



CAPITOLO 5

GLI SVILUPPI FUTURI DELLE ATTIVITÀ INTERNAZIONALI NEL SETTORE SOCIO - SANITARIO



5.1 Il Progetto Mattone Internazionale

Con nota del 20 luglio 2007 il Direttore Generale della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali ha presentato al Ministero della Salute il progetto "Mattone Internazionale" predisposto dalla task force presso la Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali. Successivamente in data 18 dicembre 2007 il Ministero della Salute ha trasmesso all'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, in quanto Regione che ha coordinato la Commissione Salute, la richiesta di voler nominare la Regione capofila del progetto "Mattone Internazionale" con contestuale assegnazione alla medesima, a nome di tutte le Regioni, di un finanziamento di euro 8.000.000,00 a valere sulla quota accantonata di euro 10.000.000,00 dai fondi per gli obiettivi di Piano 2004, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 29.07.2004.

Il coordinamento del Progetto Mattone Internazionale è stato assegnato, a seguito di decisioni della Commissione Salute del 09.12.2007, alla Regione del Veneto – Segreteria Sanità e Sociale, come Regione capofila, per la notevole mole di attività svolta dal Veneto nel settore internazionale e alla Regione Toscana.



Gli obiettivi generali del Progetto Mattone Internazionale sono:

- a). svolgere attività di ricerca per promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei per la ricerca e l'innovazione volendo interfacciare la dimensione nazionale con quella comunitaria e partecipando al processo decisionale dell'U.E. in materia di sanità e di ricerca medica;
- b). promuovere la partecipazione dei S.S.R. alle politiche di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle altre Agenzie internazionali;
- c). presentazione dell'opportunità derivanti dalla progettazione nel settore della cooperazione decentrata e delle emergenze sanitarie

Gli obiettivi specifici sono:

- a). elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri Enti, programmi di formazione, di educazione e comunicazione sanitaria;
- b). supportare le attività formative con la produzione di un manuale di "best practices" ed altri sussidi anche a carattere iconografico e multimediale;
- c). supportare, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, eventi formativi sui temi della salute globale e delle malattie ad essa collegate;
- d). elaborare piani di ricerca clinica e nuovi modelli di gestione dei servizi sanitari specificatamente orientati alle problematiche organizzative legate all'appartenenza all'Unione Europea, con particolare riguardo alla mobilità dei pazienti;
- e). presentazione delle modalità di aggiornamento della banca dati delle attività sanitarie delle Regioni nel settore della cooperazione decentrata.

L'attività formativa del progetto, prevede l'attivazione del Piano Nazionale di Formazione per gli operatori Socio Sanitari di tutte le Regioni ed ha come obiettivo generale la promozione della cultura internazionale nel settore sanitario, al fine di incrementare le conoscenze scientifiche, le motivazioni e le capacità professionali del personale che abitualmente opera nei sistemi sanitari regionali.

Con la fine dell'anno 2009, l'U.C. per le Relazioni Socio Sanitarie della Segreteria regionale Sanità e Sociale, di concerto con l'Azienda Ulss 10 - a cui sulla base di un convenzionamento è affidata la gestione amministrativa del progetto - e con la Regione Toscana, stanno lavorando per la pianificazione delle attività. Nello specifico:

- nella progettazione di corsi formativi per formatori i quali, a loro volta, siano in grado di moltiplicare il messaggio didattico con un meccanismo "a cascata" che coinvolga tutte le Regioni;
- nel confrontare i modelli organizzativi attualmente in uso nelle Regioni Europee al fine di armonizzare l'offerta assistenziale di eccellenza;
- nel progettare moduli didattici "tipo" facilmente riproducibili su tutto il territorio nazionale e costruiti sulle categorie professionali destinatarie dei corsi sulla progettazione europea ed internazionale;
- nel fornire assistenza alle Regioni per la replicazione dei corsi;
- nel confrontare le esperienze e le problematiche internazionali nell'ambito della salute globale al fine di poter progettare attività di cooperazione decentrata di qualità.

Le attività dirette ai beneficiari prenderanno avvio a metà dell'anno 2010.



5.2 Il Turismo Sanitario

Un nuovo settore che vedrà protagonista la Regione del Veneto, è quello del cosiddetto Turismo Sanitario, molto legato, in Regione Veneto, all'alto numero di turisti che la visitano.

Nel 2007, oltre un mezzo e milione di americani si sono recati all'estero per motivi di salute (per ricevere cure mediche e dentistiche), e dal 2003, 1,29 milioni di cittadini britannici di età tra i 16 e 64 anni si sono recati dal dentista all'estero per motivi economici (UNWTO, 2006). Non si tratta di un trend isolato. Ogni anno sale il numero di pazienti che cercano le cure mediche all'estero, o per motivi economici, o perché trovano una più alta qualità di offerta, oppure per evitare le lunghe liste d'attesa nel proprio paese. Grazie a Internet, alle nuove tecnologie, alla possibilità di trovare biglietti aerei sempre più convenienti e alle innovazioni nel campo medico, il turismo sanitario (tradotto da "medical tourism" oppure "health tourism" in inglese) sta diventando sempre meno una novità, bensì un trend globale.

Esaminando i dati della UNWTO (2006), una "vacanza curativa" può rappresentare un risparmio sui costi della cura medica, in base alla destinazione, del 50%, 70%, arrivando a una soglia del 90%. del 50%, 70%, e addirittura del 90%. Mentre molti Americani e cittadini britannici viaggiano verso le mete più ambite come il Dubai, Sud Africa, Sudest Asia e l'India per le cure mediche, gli Europei in genere scelgono un altro Stato Membro, sia per motivi di tempo – evitando così le lunghe liste d'attesa – o per motivi economici. Le cure mediche spesso si intercalano con il turismo. Ed è proprio il caso dei 800,000 pensionati dal Nord Europa che migrano ogni anno verso i paesi meridionali per trascorrere i mesi più freddi in un clima più mite. Una panoramica più nitida sta emergendo di pazienti sempre più itineranti, che sfruttano le maggior possibilità di offerta medica a prezzi sempre più competitivi.

La Regione Veneto non è un'eccezione per quanto riguarda l'offerta di servizi sanitari specifici e turistici di alta qualità. Ogni anno 13 milioni di turisti visitano il Veneto, le sue città d'arte, le stazioni balneari, di montagna e termali (ISTAT 2006). L'alto livello di flussi turisti nel Veneto evidenziano l'impatto importante del turismo di massa sul proprio sistema sanitario. Questo fenomeno ha costretto il Governo Regionale a riorganizzare il sistema sanitario con lo scopo di fornire servizi specifici ai turisti, e di siglare degli accordi bilaterali con due casse mutue tedesche e una compagnia di assicurazione americana.

La combinazione della bellezze naturalistiche del Veneto, il numero di imprese impegnate nel turismo e i servizi turisti mirati di qualità fanno sì che il turismo diventi una delle risorse principali per il Veneto. Gli Studi fatti sul fenomeno evidenziano un alto livello di flussi turistici abbinato a due fenomeni: (a) l'impatto del turismo di massa sul sistema sanitaria; (b) gli alti livelli di mobilità dei turisti e dei pazienti in Europa. Avendo percepito i rischi sottostanti al rapporto tra il turismo e la salute, la Regione Veneto ha deciso di pianificare e di organizzare dei servizi mirati ai turisti, integrandoli con quelli già disponibili ai



cittadini residenti nella Regione. La questione della salvaguardia e della soddisfazione dei bisogni sanitari dei turisti è sempre più rilevante in quelle aree dell'Europa, come il Veneto, che si godono di alti livelli di flussi turistici.

L'allargamento dell'Area Schengen, Area a 27 Stati Membri dell'UE, viaggia in parallelo a una mobilità dei cittadini sempre più crescente in Europa, sia per motivi di turismo, che per motivi di lavoro e studio. Inoltre, c'è un numero significativo di pensionati che dal Nord Europa che migra verso le aree meridionali del continente europeo, alcuni si trasferiscono, altri restano solo per qualche mese. L'accesso alle cure sanitarie in qualsiasi paese europeo dovrebbe essere, in teoria, un processo semplice, ma in realtà pone una serie di problematiche, sia per i pazienti sia per i sistemi sanitari implicati. L'esperienza di alcune aree europee con flussi turistici pesanti, come per esempio il Veneto, dimostra chiaramente che la portata di questo fenomeno implica il bisogno di attivare strategie e azioni a vari livelli (regionali, nazionali e europei), che coinvolgono l'aspetto legislativo, organizzativo e regolamentare.

5.2.1 L'impatto del turismo sul Veneto

Il Veneto ha sempre goduto di una posizione strategica in Europa. Ha una popolazione di 4,8 milioni di cittadini che s'incrementa drasticamente due volte all'anno durante i periodi di picco per i flussi turistici nei mesi estivi e invernali. I milioni di turisti che scelgono il Veneto come meta vacanziera, confermano di anno in anno, il suo primato tra le regioni turistiche italiane. Come risulta anche per il 2007, dato più recente a livello nazionale, anno in cui ha totalizzato il 14,7% degli arrivi ed il 16,3% di presenze di turisti dell'intera penisola.

Negli ultimi anni, il Veneto è diventato una destinazione importante a livello europeo, grazie anche alle seguenti attrazioni principali: la città di Venezia come città di arte e cultura insieme a Verona, Padova e Vicenza; le spiagge lungo le coste sull'Adriatico; le zone intorno al Lago di Garda; e le montagne pre-alpine e le Dolomiti. Dal punto di vista economico, il turismo è diventato una delle principali risorse del Veneto. Nella graduatoria seguono con un distacco di circa 20 milioni di presenze Trentino Alto Adige, Toscana ed Emilia Romagna. Il Veneto, per la varietà e qualità dell'offerta e per la cultura dell'ospitalità che lo contraddistingue, viene apprezzato da turisti provenienti da tutto il mondo, infatti le grandi potenzialità dell'offerta turistica, valorizzata da uno strutturato piano di promozione e dalle capacità imprenditoriali degli operatori turistici presenti nel nostro territorio, hanno ottenuto come risultato nel 2008, 13 milioni di visitatori per un totale di oltre 60 milioni e mezzo di presenze.

Il turismo è, a ragion veduta, considerato uno dei settori trainanti del nostro territorio su cui puntare per reagire alla crisi economica in atto.

Nel 2008 i dati statistici mettono in ordine decrescente di pernottamenti i turisti provenienti dalla Germania (1.901.052), dagli Stati Uniti (652.527), dall'Austria (635.668), dal Regno Unito (575.693), dalla Francia (597.242), dalla Spagna (390.685), dal



Giappone (280,601) e dall'Australia (118,053) con un totale di oltre 60 milioni di pernottamenti (Tab. 1).

Inoltre, si affermano nuovi mercati turistici, in primis i paesi dell'Est: la Repubblica Ceca (+13,9% - 148.306), la Polonia (+21,8% - 172.274), la Russia (+18,0% - 162.688) e la Slovacchia (+9,6% 37.275), ma anche i paesi nordici (Svezia +10,6% 86.509 e Norvegia +3,0% 54.176) e le provenienze oltreoceano come Australia (+5,0%) e Brasile (+19,2% 107.620). Nel complesso del turismo internazionale, il Veneto riesce a contenere bene le difficoltà registrando comunque contrazioni meno significative rispetto sia al contesto italiano sia a paesi concorrenti quali Francia e Spagna.

Tabella 6: Movimento di turisti per provenienza. Veneto - Anno 2008

	ARRIVI	%	PRESENZE	%	N. MEDIA
ITALIANI	5.592.350	40%	24.931.038	41%	4,77
STRANIERI	8.537.715	60%	35.676.417	59%	4,18
TOTALE:	14.130.065	100%	60.607.455	100%	4,70

Di conseguenza, il Veneto rappresenta un importante studio caso sulla mobilità dei pazienti e sul turismo sanitario in Europa. Contemporaneamente, i significativi flussi di turisti nel Veneto portano una serie di sfide sanitarie che devono essere affrontate. Si tenta di affrontarle organizzando dei servizi specifici mirati in grado di rispondere alla più alta domanda da parte dei turisti durante i flussi stagionali, e anche da parte dei residenti stranieri nel Veneto (per esempio, ci sono circa 3,500 anziani tedeschi che vivono a Lago di Garda per diversi mesi all'anno). In caso di emergenza, i turisti possono contare su una vasta gamma di servizi sanitari organizzati dagli Az. ULSS in collaborazione con gli Assessorati alla Sanità e al Turismo della Regione.

5.2.2 La bilancia turistica dei pagamenti

Nell'ambito dei flussi economici derivanti dal settore turistico, la spesa effettuata in Italia dai soli viaggiatori stranieri ammonta nel 2008 a circa 25 miliardi di euro. Nello stesso anno in Veneto la spesa dei turisti stranieri è stata pari a 4,2 miliardi di euro, così il Veneto si conferma la seconda regione italiana (dopo la Regione Lazio) per le entrate economiche derivanti dal turismo straniero. Questo risultato è dovuto non tanto alla durata del soggiorno, in media tra i più brevi e pari a 4,7 giorni, quanto invece all'elevato flusso di turisti. Per circa il 77% dei casi il motivo prevalente dell'incoming straniero in Veneto è trascorrere una vacanza, e per circa il 17% è legato a motivi di lavoro. Le elevate entrate del "turismo in entrata" e le più contenute uscite del "turismo in uscita" attribuiscono al Veneto il primato tra le regioni italiane del saldo della bilancia dei pagamenti, pari nel 2008 a 2.778 milioni di euro. mentre il rimanente 6% riguarda altri motivi personali come studio, visite a parenti ed amici, e cure mediche.

5.2.3 La risposta del Veneto alle sfide turistico-sanitarie

I pesanti flussi turistici nel Veneto portano con sé una serie di sfide sanitarie. Dal 2003 una "task force" è stata attivata nella Regione con lo scopo di conoscere più a fondo il fenomeno del turismo nella Regione e la mobilità dei pazienti, e di capire meglio a livello amministrativo e organizzativo come gestirli. La taskforce raccoglie dati sulla mobilità dei pazienti tra il Veneto, le altre Regioni e gli altri Stati Membri, e analizza l'impatto della domanda transfrontaliera sul sistema sanitario regionale. Infine, si cerca di classificare ed analizzare i bisogni dei cittadini europei che richiedono l'assistenza medica nel Veneto attraverso una raccolta di informazioni sull'interfaccia paziente-sistema sanitario; sugli aspetti di riorganizzazione del sistema sanitario; sull'accesso ai servizi e sulla loro qualità; sui diritti e obblighi dei pazienti; e sugli aspetti finanziari. L'obiettivo è quello di stabilire un quadro di riferimento dettagliato sui movimenti, sulle scelte e sui comportamenti dei cittadini UE che ricevono le cure sanitarie nel Veneto, focalizzando su: (i) i flussi turistici; (ii) i pazienti che richiedono l'autorizzazione per accedere ai servizi sanitari in un altro SM (che adoperano la tessera europea di assistenza sanitaria TEAM); e (iii) i residenti stranieri, come ad esempio i pensionati, provenienti da altri SM che vivono nel territorio per lunghi periodi dell'anno.

Tutto ciò, nella convinzione che, un'Europa più unita e integrata possa offrire benefici ai pazienti attraverso un'ampliamento dei propri centri di eccellenza, e superando gli squilibri transfrontalieri tra domanda e risposta. Attraverso la sua partecipazione attiva nel progetto europeo "Europe for Patients", nonché in altri progetti inerenti alla mobilità dei pazienti, hanno meglio chiarito la strategia per la risoluzione delle questioni legali, contrattuali, e regolamentari e per il superamento degli ostacoli amministrativi ancora in essere nel sistema sanitario veneto..

5.2.3.1 Accordi con Compagnie di Assicurazione Sanitaria private o Casse Mutue Statali

Gli alti livelli di flussi turistici hanno indotto il governo regionale a riorganizzare il proprio sistema sanitario per meglio rispondere alle presenze di turisti, soprattutto i tedeschi e gli americani, nel territorio, il Veneto siglando accordi con due Casse Mutue tedesche, e una Compagnia di Assicurazione americana come primo esempio in Italia di collaborazione di questo tipo.

a). La Convenzione tra Regione del Veneto e AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse in Dusseldorf (AOK) e Techniker Krankenkasse in Hamburg (TK).

Il 12 giugno 2007 le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere della Regione Veneto, e la AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (di seguito "AOK"), Düsseldorf (Germania) e la Techniker Krankenkasse, Amburgo (Germania), hanno stipulato una convenzione per la fornitura di prestazioni sanitarie ai cittadini tedeschi, assicurati con la AOK e la TK, durante il loro soggiorno temporaneo nella Regione Veneto, nel quadro di un progetto pilota che prevederà, a regime, l'utilizzo integrato con la Tessera



Europea Assicurazione Malattia ("TEAM"). Le strutture sanitarie regionali garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie in conformità con il diritto dell'Unione Europea (art. 22 del Regolamento CEE n. 1408/71 e articoli 21 e 22 del Regolamento CEE n. 574/72), con l'ordinamento giuridico italiano e della Regione Veneto. Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie oggetto del contratto sono applicati i medesimi criteri e principi impartiti dalla Regione del Veneto in materia di appropriatezza, prioritarizzazione, accessibilità. L'oggetto della convenzione è la fornitura di prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero (ricovero ordinario e/o diurno (day hospital) e in regime ambulatoriale (prestazioni di base e/o specialistiche), nonché di prestazioni pre-ospedaliere e postospedaliere legate alla patologia di riferimento (riabilitazione), fornite dalle strutture sanitarie regionali - in forma diretta o per il tramite delle strutture private preaccreditate – a favore degli assicurati della AOK e della TK durante un loro soggiorno temporaneo nella Regione Veneto.

b). La convenzione per la fornitura di prestazione tra le Az.ULSS e Ospedaliere del Veneto e la Compagnia di Assicurazione "HTH Worldwide" (USA)

Il 4 novembre, 2008, le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere della Regione Veneto, e la compagnia di assicurazione "HTH Worldwide" hanno stipulato una convenzione per la fornitura di prestazioni sanitarie ai cittadini statunitensi, assicurati con HTH, durante il loro soggiorno temporaneo nella Regione Veneto. Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie oggetto del contratto sono applicati i medesimi criteri e principi impartiti dalla Regione del Veneto in materia di appropriatezza e di accesso alle strutture, nonché le stesse condizioni economiche applicate ad utenti non iscritti al SSN e ad utenti che scelgono un trattamento in libera professione.

Oggetto della convenzione è la fornitura di prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero (ricovero ordinario e/o diurno (day hospital) e in regime ambulatoriale (prestazioni di base e/o specialistiche), nonché di prestazioni pre-ospedaliere e post-ospedaliere legate alla patologia di riferimento (riabilitazione), fornite dalle strutture sanitarie regionali a favore degli assicurati HTH durante un loro soggiorno temporaneo nella Regione Veneto.

5.2.4 La mobilità dei pazienti nella U.E. e le sfide della Regione Veneto

La Regione del Veneto segue da tempo il processo di riflessione sul futuro dell'assistenza sanitaria in Europa ed in particolare sulle questioni legate alla mobilità internazionale dei pazienti, alla cooperazione sanitaria transfrontaliera ed ai Centri europei di Riferimento (noti anche come Centri di Eccellenza).

In particolare il fenomeno della mobilità sanitaria – sia dei pazienti che degli operatori sanitari – è progressivamente divenuto una delle questioni più dibattute nell'U.E. ed a conferma di questo aspetto milita la circostanza che nel testo della direttiva, così come licenziato da parte del Parlamento Europeo, si specifica che il concetto di assistenza sanitaria dovrebbe abbracciare esclusivamente il ricorso all'assistenza sanitaria in uno



Stato Membro diverso da quello in cui il paziente risulta persona assicurata e quindi dall'assistenza si passa alla mobilità del paziente.

Al riguardo è anche necessario ricordare che i temi (a) della fornitura di assistenza sanitaria in un altro Stato membro, (b) del diritto dei pazienti a cure di alta qualità indipendentemente dallo Stato in cui le ricevono nonché (c) la fornitura transfrontaliera di servizi tra istituzioni sanitarie (in particolare tra Ospedali e tra Assicurazioni malattia ed Ospedali) avevano formato oggetto di uno specifico Tavolo di lavoro all'interno del "Gruppo di riflessione ad alto livello sui servizi sanitari e le cure mediche in Europa", creato dalla Commissione Europea nel luglio 2004 (ed al quale la Regione Veneto ha partecipato in qualità di componente della delegazione nazionale).

Tuttavia proprio la mancanza al momento attuale di un contesto trasparente che regolamenti la collaborazione transfrontaliera nel settore dei servizi sanitari, atteso che come già detto la Direttiva Europea è tutt'ora oggetto di disamina, congiuntamente alla difficoltà di bilanciare le norme comunitarie con quelle nazionali ha indotto gli Stati Membri ad individuare soluzioni che consentano di superare l'empasse del sistema attualmente vigente dell'autorizzazione preventiva, al fine di migliorare l'efficacia dei sistemi sanitari europei attraverso un processo di integrazione tra i mercati sanitari.

Oggi infatti i sistemi sanitari sono chiamati a ricercare soluzioni organizzative in grado di rispondere in tempi rapidi all'evolvere della domanda di salute nonché ai sempre maggiori vincoli di natura finanziaria tenuto, altresì, conto che molti Paesi si sono trovati ad affrontare problematiche comuni e questo ha sicuramente rappresentato il motore propulsore nella sperimentazione di nuove modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari stimolando lo sviluppo di un settore sanitario condiviso e sempre più attento ai bisogni sanitari. Tale quadro ha avuto come conseguenza la circostanza che a livello comunitario sono stati avviati processi di coordinamento tra gli Stati Membri per sostenere la politica economica e sociale e favorirne l'armonizzazione. Si è infatti avvertita in modo sempre più incisivo l'esigenza di individuare forma e modalità idonee a garantire un livello minimo di coordinamento fra gli Stati Membri in materia di politiche sanitarie ed il motore propulsore di tale esigenza è stato rappresentato proprio dal fenomeno della mobilità dei pazienti.

Muovendo da tale prospettiva la Regione del Veneto ha dato avvio alle forme di collaborazione con altri Paesi ed in particolare con la Repubblica Federale di Germania in quanto si è registrato un considerevole flusso turistico proveniente da questa Nazione che ha interessato in modo particolare l'area balneare e l'area lacustre - montana come si può facilmente desumere dalla figura che segue, precedentemente descritta.



Figura 6 - Arrivi di turisti Tedeschi nella Regione del Veneto 2006 - 2008

	VERONA	VICENZA	BELLUNO	TREVISO	VENEZIA	PADOVA	ROVIGO	TOTALE:
2006	757.964	29.269	50.288	28.783	855.418	124.877	41.564	1.888.290
2007	792.080	30.862	53.872	32.196	892.391	120.438	36.818	1.958.657
2008	760.420	33.290	52.390	33.249	876.111	110.789	34.803	1.901.052

Questo ha cioè obbligato il sistema sanitario veneto trovare nuove soluzioni, tenendo conto che il sistema di assistenza sanitaria tedesco è un sistema sostanzialmente solidaristico in quanto organizzato e finanziato attraverso Casse Mutue istituite per legge, le quali sono dotate di personalità giuridica e beneficiano del diritto ad auto-amministrarsi, mentre il sistema sanitario italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico, cioè garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro.

Proprio l'esigenza di individuare lo strumento attraverso il quale conciliare sistemi sanitari diversi ha indotto la Regione del Veneto, attraverso le proprie Aziende Sanitarie, ed alcuni Länder tedeschi ad avviare un rapporto di collaborazione per rispondere alle esigenze determinate dalla c.d. mobilità sanitaria, la quale se inizialmente è sorta come espressione del fenomeno denominato turismo sanitario si è successivamente evoluta in una vera e propria forma di mobilità sanitaria data la possibilità per l'assicurato di programmare il proprio intervento sanitario, coniugandolo con il periodo di soggiorno, presso le strutture regionali.

A tal fine si è individuato nella Convenzione lo strumento per realizzare tale percorso e già con deliberazione della Giunta Regionale n.1794 del 12.06.2007 si era provveduto all'approvazione di uno schema tipo tra le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto ed alcune Casse Mutue Tedesche al fine di erogare prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali ai cittadini, assicurati con le medesime, durante il loro temporaneo soggiorno nella nostra Regione.

La Convenzione, rientra, peraltro, in un più ampio progetto di assistenza sanitaria transfrontaliera il quale è stato suffragato dall'Unione Europea e ha riscosso un grande successo in Germania, anche in considerazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti e della competizione tra gli erogatori di prestazioni.

Proprio in virtù di tale percorso che ha prodotto risultati qualitativamente soddisfacenti altre Casse Mutue hanno espresso la volontà di aderire alla procedura già formalizzata con il provvedimento regionale sopracitato e con le nuove adesioni il numero degli assicurati, rappresentati nel Progetto "Tessera Sanitaria Europa", aumenterebbe a n.16 milioni di assistiti.



Elenco delle Casse Mutue interessate ad aggiungersi alla Convenzione

• TK	che opera a livello nazionale
• AOK	Rheinland/Hamburg,
• AOK	Berlin
• AOK	Brandenburg
• AOK	Sachsen-Anhalt
• AOK	Schleswig-Holstein
• AOK	Westfalen-Lippe

Sulla base di questa Convenzione le Aziende Sanitarie venete dovranno assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie concordate anche per il tramite degli strutture sanitarie private pre-accreditate e accreditate e l'Amministrazione Regionale a sua volta garantirà, attraverso le strutture preposte, la necessaria attività di supporto e consulenza alle parti negoziali ed inoltre provvederà a richiedere alle Aziende Sanitarie le informazioni ed i dati necessari per monitorare sia la compensazione economica tra le Parti firmatarie dell'Accordo sia i flussi transfrontalieri.

Ovviamente le modalità assistenziali così definite non precludono l'utilizzo della Tessera Europea di Assicurazione malattia nonché del modello autorizzativi per cure all'estero.

5.3 L'assistenza sanitaria nella U.E.

Relativamente al fenomeno della mobilità sanitaria sopradescritto, la Regione Veneto e' stata sicuramente la prima, in Italia, ad evidenziare le criticita' legate al tema della mobilità sanitaria internazionale e proprio in virtù di tale consapevolezza oltre alle iniziative già descritte ha favorito l'avvio di seminari di studio ed ha partecipato ad alcuni progetti pilota europei.

La problematica in oggetto ha presentato significative ricadute a livello nazionale e regionale, in particolare per quanto riguarda:

- la gestione della mobilità dei pazienti attraverso le autorizzazioni per cure all'estero (E-112) e la Tessera europea di assicurazione malattia (demandate entrambe alle aziende sanitarie);
- la libera circolazione dei servizi sanitari (oggetto principale della succitata proposta di Direttiva europea);
- la sostenibilità finanziaria della mobilità (comprese le questioni della: a) compensazione internazionale tra Ministero e Regioni nonché b) la rendicontazione e gestione della



mobilità sulla base del sistema informatico denominato TESS);

- il collegamento e le sinergie della mobilità sanitaria con i Centri di riferimento europei.

La situazione italiana, a livello regionale, per quanto riguarda la gestione della mobilità internazionale e' attualmente frammentata e poco studiata.

Il primo studio approfondito del fenomeno può essere considerato il progetto europeo di ricerca "Europe for patients - E4P" – interamente finanziato dalla DG Ricerca della CE per circa un milione e mezzo di euro e del quale la Regione Veneto (unitamente ad alcune Aziende sanitarie locali) e' stato uno dei partner operativi.

Obiettivo del Progetto – la cui durata si è articolata da Marzo 2004 a febbraio 2007 – è stato quello di effettuare un'analisi su scala europea del fenomeno della mobilità sanitaria ed in particolare di quella transfrontaliera. Per quanto riguarda il Veneto, il Progetto si è occupato di effettuare una prima valutazione dei dati sanitari ed economici relativi all'utilizzo delle infrastrutture e dei servizi sanitari da parte di pazienti appartenenti ad un altro Stato membro dell'UE presenti nel Veneto per ragioni di turismo o lavoro ovvero che hanno espressamente richiesto il ricovero presso una struttura sanitaria regionale (ex Mod. E-112).

Il risultato della ricerca è stato un primo Rapporto di valutazione delle ricadute amministrative e finanziarie per le aziende sanitarie, dal quale emergono, oltre alle potenzialità del sistema anche una serie di punti critici tra i quali:

- sotto il profilo della gestione amministrativa è emersa mancanza di dati aggiornati sull'entità della mobilità e mancanza di un idoneo flusso di informazione tra le AULSS e gli uffici regionali ;
- sotto il profilo finanziario si è evidenziato un notevole sbilanciamento tra le entrate e le uscite generate dal ricorso alle cure all'estero (la rilevazione effettuata dal Progetto si è svolta sui dati rendicontati fino al 2001 – Cfr. in allegato le schede riepilogative).

5.3.1 Proposta di Azione Pilota per la creazione di Strutture Regionali di Coordinamento in materia di mobilità sanitaria internazionale

- Obiettivi a livello regionale

Premesse le considerazioni già fatte sul contesto, le criticità ma anche le opportunità offerte dalla crescente mobilità sanitaria nell'Unione Europea, uno strumento adeguato, per affrontare in maniera coordinata tale fenomeno con il Ministero della salute e tra Regioni, si è ritenuto potesse essere la sperimentazione e creazione di appositi "Strutture regionali di coordinamento" peraltro già ipotizzati nella normativa degli anni ottanta e novanta, per tutte le Regioni e P.A. italiane, sulla base dell'esperienza del Veneto.

L'attuazione del modello operativo basato su tali Uffici ha richiesto di essere studiato e sperimentato, anche in considerazione della circostanza che dall'entrata in vigore del citato DM, nel 1983, l'attività e le competenze delle Regioni e delle aziende sanitarie,



in materia di salute, hanno subito notevoli cambiamenti ai quali appare opportuno adattare la struttura anche dei proposti uffici di coordinamento.

Per favorire l'introduzione di tali Uffici – compatibilmente con l'organizzazione regionale e l'attività delle Aziende sanitarie - era stato suggerito lo studio, attraverso un'iniziativa pilota, di uno schema di Ufficio di coordinamento. La sperimentazione di tale azione è stata portata avanti a livello di Regione del Veneto, in collaborazione con altre Regioni.

Le modalità operative sono state le seguenti:

- 1) definizione dei tempi di attuazione e del contesto operativo con il Min. Salute (ed altre Regioni) e conseguente istituzione di un Gruppo di lavoro a livello ministeriale Governo/Regioni.
- 2) mappatura completa e aggiornamento della realtà regionale esistente;
- 3) individuazione delle pratiche esistenti (buone o cattive) e delle risorse coinvolte;
- 4) eliminazione delle criticità e delle lacune ancora esistenti nel sistema;
- 5) definizione di un modello di gestione efficiente (rappresentato dall'Ufficio regionale per la gestione della mobilità internazionale) e replicabile.

In questo contesto, la Regione del Veneto in virtù delle competenze acquisite dai servizi regionali si è proposta all'interno del progetto del "MATTONI INTERNAZIONALE" come punto di riferimento sia sul piano politico che su quello organizzativo partecipando attivamente alla ideazione dello schema operativo sopra riportato ed avviando per prima lo studio e la creazione di un modello di Struttura Regionale per la gestione della mobilità internazionale.

Per far ciò è stato ovviamente prioritario presentarsi come modello gestionale positivo ed effettivo e quindi chiarire e comprendere meglio il fenomeno della mobilità anche all'interno del sistema sanitario veneto.

5.3.2 Indagine sulle cure dei Veneti all'estero (E-112) autorizzate dalla Regione Veneto

Fino a qualche anno fa, i sistemi sanitari nazionali degli Stati membri hanno operato ciascuno per proprio conto, in un relativo stato di isolamento, affidandosi esclusivamente alla regolamentazione nazionale. Nell'ultimo decennio, tuttavia, si sono verificati in Europa una serie di cambiamenti socio-economici di carattere strutturale (progressivo invecchiamento della popolazione, sviluppo delle tecnologie mediche, riduzione delle risorse umane disponibili, aumento dei costi di gestione e riduzione della sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari) che hanno messo sotto pressione l'intera organizzazione dei servizi sanitari negli stati membri.

In tale contesto anche l'accesso alle cure e la richiesta di prestazioni mediche hanno iniziato a subire gli effetti della globalizzazione e del mercato interno. Ciò è dipeso da una serie di fattori trasversali, chiaramente identificabili, i quali sono andati ad alimentare



le ragioni specifiche della mobilità dei pazienti, da sempre esistite all'interno di ciascun sistema nazionale e legate alla naturale spinta a cercare la miglior cura possibile, con il minor tempo di attesa ed al minor costo possibile³⁴. Questi fattori sono:

- l'aumento della mobilità delle persone, per ragioni di lavoro, studio o semplicemente per turismo, generata da un'UE allargata;
- l'intervento della Corte di Giustizia dell'UE che con una serie di sentenze in materia di libera prestazione dei servizi, compresi quelli sanitari, ha riconosciuto che le cure mediche ricevute in un altro stato membro devono, a determinate condizioni, essere poste a carico del sistema sanitario di provenienza del paziente;
- l'effetto moltiplicatore generato dalle nuove tecnologie dell'informazione che facilitano la comunicazione nonché le nuove possibilità di lavorare ed essere assistiti a distanza offerte dalla telemedicina.

Questa situazione ha dato luogo a tre diverse ipotesi di mobilità sanitaria dei pazienti (restando ovviamente escluso, in questo contesto, il fenomeno della mobilità degli operatori sanitari). Queste tre figure sono:

- l'acquisto e/o fornitura di servizi sanitari presso uno specialista, un ospedale o un Centro di riferimento situati in un altro stato membro, nell'ambito della libera prestazione dei servizi, ai sensi degli artt. 49 e 50 del Trattato CE;
- i servizi sanitari condivisi tra regioni transfrontaliere e gli accordi bilaterali di cooperazione tra aree di confine (come ad esempio nel caso della cooperazione della Euroregione "Meuse-Rhine" tra Belgio, Germania ed Olanda);
- i servizi sanitari prestati durante il soggiorno temporaneo in un altro stato membro in occasione di un lavoro all'estero o di studio o turismo secondo le regole stabilite dai Regg. CE 1408/71 e 574/72 la cui applicazione ha appena ricevuto una particolare accelerazione ed estensione attraverso il Reg. CE 631/04 e l'introduzione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

In questa situazione, anche a seguito di una serie di recenti decisioni della Corte di Giustizia UE in cui si stabilisce che le disposizioni del Trattato sulla libera circolazione devono essere applicate anche ai servizi sanitari, la Commissione europea ha iniziato a lavorare su una proposta di "Quadro comunitario per dei servizi sanitari sicuri, di elevata qualità ed efficienti" il quale dovrebbe essere realizzato agendo su due strumenti.

Da un lato, un'intensificazione della cooperazione fra i sistemi sanitari degli Stati membri e dall'altro, mediante un intervento normativo comunitario diretto a migliorare la certezza giuridica nell'applicazione della normativa comunitaria in materia di servizi e cure sanitarie. A questo scopo e preliminarmente alla stesura di una proposta di articolato, la Commissione ha presentato, una Comunicazione con cui viene lanciata una pubblica Consultazione per un'azione comunitaria in materia di servizi sanitari.

La Regione del Veneto ha risposto con una propria posizione alla Consultazione CE grazie all'esperienza maturata, fin dal suo primo manifestarsi, sul fenomeno della mobilità dei pazienti (e quello connesso degli operatori sanitari) per due importanti ragioni: a) il fatto di essere un caso europeo (come il sud della Spagna) per quanto riguarda gli effetti dei

34 Queste motivazioni, secondo le più recenti ricerche europee, possono essere ricondotte sostanzialmente a tre schemi di base:

- la mobilità determinata dalle liste di attesa e dal conseguente desiderio di abbattere i tempi delle prestazioni;

- la mobilità determinata dalla ricerca di cure di alta specialità e/o comunque di alta qualità non disponibili sul territorio dello Stato membro di appartenenza; l'acquisto di servizi sanitari economicamente più convenienti forniti in un altro Stato membro. Fenomeno, quest'ultimo, che si manifesta nelle due varianti della richiesta/acquisto di servizi in un altro stato membro a) da parte del privato cittadino ovvero b) da parte degli stessi sistemi sanitari (centrali e/o periferici) di un altro SM al fine di migliorarne le performance (con il conseguente invio di pazienti presso le strutture all'estero)



flussi turistici sui sistemi sanitari di accoglienza e b) per le importanti problematiche di politica sanitaria sia a livello europeo sia a livello nazionale che toccano la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari, la sicurezza del paziente, l'informazione ed i diritti e doveri del cittadino/paziente che si avvale di tali servizi, il coordinamento delle strategie nazionali con gli indirizzi di politica europea, la sostenibilità finanziaria dei sistemi di salute.

In effetti, una delle principali difficoltà nel trattare il tema della mobilità dei pazienti nell'UE è la mancanza di una chiara tassonomia del fenomeno e di un vocabolario comune europeo che ne definisca gli elementi costitutivi così come manca, ancora, un'armonizzazione del quadro giuridico.

In questo, la situazione italiana – soprattutto a livello regionale – attualmente, appare frammentata ed ancora poco studiata benché le relative ricadute per i sistemi sanitari regionali siano facilmente intuibili in particolare per quanto riguarda:

- la gestione della mobilità dei pazienti attraverso le autorizzazioni per cure all'estero (E-112) e la Tessera europea di assicurazione malattia;
- la libera circolazione dei servizi sanitari ed il collegamento con la proposta di Network europeo dei Centri di riferimento;
- l'impatto economico, che comprende le questioni della compensazione finanziaria tra Ministero della Salute e Regioni nonché il controllo e la gestione della mobilità sulla base del sistema informatico denominato TESS.

Oltre ai dati statistici sulla compensazione finanziaria della mobilità e relativi al flusso dei pazienti in entrata ed uscita (dato però relativo poiché non vi è alcuna garanzia di completezza della registrazione del fenomeno da parte delle Aziende sanitarie) e quelli relativi all'ammontare delle compensazioni economiche (dato però viziato dalla incompletezza dei suddetti dati statistici) non esiste, praticamente, alcuno studio e/o valutazione scientifica del fenomeno che permetta di organizzare adeguatamente i servizi regionali e delle ASL per renderli funzionali alle esigenze di gestione e meglio interfacciati con i servizi del Ministero.

A tale riguardo, il primo e più importante studio Europe può essere considerato il progetto europeo di ricerca "Europe for patients - E4P" – al quale la Regione Veneto ha partecipato insieme ad altri dieci partner con l'obiettivo di definire gli strumenti attraverso i quali il legislatore europeo e nazionale possano adottare provvedimenti coordinati per consentire ai cittadini/pazienti dell'UE di beneficiare dello sviluppo della mobilità sanitaria in Europa e conseguentemente migliorare l'accesso e la qualità dei servizi disponibili.

In tale contesto l'obiettivo del progetto di lavoro regionale, realizzato in collaborazione con l'ULSS 2 di Feltre, qui proposto (ed associato al citato Progetto europeo) mira a chiarire e comprendere meglio il fenomeno della mobilità anche all'interno del sistema sanitario veneto.



Questo obiettivo richiede alcuni passaggi che si possono schematizzare come segue:

1) mappatura completa e aggiornamento della realtà regionale esistente per quanto riguarda:

a) il fenomeno dell'assistenza sanitaria non programmata e dell'utilizzo della Tessera Sanitaria Europea;

b) il fenomeno delle cure programmate e delle correlate procedure di autorizzazione per ottenere il mod. E-112;

2) individuazione delle pratiche esistenti e delle risorse coinvolte anche allo scopo di eliminare le criticità esistenti nel sistema;

3) definizione di un modello di gestione efficiente e replicabile a livello regionale cercando anche di proporre uno schema di struttura operativa regionale per la gestione della mobilità sanitaria internazionale che dovrebbe rendersi in futuro necessaria a causa del criterio di codificazione delle Tessere sanitarie europee che, come noto, è fatto su base regionale e non delle Aziende sanitarie.

I risultati dello studio permetteranno:

- una migliore conoscenza del fenomeno in modo da permettere alla Regione di contribuire al dibattito europeo;
- una standardizzazione delle procedure regionali ed a livello delle aziende sanitarie in modo da garantire una migliore efficienza ed efficacia nella gestione della mobilità sanitaria europea;
- la garanzia di eguaglianza ed accessibilità ai servizi nei procedimenti per cure programmate all'estero.

Figura 7- Mobilità Pazienti Veneti per ricoveri programmati all'estero: numero domande

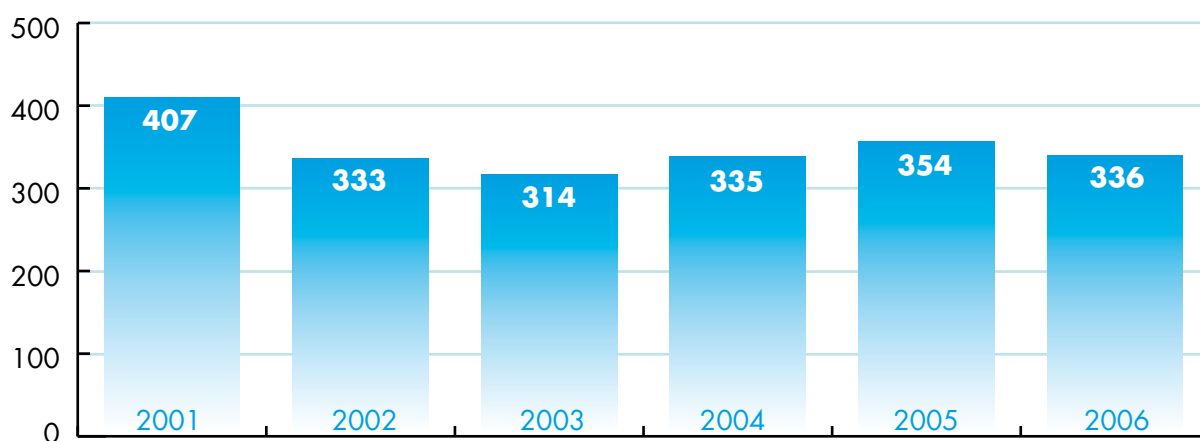




Figure 8-9- Mobilità Pazienti Veneti per ricoveri programmati all'estero: provenienza richiedenti e destinazione di cura

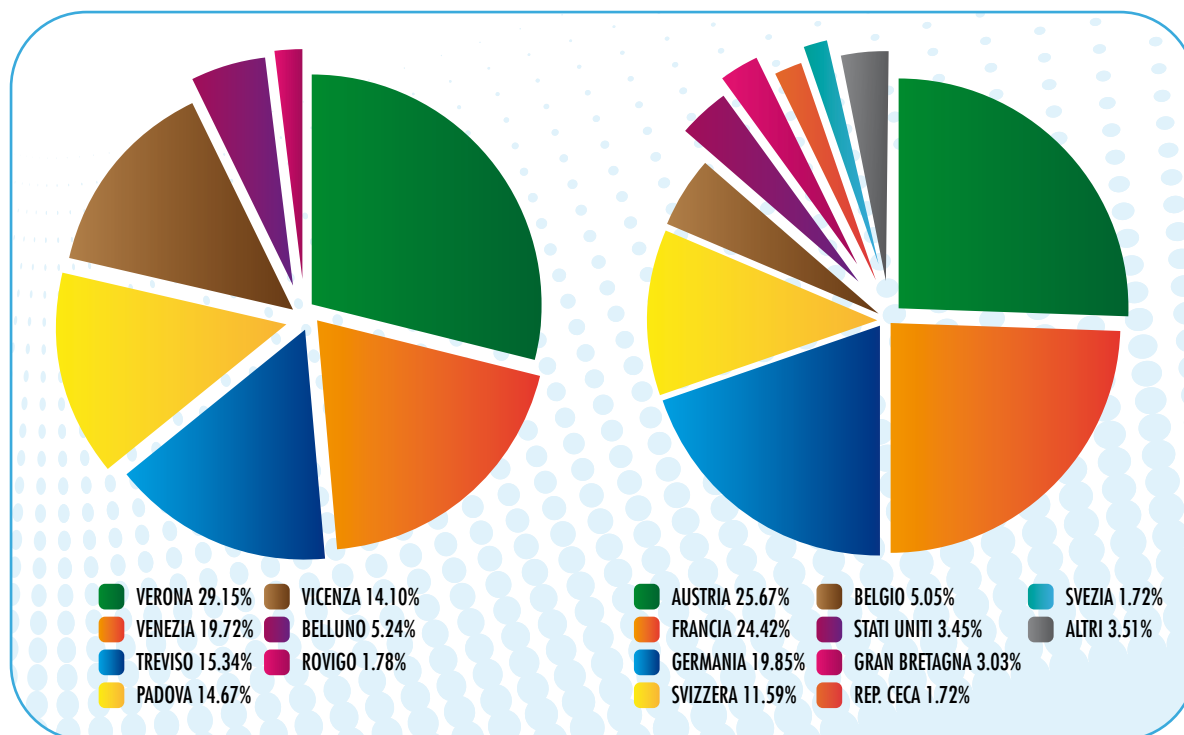


Figure 10- Mobilità Pazienti Veneti per ricoveri programmati all'estero: saldo cure programmate e cure occasionali

	DEBITO €	CREDITO €	SALDO €
E111 - Cure occasionali	1,380,498.00 (1996-1999)	3,542,227.30 (1998-2001)	2,161,729.30
E112 - Cure Programmate	1,693,968.33 (1997-1999)	52,632.00 (1997-1999)	- 1,641,426.00
TOTALE:	3,074,466.33	3,594,859.30	+520,303.30

Figure 11- Mobilità Pazienti Veneti per ricoveri programmati all'estero: Bilancio costi entrate relativo alla mobilità dei pazienti per la Regione Veneto 2001-2005.

TIPOLOGIA DI SPESA	COSTI	ENTRATE	SALDO
Prestazioni effettuate in base a E-111 e TEAM	- 8.057.307,00	12.572.028,00	+ 4.514.721,00
Saldo totale del periodo			
(Dedotti i costi per l'assistenza ricevuta all'estero da assistiti del Veneto)			+ 2.358.125,00



GLOSSARIO DEI TERMINI

Accademia Internazionale per la formazione dei professionisti della salute – G.E.I.E. EWIV (SANICADEMIA)

Con questo termine si indica un gruppo Europeo costituito tra almeno due stati o due Regioni appartenenti a Stati diversi dell'Unione Europea a fini associativi con l'obiettivo di realizzare attività transnazionali mettendo in comune risorse, personale ed esperienze.

Agenzia Esecutiva per la Salute e i Consumatori (Executive Agency for Health and Consumers - EAHC)

L'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori è stata istituita il 1° gennaio 2005 per contribuire all'attuazione del programma UE per la sanità pubblica. Nel 2008, il mandato dell'Agenzia è stato prolungato fino al 31 dicembre 2015 ed esteso anche agli interventi nel settore della tutela dei consumatori e della formazione per una maggiore sicurezza degli alimenti.

Agenzia Esecutiva per la Ricerca (Research Executive Agency - REA)

L'Agenzia Esecutiva per la Ricerca gestisce una parte significativa del Settimo Programma Quadro per la Ricerca, lo Sviluppo Tecnologico e le Attività Dimostrative, oltre a fornire servizi per il Settimo Programma Quadro. L'agenzia è sorta nel 2008 per la durata del Settimo Programma Quadro.

Agenzia Europea dell'Ambiente (European Environmental Agency - EEA)

L'Agenzia europea dell'ambiente (AEA) è l'organismo dell'Unione europea la cui missione consiste nel fornire informazioni qualificate ed indipendenti sull'ambiente.

Agenzia Europea per i Brevetti

Dal 1996 l'Ufficio per l'armonizzazione nel mercato interno (UAMI) è l'autorità ufficiale che si occupa delle procedure relative ai marchi comunitari e, dal 2003, di quelle relative ai disegni e modelli comunitari registrati. Tali diritti di proprietà intellettuale sono validi in tutti i paesi dell'UE.

Agenzia Europea per le sostanze chimiche (European Chemical Agency - ECHA)

L'Agenzia europea per le sostanze chimiche è entrata in funzione il 1° giugno 2007. L'ECHA ha il compito di garantire una gestione coerente delle sostanze chimiche in tutta l'Unione europea e fornire consulenza, orientamenti e informazioni di natura tecnico-scientifica sulle sostanze chimiche. ECHA si occupa del coordinamento degli obblighi imposti dal nuovo regolamento REACH e delle procedure di registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche per garantirne l'armonizzazione in tutta l'Unione.

Agenzia Europea per la valutazione dei medicinali (European Medicines Agency - EMA)

L'Agenzia europea per i medicinali è l'agenzia dell'Unione Europea che si occupa della



valutazione dei medicinali. Con sede a Londra, l'EMA garantisce la protezione e la promozione della salute dell'uomo e degli animali, attraverso l'attività di coordinamento, valutazione e monitoraggio dei prodotti autorizzati a livello centrale dai singoli Stati, mettendo a punto linee guida tecniche e fornendo supporto scientifico agli sponsor.

Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA)

L'Agenzia ha come missione di rendere i posti di lavoro in Europa più sicuri, più salutarì e più produttivi. A questo scopo raccoglie e condivide informazioni e conoscenze, per promuovere una cultura di prevenzione dei rischi.

Aiuto alla preadesione

L'assistenza di preadesione sostiene i paesi candidati all'adesione all'Unione europea per soddisfare le condizioni in vista dell'adesione (criteri di Copenaghen). L'adeguamento delle loro istituzioni e delle loro norme per conformarsi agli obblighi di stato membro richiede investimenti significativi.

Elemento chiave della strategia di preadesione dell'Unione, l'assistenza di preadesione a favore dei paesi candidati è determinata dai partenariati di adesione.

Per il periodo 2007-2013, lo strumento di assistenza di preadesione (IAP) costituisce il quadro unico di finanziamento. L'IAP è costituito da cinque parti: aiuto alla transizione e rafforzamento delle istituzioni, cooperazione transfrontaliera, sviluppo regionale, sviluppo delle risorse umane e sviluppo rurale. Le prime tre parti riguardano i paesi candidati e i paesi candidati potenziali. Le ultime tre parti riguardano esclusivamente i paesi candidati allo scopo di prepararli ad approvare e a realizzare la politica di coesione nonché a gestire i fondi strutturali.

Autorità europea per la sicurezza alimentare (European Food and Safety Agency - EFSA)

L'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) è l'organismo dell'Unione che si occupa della valutazione dei rischi relativi alla sicurezza alimentare umana e animale. Il suo obiettivo è quello di informazioni su questioni di sicurezza alimentare

Bioterrorismo

La minaccia di attentati con agenti biologici è denominata bioterrorismo. A seguito degli attentati terroristici degli ultimi anni, l'Unione europea ha adottato un atteggiamento più attivo in materia, rivedendo i sistemi di protezione esistenti e riducendo al minimo le minacce per la salute della popolazione.

Casse Mutue

Casse attive in materia di assicurazione malattie per l'assistenza dei turisti.

Comitato delle Regioni (CDR)

Istituito nel 1994 con il trattato sull'Unione europea, il Comitato delle regioni è un organo consultivo costituito da rappresentanti degli enti locali e regionali d'Europa. Nel quadro del processo decisionale dell'UE, il CDR deve essere consultato su questioni di



politica regionale, ambiente, istruzione e trasporti, tutti settori di cui sono competenti i governi locali e regionali.

Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (European Center for Diseases Control - ECDC)

La mission del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e' la creazione di un sistema di vigilanza europeo delle malattie infettive, quali l'influenza, la SARS e l'HIV/AIDS.

Commissione Europea

E' l'organo esecutivo dell'Unione Europea, cui sono attribuite funzioni d'iniziativa legislativa, esecutiva, e di controllo dell'azione comunitaria. E' composta da ventisette membri (uno per ciascun Stato). Viene nominata dai Governi degli Stati membri e sottoposta ad investitura da parte del Parlamento europeo al quale è tenuta a rispondere del proprio operato. Al proprio interno la Commissione è composta da Direttorati Generali che sono suddivisi per area di competenza. I Direttorati responsabili del settore sanità sono: il Direttorato Generale per la Salute e Protezione dei Consumatori (DG SANCO), il Direttorato Generale sull'Informazione, Media e Società (DG INFSO) per ciò che concerne la salute digitale e applicazione in telemedicina e il Direttorato Generale Ricerca (DG RESEARCH) relativamente alla ricerca sanitaria.

Consiglio dell'Unione europea (Consiglio dei Ministri o Consiglio)

E' il principale organo legislativo e decisionale dell'Unione Europea. Definisce, assieme al Parlamento europeo, le regole fondamentali del mercato unico europeo e delle politiche comuni dell'Unione, approvando le decisioni su proposta della Commissione europea. E' inoltre investito delle principali competenze in materia di cooperazione intergovernativa, politica estera, sicurezza e giustizia. E' costituito dai rappresentanti dei Governi degli Stati membri e vi partecipano anche i ministri degli Stati membri responsabili dei ministeri competenti per la materia che di volta in volta viene discussa durante le periodiche riunioni del Consiglio. La Presidenza del Consiglio Europeo viene esercitata a turni semestrali da ciascun rappresentante dei Governi degli Stati membri. Il Consiglio è assistito da un Segretario generale che, , svolge anche il ruolo di Alto rappresentante per la politica estera e la sicurezza comune. In materia di salute pubblica in Consiglio opera il "Consiglio Occupazione, Politica Sociale e Salute" che si riunisce 2 -4 volte l'anno.

Consiglio d'Europa

Il Consiglio d'Europa non è un organo dell'UE ma un organizzazione internazionale istituita, subito dopo la seconda guerra mondiale, in ambito europeo, con il "Trattato di Londra" del 5 maggio 1949. Il Consiglio d'Europa, con sede a Strasburgo, ha per scopo istituzionale il conseguimento di una più stretta unione fra i suoi Stati membri, per salvaguardare e promuovere i principi comuni , favorendo il progresso economico e sociale. A tali fini il Consiglio d'Europa predispone la stipulazione di accordi e convenzioni internazionali fra Stati membri ma anche fra Stati membri e Stati terzi, Si tratta prevalentemente di convenzioni in materie giuridiche, volte ad assicurare l'osservanza



dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali da parte degli Stati ratificanti. Gli Stati membri del Consiglio d'Europa sono 47.

Consiglio Europeo

Istituzione comunitaria costituita da tutti i Capi di Stato e di Governo degli Stati membri dell'Unione europea, oltre che dal Presidente della Commissione europea. E' stato costituito nel 1974 in luogo delle "Conferenze Europee di Vertice",. E' convocato almeno due volte l'anno e svolge compiti d'indirizzo politico generale e d'impulso per le attività dell'Unione europea.

Cooperazione Decentrata

La cooperazione decentrata rappresenta il tentativo degli Stati e delle società con maggiori risorse di costruire con la parte del mondo più svantaggiata rapporti basati sullo scambio reciproco, sulla collaborazione, sulla solidarietà.

Questi valori si concretizzano nel sostegno e nel finanziamento di progetti di sviluppo che vogliono migliorare le condizioni di vita delle popolazioni e farle parte di un cambiamento in positivo.

Cure di lunga durata

L'assistenza di lunga durata a persone anziane e disabili comporta l'attivazione di una serie di servizi utili a svolgere le normali attività della vita quotidiana a pazienti con condizioni croniche di disabilità fisica o mentale.

Cure primarie - Primary health care (PHC)

Per cure primarie si intende il primo livello di contatto ed intervento tra il medico (o un altro operatore sanitario di base) ed il paziente, all'interno di una comunità. Questa funzione è normalmente assegnata al Medico di Medicina Generale (o medico di base).

La prima assistenza a livello territoriale del medico o altro operatore sanitario (ad eccezione dei servizi di emergenza) è qualificata come "cura primaria" in opposizione alle "cure secondarie" verso le quali il paziente può essere eventualmente indirizzato successivamente.

Cure secondarie - Secondary health care

Per cure secondarie si intendono tutte le cure specialistiche fornite in ospedale (ambulatorialmente o in fase di ricovero) a pazienti esterni o interni.

In molti sistemi sanitari l'accesso alle cure secondarie è subordinato alla prescrizione di un servizio di cure primarie.

Cure terziarie - Tertiary health care

Per cure terziarie si intendono i servizi medici di altissima specializzazione, normalmente non usufruibili tra le cure secondarie e generalmente disponibili a livello nazionale o internazionale.

**Decentramento (o delega, devolution)**

Consiste nel cambiamento delle relazioni all'interno di e/o tra varie strutture di governo di una determinata funzione. Il decentramento consiste nel trasferire, dal livello nazionale, a quello più periferico il potere di pianificare, e organizzare alcune funzioni pubbliche. La decentralizzazione prevede varie forme. Le principali sono il deconcentramento (vedi sopra), la devolution e la delegazione (fino alla privatizzazione).

Determinanti della Salute

I determinanti sanitari sono tutti quei fattori esterni (personali, sociali o ambientali) che possono influenzare in modo significativo la salute della popolazione. I determinanti sanitari possono essere raggruppati nelle seguenti categorie: comportamento personale e stile di vita (come l'alimentazione, il fumo, l'attività fisica, ecc.); fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio (come la povertà, la disoccupazione, l'emarginazione sociale, ecc.); condizioni di vita e di lavoro e accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali (ad esempio l'inquinamento o l'esposizione a fonti di rischio).

Disability-adjusted life year (DALY)

Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità (DALY: Disability Adjusted Life Year). Daly è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

Diagnosis Related Group (DRG)

Il sistema dei DRG (o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi - ROD) è un sistema di classificazione che si basa su raggruppamenti omogenei di diagnosi, traduzione italiana del sistema statunitense noto con la sigla DRG (Diagnosis Related Groups). È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema individua circa 500 classi di casistiche, tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico. Con l'applicazione di tale sistema è stata introdotta nel SSN una nuova modalità di finanziamento delle attività ospedaliere basata sulla remunerazione delle prestazioni svolte.

Direttive dell'Unione europea

Atti normativi dell'Unione europea giuridicamente vincolanti emanati dal Consiglio dell'Unione europea su proposta della Commissione europea e formati con la partecipazione del Parlamento europeo. Le direttive si differenziano dai Regolamenti dell'Unione europea (vedi oltre) perché, diversamente da questi ultimi, vincolano gli Stati membri al perseguimento di un dato obiettivo. Destinatari di tali atti sono i soli Stati membri e non hanno efficacia diretta, rendendosi necessario l'intervento dei provvedimenti di recepimento da parte degli Stati membri.

**EACCME - European Accreditation Council for Continuing Medical Education**

Sistema di accreditamento Europeo per l'Educazione Continua in Medicina. Il EACCME è gestito da l'Unione europea dei medici specialisti (UEMS).

ECHI (European Community Health Indicators)

ECHI è l'acronimo con cui viene indicato l'elenco degli indicatori sanitari della Comunità europea (European Community Health Indicators — ECHI). Offre una visione d'insieme dello stato di salute, dei determinanti della salute e dei sistemi sanitari.

ECHO (Ufficio Europeo per gli aiuti umanitari)

Creato nel 1992 al fine di migliorare la prestazione di aiuti immediati alle popolazioni che si trovano in una situazione di grave bisogno. L'Ufficio ha concentrato gli sforzi sui paesi in via di sviluppo e dalla sua costituzione ha fornito aiuti a più di 85 paesi.

Le attività dell'Ufficio consistono in interventi di emergenza, che comportano però anche azioni di supporto nel medio periodo. Le azioni di aiuto umanitario sono svolte a favore delle popolazioni dei paesi in via di sviluppo, dei paesi ACP (Asia, Caraibi, Pacifico) e di altri paesi terzi vittime di catastrofi naturali, di guerra e altre situazioni eccezionali. Tali azioni finanziate dalla Comunità possono essere realizzate su richiesta di organismi e organizzazioni internazionali o non governative, oppure su iniziativa della Commissione.

L'UE è il più grande donatore del mondo: fornisce il 55 % degli aiuti umanitari internazionali, di cui il 30 % attraverso ECHO e il 25 % con programmi gestiti direttamente dagli Stati membri.

ECHO opera con una rete di più di 200 partner. Si tratta essenzialmente di organizzazioni che hanno firmato un partenariato con la Commissione, come le agenzie specializzate delle Nazioni Unite, la Croce Rossa, altri organismi internazionali e numerose organizzazioni non governative.

Esperti Nazionali Distaccati (END)

L'END è un funzionario esperto nel proprio settore professionale, in servizio presso un'amministrazione pubblica centrale, regionale (in genere di uno dei 27 Stati Membri ma non solo), oppure presso un organismo internazionale che svolge un periodo di distacco presso le istituzioni europee. Questo permette da un lato alle istituzioni europee di avvalersi di competenze e professionalità di alto livello, e dall'altro agli operatori degli Stati Membri di conoscere meglio le procedure e i processi decisionali all'interno delle istituzioni europee.

European Health Insurance Card - EHIC

La European Health Insurance Card (o EHIC) - in italiano nota come TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia o Tessera Sanitaria Europea) - permette ai cittadini dell'Unione (oltre a Islanda, Norvegia, Lichtenstein e Svizzera) di ricevere prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno quando si trovano temporaneamente, (per turismo, ragioni di studio, etc) in un altro Stato membro, usufruendo delle stesse condizioni dei cittadini di quello Stato.



Europaid – Ufficio di Cooperazione della Commissione Europea

L'ufficio di cooperazione EuropeAid della Commissione gestisce i programmi di aiuto esterno dell'UE, occupandosi dell'invio di aiuti umanitari nei diversi paesi del mondo.

Euroregioni

Nella politica europea, un'euroregione (Euregio) è una struttura di cooperazione transnazionale fra due o più territori di diversi paesi del continente.

Le euroregioni solitamente non corrispondono ad alcuna istituzione legislativa o governativa, non hanno potere politico e il loro operato è limitato alle competenze delle autorità locali e regionali che le costituiscono. Le euroregioni sono solitamente costituite per promuovere interessi comuni che superano i confini territoriali, al fine di cooperare per il bene comune delle popolazioni frontaliere.

Health Impact Assessment (HIA)

L'Health Impact Assessment (in italiano valutazione d'impatto sulla salute), è un insieme di procedure e metodiche che permettono di giudicare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti in settori sanitari ma anche non sanitari (ad esempio, l'ambiente, l'urbanistica, i trasporti, viabilità, etc).

Health in All Policies

Per Health in All Policies si intende una speciale azione orizzontale finalizzata a inserire la valutazione dell'impatto sulla salute delle decisioni prese in settori diversi da quello sanitario.

Health technology assessment (HTA)

Consiste nella valutazione comprensiva delle tecnologie e procedure mediche (medicinali, servizi, apparecchi protesici, strumentazione sanitaria, etc) dei loro effetti sanitari, economici, sociali ed etici. E' chiamato anche technology assessment in health care o health care technology assessment. Può riferirsi alle conseguenze dirette, intenzionali così come a quelle indirette.

Healthy Life Year – (HLY) o Healty Life Expectancy – (HLE)

Indica la speranza di vita attiva, ossia il numero medio di anni privo di disabilità di un soggetto ad una determinata età.

HTH Worldwide

HTH Worldwide, fondata nel 1997 negli USA, è una compagnia di assicurazione malattia che aiuta i propri clienti che viaggiano ad accedere ai servizi sanitari nel paese di destinazione.

I clienti che abbiano una polizza salute con la HTH Worldwide (attualmente 650 mila in tutto il mondo) potranno essere curati nella Regione Veneto, grazie ad uno specifico accordo siglato tra la Regione (in questo caso le Ulss e le Aziende Ospedaliere) e l'HTH Worldwide. Di fatto, un cliente HTH potrà richiedere prestazioni sanitarie in qualsiasi struttura veneta pubblica o convenzionata e, con una semplice comunicazione alla sua



compagnia assicuratrice, sarà quest'ultima a garantire il pagamento delle prestazioni. Si tratta del primo accordo di questo tipo siglato in Italia.

International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version (ICF-CY)

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Si tratta di uno strumento di classificazione che concepisce salute e disabilità come interazione dinamica tra condizioni sanitarie, fattori personali ed ambientali. L'orientamento a diffondere la conoscenza e l'uso dell'ICF è alla base dell'iniziativa assunta dalla Regione del Veneto di porre in atto specifiche attività di formazione degli operatori coinvolti in attività con persone disabili. Tra le importanti attività svolte nel territorio regionale vi è l'adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, uno strumento di valutazione fondato sull'ICF, finalizzato a garantire equità e omogeneità di criteri nell'accesso ai servizi domiciliari e residenziali da parte delle persone con disabilità. L'ICF si connota prevalentemente come strumento di valutazione della disabilità in età adulta.

ICHI (International Compendium of Health Indicators)

E' il data-base online contenente gli indicatori sanitari utilizzati dall' Oms-Europa, dall' OCSE e da Eurostat per le analisi delle politiche sanitarie e dei sistemi sanitari.

Influenza e pandemia influenzale

L'influenza pandemica avviene in corrispondenza di un cambiamento radicale del virus influenzale. Nell'ultimo secolo sono avvenute 3 pandemie. L'aumento della mobilità delle persone e l'affollamento agevolano la diffusione di un'influenza emergente e di un'eventuale pandemia.

MAE

Ministero Affari Esteri.

Influenza A (H1N1)

L'influenza A(H1N1) è un nuovo sottotipo di virus che contiene materiale genetico umano e animale e animale (suina e aviaria) che non era mai stata osservata sino ad oggi.

Libri verdi

I libri verdi sono documenti pubblicati dalla Commissione europea attraverso cui si vuole stimolare la riflessione a livello europeo su un particolare tema. Essi invitano le parti interessate (enti e individui) a partecipare ad un processo di consultazione. I libri verdi sono a volte all'origine degli sviluppi legislativi che vengono poi presentati nei libri bianchi

Libri bianchi

I libri bianchi pubblicati dalla Commissione sono documenti che contengono proposte di azione comunitaria in uno specifico settore. Essi costituiscono talvolta il prolungamento dei libri verdi il cui scopo è invece quello di avviare un processo di consultazione a



livello europeo. Quando un libro bianco è accolto favorevolmente dal Consiglio, può portare ad un programma di azione dell'Unione nel settore interessato.

Malattie rare

E' considerata rara una malattia che colpisce meno di 5 persone su 10 000 individui., Sono note circa 7 000 malattie rare. La maggior parte di tali malattie è dovuta a difetti genetici.

Metodo aperto di coordinamento

Il metodo di coordinamento aperto fornisce un nuovo quadro di cooperazione tra gli Stati membri per far convergere le politiche nazionali al fine di realizzare determinati obiettivi comuni. In questa procedura la Commissione si limita a svolgere un ruolo di sorveglianza mentre il Parlamento europeo e la Corte di giustizia non sono coinvolti.

Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicomanie (EMCDDA-OEDT)

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è il centro d'informazione sulle droghe dell'Unione europea. Ha sede a Lisbona ed è incaricato di fornire informazioni che diano agli Stati membri una vista d'insieme sul fenomeno delle tossicodipendenze in Europa.

Programma regionale per i Ricoveri Umanitari

Dal Luglio 2001 la Regione ha avviato anche programmi di ricoveri, per ragioni umanitarie, di cittadini non appartenenti all'Unione Europea negli ospedali regionali. Il programma prevede la copertura delle spese di ricovero attraverso un apposito finanziamento approvato annualmente, dalla Giunta Regionale, con un ammontare di circa 800 mila euro l'anno.

RAPEX – Sistema di allarme rapido per i prodotti non alimentari

E' il sistema di allarme precoce dell'UE per prevenire la commercializzazione di prodotti che presentano un rischio per la sicurezza dei consumatori.

RSI - Regolamento Sanitario Internazionale (IHR)

Il RSI è uno strumento giuridico internazionale che si prefigge di "garantire la massima sicurezza contro la diffusione internazionale delle malattie, con la minima interferenza possibile sul commercio e sui movimenti internazionali, attraverso il rafforzamento della sorveglianza delle malattie infettive, il miglioramento dell'igiene aeroportuale e la prevenzione della disseminazione di vettori di malattia.

Rete di sorveglianza e di controllo delle malattie trasmissibili

E' uno strumento che consente una reazione adeguata da parte dell'UE individuando rapidamente le malattie trasmissibili emergenti e i loro focolai, con scambi di informazioni sulle possibilità di trasmissione di tali patologie. La rete è composta dalle autorità sanitarie nazionali competenti in materia. ed è coordinata dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma.



Sistema “Beveridge” o Beveridgiano

E' il sistema di previdenza sociale e sanità istituito in Inghilterra e Galles col rapporto Beveridge, pubblicato nel 1943. Questo rapporto raccomandava di garantire un sistema di sostegno previdenziale universale. Il sistema beveridgiano presuppone la prevalente attribuzione dei servizi sanitari alla gestione di soggetti pubblici e con personale sanitario salariato. Al di fuori del Regno Unito, il sistema beveridgiano è stato adottato dalla Svezia, dalla Danimarca, dalla Finlandia, dalla Spagna e dall'Italia.

Sistema “Bismarck” o Bismarchiano

E' un sistema di previdenza sociale e assicurazione sanitaria introdotto nel XIX secolo dal Cancelliere Bismarck. Tale sistema è organizzato in modo da coprire con un'assicurazione medica la maggioranza o la totalità della popolazione. Viene anche chiamato assicurazione sociale per la salute. Tale sistema si basa sul principio di evitare l'impatto negativo della disoccupazione, della povertà e della malattia che possono colpire parte della popolazione. Al di fuori della Germania, il sistema bismarckiano è stato adottato dall'Austria, dall'Olanda, dalla Francia e dal Belgio.

Sistema di Sorveglianza delle lesioni (Injuries Survey System – ISS)

Il sistema di sorveglianza sulle lesioni contiene dati, su base individuale, relativi agli infortuni nell'Unione europea. Dal 2004 il sistema fornisce i tassi di incidenza, degli infortuni e incidenti Sono dati accessibili al pubblico attraverso il Portale salute dell'UE.

Sussidiarietà

Il principio di sussidiarietà è definito dall'articolo 5 del trattato che istituisce la Comunità europea. Esso mira a garantire che le decisioni siano adottate il più vicino possibile al cittadino, verificando che l'azione da intraprendere a livello comunitario sia giustificata rispetto alle possibilità offerte dall'azione a livello nazionale, regionale o locale. Concretamente ciò significa che nei settori che non sono di sua esclusiva competenza l'Unione interviene soltanto quando la sua azione è considerata più efficace di quella intrapresa a livello nazionale, regionale o locale. Il principio di sussidiarietà è strettamente connesso ai principi di proporzionalità e di necessità.

Telemedicina – Sanità Digitale – e-Health

Con questi termini si indica il ricorso a strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita.

La sanità digitale comprende l'interazione tra pazienti e fornitori di servizi sanitari, la trasmissione di dati da istituto a istituto e la comunicazione, , tra pazienti o tra operatori sanitari. Comprende anche anche reti di informazione sulla salute, archivi sanitari elettronici, servizi di telemedicina e sistemi di comunicazione personali per il monitoraggio e l'assistenza ai pazienti.

Turismo Sanitario

Si considererà come sfera appartenente al turismo propriamente “medico-sanitario”



l'attività di viaggio e permanenza presso un paese estero per ottenere una assistenza medica specifica. In questo senso soltanto parte del turismo legato all'attività di wellness, il turismo termale e il well-being, in particolare quella che prevede l'assistenza sanitaria di personale medico in strutture specializzate (ad esempio trattamenti termali per la cura di determinate patologie, oppure programmi di riabilitazione motoria o dieta seguita da medici specializzati).

World Bank

La Banca Internazionale per la Ricostruzione e lo Sviluppo (meglio nota come Banca Mondiale o World Bank) è un organismo internazionale delle Nazioni Unite, istituito nel 1945, insieme con il Fondo Monetario Internazionale, a seguito dell'entrata in vigore degli accordi della conferenza di Bretton Woods. Il suo scopo originario era quello di finanziare la ricostruzione e lo sviluppo nei paesi coinvolti nella seconda guerra mondiale. In seguito lo scopo è stato allargato al finanziamento dei paesi in via di sviluppo tra gli stati membri, solitamente in cambio dell'adozione di politiche liberiste.

La Banca Mondiale favorisce la ricostruzione e lo sviluppo dei territori dei paesi membri facilitando l'investimento di capitale a scopi produttivi; promuove l'investimento privato estero, fornendo garanzie o partecipando a prestiti; integra l'investimento privato, erogando, a condizioni più favorevoli di quelle di mercato, risorse finanziarie da destinare a scopi produttivi.

Il funzionamento operativo della banca è assicurato dai versamenti delle quote a carico dei paesi membri.



APPENDICE A. Schede e descrizione progetti europei chiusi, in gestione in negoziazione a febbraio 2010

SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: ISARE II
Health indicators in the european regions
Indicatori di sanità nelle regioni europee

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Health Monitoring Programme
DG Sanco - Appalto di natura

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: testare la fattibilità della raccolta dei dati a livello infra-regionale in ciascuno dei paesi dell'Unione Europea.
Obiettivi: selezionare un insieme di dati sui criteri di disponibilità e di aiuto alla decisione nelle politiche regionali della sanità pubblica ; realizzare una raccolta di due insiemi di variabili (dati o indicatori) : raccolta di un numero limitato di variabili per l'insieme delle regioni di ogni paese partecipante, raccolta di una serie più ampia di variabili all'interno di una regione per paese partecipante ; individuare alcuni indicatori derivati dai dati raccolti ; fare un'analisi di comparabilità dei dati raccolti. A questo fine, saranno raccolte le informazioni sull'origine dei dati ed elementi che permetteranno di giudicare la loro comparabilità. Questa analisi di comparabilità sarà completata da un'analisi di comparabilità internazionale effettuata nel quadro del progetto HMP.
Azioni: determinazione dei dati da raccogliere ed elaborazione degli strumenti di raccolta ; realizzazione della banca dati ; analisi dei problemi relativi della comparabilità ; elaborazione di raccomandazioni per l'integrazione di dati regionali nella banca dati europea.

DURATA

30 mesi
09/2002 – 12/2004
[continuazione del programma Isare I (2000)]

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: F.N.O.R.S. Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé, Bordeaux, France

Partners: Haut Comité de Santé Publique France (Francia); Gouvernement basque-département de la santé (Spagna); Observatoire de la santé du Hainaut (Belgio); Regione del Veneto (Italia); Institut de santé publique - NordRhein Westfalen (Germania); Direction de la population – Statistiques Autriche (Austria); Conseil national de la santé et de l'action sociale (Svezia); ORS Alsace (Francia); Regional Health and Welfare System of Crete (Grecia); Institut national de santé publique (Finlandia); Institut national de santé publique et d'environnement (Paesi Bassi); Gouvernement basque – département de la santé (Spagna); ORS Languedoc Roussillon (Francia); Deputy Director, Regional Health and Welfare System of Crete (Grecia); Département de la santé; des enfants (Irlanda); DG-Sanco Commission Européenne; Bureau Fnors & ORS Aquitaine (Francia); ORS Haute-Normandie (Francia); Direction de la Santé (Médecine Préventive et Sociale (Lussemburgo); Administrateur régional de la santé - Nord (Portogallo); Organisation mondiale de la santé (Danimarca); Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire (Regno Unito).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
Unità Complessa per le Relazioni Socio Sanitarie



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: ISARE III

Health Indicators in the European Regions
Indicatori di sanità nelle regioni europee

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Health Monitoring Programme
DG Sanco - Appalto di servizi statistici

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: confrontare gli indicatori di salute utilizzati nelle regioni europee.

Obiettivi: estendere i risultati dei progetti Isare I e Isare II ai nuovi paesi, entrati nell'UE nel 2004. Descrivere e definire i livelli sub-nazionali (regioni), identificare le fonti di dati, analizzare la disponibilità regionale di dati sulla salute, selezionare per ogni paese il livello sub-nazionale più adatto allo scambio di dati fra le regioni europee, valutare la praticabilità del processo di raccolta dati, integrare i dati nel database sviluppato nel progetto Isare I; aggiornare le informazioni sui livelli sub-nazionali dei paesi inclusi nel progetto Isare II; controllare differenti possibili analisi e presentazioni dei dati inclusi nel database, controllare i commenti da integrare negli health reports, fornire consulenza per la preparazione di tali commenti.

Azioni: analizzare la letteratura concernente i livelli sub-nazionali dei Paesi entrati nell'UE nel 2004; inviare un questionario a tali Paesi al fine di raccogliere i dati necessari ad inserirli nel database Isare; selezionare per tutti i Paesi partecipanti i livelli sub-nazionali più adatti allo scambio di dati fra regioni europee; inviare un questionario a tutti i Paesi partecipanti per controllare il processo di raccolta dati; includere i dati raccolti nel database sviluppato nel progetto Isare II; inviare un questionario ai Paesi partecipanti a Isare I per aggiornare le informazioni relative ai livelli sub-nazionali; definire le modalità d'interrogazione del database; produrre un template per un health report riguardo dieci indicatori, corredato di tabelle commentate, tavole, grafici e mappe; convalidare in ciascun Paese partecipante il modello di report proposto; formulare una lista di consigli per la presentazione dei dati e dei commenti.

DURATA

30 mesi
09/2004 – 12/2006
[continuazione programmi Isare I (2002) e Isare II (2003)]

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: F.N.O.R.S. Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé, Bordeaux, France

Partners: Partners: Haut Comité de Santé Publique France (Francia); Gouvernement basque-département de la santé (Spagna); Observatoire de la santé du Hainaut (Belgio); Regione del Veneto (Italia); Institut de santé publique - NordRhein Westfalen (Germania); Direction de la population – Statistiques Autriche (Austria); Conseil national de la santé et de l'action sociale (Svezia); ORS Alsace (Francia); Regional Health and Welfare System of Crete (Grecia); Institut national de santé publique (Finlandia); Institut national de santé publique et d'environnement (Paesi Bassi); Gouvernement basque – département de la santé (Spagna); ORS Languedoc Roussillon (Francia); Deputy Director, Regional Health and Welfare System of Crete (Grecia); Département de la santé; des enfants (Irlanda); DG-Sanco Commission Européenne; Bureau Fnors & ORS Aquitaine (Francia); ORS Haute-Normandie (Francia); Direction de la Santé (Médecine Préventive et Sociale (Lussemburgo); Administrateur régional de la santé - Nord (Portogallo); Organisation mondiale de la santé (Danimarca); Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire (Regno Unito).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
Unità Complessa per le Relazioni Socio Sanitarie

ONERI FINANZIARI

Contributo CE alla RV € 2.865,00
Contributo a carico della RV € 1.980,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: BORDERNET II

Bordernet: HIV/AIDS and STD – Prevention, Diagnostic and Therapy in Crossing-border Regions among the Current and the New EC-outer Borders

Prevenzione, diagnostica e terapia dell'HIV/AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale (MTS) nelle regioni transfrontaliere di oggi e del domani

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Sanità Pubblica 2007

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: il progetto è finalizzato a valutare l'impatto dell'HIV/AIDS e delle altre malattie sessualmente trasmissibili (MTS) nelle zone transfrontaliere tra i 15 Paesi Membri ed i nuovi Paesi UE, studiando ed analizzando le relative conseguenze sotto il profilo della prevenzione, diagnosi e terapia.

Obiettivi: Definire e proporre degli standard europei comuni nel settore della cooperazione transfrontaliera nel settore della lotta all'HIV; Sviluppare dei sistemi di sorveglianza regionali per l'AIDS/HIV e le malattie a trasmissione sessuale (MTS); Effettuare indagini mirate sulla popolazione, sia a livello regionale sia limitatamente a gruppi selezionati; Creare un network di cooperazione transfrontaliera per adattare e migliorare i servizi di prevenzione HIV/AIDS/MTS; Aumentare la prevenzione tra i gruppi a rischio; Sostenere campagne di prevenzione a livello regionale

DURATA

36 mesi
2005-2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: SPI-Forshung gGmbH (Germania)

Partner: Regione del Veneto (Italia); University of Zielona Gora (Polonia); Robert Koch Institut (Germania); Verein zur Förderung der Prävention im AIDS- und Suchtbereich in Meck –Vorpom (Germania); Regional Government, Health Department Zachodniopomorskiego-Out patient clinic (Polonia); Landkreis Ostvorpommern, Gesundheitsamt Meck-Vorpommern (Germania); AIDS-Hilfe Potsdam (Germania); Bella Donna e.V. Fachberatungsstelle (Germania); AIDS-Hilfe Wien – Präventionsabteilung (Austria); European Centre for Social Welfare Policy and Research (Austria); National Reference Centre for HIV/AIDS Prevention (Slovacchia); Regional Centre for Public Health (Slovenia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 20 di Verona
Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute (CRRPS)

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 2.009.094,36
Contributo complessivo CE € 1.945.118,70
Contributo a carico della RV € 90.000,00
Contributo CE alla RV € 90.000,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: BORDERNET II

Bordernet: HIV/AIDS and STD – Prevention, Diagnostic and Therapy in Crossing-border Regions among the Current and the New EC-outer Borders

Prevenzione, diagnostica e terapia dell'HIV/AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale (MTS) nelle regioni transfrontaliere di oggi e del domani

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Sanità Pubblica 2007

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: il progetto è finalizzato a valutare l'impatto dell'HIV/AIDS e delle altre malattie sessualmente trasmissibili (MTS) nelle zone transfrontaliere tra i 15 Paesi Membri ed i nuovi Paesi UE, studiando ed analizzando le relative conseguenze sotto il profilo della prevenzione, diagnosi e terapia.

Obiettivi: Definire e proporre degli standard europei comuni nel settore della cooperazione transfrontaliera nel settore della lotta all'HIV; Sviluppare dei sistemi di sorveglianza regionali per l'AIDS/HIV e le malattie a trasmissione sessuale (MTS); Effettuare indagini mirate sulla popolazione, sia a livello regionale sia limitatamente a gruppi selezionati; Creare un network di cooperazione transfrontaliera per adattare e migliorare i servizi di prevenzione HIV/AIDS/MTS; Aumentare la prevenzione tra i gruppi a rischio; Sostenere campagne di prevenzione a livello regionale

DURATA

36 mesi
2005-2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: SPI-Forshung gGmbH (Germania)

Partner: Regione del Veneto (Italia); University of Zielona Gora (Polonia); Robert Koch Institut (Germania); Verein zur Förderung der Prävention im AIDS- und Suchtbereich in Meck-Vorpom (Germania); Regional Government, Health Department Zachodniopomorskiego-Out patient clinic (Polonia); Landkreis Ostvorpommern, Gesundheitsamt Meck-Vorpommern (Germania); AIDS-Hilfe Potsdam (Germania); Bella Donna e.V. Fachberatungsstelle (Germania); AIDS-Hilfe Wien – Präventionsabteilung (Austria); European Centre for Social Welfare Policy and Research (Austria); National Reference Centre for HIV/AIDS Prevention (Slovacchia); Regional Centre for Public Health (Slovenia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 20 di Verona
Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute (CRRPS)

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 2.009.094,36
Contributo complessivo CE € 1.945.118,70
Contributo a carico della RV € 90.000,00
Contributo CE alla RV € 90.000,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: IPSE

Improving Patient Safety in European Health Services
Migliorare la sicurezza dei pazienti nei servizi sanitari europei

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria nel settore della sanità pubblica 2003/2008
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Fornire servizi per la salute con un'informazione tempestiva; Definizione di linee direttrici basate sui dati reali e strumenti educativi per gestire con efficacia il rischio di infezioni ospedaliere e di resistenza antibiotica; Rafforzare lo status dei professionisti coinvolti nelle attività di controllo delle infezioni; Promuovere il controllo dell'emergenza e la diffusione di organismi a resistenza multipla nell'unità di controllo delle infezioni attraverso un programma di sorveglianza integrata; Monitorare il livello dei risultati conseguiti dai programmi di controllo delle infezioni ospedaliere e della resistenza antibiotica

Azioni: il progetto cercherà di dare risposte ad alcune sfide europee, come la creazione del Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie, lo sviluppo e la produzione di indicatori sanitari e a preoccupazioni riguardanti la mobilità dei pazienti e la qualità/sicurezza del sistema sanitario.

DURATA

2005 – 2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Claude Bernard University Lyon1 (Francia)

Partners: World Health Organisation (WHO); RIVM, Bilthoven; Institute of Public Health, Brussels (IPH); Swedish Institute for Infectious Disease Control; Freiburg University Hospital (FUH); Freiburg University Hospital (FUH); SPI - Sozialpädagogisches Institut Forschung gGmbH (Germania); Regione Veneto attraverso la Azienda ospedaliera di Verona

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Az. Ospedaliera di Verona



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: HIV IMMIGRANTS

Immigrants from European southern and eastern borders: HIV/health risks, social condition and service provision re-orientation

Flussi migratori dal Sud e Est Europa: HIV/ Riorientamento dei servizi in relazione ai rischi per la salute ed alle condizioni socio-economiche

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria per la prevenzione dell'AIDS e di talune altre malattie trasmissibili 1996/2000
DG SANCO – Call 2001

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: il progetto Hiv Immigrants è finalizzato a studiare i comportamenti a rischio relativamente alla trasmissione dell'HIV/AIDS, alle altre malattie sessualmente trasmissibili (MTS) e all'uso di sostanze stupefacenti nelle popolazioni immigrate presenti nei Paesi alle frontiere Est e Sud dell'Unione europea al fine di raggiungere i seguenti.

Obiettivi: contribuire ad aumentare l'integrazione multirazziale all'interno dell'Europa, considerando una pluralità di fattori interrelati, concernenti salute, benessere e welfare; incentivare l'integrazione, su scala europea, di adeguate misure di prevenzione dell'HIV all'interno delle politiche di promozione della salute, del welfare e di programmi educativi di prevenzione adottando un approccio community-based alla Salute Pubblica; raccogliere e confrontare informazioni che riguardano l'offerta di servizi esistenti per gli immigrati nei Paesi coinvolti nel progetto; analizzare e confrontare il sistema legislativo dei vari Paesi sul tema dell'immigrazione al fine di considerare lo "status legale" come variabile chiave, discriminante, sia rispetto a condizioni sociali, bisogni e comportamento dei gruppi target, sia rispetto all'accesso ai servizi; migliorare le capacità degli operatori che a vario titolo sono interessati al fenomeno di affrontare problemi specifici mettendo a punto programmi di formazione "ad hoc" sulla base di quanto appreso dallo studio e stili operativi e procedure più attenti alle variabili culturali.

Azioni: Realizzazione di uno studio su il sistema dell'offerta dei servizi per gli immigrati, con particolare, successiva attenzione ai servizi di prevenzione e screening dell'HIV e sui gruppi di immigrati maggiormente a rischio di infezione da HIV nei territori dei partner sulla base di protocolli condivisi e di strumenti concordati fra i partner; Azioni per la diffusione dei risultati e lo sviluppo degli interventi e dei materiali di formazione attraverso l'elaborazione di linee guida contenute nel manuale Practitioner's Treatment Guidelines; Rafforzamento delle partnership locali e sviluppo di progetti pilota.

DURATA

24 mesi
2002 – 2004

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto – S.R.S.S.I.

Partner: Escuela andaluza de salud pública – Siviglia (Spagna); SPI - Sozialpädagogisches Institut Forschung gGmbH (Germania); European Center for Social Welfare policy and research – Vienna (Austria); Hellenic Center for infectious diseases control – Atene (Grecia); Organizzazione mondiale per l'immigrazione, sede di Roma (Italia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute (CRRPS)

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 378.920,39
Contributo a carico della RV € 57.320,46
Contributo CE alla RV € 80.818,60



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: VENICE

Vaccine European New Integrated Collaborative Effort

Un nuovo sforzo di collaborazione integrate per il sistema di vaccinazione europeo

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTOSalute pubblica 2003-2008
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2004**OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO**

Obiettivi: Armonizzare i dati riguardanti le infezioni nosocomiali e la resistenza agli antibiotici in Europa; Risolvere le persistenti differenze tra i Paesi europei esistenti in questo settore.

Azioni: Promuovere buone pratiche nella vaccinologia, stabilire le priorità e le decisioni in tema di politica di immunizzazione; Facilitare e accelerare la cooperazione all'interno della rete Comunitaria sulla sorveglianza ed il monitoraggio dei programmi di immunizzazione; Accrescere le capacità nel campo della vaccinazione fornendo strumenti e modelli basati sull'evidenza pratica; Contribuire al miglioramento della salute umana attraverso la prescrizione di vaccinazioni sicure ed efficaci.

DURATA36 mesi
2006/2008**PROJECT LEADER E PARTNER**

Leader: Istituto Superiore di Sanità (Italia)

Partner: Regione Veneto (Italia); Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Austria); University of Antwerp (Belgio); Statens Serum Institute (Danimarca); Institut de Veille Sanitaire (Francia); Hellenic Center for Infectious Diseases Control (Grecia); Department for Communicable Disease Epidemiology (Ungheria); Landlaeknisembættid (Islanda); National Disease Surveillance Centre (Irlanda); Sabiedrības Veselības Aģentūra (Lettonia); Centre for Communicable Diseases Prevention and Control (Lituania); Ministère de la Santé (Lussemburgo); National Institute of Public Health and the Environment (Olanda); Norwegian Institute of Public Health (Norvegia); National Institute of Public Health (Polonia); Institute of Public Health (Romania); Public Health Authority of the Slovak Republic (Slovacchia); Health Protection Agency (Regno Unito); Instituto De Salud Carlos III (Spagna); Institute of Public Health (Slovenia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione VenetoRegione Veneto – Direzione Prevenzione
ULSS n.7 Pieve di Soligo (gestione amministrativo-contabile)**ONERI FINANZIARI**Budget complessivo € 989.900,40
Contributo complessivo CE € 593.940,00
Contributo a carico della RV € 60.20000
Contributo CE alla RV € 51.294,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: EUnetHA

European network on Health Technology Assessment

Rete europea per la valutazione dell'impatto delle tecnologie sulla salute

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma Sanità Pubblica 2003-2008
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2005

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi e azioni: Ridurre la duplicazione degli sforzi e rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse nell'HTA (HTA= valutazione di impatto delle tecnologie); Aumentare l'importanza del HTA nel processo decisionale; Rafforzare il legame tra l'HTA e le politiche sanitarie a livello UE; Supportare i Paesi che non hanno esperienza nell'HTA; Dare vita ad un framework organizzativo per un network per l'HTA con un segretariato di supporto; Sviluppare e implementare strumenti generici per adattare le valutazioni fatte nei singoli Paesi anche a realtà diverse; Sviluppare e implementare strumenti efficaci per trasferire i risultati dell'HTA in politiche sanitarie applicabili in tutti gli Stati membri; Disseminare i risultati dell'HTA, facilitare lo scambio di informazioni e il coordinamento delle attività di HTA attraverso lo sviluppo di studiate strategie di comunicazione; Monitorare lo sviluppo di nuove tecnologie per identificare quelle di maggiore impatto sui sistemi sanitari; disegnare e testare: 1. metodi per lo sviluppo di pacchetti di "common core information" (compresa la Core evidence dell'efficacia di alcuni strumenti diagnostici e terapeutici); 2. metodi per supportare la trasferibilità di informazioni sull'HTA tra i vari Paesi utilizzando un framework comune; 3. strumenti per identificare e stabilire priorità negli HTA topics; 4. metodi per il commissioning su tematiche prioritarie; 5. quality management procedures per la produzione di common core information; 6. strumenti ad hoc per fornire informazioni utili ai processi decisionali a livello di stati Membri; 7. strumenti per favorire la nascita di nuove agenzie attraverso il benchmarking e la formazione.

DURATA

20 mesi
11/2005 – 10/2008

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: DACETHA, Agenzia danese per la valutazione dell'HTA (Danimarca)

Partner: 34 partner associati al progetto; 19 partner di collaborazione (24 EU, 2 EEA, Svizzera, Australia, Canada, Israele, USA, SPI - Sozialpädagogisches Institut Forschung; gGmbH (Germania).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto Sede di Bruxelles, Dott. Ronfini
Dipartimento programmazione sanitaria, Dott. Rupolo

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 4.297.051,00
Contributo complessivo CE € 2.148.525,50
Contributo a carico della RV € 25.682,00
Contributo CE alla RV € 19.025,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: EPISOUTH

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria nel settore della sanità pubblica 2003/2008
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2005

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Creare un network tra le istituzioni sanitarie pubbliche dei paesi partecipanti allo scopo di rafforzare la solidarietà e la coesione all'interno della Comunità, coinvolgendo anche i Paesi non-UE dell'area Mediterranea e dei Balcani al fine di scambiare informazioni utili per l'allerta e la sorveglianza sulla diffusione delle epidemie; Rafforzare la capacità di pronta risposta alle minacce di diffusione di malattie infettive, attraverso l'organizzazione di brevi corsi di formazione europei accreditati e la promozione della partecipazione a quelli già esistenti; Raccolta dati sull'accesso alle vaccinazioni da parte della popolazione migrante e immigrata, nonché valutazione e scambio di informazioni su casi ed epidemie evitabili in questi gruppi mediante vaccino; aggiornamento sulla panoramica dei programmi esistenti per il monitoraggio e il miglioramento della copertura vaccinale nelle popolazioni migranti, con formulazione di raccomandazioni in merito; Creazione di una piattaforma che garantisca una comunicazione accurata tra funzionari di salute pubblica umana e veterinaria; raccolta dati per una ricerca epidemiologica delle infezioni provenienti dal mondo animale, allo scopo di prevenire il rischio di trasmissione transfrontaliera e di fornire allerta; Diffusione delle informazioni ricavate nei paesi partecipanti e in tutti quelli che le necessitassero, attraverso la creazione di un sito web ad hoc, un bollettino elettronico, la partecipazione a seminari scientifici e diffusione a mezzo stampa della conferenza conclusiva; Creazione di una piattaforma comune sull'intelligence epidemiologica, attraverso cui i paesi partecipanti possano trovare ampie informazioni a livello sia regionale che internazionale.

DURATA

36 mesi
10/2006 – 10/2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Istituto Superiore di Sanità (Italia)
Partners: National Center for Infectious Diseases Control (Bulgaria); Medical and Public Health Services Dept. - Ministry of Health (Cipro); Institut de Veille Sanitaire (Francia); Hellenic Center for Infectious Disease Control (Grecia); Azienda Ospedaliera di Padova – Regione del Veneto (Italia); Dept. of Public Health, Ministry of Health (Malta); Institute of Public Health (Romania); Institute of Public Health (Slovenia); Instituto de Salud Carlos III (Spagna); Federation of Bosnia & Herzegovina Public Health Institute; Croatian National Institute of Public Health – Epidemiology & Infectious Diseases Service; Kosovo Institute of Public Health – Dept. of Epidemiology; Albanian Institute of Public Health – Dept. of Communicable Disease Control; Israel Center for Disease Control; Lebanon Ministry of Public Health – Epidemiology Surveillance Unit; Moroccan Ministry of Health – Dept. of Epidemiology; Who-emro; Who-euro.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
A. Ulss n. 16 di Padova



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: DOMESTIC INJURIES
Infortuni domestici

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria nel settore della sanità pubblica 1996/2000
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2000

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: garantire la manutenzione del database contenente i dati grezzi sull'HLA, il "Sistema di sorveglianza sugli infortuni" (acronimo inglese :ISS) in Europa dal 2002; stabilire una base di dati sulla popolazione per la raccolta dati sugli incidenti per l'anno 2002, e, se fattibile, per il 2000 e 2001; monitorare l'incidenza dell'HLA per sottogruppi; facilitare l'analisi e la ricerca epidemiologica sugli incidenti e i fattori di rischio a livello locale, regionale, nazionale ed europeo; fornire raccomandazioni per l'addestramento di personale impegnato nella registrazione dell'infortunio e la prevenzione degli infortuni insieme ai partner europei; promuovere la comunicazione e l'informazione su questioni riguardanti la prevenzione degli infortuni insieme ai partner europei; Il progetto è la logica conseguenza di ciò che è stato fatto fino ad ora in questo campo tramite progetti sovvenzionati dalla Commissione; Esso serve a coagulare esperienze diverse e garantire continuità nella raccolta dati e nell'analisi. In aggiunta, esso fornirà una migliore informazione epidemiologica attraverso un più alto livello di analisi di dati basati sulla popolazione. Inoltre trasformerà le esperienze accumulate sino ad oggi in raccomandazioni strutturate e operative circa politiche di formazione, comunicazione e informazione.

Azioni: Fornire un insieme aggiornato di dati HLA all'interno di ISS (per tutta la durata del progetto; Costituzione di una base dati sulla popolazione per i dati relativi agli infortuni del 2002, ma anche, per quanto possibile, per il 1999, 2000 e 2001 in collaborazione con i progetti di raccolta dati IPP; Calcolo del numero di soggetti e popolazioni a rischio (su base annuale); Confronti dei periodi a rischio (su base annuale); Fornire alla Commissione Europea su base annuale un rapporto sulla incidenza della HLA in sottogruppi.

DURATA

24 mesi
Gennaio 2003 –Dicembre 2005

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Ulss 20 di Verona
Partner: Ulss di 18 Rovigo - Regione Veneto (Italia); Institute of Public Health – Nord Reno (Vesfalia); Insitut Sicher Lenben ISL - Vienna Austria; PYSITEL – Parigi (Francia); National Institut of Public Health NIPH – Moller (Danimarca).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss n. 20 di Verona

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 428.571,00
Contributo complessivo CE € 300.00,00
Contributo a carico della RV € 25.714,20
Contributo della Ce alla RV € 160.598,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: HIS
Health Information systems
Sistemi di informazione sanitaria

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Salute Pubblica – Health information
DG SANCO – Call 2000

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: migliorare il monitoraggio sanitario, lo scambio e la comparabilità dei dati sanitari e l'armonizzazione dei sistemi informativi sanitari fra gli Stati Membri. In particolare, questo progetto si propone di fornire alla Commissione Europea: una descrizione dettagliata dei sistemi informativi sanitari con particolare riferimento al monitoraggio sanitario; un'analisi comparativa delle informazioni raccolte nel punto 1, al fine di individuare punti di forza, di debolezza e i differenti livelli nei sistemi informativi; una serie di raccomandazioni operative, fattibili e sostenibili per l'implementazione di un sistema informativo europeo.

Azioni: Definizione di una strategia operativa di lavoro e raccolta dei dati dagli Stati membri; Report dei dati, monitoraggio degli stessi, verifica della completezza, definizione delle raccomandazioni.

DURATA

18 mesi
2001 – 2003

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto

Partner: Bundesanstalt Statistik Österreich – Directorate Population Statistics (Austria); Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) (Belgio); National Public Health Institute (KTL) – Department of Health and Functional Capacity (TTO) (Finlandia); Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine (Francia); Robert Koch Institut (Germania); National School of Public Health – Department of Health Services Management (Grecia); National University of Ireland Cork – Department of Epidemiology and Public Health (Irlanda); Direction de la Santé – Division de la Médecine Préventive et Sociale (Luxembourg); RIVM – National Institute of Public Health and the Environment (Olanda); Instituto de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina de Lisboa – Unidade de Epidemiologia (Portogallo); Escuela Andaluza de Salud Pública (Spagna).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

S.R.R.S.I.
A. Ussl n. 8 di Castelfranco Asolo

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 363.633,00
Cofinanziamento complessivo della CE € 225.568,00
Contributo a carico della RV € 53.970,00
Contributo della CE alla RV € 118.810,00



SANITÀ: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: ENIVD II
European Network for Diagnostics of "Imported" Viral Diseases
Rete di sorveglianza sulle encefalopatie

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria nel settore della sanità pubblica 2003/2008
DG SANCO – Salute Pubblica – Call 2004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: Definizione di uno strumento di analisi diagnostica per l'individuazione rapida di agenti virali conosciuti e sconosciuti nei casi di encefalopatia umana per il sistema di sorveglianza europeo; Differenziazione tra eziologie batteriche e virali tra differenti agenti virali.

Azioni: Procedure di assicurazione qualità degli strumenti diagnostici definiti; Ricerca su pazienti con encefalite di eziologia conosciuta e sconosciuta; Raccolta dati, costruzione e coordinamento di un sistema di sorveglianza europeo per encefalite umana concernente gli aspetti diagnostici clinici ed epidemiologici di questa malattia.

DURATA

36 mesi
2005 - 2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Robert Koch-Institut (Germania)

Partner: Regione Veneto (Italia); Institut für Virologie, Universität Wien (Austria); CEVDI/ INSA (Portogallo); Aristotelian University of Thessaloniki (Grecia); University of Ljubljana, Medical Faculty (Lubiana); Philipps-Universität Marburg, Inst. für Virologie (Germania); Vaccin. and Travel Med. Centre, Poliklinika II (Repubblica Ceca); Statens Serum Institut, Dept. of Virology (Danimarca); London School of Hygiene & Tropical Medicine (Regno Unito); Central Public Health Laboratory (Regno Unito); Lithuanian AIDS Centre (Lituania); Nat. Ref. Center for Infectious & Parasitic Dis (Bulgaria); Centre for Applied Microbiol. & Research (CAMR) (Regno Unito)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto, Direzione Prevenzione
Az. Osp. Di Padova e Ulss 20 di Verona

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 872.030,00
Contributo complessivo CE € 413.515,00
Contributo a carico della RV € 18.000,00
Contributo CE alla RV € 18.000,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: HEALTHY REGIONS - WHEN WELL-BEING CREATES ECONOMIC GROWTH

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2003/08
DG Sanco/Salute pubblica – call 2006

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: promuovere migliori e maggiori investimenti pubblici in campo sanitario nelle regioni partecipanti attraverso attività comuni e condivise ed attraverso una migliore identificazione, governance e uso strategico delle competenze sanitarie regionali.

Obiettivi: assistere le regioni partecipanti nel mostrare qualità ed efficacia nella promozione sanitaria e nella prevenzione delle malattie; nel diventare "regioni sane" che siano conosciute per il loro benessere, qualità di vita e uguaglianza in salute tra i cittadini e crescita economica.

Azioni: tre saranno i campi di interesse principale, descritti attraverso un portafoglio di progetti (catalogo): salute nella famiglia; salute nei luoghi di lavoro; salute nella scuola.

DURATA

36 mesi
10/2007 -10/2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: EU Vest (Danimarca)

Partner: Regione Veneto (Italia); The Region of South Denmark (Danimarca); CVU Vest (Danimarca); CVU Sønderjylland (Danimarca); University of Southern Denmark (Danimarca); Business Academy West (web master); Sønderborg Sygehus (Danimarca); Östsam (Svezia); Örebro County Council (Svezia); County Council of Östergötland (Svezia); Niace (Regno Unito); South West Public Health Group (Regno Unito); Heinrich Böll-Stiftung Schleswig-Holstein (Germania); Université Libre de Bruxelles (Belgio); CRIOC (Inghilterra).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
CRPS - Centro di riferimento regionale per la promozione della salute

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.127,125
Contributo complessivo CE (60%) € 620.000
Contributo CE alla RV € 72.062,99
Contributo a carico della RV € 67.268,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: SEID
STRATEGIC EUROPEAN INVENTORY ON DRUGS
Inventario Strategico Europeo sulle droghe

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Public Health 2006
Priority Area: Health Determinants
Action 3.1.3 Supporting Key Community strategies on addictive substances: drugs

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: sviluppare una migliore conoscenza tra i diversi Paesi coinvolti sulle diverse possibilità di intervento sui giovani che abusano di sostanze stupefacenti. Questo progetto vuole combinare la conoscenza già esistente sulla prevenzione, la cura e la terapia e l'inclusione sociale tra i giovani con la sperimentazione di azioni pilota al fine di produrre un catalogo transnazionale delle possibilità di intervento. Al fine di raggiungere gli obiettivi del progetto, la partnership adotterà una metodologia basata sull'apprendimento condiviso, sulla sperimentazione sul campo e sulla discussione attraverso focus groups.

Azioni: Coordinamento; Disseminazione; Valutazione; Definizione delle tre Azioni Pilota a livello locale; Sperimentazione; Catalogo transnazionale sulle opzioni di intervento per giovani consumatori di sostanze stupefacenti.

DURATA

36 mesi
01.09.2007 – 30.08.2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (Italia)

Partner: CoGeS (Italia); Regione del Veneto (Italia); AIC (Italia); Il Seme (Italia); Tannenhof Berlin (Germania); Monar (Polonia); APH (Spagna); Kethea (Grecia); Trempoline (Belgio); REAPN (Portogallo); FFI (Bulgaria); IEC (Romani); Asmoune (Francia); EURO TC; EFTC.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 13 di Mirano

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 548.227,00
Contributo complessivo CE € 301.524,85
Contributo CE alla RV € 34.500,58
Contributo a carico della RV € 36.714,42



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: DETERMINE

AN EU CONSORZIUM FOR ACTION ON SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH
Determinanti socio-economici della salute

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di Azione Comunitaria nel settore della sanità pubblica 2003/2008
DG SANCO –Sanità pubblica Call 2006

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: costituire un consorzio europeo per l'azione sul controllo dei determinanti socio-economici della salute e di supportare il lavoro dell'Unione Europea e degli Stati membri e dell'Organizzazione mondiale della sanità attraverso la creazione di collaborazioni strategiche tra i vari attori coinvolti e lo sviluppo di politiche che influenzino i determinanti socio-economici della salute in Europa.

Obiettivi: fornire all'Unione e ai suoi Stati Membri competenze comuni per agire sulle Determinanti Socio-Economiche e creare attraverso nuove politiche di sviluppo un progresso concreto e sostenibile nel lungo periodo; Assicurare una maggiore consapevolezza della responsabilità che ogni politica, e non solo quelle relative alla salute e al sociale, deve avere nel mantenere ed assicurare la salute dei cittadini europei; Esaminare le politiche già attuate, verificarne i fattori critici di successo e i benefici, specificando la loro dimostrabilità, applicabilità e trasferibilità; Raccogliere evidenze dei benefici di un maggiore investimento collettivo in salute attraverso la creazione di un Consorzio multi-stakeholder di alto livello, che comprende governi, organizzazioni operanti nel settore sanitario e istituzioni da 26 Paesi che operano come un'efficiente unica piattaforma a livello comunitario; Identificare gli approcci più innovativi per cambiare comportamenti relativi alla salute nei gruppi più vulnerabili

DURATA

36 mesi
10/2007 – 10/2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Istituto nazionale di salute pubblica della Repubblica Ceca.

Partners: Regione del Veneto (Italia); EuroHealthNet; VIG - Flemish Institute for Health Promotion (Belgio); National Institute of Public Health (Repubblica Ceca); BZgA (Germania); Federal Institute for Occupational Safety and Health Germany - European Workplace Health Promotion Network (Germania); National Institute of Public Health (Danimarca); National Institute for Health Development (Estonia); University de La Laguna (Spagna); Centre for Health Promotion (Finlandia); STAKES (Finlandia); National Institute for Prevention and Health Education (Francia); National Institute for Health Development; Public Health Institute (Irlanda); Public Health Institute of Iceland (Islanda); Università di Perugia (Italia); Health Promotion State Agency (Lettonia); NIGZ - Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (Olanda); HEMIL-senteret/Research Centre for Health Promotion, University of Bergen (Norvegia); National Institute of Hygiene (Polonia); Regional Institute of Public Health Iasi (Romania); National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; Regional Public Health Institute Maribor (Slovenia); Public Health Authority of the (Repubblica Slovacca); NHS Health Scotland (Regno Unito); Department of Health, North West Health Authority (Inghilterra); National Consumer Council (Regno Unito); Wales Centre for Health (Regno Unito).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Unità Complessa per le Relazioni Socio Sanitarie

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.680.720,00
Contributo CE alla RV € 8.477,00
Contributo a carico della RV € 12.000,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: SIALON

CAPACITY BUILDING IN PREVALENCE ESTIMATION USING NON-INVASIVE METHODS AMONG MSM IN SOUTHERN AND EASTERN EUROPE

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2003/08
DG Sanco/Salute pubblica – call 2007

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: raccogliere dati e fare una stima sulla prevalenza di HIV e sifilide tra MSM (Men having Sex with Men); studiare i modelli di comportamenti sessuali a rischio tra MSM al fine di studiare la relazione esistente tra fattore socio-ecologico e sierologia; comprendere a fondo i risultati ottenuti sull'analisi incrociata tra comportamenti sessuali e risultati sierologici; sviluppare e diffondere nuovi metodi epidemiologici basati su campioni di saliva per la sorveglianza epidemiologica; fare raccomandazioni per le politiche e strategie di prevenzioni comunitarie che hanno come target MSM.

Azioni: raccolta dati relativi alla prevalenza di HIV e sifilide tra omosessuali attraverso la raccolta di campioni di salute in luoghi di frequentazione gay; sondaggio realizzato con l'intento di definire un modello in grado di rappresentare la relazione tra comportamenti a rischio, fattori socio-ecologici e sierologia; realizzazione di uno studio che coinvolga in modo interattivo e partecipativo i membri del gruppo target; azioni di formazioni di tecnici di laboratorio su come effettuare il test su fluidi orali per HIV e sifilide; redazione di un policy brief sulle strategie efficaci e le politiche per la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili tra omosessuali.

DURATA

24 mesi
01/01/2008 – 31/12/2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto (Italia)

Partners: National Institute of Public Health (Repubblica Ceca); Institute of Public Health, Prof. Dr. Leonida Georgescu (Romania); Regional Institute of Public Health (Sierra Leone); CEEISCAT (Spagna); Slovak medical University (Slovacchia); Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (Grecia)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

CRRPS - Centro di riferimento regionale per la promozione della salute

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 714.451,00
Contributo CE alla RV € 152.715,00
Contributo a carico della RV € 126.720,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: IN FORM – CAMPAIGN AGAINST OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
Lotta all'obesità nei bambini e negli adolescenti

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2003/08
DG Sanco/Salute pubblica –
Call 21/05/2007

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: combattere l'obesità nei bambini e nei giovani.

Azioni: diffondere una maggior conoscenza e reperibilità delle informazioni; modificare i canoni attuali di bellezza; creare dei network fra centri di eccellenza; realizzare delle linee guida di formazione; costituire dei metodi standard di terapia; formare delle squadre di lavoro itineranti, composta da esperti di settore, con il compito di informare e formare.

DURATA

36 mesi
1/2008 -1/2011

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe EWIV-EEIG (Austria)

Partners: Regione Veneto (Italia); Nutrigenomics Center, Medical University Varna CVU Vest (Bulgaria); Regional Association of Hospitals "Staraplanina" (Bulgaria); Adipositas Zentrum Insula (Germania); Seinäjoki University of Applied Sciences (Finlandia); Vestfold Hospital Trust (Norvegia); Landeskrankenhaus Villach (Austria); University Medical Centre Ljubljana (Sierra Leone); Landeskrankenhaus Klagenfurt (Austria); St. Martin's College (Regno Unito); Community Health Centre Ljubljana (Sierra Leone); National Institute of Food Safety and Nutrition (Ungheria); Friuli Venezia Giulia (Italia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
CRPPS - Centro di riferimento regionale per la promozione della salute

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 2.181.386,00
Contributo CE alla RV € 25.498,02
Contributo a carico della RV € 32.160,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: CHI-CY-TOBACCO

Lavorare con le comunità per ridurre le ineguaglianze in materia di salute: proteggere dei bambini e dei giovani dal tabacco

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma sanità 2003-2008
Call 21/05/2007

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: costruire una rete di partner europei che collaboreranno insieme per affrontare le questioni legate al controllo del tabagismo. Le prime tappe del progetto saranno focalizzate sui giovani dai 16 ai 21 anni e sui bambini fino a 5 anni. Il progetto ha come scopo la riduzione dell'esposizione di questi due gruppi al fumo passivo e la diminuzione della diffusione del vizio del fumo fra i giovani dai 16 ai 21 anni.

Azioni: L'adozione di un approccio basato sugli ambienti "setting" nei confronti del controllo del tabagismo – gli ambienti chiave sono la casa, i centri giovanili, i centri sociali e club, le strutture di istruzione superiore (post diploma superiore), i centri di addestramento, le carceri; Lo sviluppo di partenariati locali e la collaborazione con le comunità locali per il controllo del tabagismo; L'identificazione di approcci innovativi ed esempi di buona pratica, inclusi i metodi di analisi, le tipologie di azioni e gli strumenti di valutazione; La divulgazione di know-how e conoscenze inerenti al progetto volte ad influenzare le agende e le politiche locali, nazionali e europee sul tabacco; La divulgazione delle esperienze dei partner e gli esiti del progetto faranno parte integrale del progetto. In questo contesto, la promozione del progetto e le sue scoperte al livello europeo saranno le prime priorità.

DURATA

24 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Liverpool Primary Care Trust (Regno Unito)

Partners: Regione Veneto (Italia); ENSP European Network for Smoking Prevention (Belgio); RNSP Romanian Network for Smoking Prevention (Romania); Health Promotion Fondation (Polonia); Public Health Association of Latvia (Lettonia); Alliance Contre le Tabac en Ile de France (Francia); Czech Coalition against Tobacco (Repubblica Ceca); Public Health Agency of Barcelona (Spagna); Kaunas Drug Abuse Help Centre for Youth (Lituania); Manchester Primary Care Trust (Regno Unito).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Servizio per i Rapporti Socio Sanitari Internazionali e A. Ulss n. 19 di Adria

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 763.877,00
Contributo CE alla RV € 27.280,00
Contributo a carico della RV € 63.890,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: EUREGIO III
HEALTH INVESTMENT IN SFS 2000-2006: LEARNING LESSONS TO INFORM REGIONS IN THE 2007-2013

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2008/2013
DG Sanco/Salute pubblica – Call 2008

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: estendere i risultati di Euregio per identificare e condividere buone pratiche per un uso effettivo dei fondi strutturali per la salute al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie tra le Regioni Europee.

Azioni: aggiornare il database di buone pratiche esistenti, definire modelli di successo e fattori critici di successo, disseminare i risultati e fare azioni di formazione sui manager regionali e professionisti nel campo della salute che gestiscono fondi strutturali e sono responsabili degli investimenti in salute.

DURATA

36 mesi
2009-2011

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Health Cluster Net (Regno Unito)

Partners: Regione Veneto (Italia); Semmelweis University (Ungheria); Maastricht University (Paesi Bassi); University of Liverpool (Regno Unito); AER-Assembly of European Regions.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
A. Ulss n.10 di San Donà di Piave

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.556.379,13
Contributo CE alla RV € 49.246,00
Contributo a carico della RV € 50.287,70



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: ENGENDER
INVENTORY OF GOOD PRATICES IN EUROPE FOR PROMOTING GENDER EQUITY IN HALTH

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2008/2013
DG Sanco/Salute pubblica – Call 2008

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: contribuire all'informazione e alla conoscenza base delle politiche e i programmi implementati in Europa che promuovono l'equità di genere nella salute.

DURATA

24 mesi
2009-2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Karolinska Institute (Svezia)

Partners: Regione Veneto (Italia); National Institute for Health Development (Ungheria); Institut za varanje zdravja Republike Slovenije (Slovenia); Maastricht Univerity (Paesi Bassi); Publich Health Agency (Lettonia); European Institute of Women's Health (Irlanda); Swedish National Institute for Public Health (Svezia); European Men's Health Forum (Belgio); Statni zdravotni ustav (Repubblica Ceca).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Az. Osp. di Verona

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 661052,80
Contributo CE alla RV € 10.524,00
Contributo della RV € 5.250,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: CLIMATE-TRAP

Climate Change Adaptation by Training, Risk Assessment and Preparedness

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2008/2013
DG Sanco/Salute pubblica – Call 2008

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: rafforzare il settore sanitario pubblico nella costruzione di capacità specifiche per affrontare le conseguenze del cambiamento climatico sulla salute. La disseminazione dei risultati derivante dallo studio delle esperienze europee più significative nel campo della salute e del cambiamento climatico. Sono previste azioni di formazione destinate a professionisti della salute.

DURATA

30 mesi
2008 -2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Hulpverlening Gelderland Midden (Paesi Bassi)

Partners: Regione Veneto (Italia); Umea University (Svezia); Netzwerk kindergesundheit und Umwelt (Germania); Baltic Innovation Agency (Spagna); Medical University of Wien (Austria); Association for health and Environment (Ungheria); UMIT-Institute for public health, Medical Decision making and Health Technology Assessment (Austria); Regional Public Health Maribor (Slovenia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Prevenzione e ARPAV

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 519.393,00
Contributo CE alla RV € 25.000,00
Contributo a carico della RV € 18.334,00



SANITÀ: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: EMIS
European MSM Internet Survey

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di azione comunitaria 2008/2013
DG Sanco/Salute pubblica – Call 2008

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: sperimentare un innovativo sistema di monitoraggio attraverso un sondaggio on line per raccogliere dati sul comportamento e le attitudini sessuali del gruppo definito MSM (Men Having Sex with Men), compresa l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili.

DURATA

24 mesi
2009-2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Robert Koch-Institute (Germania)

Partners: Regione Veneto (Italia); Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit GmbH (Germania); Maastricht University (Paesi Bassi); University of Portsmouth (Regno Unito); Fundacio Institut d'Investigacio en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (Spagna).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

CRRPS – Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute
A. Ulss 20 di Verona

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.206.946,66
Contributo CE alla RV € 55.765,48
Contributo a carico della RV € 48.200,00



SANITÀ: PROGETTI IN NEGOZIAZIONE

TITOLO: Healthy Children in Healthy Families

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Health Programme 2008-2013 together for Health

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: miglioramento delle condizioni di salute di quei bambini che, insieme alle loro famiglie, soffrono di disturbi legati a cattive abitudini nello stile di vita. I problemi più diffusi sono: obesità, disturbi alimentari, malattie come il diabete, uso di alcohol, sigarette, droga, ecc.: formare il personale sanitario e attori della società civile che si ritrovano ad interagire in gruppi e attività che coinvolgono giovani e bambini e che possono influenzare il loro sviluppo fisico e psicologico: associazioni sportive, associazioni di immigrati, scuole, club giovanili; Intervenire sulle aree geografiche caratterizzate da un alto tasso di immigrazione per coinvolgere nella creazione di attività di prevenzione sanitaria le popolazioni straniere più giovani e favorirne l'integrazione; Contribuire all'incentivazione di politiche di uguaglianza in campo socio sanitario; e il progetto verrà implementato attraverso la collaborazione, in modo da rispettare la differenza-zione sociale e garantire la trasferibilità del progetto dal livello regionale a quello locale. In una prospettiva di lungo termine, il progetto contribuirà all'incentivazione di politiche di uguaglianza in campo socio sanitario.

DURATA

Inizio: 2010-02-01

Durata: 36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Lead Partner: University College Lillebaelt nella Regione a Sud della Danimarca.

Partners Associati: South Denmark European Office, Odense Municipalità, Vejle municipalità, Oslo Municipalità, Coventry University, Coventry New Deal for Communities (Coventry City Council), Regione del Veneto, Verona University, The Country of Karlovac, Medical School Karlovac, Instituto Municipal de Asuntos Sociales (Ayuntamiento de Caceres), Association for Social Sciences in Extramadura.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute (CRRPS)

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.234.677

Contributo complessivo CE € 740.474

Contributo a carico della RV € 42.750

Contributo CE alla RV € 54.070



SANITÀ: PROGETTI IN NEGOZIAZIONE

TITOLO: HIV COBATEST

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Health Programme 2008-2013 together for Health

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Promuovere la diagnosi preventiva per l' infezione di HIV in Europa attraverso anche il miglioramento dell'attendibilità dei test diagnostici nei diversi paesi dell'Unione; Promuovere le strategie di accesso al test dell'HIV per tutte le frange della popolazione, specialmente quelle più emarginate come ad esempio gli immigrati che spesso incontrano barriere legali o semplicemente non sono partecipi alle campagne di prevenzione; Contribuire alla creazione di un network di CBVCT (community-based HIV voluntary counseling and testing) che raggruppi tutte le entità governative, sociali, regionali e locali che vogliano diffondere e monitorare l'azione preventiva e le pratiche di testing per quanto riguarda il virus dell'HIV;.

Azioni: Comparare i precedenti e gli attuali rapporti che descrivano le attività fino adesso svolte dalle diverse comunità nelle diverse aree geografiche in modo da avere piena comprensione dei programmi e servizi tuttora esistenti in questo campo; Diffondere un questionario standard che raccolga informazioni da parte delle istituzioni e attori esperti nel campo; Stesura di linee guida che siano il frutto di un'attenta analisi delle buone pratiche esistenti per la prevenzione all'HIV e di uno studio qualitativo tra gli utenti e gli esercenti; Stesura di un protocollo per il monitoraggio delle attività di HIV testing; Diffondere il test rapido per HIV nelle diverse comunità e valutarne l'affidabilità e l'accettazione all'interno delle stesse.

DURATA

Inizio: 2010-02-01

Durata: 36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias I Pujol. (Spagna)

Partners: Regione del Veneto, Association AIDES (France), Stop AIDS-Gay Men's HIV Organization (Denmark), AIDS-Hilfe NRW e.V. (Germany), Projecte dels NOMS-Hispanosida (Spain), Institute of Sexology (Czech Republic), Institute of Public Health of Republic of Slovenia (Slovenia), National AIDS Centre (Poland)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

In questo progetto l'attuazione e il coordinamento dello stesso verranno in gran parte effettuati dal Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute (CRRPS)

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 749.439

Contributo CE sul budget complessivo € 449.663

Contributo CE alla RV € 54.000

Contributo a carico della RV € 36.000



SANITÀ: PROGETTI IN NEGOZIAZIONE

TITOLO: "EUnetHTA-JA Collaboration – European Network for Health Technology Assessment (HTA)"

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Health Programme 2008-2013 together for Health

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: supporto agli Stati la cui attività in materia di HTA sia parzialmente o non ancora sviluppata; completamento di uno strumento (Adaptation Toolkit) utile ad adattare studi di HTA già effettuati in un determinato contesto/Paese ad un altro contesto/Paese; completamento del "Core HTA", ossia del modello che dovrebbe essere applicato a tutti gli studi in materia di HTA; completamento di una rete informativa sulle tecnologie emergenti; completamento di una rete per il continuo scambio di informazioni tra ricercatori del network EUnetHTA.

DURATA

Inizio: 2010-01-01

Durata: 36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: EUnetHTA Collaboration Secretariat "SUNDHEDSSTYRELSEN - The National Board of Health (Danimarca)"

Partners: AETS, Agency for Health Technology Assessment - Instituto de Salud Carlos III (Spagna); AETSA, Andalusian Agency for Health Technology Assessment (Spagna); Age.na.s, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Italia); AHTAPol, Agency for HTA (Polonia); ASSR, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna (Italia); Avalia-t, Galician Agency for HTA (Spagna); CAHTA, Catalan for Applied Research and Technology Assessment (Danimarca); CVZ, College voor zorgverzekeringen (Paesi Bassi); DACEHTA, National Board of Health (Danimarca); DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Germania); FinOHTA, Finnish Office for HTA (Finlandia); HAS, Haute Autorité de Santé (Francia); IQWiG, Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Germania); KCE, Belgian Health Care Knowledge Centre (Belgio); LBI/HTA, Ludwig Boltzman Institute of Health Technology Assessment (Austria); NCCHTA, National Coordinating Centre for HTA (Regno Unito); OSTEBA, Basque Office for Health Technology Assessment (Spagna); Regione del Veneto (Italia); SBU, Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (Svezia); SNHTA, Swiss Network for Health Technology Assessment (Svizzera); State Health Care Accreditation Agency, Ministero della Salute (Lituania); UETS, Health Technology Assessment Unit (Spagna).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari della Segreteria Regionale Sanità e Sociale.



SOCIALE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: ESN – European Social Network
Rete Sociale Europea

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma di lotta contro l'esclusione sociale e la povertà della DG "Occupazione, Affari Sociali e Pari Opportunità": Azione "Finanziamento reti attive nella lotta contro la povertà e l'esclusione sociale".

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Miglioramento della conoscenza dell'esclusione sociale e della povertà in Europa attraverso l'individuazione di indicatori sociali appropriati; Scambio di buone pratiche a livello nazionale, regionale e locale sulle politiche di inclusione sociale; Sviluppo di approcci innovativi da parte delle autorità pubbliche e di tutti gli attori nella messa in atto di politiche efficaci nella lotta contro l'esclusione sociale.

Azioni: Partecipazione alle conferenze internazionali organizzate dalla rete con la presentazione di contributi specifici sul tema affrontato; Organizzazione di seminari, scambi e workshop sulle tematiche riguardanti l'esclusione sociale; Partecipazione alla stesura della posizione della rete sulle politiche di inclusione sociale messe in atto dall'Unione europea da presentare alla Commissione europea.

DURATA

2006-2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: European Social Network (Gran Bretagna)

Partners: Vereniging van Vlaamse OCMW- Secretarissen VVOS (Belgio); Foreningen af Socialchefer i Danmark-FSD (Danimarca); Suomalainen ESN-yhteenliittymä (Finlandia); Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements -ANDASS (Francia); Gremium der Gressen Städte (Germania); Primary, Community and Continuing Care Directorate, Health Services Executive; Samtök félagsmalastjóra a Íslandi (Islanda); Direttori dei servizi sanitari e del welfare sociale, Regione Veneto (Italia); Norsk Helse- og Sosiallederlag (Norvegia); DIVOSA (Paesi Bassi); Associazione dei direttori dei servizi sociali per l'Inghilterra, il Galles e l'Irlanda del Nord- ADSS (Regno Unito); Associazione per i direttori dell'assistenza sociale per la Scozia- ADSW (Regno Unito); Foreningen Sveriges Socialchefer (Svezia); Schweizerische Städteinitiative Sozialpolitik (Svizzera); SZIME (Ungheria); Union nationale des centres communaux d'action sociale- UNCCAS (Francia); Città di Hamm (Germania); Comune di Zografou (Grecia); Comune di Dublino (Irlanda); Comune di Bologna (Italia); Città di Torino (Italia); Provincia Autonoma di Trento (Italia); Provincia di Latina (Italia); Regione del Lazio (Italia); Stichting StimulanSZ (Paesi Bassi); Istituto per lo sviluppo dei Servizi Sociali- IRSS (Polonia); Ispettorato dei Servizi Sociali, Governo scozzese- ADSW (Regno Unito); Istituto per la Superiorità nell'Assistenza sociale- ADSS (Regno Unito); Unione delle città e dei comuni (Repubblica Ceca); Contea di Arad (Romania); Comune di Oradea (Romania); Consiglio della Contea di Prahova (Romania); Centro geriatrico Subotica (Serbia e Montenegro); Diputació de Barcellona (Spagna); Istituto di Ricerca NOPUS (Svezia); Città di Istanbul (Turchia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 270.585,38
Contributo complessivo CE € 243.526,84
Contributo a carico della RV € 4.500
Contributo CE alla RV € 12.000



SOCIALE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: DEFT- Developing Europe's Training
Sviluppare la Formazione in Europa

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Leonardo da Vinci- Direzione Generale "Istruzione e Cultura"

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Sviluppo di un programma formativo destinato agli operatori che si occupano di affido familiare con lo scopo di migliorare la qualità dell'affido stesso; Miglioramento della formazione, a livello europeo, dell'operatore che si occupa di affido familiare; Implementazione dell'informazione e formazione per gli operatori addetti all'affido familiare

Azioni: scambi di buone prassi per l'elaborazione di un modello comune di intervento a disposizione degli operatori del settore, allo scopo di aumentare il numero di affidi familiari e la qualità degli interventi.

DURATA

23 mesi
ottobre 2005- settembre 2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Comune di Vasteras (Svezia)

Partners: International Foster Care Organisation- IFCO (Olanda); Warsaw (Polonia); Città di Vienna (Austria); Surrey Country Council (Gran Bretagna); Regione Veneto (Italia); Uppsala (Svezia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Osservatorio Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 399.405
Contributo complessivo CE € 298.054
Contributo a carico della RV € 43.875
Contributo CE alla RV € 58.500



SOCIALE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: PERCENTAGE- Person Centred Trainign, Age Care Planning

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Leonardo da Vinci- Direzione Generale "Istruzione e Cultura"

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: creazione di uno strumento formativo basato su sistemi informatici in grado di migliorare la formazione degli operatori nei settori di salute e assistenza.

Obiettivi: Aumento dei servizi di assistenza domiciliare; Necessità di preparare gli operatori del settore a fornire cure assistenziali domiciliari a lungo termine, per rispondere alle esigenze emerse negli ultimi anni, riguardanti l'aumento di malati che risiedono nel proprio domicilio.

DURATA

23 mesi
ottobre 2006- settembre 2008

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Surrey County Council (Regno Unito)

Partners: Regione del Veneto (Italia); Tartu City Government (Estonia); Terrassa City Council (Spagna); City of Helsinki (Finlandia); Regione Valle d'Aosta (Italia); City of Uppsala (Svezia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali- Servizio Anziani

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 414.000
Contributo a carico della RV € 10.165
Contributo CE alla RV € 30.492,75



SOCIALE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: EHLE- Empowering Health Learning for Elderly
Educare l'anziano alla salute

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Life long learning Programm- Grundtvig

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: sviluppare un Training System (EHLE) che fornisca agli adulti che si occupano, sia professionalmente che come volontariato, di anziani, gli strumenti e la conoscenza per trasmettere informazioni sugli stili di vita sani.

DURATA

24 mesi
Dicembre 2007-Novembre 2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto (Italia)

Partners: UNCASS (Francia); Università di Alicante (Spagna); Organização Civil Cientifica de Educação de Adultos (Portogallo)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss n. 16 di Padova

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 343.256
Contributo complessivo CE € 245.784
Contributo a carico della RV € 28.713
Contributo CE alla RV € 73.332



SOCIALE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: OPEN DOOR

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Youth in Action: Action 4- Youth Support System;
Action 4.4- Projects encouraging innovation and quality
Call for Proposals EACEA/02/07

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: dare un'opportunità a professionisti europei del settore pubblico e di quello del privato sociale impegnati sul problema dei giovani svantaggiati che vivono in aree periferiche, di lavorare congiuntamente per sperimentare azioni innovative e scambi di buone pratiche nel contesto dell'educazione non formale.

Attività: Seminari sul tema dell'inclusione sociale e del coinvolgimento dei giovani svantaggiati che vivono in aree periferiche; una gara europea di idee rivolta ai giovani di tutti i paesi partner del progetto, il cui obiettivo è quello di proporre progetti che possono favorire le aree periferiche e quindi i giovani che ci vivono

DURATA

18 mesi
Gennaio 2009-Ottobre 2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione del Veneto

Partners: Coordinamento nazionale comunità accoglienza- CNCA (Italia); Liverpool City Council (Regno Unito); University of Edinburgh (Regno Unito); Ariel Trust (Regno Unito); Dirección General de Juventud/Comunidad de Madrid (Spagna); Coordinadora Infantil y Juvenil de t.l. de Vallecans (Spagna); Upsala City Council (Svezia); Lasofta Youth Association (Svezia); Municipality of Alimos (Grecia); Association of Abellakia habitants in Alimos (Grecia).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali - Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 142.880,33
Contributo complessivo CE € 88.917,03
Contributo a carico della RV € 23.209,00
Contributo CE alla RV € 9.480,0



SOCIALE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: PROMETHEUS:
Promoting quality of social services of General Interest
Promuovere la qualità dei Servizi Sociali di Interesse Generale

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma Progress
VP/2008/004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: sviluppare, implementare e sperimentare le applicazioni transnazionali del sistema EQUASS (European Quality in Social Services)

Azioni: Rivedere e convalidare i principi di qualità e i criteri del Equass a livello europeo e nazionale nel settore dei servizi sociali (CEN agreement); Modificare il sistema Equass secondo i nuovi principi e criteri nelle seguenti aree: disabilità, senza fissa dimora, assistenza domiciliare, infanzia; Supportare quattro Paesi nell'implementazione del sistema dell'Equass. La formazione prevederà: formazione d'aula e informazione ai fornitori di servizi, utenti ed autorità pubbliche; Sperimentare l'applicazione dell'Equass

DURATA

24 mesi
Dicembre 2008- Novembre 2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: EPR – European Platform for Rehabilitation

Partners: MHE - Mental Health Europe; Feantsa – European Federation of National Organisations Working with the Homeless; Eurag – The European Federation of Older People; ENSA – European Network of Social Authorities

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 340.000,00
Contributo complessivo CE € 300.000,00
Contributo a carico della RV € 7.300,00
Contributo CE alla RV € 3.500,00



SOCIALE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: PROTECTING CHILDREN IN CHILD PROTECTION SYSTEMS

Garantire Ai Bambini Il Diritto Di Protezione All'interno Delle Strutture Per Minori

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Diritti Fondamentali e Giustizia - DAPHNE III

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: questo progetto intende contribuire alla creazione e allo sviluppo di servizi sociali del pubblico e del privato sociale in grado di garantire il diritto del minore ospite di strutture residenziali alla protezione da ogni forma di violenza. Lo specifico obiettivo del progetto è quindi quello di rinforzare i servizi sociali operanti nella Regione del Veneto, nella città di Bucarest, nella Municipalità di Pordim in favore di minori vittime di situazioni di violenza ospiti nelle strutture residenziali.

Azioni: analisi della letteratura scientifica esistente sul tema; collezione/creazione database a livello locale circa i Servizi residenziali esistenti per la cura dei bambini; elaborazione di indicatori di valutazione comuni; applicazione a livello sperimentale e analisi del modello di auto-valutazione; attività di supporto diretto agli operatori nel lavoro di identificazione dei casi di violenza; organizzazione di incontri locali di follow-up; disseminazione dei risultati ottenuti sul follow up; identificazione di case-histories e produzione di una breve pubblicazione sui casi da distribuire; produzione e distribuzione di un breve manuale per gli operatori sociali sugli strumenti di valutazione; organizzazione di 3 conferenze nazionali per la disseminazione dei risultati di progetto.

DURATA

24 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Associazione Amici dei Bambini con sede a Mezzano di San Giuliano Milanese (Italia)

Partners: Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali (Italia); Synergia SRL – Istituto di Ricerca di Milano (Italia); Associazione Nadia No Profit di Verona (Italia); DG of Social Assistance and Child Protection – Sector 1 & 6 Bucharest (Romania); Association of Health Psychology, Municipalità of Pordim (Bulgaria); New Bulgarian University, Detza pd Dagata (Bulgaria).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali – Servizio Famiglia

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 394.649,00

Contributo complessivo CE € 315.000,00



SOCIALE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: DESIGN FOR ALL
Accessibilità a tutti

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Lifelong Learning Programme – Leonardo da Vinci-2008 for partnerships

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Migliorare l'accessibilità a tutti negli spazi pubblici, trasporti, edifici al di là del rispetto della legislazione; Promuovere la realizzazione di edifici che siano progettati per andare incontro alle esigenze di persone anziane e/o con disabilità; Sviluppare il principio per cui le persone con disabilità non debbano adattarsi all'ambiente ma che le strutture stesse siano pensate per rispondere alle loro specifiche necessità.

Azioni: Scambi ed incontri di formazione diretti ad architetti, studenti, autorità locali sul tema dell'accessibilità degli spazi pubblici, trasporti, edifici. - Organizzazione di 5 incontri (Val de Marne, Orebro, Veneto, Solna); Visite a edifici che diano lo spunto per affrontare il tema dell'accessibilità; Organizzazione di una gara per sensibilizzare professionisti del settore e studenti in architettura al problema della accessibilità.

DURATA

24 mesi
Settembre 2008- Agosto 2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Conseil general du Val-de-Marne (Francia)
Partner: Orebro Regional Development Council (Svezia); Regione del Veneto (Italia); Latvia Umbrella Body for Disability Organisation (Lettonia); Solna City (Svezia); Direccion general de Personas con Discapacidad, Consejeria de Igualdad y Asuntos, Junta de Andalucia (Spagna); University of Seville (Spagna); University of Granada (Spagna)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 90.000
Contributo complessivo CE € 90.000
Contributo CE alla RV € 18.000



SOCIALE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: HHC - QUALITY CARE 4 QUALITY AGEING
La qualità della cura per una vecchiaia in qualità

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma Progress
VP/2008/004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Sviluppo di un set di indicatori di monitoraggio e valutazione della qualità erogata all'interno del sistema di HHC, condivisi e validati da un panel di attori transnazionali: in particolare per quanto riguarda l'efficacia della cura e la soddisfazione degli utenti e degli attori che a vario titolo interagiscono entro il sistema di assistenza; Implementazione e miglioramento, sulla base dei risultati delle azioni progettuali, di interventi innovativi indirizzati ad anziani non autosufficienti assistiti in casa, finalizzati al ripristino delle condizioni sociali e di salute e al reinserimento dei soggetti nella rete sociale; Disseminazione e trasferimento tra paesi partecipanti al progetto delle buone pratiche esistenti legate sia alla legislazione che alle politiche, che ai sistemi di monitoraggio e valutazione implementati a livello locale; Miglioramento della capacità del sistema di Long Term Care di supportare le famiglie con membri fragili con problemi di non autosufficienza, per alleggerirne il carico, visto che grava prevalentemente sulle spalle delle donne, al fine di aiutare anche la conciliazione tra ruolo familiare e ruolo lavorativo; Trasferimento a livello europeo di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione della qualità della HHC che sia appropriata, flessibile, condivisa e validata in diversi paesi europei, così che possa essere trasferita.

DURATA

20 mesi
1 Novembre 2008 – 1 Luglio 2010

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione del Veneto (Italia)

Partner: Regione Basilicata Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità (Italia); Synergia Srl. (Italia); Centro di Iniziativa Europea Soc. Coop. (Italia); Centre Public d'Action Sociale (CPAS), De La Ville De Bruxelles (Belgio); Social Services Departmental Helsinki (Finlandia); National Union Of Social Action Community Centres (UNCCAS), (Francia); Technologie-Netzwerk Berlin E.V. (Germania); Municipality of Halandri (Grecia); Institut Municipal de Salut I Benestar Social (IMSABS) (Spagna); Secretaria Autonoma Inmigracion Y Ciudadania, Generalitat Valenciana (Spagna); Fundacion Comunidad Valenciana- Region Europea (FCVRE) (Spagna).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 396.470.00
Contributo complessivo CE € 300.000.000
Contributo a carico della RV € 42.000
Contributo CE alla RV € 30.000



SOCIALE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: THE CHILD RIGHT TO A FAMILY: FOSTER CARE UNDER THE LENS
Diritti del bambino in famiglia: affidamento e legislazione

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Diritti Fondamentali e Giustizia - DAPHNE III

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: questo progetto intende contribuire alla promozione di appropriate ed efficaci forme di affidamento in accordo con lo spirito del CRC del 1989, la Convenzione Europea sui diritti umani e la risoluzione del Parlamento Europeo del 16 gennaio 2008.

Azioni: Identificazione dell'effettivo ruolo della società civile nella promozione dell'affidamento all'interno di programmi, servizi e progetti pilota capaci di accrescere l'accesso dei bambini all'affidamento senza discriminazione alcuna; Creazione di un set di indicatori specifici sull'affidamento capaci di supportare i decisori politici a riconoscere l'effettivo potenziale dei servizi e programmi sociali; Promozione ed identificazione di buone pratiche nonché formazione specifica rivolta agli attori della società civile e alle pubbliche autorità.

DURATA

18 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Associazione Amici dei Bambini con sede a Mezzano di San Giuliano Milanese (Italia)

Partners: Synergia srl (Italia), Regione Puglia (Italia); Comune di Bari – Ripartizione Solidarietà (Italia); Regione Veneto-Segreteria Sanità e Sociale - Direzione dei Servizi Sociali - Servizio Famiglia (Italia); RAHP- Romanian Association of Health Psychology (Romania); NGO Asociatia Aproapele (Romania); General Direction of Social Assistance and Child Protection 1 District Bucharest – GDSACP Sector 1 (Romania); OUR Home Association (Polish name: Towarzystwo Nasz Dom) (Polonia); SAPI, Social Activities and Practices Institutes (Bulgaria); Eurochild AISBL (Belgio).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Servizi Sociali – Servizio Famiglia

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 505.415,00
Contributo complessivo CE € 403.665,00



RICERCA: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: E4P

The future for patients in Europe
Il futuro per i pazienti in Europa

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

6° Programma Quadro di Ricerca e sviluppo
DG Research - Call 2004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Fornire l'evidenza empirica necessaria per consentire ai decisori politici a livello nazionale ed europeo di intraprendere azioni coordinate per garantire ai cittadini e ai pazienti europei la possibilità di circolare liberamente in Europa; studiare e analizzare il fenomeno, esaminando il quadro normativo a livello comunitario e nei diversi stati membri sulla mobilità dei pazienti.

DURATA

2005 - 2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: IESE Business School (Spagna)

Partner: London School of Hygiene and Tropical Medicine (Gran Bretagna); LSE – London School of Economics (Gran Bretagna); OSE – Observatoire Social Européen (Belgio) ; Faculty of Law Ghent University (Belgio); CCBS - Centre for Cross Border Studies (Irlanda); Institute of Public Health (Slovenia); Praxis (Estonia); European Observatory on Health Care Systems; AIM – Association International de Mutualité ; Regione del Veneto.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss n. 10 di San Donà di Piave
Regione Veneto - S.R.R.I
Regione Veneto – Sede Direzione di Bruxelles

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 505.415,00
Contributo complessivo CE € 403.665,00



RICERCA: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: CROSSEUROPE
EU CROSS BORDER CARE COLLABORATION

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

VII Programma Quadro
FP7-HEALTH-2009- single-stage

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: facilitare un processo attraverso cui i cittadini europei possano ocularle le proprie scelte di cura e trattamento sanitari presso uno stato membro terzo attraverso informazioni accurate, procedure semplificate e, soprattutto, continuative. Il progetto è ispirato ai principi delineati dalla direttiva sui diritti dei pazienti nelle cure sanitarie transfrontaliere e mira a colmare la mancanza di informazioni in tale ambito. Il progetto esamina 5 aspetti relativi all'erogazione delle cure sanitarie ove è necessario che le procedure siano compatibili per assicurare che continuità e qualità di cura ai pazienti. Gli aspetti esaminati sono i seguenti: qualità del personale sanitario; trattamenti; valutazione degli standard di qualità; contenuto dei dati medici del paziente; prescrizioni mediche.

DURATA

36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: LSE Health: The London School of Economics and Political Science – Health centre (Inghilterra)

Partners: Regione del Veneto; OBS, European Observatory on Health Systems & Policies; LSHTM: London School of Hygiene and Tropical medicines; OSE: Observatoire Social Europeen; Maastricht: Universiteit Maastricht; TUB: Technische Universität Berlin; ECSW: European Centre for Social Welfare Policy and Research; UB: University of Barcelona (Universitat de Barcelona); IVZ-RS: Institute of Public health of The Republic of Slovenia; PRAXIS: PRAXIS Center for Policy Studies; STAKES: National Research and Development Centre for Welfare and Health; Semmelweis: Semmelweis Egyetem

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 10 di San Donà di Piave

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 4.761.198,96
Contributo della CE alla RV € 123.530,96



RICERCA: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: CLINICAL CONTINUITY BY INTEGRATED CARE

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

VII Programma Quadro

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: analizzare l'attività assistenziale a livello di assistenza primaria/ospedaliera e i suoi effetti sulla qualità in termini di risultati di salute e costi in differenti settings.

Azioni: identificare e validare fattori determinanti e i risultati dell'integrazione nei diversi setting per fornire un miglioramento continuo della qualità in "clinical care at the primary care/hospital" nell'interfaccia assistenziale primaria/ospedaliera.

DURATA

36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: CAST, University of Southern Denmark (SDU), Denmark

Partner: University Medical Centre Groningen (UMCG) Netherlands; IRCCS San Camillo, Venice (IRCCS), Italy; University of Glasgow (UoG), England; Hammel Neurocenter (HNNR), Denmark; Regione Veneto (RegVen), Italy; OUH-Neurorehabilitation Centre SHF Ringe (SHF), Denmark; Neurorehab. Brønderslev, Hosp. Vendsyssel (BNSV), Denmark; Linköping University (LiU), Sweden; Universidade de Aveiro (UAVR), Portugal; Academy of Physical Education (AWF), Poland; Fundació Privada Clínic per a la Recerca Biomèdica (FCRB), Spain.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari, Segreteria Sanità e Sociale



RICERCA: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: HEALTH PROMETHEUS - HEALTH PROFESSIONAL MOBILITY IN THE EUROPEAN UNION STUDY

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Settimo Programma Quadro 2007-2013

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Effettuare una mappatura della dimensione del fenomeno della mobilità dei professionisti sanitari in alcuni paesi europei ed identificare lacune e difficoltà nella raccolta dei dati; Verificare i fattori di contesto, dei sistemi sanitari e personali che influenzano la mobilità dei professionisti; Verificare l'impatto della mobilità dei professionisti; Identificare risposte alle problematiche sollevate e buone pratiche; Comprendere le sfide future della mobilità dei professionisti; Elaborare raccomandazioni per decision makers a livello europeo, nazionale e altri livelli.

DURATA

Durata: 36 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: EHMA-European Health Management Association (Dublin-Ireland)

Partners: Regione del Veneto (Italia); World Health Organization Regional Office for Europe (Ginevra); SE-Semmelweis Egyetem (Budapest); KCL-King's College London (Londra); KUM-Kaunas University of Medicine (Lituania); TUB-Technische Universität Berlin (Berlino); THL-National Institute for Health and Welfare (Finlandia); LSE-London School of Economics (Londra); IVZ-RS Institute of Public Health of the Republic of Slovenia (Slovenia); ULPGC-University of Las Palmas de Gran Canaria (Spagna).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss n. 5 Ovest Vicentino

ONERI FINANZIARI

Budget Complessivo € 3.126.170
Contributo CE sul budget complessivo € 2.510.297
Contributo CE alla RV € 56.400
Contributo a carico della RV € 18.000



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE TECNOLOGICA IN SALUTE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: HEALTH OPTIMUM I

Healthcare Delivery Optimisation Through Telemedicine

Ottimizzazione del Servizio Sanitario attraverso Applicazioni di Telemedicina

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma eTen- Finanziamenti per la diffusione dei servizi elettronici nella Unione Europea. Call 2004

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Attività: Teleconsulto; Visita/incontro virtuale; Servizi di notifica; Condivisione delle informazioni cliniche del paziente; Telaboratorio

DURATA

maggio 2004/ gennaio 2006

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto

Partner: Aragonesa de Servicios Telematicos (Spagna); Region of Southern Denmark (Danimarca); Country Council of Uppsala (Svezia); Timisoara Emergency Country Hospital (Romania); TeSan (Italia); Health Information Management S.A. (Belgio); Health and Costumer Protection Department Aragon (Spagna)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 9 di Treviso

ONERI FINANZIARI

Contributo CE alla RV € 1.597.424,00



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE TECNOLOGICA IN SALUTE: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: HEALTH OPTIMUM II

Healthcare Delivery Optimisation Through Telemedicine

Ottimizzazione del Servizio Sanitario attraverso Applicazioni di Telemedicina

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma eTen- Finanziamenti per la diffusione dei servizi elettronici nella Unione Europea. Call 2006

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Attività: Teleconsulto; Visita/incontro virtuale; Servizi di notifica; Condivisione delle informazioni cliniche del paziente; Telelaboratorio

DURATA

24 mesi

1 Giugno 2007/ 1 Giugno 2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto

Partner: Aragonesa de Servicios Telematicos (Spagna); Region of Southern Denmark (Danimarca); Country Council of Uppsala (Svezia); Timisoara Emergency Country Hospital (Romania); TeSan (Italia); Health Information Management S.A. (Belgio); Health and Costumer Protection Department Aragon (Spagna)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 9 di Treviso

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 19.403.589

Contributo complessivo CE € 5.400.000

Contributo CE alla RV € 1.615.000

Contributo a carico della RV € 2.566.000



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE TECNOLOGICA IN SALUTE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: NETC@RDS FOR EEHC II E III- DEPLOYMENT-

Demonstrators of Smart Cards and Network Solutions for European Health Insurance Card Electronification

Dimostratori di smart cards e soluzioni di rete per la tessera di assicurazione sanitaria

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

eTEN/2006/1

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: sviluppo della versione elettronica della Tessera Europea di Assicurazione Malattie (TEAM), già testata con successo nella fase A3 del progetto che è stato finanziato dalla Commissione Europea, DG INFSO. L'obiettivo finale del progetto è infatti di permettere a tutti i cittadini europei che viaggiano nelle regioni che hanno preso parte al progetto, di poter beneficiare dei servizi offerti da NETC@RDS utilizzando la loro tessera sanitaria.

Attività: Acquisizione dei dati attraverso la lettura del chip della tessera o la scansione della TEAM, garantendo alti livelli di sicurezza nelle fasi di identificazione e di verifica; Raccolta e trasmissione dei dati alle istituzioni competenti per verificare l'effettivo diritto a richiedere il servizio; Trasmissione dei dati, attraverso i due portali, al database dell'ente assicurativo sanitario competente nella regione di origine dell'assicurato

DURATA

36 mesi

1 Giugno 2007/ Maggio 2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Groupement d'Intérêt Economique SESAM-VITALE (Francia)

Partner: Regione Veneto (Italia); Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der BRD (Germania); Johannes Kepler Universität Linz – Institute of Health System (Austria); Aristotle University of Thessaloniki (Grecia); Regione Lombardia (Italia); Medtel o.p.s (Repubblica Ceca); Vseobecna Zdravotna Poist'ovna (Slovacchia); Zavod za Zdravstveno Zavarovanje Slovenije (Slovenia); National Health Insurance Fund Administration (Ungheria); Research and Development Centre for Welfare and Health (Finlandia); Regione Calabria (Italia); The John Paul II Hospital in Krakow (Polonia); Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (Romania); SN, NO-Standards (Norvegia); VECOZO (Olanda); CZ, Actief in Gezondheid (Olanda); LLV (Liechtenstein); AP-HP (Francia); CNPS (Francia); CNAM-TS (Francia); IKA (Grecia); KELA (Finlandia); VZP (Repubblica Ceca).

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss 13 di Mirano

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 15.334.380

Contributo CE alla RV € 102.986

Contributo a carico della RV € 461.823



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE TECNOLOGICA IN SALUTE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: TEN4 HEALTH

Trans-European healthcare support network for Europe's mobile citizen
Testare un servizio di interoperabilità delle carte elettroniche della salute

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

eTEN/2006/1

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Scopo: aumentare e migliorare l'accesso da parte dei cittadini ai servizi di tutela della salute ovunque si trovino nella UE, attraverso una sicura rete di servizi e la sua integrazione nel network europeo eHealth.

Obiettivi: Integrare, localizzare e adattare, dove è necessario, tecnologie già maturate e testate; Testare e approvare l'interfaccia web e le informazioni disponibili ai cittadini in merito ai servizi forniti e alle condizioni di trattamento; Testare e approvare le caratteristiche tecniche, organizzative ed economiche su cui verificare lo stato assicurativo dei cittadini presenti in altri Stati Membri diversi dal paese di origine; Testare e approvare le caratteristiche tecniche, organizzative ed economiche di un appropriato sistema informativo e di un sistema di supporto ai processi di rimborso.

DURATA

18 mesi
2007/ 2009

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: AOK Rheinland (Germania)

Partner: Regione Veneto (Italia); Techniker Krankenkasse Hamburg (Germania); Universitätsklinikum Aachen (Germania); Kreiskrankenhaus Grevenbroich (Germania); Landeskrankenhaus Klagenfurt (Austria); Landeskrankenhaus Villach (Austria); Xarxa Sanitaria y Social de Santa Tecla Terragona (Spagna); Hospital Perpetuo Socorro Alicante (Spagna); Empirica Gesellschaft für Kommunikations und Technologieforschung mbH Bonn (Germania); Actief in Gezondheid- CZ (Olanda); Academisch Ziekenhuis Maastricht (Olanda); Medisch Centrum Alkmaar (Olanda); Walcheren Ziekenhuis Vlissingen (Olanda); Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp (Olanda); Christelijke Mutualiteit Limburg Hasselt (Belgio); AZ Koningin Fabiola Blankenberge (Belgio); IZIP Inc. Praga (Repubblica Ceca); Nemocnice Karlovy Vary (repubblica Ceca); Central Research Institute of Ambulatory Health Care in the Federal Republic of Germany.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Unità Complessa per le Relazioni Socio Sanitarie
A. Ulss 10 di San Donà di Piave

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 1.900.018,00
Contributo CE alla Regione Veneto € 18.522,00
Contributo a carico della RV € 18.523,00



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE TECNOLOGICA IN SALUTE: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: RENEWING HEALTH

REgioNs of Europe WorkINg toGether for HEALTH
Regioni dell'Europa lavorano insieme per la Salute

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

CIP-ICT PSP
Competitiveness and Innovation Framework Programme (CIP)
2007-2013

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: implementazione di una serie di "Large Scale Pilot" basati sull'uso dei Personal Health Systems e di innovativi servizi di telemedicina per la gestione sul territorio delle cronicità legate al diabete, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e alle malattie cardiovascolari (CVD) e la valutazione di impatto di questi Pilot attraverso l'uso di una metodologia di valutazione comune a tutti i siti pilota.

DURATA

Inizio: Febbraio 2010
Durata: 32 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto
Partner: Regione Syddanmark, Country Council of Norrbotten, Centre for Distance-spanning Healthcare, Northern Norway Regional Health Authority, Department de Salut de la Generalitat de Catalunya, catalan Agency for Health Tecnology Assessment and Research, South Karelia Social and Health Care District, Digital Cities of Central Greece S.A., e-Reikala, Municipality of Trikala, Regional Health Authority of Sterea & Thessaly, European Patient's Forum, European Health Telematics Association, Continua Health Alliance.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Consortium di Telemedicina in Veneto e l'ULSS 9 di Treviso

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 14.000,00
Contributo complessivo CE € 7.000.000,00
Contributo a carico della RV € 1.655.905
Contributo CE alla RV € 1.797,052



COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: INCO HEALTH

Information and communication technologies in health care
Tecnologie dell'informazione e comunicazione nella sanità pubblica

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Interreg III C – Health

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: sviluppare un approccio regionale comune sui diversi modelli e strategie adottati dai diversi Paesi europei sull'utilizzo delle carte elettroniche nel settore della sanità e sulla "e-sanità".

DURATA

30 mesi
2004 - 2007

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Regione Veneto - Direzione Regionale Risorse socio-sanitarie.

Partner: Regione Lombardia; Regione Friuli Venezia Giulia; Istituto nazionale sloveno di assicurazioni contro le malattie; Amministrazione nazionale ungherese dei fondi relativi all'assicurazione contro le malattie

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Direzione Regionale Risorse socio-sanitarie
A. Ulss n. 3 di Bassano del Grappa

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 903.607,00
Contributo alla RV da parte del FSER (50%) € 143.803,5
Cofinanziamento alla RV a carico del Fondo di rotazione nazionale (35%) € 100.663,00
Contributo a carico della RV (15%) € 43.141,00



COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA: PROGETTI CHIUSI

TITOLO: COLLABORAZIONE TRANSFRONTALIERA PER LA CURA DEL MALATO

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Interreg III A Italia – Austria

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Valorizzazione delle specializzazioni sanitarie sviluppate da ogni regione con possibilità di interscambio di pazienti in ambiti predefiniti; Miglioramento della cooperazione medico-scientifica tra le regioni; Sviluppo delle attività congiunte di aggiornamento; Predisposizione e sperimentazione di materiali informativi plurilingue per i pazienti; Creazione di una piattaforma comune di informazioni con scambio di dati; Attività di pubbliche relazioni attraverso iniziative informative per i pazienti e per i sanitari negli ospedali e territorio; Creazione di un collegamento dati allo scopo di una trasmissione in tempo reale dei referti fra gli ospedali interessati (nel rispetto della protezione dei dati); Promozione dell'orientamento al paziente negli ospedali della regione; Alpe-Adria con misure atte al miglioramento della comunicazione con pazienti alloggiati.

Azioni: Sfruttamento delle specializzazioni mediche all'interno della regione con reciproco smistamento di pazienti in ambiti predefiniti; Divisione temporale delle risorse ai fini di un'assistenza ottimale dei pazienti in casi di emergenza; Miglioramento della cooperazione medico-scientifica tra le regioni; Miglioramento delle attività congiunte di aggiornamento; Creazione di un collegamento dei dati per una trasmissione in tempo reale dei referti fra gli ospedali interessati nel rispetto della privacy; Promozione dell'orientamento al paziente negli ospedali della regione turistica Alpe-Adria con misure atte a migliorare la comunicazione; Predisposizione e sperimentazione di materiali informativi plurilingue per i pazienti; Avvio di una cooperazione duratura tra gli ospedali delle regioni partner; Creazione di una piattaforma comune di informazioni; Attività di pubbliche relazioni attraverso manifestazioni informative per pazienti, medici e terapeuti negli ospedali e fra i medici con ambulatorio.

DURATA

6 mesi
2004 - 2007

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Regione Veneto
A. Ulss n. 2 di Feltre



COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA: PROGETTI IN GESTIONE

TITOLO: PEPA – PEOPLE PARTICIPATING
Partecipazione attiva dei cittadini

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Interreg IV C – Sottoprogramma People – sotto obiettivo “Empowerment della Società Civile” – Priorità 1 “supportare e potenziare le relazioni tra pubbliche autorità e organizzazioni della società civile al fine di incrementare il contributo di queste ultime ai processi politici decisionali.

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivo: incrementare la governance locale e regionale attraverso il rafforzamento della società civile e del ruolo attivo che essa ricopre all’interno dell’agenda sociale e culturale. L’obiettivo è anche quello di contribuire ai processi decisionali “delle politiche” per l’elaborazione di piani locali strategici sui temi del sociale.

Azioni: Incontri di coordinamento tra i partner; Visite studio nelle località dei 3 paesi partner; Attività di “case study” sulle buone prassi presenti a livello locale; Organizzazione a Venezia di una conferenza internazionale sui risultati del progetto.

DURATA

17 mesi
1 Gennaio 2010 – 30 Giugno 2011

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Universidad Pablo de Olivade (Spagna)

Partner: Regione del Veneto (Italia); Hampshire Economic Partnership (Regno Unito)

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

A. Ulss n. 13 di Mirano

ONERI FINANZIARI

Budget complessivo € 140.000
Contributo complessivo CE € 105.000
Contributo a carico della RV € 0.00
Contributo CE alla RV € 40.000



COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA: PROGETTI IN NEGOZIAZIONE

TITOLO: Competenze per l'adattabilità e la flessibilità nel sistema sanitario nel contesto del decentramento

PROGRAMMA CE DI RIFERIMENTO

Programma Operativo Settoriale "Sviluppo Risorse Umane" 2007-2013-
F.S.E. Romania, Asse Prioritario 2, Settore d'intervento 3.2

OBIETTIVI ED AZIONI DEL PROGETTO

Obiettivi: Fornire gli strumenti culturali, attraverso l'educazione continua in medicina, per migliorare le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie; Sviluppare ed erogare servizi di consulenza professionale e di counselling per introdurre modelli flessibili di organizzazione del lavoro nelle istituzioni sanitarie a vantaggio della preparazione professionale degli operatori sanitari; Rendere più efficace l'attività delle microimprese e delle P.M.I. che forniscono ausili ed apparecchiature al settore sanitario assicurando programmi di formazione professionale specializzata per la "crescita" dei manager di queste organizzazioni, creando così le premesse di una gestione ottimale dei processi organizzativi interni; Perfezionare un numero di 1110 operatori sanitari attraverso la partecipazione a corsi di specializzazione in materia di medicina del lavoro e promozione della salute negli ambienti di lavoro secondo il modello formativo e organizzativo in uso nella Regione Veneto; Promuovere il partenariato transnazionale attraverso la realizzazione di scambi di esperienza e di buone pratiche dei programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro.

COORDINAMENTO ED ATTUAZIONE per la Regione Veneto

Unità Complessa per le Relazioni Socio Sanitarie

DURATA

24 mesi

PROJECT LEADER E PARTNER

Leader: Sindacato Lavoratori Rumeno FRATIA (Romania)

Partner: Regione Veneto (Italia); Federazione Sanitas (Romania); Fondazione Sviluppo in Europa (Romania); Unionservices srl (Italia)

OBIETTIVI ED AZIONI DELLA Regione Veneto

Azioni: Partecipazione alle riunioni di coordinamento; Promozione del progetto; Attività di informazione, pubblicità e disseminazione del progetto; Organizzazione di campagne di promozione e informazione sulla tematica "Organizzazione flessibile del lavoro nel contesto del decentramento dei servizi pubblici sanitari"; Realizzazione di una guida di buone pratiche; Scambio transnazionale di esperienza in Romania e in Italia



APPENDICE B. Conteniti del CD ROM

Partecipazione alle Consultazioni della Commissione Europea

Documenti presenti:

- Veneto Region response to DG SANCO Work Plan 2010
- Veneto Region response to DG SANCO Work Plan 2009
- EUREGHA response Health Inequalities

Esempi di risposta della Regione Veneto alle Consultazioni della Commissione Europea specifica sul settore sanitario (vedasi par. 1.5.1 pag. 16)

Schema di convenzione con Casse Mutue tedesche

Documenti presenti:

- Delibera della Giunta Regionale
- Convenzione tipo

Presentazione dello schema di accordo tra la Regione Veneto e le Casse Mutue tedesche per le cure programmate (vedasi par. 5.2.3.1 pag. 98)

Schema di convenzione con HTH Worldwide

Documenti presenti:

- Delibera della Giunta Regionale
- Convenzione tipo

Presentazione dell'accordo tra la Regione Veneto e HTH Worldwide (USA) per tutti i tipi di ricoveri in Veneto (vedasi par. 5.2.3.1 pag. 98)

Attrezzature dismesse ad uso umanitario

Documenti presenti:

- Legge Regionale

Modulistica per la richiesta alla dismissione di attrezzature medicali per uso umanitario nei Paesi in via di sviluppo (vedasi par. 4.7 pag. 96)

Programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie

Documenti presenti:

- Legge Regionale
 - Allegato A – Protocollo Operativo
 - Allegato B – Fac-simile di richiesta di intervento di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie
 - Allegato C – Informativa sul trattamento dei dati personali
 - Allegato D – Scheda di valutazione
-



Modulistica completa per la richiesta di ricoveri umanitari (vedasi par. 4.6 pag. 83)

Accordo Bilaterale con la Catalogna

Documenti presenti:

- Delibera della Giunta Regionale
- Protocollo di Intesa

Accordo di collaborazione con la Catalogna per lo sviluppo congiunto di tematiche sanitarie (vedasi par. 3.4 pag. 63)

Medevac

Documenti presenti:

- Protocollo d'intesa Croce Rossa Italiana – Regioni italiane
- Allegato Protocollo d'intesa Croce Rossa Italiana – Regioni italiane

Esempio di accordo tra la Regione Veneto e la Croce Rossa Italiana per il programma "Medical Evacuation" - MEDEVAC (vedasi par. 4.5 pag. 81)



SELEZIONE DI IMMAGINI ISTITUZIONALI DELLE ATTIVITA' INTERNAZIONALI



Pristina (Kosovo), 2004

Visita al progetto di cooperazione presso l'Ospedale di Pec/Peye. Incontro tra il Presidente del Kosovo I. Rugova e il Presidente della Regione Veneto G. Galan



Bruxelles, Ottobre 2009

Open Days - L'Assessore alle Politiche Sociali S. Valdegamberi, il Presidente della rete europea Elisan P. Kanner e il Commissario europeo ai Servizi Sociali V. Spidla



Venezia, Palazzo Balbi, Luglio 2009

Incontro bilaterale tra l'Assessore alla Sanità S. Sandri e il Ministro della Sanità Serbo T. Milosavljevic



Venezia, 22-23 Giugno 2009
Conferenza internazionale "Sinergie Positive" - Il Direttore Generale dell'OMS M. Chan, l'Assessore alla Sanità della Regione Veneto S. Sandri, il Ministro della Sanità F. Fazio



Bruxelles, Ottobre 2008
Open Days - La Commissaria Europea alla Salute e protezione consumatori A. Vassiliu, l'Assessore alla Sanità della Regione Veneto S. Sandri (di spalle a dx) e l'Avvocato F. Ronfini (di spalle a sx)



Venezia, 22-23 Giugno 2009
Conferenza internazionale "Sinergie Positive"
Il Direttore Generale dell'OMS M. Chan, l'Assessore alla Sanità S. Sandri



Praga, Giugno 2009
Direttivo dell'European Social Network
Il Direttore J. Halloran (quarto da sx) e il Dirigente regionale dei Servizi Sociali M. Maglio (a dx)

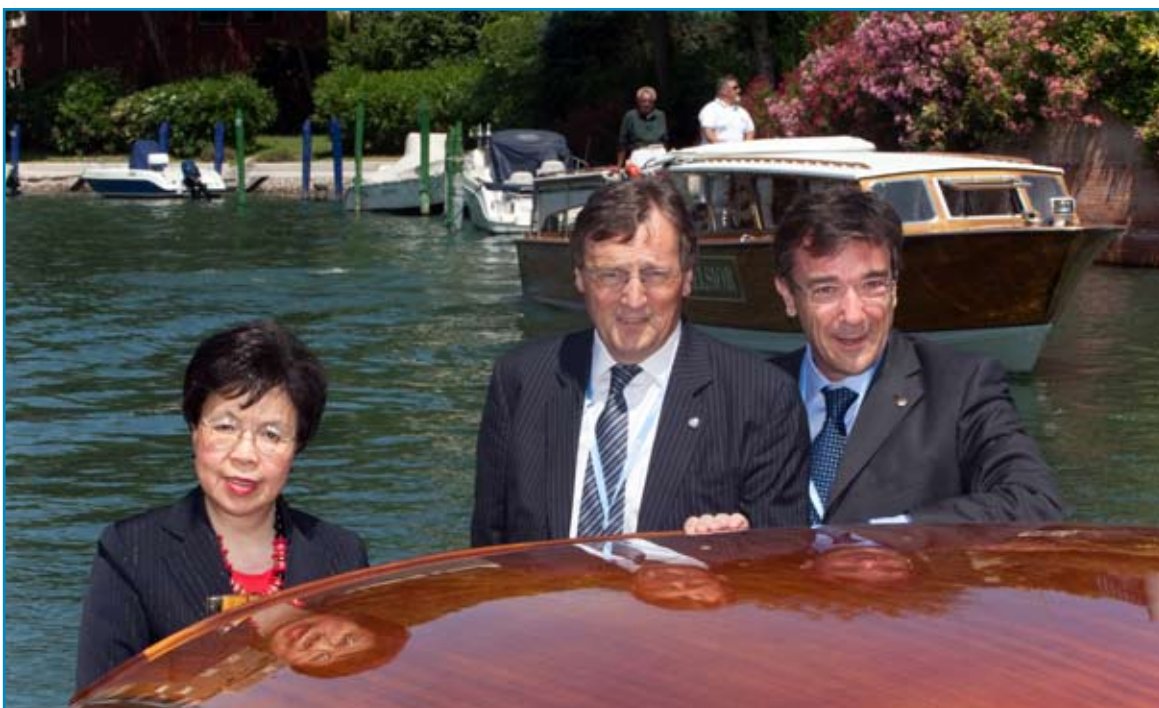


Venezia, Luglio 2008
Observatory Venice Summer School 2008
L'Assessore alla Sanità S. Sandri e il Direttore dell'OMS Europa M. Danzon (a dx)



Bruxelles, Ottobre 2009

Conferenza "International exhibition on regional policies". Iniziativa promossa dalla DG Regio: incontro tra Brasile ed UE - Il Direttore della Sede di Bruxelles della Regione del Veneto G. Martini (a dx) ed il rappresentante del Ministero dell'Integrazione Nazionale brasiliano M. Mirandas.



Venezia, 22-23 Giugno 2009

Conferenza internazionale "Sinergie Positive" - Direttore Generale dell'OMS M. Chan con il Direttore dell'Ufficio Europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo OMS Europa E. Zilio (al centro)



Villach, 13 Febbraio 2009

Riunione del comitato scientifico di Sanicademia - Il Presidente R. Panizzo (Regione Friuli), il Vice presidente L. Bertinato (Regione del Veneto), l'AD. K. Wulz (Carinzia) e la dott.ssa M.T. Manoni (Regione del Veneto, a dx)



Venezia, Agosto 2007

Observatory Venice Summer School 2007 - Nich Fahy Commissione Europea – DG SANCO, l'Avv. F. Ronfini, il Dirigente U.C. per le Relazioni Socio Sanitarie L. Bertinato e il Direttore dell'European Observatory on Health Systems and Policies J. Figueras



Venezia, Luglio 2008

Observatory Venice Summer School 2008 - Il Co-Direttore della Observatory Venice Summer School R. Busse (Università di Berlino, a sx) e il Direttore dell' European Observatory on Health Systems and Policies J. Figueras (a dx)



Venezia Palazzo Cavalli Franchetti, Agosto 2008

Il Direttore dell'European Observatory on Health Systems and Policies J. Figueras e il Direttore della London School of Hygiene and Tropical Medicine M. Mc Kee (a dx)



Venezia, Luglio 2009
Observatory Venice Summer School - Foto di gruppo



Venezia, Luglio 2008
Observatory Venice Summer School 2008
Il Segretario Regionale Sanità e Sociale G. Ruscitti (a destra) tra i partecipanti



Bruxelles, 2008

Viaggio studio A.N.M.D.O presso l'European Observatory on Health Systems and Policies



Libano – Beirut, Nave San Giorgio Luglio 2008

Apertura del canale umanitario in missione da parte del Governo Italiano, rappresentante Veneto per conto della Commissione Salute delle Regioni L. Bertinato



Pec/ Peje - Kosovo, 2008

1° Congresso di chirurgia generale del Kosovo organizzato dalla Regione del Veneto nell'ambito del Progetto di Cooperazione Decentrata



Ospedale San Bortolo di Vicenza, Dicembre 2009

Ricovero Umanitario da Herat (Afganistan) - L'Assessore alla Sanità S. Sandri con Sabria e papà



Yurimaguas – Perù 2004
Collaborazione della Regione Veneto con la Provincia di Alto Amazonas
Donazione alle Autorità Locali di un'idro-ambulanza dismessa dalla ULSS 12



Madevac dall'Iraq, 2005
Ricovero umanitario gestito dalla Regione del Veneto in collaborazione con la Croce Rossa Italiana. Arrivo all'aeroporto di Treviso di un paziente iracheno



Medevac dall'Iraq, 2005

Ricovero umanitario gestito dalla Regione del Veneto in collaborazione con la Croce Rossa Italiana. Arrivo all'aeroporto di Treviso di un paziente iracheno



Sacramento - California (USA), Novembre 2009

Visita delegazione Regione del Veneto al Governo californiano



Luanda (Angola), 2004

Consegna farmaci ed altri medicinali donati dalla Regione Veneto alle Autorità angolane in favore dell'Ospedale di Uige, gestito dal CUAMM di Padova durante l'epidemia di febbre di Marbourg



Venezia, Luglio 2007

Sigla accordo/convenzione tra la Regione Veneto e casse mutue tedesche.

Il Segretario Regionale Sanità e Sociale Giancarlo Ruscitti (al centro) ed il rappresentante della TK (Technische Krankenkasse) Helmut Heckenstaller (a destra)



BIBLIOGRAFIA

Quaglio GL, Bertinato L, et Al.: (10 dicembre 2009), *Viral hepatitis, HIV, Human Herpes virus and Treponema Pallidum Infection*, Haemodialysis Patients from Kosovo, 2005, www.eurosurveillance.org

Barzon et Al., Italia (Regione Veneto): Integration of social and health services for immigrants – the case of Padua, Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond. Copenhagen, WHO Region Office for Europe, in stampa

Colombatti R, Vieira CS, Bassani F, Cristofoli R, Coin A, Bertinato L, Riccardi F (2009), *Contamination of drinking water sources during the rainy season in an urban post-conflict community*, Guinea Bissau: implications for sanitation priority. *Afr. J. Med. Med. Sci.* 38, pag 155-161

Bertinato L, Canapero M (2009), *Successful Cross-Border Education and Training: The Example of Sanicademia – International Training Academy for Health Professionals*, Course Catalogue Medicine & Health, Going International, Vienna, 2009, pag 144-148

European Commision, (2009), *Global challenges , European responses*, Luxembourg: Publication Office of the European Union

Mirandola M, Folch Toda C, Krampac I, Nita I, Stanekova D, Stehlikova D, Toskin I, Gios L, Foschia JP, Breveglieri M, Furegato M, Castellani E, Bonavina MG, The SIALON network, (2009), *HIV bio-behavioural survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008-2009*, Euro Surveillance

WHO Regional Office for Europe, (2009) *En route, Observatory Summer School, Venice 2009*, The Bridge, Issue No.26, Summer 2009, Copenhagen

Bertinato L, (2008), *Marketing the Veneto Healthcare Model: Health Tourism, Cross-border Healthcare and More*, AHEF Austrian Health Economics Forum, 2008, edited by Peter Granig, pag 36-47

Bertinato L, Canapero M, (2008), *Health tourism: The growth phenomenon*. *Asian Hospital & Healthcare Management*. Issue 16, 2008, pag. 6-12

Quaglio et. Al., (2008), *Prevalence and Risk factors for Viral Hepatitis in the Kosovarian Population: Implications for Health Policy*, *Journal of Medical Virology*, 80:833-840

The contribution of Regions to Health and Wealth, Technical report for the WHO, European Ministerial Conference on health systems, Tallin (Estonia), 25/27 giugno 2008



Bellometti S, Bertinato L, (2007), *Health care services for tourists in the Veneto Region*, Eurohealth Vol 13 (4): 11-13

Bertinato L, Baccaglini U, Castoro C, Drace C A, Mckee M, (2007), *Policy Brief, Day Surgery: Making it happen*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2007

Maino F, Blomqvist P, Bertinato L, Bohigas L, Urbanos-Garrido R, Shishkin S, (2007), *Effects of decentralization and re-centralization on health politics*, Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes (Saltman R, Baukauskaitė V, Vrangbaek K), European Observatory on Health Care Systems and Policies, Ed. Open University Press

Scaramagli A, Zanon D, Ronfini F, Bertinato L, Toniolo F, (2006), *Health care for tourists in the Veneto Region*, Rosenmüller M, McKee M, Baeten R (eds)., Patient mobility in the European Union: Learning from Experience, Copenhagen, World Health Organization

Bertinato L et Al., (2005), *Policy Brief. Cross-Border Health Care in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2005, pag. 1-28

Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Bertinato L, Concia E, Cookson B, Fabry J, Richet H, Philip P, Spencer RC, Ganter BW, Lazzari S, (2005), *Considerations for a WHO European strategy on health-care-associated infection, surveillance, and control*, Lancet Infectious Diseases, 2005 Apr; 5(4), pag. 242-250

Bertinato L, Marcolongo A, Perina F, (2005), *Un Sistema Informativo per Implementare le Strategie di Salute*, Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto (CRRC-SER), Informazione, Epidemiologia, Salute. Supplemento al numero di ottobre 2005 della rivista Salute ULSS 8

Toniolo F, Bertinato L, Ronfini F, (2005), *L'esperienza della Regione Veneto. Mobilità sanitaria internazionale e nell'Unione Europea*, Panorama della Sanità, anno XVIII, numero 42, 47 novembre 2005, pag. 44-48

Bertinato L, Rampazzo E, Toniolo F, (a cura di Gianpaolo Braga), (2005), *Modello Veneto di Cooperazione in Ambito Socio-Sanitario*, I Percorsi dello Sviluppo. Diritto alla Salute e accesso ai servizi sanitari: quale cooperazione, Cleup SC, Università di Padova. pag. 105-131

Toniolo F, Ronfini F, Bertinato L, (2005), *La mobilità europea dei pazienti*. Panorama della Sanità, anno XVIII, numero 28, 18 luglio 2005, pag. 21-22

Bertinato L, Ronfini F, (2005), *La Libera Circolazione dei Professionisti e dei Pazienti in Europa*, La Direzione dell'Ospedale Competenza e Professionalità, 31° Congresso Nazionale A.N.M.D.O., Villa Fiorito 22-24 Settembre 2005, Monastier di Treviso, Volume Abstract, pag.17-34



Bertinato L, Toniolo F, (2005), *Cooperazione Sanitaria Italiana. Posizioni a Confronto: L'esperienza della Regione Veneto*, Salute e Sviluppo 2/05, Medici con l'Africa Cuamm, Padova

Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, Santinello M, (2005), *Diventare adolescenti: salute e stili di vita nei giovani tra gli undici e i quindici anni*, Introduzione alla Ricerca Health Behaviour in School-Aged Children, I risultati dello studio HBSC, McGraw-Hill, Milano

Bertinato L, Ronfini F, Toniolo F, (2005), *Le Relazioni Socio-Sanitarie Internazionali e la Partecipazione della Regione Veneto al Processo Decisionale dell'UE*, Rapporto di Attività 2000-2005, CRRPS, Verona

Bertinato L, Bolzan M, Cristini F, (2005), *La salute degli adolescenti in Veneto. Analisi di secondo livello dallo studio HBSC/2000 dell'OMS*, Ed. McGraw-Hill

Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, Santinello M, (2005), *Diventare adolescenti: salute e stili di vita nei giovani tra gli undici e i quindici anni. I risultati dello studio HBSC*, Ed. McGraw-Hill

Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, Santinello M, (2005), *Introduzione alla ricerca Health Behaviour in school-aged children*, Ed. McGraw-Hill

Audino G, Bertinato L, Chiaffoni G P, Dalla Barba B, Gimma A, Marcer G, Ruolo G, Spanvello V, Speri L, Tosatori U, (2004), *Allattamento al Seno: Fascicolo di Educazione al paziente*, collana Salute Masson, MediMedia Company, Milano

Toniolo F, Bertinato L, Mella P, Perina F, Ronfini F, (2004), *Linee Guida per l'introduzione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia*, edizione a cura della Regione Veneto

Toniolo F, Bertinato L, Ronfini F, (2004), *L'introduzione della TEAM nel sistema sanitario italiano – Le linee guida*, Panorama della Sanita'

Toniolo F, Bertinato L, Ronfini F, (2004), *Tessera Europea di Assicurazione Malattia*, Sole 24 Ore Sanità, (7 settembre, 2004)

Capurro M, De Poli M, Ronfini F, Bertinato L, (2002), *Progettare la cooperazione allo sviluppo*, edizione a cura della Regione Veneto



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il supporto alle iniziative internazionali i Direttori Generali delle Aziende Ulss e delle Aziende Ospedaliere della Regione Veneto.

Un particolare ringraziamento va al Direttore della sede di Bruxelles della Regione Veneto, Gianlorenzo Martini per la costante collaborazione e il supporto logistico, al Direttore Generale dell'Ulss 20 di Verona, M. Giuseppina Bonavina e al Dott. Massimo Mirandola, Direttore del Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute - c/o Ulss 20 Verona.

Un sentito grazie ai colleghi e ai Dirigenti della Segreteria Regionale Sanità e Sociale:

Paola Cancellier
Giovanna Frison
Lorenzo Gubian
Michele Maglio
Maria Teresa Manoni
Carlo Materazzo
Susanna Menetto
Francesco Pietrobon
Claudio Pilerici
Lorenzo Rampazzo
Renato Rubin
Giampietro Rupolo
Viviana Schiavo
Pietro Stellini
Mara Vezzani
Piero Vio
Bruno Viviani
Tiziano Zenere

Si ringraziano, inoltre, per la collaborazione:

Benedetta Allegranzi, OMS Ginevra
Gianluigi Barausse, Ulss 2 di Feltre
Salvatore Barra, Ulss 12 di Venezia
Luciano Bastoni, Consorzio Arsenal
Antonella Beltrame, Ospedale di Motta di Livenza
Claudio Beltrame, Ulss 10 San Donà di Piave
Francesco Bianchini, Protezione Civile della Regione Veneto
Annarita Bisaggio, Direzione Regionale Turismo
Sandra Didoggia, Ulss 9 Treviso
Francesco Bisetto, Ulss 15 Cittadella
Sandro Bordin, Ulss 12 Venezia
Francesco Buonocuore, Ulss 21 Legnago
Mario Castagnini, Ulss 22 Bussolengo
Massimo Castoro, Azienda Ospedaliera di Padova
MariaGrazia Carraro, Ulss 7 Pieve di Soligo
Luigi Cazzola, Ulss 2 Feltre
Leopoldo Ciato, Ulss 5 Arzignano
Giovanni Cipollotti, Azienda Ulss 20 Verona
Carlo Clini, Direzione sede di Bruxelles
Anna Maria Colombani, Croce Rossa Italiana
Roberta Colombatti, Az. Osp. Padova
Chiara Corti, Ulss 16 Padova



Maria Teresa De Gregorio, Dir. Reg. Att. Culturali
Ugo Faggian, Ulss 13 Mirano
Annalisa Ferrarese, Azienda Ulss 18 Rovigo
Rita Finotto, Presidente Anmdo Veneto
Maria Font, Ulss 20 Verona
Mario Giobbia, Ulss 9 Treviso
Arianna Gionimi, Ulss 16 Padova
Roberta Joppi, Ulss 20 Verona
Onofrio Lamanna, Ulss 12 Venezia
Luigi Mezzalana, Ulss 20 Verona
Giuseppe Pellizzer, Ulss 6 Vicenza
Fabio Perina, Ulss 19 Adria
Gianfranco Pozzobon, Ulss 15 Camposampiero
Giovanni Putoto, Azienda Ospedaliera Padova
Matteo Rebonato, Ulss 4 Thiene
Vincenzo Riboni, Ulss 6 Vicenza
Roberto Rigoli, Ulss 9 Treviso
Mauro Rizzato, Consorzio Arsenal di Telemedicina
Paolo Rosso, Dir. Reg. Turismo
Claudio Saccavini, Ulss 9 Treviso
Lorena Sandonà, Anmdo Veneto
Simonetta Scaramagli, Ulss 10 San Donà di Piave
Ubaldo Scardellato, Ulss 13 Mirano
Mario Secolo, Anmdo Veneto
Maurizio Sforzi, Azienda Sanitaria Ulss 3 Bassano
Stefano Sisto, Dir. Promozione Turistica Integrata
Vincenzo Stracca, Ulss 12 Venezia
Gianni Tessari, Ulss 22 Bussolengo
Michele Tessarin, Ulss 9 Treviso
Diego Vecchiato, Dir. per le Relazioni Internazionali
Erio Ziglio, Ufficio Europeo dell'OMS sugli Investimenti per la Salute
Dario Zanon, Ulss 10 San Donà di Piave
Stefano Zucchetta, Dir. per le Relazioni Internazionali
Flavia Zuccon, U.P. Cooperazione Transfrontaliera

Un particolare ringraziamento va a tutti i progettisti europei delle Aziende Ulss e Ospedaliere, con i quali abbiamo lavorato per trasferire la cultura della progettazione europea nel sistema sanitario regionale.

Vogliamo infine ricordare il contributo dei seguenti collaboratori dell'Unità Complessa per le Relazioni Socio – Sanitarie:

Vera Citton, Giorgio de Gobbi, Eleonora Martinello, Laura Motta, Francesca Oliviero, Cristina Rigutto, Giuseppe Solomita, Nadia Spiridon e Consuelo Tenente.

Nonché i tirocinanti dell'Unità Complessa per le Relazioni Socio – Sanitarie:
Eleonora Rigo e Paola Semisa

Finito di stampare Marzo 2010
presso tipografia Litostampa (Venezia)

