coerenza al tracciato del Dm 17/12/2008 e alle indicazioni fornite da alcuni Coordinatori Infermieristici esperti. Non è necessario raccogliere materialmente questi dati in ciascun periodo di competenza: la valutazione viene effettuata con le modalità e le cadenze abituali ma almeno alla fine di ogni periodo di competenza viene raccolta una sintesi informativa (Patient Summary), che riassume i dati più aggiornati che sono a disposizione. La data di valutazione è quella dell'ultimo aggiornamento effettuato, anche se precedente il periodo di competenza. Il Patient Summary quindi permette di dire "com'è il paziente" nel periodo di competenza e la finalità di questa valutazione è innanzitutto clinico-assistenziale: nella gestione quotidiana del caso infatti è molto utile che tutti gli operatori condividano - e quando necessario aggiornino - un quadro comune della situazione della persona assistita a domicilio.

La valutazione multidimensionale è già obbligatoria per i profili di assistenza domiciliare sanitaria ad elevata intensità ai sensi della Dgr 3879/99 ed è già prassi corrente in alcune Ulss anche per i progetti di assistenza programmata, infermieristica e riabilitativa. L'Azienda Ulss 4 è in grado di segnalare diverse esperienze di successo realizzate in regione e di dare supporto alle Aziende per lo sviluppo dei relativi documenti cartacei e dei flussi organizzativi e gestionali. In particolare un'esperienza condotta nelle AUlss 4, 8 e 16 (Assistenza Infermieristica e Ricerca 2010; 3: 117-123) ha già evidenziato che:

- i pazienti domiciliari non occasionali hanno un fortissimo turnover;
- il profilo sanitario e quello funzionale sono i principali determinanti dei ricoveri, del decesso e dell'entrata in struttura residenziale;
- il profilo socio-assistenziale (assistenza familiare insufficiente o inadeguata) ha un fortissimo impatto sia sui ricoveri che sulla mortalità dei pazienti allettati.

A partire dai dati di attività del 4° trimestre 2011 (scadenza di invio: 31/1/2012) è obbligatorio inviare entro il mese successivo alla fine del periodo di competenza almeno un Patient Summary per tutti i casi che prevedono un piano di lavoro di almeno 8 accessi/mese. A partire dai dati di attività del 1° trimestre 2012 (scadenza di invio: 30/4/2012) l'obbligo riguarda tutti i casi che prevedono un piano di lavoro di almeno 4 accessi/mese. Nel caso in cui non sia stata effettuata una UVMD con la somministrazione di una SVAMA completa, la valutazione può essere effettuata tramite la scheda di valutazione multidimensionale semplificata di cui alla Dgr 39 del 17/1/2006 (vedi Allegato E). La raccolta del Patient Summary è altresì raccomandata per tutti i casi non occasionali, per i quali vengono definite una presa in carico ed un Piano di Assistenza Individualizzato (es. assistenza programmata, infermieristica, riabilitativa); a questo riguardo la definizione dei contenuti e delle modalità operative di partecipazione del MMG verranno definiti a parte in un apposito tavolo tecnico, rimandandone l'applicazione ad un Decreto del Dirigente della Struttura regionale competente.

L'individuazione dei pazienti in cure palliative (compresi i pazienti Oncologici, o affetti da malattie inguaribili, nelle ultime fasi della vita di cui all' Accordo regionale con la MG del 2005 ex allegato A della Dgr 4395 del 30/12/2005) e la definizione dei relativi strumenti di valutazione e monitoraggio clinico-assistenziale verrà definita ai sensi della Dgr n 8577 del 30/12/2010, conformemente alle indicazioni del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

2) Invio dei dati sugli accessi ed i servizi domiciliari sanitari

Per le persone che hanno avuto almeno un accesso nel periodo di competenza da parte di un operatore sanitario del distretto (MMG, infermiere, terapista della riabilitazione, medico di distretto, medico palliativista o altro specialista,…) viene inviata entro il mese successivo alla fine del periodo di competenza l'anagrafe (un record del tracciato A), almeno una valutazione (un record del tracciato B1) ed un record giornaliero per ciascuna figura professionale che ha effettuato l'accesso (tracciato C). I record sono tra loro connessi tramite un identificativo utente univoco.

Nel tracciato B1 è anche possibile registrare le forniture sanitarie attive nel periodo di competenza (es. fornitura diretta farmaci, ossigenoterapia, materiali di consumo per medicazioni ecc.).

Tali dati possono opportunamente alimentare un fascicolo socio-sanitario aziendale informatizzato, supportato da un sistema di alert automatici e accessibile ai professionisti sanitari e sociali della rete dei servizi.

3) Invio dei dati sugli accessi ed i servizi domiciliari sociali

L'integrazione all'interno del flusso della domiciliarità dei dati relativi agli accessi degli operatori sociali dei comuni (Assistente Sociale comunale, OSS,…) e ai servizi domiciliari sociali di supporto è già prevista ai sensi della Dgr 1722/2004. Le modalità di integrazione all'interno del flusso della domiciliarità dei dati relativi alla graduatoria per l'erogazione dell'assegno di cura e al telesoccorso verranno definite dalla Direzione regionale Servizi sociali.

Allegato B

Glossario

Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare è la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio. Essa si incardina sulla famiglia (tenuta alla cura, alla custodia e alla fornitura degli alimenti), sui servizi sociali (domiciliari, economici e residenziali), sulla rete vicinale e sul volontariato, che nel loro insieme costituiscono la rete socio-assistenziale.

Le Cure Domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare, mentre l'assistenza domiciliare fornita in maniera formale dai Comuni (accessi domiciliari degli Operatori Socio-Sanitari; servizi di fornitura pasti, lavanderia, acquisti e trasporti, assegni di cura, telesoccorso) è denominata Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Cure Domiciliari

E' l'assistenza sanitaria resa a casa del paziente dagli operatori sanitari delle Cure Domiciliari: MMG, Infermiere, FKT, Medico Specialista Geriatra, Medico Palliativista, altro Medico Specialista, Medico di Continuità (non come unica figura ma in integrazione con gli altri operatori), Operatore Socio-Sanitario (se dipendente del Distretto Socio-Sanitario).

Le Cure Domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare; ad esse possono concorrere anche i familiari, l'assistenza privata a pagamento e gli altri componenti della rete socio-assistenziale (ad esempio: Operatori Socio-Sanitari del Comune o del Distretto). Anche l'acronimo ADI può essere sostituito da "Cure Domiciliari".

Debito informativo

Anche nel caso in cui a domicilio acceda un solo operatore sanitario (ad esempio il MMG), il Piano di Assistenza Individuale è accessibile nel fascicolo socio-sanitario aziendale a tutti gli altri operatori sanitari ed ai servizi sociali che abbisognano di tali informazioni nell'interesse del paziente, rispettando in ogni caso la normativa sulla privacy. Allo stesso modo, i Servizi Sociali comunali rendono accessibili al Distretto i propri piani di Assistenza Domiciliare.

Livelli di assistenza

Il livello di assistenza viene determinato a posteriori sulla base del numero degli accessi effettuati in un ciascun mese di assistenza. Le Cure Domiciliari – in attesa di un atto formale del Ministero – possono essere distinte in:

- di monitoraggio preventivo (1 accesso al mese);
- estensive di primo livello (2-3 accessi/mese);
- intensive di primo livello (4-7 accessi/mese);
- di secondo livello (8-15 accessi/mese);
- di terzo livello (16+ accessi/mese).

Il livello non dipende dal profilo professionale dell'operatore o degli operatori sanitari che effettuano l'accesso. Anche le Cure Palliative Domiciliari si inquadrano nei diversi livelli di assistenza, sulla base del numero di accessi domiciliari/mese.

Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale – in attesa di un atto formale del Ministero – viene definito dalla Regione Veneto come il numero di accessi domiciliari effettuati dagli operatori sanitari nel mese/30. Vengono quindi computati tutti gli accessi, anche nel caso in cui nello stesso giorno ne venga effettuato più d'uno, sulla base delle esigenze assistenziali programmate o comunque condivise tra gli operatori che seguono il caso.

I Livelli di assistenza più sopra indicati corrispondono ai seguenti CIA:

- di monitoraggio preventivo (CIA=0.03);
- estensive di primo livello (CIA≥0.03);
- intensive di primo livello (CIA≥0.13);
- di secondo livello (livello (CIA≥0.23);
- di terzo livello (CIA>0.5).

Piano di lavoro

È uno degli elementi del Piano di Assistenza Individualizzato. Il piano di lavoro registra il numero di accessi programmati di ciascuna figura professionale, sanitaria e sociale; può contenere anche la stima del tempo necessario per l'accesso (comprensivo di valutazione, effettuazione delle prestazioni, educazione sanitaria e supporto al caregiver), in modo da facilitare la programmazione. Le Cure Domiciliari effettivamente erogate possono avere nella pratica una frequenza ed una intensità diversa da quella definita nel Piano di lavoro (ad es. per un ricovero intercorrente).

Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il PAI è lo strumento con cui si definisce e si aggiorna il piano di lavoro, che viene approvato dal Responsabile delle Cure Primarie o dal Responsabile dell'UVMD.

Gli elementi costitutivi del PAI sono:

- la data di richiesta di attivazione delle Cure Domiciliari, effettuata dal MMG e la data di autorizzazione;
- la valutazione, effettuata con gli strumenti definiti a livello regionale per specifici piani di lavoro;
- l'indicazione degli obiettivi clinici e assistenziali;
- il piano di lavoro;
- la presenza di tutti gli altri interventi socio-sanitari pubblici e privati;
- l'indicazione dei compiti assistenziali della famiglia (ad es., laddove possibile, l'effettuazione di medicazioni, sotto la supervisione dell'infermiere, una volta effettuata la formazione);
- l'individuazione del case-manager;
- la data prevista per la verifica e l'eventuale modifica del PAI stesso, almeno per i casi più complessi.

Il PAI viene informatizzato nel software di gestione aziendale ed è reso accessibile a tutti gli operatori sanitari delle Cure Domiciliari. I termini in uso, che derivano dal profilo professionale degli operatori coinvolti o dal corrispondente istituto contrattuale (es. assistenza programmata, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, cure palliative) sono da considerare definizioni indicative, da ricondurre progressivamente al PAI.

Patient Summary (Allegato F)

La valutazione multidimensionale assolve le seguenti funzioni indispensabili:

- consente di impostare e di rivedere il PAI, costituendo un punto di riferimento per la gestione quotidiana e la valutazione del singolo caso;

- consente di documentare la casistica delle Cure Domiciliari, comprese le Cure Domiciliari Palliative e di fornire efficaci indirizzi di programmazione;
- facilita la valutazione dei processi e degli esiti delle Cure Domiciliari e l'attività di ricerca da parte di tutti operatori sanitari delle Cure Domiciliari;
- è un debito informativo verso il Ministero della Salute, sulla base del DM 17/12/2008 (istituzione del nuovo sistema informativo nazionale delle Cure Domiciliari): l'invio dei soli dati relativi agli accessi domiciliari non risponde ai requisiti di minima previsti dal tracciato record.

Sulla base della DGR 1722/2004 la valutazione multidimensionale e multidisciplinare effettuata con SVAMA completa (comprensiva della scheda di supporto sociale), effettuata in UVMD, è già obbligatoria per l'attivazione nei casi più complessi. La Regione Veneto fornisce gli indirizzi per la progressiva messa a regime della valutazione anche per i casi meno complessi, indicando anche gli strumenti adottati (diagnosi codificata ICPC, scheda bisogni, scheda di valutazione multidimensionale semplificata) ed i professionisti coinvolti; per le Cure Palliative Domiciliari possono previsti ulteriori specifici strumenti (Indice di Karnofsky e scheda STAS). L'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale semplificata per l'assistenza e le cure domiciliari è già stato introdotto con la DGR 39/2006, mentre per i casi occasionali non è prevista alcuna valutazione.

La valutazione viene inviata in Regione almeno alla fine del periodo di competenza anche per assolvere al debito informativo previsto dal DM 17/12/2008 (Istituzione del Nuovo Sistema Informativo Nazionale delle Cure Domiciliari), aggiornando e sintetizzando le informazioni disponibili e andando a costituire il "Patient Summary" delle Cure Domiciliari.

La valutazione viene aggiornata al bisogno – ogni volta che intervengono cambiamenti significativi sul piano clinico-assistenziale o secondo la cadenza stabilita nel PAI stesso. Cadenze di revisione tipiche, sono:
- annualmente: Piani di lavoro di 1-3 accessi/mese
- semestralmente: Piani di lavoro con 4 o più accessi/mese
- trimestralmente: Piani di lavoro con 8 o più accessi/mese

Indicatori e standard (Allegato G)

La Regione Veneto definisce indicatori e standard di struttura, di processo ed esito delle Cure Domiciliari. La Direzione regionale Controlli e Governo SSR attesta, sulla base dei dati inviati dalle Aziende, il livello dei seguenti indicatori nei mesi di febbraio e settembre:
- tasso di assistiti in Cure Domiciliari con almeno 8 accessi/mese per 10.000 abitanti;
- % di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica;
- % di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.;
- % deceduti ultra75enni con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita.

Allegato C

Tracciato Sistema Informativo Cure e Assistenza Domiciliare

	Chiave tab.	Obbligatorio	Descrizione campo	Lunghezza	Posizione iniziale	Tipo dato	Obbligatorio NSIS-ADI	Istruzioni per la codifica
	A.		**TRACCIATO DATI ANAGRAFICI**					**una sola riga per persona (che ha avuto accessi/servizi domiciliari nel periodo in esame)**
	X	si	Azienda ULSS erogatrice	3	1	t	si	Codice dell'azienda ULSS erogatrice es. 101 ... 122.
	X	si	Codice fiscale	16	4	t	no	Il campo va valorizzato per tutte le schede riferite a cittadini italiani. Per cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno indicare il codice STP. Si tratta di dato obbligatorio.
		no	Codice sanitario	9	20	n	no	Il campo va valorizzato, in combinazione con il codice fiscale, per i soli residenti in Veneto.
		no	Cognome	30	29	t	no	Campo da valorizzare solo in mancanza di codice fiscale e codice sanitario
		no	Nome	20	59	t	no	Campo da valorizzare solo in mancanza di codice fiscale e codice sanitario
		si	Sesso	1	79	n	si	Utilizzare i codici seguenti: 1 - maschio, 2 - femmina.
		si	Data di nascita	8	80	d	si	Utilizzare il formato GGMMAAAA.
Residenza e domicilio		no	Comune o Stato Estero di nascita	6	88	t	no	Campo da valorizzare solo in mancanza di codice fiscale e codice sanitario. Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.
Residenza e domicilio		si	Cittadinanza	3	94	t	si	Identifica la cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione. Per i cittadini italiani codificare con 100. Per gli apolidi codificare 999.
Residenza e domicilio		si	Comune o Stato Estero di residenza	6	97	t	si	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.
Residenza e domicilio		si	Azienda ULSS di residenza	6	103	t	no	Utilizzare il formato RRRUUU; RRR = codici ISTAT delle regioni UUU = codice azienda sanitaria
Residenza e domicilio		si	Comune di domicilio	6	109	t	no	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia.
Residenza e domicilio		si	DSS di domicilio	1	115	n	no	Codice del distretto relativo al comune di domicilio
		no	Codice MMG/PLS	16	116	t	no	Codice fiscale del MMG o PLS.
altri dati anagrafici		si	Stato Civile	1	132	n	si	Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione: 1 - celibe/nubile, 2 - coniugato, 3 - separato, 4 - divorziato, 5 - vedovo, 9 - non dichiarato.
altri dati anagrafici		si	Nucleo Familiare	2	133	t	si	Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a).
altri dati anagrafici		si	Assistente Non Familiare	1	135	n	si	Persona, non appartenente al nucleo familiare (es. : badante), che convive con l'assistito (24h): 1 - presente con funzione di care-giver, 2 - presente senza funzione di care giver, 3 - non presente.
		si	Identificativo utente	12	136	n	si	Numero progressivo che identifica univocamente ciascun record (persona). Tale campo è necessario per riunire il file Anagrafico agli altri file del flusso, separati per il trasferimento dei dati in ottemperanza alla normativa sulla privacy. Utilizzare il formato UUUNNNNNNNNN (UUU per il codice delle ULSS le cifre N non possono essere spazi vuoti es. non scrivere UUU125 ma UUU000000125). E' consigliabile associare ad ogni persona lo stesso codice nel tempo, per poter identificare i record provenienti dalla procedura del controllo degli errori e/o nel portale DW della regione.

		B1		TRACCIATO VALUTAZIONE E SERVIZI A PERIODO					(almeno un record per ogni assistito nel periodo in esame)
		X	si	identificativo utente	12	1	n	si	Ricollega il servizio erogato all'utente (vedi TRACCIATO DATI ANAGRAFICI)
Presa in carico / chiusura	presa in carico		no	Soggetto richiedente cure domiciliari	1	13	n	si	Indica il soggetto richiedente la presa in carico INIZIALE. I valori ammessi sono i seguenti: 1 - servizi sociali Comune, 2 - servizi sociali Az. ULSS, 3 - MMG/PLS, 4 - Ospedale, 5 - Struttura residenziale extraospedaliera, 6 - Utente/familiari, 9 - altro.
Presa in carico / chiusura	presa in carico		no	Data presa in carico continuativa in cure domiciliari	8	14	d	si	Indica la data della presa in carico iniziale dell'assistito (primo accesso domiciliare). Un assistito si considera in carico in maniera continuativa se ha avuto almeno un accesso domiciliare nei sei mesi precedenti; in caso contrario viene aperto un nuovo episodio
Presa in carico / chiusura	conclusione		no	Data conclusione	8	22	d	si	Indica la data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito
Presa in carico / chiusura	conclusione		no	Motivo conclusione	2	30	n	si	I valori ammessi sono: 1 - completamento programma assistenziale, 2 - ricovero in ospedale, 3 - decesso a domicilio, 4 - ricovero in ospedale esitato in decesso,, 5 - trasferimento in struttura residenziale, 6 - trasferimento in hospice, 7 - trasferimento in hospice esitato in decesso, 8 - trasferimento in altra tipologia di cure, 9 - cambio residenza, 10 - cambio medico, 11 - volontà dell'utente, 12 - chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi), 99 - altro.
sintesi clinico funzionale	riferimento valutazione		si	Tipo valutazione	1	32	n	si	valori ammessi: 1 - valutazione iniziale (prima presa in carico), 2 - rivalutazione.
sintesi clinico funzionale	riferimento valutazione		si	Data valutazione	8	33	d	si	Indica la data nella quale è stata effettuata l'ultima valutazione (data ultimo aggiornamento di un qualsiasi elemento di valutazione:diagnosi, svama/scheda valutazione semplificata, scheda bisogni) la data può essere antecedente al periodo in esame. Utilizzare il formato GGMMAAAA
sintesi clinico funzionale	rif. UVMD		no	Data ultima UVMD	8	41	d	no	indicare la data dell'ultima UVMD (anche se fatta nei periodi precedenti). Utilizzare il formato GGMMAAAA
sintesi clinico funzionale	Patologie		si	Patologia Prevalente	3	49	t	si	Codice ICPC della diagnosi "principale" (quella che condiziona maggiormente il piano di assistenza).
sintesi clinico funzionale	Patologie		si	Patologia Concomitante	3	52	t	si	Codice ICPC della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		si	Profilo cognitivo (PCOG)	1	55	n	si	da Svama completa o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1 - lucido, 2 - confuso, 3 - molto confuso o stuporoso.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		si	Disturbi comportamentali	1	56	n	si	da NPI o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1 - assenti / lievi, 2 - moderati, 3 - gravi.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		no	Disturbi sensoriali	1	57	n	no	per flusso riabilitazione territoriale: 1 - assenti / lievi, 2 - moderati, 3 - gravi.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		no	Disturbi della comunicazione	1	58	n	no	per flusso riabilitazione territoriale: 1 - assenti / lievi, 2 - moderati, 3 - gravi.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		si	Profilo mobilità (PMOB)	1	59	n	si	da Svama completa o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1 - si sposta da solo, 2 - si sposta assistito, 3 - non si sposta.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		si	Profilo funzionale (PADL)	1	60	n	si	da Svama completa o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1 - autonomo o quasi, 2 - dipendente, 3 - totalmente dipendente.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		no	Profilo sanitario (PSAN) (necessità di assistenza sanitaria)	1	61	n	no	da Svama completa o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1. bassa, 2. intermedia, 3. alta.
sintesi clinico funzionale	Scheda valutazione semplificata		si	Profilo socio-assistenziale (PSOC)	1	62	n	si	da Svama completa o scheda di valutazione multidimensionale semplificata: 1 - ben assistito, 2 - parzialmente assistito, 3 - non sufficientemente assistito.
sintesi clinico funzionale	Scheda Bisogni		si	Problemi di salute / bisogni assistenziali	60	63	t	si	problemi di salute allineato con DM 17-12-2008; Codificare in questo modo: "1" in caso di problema presente, "2" in caso di problema assente. **La posizione del carattere si riferisce al "bisogno assistenziale"** secondo la tabella allegata.

	Chiave tab.	Obbligatorio	Descrizione campo	Lunghezza	Posizione iniziale	Tipo dato	Obbligatorio NSIS-ADI	Istruzioni per la codifica
Servizi a periodo		no	Forniture sanitarie attive nel periodo	12	123	t	no	Codificare in questo modo:"1" in caso di servizio presente nel periodo"; "2" in caso di servizio assente nel periodo". **La posizione del carattere si riferisce alla tipologia del servizio erogato:** 1 - farmaceutica ad erogazione diretta, 2 - assistenza protesica, 3 - fornitura O2 liquido, 4 - fornitura O2 concentratore, 5 - fornitura O2 in bombole, 6 - fornitura materiale per dialisi, 7 - fornitura alimenti per nutrizione enterale, 8 - fornitura presidi per nutrizione parenterale, 9 - fornitura materiale sanitario di consumo (es. medicazioni), 10 - altro.
		no	Interventi del servizio di assistenza domiciliare (*)	4	135	t	no	Codificare in questo modo:"1" in caso di servizio presente nel periodo"; "2" in caso di servizio assente nel periodo". **La posizione del carattere si riferisce alla tipologia del servizio erogato:** 1 - prestazioni quotidiane di base - Attività di aiuto alla persona, 2 - prestazioni quotidiane di base - Attività tese a favorire la deambulazione e/o mobilizzazione della persona, 3 - prestazioni quotidiane strumentali, 4 - altre prestazioni.
		no	Interventi a sostegno della domiciliarità	4	139	t	no	Codificare in questo modo:"1" in caso di servizio presente nel periodo"; "2" in caso di servizio assente nel periodo". **La posizione del carattere si riferisce alla tipologia del servizio erogato:** 1 - telesoccorso, 2 - pasti a domicilio, 3 - trasporto / accompagnamento, 4 - contributo economico straordinario.

	B2		**TRACCIATO SOSPENSIONI**					**più righe per persona (non mandare record se non ci sono sospensioni nel periodo)**
	X	si	Identificativo utente	12	1	n	si	Ricollega il servizio erogato all'utente (vedi TRACCIATO DATI ANAGRAFICI)
sospensione	X	no	Data inizio sospensione	8	13	d	si	Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione delle cure domiciliari all'assistito.
		no	Data fine sospensione	8	21	d	si	Indica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione delle cure domiciliari all'assistito.
		no	Motivo sospensione	1	29	n	si	I valori ammessi sono: 1 - ricovero in ospedale, 2 - allontanamento temporaneo, 3 - ricovero temporaneo in struttura residenziale, 9 - altro.

C.		**TRACCIATO ACCESSI**					**più righe per persona (non mandare record se non ci sono accessi nel periodo)**
X	si	Identificativo utente	12	1	n	si	Ricollega il servizio erogato all'utente (vedi TRACCIATO DATI ANAGRAFICI)
X	si	Data accesso domiciliare	8	13	d	si	Utilizzare il formato GGMMAAAA
	si	Numero accessi nella stessa data	1	21	n	si	indica il numero di accessi della stessa figura professionale nella stessa data
X	si	Figura professionale che effettua l'accesso domiciliare	2	22	n	si	valori ammessi: 1 - MMG, 2 - PLS, 3 - infermiere, 4 - medico specialista, 5 - medico esperto in cure palliative, 6 - medico di continuità assistenziale, 7 - psicologo, 8 - fisioterapista, 9 - logopedista, 10 - OSS, 11 - dietista, 12 - assistente sociale della Az. ULSS (del SSN), 13 - assistente sociale del Comune (no del SSN), 14 - terapista occupazionale, 99 - altro soggetto.
	no	Titolarità della gestione	1	24	n	no	valori ammessi: 1 - gestione in appalto, 2 - gestione pubblica (prevale se compresenti nella stessa giornata per la specifica figura che effettua l'accesso).
	no	Branca assistenza specialistica domiciliare	3	25	n	no	Da utilizzare solo per il servizio 4 = medico specialista; utilizzare il codice definito nella tabella allegata, già utilizzato nel modulo assist. specialistica ambulatoriale
	no	Durata dell'accesso (in minuti)	3	28	n	no	Da utilizzare solo per OSS da esprimere in minuti. Nel caso di unico accesso effettuato da 2 o più operatori, sommare i minuti dell'accesso

Tipi di dato:

n I campi numerici vanno allineati a dx ed eventualmente completati con caratteri "zero", analogamente se non valorizzati essi devono contenere il carattere "zero"
(I campi numerici per i quali lo zero è un valore possibile sono stati definiti come campi t).

t I campi testo (caratteri alfanumerici) vanno allineati a sx e completati con il carattere spazio (sono inclusi i campi numerici che possono assumere valore 0-zero-).
Se non valorizzato deve contenere caratteri "spazio".

d data = costituita da 8 caratteri, va compilata secondo la modalità GGMMAAAA. I primi due caratteri indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 8 = 08); - i successivi due il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02); - gli ultimi quattro l'anno - scritto per esteso (ad es. 2011).

(*) Interventi del Servizio di Assistenza Domiciliare

1 prestazioni quotidiane di base - Attività di aiuto alla persona

(Igiene personale e cambio biancheria/prevenzione piaghe, Espletamento delle funzioni fisiologiche, Vestizione, Assunzione pasti, Aiuto nell'assunzione di farmaci, Altra attività di aiuto alla persona)

2 prestazioni quotidiane di base - Attività tese a favorire la deambulazione e/o mobilizzazione della persona

(Aiuto ad una corretta deambulazione, Movimenti di mobilizzazione semplici e mobilizzazione del paziente allettato, Attività di recupero di capacità cognitive e manuali, Altra attività a favore dell'autosufficienza nell'attività giornaliera)

3 prestazioni quotidiane strumentali

(Assistenza domestica - governo e pulizia della casa -, Lavanderia/stireria, Fornitura/Preparazione dei pasti a domicilio, Assistenza nella alimentazione, Accompagnamento - per visite mediche o accertamenti diagnostici, nell'accesso ai servizi, nell'espletamento di pratiche burocratiche,…-, Servizio trasporto, Animazione e socializzazione, Forniture - attrezzature, materiali di consumo,…-)

4 altre prestazioni

(es. Sostegno psico-sociale e di risocializzazione; Supervisione complessiva del caso...)

Allegato D

SCHEDA BISOGNI AGGIORNATA

Regione Veneto - SID - ADI

(Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare)

CLASSIFICAZIONE PROBLEMI DI SALUTE / BISOGNI E PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

Problemi di salute	Bisogni e prestazioni assistenziali	nuovo codice
Progettualità assistenziale	Valutazione monoprofessionale	1
	Valutazione multidisciplinare	2
Rischio infettivo	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	3
	Assistenza per rischio infettivo e gestione procedure di prevenzione	4
Respiratori	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	5
	Gestione O_2 terapia	6
	Gestione tracheostomia	7
	Gestione ventilazione invasiva	8
	Gestione broncoaspirazione / drenaggio posturale	9
Alimentazione	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	10
	Gestione alimentazione per OS	11
	Gestione S.N.G.	12
	Gestione P.E.G.	13
	Gestione alimentazione parenterale	14
Eliminazione urinaria/intestinale	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	15
	Gestione cateterismo vescicale	16
	Gestione urostomia	17
	Dialisi	18
	Clistere evacuativo	19
	Gestione stomia (ileo/colon)	20
Integrità cutanea	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	21
	Trattamenti lesioni decubito I e II grado	22
	Trattamenti lesioni decubito III e IV grado	23
	Trattamenti lesioni decubito III e IV grado multiple	24
	Trattamenti ulcere trofiche	25
	Trattamenti ferite chirurgiche	26
Riposo/sonno	Assistenza per alterazione del ritmo sonno veglia	27
Dolore	Gestione dolore (oncologico e non oncologico)	28
Terminalità	Assistenza relativa allo stato di terminalità oncologica	29
	Assistenza relativa allo stato di terminalità non oncologica	30
Stress del Caregiver	Supporto al caregiver (compreso supporto al lutto)	31
Alterazione della relazione, del coping e della tolleranza allo stress	Supporto al paziente	32
Procedure diagnostiche	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	33
	Rilevazione parametri vitali e fisici	34
	Prelievo venoso (non occasionale)	35
	Prelievo materiale organico per microbiologia	36
	Prelievo arterioso per emogasanalisi	37
	E.C.G.	38
	Telemetria	39
Procedure terapeutiche	Interventi di educazione terapeutica teorica e pratica / counselling *(almeno 15 minuti)*	40
	Terapia intramuscolare e sottocutanea	41
	Gestione C.V.C. / Porth-cath	42
	Gestione terapia infusiva periferica	43
	Gestione cateterismo peridurale	44
	Gestione terapia con microinfusori / elastomeri	45
	Trasfusioni	46
disabilità / handicap con potenziale residuo	Prescrizione, addestramento, collaudo ausili	47
	Trattam. riabilitativo post acuto paz. neurologico	48
	Trattam. riabilitativo post acuto paz. ortopedico	49
	Trattam. riabilitativo post acuto paz. altre patologie	50
	Trattamento patologie della comunicazione	51
	Trattamento riattivativo di sindr. da allettamento recente	52
	Cicli riabilitativi di mantenimento in presenza di disabilità per prevenzione di complicanze	53
	Educazione ed addestramento	54
disabilità / handicap	Supervisione continua	55
	Assistenza nelle ADL *(bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)*	56
	Assistenza nelle iADL *(pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)*	57
	Accompagnamento/trasporti fuori casa	58

Allegato E

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE SEMPLIFICATA: ESEMPI ED INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

La scheda di valutazione multidimensionale semplificata esprime in modo semiquantitativo – in coerenza con le indicazioni della Regione Veneto e del nuovo sistema informativo nazionale sulle Cure Domiciliari –un giudizio professionale multidimensionale. Anche per i pazienti che sono seguiti da un solo professionista infatti è importante documentare non solo la diagnosi ed i bisogni infermieristici, ma anche le condizioni funzionali (es. allettamento, deficit cognitivo) e assistenziali (intensità di cure sanitarie, supporto assistenziale della famiglia) che possono incidere in maniera molto rilevante sugli esiti dell'assistenza. La scheda di valutazione multidimensionale semplificata viene compilata ove possibile dal MMG, oppure da un operatore sanitario del Distretto. Rispetto a ciascuno degli assi di valutazione multidimensionale sono anche suggeriti gli strumenti di appoggio/approfondimento utilizzabili nella formazione o nei casi dubbi.

Il punteggio va scelto in modo gerarchico, cioè se un paziente può ricadere in più categorie,si sceglie di regola quella più grave.

Profilo cognitivo	1	lucido
	2	confuso
	3	molto confuso o stuporoso
Disturbi comportamentali	1	assenti / lievi
	2	moderati
	3	gravi
Profilo mobilità	1	si sposta da solo
	2	si sposta assistito
	3	non si sposta
Profilo funzionale	1	autonomo o quasi
	2	dipendente
	3	totalmente dipendente
Profilo sanitario	1	bassa intensità
	2	media intermedia
	3	alta intensità
Profilo socio-assistenziale	1	ben assistito
	2	parzialmente assistito
	3	non sufficientemente assistito

indicare con una X

Situazione cognitiva
(Strumenti di appoggio/approfondimento: MMSE o SPMSQ)

Lucido	sostiene un colloquio, è orientato nel tempo e nello spazio
Confuso	situazione intermedia; non riconosce sempre interlocutori e situazioni esterne a quelle della sua vita quotidiana; l'autonomia è limitata all'ambito domiciliare; è in grado solo parzialmente di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura
Molto confuso/ stup.	non riconosce il luogo o i familiari, non ricorda il loro nome, non capisce la situazione in cui si trova; non è in grado di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura

Disturbi Comportamentali
(Strumenti di appoggio/approfondimento: NPI)

Assenti/lievi	disturbi parzialmente riconosciuti e controllati dalla persona
Moderati	situazione intermedia, parzialmente controllata dal soggetto e dal care giver senza ripercussioni sul suo livello di stress
Gravi	grave insonnia; wandering; disinibizione; comportamento aggressivo; agitazione psicomotoria; deliri; comportamenti che possono portare pericoli per l'incolumità e richiedono un elevato livello di accudimento e sorveglianza da parte del care-giver, con ripercussione sul suo livello di stress.

Mobilità
(Strumenti di appoggio/approfondimento: Barthel mobilità)

Si sposta da solo	L'autonomia nello spostamento comprende anche l'utilizzo autonomo di stampelle o tripode; compresa carrozzina se utilizzata autonomamente dal soggetto anche nei passaggi dal/al letto, sedia, ecc.)
Si sposta assistito	paziente che si sposta autonomamente in carrozzella ma abbisogna di aiuto per il trasferimento dalla/alla carrozzina, paziente con problemi neurologici, muscolari, scheletrici o internistici che richiedono per la deambulazione l'affiancamento di un accompagnatore
Non si sposta	paziente allettato, accompagnato in carrozzina o che deve essere sorretto per il mantenimento della stazione eretta

Situazione Funzionale
(Strumenti di appoggio/approfondimento: Barthel ADL)

Autonomo o quasi	soggetto sostanzialmente autonomo nelle attività di base anche se può necessitare di supporto o supervisione per il bagno e/o essere parzialmente incontinente (piccole perdite urinarie).
Dipendente	soggetto che necessita di aiuto per fare il bagno e per vestirsi; autonomo per semplici atti della vita quotidiana (pettinarsi, lavarsi il viso) ma non in grado di gestire autonomamente le attività di base (es. mangia da solo ma non è in grado di preparare e dev'essere aiutato per mettersi a tavola).
Totalmente dipendente	soggetto non in grado di svolgere le attività di base (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continente, usare i servizi igienici, fare il bagno).

Profilo Sanitario (intensità di cure sanitarie)
(Strumenti di appoggio/approfondimento: VIP, VPIA, VPOT. VSAN = VIP+VPIA+VPOT)

Bassa	Pazienti cronici clinicamente stabili che necessitano di meno di un accesso sanitario domiciliare /settimana (es.: monitoraggio del tempo di Quick; pazienti portatori di catetere vescicale, stomia o piccole ulcere distrofiche)
Media	Pazienti cronici moderatamente instabili che necessitano di uno o due accessi sanitari domiciliari /settimana (ad es.: lesioni da decubito di 1° o 2° grado, stomia o PEG recenti, gestione sondino naso-gastrico, monitoraggio di sintomi, parametri vitali o controllo terapia salvavita)
Alta	Pazienti instabili che necessitano di tre o più accessi sanitari domiciliari/settimana (ad es. : lesioni da decubito di 3° o 4° grado; monitoraggio continuativo di sintomi o parametri vitali; terapia parenterale continuativa; gestione di presidi infermieristici complessi come CVC, port-a cath, cateteri peridurali; pazienti con ricoveri medici ripetuti).

Supporto Socio-Assistenziale (valutazione caregiver)

La valutazione del caregiver è la più complessa perché ha come oggetto non soltanto l'adeguatezza della rete rispetto ai bisogni primari (ADL, IADL), ma anche numerose altre dimensioni: la povertà, le relazioni intrafamiliari, il carico fisico e psicologico sul caregiver ed anche la possibilità, la disponibilità e la capacità per il caregiver di svolgere delle semplici prestazioni di cura, dopo un adeguato addestramento. Il Consorzio Mario Negri Sud rende disponibile al riguardo un'ampia bibliografia.

Ben assistito	Esempi: paziente ben seguito e ben curato dai familiari; paziente ben seguito e ben curato dall'assistenza privata o dalla rete sociale; il caregiver risponde alle esigenze assistenziali e ben sostiene (da solo o con il supporto degli altri soggetti della rete - famigliari e non) il carico assistenziale
Parz. assistito	Situazione intermedia
Non suffic. assistito	Esempi: segni di evidente indigenza, insalubrità dell'abitazione o abbandono; caregiver e rete sociale inadeguata per il supporto alle ADL; caregiver e rete sociale inadeguati per i compiti di monitoraggio e gestione del malato (es. somministrazione terapia salvavita, cambio medicazione); caregiver che rifiuta esplicitamente l'assunzione dei compiti di monitoraggio e gestione del malato; caregiver che ripetutamente arriva in ritardo o è assente immotivatamente in occasione di accessi domiciliari concordati

Allegato F

Patient summary-tipo delle Cure Domiciliari

(almeno un invio trimestrale per i pazienti con un piano di accessi ≥8 accessi/mese)

idutente 104025080758

data ultimo aggiornamento valutazione 04/08/2010

DIAGNOSI

diagnosi ICPC U76

Neoplasie maligne della vescica

SITUAZIONE FUNZIONALE

PADL	2	dipendente
PCOG	1	lucido
DIST_COMP	1	dipendente
PMOB	2	si sposta assistito
PSAN	1	bassa
PSOC	2	parzialmente assistito

BISOGNI

1	1	16	1	31	2	46	2
2	2	17	2	32	1	47	2
3	1	18	2	33	1	48	2
4	2	19	2	34	1	49	1
5	2	20	1	35	1	50	2
6	2	21	1	36	1	51	2
7	2	22	1	37	2	52	2
8	2	23	1	38	1	53	2
9	2	24	2	39	1	54	2
10	2	25	2	40	1	55	2
11	1	26	2	41	2	56	2
12	1	27	2	42	2	57	2
13	1	28	2	43	2	58	2
14	1	29	2	44	2	59	
15	1	30	2	45	2	60	

conferma aggiorna

L'Operatore Sanitario

Allegato G

Indicatori e standard di struttura

tipologia	Indicatori	standard minimo	standard ottimale
struttura	**N t.p.eq. infermieristici per 100.000 ab.[1]**	20	
	N t.p.eq. Geriatri/Medici DSS per 100.000 ab.	1	2 (almeno 1 con esperienza geriatrica o clinica)
	N ore apertura servizio infermieristico	attivo 8 h lun-ven + sabato mattina (accessi programmati)	10 h lun-ven + 8 h sabato + sabato e domenica (accessi programmati)
	Reperibilità infermieristica	7/7 h 24 a complemento del servizio attivo	
	N ore apertura servizio attivo medico specialista DSS (geriatra, palliativista)	7 h lun-ven	reperibilità specialista integrata con CA
	rintracciabilità del MMG	dalle 8 alle 10 (lun - sabato mattina)	12 h lun-ven + 2 h sab matt

Attestazione degli standard: Delibera Direttori Generali

Note

[1] Rilevazione ULSS 4-8-16, 2006; equivalenti a circa 35.000 accessi/100.000 ab.-anno

Indicatori e standard di processo ed esito

tipologia	Indicatori	standard minimo	standard ottimale
attività / processo	% di richieste di attivazione delle CD autorizzate * entro 3 gg.	90%	
	Tasso assistiti con CIA>0.23 (almeno 8 accessi/mese) / 10.000 ab.[1]	**> 8**	**> 12**
	Tasso assistiti neoplastici / 10.000 ab. [2]	> 3.5	> 9
	Tasso assistiti con marcatori di bisogno infermieristico / 10.000 ab.[3]	rilevazione	> 30
	% di accessi effettuati il sabato e la domenica [1]	>2%	>5%
	% di ultra75enni dimessi a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. [4]	**rilevazione**	**>20%**
	% deceduti ultra75enni con CIA>0.23 nell'ultimo mese di vita [4]	**rilevazione**	**>20%**
esito	Tasso annuale di ricovero per 1000 ultra75enni residenti [4]	rilevazione	< 250
	% ultra75enni deceduti al di fuori dell'ospedale	rilevazione	45%

Assegnazione degli standard alle Direzioni Aziendali
Attestazione degli standard: Direzione Risorse Socio-Sanitarie

Note

[*] Si considera l'autorizzazione per tutti i livelli di intensità assistenziale, comprese le Cure Palliative
[1] Rilevazione nei mesi di Febbraio e Settembre (benchmark: 16 ULSS, 2010)
[2] Rilevazione nei mesi di Febbraio e Settembre (minimo: vedi standard 4 DM 43/2007; benchmark: ULSS 4, Gennaio 2010)
[3] Rilevazione nei mesi di Febbraio e Settembre (benchmark: ULSS 4, Gennaio 2010)
[4] Rilevazione nell'anno precedente, escluse morti accidentali (benchmark: ULSS 4, anni 2007 - 2009)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2548 del 29 dicembre 2011

Organizzazione amministrativa della Giunta regionale. Attribuzione temporanea interim. Revisione delle aree di coordinamento individuate con Dgr n. 2536 del 2/11/2010. Lr 10/1/1997, n. 1.

[Organizzazione amministrativa e personale regionale]

Note per la trasparenza:

A seguito del collocamento in quiescenza del dr. Sergio Trevisanato, si tratta, con il presente provvedimento, di ricollocare, ad interim, in diverse aree di coordinamento operativo, le strutture già facenti parte della Segreteria regionale per l'Istruzione, il lavoro e la programmazione. Nel contempo si propone una ridefinizione delle aree di coordinamento, da sottoporre al parere della competente Commissione consiliare.

Il Vice Presidente On. Marino Zorzato, riferisce quanto segue:

La Giunta regionale, con deliberazione n. 2536 del 2 novembre 2010, a seguito del parere espresso dalla competente Commissione consiliare, ha individuato le aree di coordinamento delle Segreterie regionali, a modifica dell'assetto precedentemente approvato con deliberazione n. 1839 del 13 luglio 2010.

Poiché il dr. Sergio Trevisanato, Segretario regionale per l'Istruzione, il lavoro e la programmazione, verrà collocato in quiescenza con il giorno 30 dicembre p.v. si tratta, con il presente provvedimento, di stabilire, nell'immediato, a quali Segreterie faranno capo, ad interim, le diverse strutture dirigenziali riconducibili all'Area 4 "Programmazione e politiche per il lavoro".

Si propone, dunque, che vengano ricomprese nell'ambito dell'area di coordinamento operativo di pertinenza del Segretario Generale della Programmazione la Direzione Programmazione e la Direzione Sistema Statistico regionale. Si propone inoltre che venga collocato in staff alle dipendenze della medesima Segreteria Generale della Programmazione il Servizio Affari Generali della Segreteria regionale per l'Istruzione, il Lavoro e la Programmazione, che assume la nuova denominazione di Servizio amministrativo di supporto.

Inoltre si propone vengano ricomprese nell'ambito dell'area di coordinamento operativo di pertinenza del Segretario regionale alla Cultura: la Direzione Sistemi Informativi, la Direzione Lavoro, la Direzione Formazione, la Direzione Istruzione e la Unità di Progetto Cabina di Regia Fse.

Sarà cura del Segretario Generale della Programmazione provvedere alla distribuzione del personale già direttamente in carico alla Segreteria regionale per l'Istruzione, il Lavoro e la Programmazione.

Definiti i suddetti interim di carattere urgente ed improcrastinabile decorrenti dal 31.12.2011, si tratta ora di rivedere a regime la definizione delle aree di coordinamento, tenuto conto del nuovo scenario che si è andato a delineare e in considerazione, oltretutto, dello Statuto regionale in corso di definitiva approvazione.

In particolare, si tratta di ridefinire, a regime, l'Area 1 "Sviluppo economico" ricomprendendovi anche la Direzione Sistemi Informativi.

L'Area 2 "Cultura e turismo" alla quale faranno riferimento anche le politiche per la Formazione, l'Istruzione ed il Lavoro, mentre le funzioni di Programmazione possono rientrare istituzionalmente fra le materie di diretta pertinenza della Segreteria Generale della Programmazione.

Infine, allo scopo di favorire le opportune sinergie di carattere tecnico, si propone che l'Area 3 "Sviluppo del territorio" ricomprenda anche la Gestione Patrimoniale.

Si propone pertanto che le Aree di coordinamento operativo vengano così ridefinite:

NUOVE AREE DI COORDINAMENTO OPERATIVO		
Aree di coordinamento individuate con Dgr n. 1839 del 13/07/2010		SEGRETERIE REGIONALI
Area 1 Sviluppo economico	Coordinamento e sviluppo di politiche per la programmazione economica e il bilancio (per lo sviluppo dell'economia per lo sviluppo sostenibile del mondo rurale e l'integrazione dei sistemi informativi)	Segreteria regionale per il bilancio
Area 2 Cultura e Turismo	Coordinamento e sviluppo di politiche per la cultura e il turismo. Politiche per l'istruzione formazione ed il lavoro.	Segreteria regionale per la cultura
Area 3 Sviluppo del Territorio	Coordinamento e sviluppo di politiche per il governo del territorio, l'infrastrutturazione e la mobilità. Gestione patrimoniale	Segreteria regionale per le infrastrutture
Area 4 Servizi alla Persona	Coordinamento e sviluppo di politiche socio-sanitarie, per la tutela della salute del cittadino e delle comunità	Segreteria regionale per la sanità
Area 5 Ambiente e Lavori Pubblici	Coordinamento e sviluppo di politiche a salvaguardia dell'ambiente e per la valo rizzazione del patrimonio edilizio	Segreteria regionale per l'ambiente

Tutto ciò premesso

La Giunta regionale

- Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art.33, 2° 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 legislazione statale e regionale;
- Vista la deliberazione n. 2098 del 3/8/2010;
- Vista la nota del Segretario Generale della Programmazione del 11/8/2010, prot. n. 435103;
- Vista la deliberazione n. 2536 del 2/11/2010;
- Vista la deliberazione n. 2815 del 23/11/2010;

delibera

1. di ricomprendere, ad interim, nell'ambito dell'Area di coordinamento operativo di pertinenza del Segretario Generale della Programmazione, per le motivazioni di cui in premessa, la Direzione Programmazione e la Direzione Sistema Statistico regionale, con decorrenza 31.12.2011;
2. di ricomprendere, ad interim, nell'ambito dell'Area di coordinamento operativo del Segretario regionale alla Cultura,

la Direzione Sistemi Informativi, la Direzione Formazione, la Direzione Lavoro, la Direzione Istruzione e l'Unità di Progetto Cabina di Regia Fse, con decorrenza 31.12.2011;

3. di stabilire che il Servizio Affari Generali della Segreteria regionale per l'Istruzione, il lavoro e la Programmazione venga ricompreso nell'ambito della Segreteria Generale della Programmazione, assumendo la nuova denominazione di Servizio amministrativo di supporto;

4. di stabilire altresì che alla distribuzione del personale già facente capo alla Segreteria regionale per l'Istruzione, il Lavoro e la Programmazione provvederà, con propria nota, il Segretario Generale della Programmazione;

5. di rivedere le aree di coordinamento delle Segreterie regionali secondo il prospetto allegato (Allegato A) a modifica dell'assetto precedentemente approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2536 del 2/11/2010;

6. di stabilire che con successivo provvedimento verranno conseguentemente ricollocate le strutture negli ambiti di intervento delle diverse Segreterie;

7. di incaricare la Segreteria della Giunta regionale della trasmissione al Consiglio regionale del presente provvedimento per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare ai sensi dell'art. 7 della Lr n. 1/1997.

Allegato A

NUOVE AREE DI COORDINAMENTO OPERATIVO		
Aree di coordinamento individuate con DGR n. 1839 del 13/07/2010		SEGRETERIE REGIONALI
Area 1 Sviluppo economico	Coordinamento e sviluppo di politiche per la programmazione economica e il bilancio (per lo sviluppo dell'economia per lo sviluppo sostenibile del mondo rurale e l'integrazione dei sistemi informativi)	Segreteria regionale per il bilancio
Area 2 Cultura e Turismo	Coordinamento e sviluppo di politiche per la cultura e il turismo. Politiche per l'istruzione formazione ed il lavoro.	Segreteria regionale per la cultura
Area 3 Sviluppo del Territorio	Coordinamento e sviluppo di politiche per il governo del territorio, l'infrastrutturazione e la mobilità. Gestione patrimoniale	Segreteria regionale per le infrastrutture
Area 4 Servizi alla Persona	Coordinamento e sviluppo di politiche socio-sanitarie, per la tutela della salute del cittadino e delle comunità	Segreteria regionale per la sanità
Area 5 Ambiente e Lavori Pubblici	Coordinamento e sviluppo di politiche a salvaguardia dell'ambiente e per la valorizzazione del patrimonio edilizio	Segreteria regionale per l'ambiente

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2558 del 29 dicembre 2011

Programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente / sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente. Approvazione del piano di attività e del preventivo di spesa per il terzo anno di attività ai sensi della Dgr n. 2905 del 29 settembre 2009.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Si approva il piano di attività ed il preventivo di spesa per il terzo anno di attività del programma regionale triennale di sviluppo del sistema dedicato a migliorare la sicurezza del paziente in ambiente sanitario.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il tema del rischio clinico e della sicurezza del paziente rappresentano argomenti di rilevante severità che interessano vari settori della sanità ed hanno un forte impatto sociale.

La Regione Veneto è fortemente attiva nel processo di miglioramento continuo della qualità del proprio sistema socio-sanitario regionale sia in termini di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie offerte ai suoi pazienti sia nel garantire la sicurezza ai pazienti stessi.

A tal proposito la Giunta regionale con Dgr n. 4445 del 28.12.2006 ha istituito il coordinamento regionale per la sicurezza del paziente con il compito di coordinare le iniziative relative alla sicurezza dei pazienti, visitatori, personale ed ambiente nel servizio socio-sanitario regionale.

Con la successiva deliberazione n. 1831 del 1 luglio 2008 la Giunta regionale ha previsto l'attivazione di un modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio-Sanitario regionale del Veneto, la razionalizzazione e gestione unitaria dei flussi informativi regionali, l'avvio di un piano di formazione di base ed avanzato per gli operatori del Sistema Socio-Sanitario regionale incaricando l'Agenzia regionale Socio Sanitaria di redigere un programma di formazione da sottoporre all'approvazione del coordinamento regionale.

Al fine di attivare e sviluppare alcune iniziative previste dalla Dgr n. 1831/2008, la Giunta regionale, con la deliberazione n. 2905 del 29 settembre 2009 ha ritenuto opportuno istituire uno specifico programma regionale, denominato sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente /sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, i cui obiettivi e attività, riportati nell'allegato A del menzionato provvedimento, vengono sinteticamente richiamati di seguito:

- coordinare i responsabili aziendali per la gestione della sicurezza del paziente, monitorando i programmi aziendali;
- coordinare i gruppi operativi per l'esame delle linee guida ministeriali;
- mantenere i rapporti con le società scientifiche interessate;
- collaborare con l'Agenzia regionale Socio-Sanitaria per l'implementazione di metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico;
- promuovere gli audit regionali previsti dalla Dgr n. 1831/2008;

- collaborare con l'Agenzia regionale Socio-Sanitaria per l'implementazione di metodi e strumenti per la gestione del conflitto e del contenzioso e per l'implementazione della gestione dei sinistri;
- collaborare con l'Agenzia regionale Socio-Sanitaria alla gestione del flusso informativo sulla sicurezza del paziente.

La Dgr n. 2905/2009 ha altresì affidato la responsabilità del programma al Dr. Giuseppe Simini.

Il programma, che afferisce per materia alla ex Direzione regionale per i Servizi Sanitari, ora Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, ha una durata triennale, con possibilità di proroga, e la sua sede operativa è presso l'Azienda Ulss n. 18 di Rovigo.

L'Azienda Ulss n. 18 deve provvedere a garantire la gestione amministrativa del programma. Deve, inoltre, presentare annualmente un piano di attività, predisposto dal responsabile del programma con allegato preventivo di spesa, per l'approvazione della Giunta regionale e conseguente erogazione del finanziamento annuale e deve provvedere alla rendicontazione del medesimo e delle attività svolte alla fine dell'esercizio finanziario di riferimento.

Sempre con Dgr n. 2905/2009 si è proceduto ad assegnare all'Azienda Ulss 18 un finanziamento di euro 100.000,00 per ciascun anno di attività e, conseguentemente, sul capitolo 60009, è stata impegnata la somma di euro 100.000,00 per il primo anno di attività (impegno n. 4010 del bilancio di previsione 2009) e prenotati 100.000,00 euro, sul bilancio d'esercizio dell'anno 2010, per il secondo anno di attività (prenotazione n. 139) ed euro 100.000,00 sul bilancio d'esercizio dell'anno 2011, per il terzo anno (prenotazione n. 78).

La medesima deliberazione rinvia a decreti del dirigente della Direzione competente l'impegno delle somme prenotate per il secondo e per il terzo anno di attività e la liquidazione delle stesse secondo le seguenti modalità:

- 50% previa presentazione e approvazione del programma annuale di attività e del relativo preventivo di spesa
- 50% previa presentazione e approvazione della relazione a consuntivo e del rendiconto economico.

Successivamente, con le deliberazioni n. 656 del 9 marzo 2010 e n. 3447 del 30 dicembre 2010 sono stati approvati, rispettivamente per il primo e per il secondo anno del programma regionale, il piano di attività ed il relativo preventivo di spesa.

Considerato che il Direttore generale dell'Azienda Ulss 18 ha sottoscritto ed inviato il piano di attività per il terzo anno, predisposto dal responsabile del programma, con allegato preventivo di spesa (documentazione agli atti della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria), occorre dare attuazione alle disposizioni dettate dalla Dgr n. 2905/2009.

Pertanto, si propone di approvare il piano di attività per il terzo anno, con allegato preventivo di spesa, di cui all'allegato A del presente provvedimento quale parte integrante dello stesso.

Si rinvia ad un decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria o suo delegato l'impegno, di cui alla prenotazione n. 78 del 2009, e la liquidazione dell'importo di euro 100.000,00 sul capitolo 60009, secondo quanto disposto con la Dgr n. 2905/2009.

Si dà atto, inoltre, che la spesa di cui si prevede l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011.

Si sottolinea, infine, che, poichè è in fase avanzata di elaborazione un provvedimento giuntale di riorganizzazione dell'intero modello per la gestione della sicurezza del paziente nel SSR e di istituzione del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" presso l' Agenzia regionale Socio Sanitaria con decorrenza 1.1.2012, quanto disposto dal presente atto potrà essere oggetto di modifiche al fine di garantire la necessaria coerenza dell'intero sistema regionale per la sicurezza del paziente.

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'art. 33, 2° 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;

Vista la Lr n. 39 del 29.11.2001;
Vista la Dgr n. 4445 del 28 dicembre 2006;
Vista la Dgr n. 4532 del 28 dicembre 2007;
Vista la Dgr n. 1831 del 1 luglio 2008;
Vista la Dgr n. 448 del 24 febbraio 2009;
Vista la Dgr n. 2905 del 29 settembre 2009;
Vista la Dgr n. 268 del 9 febbraio 2010;
Vista la Dgr n. 656 del 9 marzo 2010;
Vista la Dgr n. 3447 del 30 dicembre 2010;

delibera

1. di approvare il piano di attività ed il relativo preventivo di spesa, per il terzo anno, del programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente / sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, presentati dall'Azienda Ulss 18 di Rovigo, di cui all'allegato A che rappresenta parte integrante del presente provvedimento;
2. di rinviare ad un decreto del Dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria o suo delegato l'impegno della somma di euro 100.000,00 (centomila/00), sul capitolo 60009 ad oggetto "Quota del Fondo Sanitario regionale - Parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione - realizzazione progetti Obiettivo, programmi e azioni programmatiche" del bilancio di previsione 2011, che presenta sufficiente disponibilità, a favore dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo, per il terzo anno d'attività del programma di cui al punto 1.;
3. di dare atto che la somma di cui al punto 2. è stata oggetto della prenotazione n. 78 effettuata con Dgr n. 2905/2009;
4. di confermare che alla liquidazione della somma, di cui al punto 2., si provvede con decreto del Dirigente regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria o suo delegato, secondo quanto previsto dalla Dgr n. 2905/2009;
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 Lr 1/2011;
6. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.

(segue allegato)

Allegato A

PROGRAMMA GESTIONE RISK MANAGEMENT ANNO 2012

Il piano di azione per l'anno 2012 prevede:

1. Il consolidamento delle iniziative avviate nel corso del 2011 e la regolazione dei flussi relativi al sistema SIMES – EVS, Sinistri, con l'implementazione di eventi avversi, "quasi eventi", reclami.
2. La standardizzazione a livello regionale delle modalità di compilazione delle schede A e B (flusso SIMES), non ancora del tutto omogenea, attraverso la promozione di incontri e seminari ad hoc.
3. La presa in carico del sistema di gestione e trasferimento dati con la collaborazione del Servizio Sistema Informatico SSR regionale.
4. A seguito dell'attuazione del punto 3. sarà avviato il coordinamento a livello regionale di tutte le informazioni relative alla sinistrosità e ai contenziosi di natura sanitaria verificatisi a livello di strutture pubbliche e private accreditate.
5. Elaborazione di piani e programmi, raccomandazioni, Linee Guida, sia con modalità proprie che in collaborazione con aziende sanitarie pubbliche e private, e questo anche in adesione a programmi di prevenzione del rischio promossi a livello nazionale.
6. Promozione dell'integrazione operativa fra responsabili preposti alla prevenzione del rischio clinico, così come previsto dalle DGRV 4445/2006 - 1831/2008 – 2905/2009 e gli uffici a livello aziendale e provinciale per la gestione del contenzioso fra cittadini e SSSR così come previsto dalle DGRV 573/2011 e 875/2011.
7. Promozione e attivazione a livello aziendale di sistemi di attestazione volontaria di Buone Pratiche.
8. Costituzione di un sito informatico regionale specifico sul rischio clinico dove i diversi attori del sistema possano avere una comunicazione ed un confronto in tempo reale sulle problematiche di interesse comune.

La realizzazione di quanto sopra è, peraltro, condizionata da una ristrutturazione complessiva dell'organizzazione istituzionale e del livello di forza operativa del sistema "Gestione del Rischio Clinico".

Nel corso del 2011 è stata presentata alla Segreteria Regionale per la Sanità un'ipotesi organizzativa finalizzata ad affrontare e risolvere i problemi in essere e i punti programmatici così come esposti più sopra.

L'architettura del sistema: prevenzione del rischio/gestione dei sinistri richiede strumenti operativi proporzionali ad uno sviluppo organizzativo notevolmente complesso, che comunque è necessario attuare in tempi brevi, onde permettere la realizzazione di un sistema

prevenzione rischio/gestione sinistri adeguato ai tempi, alle aspettative della popolazione e alle necessità di contenimento dei costi.

Il Direttore Generale
Azienda Ulss 18 Rovigo
Dott. Adriano Marcolongo

Il Responsabile del Progetto
Dott. Giuseppe Simini

Sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente/sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente.

Programma investimento di spesa sul finanziamento regionale anno 2012

Resta valido, di massima, per l'anno 2012 l'impianto generale di spesa proposta per il 2011 il cui riparto è il seguente :

- attivare una borsa di studio per un laureato con specializzazione di Igiene e Direzione Ospedaliera o in alternativa in scienze infermieristiche con competenze specifiche

- di finanziare le spese di gestione (attività congressuali, seminari, eventi, pubblicazioni) e di dotare l'ufficio del responsabile del programma delle strutture informatiche di necessità.

Personale (borsa di studio)	30.000,00
Materiale di consumo, spese di gestione e partecipazione ed organizzazione di congressi, seminari, eventi	20.000,00
Compenso spettante al responsabile	50.000,00
Totale	100.000,00

Il Responsabile del Progetto
Dott. Giuseppe Simini

Il Direttore Generale
Azienda ULSS Rovigo
Dott. Adriano Marcolongo

Rovigo 17 ottobre 2011

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2563 del 29 dicembre 2011

Progetto di esecuzione dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche - Legge regionale 27/2/2008, n. 1 - Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 - art. 92. Passaggio del progetto dalla fase sperimentale alla fase operativa.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

preso atto dello sviluppo del progetto di esecuzione dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie si dispone il passaggio dalla fase sperimentale del progetto a quella operativa.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

La Legge regionale 27/02/2008, n. 1 - legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 all'art. 92 dispone:

"Art. 92 - "Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche"

1. Ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche, la Regione del Veneto promuove un progetto di attivazione di un servizio organico e completo per tutti i pazienti metabolici.
2. La Giunta regionale, di concerto con le strutture competenti e con specifico riferimento all'unità complessa malattie metaboliche ereditarie presso il dipartimento di pediatria dell'azienda ospedaliera di Padova di cui alla delibera n. 479 del 3 giugno 2004 del Direttore generale approva, sentita la competente commissione consiliare, un progetto di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche con particolare riferimento allo screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie nonché attività di consulenza e di assistenza rivolte al soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei pazienti del Veneto.
3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, quantificati in euro 100.000,00 per ciascuno degli esercizi 2008, 2009 e 2010, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010.

La disposizione suddetta si colloca nell'ambito normativo nazionale e regionale seguente.

Il Decreto Ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001 - recante "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124" ha avviato la politica nazionale sulle malattie rare comprendente la realizzazione di una rete nazionale di monitoraggio ed assistenza dedicata specificamente a quest'area di patologie, l'erogazione di particolari benefici ai malati che ne siano affetti, il supporto a soggetti pubblici e privati attivi nel campo della ricerca e della realizzazione di nuove tecnologie e prodotti utili per migliorare il decorso delle patologie, nonché l'attivazione di programmi di formazione dei professionisti ed informazione dell'opinione pubblica.

La Regione del Veneto, con Dgr n. 741/2000, ha istituito il Centro regionale di Riferimento per le Malattie Rare attivando il Registro regionale per le malattie rare e un Centro Clinico a valenza regionale per la cura e la ricerca delle Malattie Metaboliche Ereditarie (CeMMEr); quest'ultimo, successivamente incluso nell'ambito dei Programmi Regionali di cui all'allegato C) della Dgr n. 4532 del 28/12/2007 recante "Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati", è attualmente classificato, con la nuova denominazione di "Centro regionale specializzato per le malattie metaboliche ereditarie", tra i "Centri Regionali Specializzati" di cui all'Allegato D) della Dgr n. 448 del 24/02/2009 recante: "Dgr n. 4532 del 28/12/2007 - Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati". Modifica. Approvazione "Percorso di qualità per il riconoscimento e la conferma dello status di centro regionale specializzato". Il suddetto Centro ha ricevuto annualmente un finanziamento regionale per lo svolgimento delle attività programmate e approvate.

La Regione del Veneto, in applicazione di quanto previsto dal suddetto Dm 279/2001, con Dgr n. 204 del 8/02/2002 ha individuato, per gruppi di patologia, i Presidi regionali di riferimento per le malattie rare abilitati alla certificazione di malattia rara.

Nel 2004, Regione Veneto (con Dgr n. 2706 del 10/09/2004), Regione Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento, con l'obiettivo di creare un ambito territoriale ampio nel quale realizzare una politica unitaria, hanno approvato un Accordo per la realizzazione di un'area vasta per le Malattie Rare, proponendo strategie uniche per l'assistenza alle persone affette da malattie rare, compresa l'erogazione di prestazioni diagnostiche e/o di presa in carico di assoluta eccellenza, in modo semplice e trasparente per la persona e più vicino possibile al suo luogo di vita.

L'Accordo suddetto impegna le Amministrazioni che lo hanno sottoscritto, attraverso l'attività di un Gruppo Tecnico di Coordinamento, al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- condividere le differenti esperienze programmatorie già utilizzate nel passato sul tema delle malattie rare e concordare linee comuni da seguire per l'identificazione dei presidi di riferimento per specifici gruppi di patologie rare;
- predisporre un medesimo sistema di monitoraggio delle attività e delle storie assistenziali dei pazienti, al fine di facilitare la valutazione di efficacia ed efficienza delle azioni intraprese e la libera scelta dei pazienti dei luoghi di diagnosi e cura nell'area, nonché al fine di snellire gli adempimenti amministrativi;
- produrre concordate linee guida assistenziali che possano supportare i piani diagnostici e terapeutici e definire l'estensione delle esenzioni e dei benefici cui i pazienti hanno diritto;
- predisporre, per quanto di loro competenza, azioni comuni favorenti lo sviluppo di interventi di formazione e aggiornamento, informazione e ricerca nel campo delle malattie rare, approfittando di tutte le opportunità offerte dalla creazione di reti internazionali, per partecipare ai progetti di sanità pubblica e di ricerca finanziati dalla Commissione Europea, dagli Stati Membri, dalle Regioni, o da altre istituzioni sanitarie.

Con Dgr n. 2046 del 3/07/2007 recante "Accordo tra Regione del Veneto, Regione Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento per la realizzazione dell'area vasta nel campo delle malattie rare. Individuazione dei Centri Interregionali di Riferimento dell'area vasta per le Malattie Rare", si è proceduto ad identificare

i Centri di Riferimento comuni tra Regione Veneto, Regione Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento, trasformando in tal modo la rete della Regione Veneto, già istituita nel 2002, da regionale ad interregionale.

Le tre Amministrazioni che, oltre al Veneto, compongono l'area vasta per le malattie rare, con analoghi provvedimenti, hanno approvato la costituzione della medesima rete dei Centri di riferimento dell'area vasta.

Ciò premesso si richiama anche la normativa nazionale e regionale di riferimento sui servizi già attivi nella Regione Veneto in materia di screening neonatali di massa per le malattie metaboliche ereditarie.

Normativa nazionale:

• Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." (Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)

Art. 6. Prevenzione e diagnosi precoce.

(omissis)

2) Le regioni, conformemente alle competenze e alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142, e alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, disciplinano entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

g) nel periodo neonatale, gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e l'obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Le modalità dei controlli e della loro applicazione sono disciplinate con atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Con tali atti possono essere individuate altre forme di endocrinopatie e di errori congeniti del metabolismo alle quali estendere l'indagine per tutta la popolazione neonatale.

• Legge 23 febbraio 1993 n. 548 Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica;

• Dpcm 9 luglio 1999 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e di obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica". Il suddetto Dpcm prevede che "in caso di sospetto di difetti congeniti o patologia malformativa, formulato dal pediatra o dal neonatologo, il neonato viene inviato, per le ulteriori indagini, ai centri di riferimento individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano nella struttura ospedaliera che comprende:

a) centri specialistici con competenze di genetica medica;

b) centri specialistici per indagini strumentali di specifici organi e apparati (cuore, rene, apparato locomotore, sistema nervoso, apparato visivo, apparato uditivo, etc)."

La normativa nazionale in vigore prevede che tutti i neonati siano sottoposti a procedure di screening neonatale per alcune patologie congenite la cui identificazione precoce e, conseguentemente di immediata istituzione della terapia, assicurano i migliori esiti terapeutici possibili (ipotiroidismo congenito, fibrosi cistica, fenilchetonuria). Nell'ambito delle competenze regionali il pannello di malattie viene spesso integrato con appositi finanziamenti (nella Regione Veneto i neonati sono sottoposti a screening anche per la galattosenia, l'iperplasia congenita del surrene, il deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi, la malattia delle urine a sciroppo d'acero e il deficit della biotinidasi).

Nella Regione del Veneto l'Azienda Ospedaliera di Verona, ora Universitaria Integrata, è stata incaricata dell'esecuzione di tutti i programmi di screening neonatali fin dal 1976 (v. Dgr n. 954 del 17/03/1976, Dgr n. 617 del 11/3/1975, Dgr n. 6527 del 11/12/1979, L. 23 dicembre 1993 n. 548, Dgr n. 1679 del 23/06/2001). In particolare si riportano le seguenti disposizioni regionali:

• Dgr n. 954 del 17/03/1976 - "Screening di massa delle malattie metaboliche neonatali - Provvedimenti". Il provvedimento afferma la necessità di concentrare in un unico Centro gli esami riferiti alla popolazione delle tre Venezie o almeno dell'intero Veneto e ha istituito presso la clinica pediatrica di Verona un unico Centro regionale per la diagnosi delle malattie metaboliche neonatali.

• Dgr n. 1679 del 22/06/2001 "Istituzione screening per la sindrome surrenogenitale limitatamente al deficit di 21-idrossilasi presso il Centro di medicina Sociale "Centro delle malattie Metaboliche Congenite dei neonati" - Clinica pediatrica dell'Ospedale Policlinico G.B. Rossi di Verona", con la quale la Giunta ha deliberato:

- di integrare gli screening neonatali attualmente attivati nel Veneto con lo screening per la sindrome surrenogenitale limitatamente al deficit di 21-idrossilasi, a far data dal 1 settembre 2001;
- di affidare al Centro delle malattie Metaboliche Congenite dei neonati - Clinica pediatrica dell'Ospedale Policlinico G.B. Rossi di Verona l'attività di cui al punto 1), confermando le modalità di gestione e di realizzazione degli stessi previste dalle deliberazioni n. 617 del 11/03/1975 e n. 6532 del 11/12/1979;
- di promuovere un incontro con la Regione Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento al fine di semplificare lo schema complessivo di screening neonatale".

A tutt'oggi il Centro di Verona ha uno storico di circa 2 milioni di soggetti sottoposti a screening raccolti da punti nascita del Veneto e da fuori Regione.

Richiamata come sopra la normativa di settore, si ricorda che con nota prot. n. 41262 del 17/06/2006, indirizzata all'Assessore alle Politiche Sanitarie, al Commissario Straordinario e al Dirigente Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari, il Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova ha trasmesso una relazione elaborata dal Dipartimento di Pediatria (Unità Operativa Malattie Metaboliche Ereditarie) sullo stato dello screening neonatale e un progetto di massima rispetto all'allargamento dello screening ad una trentina di malattie metaboliche ulteriori, rispetto a quelle già oggetto di screening, con tecnologia TANDEM-MASS.

Considerato che l'attività di screening per le malattie metaboliche ereditarie viene svolta sia dal "Centro regionale specializzato per le malattie metaboliche ereditarie" afferente al Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova (di cui alla suddetta Dgr n. 448/2009), sia dal Centro afferente al Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Ve-

rona (odierna Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - AOUI), di cui alla Dgr n. 954 del 17/03/1976, le strutture regionali competenti hanno predisposto, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona, il Progetto che prevede che le attività si sviluppino presso entrambe le strutture operative innanzi richiamate: "Centro regionale specializzato per le malattie metaboliche ereditarie" afferente al Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova - Unità Operativa Malattie Metaboliche Ereditarie (di cui alla Dgr n. 448/2009) e il Centro afferente al Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Verona, di cui alla Dgr n. 954 del 17/03/1976, sotto il coordinamento delle direzioni delle due Aziende Ospedaliere. È importante, infatti, che i Centri adottino lo stesso criterio sia rispetto al "pannello" delle malattie da diagnosticare, sia rispetto ai tempi ed ai metodi richiesti dallo screening. Il coordinamento unico dei Centri è pertanto indispensabile al fine di ottenere un campione più omogeneo possibile. All'Azienda Ospedaliera di Padova viene assegnato, inoltre, il compito di svolgere una attività di raccordo per la gestione amministrativa ed economica del Progetto, nel periodo 2008/2009/2010. La continuità dell'assistenza verrà assicurata anche attraverso l'Unità Operativa Complessa di neurologia dell'Azienda Sanitaria n. 3 di Bassano del Grappa.

Il contenuto dell'elaborato è stato ritenuto coerente con quanto indicato nella citata normativa di riferimento e con l'organizzazione delle strutture e dei servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche. Il progetto inoltre recepisce e sviluppa le osservazioni espresse nel parere, protocollo n. 0002774 del 26 febbraio 2009, espresso dalla V Commissione consiliare su provvedimento 180/CR del 30 dicembre 2008: "Dgr n. 2171 del 8.8.2008 Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008, n. 1 del 27 febbraio 2008. Art. 92 "Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie metaboliche". Definizione di un progetto congiunto di esecuzione di screening neonatali ivi compreso lo screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie Prenotazione di spesa.", con il quale la Giunta regionale veniva invitata a presentare una proposta di provvedimento che definisse in modo compiuto:

• l'organizzazione dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie, anche sulla base degli accordi intervenuti tra le due Aziende ospedaliere;

• la puntuale indicazione del personale, medico e non medico, dedicato allo screening neonatale;

• la pianificazione della attività di laboratorio e di ricerca e dell'attività assistenziale continuativa;

• la conseguente puntuale indicazione delle risorse professionali necessarie all'attuazione di quanto previsto ai precedenti punti.

Il progetto, ex art. 92, comma 2, della Lr n. 1 del 27 febbraio 2008, di esecuzione di screening neonatali ivi compreso lo screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie elaborato dalla strutture regionali competenti in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera di Verona (ora: AOUI) è stato approvato con Deliberazione della Giunta regionale n. 3337 del 3 novembre 2009 in via sperimentale.

Con il presente provvedimento, preso atto dello sviluppo del progetto di esecuzione dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche, si propone di passare dalla fase sperimentale a quella operativa mediante una verifica degli obiettivi raggiunti nel biennio 2009-2010, con un protocollo operativo tra le Aziende interessate di Padova e di Verona per il coordinamento dell'attività dei due centri e di affidarne la predisposizione ad una Commissione di esperti nominata con decreto del Segretario regionale per la Sanità. Si propone, altresì, di demandare alla disponibilità del Consiglio regionale la copertura dei costi tramite gli stanziamenti di bilancio autorizzati dalla prossima Legge finanziaria regionale del 2012.

Il costo complessivo dello screening metabolico allargato di massa limitato in una prima fase a fenilchetonuria, malattia delle urine allo sciroppo d'acero, tirosinemia tipo I, glutarico aciduria tipo I, deficit cobalamina C/D, deficit dell'acil CoA deidrogenasi a catena media (MCAD), isovalerico acidemia, viene calcolato in circa 2,8 milioni di euro, pari a 55 euro per neonato.

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. 33, 2° 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;

- Vista la legge regionale n. 39/2001.
- Visto l'art. 92, comma 2, della legge regionale n. 1 del 27 febbraio 2008.
- Vista la Dgr n. 2171 del 8/08/2008.
- Visto il parere espresso dalla V Commissione consiliare in data 26 febbraio 2009 prot. 0002774.
- Vista la Dgr n. 108/CR del 21/07/2009;
- Vista la Dgr n. 3337 del 3/11/2009;
- Sentita la V^ Commissione consiliare che nella seduta del 3.08.2009 ha espresso parere favorevole all'unanimità.

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;
2. di disporre che, preso atto dello sviluppo del progetto di esecuzione dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche, si passi dalla fase sperimentale a quella operativa mediante una verifica degli obiettivi raggiunti nel biennio 2009-2010, con un protocollo operativo tra le Aziende interessate di Padova e di Verona per il coordinamento dell'attività dei due centri e di affidarne la predisposizione ad una Commissione di esperti nominata con decreto del Segretario regionale per la Sanità;
3. di demandare alla disponibilità del Consiglio regionale la copertura dei costi tramite gli stanziamenti di bilancio autorizzati dalla prossima Legge finanziaria regionale del 2012;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.
5. di dare atto che la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2564 del 29 dicembre 2011

Intervento finanziario della Regione a favore di lavori di particolare interesse od urgenza di competenza di soggetti pubblici. Terzo programma di riparto 2011. (Lr n. 27/03, art. 53, comma 7).

[Opere e lavori pubblici]

Note per la trasparenza:

Il provvedimento dispone l'assegnazione, ai sensi dell'art. 53, comma 7, della L.R. 27/2003, di alcuni contributi destinati ad interventi di particolare interesse od urgenza di competenza di soggetti pubblici.

L'Assessore Massimo Giorgetti, riferisce quanto segue:

La Legge regionale 07.11.2003, n. 27 "Disposizioni generali in materia di Lavori Pubblici d'interesse regionale e per le costruzioni in zone classificate sismiche" definisce al Capo IX, articoli da 50 a 54, le modalità dell'intervento finanziario regionale per lavori di interesse regionale, da attuarsi di norma secondo programmi di riparto previsti da specifiche leggi di settore.

All'art. 53, comma 7, si dispone, in particolare, che l'elenco degli interventi finanziati può comprendere anche iniziative che la Giunta regionale riconosce necessarie a seguito di proprie indagini ricognitive, nonché per opere di particolare interesse od urgenza.

Con il presente provvedimento, dopo i programmi di riparto approvati con Dgr n. 1334 del 3.08.2011 e con Dgr n. 1829 del 8.11.2011, si intende dare ulteriore attuazione per l'anno 2011, a quanto stabilito dal sopra citato comma 7 dell'art. 53 della Lr 27/2003, mediante l'utilizzo delle risorse residue disponibili sul capitolo di spesa n. 44021 "Trasferimenti alle Amministrazioni Pubbliche per interventi in materia di edilizia pubblica (D.lgs 31/03/1998, n. 112, artt. 89 - 94)", nell'ambito dell'Unità Previsionale di Base U0211 "Interventi indistinti di edilizia speciale pubblica" del Bilancio regionale di previsione relativo all'esercizio finanziario in corso;

Si individuano pertanto nell'Allegato A "Intervento regionale straordinario per lavori di interesse regionale - Terzo elenco 2011 contributi assegnati ai sensi dell'art. 53, comma 7, della Lr 27/2003 - SOGGETTI PUBBLICI", gli interventi a favore di soggetti pubblici di cui si propone il finanziamento in quanto ritenuti di particolare interesse od urgenza, per le motivazioni esplicitate nel medesimo allegato, del costo complessivo di € 1.572.000,00.

I contributi sono stati calcolati in misura non inferiore all'80% della spesa ammissibile, indicando nel sopra richiamato allegato il conseguente importo minimo da rendicontare al fine dell'intera corresponsione del finanziamento. Alle relative liquidazioni si darà corso compatibilmente con la disponibilità di cassa.

Per quanto riguarda le modalità di gestione dei contributi, si richiamano le disposizioni di cui all'Allegato C alla Dgr n. 1829 del 8.11.2011 "Schema di convenzione regolante i rapporti tra la Regione del Veneto ed il beneficiario dei contributi regionali per lavori di particolare interesse od urgenza", con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

a) nell'affidamento dei lavori, verranno osservate, per importi inferiori ad € 1.000.000,00 le procedure di cui all'art. 122, comma 7, del DLgs 12 aprile 2006, n. 163, come modificato dal n. 1) della lettera 1) del comma 2 dell'art. 4, D.L. 13 maggio 2011, n. 70, convertito con Legge 12 luglio 2011, n. 106;
b) il contributo sarà confermato in via definitiva successivamente alla sottoscrizione della convenzione sopra richiamata, entro il termine perentorio di 90 giorni dalla pubblicazione sul BUR della delibera che assegna il contributo, pena la revoca dello stesso, solo a seguito della trasmissione alla Regione della seguente documentazione:
   1) relazione, quadro economico e principali allegati grafici del progetto a livello esecutivo dell'intervento;
   2) provvedimento di approvazione/autorizzazione del progetto;
   3) dichiarazione che il costo del progetto è stato determinato mediante l'applicazione del Prezzario regionale vigente (eventuali scostamenti dovranno essere opportunamente e dettagliatamente giustificati in rapporto alle particolari caratteristiche dell'edificio e/o delle aree).
c) l'utilizzo delle economie realizzate in fase di appalto, ovvero in corso d'opera, potrà essere autorizzato limitatamente alle varianti di cui all'art. 132, commi 1, 3 e 4, del D.lgs 12.04.2006, n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17CE e 2004/18/CE";
d) il termine ultimo per la rendicontazione finale degli interventi, conformemente a quanto disposto dall'art. 54, comma 6, della Lr 07.11.2003, n. 27, è fissato improrogabilmente a cinque anni decorrenti dalla data del provvedimento che ha disposto il relativo impegno di spesa;
e) ai fini di un'adeguata pubblicazione dell'iniziativa regionale, nel cantiere dovrà risultare esposto un cartello conforme allo schema approvato con Dgr n. 201 del 3.02.2010, Allegato C.

Per le finalità di cui ai punti precedenti, in relazione ai contributi destinati ai beneficiari di cui all'Allegato A, dell'importo complessivo € 1.572.000,00, si ritiene di poter far ricorso ai fondi disponibili sul capitolo n. 44021 "Trasferimenti alle amministrazioni pubbliche per interventi in materia di edilizia pubblica" dell'Upb U0211 "Interventi indistinti di edilizia speciale pubblica" del Bilancio di previsione dell'anno in corso.

La spesa di cui si dispone l'impegno con il presente provvedimento, riguardante contributi assegnati ad Amministrazioni comunali, per l'esecuzione di lavori di interesse regionale, non rientra nelle tipologie di spesa soggette alle limitazioni di cui alla Lr 1/2011, che riguardano la riduzione dei costi degli apparati politici e amministrativi.

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. 33 II comma dello Statuto, il quale da atto che la competente struttura regionale ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Vista la Lr 7.11.2003 n. 27;

Vista la Lr 39/2001.

delibera

1. di assegnare, ai beneficiari individuati nell'Allegato A "Intervento regionale straordinario per lavori di interesse regionale - Terzo elenco 2011 contributi assegnati ai sensi dell'art. 53, comma 7, della Lr 27/2003 - SOGGETTI PUBBLICI", per le motivazioni nello stesso individuate, i contributi nello stesso evidenziati per un importo complessivo di € 1.572.000,00. I contributi sono stati calcolati sulla base di una aliquota minima di finanziamento del 80%, indicando nel medesimo allegato il conseguente importo minimo da rendicontare al fine dell'intera corresponsione del finanziamento. Alle relative liquidazioni si darà corso compatibilmente con la disponibilità di cassa;
2. di richiamare, per quanto riguarda le modalità di gestione dei contributi, le disposizioni di cui all'Allegato C alla Dgr n. 1829 del 8.11.2011 "Schema di convenzione regolante i rapporti tra la Regione del Veneto ed il beneficiario dei contributi regionali per lavori di particolare interesse od urgenza";
3. di impegnare, a favore dei beneficiari di cui all'Allegato A, la spesa di € 1.572.000,00 sul capitolo n. 44021 ad oggetto "Trasferimenti alle amministrazioni pubbliche per interventi in materia di edilizia pubblica" del Bilancio annuale di previsione dell'Esercizio Finanziario corrente, che presenta sufficiente disponibilità;
4. di individuare, ai sensi dell'art. 4 del Provvedimento approvato con Dgr n. 1029 del 18.03.2005 in materia di verifiche a campione, quale Responsabile del Programma di Riparto, il Dirigente della Direzione regionale Lavori Pubblici.
5. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della Lr 1/2011;
6. di incaricare la Direzione Lavori Pubblici dell'esecuzione del presente atto.

(segue allegato)

Allegato A

Intervento regionale straordinario per lavori di interesse regionale

Terzo elenco 2011 contributi assegnati ai sensi dell'art. 53, comma 7, della L.R. 27/2003

SOGGETTI PUBBLICI

N.	Provincia	Anagrafica Beneficiario	Denominazione opera	Comune	Ragioni di necessità ed urgenza e descrizione dell'intervento	Importo Lavori al lordo di Iva ed oneri sicurezza	Importo Contributo	Importo minimo da rendicontare	Note
1	VR	Comune di Isola Rizza 37050 via Marconi, 187 C.F.: 00660940230	Manutenzione straordinaria del manto di copertura della sede municipale e dei fabbricati annessi	Isola Rizza	Con nota n° 5726 del 19/10/11, il Comune chiede un contributo straordinario per dare corso ai lavori di manutenzione della copertura della sede municipale e dei fabbricati annessi, resisisi improcrastinabili e urgenti in quanto le numerose infiltrazioni che interessano i sottotetti, dovute essenzialmente al fatto che i coppi risultano in gran parte deteriorati e fuori sede, possono compromettere la futura conservazione dell'immobile, di particolare rilevanza architettonica in quanto villa veneta del Quattrocento.	€ 91.850,00	€ 50.000,00	€ 62.500,00	
2	VR	Comune di Cerea 37053 via XXV Aprile, 52 C.F.: 00659890230	Sistemazione del sagrato della Chiesa di S. Vito	Cerea	Con nota n° 12837 del 16/11/11, il Comune richiede un contributo straordinario per la sistemazione del sagrato della chiesa parrocchiale, intervento molto sentito dalla popolazione residente nella frazione che è in costante crescita , con il quale si andrebbe a completarne il disegno urbanistico, creando una vera e propria piazza pienamente fruibile dai residenti.	€ 418.000,00	€ 240.000,00	€ 300.000,00	
3	VI	Comune di Barbarano Vicentino 36021 P.zza Roma, 35 C.F.: 00553120247	Messa in sicurezza di una strada collinare - via Cognola e completamento di Piazza Breganzato	Barbarano Vicentino	Con nota n° 7575 del 24/11/11, il Comune richiede un contributo straordinario, per la sistemazione di via Cognola, strada collinare caratterizzata da varie situazioni di degrado che compromettono la sicurezza degli utenti, nonché per il completamento di Piazza Breganzato, con l'inserimento di arredi monumentali.	€ 209.451,55	€ 120.000,00	€ 150.000,00	
4	VI	Comune di Nove 36055 P.zza De Fabris, 4 C.F.: 00295870240	Realizzazione opere di completamento della ristrutturazione di Palazzo Baccin - I° Stralcio	Nove	Con nota n° 11351 del 22/11/11, il Comune richiede un contributo straordinario per il completamento dell'intervento di ristrutturazione del palazzo "Baccin", edificio storico di particolare pregio e valenza artisitico - culturale, al fine di consentire la creazione di un museo della ceramica, antica tradizione del paese, unico nel suo genere e che rivestirà importanza anche a livello nazionale.	€ 444.400,00	€ 190.000,00	€ 237.500,00	
5	BL	Comune di Rocca Pietore 32020 Loc. Capoluogo, 2 C.F.: 00145870259	Interventi di recupero e risanamento conservativo di dissesti al piano viabile delle principali arterie comunali	Rocca Pietore	Con nota n° 6390 del 24/11/11, il Comune evidenzia le gravi condizioni di degrado che interessano alcuni tratti di strade comunali delle frazioni di Rocca, Laste e Saviner di Calloneghe, caratterizzate da dissesti, erosioni, cedimenti e caduta detriti. Richiede pertanto un contributo straordinario, al fine di far fronte ai necessari ed urgenti interventi di ripristino, in assenza dei quali non risulterebbe possibile consentire il mantenimento della popolazione in aree rurali particolarmemte degradate del territorio.	€ 117.150,00	€ 80.000,00	€ 100.000,00	
6	VI	Comune di Malo 36034 via S. Bernardino 19 Pal. Muzan C.F.: 00249370248	Realizzazione di un centro polifunzionale in località Molina di Malo	Malo	Con nota n° 24618 del 22/11/11, il Comune chiede un contributo straordinario per la costruzione del nuovo centro polifunzionale, che comprende anche la nuova scuola primaria della frazione di Molina di Malo, il cui edificio attuale, realizzato nei primi anni del '900, non è più funzionale alle aumentate esigenze scolastiche della comunità, sia dal punto di vista tipologico che da quello dimensionale. E' infatti è caratterizzato da gravi problemi di degrado che interessano, in particolare, le murature perimetrali, nonchè dall'elevata altezza interna delle aule (da 4,5 a 5 m), peraltro prive di isolamento termico ed acustico . Il nuovo intervento consentirà inoltre di dotare la scuola di una palestra e di un auditorium, non presenti nell'edificio attuale.	€ 1.540.763,08	€ 242.000,00	€ 302.500,00	
7	PD	Comune di Cinto Euganeo 35030 via Roma, 20 C.F.: 82005110281	Sistemazione sottostrutture su tratti pericolosi di strade comunali	Cinto Euganeo	Con nota n° 4146 del 02/12/11, il Comune richiede un contributo starordinario per la sistemazione di alcuni tratti della viabilità comunale, con particolare riferimento alle gravi condizioni delle vie Gallina e Giarin, le cui carreggiate sono caratterizzate da cedimemti e fessurazioni profonde formatesi per la mancanza di adeguate sottostrutture.	€ 139.700,00	€ 90.000,00	€ 112.500,00	

N.	Provincia	Anagrafica Beneficiario	Denominazione opera	Comune	Ragioni di necessità ed urgenza e descrizione dell'intervento	Importo Lavori al lordo di Iva ed oneri sicurezza	Importo Contributo	Importo minimo da rendicontare	Note
8	TV	Comune di Arcade 31030 P.zza V. Emanuele, 1 C.F.: 83004110264	Ristrutturazione immobile denominato " Monumento ai Caduti", destinato a biblioteca e sede associativa	Arcade	Con nota n° 9557 del 09/12/11, Il Comune segnala le precarie condizioni del fabbricato denominato "monumento ai Caduti" destinato a biblioteca, sede associativa e del servizio postale, caratterizzato da problemi alle murature perimetrali che presentano numerose infiltrazioni d'acqua sul lato nord e non sono adeguatamente isolate dal punto vista termico. Chiede pertanto un contributo straordinario al fine di scongiurare il peggioramento delle condizioni dell'immobile e garantire quindi la regolare fruibilità dei servizi della biblioteca e delle poste pubbliche da parte dei cittadini.	€ 148.964,75	€ 90.000,00	€ 112.500,00	1)
9	TV	Comune di Godega di Sant'Urbano 31010 via Roma 75 C.F.: 82001250263	Sistemazione del sagrato e del parcheggio presso la chiesa di Pianzano	Godega di Sant'Urbano	Con nota n° 13541 del 15/12/11, il Comune richiede un contributo straordinario per la sistemazione del sagrato e del parcheggio presso la chiesa di Pianzano, che si rende urgente in quanto l'area è sprovvista di parcheggio per i fedeli, inoltre risulta necessario dare ordine ad uno spazio in stato di degrado al fine di tutelare la sicurezza e l'ordine pubblico	€ 138.600,00	€ 60.000,00	€ 75.000,00	
10	TV	Comune di Treviso 31100 via Municipio 16 C.F: 80007310263	Realizzazione dei nuovi locali di servizio/spogliatoi presso l'impianto di calcio ubicato nel quartiere San Giuseppe	Treviso	Con nota n° 57727 del 03/08/11, il Comune, stante le attuali ristrettezze di bilancio, richiede un contributo straordinario per la realizzazione dei nuovi locali di servizio/spogliatoi presso l'impianto di calcio ubicato nel quartiere San Giuseppe, previa demolizione degli esistenti fatiscenti locali, in condizioni molto precarie data la "povertà" dei materiali utilizzati, spesso di recupero. segnala, allo scopo, che il campo viene utilizzato per allenamenti e svolgimento di tornei eche il suo rinnovo è ormai improcrastinabile.	€ 330.000,00	€ 190.000,00	€ 237.500,00	
11	PD	Comune di Abano Terme 35031 Piazza Caduti 1 C.F. 00556230282	Realizzazione uffici comunali presso Villa Bassi	Abano Terme	Con nota n° 29501 del 26/09/11, il Comune chiede un contributo straordinario per la realizzazione di alcuni interventi presso Villa Bassi al fine di trasferirvi alcuni uffici comunali con relativi servizi. Tale esigenza è motivata dalla contestuale indiponibilità dell'attuale sede municipale, in fase di ristrutturazione, nonchè dalla necessità di raggruppare in un'unica sede quegli uffici disloccati in affitto presso altri immobili, con conseguente azzeramento del relativo costo a carico del bilancio comunale, già gravato dai tagli attuati dal Governo sui trasferimenti agli enti locali.	€ 63.580,00	€ 30.000,00	€ 37.500,00	2)
12	VI	Comune di Bassano del Grappa 36061 via Matteotti 39 C.F. 00168480242	Richiesta contributo straordinario per la messa a norma delle struttre del Tennis Bassano	Bassano del Grappa	Con nota n° 71076 del 20/12/11, il Comune segnala la rilevanza dell'intervento in considerazione dell'esigenza di messa a norma della struttura interessata da ammaloramenti che ne rendono insicuro l'utilizzo.	€ 189.750,00	€ 190.000,00	€ 189.750,00	

1) Non ammesse spese per arredi (€ 5.000,00)
2) Spesa ammssibile limitata ai lavori non ancora eseguiti, al netto di IVA

REGIONE DEL VENETO

INFORMAZIONI SUL BOLLETTINO UFFICIALE

CONTENUTI DELLA PUBBLICAZIONE

Il Bollettino Ufficiale della Regione è suddiviso in quattro parti:
1. Parte prima: modifiche dello Statuto, leggi e regolamenti regionali;
2. Parte seconda: circolari, ordinanze e decreti (sezione prima); deliberazioni del Consiglio e della Giunta (sezione seconda);
3. Parte terza: concorsi, appalti e avvisi;
4. Parte quarta: atti di altri enti, testi legislativi aggiornati.

Il Bollettino Ufficiale della Regione esce, di norma, il martedì e il venerdì.
La parte terza si pubblica il venerdì, da sola o con altre parti.

ABBONAMENTI

Con l'approvazione della legge regionale n. 29 del 27/12/2011 il Bollettino ufficiale, a decorrere dal 1° giugno 2012, sarà redatto esclusivamente in forma telematica e diffuso gratuitamente. Per chi fosse interessato alla ricezione del Bollettino ufficiale in formato cartaceo nel periodo 1° gennaio 2012 - 31 maggio 2012, vengono qui di seguito riportate le tariffe degli abbonamenti:

Abbonamento di tipo A:	completo	euro	66,70	(importo mensile euro 13,34)
Abbonamento di tipo B:	non comprende i supplementi	euro	56,25	(importo mensile euro 11,25)
Abbonamento di tipo C	parte terza	euro	33,35	(importo mensile euro 6,67)

L'importo dell'abbonamento può essere versato, con indicazione della causale relativa al tipo di abbonamento prescelto:
- sul c/c postale n. 10259307 intestato a Regione Veneto – Bollettino ufficiale – Servizio Tesoreria, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia;
- tramite bonifico bancario a favore della Tesoreria della Regione Veneto, Unicredit Banca Spa, codice IBAN IT41V0200802017000100537110.

Per qualsiasi informazione gli abbonati possono contattare l'Ufficio Abbonamenti:
- telefonando ai numeri 041 279 2947, dal lunedì al giovedì ore: 9.00-12.30 e 14.30-16.30; venerdì ore: 9.00-12.30
- scrivendo ad uno dei seguenti indirizzi:
  - Giunta Regionale del Veneto - Bollettino Ufficiale - Ufficio Abbonamenti - Dorsoduro 3901 - 30123 Venezia
  - fax 041 279 2809
  - e-mail: abbonamenti.bur@regione.veneto.it

VENDITA

Il Bollettino Ufficiale della Regione può essere acquistato direttamente presso:

PADOVA
Libreria Internazionale Cortina, via Marzolo, 2
tel. 049 656 921 fax 049 875 4728
e-mail: info@libreriacortinapd.it

VICENZA
Libreria Traverso, corso Palladio, 172
tel. 0444 324 389 fax 0444 545 093
e-mail: traversolibri@libero.it

VENEZIA
Regione Veneto, Palazzo Balbi - Dorsoduro 3901
tel. 041 279 2947 fax 041 279 2809
e-mail: abbonamenti.bur@regione.veneto.it

Una copia (fino a 176 pagine) : euro 3,00
Una copia (oltre le 176 pagine) : euro 3,00 + euro 1,00 ogni 16 pagine in più o ulteriore frazione fino a un massimo di euro 20,00.

Le copie arretrate possono essere acquistate presso le librerie sopra indicate o richieste all'Ufficio Abbonamenti suindicato.

Il prezzo delle copie arretrate, se spedite per posta, è aumentato del 10%.

CONSULTAZIONE

Il Bollettino Ufficiale della Regione può essere consultato presso la redazione sita a Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, VENEZIA o presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico con sedi a:

BELLUNO	via Caffi, 33 - tel. 0437 946 262
PADOVA	passaggio Gaudenzio, 1 - tel. 049 877 8163
ROVIGO	viale della Pace, 1/D - tel. 0425 411 811
TREVISO	via Tezzone, 2 - tel. 0422 657 575
VENEZIA	pal.tto Sceriman, Cannaregio 160 - tel. 041 279 2790
VERONA	via Marconi, 25 - tel. 045/8676636-6616-6615
VICENZA	Contra' Mure San Rocco, 51 - tel. 0444 337 985

Il Bollettino Ufficiale della Regione è disponibile anche in Internet al seguente indirizzo:

ONLINE IL BUR http://bur.regione.veneto.it

INFORMAZIONI SUL BOLLETTINO UFFICIALE

INSERZIONI

INSERZIONI CHE PERVENGONO CON IL SERVIZIO INSERZIONI BUR ONLINE

Modalità e tariffe

Le inserzioni da pubblicare sono trasmesse alla redazione del Bollettino ufficiale in formato digitale utilizzando il servizio telematico "Inserzioni Bur online" che elimina la necessità dell'invio dell'originale cartaceo, annulla i costi e i tempi di spedizione e consente di seguire costantemente lo status delle inserzioni trasmesse. Il servizio è accessibile tramite il sito http://bur.regione.veneto.it, alla voce Area Inserzionisti.
Le inserzioni devono pervenire almeno 10 giorni prima della data del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione (cioè, entro il martedì della settimana precedente).
Gli avvisi e i bandi (di concorso, selezione, gara ecc.) devono prevedere una scadenza di almeno 15 giorni successiva alla data del Bollettino in cui saranno pubblicati, salvo termini inferiori previsti da specifiche norme di legge. Si suggerisce di fissare il termine di scadenza per la presentazione delle domande con riferimento alla data del Bollettino (es: entro 30 giorni dalla pubblicazione nel Bur). Il versamento dell'importo pari al costo dell'inserzione va effettuato sul c/c postale n. 10259307 intestato a: Regione Veneto, Bollettino ufficiale, Servizio Tesoreria; Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia, con l'indicazione della relativa causale.

- Per ogni pagina di testo fino a 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri): euro 25,00 più Iva 21% = **euro 30,25**
- Per ogni file allegato con tabelle, grafici, prospetti, mappe ecc.: euro 5,00 più Iva 21% = **euro 6,05 per KB**

Esclusivamente per i Comuni con popolazione inferiore ai 3000 abitanti, che utilizzano il servizio "Inserzioni Bur online" sono previste tariffe agevolate pari al 50% di quelle sopra indicate limitatamente alla pubblicazione integrale dello Statuto. Per gli stessi Comuni la pubblicazione dei soli articoli dello Statuto modificati è soggetta al pagamento del costo forfetario di euro 50,00 più Iva 21% = euro 60,50.

Gli avvisi di concorso pubblico per posti presso enti regionali, enti locali e Ulss sono pubblicati gratuitamente, a condizione che il testo relativo, non più lungo di 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri), sia trasmesso almeno 10 giorni prima della data di pubblicazione del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione, tramite il servizio "Inserzioni Bur online", utilizzando lo schema redazionale che si riporta qui sotto, compilabile direttamente nel Web:

"Concorso pubblico per titoli ed esami per X posti di ....., Categoria ....., Posizione .....
Requisiti di ammissione: (Titolo di studio, eventuali titoli di servizio) .....
Termine di presentazione delle domande: .....
Calendario delle prove: .....
Prima prova scritta: .....
Seconda prova scritta: .....
Prova orale: .....

Per informazioni rivolgersi a: ....."

INSERZIONI CHE NON PERVENGONO CON IL SERVIZIO INSERZIONI BUR ONLINE

Modalità e tariffe

I testi da pubblicare devono pervenire in originale cartaceo alla Giunta regionale, Bollettino Ufficiale, Servizio Inserzioni, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia (tel. 041 2792900) e in formato digitale (word o excel) all'indirizzo di posta elettronica inserzioni.bur@regione.veneto.it, almeno 10 giorni prima della data del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione (cioè, entro il martedì della settimana precedente).
La richiesta di pubblicazione, soggetta all'imposta di bollo salvo esenzione, deve riportare il codice fiscale e/o la partita Iva del richiedente e recare in allegato l'attestazione del versamento dell'importo pari al costo dell'inserzione effettuato sul c/c postale n. 10259307 intestato a: Regione Veneto, Bollettino ufficiale, Servizio Tesoreria; Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia, con l'indicazione della relativa causale.

- Per ogni pagina di testo fino a 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri): euro 35,00 più Iva 21% = **euro 42,35**
- Per ogni pagina contenente tabelle, grafici, prospetti o mappe: euro 70,00 più Iva 21% = **euro 84,70**

Gli avvisi e i bandi (di concorso, selezione, gara ecc.) devono prevedere una scadenza di almeno 15 giorni successiva alla data del Bollettino in cui saranno pubblicati, salvo termini inferiori previsti da specifiche norme di legge. Si suggerisce di fissare il termine di scadenza per la presentazione delle domande con riferimento alla data del Bollettino (es: entro 30 giorni dalla pubblicazione nel Bur).

Per ulteriori informazioni sulle inserzioni scrivere o telefonare a: Giunta regionale – Bollettino ufficiale – Servizio inserzioni, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia (tel. 041 2792900 – fax 041 2792905 – email: uff.bur@regione.veneto.it) dal lunedì al venerdì dalle ore **9,00** alle ore **13,00**.

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

Dirigente Francesco Magris
Responsabile di redazione Antonella Migliarese
Collaboratori di redazione Valentina Giannetti, Barbara Molin
Abbonamenti Gianfranco Galli
Composizione Albonella Crivellari, Maria Levorato, Rosanna Rubini
Ricerca fotografica Maria Clara Martignon
Referente Internet Elisabetta Scaramuzza

Direttore Responsabile Mario Caramel

Stampato da **Grafica Veneta** Spa - Trebaseleghe (PD)
su carta ecologica riciclata, prodotta con il 100% di maceri e senza l'uso di cloro o imbiancanti ottici

ISSN 1971 - 7989

Prezzo: euro **3,00**