

XI LEGISLATURA

III COMMISSIONE PERMANENTE

(Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa)

Verbale n. **195** del 18 gennaio 2018

Consigliere	Presente	Sostituito da
ROTELLI Franco, Presidente	Sì	
BAGATIN Renata, Vicepresidente	Sì	
USSAI Andrea, Vicepresidente	Sì	
GREGORIS Gino, Segretario	Sì	
BARILLARI Giovanni	Sì	
BIANCHI Elena	Sì	
COLAUTTI Alessandro	Sì	
CREMASCHI Silvana	Sì	
LAURI Giulio	Sì	ROTELLI per parte della seduta
MARINI Bruno	Sì	
MORETTI Diego	Sì	
NOVELLI Roberto	Sì	
PUSTETTO Stefano	Sì	
SANTAROSSA Valter	Sì	
TONDO Renzo	No	
TRAVANUT Mauro	No	
ZILLI Barbara	No	

Sono presenti in rappresentanza dell'Amministrazione regionale:

Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, Maria Sandra TELESCA; Direttore Servizio integrazione sociosanitaria - Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCS), Ranieri Antonio ZUTTON; Direttore Servizio volontariato e lingue minoritarie - Direzione centrale cultura, sport e solidarietà, Roberta SARTOR; Vice Direttore centrale Direzione centrale infrastrutture e territorio - Area interventi a favore del territorio, Luciano POZZECCO; Presidenza della Regione - Servizio relazioni internazionali e infrastrutture strategiche - Ufficio di collegamento a Bruxelles, Luisa POCCLEN; Paolo MOLINARI, Istituto di ricerche economiche e sociali (IRES) FVG; Direttore Area promozione salute e prevenzione (DCS), Paolo PISCHIUTTI.

Sono presenti i seguenti consiglieri (senza delega) di altra Commissione: Franco CODEGA.

Ordine del giorno

Convocazione alle ore: 10.00

1. Illustrazione della **proposta di legge n. 96** "Misure urgenti atte a favorire l'assistenza a lungo termine delle persone affette da morbo di Alzheimer e Parkinson sia in strutture protette sia al proprio domicilio, e azioni di sostegno per i loro familiari" (di iniziativa del consigliere Sibau e altri).

2. Audizione dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia Maria Sandra Telesca in merito alle azioni regionali per le persone anziane.

Ore 12.30

3. Presentazione del Piano annuale 2018 per la promozione dell'invecchiamento attivo.

Ore 14.30

4. Audizioni in merito alla **proposta di legge n. 44** "Norme sulla tutela della salute e sulla valutazione del danno sanitario nelle aree del Friuli Venezia Giulia ad elevato rischio ambientale" (di iniziativa del consigliere Ussai e altri), con i seguenti soggetti:

- Responsabili Dipartimenti di prevenzione Aziende sanitarie
- ARPA
- Federsanità-ANCI
- Università degli studi di Trieste e Udine
- Segreterie regionali CGIL, CISL, UIL, UGL, CISAL, CONFSAL
- Confindustria FVG
- Italia nostra
- Legambiente
- Fondo per l'ambiente italiano (FAI)
- WWF Fondo mondiale per la natura
- Greenpeace
- Federnatura
- Amici della terra
- Associazione No Smog
- ISDE (Società internazionale di medici per l'ambiente).

(Presidenza del Presidente ROTELLI)

Presso la sala Gialla del Consiglio regionale, il Presidente ROTELLI, accertata la sussistenza del quorum costitutivo, apre la seduta della III Commissione.

Punto n. 1 all'ordine del giorno

Il Presidente ROTELLI fa presente che il consigliere Sibau primo firmatario della proposta di legge n. 96 iscritta al primo punto dell'ordine del giorno è assente, per cui passa direttamente al punto n. 2 dell'ordine del giorno.

Punto n. 2 all'ordine del giorno

ore: 10.30

L'Assessore TELESKA introduce lo stato delle azioni regionali a favore delle persone anziane. Rammenta la definizione a febbraio 2014 di prime linee di indirizzo delle politiche regionali per le persone anziane, in particolare non autosufficienti. Riferisce della recente costituzione nell'ambito della Direzione centrale salute del Servizio di integrazione sociosanitaria, diretto dal dott. Zuttion. Sottolinea l'impegno della Regione per l'assistenza domiciliare (sostenuta economicamente attraverso il Fondo per l'autonomia possibile (FAP)), l'introduzione di formule sperimentali per la residenzialità innovativa e l'avvio del processo di riclassificazione delle case di riposo (definito un lavoro importante), ormai in fase conclusiva.

Il dott. ZUTTON illustra le azioni regionali in ambito sociale e sociosanitario per le persone anziane tramite le slide di cui in allegato.

L'Assessore TELESKA ricorda lo stanziamento di 6 milioni di euro (nell'ultima legge regionale di stabilità) per incrementare il contributo regionale all'abbattimento delle rette nelle case di riposo, in modo da accompagnare il processo di riclassificazione in corso.

Si apre quindi la discussione.

Il consigliere BARILLARI domanda chiarimenti sui dati riportati relativi al monitoraggio dell'assistenza infermieristica, di base e riabilitativa, sottolineando l'importanza di rilevazioni riferite alle sole situazioni di bisogno.

Il dott. ZUTTON spiega che i dati descritti sommano gli interventi di tutto il personale addetto all'assistenza (operatori sociosanitari, infermieri, fisioterapisti).

Il consigliere USSAI rileva che in altre Regioni la contribuzione regionale all'abbattimento delle rette nelle case di riposo è maggiore. Si dice a favore dell'assistenza domiciliare. Chiede se verrà sanata la situazione di sperequazione nel carico degli oneri sanitari nelle case di riposo presente nell'area triestina, se per la demenza ci sono strutture adeguate e che provvedimenti si intendono assumere, nonché quanti posti letto sono disponibili in strutture residenziali per le persone disabili.

La consigliera BIANCHI esprime preoccupazione per le strutture residenziali presenti nell'area montana, che ritiene possano incontrare difficoltà ad adeguarsi ai nuovi standard previsti dalla riclassificazione delle case di riposo.

L'Assessore TELESKA conferma che altre Regioni hanno abbattimenti maggiori delle rette delle case di riposo, ma sottolinea che i sistemi assistenziali sono diversi. Osserva che la demenza è il tema del futuro e che si sta lavorando per sostenere le sperimentazioni in corso. Riferisce che recentemente è stato avviato un bando per investimenti su strutture dell'area montana.

Il dott. ZUTTON riferisce di alcune situazioni critiche nella zona montana non legate alla riclassificazione. Osserva che le maggiori contribuzioni di talune Regioni, come la Toscana, riguardano una platea limitata di beneficiari in stato di bisogno.

Il consigliere NOVELLI afferma che nelle strutture dove è presente un medico i ricoveri sono ridotti drasticamente, quindi si dovrebbe cercare di garantire una presenza medica a carico del SSR in tutte le strutture, e chiede se sono previste iniziative in tal senso. Rispetto al tema dei controlli dei livelli di assistenza nelle strutture stesse, esprime il parere che debbano essere svolti da professionisti.

L'Assessore TELESKA riferisce che il tema della presenza medica nelle strutture è all'ordine del giorno; al momento vi sono problemi di tipo contrattuale per i quali si sta cercando una soluzione, al fine di ovviare a una situazione che stando così le cose non funziona. Sottolinea che i controlli vengono fatti e che il tema è stato anche oggetto di recenti iniziative di formazione da parte delle Aziende sanitarie.

Il dott. ZUTTON riferisce anche di azioni di controllo sull'appropriatezza in capo ai distretti attraverso audit con le strutture.

La consigliera BAGATIN ringrazia per il lavoro svolto sulla riclassificazione delle case di riposo. Afferma che in prospettiva occorre intervenire sul sistema complessivo di welfare per le persone anziane e osserva che il tema della demenza va posto sotto particolare attenzione.

La consigliera CREMASCHI ritiene opportuno un potenziamento delle professionalità dei distretti per ridurre le istituzionalizzazioni. Auspica una maggiore apertura di centri diurni, con la previsione di posti letto. Sottolinea che i costi dell'abitare possibile sono ancora molto alti per le famiglie. Ritiene importante la presenza di competenze specifiche sulla geriatria. Pensa a delle forme residenziali intermedie tra casa di riposo e ricovero intensivo.

Il consigliere PUSTETTO sottolinea l'esigenza di un coordinamento unico, una visione strategica, per evitare la frammentazione degli interventi.

Il consigliere COLAUTTI osserva che azioni come lo screening della popolazione fragile o l'abitare possibile possono avere un valore importante di prevenzione. Chiede in che misura è necessario un accompagnamento per gli investimenti sulla riclassificazione delle case di riposo e a che punto è il percorso di riqualificazione degli operatori.

Il consigliere GREGORIS domanda chiarimenti sulla durata media dei ricoveri e osserva che il ricorso alle case di riposo è per certi versi inevitabile.

L'Assessore TELESKA riferisce che la riqualificazione degli operatori dell'assistenza è in fase di completamento e che è stato chiesto un aumento del fabbisogno annuale di operatori sociosanitari. Afferma che vi sono situazioni critiche su alcune residenze polifunzionali rispetto agli interventi strutturali. Sottolinea che da anni si sta lavorando per dare al distretto un ruolo di regia complessiva.

Osserva che non si può trascurare la richiesta di servizi residenziali da parte delle famiglie. Riferisce dell'attivazione nell'ambito della Direzione centrale salute di un gruppo di lavoro sulla geriatria.

Il dott. ZUTTON fa presente che la durata media della permanenza nelle case di riposo è al di sotto dei 300 giorni.

Il Presidente ROTELLI conclude sottolineando un deficit di attenzione sul tema dei diritti degli ospiti nelle strutture, che ritiene andrebbe affrontato con maggiore impegno.

Punto n. 3 all'ordine del giorno

ore: 12.45

Il dott. ZUTTON, la dott.ssa SARTOR, il dott. POZZECCO, la dott.ssa POCLLEN, il dott. MOLINARI illustrano le slide di cui in allegato riferite al Piano annuale 2018 per la promozione dell'invecchiamento attivo (rispettivamente relative alle azioni della Direzione centrale salute, Direzione centrale cultura, Direzione centrale infrastrutture, Servizio relazioni internazionali e infrastrutture strategiche, e ai Programmi formativi).

Il consigliere COLAUTTI ritiene significativo lo sforzo fatto per l'integrazione delle azioni di diversi settori dell'Amministrazione regionale e rende atto alla consigliera Bagatin dell'impegno profuso per l'attuazione della legge regionale 22/2014.

La consigliera BIANCHI formula i propri complimenti per il lavoro svolto esprimendo l'auspicio che tale modalità di azione possa proseguire e anche essere esportata in altri settori; ritiene giusto pensare all'invecchiamento attivo, senza però scordarsi dei giovani e delle ricadute che il piano può avere anche in termini di nuovi posti di lavoro.

Il consigliere USSAI ritiene importante il modello operativo sperimentato. Riallacciandosi all'illustrazione del dott. Pozzecco, afferma che sarebbe stato importante approvare una legge sull'accessibilità entro fine legislatura e chiede se si è pensato a interventi in particolare per l'abbattimento delle barriere architettoniche connesse alla mobilità sui treni.

La consigliera BAGATIN, come coordinatrice del Tavolo di lavoro per l'attuazione della LR 22/2014, ringrazia i componenti del Tavolo per il lavoro svolto, rimarca la trasversalità delle azioni messe in campo tra diversi assessorati e fa presente che esiste anche una valutazione finale sull'impatto della legge 22 sia sul territorio che sulle persone.

Il Presidente ROTELLI ringrazia a sua volta la consigliera Bagatin e i funzionari intervenuti per il lavoro svolto.

Punto n. 4 all'ordine del giorno

ore: 14.40

Gianni CAVALLINI (Direttore Dipartimento di prevenzione AAS 2) illustra a nome dei Direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie regionali la memoria di cui in allegato.

Luca MARCHESI (Direttore generale ARPA FVG) osserva che il tema oggetto della PDL 44 presenta un notevole livello di complessità che coinvolge molte dimensioni significative. Ritiene complesso che un gruppo di persone con le attuali conoscenze sia in grado di individuare possibili effetti di salute connessi a fattori di rischio ambientale. Fa presente che i tempi di valutazione sono lunghi e lontani da quelli dell'economia e della pubblica amministrazione. Giudica gli interventi previsti

difficilmente sostenibili, anche a fronte dell'iniezione di nuove risorse. Pone un problema di conciliabilità con la normativa statale in materia di autorizzazione integrata ambientale. Rispetto all'individuazione dei soggetti valutatori, fa presente l'importanza di un soggetto unico capace di garantire omogeneità di approccio, ipotizzando il coinvolgimento dell'Osservatorio ambiente e salute e ribadendo comunque l'esistenza di un problema oggettivo di risorse.

Massimo BOVENZI (Direttore Unità Clinica Operativa Medicina del Lavoro Università degli studi di Trieste) illustra la memoria e le slide di cui in allegato.

Pierluigi BARBIERI (Università degli studi di Trieste) osserva che il campo di applicazione attualmente previsto dalla PDL comporta problemi di sostenibilità. Fa presente che le finalità delle attività di valutazione possono portare a risposte diverse, per cui è importante approfondire i criteri da seguire nella raccolta delle informazioni.

Mariano CHERUBINI (ISDE FVG) e Michele SANTORO (Legambiente) illustrano le memorie di cui in allegato.

Il consigliere USSAI rammenta che la PDL è stata presentata nel marzo 2014. Fa presente che la valutazione del danno sanitario è prevista dalla normativa statale. Si dice aperto a suggerimenti migliorativi del testo. Afferma che la proposta non è a isorisorse e auspica che l'iniziativa, restringendone l'ambito di applicazione, possa incontrare ampia condivisione.

Il consigliere LAURI chiede al dott. Barbieri se le problematiche evidenziate in merito ai criteri di redazione del rapporto di valutazione del danno sanitario sono di tipo generale o invece solo riconducibili alla formulazione delle disposizioni della proposta di legge. Chiede poi al Direttore generale di ARPA se vi sono evidenze sugli effetti dell'applicazione della legge della Regione Puglia, unica finora a essere intervenuta sulla valutazione del danno sanitario.

Il dott. BARBIERI rimarca che il tema centrale risiede nell'individuazione dei criteri per caratterizzare l'esposizione della popolazione.

Il dott. MARCHESI afferma di non avere notizie di una valutazione istituzionale sull'efficacia della legge della Regione Puglia. Osserva che la legge è stata approvata sulla base di una contingenza specifica. Esprime la sensazione che lo stato delle conoscenze non sia abbastanza avanzato da consentire collegamenti tra effetti di salute e ambiente, tanto più rispetto a fonti di inquinamento specifiche.

A questo punto l'audizione ha termine.

Il Presidente ROTELLI ringrazia e congeda gli ospiti, quindi dichiara chiusa la seduta.

Fine lavori alle ore: 15.50

Allegati: 12

IL PRESIDENTE
Franco ROTELLI

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
Gino GREGORIS

IL RESPONSABILE DI P.O.
Mauro NEGRO

IL VERBALIZZANTE
Roberta VIDONI

Trieste, 18/01/2018

c.a.

Presidente III Commissione permanente

Oggetto: Delega temporanea alla partecipazione alla seduta odierna della III Commissione.

Con la presente autorizzo il Consigliere Franco Rotelli a partecipare in mia vece alla seduta della III Commissione in oggetto.

Cordiali Saluti

Giulio Lauri

28/1/18
h/10²⁵ R



Azioni regionali per le persone anziane: interventi sociali e sociosanitari

Audizione dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

18 gennaio 2018

Consiglio regionale
III Commissione permanente

STRUTTURA DEMOGRAFICA E NON AUTOSUFFICIENZA FVG

	FVG	Italia
Popolazione al 1° gennaio 2017	1.217.872	60.589.445
Popolazione ≥ 65 anni	313.424	13.528.550
% popolazione ≥ 65 anni / popolazione totale	25,7%	22,3%
% popolazione ≥ 80 anni / popolazione totale	7,8%	6,8%

Età media	46,6	44,9
Indice di vecchiaia ¹ (val. %)	209	165
Indice di dipendenza degli anziani ² (val. %)	41	35

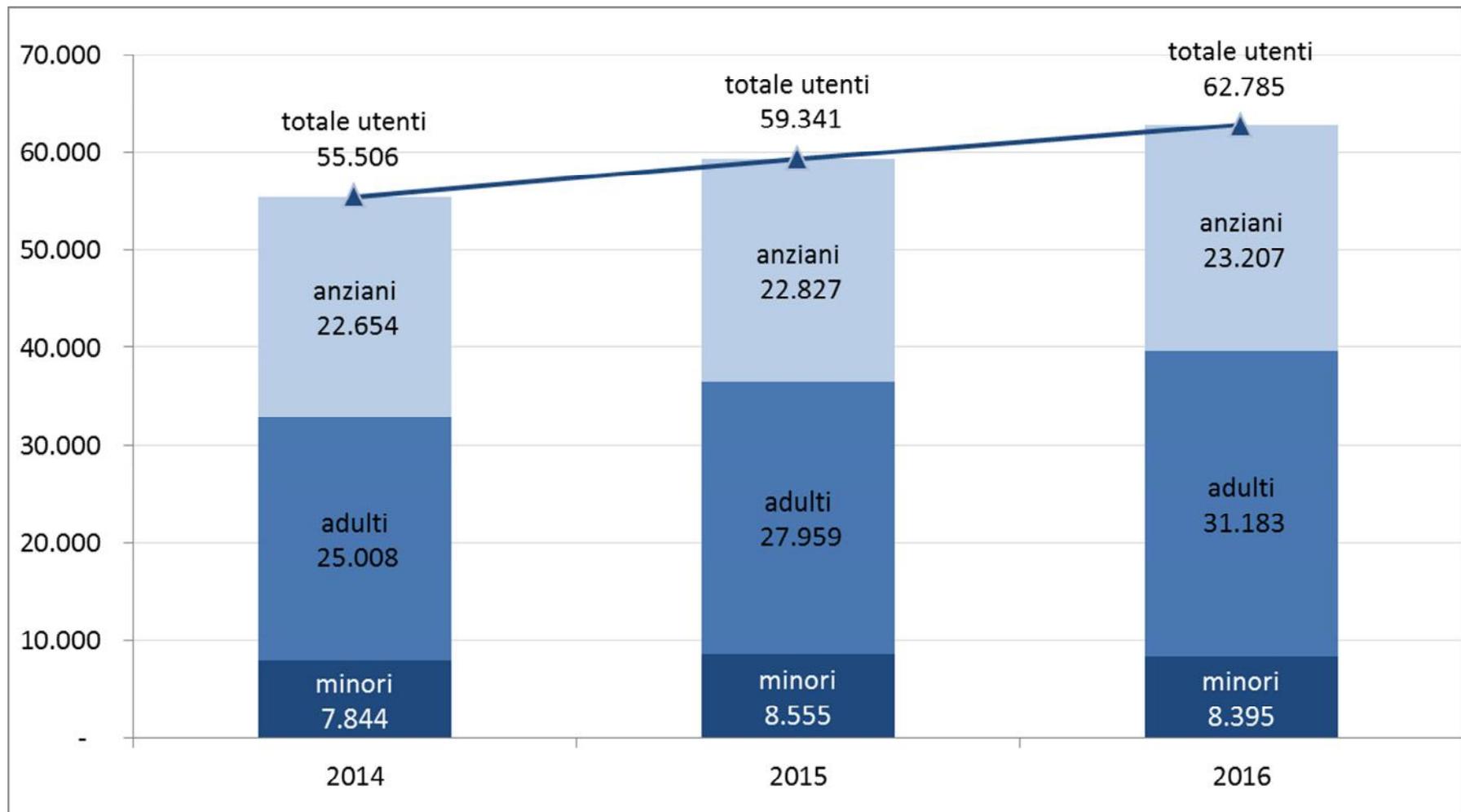
Stima anziani non autosufficienti*	32.200	
---	---------------	--

* Parametri da Studio Toscana. Applicando altri parametri (Lombardia – 18,6% > 65) = 57.000 anziani NA.



Interventi domiciliari e semiresidenziali

Utenza in carico al SSC per classe d'età - FLUSSO 2014-2016



Interventi principali destinati agli anziani SAD, Servizio di Assistenza Domiciliare - Flusso 2015-2016

Ambito	2015				2016			
	minori	adulti	anziani	Totale	minori	adulti	anziani	Totale
Duino Aurisina	-	3	29	32	-	4	30	34
Trieste	6	57	476	539	-	63	489	552
Muggia-S.Dorligo della Valle	-	10	63	73	-	10	63	73
ASUI TS Totale	6	70	568	644	-	77	582	659
Alto Isontino	7	51	232	290	2	44	213	259
Basso Isontino	-	39	245	284	-	45	251	296
Cervignano	-	49	335	384	-	41	173	214
Latisana	1	51	217	269	1	53	198	252
AAS2 Totale	8	190	1.029	1.227	3	183	835	1.021
Gemonese	-	29	480	509	-	35	433	468
Carnia	9	45	243	297	3	43	234	280
S.Daniele del Friuli	-	25	361	386	-	30	363	393
Codroipo	1	38	179	218	4	41	186	231
AAS3 Totale	10	137	1.263	1.410	7	149	1.215	1.371
Tarcento	1	39	292	332	1	36	261	298
Cividale del Friuli	1	52	306	359	2	51	294	347
Udine	2	145	896	1.043	2	161	1.006	1.169
ASUI UD Totale	4	236	1.494	1.734	5	248	1.536	1.789
Sacile	7	53	258	318	18	54	279	351
S. Vito al Tagliamento	1	54	142	197	1	20	141	162
Azzano Decimo	2	65	450	517	2	58	458	518
Maniago	-	122	237	359	-	32	244	276
Pordenone	24	42	355	421	20	43	332	395
AAS5 Totale	33	335	1.442	1.810	40	206	1.454	1.700
FVG	61	968	5.794	6.823	55	863	5.621	6.539

Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP): Dati 2016

FAP - Fondo per l'Autonomia Possibile

Risorse economiche: oltre 37 milioni di euro

Beneficiari 2016: 6.613 utenti, di cui il 72% anziani

Interventi FAP che riguardano in prevalenza gli anziani:

APA – Assegno per l'Autonomia (2.344 utenti)

CAF – Contributo per l'aiuto familiare (3.279 utenti)



Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP): Beneficiari FAP – Flusso 2016

Ambito	APA	APA DEMENZE	APA + Vita indipendente	CAF	CAF DEMENZE	Salute mentale	Sostegno ad altre forme di emancipazione e di inserimento sociale (art.8)	Vita indipendente	Totale FAP
Duino Aurisina	11	-	-	27	-	3	-	4	45
Trieste	683		2	430		44	6	134	1.232
Muggia-S.Dorligo della Valle	32	2		46	2	6		7	95
ASUI TS Totale	726	2	2	503	2	53	6	145	1.372
Alto Isontino	116	12		157	24	37	5	21	339
Basso Isontino	128	3	-	204	17	39	5	33	427
Cervignano	150	7	-	135	12	23	3	18	336
Latisana	90	1	2	144	3	31	26	32	313
AAS2 Totale	484	23	2	640	56	130	39	104	1.415
Gemonese	52	2	-	84	8	19	10	21	195
Carnia	47	3	-	80	33	27	10	15	207
S.Daniele del Friuli	114			168		19		29	321
Codroipo	139	14	-	98	24	27	9	18	329
AAS3 Totale	352	19	-	430	65	92	29	83	1.052
Tarcento	18	-		114	11	12	15	21	191
Cividale del Friuli	64	1	-	134	4	15	2	23	243
Udine	160	8	-	473	68	41	26	65	770
ASUI UD Totale	242	9	-	721	83	68	43	109	1.204
Sacile	75	2	-	215	5	41	8	30	376
S. Vito al Tagliamento	50	14	-	61	41	16	14	24	220
Azzano Decimo	78	3		135	5	24	2	34	281
Maniago	40	6	-	153	19	44	7	13	282
Pordenone	209	12	-	119	20	74	6	45	411
AAS5 Totale	452	37	-	683	90	199	37	146	1.570
FVG	2.256	90	4	2.977	296	542	154	587	6.613



SID e SRD: Dati 2016

ASSISTENZA INFERMIERISTICA - anno 2016 - utenti ≥ 65aa

Azienda di erogazione	Tutti gli Utenti	2016%	Utenti PAI SI >=	2016%
ASUITS	7.273	10,9	3.738	5,6
AAS2	6.587	10,1	3.993	6,1
AAS3	4.639	10,5	2.775	6,3
ASUIUD	5.741	9	2.320	3,6
AAS5	7.645	10,5	3.120	4,3
	31.885	10,2	15.946	5,1



SID e SRD: Dati 2016

ASSISTENZA RIABILITATIVA - anno 2016 - utenti ≥ 65aa				
Azienda di erogazione	Tutti gli Utenti	2016%	Utenti PAI SI >=	2016%
ASUITS	2.328	3,5	1.347	2
AAS2	2.278	3,5	518	0,8
AAS3	2.072	4,7	459	1
ASUIUD	2.764	4,3	486	0,8
AAS5	2.926	4	636	0,9
	12.368	3,9	3.446	1,1

Servizi semiresidenziali: Dati 2016

- Numero servizi semiresidenziali attivi: **33**
- Utenti in carico al 31.12.2016: **483**
- Quota abbattimento retta:
 - Servizi autonomi: euro 12,50 die
 - Servizi interni struttura residenziale: euro 10,50 die
- Spesa annua per abbattimento retta in servizi semiresidenziali (anno 2015): **euro 697.204,62**



Il sistema residenziale

SISTEMA REGIONALE RESIDENZE PER ANZIANI: I NUMERI ESSENZIALI

189 STRUTTURE

PL AUTORIZZATI (ANNO 2016)		
TOTALI	N-A	AUTO
10.997	8.693	2.304

7.145 PL CONVENZIONATI PER:

- ONERI SANITARI
- ABBATTIMENTO RETTA

Movimenti - offerta residenziale convenzionata (2016)

AAS	N. ingressi (2016) SR convenzionate (RP, UD, PF mod A)
ASUITS	773
AAS2	567
AAS3	308
ASUIUD	1.058
AAS5	640
Totale	3.346

Movimenti - offerta residenziale convenzionata (2016)

AAS	Ospiti	Dimissioni	Dimissioni /ospiti	Decessi	Decessi/ospiti	Decessi/ dimissioni	Decessi in H	Decessi H/ decessi tot
ASUITS	2.063	786	38%	404	20%	51%	190	47%
AAS2	1.918	556	29%	403	21%	72%	163	40%
AAS3	1.271	317	25%	262	21%	83%	68	26%
ASUIUD	2.965	970	33%	556	19%	57%	193	35%
AAS5	2.471	628	25%	476	19%	76%	208	44%
Totale	10.688	3.257	30%	2.101	20%	65%	822	39%

Movimenti - offerta residenziale convenzionata (2016)

AAS	Ospiti	Ricoverati	Ricoverati/ ospiti	Ricoveri ospedalieri	Ricoveri/ ricoverati
ASUITS	2.063	732	35%	1.088	1,49
AAS2	1.918	527	27%	736	1,40
AAS3	1.271	251	20%	341	1,36
ASUIUD	2.965	678	23%	933	1,38
AAS5	2.471	705	29%	1.059	1,50
Totale	10.688	2.893	27%	4.157	1,50

Movimenti - offerta residenziale convenzionata (2016)

AAS	PL tot	gg occupazione PL	tasso occupaz.
ASUITS	1.426	500.722	96%
AAS2	1.532	492.676	88%
AAS3	1.124	351.500	85%
ASUIUD	2.258	717.666	87%
AAS5	1.894	675.433	97%
Totale	8.234	2.737.997	91%



LISTA D'ATTESA (2016)

	PERSONE IN LISTA*				N accolti**	Attesa media**
	A-in lista	B-già accolte	C-non ancora accolte in nessuna SR	C su pop over 65*1000		
ASUITS	553	174	379	5,6	352	66,15
AAS2	533	187	346	5,3	339	107,79
AAS3	355	138	217	4,9	296	122,48
ASUIUD	809	372	437	6,9	619	54,92
AAS5	434	192	242	3,4	592	59,81
FVG	2.588	1.012	1.576	5,1	2.174	74,54

*dati al 31/12/2016

** periodo 01/01/2016-31/12/2016

ABBATTIMENTO RETTA: BENEFICIARI (2016)

Azienda sanitaria	Beneficiari quota fissa	Beneficiari quota variabile ISEE		
		Fascia 1 0-15.000	Fascia 2 15.001-25.000	Totale
AAS1	1.906	491	233	724
AAS2	1.686	581	198	779
AAS3	1.078	373	85	458
AAS4	2.568	702	207	909
AAS5	2.400	755	286	1.041
Totale	9.638	2.902	1.009	3.911

PERSONALE (ANNO 2016)

TOTALE ASSISTENZA A LIVELLO REGIONALE

Tipologia struttura	RP	UD	PFA	PF	CH	CA	Totale Regionale
TOT operatori	2.184,0	1.927,0	185,0	541,0	259,0	52,0	5.148,0
TOT ore-anno	2.992.096,0	2.698.075,4	240.492,4	793.444,0	331.408,0	47.395,5	7.102.911,3
operatori TPE	1.955,6	1.763,4	157,2	518,6	216,6	31,0	4.642,4
Minutaggi gg per PL	144,8	119,3	87,7	93,9	47,1	72,1	114,2



PERSONALE (ANNO 2016)

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tipologia struttura	RP	UD	PFA	PF	CH	CA	Totale Regionale
TOT operatori	336,0	332,0	32,0	79,0	50,0	3,0	832,0
TOT ore-anno	481.676,7	506.549,0	48.595,2	77.657,0	60.666,0	529,5	1.175.673,3
operatori TPE	314,8	331,1	31,8	50,8	39,7	0,3	768,4
Minutaggi gg per PL	23,3	22,4	17,7	9,2	8,6	0,8	18,9



PERSONALE (ANNO 2016)

ASSISTENZA DI BASE

Tipologia struttura	RP	UD	PFA	PF	CH	CA	Totale Regionale
TOT operatori	1.608,0	1.412,0	105,0	398,0	170,0	47,0	3.740,0
TOT ore-anno	2.267.684,5	2.019.103,7	176.459,8	688.991,5	247.101,0	46.101,0	5.445.441,5
operatori TPE	1.482,1	1.319,7	115,3	450,3	161,5	30,1	3.559,1
Minutaggi gg per PL	109,7	89,2	64,3	81,5	35,1	70,2	87,6



PERSONALE (ANNO 2016)

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Tipologia struttura	RP	UD	PFA	PF	CH	CA	Totale Regionale
TOT operatori	94,0	85,0	16,0	10,0	8,0	0,0	213,0
TOT ore-anno	103.264,5	87.670,7	7.933,5	1.617,0	2.642,0	0,0	203.127,8
operatori TPE	67,5	57,3	5,2	1,1	1,7	0,0	132,8
Minutaggi gg per PL	5,0	3,9	2,9	0,2	0,4	0,0	3,3

RESIDENZE PER ANZIANI: LE AZIONI STRATEGICHE

AZIONI STRATEGICHE GIA' REALIZZATE:

1

Adozione **sistema di valutazione del bisogno** degli utenti e di **sistema di classificazione del bisogno** per profili iso-risorse

2

Introduzione di nuovi **sistemi informativi** per la valutazione del bisogno delle persone anziane e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali.

3

Introduzione di un sistema di **monitoraggio e promozione della qualità** nelle residenze per anziani.

4

Adozione **D.P.REG. 144/2015** che definisce i nuovi requisiti minimi autorizzativi delle strutture residenziali e avvio del **processo di riclassificazione** (ri-autorizzazione delle strutture esistenti).

Processo di riclassificazione residenze funzionanti (Titolo X)

Cos'è il processo di riclassificazione

Ai sensi dell'art. 10, c. 1 della L.R. 17/2008, è il processo attraverso il quale le residenze destinate all'accoglimento di persone anziane, già autorizzate al funzionamento ai sensi della normativa previgente, sono soggette a nuova classificazione e al rilascio di nuove autorizzazioni all'esercizio.

Soggetti coinvolti

Tutte le residenze già autorizzate ai sensi della normativa previgente sono soggette a processo di riclassificazione e al rilascio di nuove autorizzazioni all'esercizio.

Vincoli attuativi

Nessun aumento del numero di posti letto autorizzati al funzionamento alla data di avvio del processo, ad eccezione degli aumenti derivanti da interventi già autorizzati prima dell'entrata in vigore del nuovo regolamento.

Processo di riclassificazione residenze funzionanti (Titolo X)

Garanzie

- rilascio di nuovo atto autorizzativo per il livello di riclassificazione corrispondente alle caratteristiche strutturali e tecnologiche possedute;
- possibilità di richiedere un livello di riclassificazione superiore, con presentazione di un piano di adeguamento dei requisiti mancanti (limite temporale di 1 o 3 anni per adeguarsi);
- garanzia di un livello minimo di riclassificazione per le strutture che rispettano la normativa previgente ([vedasi allegato E](#));
- possibilità, a seguito del rilascio del nuovo atto autorizzativo, di mantenere la permanenza nelle residenze di utenti che presentano un profilo di bisogno di intensità e complessità maggiore rispetto al livello di riclassificazione conferito.

Processo di riclassificazione residenze funzionanti (Titolo X)

Fasi attuative (art. 47)

3 fasi		Preliminare	acquisizione informazioni relative alle caratteristiche delle residenze
		Valutativa	valutazione delle domande di nuova autorizzazione presentate
		Autorizzativa	rilascio nuovi atti autorizzativi

Ambiti territoriali di attuazione (art. 48)

Le 3 fasi attuative del processo di riclassificazione vengono attuate con una scansione temporale a livello di Azienda per l'assistenza sanitaria.

Processo di riclassificazione residenze funzionanti (Titolo X)

Il D.P.Reg. 144/2015 è stato recentemente sottoposto ad una revisione (cfr D.P.Reg. 290/2017) che ha riguardato in particolare:

- l'attribuzione alle Aziende sanitarie – come stabilito dalla L.R. 31/2017, articolo 9, comma 44 – del compito di ri-autorizzare all'esercizio le strutture secondo la nuova classificazione prevista da regolamento;
- alcuni requisiti minimi autorizzativi previsti dagli allegati B e C del regolamento.

Processo di riclassificazione residenze funzionanti (Titolo X)

Stato di avanzamento

3 fasi	 Preliminare	CONCLUSA
	 Valutativa	IN CONCLUSIONE (la Regione sta rilasciando i pareri di ammissibilità delle domande di nuova autorizzazione pervenute)
	 Autorizzativa	Rilascio dei nuovi atti autorizzativi entro fine aprile

In esito al processo di riclassificazione, le **Aziende sanitarie rilasciano:**

- **autorizzazioni all'esercizio a pieno titolo**, nei casi in cui la residenza sia in possesso dei requisiti stabiliti per il livello autorizzativo richiesto;
- **autorizzazioni all'esercizio in deroga temporanea** , nei casi in cui la residenza non sia in possesso dei requisiti stabiliti per il livello autorizzativo richiesto e il titolare abbia sottoscritto un piano di adeguamento ai requisiti carenti, da realizzare entro 3 anno dal rilascio del nuovo atto autorizzativo .

Entro 3 mesi dal rilascio del nuovo atto autorizzativo, gli enti gestori devono **adeguare i requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale** previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato nell'atto autorizzativo

RESIDENZE PER ANZIANI: LE AZIONI STRATEGICHE

AZIONI STRATEGICHE DA REALIZZARE:

1

REALIZZAZIONE DEL **PROCESSO DI ACCREDITAMENTO**

2

INTRODUZIONE **NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO**

- Definizione modello a regime: regole di attribuzione dei pl convenzionabili (il fabbisogno sostenibile) e nuovo sistema di remunerazione delle strutture (basato su tariffe legate ai profili di bisogno)
- Definizione fase transitoria (2018-2020): convenzione tipo; regole attribuzione quote aggiuntive (+ 400 quote);



RESIDENZE PER ANZIANI: I DATI ECONOMICI

ATTUALE SISTEMA FINANZIAMENTO NON AUTOSUFFICIENZA

	FINANZIAMENTO RESIDENZE PER ANZIANI (7.145 pl convenzionati)	
	EURO ANNO	EURO PL/DIE (valore medio)
RIMBORSO ONERI SANITARI (assistenza inf. e riab.)	€ 24.552.046,25	€ 9,87
CONTRIBUTO ABBATTIMENTO RETTA (art. 13 L.R. 10/97)	€ 43.628.500,79	€ 16,73
TOTALE	€ 68.180.547,04	€ 26,60

RESIDENZE PER ANZIANI: I DATI ECONOMICI

RETTA MEDIA MINIMA A CARICO DEGLI UTENTI

La **retta media minima** applicata dagli enti gestori nel 2017 per un **posto letto per non autosufficienti** in una residenza per anziani **convenzionata** risulta essere pari a **60,50 euro al giorno** (al netto degli oneri sanitari e della quota fissa di contributo per l'abbattimento retta)*.

* Il campione di riferimento – del quale si è calcolata la retta media minima ponderata – consta di 96 residenze con posti letto per non autosufficienti che hanno compilato la scheda di offerta residenziale 2017, pari a 7.230 posti letto (82% dei posti letto autorizzati per non autosufficienti in Regione).

LINEE DI GESTIONE ANNO 2018

Nuovi convenzionamenti:

- Fabbisogno massimo (DGR 672/2015): **8.000** quote sociosanitaria (**+850** rispetto agli attuali pl convenzionati);
- Aumento quote sociosanitarie anno 2018: **+ 500** unità.

Nuovo sistema di finanziamento

- Adozione l'adozione del **modello tipo di convenzione** per regolare in modo uniforme su tutto il territorio regionale gli accordi contrattuali tra Aziende sanitarie e strutture per anziani.
- rimborso oneri sanitari sostenuti per l'assistenza infermieristica e riabilitativa pari a almeno **10 euro die/pl** convenzionato in RP e UD, **8 euro** die/pl convenzionato in Residenze polifunzionali di fascia A;
- rimborso forfettario per coordinamento infermieristico, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari pari ad almeno **120 euro annui** per posto letto convenzionato.

LINEE DI GESTIONE ANNO 2018

Sperimentazioni “Abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa”:

- Sostenere e incentivare lo sviluppo delle sperimentazioni attivate nel territorio aziendale di competenza;

Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

- Partecipazione alla revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso.
- Partecipazione alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità.

Piano demenze

- Partecipazione all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione.

FINE



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22

***Piano annuale 2018
degli interventi regionali in materia
di promozione dell'invecchiamento attivo***

DGR n. 9 del 12 gennaio 2018

Azioni della

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia



Linea strategica 1 – Sostegno alle responsabilità familiari (pag. 3 del Piano)

Area di intervento 1.1 - Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana

Azioni

- 1.** Iniziative di sostegno alle famiglie *e formazione per familiari che assistono anziani:*
 - 1.2** Confronto con il coordinamento del programma SiConTe (programma specifico PPO 14/15 – informazioni alle famiglie).
- 2.** Servizi e contributi finalizzati
 - 2.1** Sostegno alla permanenza a domicilio delle persone anziane;
 - 2.2** Fondo per l'autonomia possibile – FAP. Applicazione del nuovo regolamento;
 - 2.3** Amministrazione di sostegno. Applicazione del nuovo regolamento.

Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria Servizio sviluppo dei Servizi Sociali dei Comuni



Linea strategica 1 – Sostegno alle responsabilità familiari (pag. 4 del Piano)

Area di intervento 1.3 – Sostegno all’inserimento delle famiglie nelle reti no profit

Azioni

- 1.** Sviluppo del programma di intervento a favore dell'associazionismo familiare in particolare dei percorsi intergenerazionali.
 - 1.1** Emissione di bando specifico applicando tra i criteri di priorità l’attenzione alle attività relative allo scambio intergenerazionale.
 - 1.2** Nel contesto del medesimo bando, sostegno di progetti sperimentali proposti da associazioni/reti di famiglie caregiver.

**Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria
Servizio sviluppo dei Servizi Sociali dei Comuni**



Linea strategica 5 – Trasporti sociali (pag. 11 del Piano)

Area di intervento 5.1 – Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta

Azioni

- 1.** Sostegno a supporto dell'offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti.
 - 1.4** Contributi all'adattamento di autoveicoli per persone non deambulanti tramite le Aziende per l'Assistenza Sanitaria.
 - 1.5** Sostegno c/o Enti gestori del Servizio Sociale per l'organizzazione di progetti di trasporto per favorire la socializzazione delle persone anziane.

Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pag. 12 del Piano)

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale

Azioni

1. Interventi di attuazione delle scelte strategiche in merito alla programmazione annuale del servizio sanitario e sociosanitario (L.R. 17/2014) e delle Linee per la gestione 2017-2018.

1.1 Completamento del programma relativo alle nuove Medicine di Gruppo Integrate. (Accordo integrativo regionale per la medicina generale 2016-2018).

In particolare:

- l'estensione delle nuove medicine di gruppo integrate;
- il consolidamento delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) – medici di medicina generale;
- lo sviluppo dei Centri per l'assistenza primaria (CAP) in capo ad ogni Azienda per l'Assistenza Sanitaria.

Area Assistenza Primaria



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pag. 12 del Piano)

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all’abitare sociale

Azioni

(continua)

1.2 Consolidamento del programma Odontoiatria sociale.

1.3 Sviluppo della Gestione integrata dei pazienti con malattia diabetica.

Area Assistenza Primaria



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pag. 12 del Piano)

Area di intervento 6.1 – ... favorire ambienti di vita a misura di persone anziane

Azioni

1. Interventi di attuazione delle scelte strategiche in merito alla programmazione annuale del servizio sanitario e sociosanitario (L.R. 17/2014) e delle Linee per la gestione 2017-2018.

1.4 Applicazione delle linee di indirizzo regionali sul diabete in ospedale

1.5 Rapporto con i cittadini. Implementazione e consolidamento degli interventi di sostegno ai caregiver:

- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai caregiver:
- Presenza del caregiver in corso di visita nei reparti di degenza, e coinvolgimento del paziente e del caregiver nel corso della Unità Valutativa Multidisciplinare-UVM per condivisione del patto assistenziale;
- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente.

Area Assistenza Ospedaliera



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pagg. 12, 13 del Piano)

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale

Azioni

2. Sviluppo di forme innovative di condivisione dell'abitare.

2.4 Programma «Abitare possibile» contributi straordinari per progetti sperimentali in materia di domiciliarità innovativa (L.R. 31/2017).

2.5 Partecipazione a processi per la definizione di piani urbanistici. Sono previsti seminari sulla «Valutazione urbana dell'Accessibilità» presso l'Università di Trieste, facoltà di Ingegneria, Corso di Laurea in Architettura, indirizzati alle future generazioni di progettisti.

2.6 Diffusione di buone pratiche della Regione FVG sull'accessibilità urbana e per la stesura dei PEBA (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche), anche in partenariato con il Comune di Genova.

Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria - Welfare di Comunità



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pag. 14 del Piano)

Area di intervento 6.2 – Supporto alla diffusione di corretti stili di vita

Azioni

1. Interventi di attuazione delle scelte strategiche in merito alla programmazione annuale del servizio sanitario e sociosanitario e del Piano regionale della prevenzione 2014-2018.
 - 1.1 Promozione dell'attività fisica. Per prevenzione delle malattie croniche, contrasto alla sedentarietà, miglioramento del benessere fisico e psichico. Continuazione di progetti di attività fisica organizzati dalle aziende sanitarie con la collaborazione delle associazioni sportive del territorio.

Area Promozione Salute e Prevenzione



Linea strategica 6 – Salute e benessere [\(pag. 14 del Piano\)](#)

Area di intervento 6.2 – Supporto alla diffusione di corretti stili di vita

Azioni

(continua)

- 1.2** Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile. Prosegue l'impegno nel favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone, prevenendo l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili (MCNT), in particolare contribuendo a migliorare le abitudini alimentari con attenzione alle fasce più vulnerabili.
- 1.3** Prevenzione degli incidenti domestici. Diffusione di alcuni strumenti per valutare la sicurezza delle proprie case e realizzazione di campagne di sensibilizzazione.

Area Promozione Salute e Prevenzione



Linea strategica 6 – Salute e benessere (pag. 14 del Piano)

Area di intervento 6.2 – Supporto alla diffusione di corretti stili di vita

Azioni

(continua)

- 1.4 Estensione del sistema di sorveglianza P.A.S.S.I. d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) alla popolazione ultra 65 anni della regione, con la metodologia a campione.
- 1.5 Implementazione del progetto ADESSO-Salute e Sicurezza nei Comuni per la realizzazione di percorsi di salute (10.000 passi tra i Comuni della regione).
- 1.6 Sensibilizzazione dei medici di medicina generale sull'importanza della diffusione di stili di vita salutari e prescrizione dell'attività fisica.

Area Promozione Salute e Prevenzione



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie (pag. 17 del Piano)

Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

Azioni

2. Interventi di adeguamento di edifici per favorire la mobilità autonoma delle persone anziane e supporto a progetti di innovazione infrastrutturale e tecnologica per favorire l'autonomia abitativa delle persone anziane.
- 2.3 Contributi a progetti di abbattimento di barriere architettoniche in abitazioni private (Comuni).

Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie (pag. 18 del Piano)

Area di intervento 7.2 – Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT

Azioni

1. Supporto a interventi e progetti volti a promuovere la diffusione dell'utilizzo delle nuove tecnologie e ai collegamenti web tra le persone anziane.

1.1 Consolidamento del «Portale *Invecchiamento Attivo*»

(www.invecchiamentoattivo.fvg.it). Incremento dell'attività redazionale anche con la partecipazione di Enti e associazioni del territorio.

1.2 Consolidamento del servizio di teleassistenza e telesoccorso domiciliare.

1.4 Active ageing index (AAI) – promozione dell'utilizzo dell'indice di invecchiamento attivo per misurare l'efficacia delle iniziative adottate a supporto della popolazione anziana e sviluppo dello scambio di informazioni con la competente Commissione europea.

Area Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria, Welfare di Comunità



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22

***Piano annuale 2018 degli interventi
regionali in materia di promozione
dell'invecchiamento attivo - DGR 9 del
12/01/2018***

Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e
università



Linea strategica 1 – Sostegno alle responsabilità familiari (pag. 3 del Piano)

Area di intervento 1.1 - Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana

Azioni 1. Iniziative di sostegno alle famiglie e formazione per familiari che assistono anziani

1.1 Implementazione del Programma regionale SiConTe e della gamma dei servizi offerti per l'analisi dei bisogni delle famiglie e di informazione sui principali benefici disponibili (L.104/1992, FAP, Amministrazione di sostegno, Servizi televita, ecc.);

Area Agenzia regionale per il lavoro – Struttura per la promozione della parità di genere e delle pari opportunità



Linea strategica 2 – Sostegno alla formazione [\(pag. 5 del Piano\)](#)

Area di intervento 2.1 – Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo

Azioni 1. 1. Percorsi di formazione mirati a offrire strumenti e opportunità di comprensione della realtà sociale contemporanea

1.1 Formazione di personale addetto all'assistenza alla persona nei servizi residenziali, semiresidenziali e nell'assistenza domiciliare. (Formazione - OSS Operatori Socio Sanitari).

1.2 Promozione incontri e modalità didattiche sperimentali all'interno dei corsi di FP per favorire lo scambio di esperienze ed il trasferimento di competenze.



Linea strategica 2 – Sostegno alla formazione (pag. 5 del Piano)

Area di intervento 2.1 – Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo

Azioni 2 Sostegno alle attività di formazione permanente, anche di carattere internazionale, svolte dalle Università delle LiberEtà e della Terza età

2.1 Sostegno alle attività di formazione permanente, anche di carattere internazionale, svolte dalle Università delle LiberEtà e della Terza Età da realizzare nell'a.a. 2017 - 2018.

2.2 Attuazione della nuova legge regionale «Interventi a sostegno delle Università della terza età e delle liberEtà»

2.3 Attuazione del progetto e-inclusion cioè di percorsi di formazione di formatori funzionali **all'alfabetizzazione digitale** a favore delle persone anziane



Linea strategica 2 – Sostegno alla formazione [\(pag. 7 del Piano\)](#)

Area di intervento 2.2 – Promozione di protocolli con le scuole e con il mondo del lavoro per coinvolgere docenti anziani

Azioni 1. Promozione e supporto alla stipula e attuazione di accordi e interventi di formazione

1.1 Bando “Progetti speciali”, con particolare riferimento a progetti sviluppati in alcune aree d'intervento previste dal Piano regionale per l'ampliamento dell'offerta formativa delle scuole del FVG. In alcune delle aree di intervento possono rientrare anche interventi ricompresi nella LR n. 22/2014.

1.2 Promozione progettualità innovative al Centro regionale di teatro d'animazione e di figure" di Gorizia per la realizzazione di progetti (sostenere e diffondere le relazioni intergenerazionali e la trasmissione di saperi alle nuove generazioni).



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie (pag. 14 del Piano)

Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

Azioni 1 Supporto e incentivazione a progetti di innovazione tecnologica

1.1 Sostegno a progetti di ricerca e sviluppo da realizzare in collaborazione tra imprese e università e organismi di ricerca nel settore Smart Health per realizzare prodotti, processi o servizi innovativi da introdurre nel mercato.

Area istruzione, formazione e ricerca – Servizio alta formazione e ricerca



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie (pag. 16 del Piano)

Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

1.2 Partecipazione FVG al Programma di ricerca e sviluppo a sostegno di una vita attiva e autonoma (Programma AAL) che concorre in qualità di National Funding Body (NFB) al **cofinanziamento di progetti di ricerca, sviluppo e innovazione per l'invecchiamento attivo selezionati sulla base di programmi di lavoro annuali.**

1.3 **Iniziativa di collaborazione con il Centro Comune di Ricerca (Joint Research Center - IRS) della Commissione Europea**



Linea strategica 4 – Cultura e turismo sociale [pag. 9 del Piano](#))

Area di intervento 4.3 – Sostegno al turismo sociale

Azioni 1. Sostegno a un diverso approccio da parte degli operatori del settore e degli Enti Locali a vocazione turistica alle problematiche del turismo nella terza età, con percorsi di formazione, aggiornamento per operatori

1.1 Continuano nel 2018 i percorsi di formazione

1.2 Continua il progetto europeo HoNCAB (cure transfrontaliere e turismo sanitario)

avvio di collaborazioni

**Linea strategica 5 – Trasporti sociali****Area di intervento 5.1 – Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta****Sostegno a supporto dell'offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti**

1.1 - Finanziamenti per l'installazione di ascensori in condomini privati con più di tre livelli fuori terra, ove alloggiano anziani e disabili

1.2 - Finanziamenti per l'installazione di ascensori in condomini gestiti dalle Aziende territoriali per l'edilizia residenziale (ATER) in regime di edilizia sovvenzionata, ove alloggiano anziani e disabili

La Regione sostiene da tempo gli interventi di installazione di ascensori in immobili pubblici e privati, al fine di migliorare la fruibilità e l'accessibilità degli spazi abitativi. In particolare, sono stati totalmente finanziati gli interventi avviati in condomini privati (L.R. 4/2001) e in condomini ATER (L.R. 2/2006). Ulteriori interventi saranno realizzati con gli strumenti attuativi degli articoli 16, 23, 25 e 26 della L.R. 1/2016 (Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater), tenendo in particolare conto della presenza di disabili e persone anziane.



Linea strategica 5 – Trasporti sociali

Area di intervento 5.1 – Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta

Sostegno a supporto dell'offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti

1.3 - Finanziamenti per la realizzazione di Centri di interscambio passeggeri, stazioni e fermate attrezzate e relative tecnologie di controllo, a servizio del trasporto pubblico locale su strada adeguate alla funzione da parte delle persone con ridotta mobilità

Il Piano Regionale del Trasporto Pubblico Locale prevede per i servizi automobilistici di TPL che i Centri di Intercambio Modale Regionali (CIMR), le fermate attrezzate (poste in corrispondenza di poli scolastici, ospedalieri ed altri luoghi rilevanti della rete) e quelle semplici siano adeguate al fine di favorire l'accessibilità da parte dei passeggeri a ridotta capacità motoria. Le azioni del PRTPL prevedono quindi il completamento dell'attrezzaggio dei mezzi e delle fermate dei servizi automobilistici urbani ed extraurbani di primo livello, del materiale rotabile ferroviario e delle stazioni afferenti i CIMR nonché degli approdi marittimi e l'utilizzo, per l'effettuazione dei servizi di terzo livello, di mezzi adeguati al trasporto delle persone disabili e, più in generale, a ridotta capacità motoria.



Linea strategica 6 – Salute e benessere

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale

Sviluppo di forme innovative di condivisione dell'abitare

2.1 - Finanziamenti diretti a sostenere le iniziative di coabitare sociale e di sviluppo di nuove forme del costruire e dell'abitare, finalizzate a fornire risposte innovative a specifiche esigenze di residenzialità della persona anziana (Regolamento di esecuzione artt. 24, 25 e 26 L.R. 1/2016 – DPR Reg 22.09.2017 n. 210)

Tra le numerose proposte avanzate dai vari attori pubblici e privati del territorio, nel corso del 2017 sono state finanziate 40 iniziative dedicate alla realizzazione di forme innovative di abitazione e di coabitare sociale, per quasi 15 mln/€, e simile quantità si prevede di poter finanziare nel 2018. Gli interventi hanno quali destinatari, in via pressoché esclusiva, soggetti in condizioni di debolezza sociale o economica (anziani, disabili, sfrattati, vittime di violenza, etc) e sono caratterizzati dalle innovative modalità di risposta a particolari fabbisogni abitativi della popolazione (minialloggi, spazi comuni di coabitazione e assistenza, domotica avanzata, housing first, residenze protette ed altri).



Linea strategica 6 – Salute e benessere

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale

2.2 - Abbattimento canoni di locazione in relazione ai nuclei familiari con presenza di persone ultra 65enni, in attuazione dell'art.19 della L.R. 1/20016

Il sostegno alle locazioni trova fondamento nella Legge statale 431/1998 che ha istituito il relativo Fondo nazionale. Negli ultimi anni la Regione ha spesso finanziato il sistema in via esclusiva, stante la scarsa o assente copertura statale e con il nuovo regolamento conseguente alla riforma del 2016 sosterrà tanto i soggetti meno abbienti nel pagamento del canone di locazione di mercato quanto i proprietari, pubblici e privati, che metteranno a disposizione alloggi per gli stessi soggetti, anche favorendo i Comuni che abbattano i tributi locali sulla casa. E' inoltre di prossima approvazione il regolamento per la concessione di incentivi a favore dei soggetti privati che mettono a disposizione alloggi a favore di locatari meno abbienti e ai Comuni in relazione all'abbattimento dei tributi.



Linea strategica 6 – Salute e benessere

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale

2.3 – Predisposizione di un disegno di legge regionale in materia di accessibilità basato sui principi della progettazione universale, per rispondere alle esigenze di mobilità di tutti gli utenti nella loro diversità - indipendentemente dalle abilità, capacità e dall'età di ciascuno - assicurando uguali opportunità di accesso e fruizione dell'ambiente costruito.

La nuova norma, ispirata al concetto di progettazione universale, porrà particolare attenzione alla formazione di tecnici e professionisti, in accordo con il sistema universitario e quello della ricerca in FVG («universal design»).

Inoltre, saranno previsti:

- la georeferenziazione di spazi aperti ed edifici pubblici (su base volontaria, anche di quelli privati aperti al pubblico);
- l'istituzione di un centro unico regionale di riferimento per la raccolta e la condivisione di buone pratiche, formazione e linee guida;
- il sostegno ai progetti sperimentali atti a realizzare la «catena degli spostamenti».



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie

Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

Contributi per interventi di adeguamento di edifici per favorire la mobilità autonoma delle persone anziane e supporto a progetti di innovazione infrastrutturale e tecnologica per favorire l'autonomia abitativa delle persone anziane

2.1 - Scorrimento della graduatoria relativa al bando pubblicato nel 2015, ai sensi dell'art. 10, commi 44 u. 50, della LR 17/2008 per la realizzazione di impianti domotici finalizzati all'ottimizzazione dei consumi energetici e al miglioramento nell'utilizzo e nella gestione dei servizi, rivolti in particolare alle persone anziane e disabili (art. 3, lettera b) del bando

Nel corso del 2018 si continuerà a scorrere la graduatoria delle domande ammissibili, onde poter accogliere il più ampio numero possibile di domande.



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all’informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie
Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

Contributi per interventi di adeguamento di edifici per favorire la mobilità autonoma delle persone anziane e supporto a progetti di innovazione infrastrutturale e tecnologica per favorire l’autonomia abitativa delle persone anziane

2.2 - Finanziamenti per la realizzazione di interventi di edilizia agevolata di cui all’art.18 della L.R. 1/2016, finalizzati al recupero o all’acquisto con contestuale recupero di immobili da destinare a prima casa di abitazione in presenza di soggetti ultra 65enni

I contributi di edilizia agevolata sono ormai da alcuni decenni una costante nelle politiche abitative della Regione, e in quest’ultima versione nata a seguito della riforma del 2016 sono dedicati in particolare agli interventi di recupero e di acquisto con contestuale recupero della prima casa e sono compresi tra i 10.000 ed i 15.000 euro. L’entità dei contributi è maggiorata di 2.500,00 euro in favore di determinati richiedenti in condizione di debolezza sociale o economica, tra i quali sono comprese le persone anziane ultra 65enni.



Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie

Area di intervento 7.2 – Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT

Supporto a interventi e progetti volti a promuovere la diffusione dell'utilizzo delle nuove tecnologie e ai collegamenti web tra le persone anziane

1.3 - Accesso della cittadinanza attiva ai servizi "Sportelli risposta casa", di cui all'art. 7 LR 1/2016, per la rilevazione dei fabbisogni abitativi della popolazione

Una delle principali novità della riforma delle politiche abitative riguarda l'istituzione degli Sportelli risposta casa, funzione delle UTI articolata in corrispondenza del territorio di competenza, con i quali si fornisce un servizio di orientamento e accompagnamento ai richiedenti alloggio verso gli strumenti di sostegno all'esercizio del diritto all'abitazione. Gli sportelli lavorano in sintonia con i Tavoli territoriali per le politiche abitative, che svolgono funzioni consultive di area vasta allo scopo di rappresentare in sede di Commissione regionale per le politiche socio-abitative le esigenze dei rispettivi territori, intervenendo, in tal modo, nel processo di definizione delle politiche abitative promosse dalla Regione. Il servizio è attivo con 30 sportelli in tutte le UTI della Regione.



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22

***Piano annuale 2018 degli interventi regionali in materia di
promozione dell'invecchiamento attivo - DGR n. 9 del
12/01/2018***

***Presentazione linea strategica trasversale:
partecipazione a reti nazionali ed europee e a progetti
europei (pag. 19 – 24)***



EIP-AHA (European Innovation Partnership for Healthy and Active Ageing) è una piattaforma lanciata a fine 2011 - che riunisce i principali soggetti pubblici, a livello regionale, nazionale ed europeo – e privati - interessati a definire una visione positiva per invecchiare bene, stabilire priorità comuni, rimuovere le barriere all'innovazione con l'obiettivo di accelerare e portare su ampia scala l'introduzione di soluzioni innovative in tutta Europa.

Obiettivo generale: aumentare di due anni, entro il 2020, la vita in buona salute

Reference Site= Siti di riferimento (RS)

Lo status di RS è un riconoscimento della CE accordato a realtà che, nell'affrontare la sfida all'invecchiamento, hanno adottato strategie particolarmente innovative.

74 RS, riuniti nella rete denominata «Reference site collaborative network»
Il FVG ha ottenuto tale riconoscimento nel 2016

Publicazione report «SCALE AHA» - Link
http://www.scale-aha.eu/fileadmin/scaleaha/documents/scaleaha_d5.4_finalstudyreport.pdf

Per visionare le forme di Twinning promosse dai RS

Strumenti operativi



Action Group= Gruppi di Azione (AG)

Reti tematiche:

- (Action Group A1) osservanza prescrizioni mediche
- (Action Group A2) prevenzione cadute
- (Action Group A3) prevenzione declino funzionale
- (Action Group B3) malattie croniche
- (Action Group D4) ambienti a misura di anziano
- (Action Group C2) promozione di soluzioni ICT e di domotica a supporto degli anziani

•Per visionare i commitment ed i piani di azione
Link https://ec.europa.eu/eip/ageing/commitments-tracker_en

a Trieste una delle prossime riunioni dell'AG D4



EIP ON AHA

**Conferenza annuale
27 e 28 febbraio 2018**



Blue print”, documento strategico per promuovere la trasformazione digitale nell’ambito della salute.



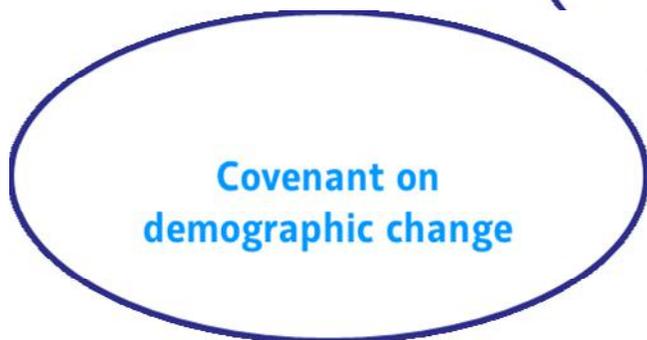
Innovation to market: per supportare piccole e medie imprese particolarmente innovative interessate a promuovere l’adozione su ampia scala di soluzioni ICT a supporto degli anziani nelle zone transfrontaliere



É una matrice di valutazione elaborata dalla Commissione europea in collaborazione con il Centro di Ricerca Comune (in inglese Joint Research Center) per monitorare i risultati raggiunti dalla partnership europea sull’invecchiamento attivo.



COLLABORAZIONI CON RETI EUROPEE E NAZIONALI





ITHACA - InnovaTion in Health And Care for All - a new project under Inte

1.2. Improving innovation delivery policies



PROGETTI CONCLUSI

SMARTCARE (FVG Lead partner ASS 1)

*ICT- supported Integrated Care processes,
aiming at the integration between social
and health service*



CASA - Consortium for Assistive Solutions,
Policy development for AAL innovation uptakes





- Recenti attività di CORAL : partecipazione all'ECHALLIANCE Gathering in data 7 dicembre 2017 a Bruxelles (link <https://echalliance.com/news/378085/Successful-ECHAlliance-Annual-Gathering-7th-December-Brussels.htm>)
- è in atto una collaborazione tra le due reti, a seguito del lancio della “Coalition of the willing”, durante la e-health week tenutasi a Malta, a maggio 2017 (<http://echalliance.com/?page=CW>).
- Tale collaborazione include anche altri network quali EUREGHA (European Regional Health and Local Authorities) , la EIP-AHA (European Innovation Partnership on Healthy and Active Ageing) e la rete dei Reference Site (anche il FVG ha ottenuto il label di Reference Site)



ProMIS: collaborazione tra i referenti regionali e le sedi di Bruxelles

- **Monitoraggio gruppo di lavoro ProMIS su invecchiamento attivo – Documento sulla metodologia dei RS italiani**
- **Prossimo evento a Roma: 18 e 19 gennaio - Conferenza Internazionale "Health & Ageing sector investment, European funds and human resources: the post 2020 perspective«;**
- **Prossimi eventi ProMIS a Bruxelles:**
 - **26 febbraio – Workshop “Strengthening touristic offer by integrating personalised services for health”, Bruxelles – partecipazione regione FVG**
 - **27-28 febbraio – 6° Conference of Partners "Digital transformation of health and care for Active and Healthy Ageing in Europe", Bruxelles, ProMIS sarà speaker dell'evento**
 - **ProMIS membro dell’Advisory Group del progetto WE4AHA, ”, il nuovo progetto finanziato dal programma per la ricerca e l’innovazione (H2020) per supportare il coordinamento delle azioni all’interno dell’ EIP-AHA**



GRAZIE!



Ufficio di collegamento di Bruxelles

Luisa Poclén

Referente politiche UE salute e invecchiamento attivo

Membro tavolo regionale interdirezionale su AHA

Uff.bruxelles@regione.fvg.it – luisa.poclen@regione.fvg.it



**Contributo dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia
alla proposta di legge n. 44 del 27.3.2014.**

Audizione in III Commissione del 18.1.2017

I Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione ritengono che la proposta di legge trovi la sua validità nel prevedere la valutazione della salute dei cittadini nell'accezione corretta del termine prendendo in considerazione tutti gli aspetti che la stessa OMS indica, quale completo stato di benessere fisico e psichico e non soltanto mancanza di malattia. Inoltre tale proposta viene riconosciuta di particolare valore in quanto applicativa delle previsioni della L. 231/2012.

Quanto proposto rappresenta uno strumento per raggiungere la conoscenza dello stato di salute, come sopra indicato, correlato a specifiche situazioni ambientali.

Nei contenuti del testo proposto, tuttavia si ritiene importante suggerire i seguenti miglioramenti:

1. All'art. 1 si ritiene opportuno prevedere periodicità diverse per la VDS, in quanto vi possono essere situazioni per la quale la stessa non appare in alcun modo utile a scadenza annuale;
2. all'art. 2 appare opportuno aggiungere un comma 2 nel quale venga data compiuta definizione del termine "pericolo grave";
3. all'art. 3 si suggerisce di restringere il campo di applicazione della norma alle fattispecie individuate all'art. 1, c.1 del D.L. 3.12.2012 n. 207, salvo prevedere situazioni ulteriori sulla base di precisi criteri;
4. all'art. 4, anche al fine di assicurare un'uniformità di valutazioni sul territorio regionale, si propone che la redazione dei previsti rapporti sia di competenza di un organismo tecnico che preveda la collaborazione delle Aziende Sanitarie e di Istituzioni/Enti ed esperti di livello regionale, nazionale od internazionale;
5. all'art. 6, per quanto attiene i tempi proposti per i monitoraggi, si ritiene opportuno, al fine di giungere ad una visione sistemica, che indicazioni in merito vengano previste nella redazione dell'AIA e non esistano a prescindere;
6. il testo andrebbe integrato precisando i soggetti che hanno la facoltà di richiedere e quelli che hanno il potere di attivare il percorso di VDS (Comuni, Regione ed Azienda Sanitaria in primis);
7. all'art. 8 si ritiene necessario individuare espressamente l'autorità competente con il potere di diffidare i soggetti in esame a ridurre/sospendere la produzione/l'attività;
8. all'art. 8 le tempistiche per il piano di riduzione appaiono troppo stringenti, andrebbero valutate in un range più ampio, in relazione alla complessità degli interventi ed alla situazione di danno rilevato;
9. Si ravvisa infine come il prevedere che l'applicazione della norma sia a costo zero appare irrealistico.



Università degli Studi di Trieste
Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

Trieste, 17.01.2018

Unità Clinica Operativa
Medicina del Lavoro
Direttore: Prof. Massimo Bovenzi

Nota del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste sulla Proposta di Legge Regionale N. 44 "Norme sulla tutela della salute e sulla valutazione del danno sanitario nelle aree del Friuli Venezia Giulia ad elevato rischio ambientale"

La Proposta di legge regionale N. 44 è da considerarsi interessante e da discutersi nei suoi vari aspetti normativi, amministrativi, ambientali e sanitari.

Nella valutazione della Proposta di legge, il contributo del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute (DSM) dell'Università degli Studi di Trieste si limita agli aspetti sanitari contenuti nell'articolato della Proposta stessa.

Con riferimento all'art. 4, comma 2, della Proposta di Legge ("Soggetti valutatori"), l'Università degli Studi di Trieste (UniTs) possiede le conoscenze, le competenze e gli strumenti di valutazione clinici ed epidemiologici per supportare il rapporto di VDS redatto dall'ARPA FVG e dalle Aziende Sanitarie. Si allegano, a tale proposito, alcune pubblicazioni scientifiche sugli effetti sanitari a breve e lungo termine dell'inquinamento ambientale nella provincia di Trieste, redatte da docenti del DSM di UniTs in collaborazione con altre istituzioni locali e nazionali:

Barbone F, Bovenzi M, Cavallieri F, Stanta G. Air pollution and lung cancer in Trieste, Italy. **American Journal of Epidemiology** 1995; 141:1161-1169.

Biggeri A, Barbone F, Lagazio C, Bovenzi M, Stanta G. Air pollution and lung cancer in Trieste, Italy: spatial analysis of risk as a function of distance from sources. **Environmental Health Perspectives** 1996; 104:750-754.

Barbone F, Casetta A, Bovenzi M, Nedoclan G, Bovenzi M, Mazzoleni B, Micheletto F, Piscanc A, Tomiz R, Daris F. Inquinamento atmosferico a Trieste – Effetti a breve termine sulla salute umana. **Monografia dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina**. Trieste, 2006, pp. 1-66.

Nella relazione di accompagnamento della Proposta di legge, i Proponenti fanno riferimento all'Osservatorio Regionale "Ambiente e Salute" e definiscono la "Valutazione del danno sanitario" come lo strumento più opportuno per programmare un'azione di prevenzione sanitaria..... Tuttavia, nell'articolato della Proposta di legge non vi è ulteriore accenno a tale Osservatorio né vengono definiti i ruoli reciproci e le funzioni di collegamento tra Osservatorio e Valutatori del danno sanitario. Si auspica che i rapporti tra Osservatorio e VDS vengano più compiutamente e precisamente definiti nell'iter di discussione della futura Legge regionale.

Cordialità.

Prof. Massimo Bovenzi

Regione FVG, giov 18.1. 2018, h 14,30, Consiglio Regionale

Prof. CHERUBINI Mariano, ISDE FVG (Presidente).

Proposta di legge N. 44 presentata dai consiglieri Ussai, Bianchi, Dal Zovo, Frattolin, Sergio il 24.3.14. “Norme sulla tutela della salute e sulla valutazione del danno sanitario nelle aree del FVG ad elevato rischio ambientale”.

ISDE FVG, la nostra associazione, vuole definire le ragioni mediche e scientifiche che sussistono tra fattori ambientali e salute, realizzando la prevenzione primaria e valorizzando gli stili di vita.

La proposta in oggetto rappresenta un importante tassello all’elaborazione della tutela della salute, volta a definire il danno sanitario, VDS, nell’ambito della VIS, valutazione dell’impatto sanitario.

Il punto di origine potrebbe riferirsi alle criticità che, se non valutate, corrette e prevenute, potrebbero indurre peggioramenti della salute e dell’aspettativa di vita, nei lavoratori e nei cittadini.

Le criticità possono riferirsi ai mezzi di sviluppo attuali, come traffico, riscaldamento, attività industriale, portuale, qualità dell’acqua, alimentazione e rifiuti, che richiedono la massima cura e attenzione.

Il tema legislativo proposto in questa sede, amplia i fattori di rischio a tutte le aree critiche della Regione, non come realizzato a Taranto all’area dell’ILVA e sue ripercussioni.

OSSERVAZIONI.

Art. 2. Permanga il riferimento al principio di precauzione, sottolineando la sua adozione nella comunità europea. Il principio di precauzione è citato nell'articolo 191 del trattato sul funzionamento dell’Unione europea (UE). Il suo scopo è garantire un alto livello di protezione dell’ambiente grazie a delle prese di posizione preventive in caso di rischio. Tuttavia, nella pratica, il campo di applicazione del principio è molto più vasto e si estende anche alla politica dei consumatori, alla legislazione europea sugli alimenti, alla salute umana, animale e vegetale. (European Union Law, principio di precauzione, 30.11.16).

Art 3. Su 1): sono fonti di emissioni di inquinanti collocati **nei gruppi** (anziché classi), 1 e 2A, secondo la classificazione IARC (WHO).

Art. 3. Dopo 4): uso di sostanze chimiche, pesticidi, fitofarmaci, secondo le norme REACH, CLP- Classification, Labeling, Packaging- e art. 3-1). Si consideri il glifosate in alimenti e acque superficiali, come indicato dalla IARC, appartenente al gruppo 2° (probabili cancerogeni). In una ricerca pubblicata da JAMA, P. Mills 2017, si nota un preoccupante aumento nelle urine di glifosate, in uno stesso gruppo valutato, a distanza di anni.

Vanno aggiunti apprezzamenti per le qualità alimentari e quelle tipiche regionali (prodotti DOP e IGP...). Vedere la nota all’art. 1, riferita all’art 117 della Costituzione. Limitazioni su alimenti e consuetudini che possano danneggiare gli stili e l’aspettativa di vita, anche per alimenti di prossima immissione nel mercato (inserirli nel piano di riduzione). Su questa linea

entrerebbe in discussione il “novel food”. Andrebbero citati gli OGM per l’osservanza alle leggi esistenti.

Art. 4. Punto 2 e 3 strutture universitarie, aggiungere “e ospedaliere”.

Art. 6. Evidenze epidemiologiche e tutela sanitaria dei cittadini residenti e ospiti. Monitoraggi e riduzioni delle emissioni in atmosfera e suolo. La valutazione.

Prima cosa: Definire i valori limite, cioè le concentrazioni di sostanze inquinanti da non superare.

Va detto che i **limiti** proposti del particolato, da CE, WHO, EPA, divergono. In Italia è d’uso solo la misura del **PM 10**. Il valore più problematico è invece il **PM 2,5** che ha per limite 10 ug/m³ per WHO, 15 per EPA, 25 per la CE. *Si potrebbe incidere meglio uniformando i dati delle 3 nazioni contermini.*

Queste determinate, a loro volta, vengono criticate e ridotte, sul piano sanitario da R. Beelen, The Lancet 2013 (Long-term exposure to fine particulate air pollution was associated with natural-cause mortality, **even within concentration ranges well below the present European annual mean limit value**),.

e da Quan Di, Antonella Zanobetti e Francesca Dominici (2017), dei Dip. di Salute Pubblica di Boston e Harvard, che vi associano valori sfavorevoli di O₃. Pertanto i valori CE possono apparire sovrastimati rispetto ai possibili danni sulla salute, come valutati da altre qualificate istituzioni. Il PM 2,5 ha effetti coagulativi sul sistema vascolare, e di riflesso in area cardiaca ed inoltre penetrante nelle terminazioni bronco-alveolari. Si dovrebbero considerare queste differenze almeno nei casi dubbi.

A Trieste, Incrementi di particolato si sono osservati anche in estate, quando sicuramente viene a mancare il riscaldamento domiciliare, abitualmente quota dell’inquinamento diffuso (non selettivo o puntiforme). Gli effetti osservati sui giardini, ad es. di Trieste, sembrano risentano più dei risultati della centralina industriale RFI, che delle altre cittadine. Si misuri la distanza aerea che intercorre tra un’area industriale e piazza Rosmini (km. 1,97).

Il tumore polmonare a Trieste, in base alla distanza dalla ferriera (1995-2009) , (Napoli 2014). Bidoli, Barbone, Collarile, Valent, Zaule, Daris, Serraino:

aumento del rischio di tumore al polmone negli uomini, e non nelle donne, residenti < 800m dalla Ferriera, rispetto al centro città;

- un ecceso di rischio dei carcinomi squamocellulari negli uomini della fascia <800m, ma non nelle donne.

A Monfalcone (decarbonizzazione nel 2025)

a) In campo neoplastico

Numero di tumori osservati/attesi, da: Indagine epidemiologica ambientale monfalconese (2016); Regione FVG, ARPA: Osservatorio ambiente salute. Marchesi, Serraino, Barbone, Bidoli, Collarile, Fuser, Gallai, Stel, Zanier:

➤ (aumento) Tu polm F, > tu vescicali M e F, > tu infantili.

b) In campo cardiaco:

7.giu.17: Barbone- OAS(Osservatorio ambiente salute): I risultati dello studio evidenziano nelle donne, in particolare in quelle con età superiore ai 65 anni, un rischio aumentato di infarto miocardico acuto in presenza di una esposizione a concentrazioni di polveri sottili (PM10) superiore a 50 microgrammi/metro cubo avvenuta dai 2 ai 5 giorni prima degli eventi. Tale risultato è in linea con quanto già noto e presente in svariati studi internazionali, che evidenziano il forte effetto dell'inquinamento atmosferico sulla salute. Lo studio mette, inoltre, in evidenza che le origini delle polveri sottili sono molteplici, e non riconducibili alla sola presenza della centrale termoelettrica. I numerosi studi finora condotti nell'area del Monfalconese indicano, infatti, che le polveri sono da imputare principalmente a diverse fonti di pressione, caratterizzate sia da emissioni puntuali sia diffuse.

In aree viabili. Traffico autostradale: International Journal of Environmental Research and Public Health Residential Proximity to Major Roadways and Lung Cancer Mortality. Italy, 1990–2010:

An Observational Study (2016), Ettore Bidoli 1,*, Marilena Pappagallo 2, Silvia Birri 1, Luisa Frova 2, Loris Zanier 3 and Diego Serraino 1

- Aumenta il rischio di tumori al polmone in prossimità (50 m.) delle direttrici stradali e autostradali a grande traffico, in accordo con il **gruppo 1, segnalato dalla IARC per lo smog** (outdoor air pollution). Il Rischio > 25%, è significativo, più evidente nelle donne.

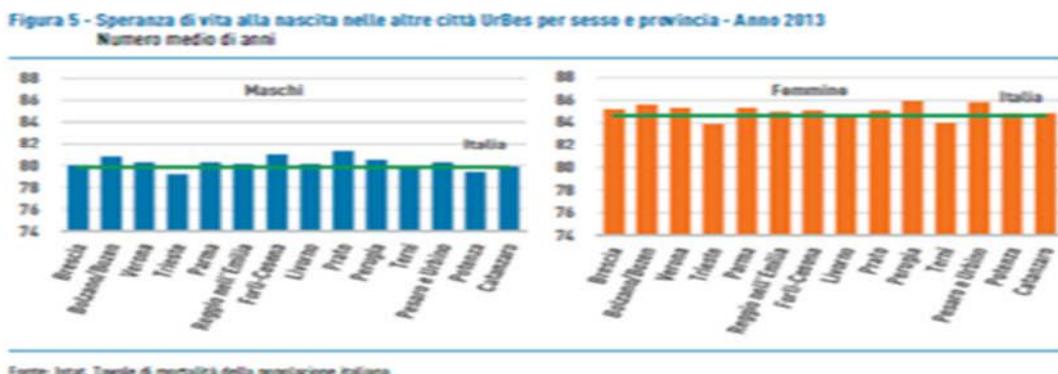
S. Dorligo, al centro di un anello stradale. Si tratta** di eliminare i pessimi odori che si alzavano, specialmente quando il livello del greggio presente nei serbatoi calava - spiega Pettiroso - per il pompaggio lungo i tubi. La Siot, ha sperimentato un meccanismo che permette di nebulizzare le pareti dei serbatoi, lungo i quali si fermavano i residui del grezzo, fonte dei cattivi odori. La Spa sta provvedendo a dotare le tubature di vasche sottostanti, per impedire che eventuali fuoriuscite di greggio possano penetrare nel suolo. (**Dal Piccolo 2.12.15: Intervista all'Arch. Rossana Pettiroso, Pres. Il Comm. Consiliare del Comune di S.Dorligo). Altri dati andranno valutati per aziende vicine.

- Osservazioni Sanitarie: Polveri, rifiuti industriali → bulbo olfattorio → flogosi → citochine (modificatori cellulari e immunologici) → **polluted brain/bronchioliti**. Emily Underwood: Chemistry, Health, Science, Jan 26, 2017.
- **Art.6:** aggiungere amianto, diossine, furani...
- **Art. 7:** Inquinanti marini: esplicitare esami culturali di coliformi, enterococchi, e concentrazioni di Hg: **Isonzo e area Marano Grado**.
- **Corpi idrici: Inoltre effettuare dosaggi di cadmio, ferro, cromo** (v.7.10.16 Piccolo per misure), diossine,...
- **Osservazioni aggiuntive, Inquinamento transfrontaliero:** inceneritore di Arnolstein, Elettrodotto Wurmiach-Somplago 45 km., tratto interrato km 7,5, Krsko (attività prorogata al 2043), Isonzo Soca.
- **Le aree di Pordenone vengono trattate dal Dott. Gustavo Mazzi (ISDE PN)** e così riassunte:

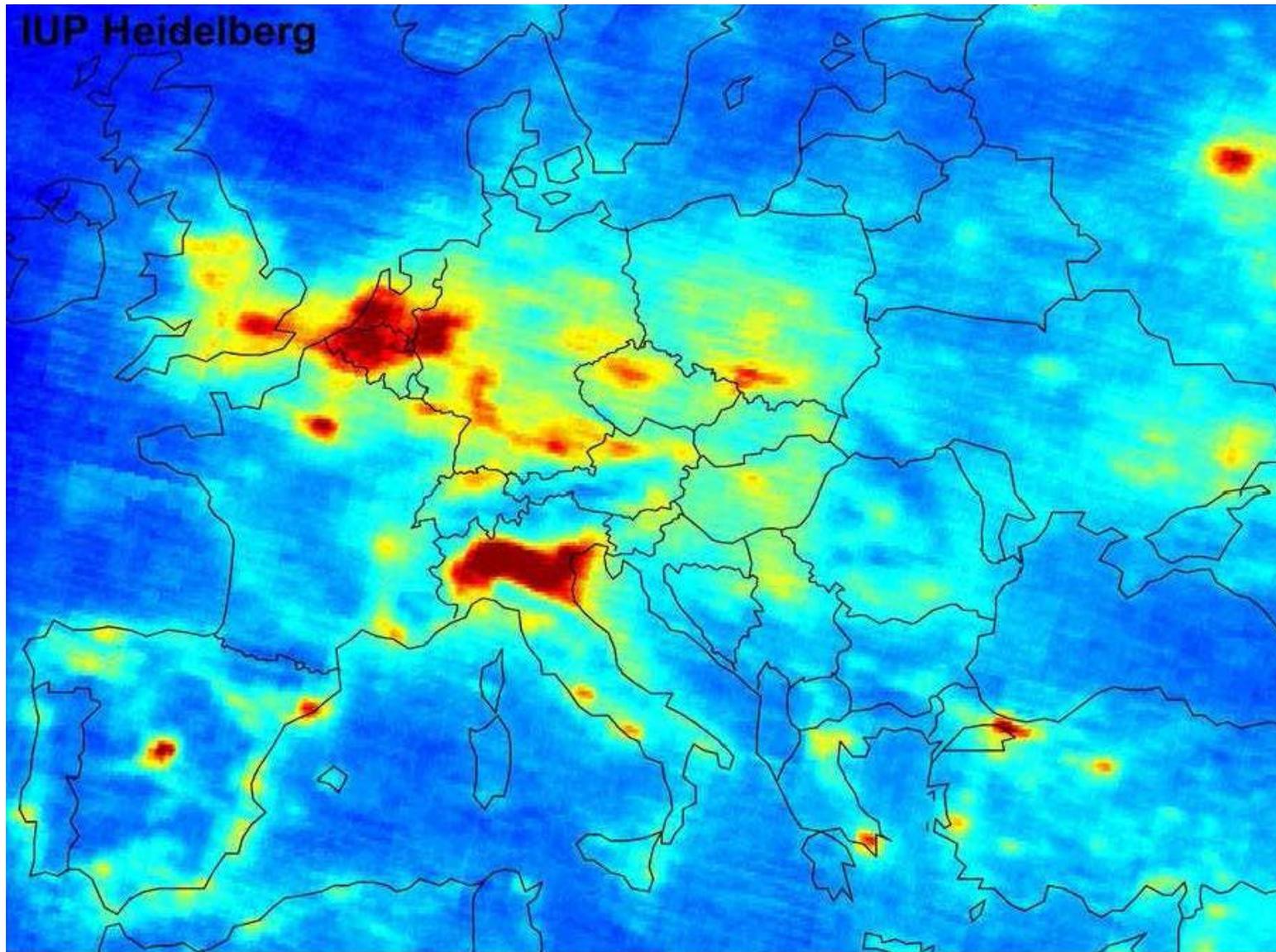
- Criticità per PM nella bassa pordenonese, cosiddetta Zona del Mobile, che non presenta grandi assi viari. Le cause supposte riguardano la posizione geografica e il riscaldamento domestico, che comunque è limitato ai soli mesi invernali. Impianti industriali potrebbero trattare rifiuti di lavorazione.
- Aspetti critici nel Cementificio di Fanna e nel Maniaghese. Opportune misure al camino.
- Aspetti critici nella Zona industriale del Cosa (Spilimbergo). Vedi Tretiach et Al.: Environ Monit Assess (2011): Lichen transplants as a suitable tool to identify mercury pollution from waste incinerators: a case study from NE Italy.
- Zona Rauscedo – Arzene: vedi Tretiach 2001 “DEPOSIZIONE DI METALLI NELLA PEDEMONTANA PORDENONESE ”, Tretiach 2008 “BIOMONITORAGGIO DI METALLI MEDIANTE LICHENI IN CINQUE AREE CAMPIONE DELLA PROVINCIA DI PORDENONE: STATO ATTUALE E CONFRONTO CON I DATI DEL 1999” .
- Pordenone e dintorni: valutazioni su acquedotto e pozzi privati.
- Criticità al SIC Magredi del Cellina.
- **In conclusione:** Si veda: “I TUMORI IN FRIULI VENEZIA GIULIA 1995-2005” Regione Autonoma FVG – SSN a pag 23, l’incidenza (nuovi casi di tumore diagnosticato nell’anno per 100.000 ab) per i tumori. Il report “LE MALATTIE NEOPLASTICHE IN FRIULI VENEZIA GIULIA: I DATI DEL REGISTRO TUMORI REGIONALE”. AGGIORNAMENTO: Marzo 2011, a cura del Gruppo di Lavoro del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia. Sostanze tossiche presenti nell’aria, nei cibi, nelle acque, generano aumento del rischio di lesioni neoplastiche e cardiovascolari e di altre patologie in adulti e bambini: sindrome metabolica, diabete, obesità, patologie neurodegenerative, disturbi autistici, infertilità, abortività spontanea, diminuzione del Quoziente Intellettivo (QI).

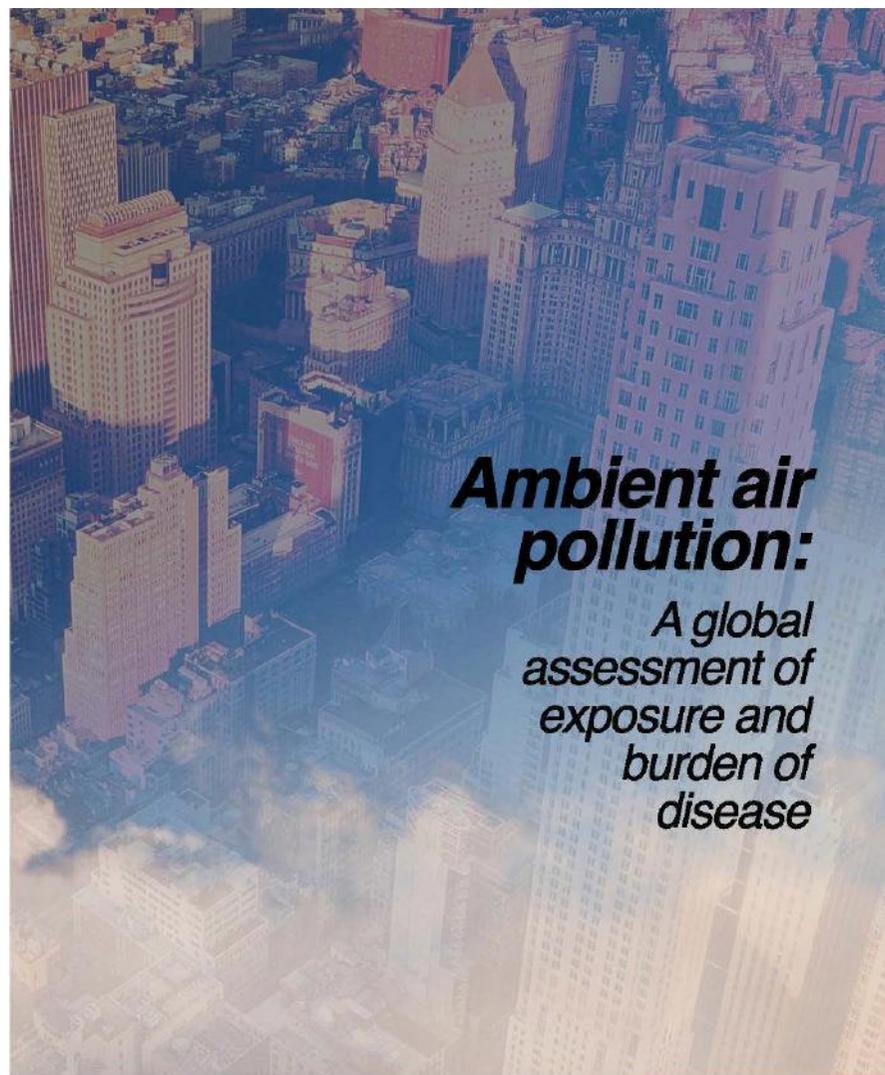
E’ necessario prevedere un incremento di dati epidemiologici, partendo da un monitoraggio industriale e interessando altre aree a rischio, come citato negli esempi. Si misurino sostanze tossiche e chimiche, in riferimento alle classificazioni pubblicate di recente dalla IARC. Si limitino e bonifichino, in breve, aree giudicate critiche dalle misure raccolte, inclusi i residui di amianto. Si attuino norme precise atte a ridurre gli inquinamenti, con osservazioni sulle responsabilità civili e penali. Si ricerchino collaborazioni internazionali (specie dei paesi contermini) e nazionali, con ISPRA e ARPA e istituzioni ospedaliere ed universitarie. Si valutino i risultati dall’aspettativa di vita della popolazione (vedi fig. sottostante), confrontandoli alla media italiana.

Speranza di vita alla nascita, per gli uomini e le donne. Sono riportati gli andamenti nella provincia di Trieste, rispetto ad altre provincie italiane (da ISTAT, Urbes, 2015).



10.1.18. Prof. Mariano CHERUBINI, ISDE FVG (International Society of Doctors for the Environment), **Referenze** Cherubini M. : Le intersezioni ambientali con il territorio: implicazioni sanitarie per il FVG, OMCEO Udine, 11.6.2016. Cherubini M.: Surgical research applications, Società Italiana di Chirurgia: La Chirurgia nel rispetto dell’uomo, 119° Congresso, Napoli, 15-18 ottobre 2017

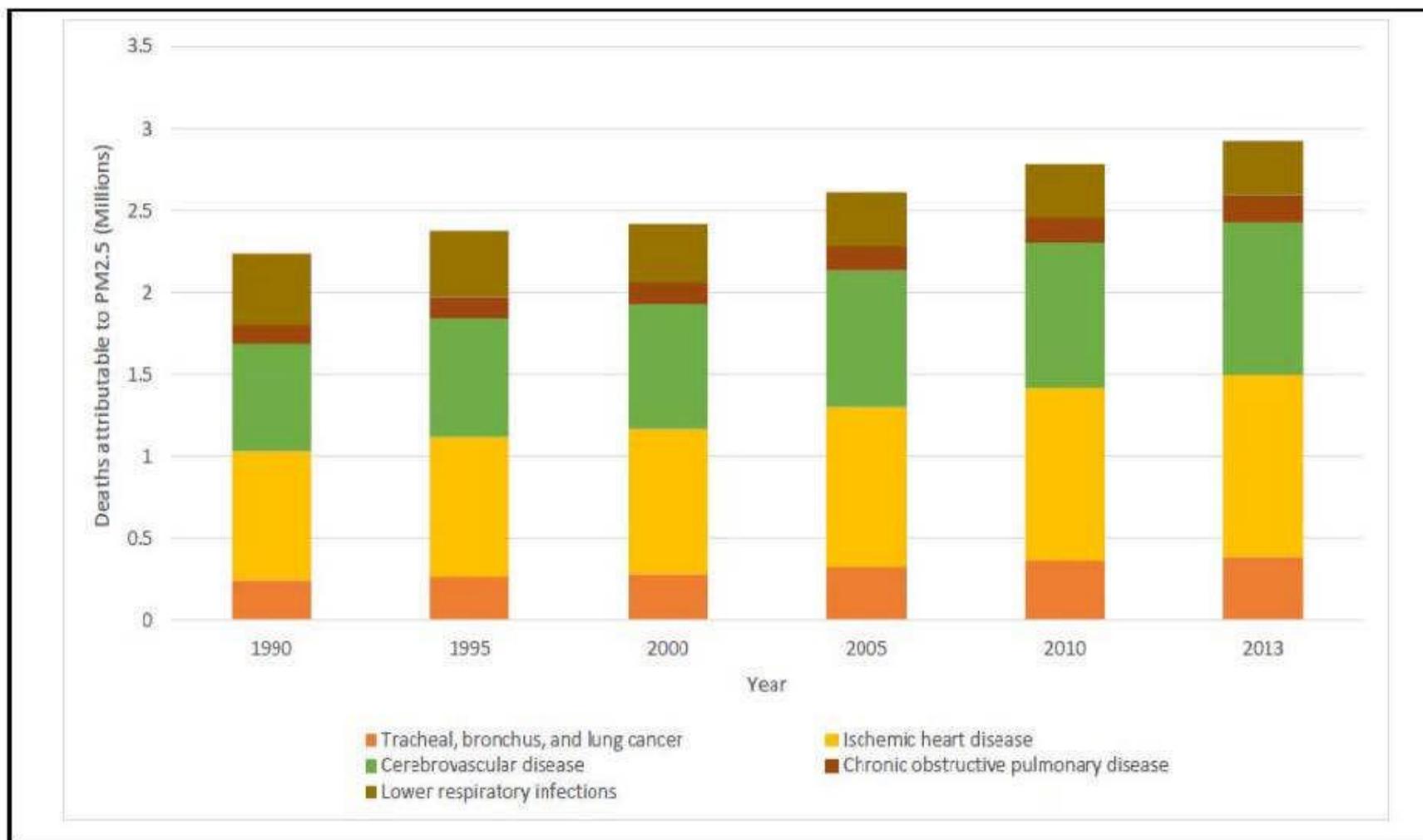




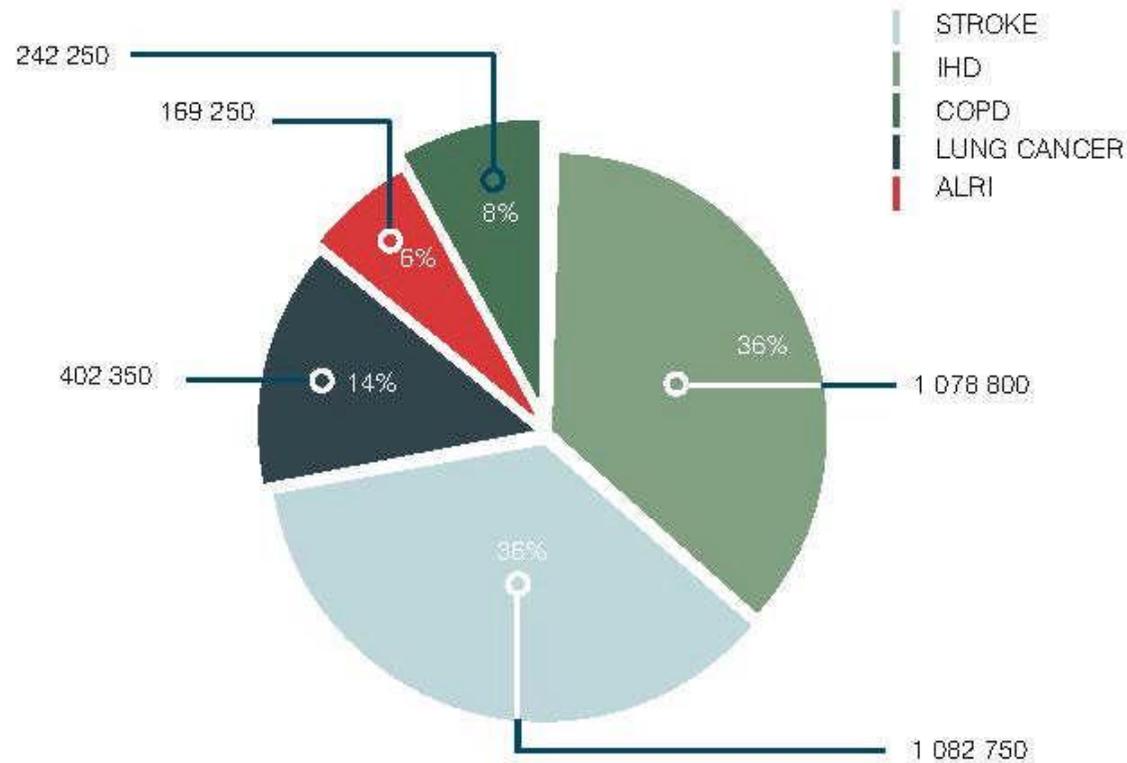
Ambient air pollution:

*A global
assessment of
exposure and
burden of
disease*

Global Deaths Attributable to Ambient PM_{2.5} by Cause 1990-2013



WHO: deaths attributable to ambient air pollution in 2012, by disease



MISA-2

- L'impatto complessivo sulla mortalità per tutte le cause naturali è compreso tra l'**1.4%** e il **4.1%** per gli inquinanti gassosi (NO₂ e CO)
- Più impreciso l'impatto di PM₁₀ (**0.1%** - **3.3%**) per le differenze delle stime di effetto tra le 15 città studiate
- Il rispetto dei limiti fissati dalle direttive europee e dal DLgs 155/2010 avrebbero contribuito, se applicati, a risparmiare circa **900 decessi** (1.4%) per il **PM₁₀** e **1400 decessi** (1.7%) per l'**NO₂** nell'insieme delle città considerate

Inquinamento atmosferico a Trieste
Effetti a breve termine sulla salute umana



luglio 2001 - giugno 2004

GEA – Informazioni

Periodo di studio:

1 luglio 2001 – 30 giugno 2004

Dati utilizzati:

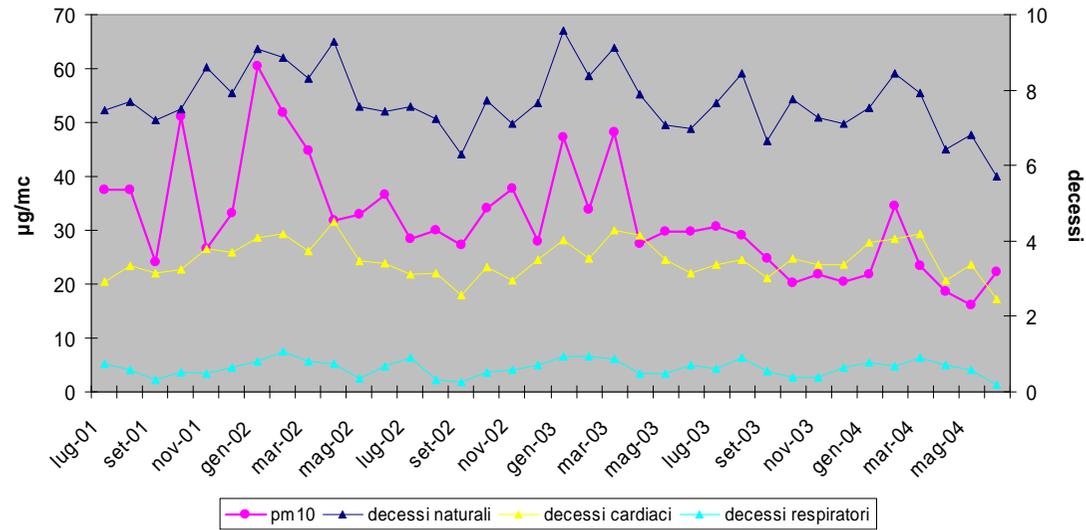
- dati di mortalità
- ricoveri ospedalieri
- dati ambientali

Dislocazione delle centraline a Trieste

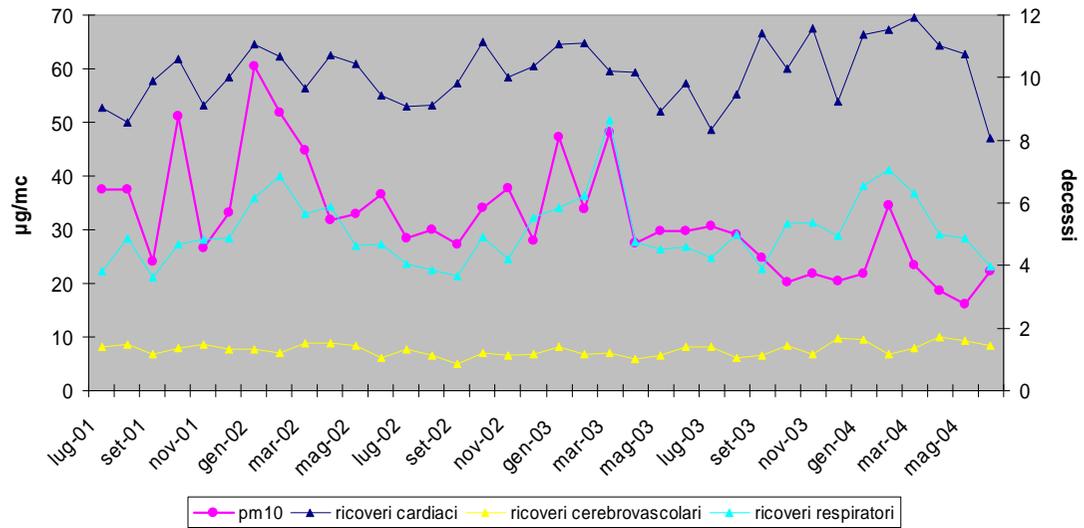


- 1: Piazza Libertà
- 2: Via Battisti
- 3: Piazza Goldoni
- 4: Piazza Vico
- 5: Via Svevo
- 6: Via Carpineto
- 7: Via Pitacco
- 8: Monte S. Pantaleone

PM10 e DECESSI



PM10 e RICOVERI



Modelli aggiustati per età, temperatura, epidemie influenzali

Variazione percentuale dell'incidenza (% IncC) associata ad un incremento di 10 µg/mc di SO2, NO2, PM10 o O3 o ad un incremento di 1 mg/mc di CO

	DECESSI TOTALI			DECESSI per cause RESPIRATORIE			DECESSI per cause CARDIOVASCOLARI		
	% IncC	LCL	UCL	% IncC	LCL	UCL	% IncC	LCL	UCL
SO2	3,2	-0,8	7,4	3,6	-9,9	19,2	2,7	-3,2	8,9
NO2	1,3	-0,3	2,9	2,9	-2,6	8,6	0,5	-1,8	2,9
CO	2,8	-0,8	6,6	10,0	-3,0	24,7	-0,1	-5,4	5,5
PM10	0,9	-0,3	2,2	1,3	-2,9	5,7	1,1	-0,7	3,0
O3	0,4	-1,4	2,3	1,8	-4,7	8,7	0,0	-2,7	2,9
	RICOVERI per cause CARDIACHE			RICOVERI per cause RESPIRATORIE			RICOVERI per cause CEREBROVASCOLARI		
	% IncC	LCL	UCL	% IncC	LCL	UCL	% IncC	LCL	UCL
SO2	5,0	0,8	9,4	5,3	-0,7	11,6	2,0	-9,2	14,5
NO2	0,6	-1,0	2,2	3,4	1,2	5,7	6,0	1,6	10,5
CO	0,6	-3,1	4,5	9,9	4,3	15,8	9,2	-1,4	21,0
PM10	0,3	-1,0	1,5	2,3	0,6	4,1	1,6	-1,9	5,2
O3	-1,9	-3,7	-0,1	1,5	-1,1	4,3	-5,1	-9,8	-0,2

GEA – Conclusioni (1)

- Gli eventi sanitari che risultano risentire maggiormente degli effetti degli inquinanti sono **i ricoveri**, in particolare quelli per **patologie respiratorie**

GEA – Conclusioni (2)

- Un eccesso significativo si osserva per:
 - l'incidenza di ricoveri per cause respiratorie che aumenta del:
 - 3,4% all'incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di NO_2 (IC95%: 1,2 - 5,7)
 - 9,9% all'incremento di $1 \text{mg}/\text{m}^3$ di CO (IC95%: 4,3 - 15,8)
 - 2,3% all'incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM_{10} (IC95%: 0,6 - 4,1)

GEA – Conclusioni (3)

- L'incremento delle concentrazioni di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di NO_2 è associato con un aumento del $6,0\%$ (IC95%: 1,6 - 10,5) dell'incidenza dei ricoveri per cause cerebrovascolari
- L'incidenza dei ricoveri per cause cardiache aumenta del $5,0\%$ (IC95%: 0,8 - 9,4) all'incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di SO_2



American Journal of Epidemiology

Copyright © 1995 by The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health

All rights reserved

Air Pollution and Lung Cancer in Trieste, Italy

POPOLAZIONE STUDIATA

- **Casi:** 756 soggetti di sesso maschile deceduti per neoplasia polmonare in un quinquennio nella Provincia di Trieste
- **Controlli:** 756 soggetti di sesso maschile appaiati per età e deceduti entro lo stesso semestre per cause non dovute a neoplasie o a malattie polmonari croniche

Air Pollution and Lung Cancer in Trieste, Italy: Spatial Analysis of Risk as a Function of Distance from Sources

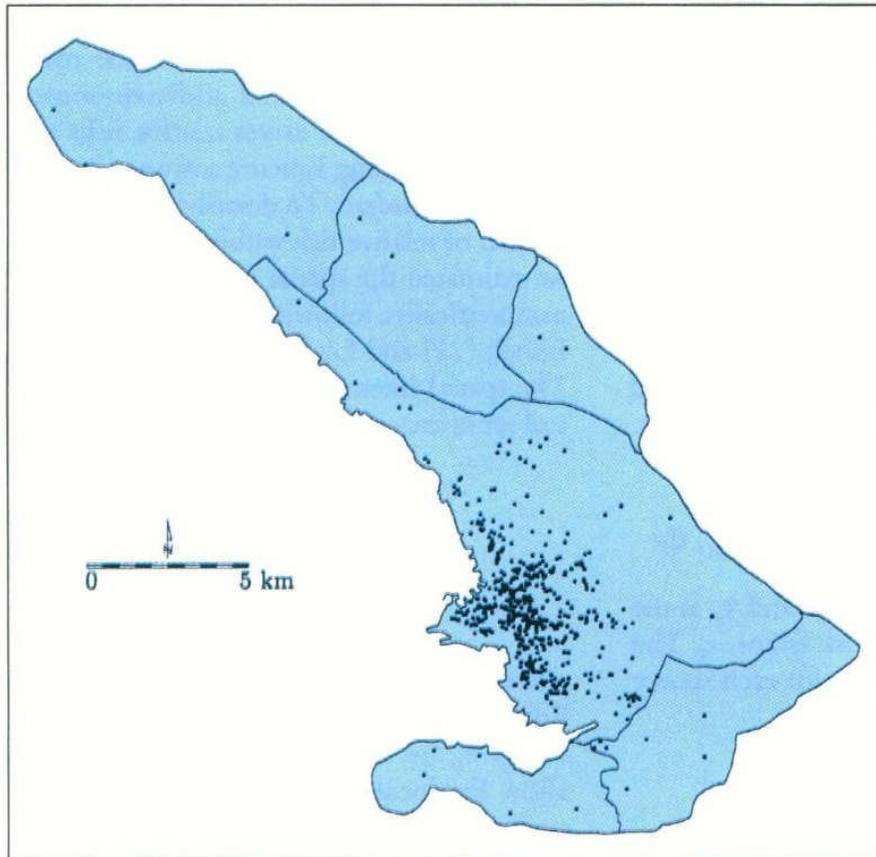


Figure 1. Locations of cases.

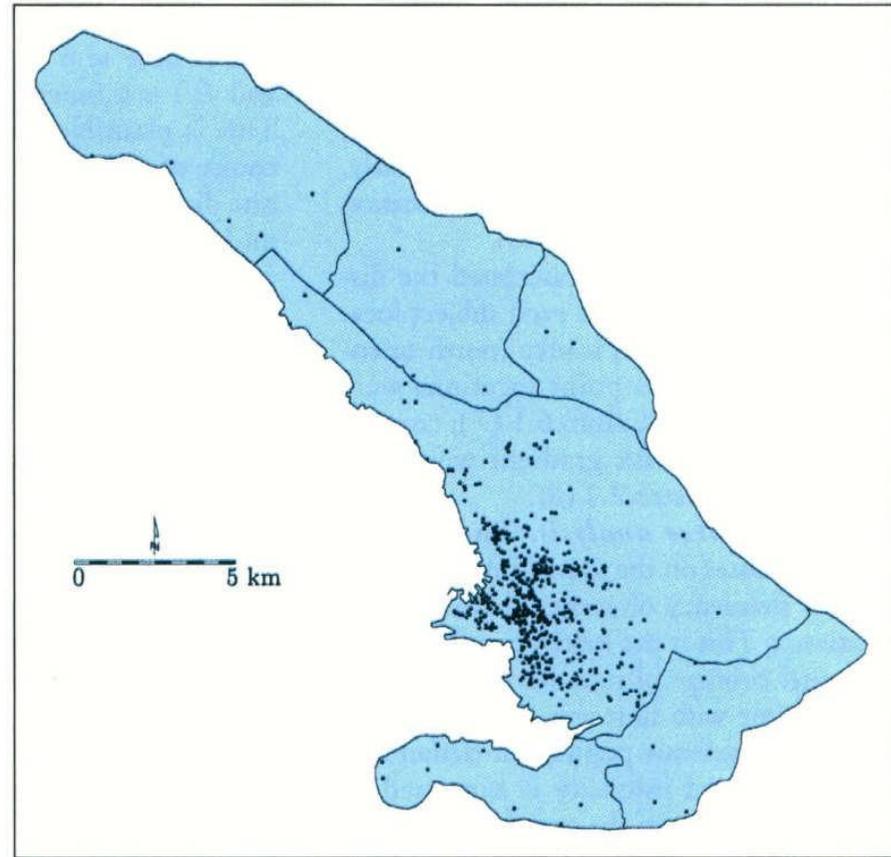
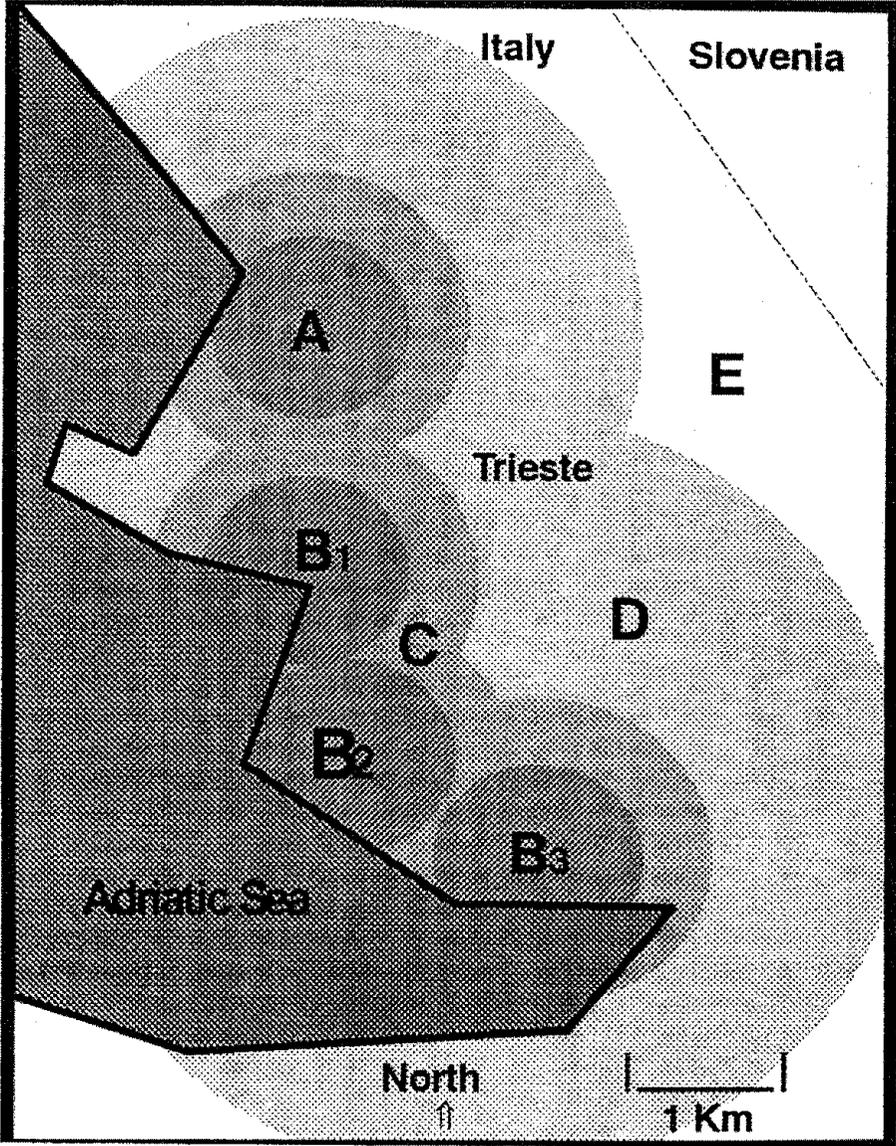


Figure 2. Locations of controls.



Associazione tra residenza e ca. polmonare

Area di residenza	Casi	Ctr	RR (IC 95%)
Periferia	276	304	1.0 (-)
Rurale	44	73	0.6 (0.4-1.0)
Mista	247	226	1.2 (0.9-1.5)
Industriale:	94	76	1.4 (1.0-2.1)
Cantiere navale	45	47	1.0 (0.6-1.6)
Ferriera	16	12	1.7 (0.7-4.1)
Inceneritore	33	17	2.6 (1.3-5.1)
Centro città	94	76	1.5 (1.0-2.2)

Associazione tra deposito di particolato e ca. polmonare

Particolato (g/m ² /die)	Casi	Ctr	RR (IC 95%)
< 0.175	188	219	1.0 (-)
0.175-0.298	256	274	1.1 (0.8-1.5)
> 0.298	311	262	1.4 (1.1-1.8)

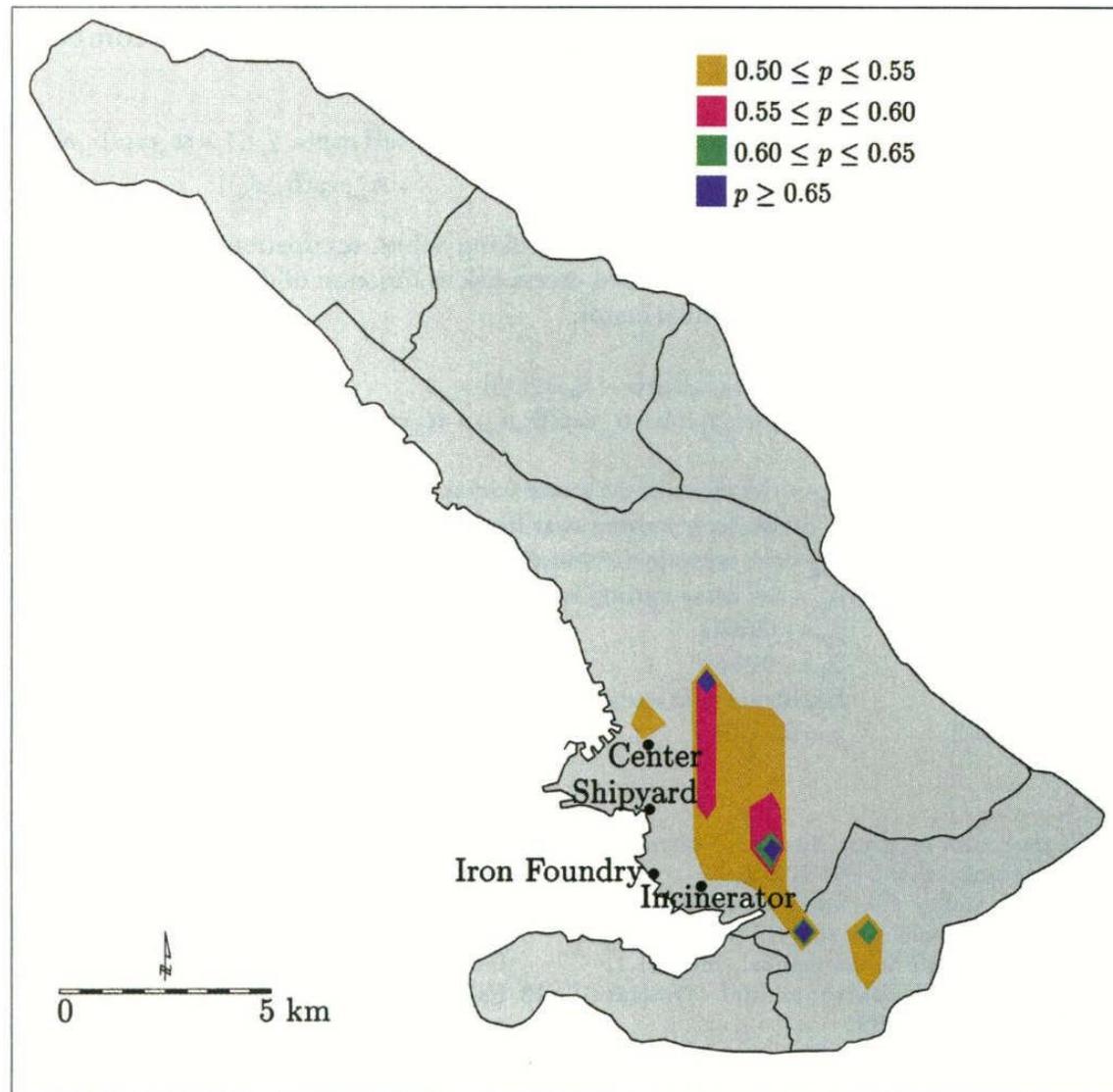


Figure 3: Locations of pollution sources and contour plot of the probability of being a case.

Impatto dell'applicazione dei valori-limite EU entro il 2020

	Prevenzione decessi prematuri	Risparmio anni di vita	Risparmio sul costo dei decessi	Risparmio sul costo delle malattie
EU	80.000	1 milione	58 – 161 G€	29 G€
Italia	12.000	170,000	9 – 23 G€	5 G€



LEGAMBIENTE
del Friuli Venezia Giulia - onlus

Viale Leopardi, 118 | 33100 Udine | tel 0432 295483 | info@legambientefvg.it | legambientefvg@pec.it | www.legambientefvg.it

Udine, 18 gennaio 2018

Segreteria III Commissione permanente del
Consiglio regionale
Piazza Oberdan 6, Trieste
cr.segreteria.terzacommissione@regione.fvg.it

Oggetto: Nota di Legambiente FVG alla proposta di legge n. 44 “Norme sulla tutela della salute e sulla valutazione del danno sanitario nelle aree del Friuli Venezia Giulia ad elevato rischio ambientale”

La Proposta di Legge regionale n.44 presentata dai consiglieri regionali Ussai, Bianchi, Dal Zovo, Frattolin, Sergo riguardante le *Norme di tutela della salute e sulla valutazione del danno sanitario nelle aree del FVG a elevato rischio ambientale* si inserisce coerentemente in quanto previsto dal decreto 24 aprile 2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’ambiente e della tutela del territorio e del mare in attuazione del decreto legge 207/2012 convertito nella legge 231/2012 che nell’allegato A fornisce i criteri metodologici per la redazione del Rapporto di *valutazione del danno sanitario*.

La proposta non entra nel merito del regolamento, che accogliendo le indicazioni del decreto 24/03/2013, dovrà essere elaborato al fine di fissare i criteri per l’elaborazione del rapporto VDS.

Legambiente ritiene che la proposta di legge n.44 (che necessità di alcune correzioni formali) rappresenti un passaggio di notevole spessore per colmare la lacuna normativa riguardante la valutazione del danno sanitario causato da attività produttive fonti di impatto sull’ambiente e sulla popolazione a causa dei processi che vi vengono svolti che comportano l’emissione di sostanze tossiche e cancerogene.

Si ritiene però opportuno che nell’art.8 comma 2 sia previsto che, nel caso di una non attuazione del Piano o nel caso in cui le misure attuate non risultino sufficienti per ottenere la riduzione dei valori di emissione, l’Autorità sanitaria disponga la sospensione dell’esercizio dello stabilimento.

Suggeriamo che nell’ambito della predisposizione del Regolamento regionale, pur tenendo conto dei criteri metodologici dell’allegato A nazionale, si valutino le tante osservazioni formulate in merito, in particolare quanto pubblicato nella rivista scientifica *Epidemiologia e prevenzione* di novembre-dicembre 2013 da Fabrizio Bianchi, Francesco Forestiere e Benedetto Terracini.

Siamo convinti che quanto contenuto nella Proposta di legge regionale 44 sia di interesse molto rilevante per la salute delle popolazioni residenti nei pressi di un’attività industriale inquinante. Gli studi epidemiologici e le implicazioni per la prevenzione attraverso il *risk assessment* sono di fondamentale importanza per autorizzare attività che, se da una parte risultano importanti per l’economia di un territorio, dall’altra devono produrre nel rispetto della vita dei cittadini e lavoratori coinvolti.

Il Presidente di Legambiente FVG onlus
Sandro Cargnelutti