



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 288/12

di iniziativa del Consigliere F. LAGHI, G. NERI, P. STRAFACE recante:
"Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 14/3/2024, n. 8 (Disposizioni per
il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della
elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali)"
relatore: P. STRAFACE;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	15/4/2024
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	15/4/2024
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 17/04/2024

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 288/XII pag. 3

"Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 14/3/2024, n. 8 (Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali)"

Normativa comparata

Legge regionale 8 dicembre 2017, n. 38 (coord. l.r. 3-2022) - Marche pag. 7

"Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla"

Deliberazione della Giunta regionale del 27 marzo 2023, n. 394 - Marche pag. 10

"Legge regionale n. 3/2022 "Modifiche alla legge regionale 18 dicembre 2017, n. 38 "Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla", art. 2 - Criteri e modalità di costituzione e funzionamento del Comitato Tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla."

Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2023, n. 1578 - Marche pag. 15

"Legge Regionale 18 dicembre 2017, n. 38, art. 6 "Clausola valutativa". Trasmissione al Consiglio-Assemblea Legislativa della relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della L.R. 38/2017 "Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e sensibilità chimica multipla"

Legge regionale 19 marzo 2013, n. 2 (art. 12) - Veneto pag. 32

"Norme di semplificazione in materia di igiene, medicina del lavoro, sanità pubblica e altre disposizioni per il settore sanitario."

Proposta di legge di iniziativa del Consigliere Ferdinando Laghi recante

“Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 14/3/2024, n. 8 (Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali)”

Relazione descrittiva

La fibromialgia (FM), l'elettrosensibilità e la sensibilità chimica multipla (MCS) o Intolleranza idiopatica ambientale ad agenti chimici (IIAAC) sono sindromi sostanzialmente funzionali, di diagnosi e trattamento complessi, richiedenti un approccio clinico multidisciplinare, che si presentano sovente variamente abbinate e per tale motivo vanno considerate in maniera unitaria, onde offrire ai pazienti che ne soffrono un omogeneo e adeguato inquadramento diagnostico-terapeutico.

Per tale motivo, è certamente opportuno che la MCS venga, anche a livello normativo, considerata un tutt'uno con le altre due e che a questi pazienti, non raramente affetti concomitantemente da fibromialgia e/o elettrosensibilità, venga riconosciuta pari dignità e analogo supporto.

La MCS, nel dettaglio, è un disturbo cronico che si manifesta per esposizioni a sostanze chimiche, le più diverse, e colpisce prevalentemente il sesso femminile (rapporto uomini/donne di 3:1).

Tra gli agenti alla cui esposizione è associata la comparsa dei sintomi e che si sospetta inneschino la malattia cronica nella MCS, sono inclusi benzina, cherosene, metano, insetticidi (specialmente clordano e clorpirifos), solventi, moquette e altri materiali per ristrutturazioni, colle, carta copiativa senza carbone, lana di vetro, ammorbidenti, formaldeide e glutaraldeide, shampoo per moquette (lauril solfato) e altri agenti di pulizia, isocianati, prodotti della combustione (le combustioni del gas per il riscaldamento con sfiatamento malfunzionante, le batterie surriscaldate) e prodotti per medicazioni (dinitroclorobenzene per verruche, neosinefrine tamponante a livello endonasale, gli antibiotici prolungati e le anestesie generali con prodotti petrolchimici, profumi, deodoranti, fumo di tabacco e molti altri. Altri fattori scatenanti sono rappresentati dall'esposizione a tossine e composti organici volatili di origine microbica, infezioni croniche, rumori e campi elettromagnetici. Gli agenti scatenanti la sintomatologia sono anche caratterizzati da una concentrazione ambientale a livelli generalmente tollerati da chi non è affetto, suggerendo l'ipotesi di una particolare sensibilità individuale, forse su base genetica o epigenetica.

Anche per la MCS, come per la fibromialgia e per l'elettrosensibilità, si discute, sul piano scientifico, circa la sua reale esistenza e sulla difficoltà di individuazione di parametri diagnostici certi e condivisi. In ogni caso, essa si manifesta di solito dopo esposizione ad agenti ambientali, anamnesticamente spesso segnalata dal paziente come percezione odorosa. I sintomi più frequentemente riferiti sono: malessere generale, astenia, dolori muscoloscheletrici, turbe neurologiche e neurovegetative (cefalea, disturbi mnesici, vertigini, nausea, tachicardia). Tali disturbi si presentano con un'ampia gamma di intensità - da una sensazione di malessere fino a marcata compromissione della qualità di vita - e tendono a regredire all'allontanamento della causa scatenante.

La MCS è riconosciuta in molti Stati, tra cui USA, Germania, Austria, Lussemburgo, Spagna, Finlandia, Norvegia, Svezia, Danimarca, Islanda, e, Giappone, mentre in Italia solo alcune regioni la includono tra le malattie rare.

Relazione tecnico- finanziaria

La presente proposta di legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale, per come meglio dettagliato nel seguente quadro di riepilogo.

Titolo della legge: “Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 14/3/2024, n.8 (Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali)”

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria**Tab. 1 - Oneri finanziari:**

	Descrizione	Tipologia I o C	Carettre Temporale A o P	Importo
Art. 1	Modifiche al titolo della l.r 8/2024			0
Art.2	Modifiche all'articolo 1 della l.r. 8/2024			0
Art.3	Modifiche all'art. 3 della l.r. 8/2024			0
Art.4	Modifiche all'art. 4 della l.r. 8/2024			0
Art.5	Modifiche all'articolo 5 della l.r. 8/2024			0
Art.6	Modifiche all'articolo 7 della l.r. 8/2024			0
Art. 7	Clausola di invarianza degli oneri finanziari			0

Criteria di quantificazione degli oneri finanziari:

La presente proposta di legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale, per come meglio dettagliato nel seguente quadro di riepilogo.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma/capitolo	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Totale
	//	//	//	
Totale				0, 00 €

Proposta di legge: “Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 14/3/2024, n. 8 (Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali)”

Art. 1

(Modifiche al titolo della l.r 8/2024)

1. Il titolo della legge regionale 14 marzo 2024, n. 8 è soppresso e sostituito dal seguente: “Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia, della elettrosensibilità e della sensibilità chimica multipla e istituzione dei relativi registri regionali”

Art. 2

(Modifiche all’articolo 1 della l.r. 8/2024)

1. Al comma 1 dell’articolo 1 della l. r. 8/2024 il periodo dopo la parola fibromialgia è sostituito dal seguente: “, della elettrosensibilità e della sensibilità chimica multipla”
2. Al comma 3 dell’articolo 1 della l.r. 8/2024 il periodo dopo la parola fibromialgia è sostituito dal seguente : “ ,di elettrosensibilità e di sensibilità chimica multipla”

Art. 3

(Modifiche all’art. 3 della l.r. 8/2024)

1. La rubrica dell’art. 3 della l. r. 8/2024 è soppressa e sostituita dalla seguente: “Riconoscimento delle associazioni e delle attività di volontariato per i pazienti affetti da fibromialgia, da elettrosensibilità e da sensibilità chimica multipla”
2. Al comma 1 dell’art. 3 il periodo dopo la parola fibromialgia è sostituito dal seguente: “, da elettrosensibilità e da sensibilità chimica multipla”

Art. 4

(Modifiche all’art. 4 della l.r. 8/2024)

1. La rubrica dell’art. 4 della l.r. 8/2024 è soppressa e sostituita come segue: (Istituzione della giornata regionale per la lotta alla fibromialgia, alla elettrosensibilità e alla sensibilità chimica multipla)
2. Al comma 1 dell’art. 4 il periodo dopo la parola fibromialgia è sostituito come segue: “,alla elettrosensibilità e alla sensibilità chimica multipla”

Art. 5

(Modifiche all'art. 5 della l.r. 8/2024)

1. La rubrica dell'art. 5 della l.r. 8/2024 è soppressa e sostituita come segue: “(Istituzione dei registri regionali per la fibromialgia, per la elettrosensibilità e per la sensibilità chimica multipla)
2. Al comma 1 dell'art. 5 della l.r. 8/2024 dopo la parola elettrosensibilità è aggiunto il seguente periodo: “ e un registro regionale per la sensibilità chimica multipla”

Art. 6

(Modifiche all'art. 7 della l.r. 8/2024)

3. Il comma 1 dell'art. 7 dopo la parola elettrosensibilità si aggiunge: “ e alla sensibilità chimica multipla”.

Art. 7

(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

F.to Ferdinando Laghi

Leggi e regolamenti regionali

Atto: LEGGE REGIONALE 18 dicembre 2017, n. 38

Titolo: Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla.

Pubblicazione: ([B.U. 28 dicembre 2017, n. 138](#)).

Stato: Vigente

Tema: [SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'](#)

Settore: [SANITA'](#)

Materia: [Disposizioni generali](#)

Sommario

[Art. 1 \(Finalità\)](#)

[Art. 2 \(Rilevazione statistica e registri regionali dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla\)](#)

[Art. 2 bis \(Comitato tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla\)](#)

[Art. 3 \(Ricerca scientifica e campagna informativa\)](#)

[Art. 4 \(Disposizioni per la cura e la tutela dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla\)](#)

[Art. 4 bis \(Progetto sperimentale\)](#)

[Art. 5 \(Invarianza finanziaria\)](#)

[Art. 6 \(Clausola valutativa\)](#)

[Art. 7 \(Disposizioni transitorie\)](#)

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e degli articoli 4 e 5 dello [Statuto regionale](#), riconosce la fibromialgia e la sensibilità chimica multipla come patologie e ne promuove la prevenzione, diagnosi e cura.
2. La Regione, per le finalità previste al comma 1, realizza un sistema integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura, volto ad assicurare l'erogazione di prestazioni uniformi, appropriate e qualificate ai soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla, nonché a favorire il loro inserimento nella vita lavorativa e sociale, nel rispetto della normativa statale vigente.

Art. 2

(Rilevazione statistica e registri regionali dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla)

1. La Giunta regionale, sentito il Comitato tecnico scientifico regionale di cui all'articolo 2 bis e previo parere della commissione assembleare competente, definisce le linee guida per la rilevazione statistica dei soggetti affetti dalle patologie indicate all'articolo 1.
2. La rilevazione prevista al comma 1 è finalizzata al miglioramento del percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare previsto al comma 2 dell'articolo 4.
3. La Giunta regionale istituisce i registri regionali dei soggetti affetti dalle patologie indicate all'articolo 1.
4. (Abrogato)

Nota relativa all'articolo 2

Così modificato dall'[art. 1 l.r. 14 febbraio 2022, n. 3](#).

Art. 2 bis

(Comitato tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla)

1. E' istituito, presso la Giunta regionale, il Comitato tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla.
2. Il Comitato è composto da:
 - a) il direttore del dipartimento competente in materia di sanità della Giunta regionale o suo delegato, che lo presiede;

b) uno specialista per ciascuna delle specialità mediche interessate nel percorso diagnostico - terapeutico multidisciplinare, esperto in medicina interna, algologia, reumatologia, neurologia, fisiatria, psichiatria, psicologia-psicoterapia, otorinolaringoiatria, immunologia, nonché da un responsabile dei dipartimenti di prevenzione, designato dall'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR);

c) un rappresentante delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, operanti sul territorio, che si occupano della ricerca sulle patologie previste dall'articolo 1, dalle medesime designato;

d) cinque rappresentanti di enti del terzo settore iscritti al relativo Registro, impegnati nel sostegno alle persone affette dalle patologie previste dall'articolo 1, designati dai medesimi.

3. Il Comitato è costituito secondo criteri e modalità stabiliti dalla Giunta regionale; esso è convocato dal Presidente o su richiesta di un terzo dei suoi componenti.

4. Le designazioni indicate alle lettere b), c) e d) del comma 2 sono effettuate entro trenta giorni dalla richiesta. Decorso inutilmente tale termine il Comitato è costituito in presenza di almeno la metà dei suoi componenti. Il Comitato delibera validamente con la maggioranza dei presenti.

5. Il Comitato ha il compito di:

a) predisporre le linee guida per il percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare di cui al comma 2 dell'articolo 4;

b) esprimere parere sul piano triennale di formazione ed aggiornamento professionale del personale sanitario, di cui al comma 3 dell'articolo 4;

c) elaborare le proposte da presentare alla Giunta regionale per la individuazione e promozione della prevenzione delle complicanze delle patologie indicate all'articolo 1, in particolare nei luoghi di lavoro;

d) coordinare i registri regionali di cui al comma 3 dell'articolo 2 e redigere una relazione annuale sul monitoraggio delle patologie indicate all'articolo 1.

6. Il Comitato resta in carica tre anni e i componenti possono essere confermati. La partecipazione ai lavori del Comitato stesso è svolta a titolo gratuito. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalla struttura regionale competente in materia di sanità.

Nota relativa all'articolo 2 bis

Aggiunto dall'[art. 2, l.r. 14 febbraio 2022, n. 3](#)

Art. 3

(Ricerca scientifica e campagna informativa)

1. La Regione:

a) promuove progetti sperimentali e di ricerca con le Università, d'intesa con il centro di riferimento regionale previsto al comma 1 dell'articolo 4, gli Istituti di ricerca, gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri e le Associazioni di malati di fibromialgia e di sensibilità chimica multipla al fine di individuare approcci terapeutici innovativi;

b) assicura una capillare campagna informativa, attraverso l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), ai fini previsti dall'articolo 1, tramite materiale informativo da diffondere anche mediante siti internet.

Art. 4

(Disposizioni per la cura e la tutela dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla)

1. La Giunta regionale, sentito il Comitato tecnico scientifico regionale e la Commissione assembleare competente, individua le sedi nelle quali sono istituiti i centri di riferimento regionali rispettivamente per le patologie fibromialgia e sensibilità chimica multipla, per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura delle suddette patologie e ne definisce la composizione.

2. I centri di riferimento regionali previsti al comma 1 predispongono, sentito il Comitato tecnico-scientifico, i percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari rispettivamente per le patologie fibromialgia e sensibilità chimica multipla, nonché la presa in carico integrale dei soggetti affetti dalle patologie suddette, al fine di garantire ai soggetti medesimi cure tempestive, idonee e uniformi nella regione e la necessaria multidisciplinarietà e multiprofessionalità, in collaborazione con i medici specialisti che intervengono o sono intervenuti nel percorso dei pazienti.

2 bis. I centri di riferimento rilasciano alle persone affette rispettivamente da fibromialgia e sensibilità chimica multipla una tessera identificativa che indica la patologia e il relativo centro di riferimento, utili in casi di accesso in urgenza al pronto soccorso o presso altre strutture sanitarie.

3. La Giunta regionale adotta il piano triennale di formazione ed aggiornamento professionale del personale sanitario, su proposta elaborata d'intesa dalle Aziende Sanitarie Territoriali e sentito il Comitato tecnico scientifico regionale di cui all'articolo 2 bis, finalizzato alla tempestiva diagnosi e alla cura dei soggetti affetti dalle patologie indicate all'articolo 1.

Nota relativa all'articolo 4

Così modificato dall'[art. 3, l.r. 14 febbraio 2022, n. 3](#) e dall'[art. 48, l.r. 8 agosto 2022, n. 19](#).

Art. 4 bis

(Progetto sperimentale)

1. La Giunta regionale presenta al Consiglio-Assemblea legislativa un progetto sperimentale sui costi relativi alla spesa per la cura delle patologie indicate all'articolo 1.

Nota relativa all'articolo 4 bis

Aggiunto dall'[art. 4, l.r. 14 febbraio 2022, n. 3](#).

Art. 5

(Invarianza finanziaria)

1. Dall'applicazione di questa legge non derivano né possono derivare nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale. Gli enti interessati provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 6

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, sulla base del monitoraggio effettuato dal Comitato tecnico scientifico regionale, ai sensi della lettera d) del comma 5 dell'articolo 2 bis, trasmette al Consiglio-Assemblea legislativa, con cadenza annuale a decorrere dall'anno 2022, una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti di questa legge contenente almeno le seguenti informazioni:

a) i criteri e le modalità di tenuta e di rilevazione dei dati dei registri previsti al comma 3 dell'articolo 2, nonché le principali evidenze emerse, con particolare riferimento all'incidenza della malattia sul territorio regionale, alle modalità di accertamento diagnostico delle patologie, ai trattamenti e interventi sanitari conseguenti;
b) le attività svolte dal Comitato tecnico scientifico regionale di cui all'articolo 2 bis.

2. La relazione di cui al comma 1 è pubblicata sul sito istituzionale della Regione unitamente agli eventuali atti adottati dal Consiglio regionale - Assemblea legislativa.

Nota relativa all'articolo 6

Così sostituito dall'[art. 5, l.r. 14 febbraio 2022, n. 3](#).

Art. 7

(Disposizioni transitorie)

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore di questa legge, sentita la commissione assembleare competente, adotta le deliberazioni finalizzate all'attuazione della medesima legge.

lo screening e la diagnosi del tumore della mammella (Adolopment Linee guida europee)”;

- di dare mandato agli Enti del SSR di recepire il presente atto e di organizzare la chiamata attiva allo screening per il tumore della mammella ampliando l’offerta alle donne in età 45-49 e alle donne di età 70-74 con periodicità biennale;
- di stabilire che gli oneri derivanti dalla presente deliberazione sono a carico degli Enti del SSR nell'ambito dei budget assegnati.

Deliberazione della Giunta regionale del 27 marzo 2023, n. 394

Legge regionale n. 3/2022 “Modifiche alla legge regionale 18 dicembre 2017, n. 38 “Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla””, art. 2 - Criteri e modalità di costituzione e funzionamento del Comitato Tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

Di approvare i criteri e le modalità di costituzione e funzionamento del “Comitato tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla”, di cui all’ Allegato “A” parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

ALLEGATO A

Criteria e modalità di costituzione e funzionamento del “Comitato Tecnico Scientifico sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla” previsto all’art. 2 della LEGGE REGIONALE n. 3 del 14 febbraio 2022.

ART. 1 – Finalità

Il presente documento definisce i criteri e le modalità di costituzione e funzionamento del Comitato Tecnico Scientifico sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla (di seguito denominato Comitato) di cui al comma 1 dell’art 2 della Legge regionale n. 3/2022 (di seguito denominata Legge).

ART. 2 – Compiti e funzioni del Comitato

1. Il Comitato, in ottemperanza alle disposizioni di cui all’art. 2 della Legge, svolge funzioni consultive e di coordinamento nell’ambito delle specifiche finalità.
2. il Comitato, in ottemperanza alle disposizioni di cui al comma 5 dell’art. 2 della Legge, ha il compito di predisporre le linee guida per il percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare di cui al comma 2 dell’art.4;
3. il Comitato, in ottemperanza alle disposizioni di cui al comma 5 dell’art. 2 della Legge, esprime un parere sul piano triennale di formazione ed aggiornamento professionale del personale sanitario di cui al comma 3 dell’art. 4;
4. il Comitato, in ottemperanza alle disposizioni di cui al comma 5 dell’art. 2 della Legge, elabora le proposte da presentare alla Giunta regionale per la individuazione e la promozione della prevenzione delle complicanze delle patologie indicate all’articolo 1, in particolare i luoghi di lavoro;
5. il Comitato, in ottemperanza alle disposizioni di cui al comma 5 dell’art. 2 della Legge, coordina i registri regionali di cui al comma 3 dell’art.2 e redige una relazione annuale sul monitoraggio delle patologie indicate all’articolo 1.

ART. 3 – Composizione del Comitato

1. Il Comitato è presieduto dal Direttore di Dipartimento competente in materia di sanità della Giunta regionale o suo delegato che lo presiede;
2. Il Comitato è inoltre composto da uno specialista per ciascuna specialità medica interessate nel percorso diagnostico terapeutico-multidisciplinare:
 - n. 1 esperto in Medicina Interna,
 - n. 1 Algologo,
 - n. 1 Reumatologo,
 - n. 1 Neurologo,
 - n. 1 Fisiatra,
 - n. 1 Psichiatra,
 - n. 1 Psicologo-Psicoterapeuta,
 - n. 1 Otorinolaringoiatra,
 - n. 1 Immunologo
 - n. 1 Direttore del Dipartimento di Prevenzione

designati dalla Direzione Generale di ciascuno dei 7 Enti del SSR, entro trenta giorni dalla richiesta, da cui sarà selezionato, mediante consultazione interna, un unico membro rappresentativo di ciascuna specialità medica;

3. almeno 1 rappresentante delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, operanti sul territorio, che si occupano della ricerca sulle patologie previste dall'articolo 1, (uno per la fibromialgia, uno per la SMC) dalle medesime designato, con i seguenti requisiti:
 - a. disciplinate da apposito statuto che preveda ricerca e formazione per le specifiche patologie previste dall'art. 1 della Legge;
 - b. presenti con una sezione regionale nel territorio della Regione Marche.
4. n. 5 rappresentanti di enti del terzo settore iscritti al relativo Registro, impegnati nel sostegno alle persone affette dalle patologie previste dall'articolo 1, designati dai medesimi, con i seguenti requisiti:
 - a. disciplinate da apposito statuto per le specifiche patologie previste dall'art. 1 della Legge;
 - b. presenti con una sezione regionale nel territorio della Regione Marche;
 - c. associazioni non aventi scopo di lucro.

ART. 4 – Incompatibilità e conflitto di interesse

1. Ciascun componente del Comitato è tenuto a dichiarare l'assenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e di situazioni di incompatibilità e comunicare tempestivamente al Presidente del Comitato stesso, il sopravvenire di situazioni e circostanze che possano configurare cause di conflitto di interesse o incompatibilità.

ART. 5 – Modalità di costituzione

1. Il Direttore del Dipartimento competente in materia di Sanità o suo delegato, entro 30 giorni dall'approvazione da parte della Giunta regionale del presente documento, richiede ai soggetti indicati al comma 2 dell'art. 2, i nominativi da individuare quali componenti del Comitato.
2. Il Comitato è costituito con decreto dal Dirigente del Settore Territorio ed integrazione socio-sanitaria, previa acquisizione delle dichiarazioni di cui al precedente comma 2 dell'art. 3.
3. Entro 30 giorni dalla costituzione, il Presidente del Comitato o su richiesta di un terzo dei suoi componenti, convoca, presso la sede della struttura organizzativa regionale competente, la prima riunione del Comitato in cui avviare le attività propedeutiche alla definizione dei contenuti di cui all'art. 2.

Art. 6 - Attribuzioni del Presidente

1. Il Presidente del Comitato svolge le seguenti funzioni:
 - a. convoca e presiede le riunioni del Comitato secondo le modalità previste nel successivo art. 11;
 - b. rappresenta il Comitato nelle relazioni istituzionali con la Giunta Regionale, la Commissione assembleare competente in materia sanitaria e con le altre Istituzioni coinvolte nell'attuazione della Legge.

Art. 7 – Segreteria del Comitato

1. Le funzioni di segreteria del Comitato sono svolte da una figura individuata dal Dirigente della struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità;
2. L'attività della segreteria consiste in particolare nei seguenti compiti:
 - a. assistenza al Presidente per le convocazioni delle riunioni del Comitato;
 - b. verbalizzazione delle sedute del Comitato,
 - c. svolgimento della normale attività di archiviazione di atti, ricerca di documentazione necessaria al funzionamento del Comitato, supporto tecnico – operativo.

Art. 8 – Compensi

1. La partecipazione al Comitato, nonché alle riunioni del Comitato stesso, è gratuita così come indicato al comma 6 dell'art.2 della Legge.

Art. 9 - Sostituzione dei membri del Comitato

1. Il membro del Comitato che, senza inoltrare una giustificata motivazione scritta al più tardi entro lo stesso giorno dell'adunanza, non partecipi a tre riunioni consecutive del Comitato, decade dall'incarico e dovrà essere sostituito entro 30 giorni dalla decadenza dalla Direzione che lo ha nominato.
2. In ogni caso, qualora venga a decadere un membro del Comitato, il Presidente del Comitato comunica la causa di decadenza richiedendo un nuovo nominativo all'Azienda sanitaria, Associazione/fondazione interessata. Qualora la medesima non comunichi entro 30 giorni il nominativo di cui sopra, previa comunicazione al Dirigente del Settore territorio ed Integrazione socio-sanitaria, il Comitato proseguirà i lavori con i rimanenti membri.

Art. 10 - Durata del Comitato

1. Il Comitato resta in carica tre anni ed i componenti possono essere riconfermati, secondo le procedure al comma 6 dell'art.2 della Legge.
2. Il Direttore del Dipartimento competente in materia di Sanità o suo delegato, dichiara sciolto il Comitato in caso di dimissioni congiunte ovvero contestuali, ancorché rese con atto separato, della metà più uno dei suoi componenti.

Art. 11 - Convocazioni del Comitato

1. Il Comitato si riunisce secondo le proprie esigenze e comunque non meno di tre volte l'anno.
2. La convocazione avviene tramite avviso scritto comunicato esclusivamente a mezzo posta elettronica, da parte della segreteria di cui all'art. 7 e deve contenere l'ordine del giorno, il luogo, il giorno e l'ora della riunione.
3. La convocazione deve pervenire almeno dieci giorni prima della riunione, agli indirizzi di posta elettronica indicati dai componenti all'atto della loro nomina.

4. In caso di presenza di tutti i componenti, la riunione del Comitato può avvenire validamente anche in difetto di avviso nei termini indicati al precedente comma.
5. Il Presidente del Comitato presiede la seduta, può nominare uno o più relatori per ciascuno degli argomenti posti all'ordine del giorno, disciplina e coordina i lavori della sessione, sovrintende alla stesura dei verbali. In caso di assenza del Presidente le sedute sono presiedute dal Vicepresidente delegato allo scopo dallo stesso Presidente del Comitato.

Art. 12 - Validità delle adunanze e modalità deliberative

1. Le adunanze del Comitato, in prima convocazione, sono valide se sono presenti almeno i due terzi dei componenti. In seconda convocazione l'adunanza è valida se è presente almeno la metà più uno dei componenti del Comitato stesso.
2. Le decisioni del Comitato sono prese a maggioranza dei voti dei componenti presenti, espressi in forma palese.
3. Delle sedute del Comitato è redatto estratto processo verbale.

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE**Deliberazione della Giunta regionale del 25 ottobre 2023, n. 1536**

“Piano regionale delle Infrastrutture Marche 2032”: Adozione ai sensi della L.R. n. 45 del 24 dicembre 1998 e della L.R. 46 del 05 settembre 1992”.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- 1) Di adottare il “Piano Regionale delle Infrastrutture Marche 2032” che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e composto dai seguenti documenti:
 - Documento di Piano Marche 2032;
 - Allegato 1: Interventi;
 - Allegato 2: Tavole;
 - Allegato 3: Appendice.
 Si specifica che il Piano e i relativi allegati sono depositati in copia cartacea presso gli uffici del Dipartimento Infrastrutture Territorio e Protezione Civile e sono stati resi disponibili in formato digitale al seguente *link*:
<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Infrastrutture-e-Trasporti/Marche-2032>
- 2) Di stabilire che con successivo atto deliberativo verrà adottato il rapporto di valutazione ambientale strategica ex art. 11 e ss. del D.lgs. 3.04.2006 n. 152 anche ai fini della pubblicazione per le consultazioni pubbliche previste dall’art 14 del medesimo D.lgs. 152/2006;
- 3) Di stabilire che con successivo e ulteriore atto deliberativo, ai sensi dell’art. 7, comma 2 della L.R. 5.06.1992 n. 46, verrà proposta l’approvazione del Piano di cui al punto 1 all’Assemblea Legislativa, subordinatamente all’esito della procedura di Valutazione Ambientale Strategica;

Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2023, n. 1578

Legge Regionale 18 dicembre 2017, n. 38, art. 6 “Clausola valutativa”. Trasmissione al Consiglio-Assemblea Legislativa della relazione

sullo stato di attuazione e sugli effetti della L.R. 38/2017 “Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e sensibilità chimica multipla”.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. Di trasmettere al Consiglio- Assemblea Legislativa - ai sensi dell’art. 6 della L.R. 38/2017, la relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della L.R. n. 38/2017 “Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e sensibilità chimica multipla”, contenuta nell’allegato A, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

ALLEGATO A

LEGGE REGIONALE 18 dicembre 2017, n. 38 “Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla” Art. 6, (Clausola valutativa).

Inquadramento giuridico della materia riguardo le norme attualmente vigenti in materia

DGR n.643 del 11/06/07 "Assistenza integrativa a soggetti affetti da particolari condizioni morbose ad elevato impatto socio-sanitario: il caso della Sensibilità Chimica Multipla";

DGR n.1434 del 22/12/2014 "Recepimento Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 13 novembre 2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018";

D.M. 70 del 2/4/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera " (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015);

DGR n.541 del 15/07/2015 "Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015. n. 70: "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G. U. Serie Generale n. 127 del 4-6-2015);

DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

L.R. 18 dicembre 2017 N.38 "Disposizioni in favore dei soggetti affetti da Fibromialgia e da Sensibilità Chimica Multipla.

DGR n. 1555 del 19/11/2018 "Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione: "legge regionale 18 dicembre 2017, N.38 "Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla"".

DGR 1722 del 17/12/2018 "Legge regionale 18 dicembre 2017, N.38 "Disposizioni in favore dei soggetti affetti da Fibromialgia e sensibilità chimica multipla – Misure applicative".

L.R. 14 febbraio 2022 N. 3 "Modifiche alla legge regionale 18 dicembre 2017, N. 38 "Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla".

D.G.R. 394 del 27 marzo 2023 "Legge regionale n. 3/2022 "Modifiche alla legge regionale 18 dicembre 2017, n. 38 "Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla"", art. 2 - Criteri e modalità di costituzione e funzionamento del Comitato Tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla".

Decreto AST n. 25 del 21 giugno 2023 e N.59 del 03 luglio 2023 "Costituzione del Comitato Tecnico scientifico regionale sulla Fibromialgia e la Sensibilità Chimica Multipla sulla base di criteri di costituzione e funzionamento definiti dalla DGR 394 del 27 marzo 2023 in applicazione della L.R. 3/2022".

Le ragioni dell'adozione della legge regionale

La Legge Regionale n. 3/2022 "Disposizioni in favore di soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla" reca disposizioni finalizzate alla prevenzione, ed al trattamento delle suddette specifiche patologie, prevedendo l'istituzione, presso la Giunta regionale, del Comitato tecnico Scientifico sulla Fibromialgia e da Sensibilità Chimica Multipla, definendone la composizione i ruoli e gli obiettivi da perseguire (DGR 394/2023).

Specifiche azioni condotte in attuazione di quanto disposto dalla legge



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con DGR 1722/2018 è stato istituito il primo Centro di riferimento regionale per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura della Fibromialgia e la Sensibilità Chimica Multipla presso il Centro di Riferimento Regionale della Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche, con sede nel Presidio ospedaliero Carlo Urbani di Jesi.

Tale Centro nel 2021 ha avviato e svolto con fondi ministeriali un progetto sperimentale denominato **“Severità della fibromialgia e dei suoi effetti sulla disfunzione sessuale e sul dolore pelvico cronico in pazienti di sesso femminile”**, il finanziamento ha previsto un contributo di € 25.000,00 la cui rendicontazione ed i relativi esiti di monitoraggio del fenomeno vengono presentati in calce alla presente relazione.

Successivamente, in applicazione della L.R. n.3 del 14 febbraio 2022, che modifica la L.R. N.38/2017, viene data disposizione di attivare i **registri regionali** prevedendo inoltre, l'istituzione presso la Giunta regionale del Comitato tecnico Scientifico sulla Fibromialgia e da Sensibilità Chimica Multipla, definendone la composizione i ruoli e gli obiettivi da perseguire.

Si è pertanto provveduto a dare attuazione alla L.R. n.3 del 14 febbraio 2022 mediante DGR n. 394 del 27 marzo 2023 che ha definito i criteri e le modalità di costituzione del Comitato tecnico Scientifico sulla Fibromialgia e da Sensibilità Chimica Multipla (MCS).

Al Comitato vengono assegnate specifiche funzioni: consuntive e di coordinamento, di predisposizione delle linee guida per il percorso diagnostico terapeutico multidisciplinare, disponendo pareri sul piano della formazione ed aggiornamento professionale, elaborando proposte da presentare alla Giunta finalizzate alla promozione della prevenzione delle complicanze delle patologie di cui all'oggetto, nonché coordinare i registri regionali e redigere una relazione annuale sul monitoraggio delle patologie.

Con Decreto n. 25 del 21 giugno 2023 e n. 59 del 03 luglio 2023 sono stati definiti i componenti del tavolo tecnico scientifico regionale sulla fibromialgia e la sensibilità chimica multipla e il gruppo operativo si è riunito per la prima volta in data 17/07/2023 (trasmesso con prot. n.0018361|18/09/2023|R_MARCHE|ARS|AST) da cui sono scaturite le seguenti proposte:

- istituzione del centro MCS presso la SOD Clinica Medica dell'A.O.U delle Marche, il cui direttore è attualmente il Prof. Moroncini con dimostrata expertise sulla patologia.

- Di procedere alla costituzione di 4 sottogruppi operativi:

- 1) Definizione dei due PDTA (distinti per Fibromialgia e MCS);
- 2) Mappatura dei servizi/spazi di percorsi dedicati, Progettualità finanziate in corso e Analisi dei dati disponibili;
- 3) Formazione agli operatori del SSR (soprattutto MMG e PLS) e informazione alla popolazione;
- 4) Aspetti normativi:

- DGR di istituzione del Centro Regionale per la MCS con l'adozione di “politiche senza profumi o fragrance free” negli ambienti sociali e di lavoro;

- Elaborazione del sistema di tesseramento identificativo delle due patologie (art. 3 della LR 3/2022);

Predisposizione di un progetto sperimentale sui costi relativi alla spesa per la cura delle due patologie (art.4 della LR 3/2022).

Attualmente è in fase di elaborazione la DGR di approvazione in giunta della delibera in cui si trasmette alla Presidenza del Consiglio-Assemblea legislativa regionale, la richiesta di proposta di istituzione del Centro di riferimento regionale per la Sensibilità Chimica Multipla” per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura della Sensibilità Chimica



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

multipla, presso la Clinica Medica dell'Università Politecnica delle Marche con sede nell'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, al fine dell'acquisizione del parere della Commissione Assembleare competente.

Il Ministero ha inoltre stanziato ulteriore fondo vincolato pari ad € 130.945,00, finalizzato alla ricerca e studio della Fibromialgia da destinare al Centro di riferimento regionale presso il Centro di Riferimento Regionale della Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche, con sede presso il Presidio Ospedaliero Carlo Urbani di Jesi, tale fondo è stato accertato con decreto n. 37/AST in data 25 settembre 2023.

Criteria e modalità di tenuta e di rilevazione dei dati dei registri previsti al comma 3 dell'art 2 della L.R. 3/2022

Per quanto attiene la Fibromialgia la rilevazione viene effettuata presso il Centro di Riferimento Regionale della Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche, con sede nel Presidio Ospedaliero Carlo Urbani di Jesi mediante il Registro Italiano dei pazienti con fibromialgia. La raccolta dei dati dal Registro avviene tramite una piattaforma online, realizzata con architettura "Web-based", nel rispetto dei più alti standard di sicurezza e di gestione operativa etico-legale. Prima dell'arruolamento nello studio, ogni singolo paziente fornisce la propria adesione mediante consenso informato. Viene registrato sul database data, ora e IP del dispositivo dal quale è stato dato il consenso. In mancanza di consenso, non è possibile accedere ai servizi (da parte dell'operatore o del paziente). Le autorizzazioni ed il consenso potranno essere revocati in qualunque momento. Tutti i pazienti reclutati in accordo ai criteri diagnostici dell'American College of Rheumatology (ACR) 2010/2011 e 2016, vengono sottoposti a valutazione clinica ed anamnestica da parte del reumatologo. L'accesso al database è consentito solo ed esclusivamente all'istanza dell'applicazione che trasferisce i dati dal e al database crittografandoli. Il database è crittografato tramite algoritmo di crittografia AES-256. L'accesso Web alla applicazione è protetto (protocollo sicuro https) da un certificato digitale emesso da una delle principali Certification Authority Server a garanzia di:

- Autenticazione del sito web visitato
- Protezione della privacy (riservatezza e confidenzialità)
- Integrità dei dati scambiati tra le parti comunicanti

Tale piattaforma consente l'organizzazione e l'ottimizzazione delle modalità di inserimento dei dati, anche da data-entristi che operano da remoto.

L'operatore, per accedere agli archivi residenti sul "server", dovrà ottenere l'autorizzazione (autenticazione) alla connessione mediante la presentazione al sistema di una login e di un proprio pin code personale (password autenticata). La piattaforma prevede la esplicita richiesta di accettazione delle privacy policies al primo login dell'utente, in aderenza al citato Regolamento (UE) 2016/679. E', inoltre, consentito alle Regioni la possibilità di accedere alla funzione di "cruscotto analitico" e l'export selettivo dei dati clinici e demografici in formato CSV. Ovvero di funzioni in grado di presentare in tempo reale (solo per i coordinatori del registro) le statistiche relative ai dati raccolti, di filtrarle per chiavi di ricerca e di esportarle. I dati scambiati tra il Centro reumatologico e il Database Centrale, verranno crittografati grazie ad opportune metodologie, rendendo ogni trasmissione dati sicura e protetta da tentativi di intromissione, anche tramite

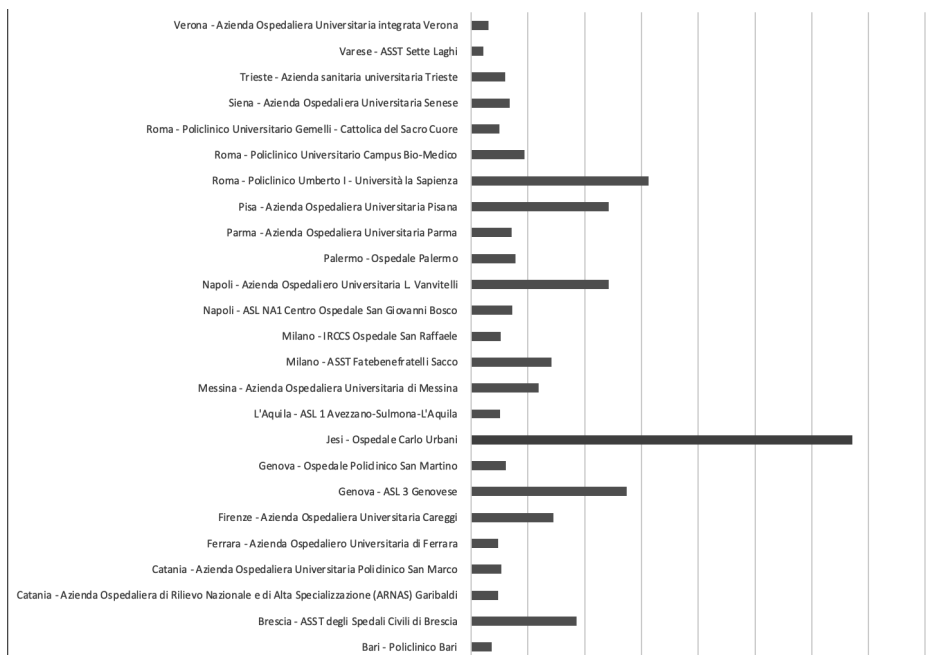


DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

l'adozione di certificato di sicurezza HTTPS. La piattaforma utilizza un certificato digitale emesso da uno dei principali Certification Authority Server.

Su un totale di 50 centri aderenti al progetto in Italia, 28 risultano quotidianamente attivi (Figura 1) e il centro Regionale della Fibromialgia di Jesi ne figura coordinatore nella veste del Prof Fausto Salaffi. Il Registro, resta attualmente unico nel panorama internazionale e fonte preziosa di dati spendibili in letteratura. Tale iniziativa ha consentito di ottenere, ad oggi, la più ampia casistica mondiale di pazienti affetti da fibromialgia (oltre 7700 pazienti registrati). I dati epidemiologici e clinici ottenuti potranno ampliare la conoscenza della malattia e migliorarne il percorso diagnostico/terapeutico (PDTA) favorendone un approccio personalizzato, come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Sanità (DDL n. 299/18) e dalle numerose delibere regionali di Regione Marche (DGR 1555/18), Regione Emilia-Romagna (Circolare 5/02/2018) Regione Toscana (Allegato A Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 21 del 11/12/2018) Regione Friuli (LR n°13/2017). Si tratta pertanto di progetto strategico che la Società Italiana di Reumatologia (SIR) ha ritenuto di supportare sia sul piano scientifico (in cooperazione con il Centro Studi della SIR) che su quello economico. Esso fornisce agli operatori sanitari un mezzo sicuro, affidabile e facile da usare per monitorare la progressione clinica dei pazienti, la storia del trattamento e le risposte al trattamento. Questo può aiutare i reumatologi a pianificare la gestione della malattia, facilita il reclutamento dei pazienti per gli studi di ricerca e fornisce alle cliniche del dolore partecipanti statistiche basate su dati reali. Inoltre, contribuisce a raggiungere l'obiettivo a lungo termine del Ministero della Salute di utilizzare la medicina di precisione per la prevenzione e il trattamento del dolore cronico. In APPENDICE 1 viene fornita la documentazione in PDF relativa all'articolo di validazione internazionale della piattaforma del Registro.

Figura 1. Panoramica nazionale del numero di pazienti inseriti nel Registro Italiano della





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

fibromialgia

I pazienti attualmente in carico presso il centro, a cui è stata diagnosticata la patologia sono i seguenti:

<2020	2021	2022	2023*	Totale pazienti in carico
857	118	222	202	1399

* dato aggiornato al 20/09/2023

Si specifica che il numero dei pazienti è sottostimato di circa 25% in primis perché l'inserimento delle schede non avviene in tempo reale per carenza di personale dedicato alla registrazione; inoltre gli approcci diagnostici e terapeutici sono diversificati; vi sono pertanto pazienti che sono seguiti da specialisti privati supportati dalle associazioni di categoria presenti sul territorio marchigiano (AFI OdV, Associazione CFU Italia OdV, Associazione AIF Associazione Italiana Fibromialgia Onlus, Le Ali di Auser OdV) che non hanno accesso alla compilazione del registro riconosciuto a livello regionale e nazionale.

Date le numerose perplessità sollevate da parte della comunità scientifica riguardo l'utilità di formulare la diagnosi di FM mediante la ricerca dei tender points (TPs), nel 2010, sono stati formulati dall'American College of Rheumatology (ACR), nuovi criteri classificativi. Questi nuovi criteri classificativi hanno proposto la combinazione delle seguenti due principali variabili (Widespread Pain Index-WPI) ed alla severità dei sintomi (Symptom Severity Score-SSS):

Widespread Pain Index (WPI) o indice di dolore diffuso. Comprende una checklist di 19 zone del corpo e il paziente è invitato a contare le aree specifiche in cui ha sentito dolore nella settimana precedente la compilazione del questionario, attribuendo per ciascuna un punteggio pari a 1, con un punteggio totale compreso tra 0 e 19 (cingolo scapolare sinistro, cingolo scapolare destro, braccio sinistro, braccio destro, avambraccio sinistro, avambraccio destro, anca (gluteo trocantere) sinistra, anca (gluteo trocantere) destra, coscia sinistra, coscia destra, gamba sinistra, gamba destra, mascella destra, mascella sinistra, torace, area dorsale, area lombare, collo, addome).

Symptom Severity Score (SSS) o punteggio di severità dei sintomi. Il SSS ha origine dalla somma dei punteggi dei sintomi somatici, sonno non ristoratore, sintomi cognitivi, e stanchezza in una scala da 0-12. La scala SSS da sola fornisce una misura della gravità dei sintomi della FM. Per ognuno dei tre sintomi suddetti, viene indicato il grado di severità percepito dal paziente durante l'ultima settimana.

Combinando la scala SSS ed il WPI si è giunti ad una nuova definizione di FM. Per soddisfare tali criteri classificativi il paziente deve rispondere alle 3 seguenti condizioni (vedi APPENDICE 2 PDF criteri Classificativi):

- Indice per il dolore diffuso (WPI) ≥ 7 e il punteggio della scala per la severità dei sintomi (SS) ≥ 5 o WPI 3-6 e punteggio della scala per la SS ≥ 9
- Sintomi presenti con la stessa intensità e persistenti da almeno 3 mesi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Assenza di condizioni cliniche concomitanti che potrebbero spiegare in modo diverso il dolore.

La diagnosi clinica, sebbene più semplice, resta, ancora, basata essenzialmente sulla valutazione soggettiva del medico sull'entità e la severità dei sintomi somatici del paziente, non permettendo un'auto-valutazione dei sintomi da parte del paziente. Per tale ragione, nel 2011, è stata proposta una modifica dei criteri ACR 2010, in cui le aree del dolore e la presenza/assenza di 3 sintomi nella SSS (cefalea, dolore o crampi addominali e sintomi depressivi) vengono auto-valutati dal paziente (18). Una ulteriore modifica dei criteri 2010 è stata operata nel 2013, incrementando le aree di localizzazione del dolore, il numero di sintomi, migliorandone la specificità, indipendentemente dalla coesistenza di un'altra condizione dolorosa. È importante sottolineare, tuttavia, come sia i criteri 2010, che le versioni successive del 2011 e del 2013, pur essendo di più facile e veloce esecuzione, non prevedono il riscontro di segni clinici obiettivi, elemento imprescindibile nell'iter diagnostico di una patologia così complessa come la FM.

Successivamente, nel 2016, è stata proposta una alta revisione dei precedenti criteri da parte dell'ACR, basata sulla integrazione dei criteri formulati nel 2010 (physician-based) con i criteri autosomministrati (self-report) proposti e validati nel 2011. Secondo gli Autori i criteri physician-based sono validi per la diagnosi di FM nella pratica clinica, mentre i criteri self-report sono validi per la classificazione delle persone nell'ambito della ricerca scientifica, in particolare per studi epidemiologici, presentando, tra i vantaggi, quello di ridurre il carico di lavoro del medico nella raccolta delle informazioni. Secondo tale proposta, per la diagnosi di FM devono essere soddisfatti contemporaneamente 3 criteri (Figura 2):

- dolore diffuso in specifiche aree e regioni del corpo;
- presenza di sintomi caratteristici (astenia, sonno non ristoratore, problemi cognitivi, emicrania, dolore/crampi addominali, depressione) che compromettono la vita quotidiana;
- durata della sintomatologia pari ad almeno 3 mesi.


DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
Criteri diagnostici 2016 (Fibromyalgia Severity Scale)
Indice di Diffusione del Dolor e (Widespread Pain Index-WPI)

(1 punto per ogni casella spuntata; Range di punteggio: 0-19)

1- Indicare se si è provato dolore o indolenzimento nel corso degli ultimi 7 giorni, nelle aree riportate in figura. Spuntare le caselle in corrispondenza di ogni area interessata dal dolore o dall'indolenzimento.

<input type="checkbox"/>	Cingolo scapolare sinistro	<input type="checkbox"/>	Anca (gluteo, trocantere) sinistra	<input type="checkbox"/>	Mascella sinistra
<input type="checkbox"/>	Cingolo scapolare destro	<input type="checkbox"/>	Anca (gluteo, trocantere) destra	<input type="checkbox"/>	Mascella destra
<input type="checkbox"/>	Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	Coscia sinistra	<input type="checkbox"/>	Torace
<input type="checkbox"/>	Braccio destro	<input type="checkbox"/>	Coscia destra	<input type="checkbox"/>	Addome
<input type="checkbox"/>	Avambraccio sinistro	<input type="checkbox"/>	Gamba sinistra	<input type="checkbox"/>	Area Dorsale
<input type="checkbox"/>	Avambraccio destro	<input type="checkbox"/>	Gamba destra	<input type="checkbox"/>	Area Lombare
<input type="checkbox"/>	Collo				
Punteggio: ____/19 aree					

Indice di Gravità dei Sintomi (Symptom Severity Scale-SSS)

(Range di punteggio: 0-12)

2- Per ognuno dei sintomi elencati esprimere la loro gravità nel corso degli ultimi 7 giorni, utilizzando la scala di seguito riportata.

 0= *Nessun problema*

 1= *Problema lieve*: generalmente lieve e intermittente

 2= *Problema moderato*: disturbo di considerevole entità; presente spesso e/o di grado moderato

 3= *Problema grave*: continuo, che ostacola le attività della vita quotidiana

	0	1	2	3
A. Astenia, spossatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Stanchezza al risveglio, sonno non ristoratore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Indicare la presenza o assenza dei 3 sintomi (D, E, F) negli ultimi sei mesi

	A s s e n t e	P r e s e n t e
	0	1
D. Dobbro crampi addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Emicrania, cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Criteri aggiuntivi (senza punteggio)

- 4- I sintomi delle domande 2 e 3 e il dolore diffuso sono stati avvertiti per almeno tre mesi? Sì No
- 5- E' presente una patologia che può motivare il dolore avvertito? Sì No

Punteggio Totale ____/31

Figura 2. Criteri classificativi 2016 della fibromialgia proposti dall'ACR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Relativamente alla patologia MCS non è attualmente presente un registro regionale che sarà oggetto di elaborazione successivamente al riconoscimento del Centro presso la Clinica Medica dell'Università Politecnica delle Marche e come tema di lavoro all'interno dei sottogruppi), pertanto attualmente il dato viene rilevato dagli uffici di controllo di gestione delle singole Ex Aree Vaste ora AST che erogano apposito contributo per pazienti con patologia accertata, in applicazione della DGR 643/2007.

Il contributo previsto è pari ad un massimo di € 500,00 mensili a fronte della presentazione delle seguenti spese sostenute dal paziente percipienti:

- visite specialistiche,
- farmaci di qualunque natura,
- accertamenti diagnostici,
- prodotti alimentari, spese di viaggio,
- eventuali prestazioni di ricovero in strutture non accreditate.

N. PAZIENTI PERCIPIENTI CONTRIBUTO MCS			
AST	2021	2022	2023*
AN	14	13	13
AP	15	15	15
FM	5	5	5
MC	9	9	9
PU	7	7	7
TOTALE	50	49	49

*previsione per il 2023

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE****Rendiconto Progetto Fibromialgia****Valutazione della severità della malattia e dei suoi effetti sulla disfunzione sessuale e sul dolore pelvico cronico in donne affette da fibromialgia**

Fausto Salaffi¹

¹Rheumatology Clinic, Ospedale "Carlo Urbani", Università Politecnica delle Marche, Jesi (Ancona),

RIASSUNTO

Obiettivo. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la gravità della sindrome della vescica iperattiva (OAB) e la disfunzione sessuale in pazienti con fibromialgia (FM), così come la loro interrelazione con la gravità della malattia.

Metodi. Sono stati arruolati consecutivamente pazienti adulti di sesso femminile con FM. Le pazienti hanno compilato un pacchetto completo di questionari che includeva variabili demografiche, indicatori di gravità della malattia (Fibromyalgia Impact Questionnaire [FIQR] rivisto), test di valutazione del dolore neuropatico (PainDetect Questionnaire [PDQ]), della gravità dei sintomi OAB (Overactive Bladder Symptom Score [OABSS]), e questionari per la valutazione della disfunzione sessuale (Female Sexual Function Index [FSFI]).

Risultati. Lo studio ha incluso 481 pazienti, 116 (24,11%) presentavano sintomi lievi di OAB, 82 pazienti (17,04%) avevano OAB moderata, e 34 pazienti mostravano un quadro di OAB grave (7,06%). Nel 14,17% dei pazienti la condizione della vescica stava causando loro grandi problemi in termini di disagio. Nel 7,87% dei pazienti la disfunzione vescicale causava loro problemi significativi. Le disfunzioni sessuali sono state documentate in 91 pazienti (18,91%). Adottando il FSFI come variabile dipendente, l'analisi multivariata ha rivelato una relazione positiva tra le disfunzioni sessuali e la gravità della malattia (FIQR, $p < 0,0001$; PDQ, $p < 0,0001$, indice del dolore diffuso [WPI], $p = 0,0037$). Usando OABSS come variabile dipendente, la regressione multivariata ha rivelato un contributo sostanziale da FIQR ($p < 0,0001$), PDQ ($p = 0,0037$), e WPI ($p = 0,0030$).

Conclusioni. La FM ha il potenziale di influenzare entrambi i processi psicologici e fisiologici nelle donne con OAB e disfunzione sessuale. Questi risultati sottolineano l'importanza di un approccio multidisciplinare per trattare i pazienti con sindrome della vescica iperattiva e disfunzioni sessuali nella FM

Parole chiave: Fibromialgia; sindrome della vescica irritabile; disfunzioni sessuali; dolore neuropatico, qualità della vita



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

INTRODUZIONE

La fibromialgia (FM) è definita come “una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata dalla disfunzione dei neurocircuiti preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con prevalente estrinsecazione del dolore a livello dell'apparato muscoloscheletrico”. Oltre al dolore possono essere presenti molteplici sintomi di accompagnamento, comuni ad altre sindromi algodisfunzionali. Tale sovrapposizione di segni e sintomi clinici con altre sindromi, quali il colon irritabile, i disturbi somatoformi, la cefalea muscolotensiva, la dismenorrea primaria, la sindrome da fatica cronica, la sindrome del colon irritabile, le algie faciali atipiche ecc. rendono, talvolta, difficile classificarla come un'entità clinica a sé stante. Sembra, tuttavia, corretto includere la FM nell'ambito delle “sindromi da sensibilizzazione centrale” facendo riferimento, con questa definizione, al principale meccanismo patogenetico (alterazione del sistema nocicettivo) identificato come causa principale della sintomatologia, scheletrica ed extra-scheletrica. La FM occupa, per frequenza, il 2°-3° posto tra le malattie reumatiche e rappresenta il 12-20% delle diagnosi formulate in ambito ambulatoriale. La prevalenza riscontrata sulla popolazione generale è pari al 2,22%, che individuerrebbe nel nostro Paese 1.346.700 pazienti affetti da FM. Sebbene l'eziologia della FM non sia del tutto nota, si ritiene che alla sua origine concorrano fattori esterni scatenanti, quali lo stress, altre malattie concomitanti ed una varietà di condizioni dolorose croniche diverse (*Salaffi F, De Angelis R, Grassi W; MARCHE Pain Prevalence; INvestigation Group (MAPPING) study. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study. Clin Exp Rheumatol. 2005;23(6):819-28*).

La FM non presenta segni clinici obiettivi, ma piuttosto una serie di sintomi. I principali sono il dolore diffuso, la rigidità mattutina, l'affaticamento e l'astenia, il sonno non riposante, i disturbi intestinali/urogenitali, i disturbi del sistema nervoso centrale e neurocognitivi. Questa proteiforme sintomatologia può essere modulata dalle variazioni atmosferiche e dalla temperatura. Nelle giornate fredde, umide e piovose il dolore e la rigidità sono più intensi, mentre la maggior parte dei pazienti riferisce un effetto benefico del caldo. L'inattività e l'iperattività aggravano la sintomatologia, che viene, invece, migliorata da una moderata attività fisica (*Salaffi F, Mozzani F, Draghessi A et al. Identificazione dei domini sintomatici e funzionali nei pazienti con fibromialgia: risultati di un'indagine trasversale basata su Internet in Italia. J Pain Res 2016; 9: 279-86*).

I disturbi neuroviscerali sono comunemente osservabili nei pazienti con FM. In particolare, i disturbi gastrointestinali come difficoltà digestive, dolori addominali, alternanza di stipsi e diarrea, che si configurano nella “sindrome dell'intestino irritabile” (Irritable Bowel Syndrome, IBS). Alcuni pazienti riferiscono anche difficoltà di deglutizione, presumibilmente secondarie ad un'alterazione della funzionalità della muscolatura intrinseca dell'esofago. Sono riscontrabili, inoltre, nel 20-70% dei casi disturbi urinari, come l'aumento della frequenza delle minzioni o l'urgenza minzionale, in assenza di infezioni delle vie urinarie. Si tratta di sintomi tipici della cistite nella donna e dell'ipertrofia prostatica nell'uomo. Questi disturbi sono classificati come “sindrome della vescica irritabile”. In alcuni casi si può sviluppare una condizione dolorosa infiammatoria cronica della vescica conosciuta come “cistite interstiziale”. La Cistite Interstiziale (CI), conosciuta anche come sindrome del dolore vescicale (Bladder Pain Syndrome - BPS), sindrome della vescica dolorosa (Painful Bladder Syndrome - BPS) o sindrome della vescica ipersensibile (Hypersensitive Bladder Syndrome - HBS), è una condizione invalidante la cui eziologia non è nota. È caratterizzata principalmente da dolore pelvico cronico, senso di tensione o di pressione a livello sovrapubico e dolore di origine vescicale correlato alla fase di riempimento del viscere e associato a sintomi quali: urgenza minzionale diurna, nocturia e disuria. I sintomi possono assomigliare a quelli di una cistite acuta batterica anche in assenza di infezione; i test e gli esami non rilevano malattie



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

riconoscibili ma la sintomatologia può essere così severa da rendere la persona affetta inabile alla vita quotidiana relazionale, familiare, lavorativa. Fortemente compromessa risulta in molti casi la sfera psicologica: con riduzione dell'autostima e della sicurezza. La qualità della vita può diventare molto scadente, il rischio di depressione, perdita del sonno, ansia, stress, disfunzioni sessuali, attacchi di panico e difficoltà ad avere dei rapporti sociali normali (*Thornton KGS, Robert M. Prevalence of Pelvic Floor Disorders in the Fibromyalgia Population: A Revisione sistematica. J Obstet Gynaecol Can.2020 Jan; 42 (1): 72-79. Doi: 10.1016 / j.jogc.2019.02.013*). Sono stati condotti numerosi studi sui sintomi vescicali in corso di FM e sulla correlazione tra FM e cistite interstiziale (*Martínez-Martínez LA, Mora T, Vargas A, Fuentes-Iniestra M, Martínez-Lavín M. Disfunzione del sistema nervoso simpatico nella fibromialgia, sindrome da stanchezza cronica, sindrome dell'intestino irritabile e cistite interstiziale: una revisione di studi caso-controllo. J Clin Rheumatol.2014 Apr; 20 (3): 146-50. doi: 10.1097 / RHU.000000000000089*).

Nel corso degli anni più recenti sono stati riportati una maggiore prevalenza di disfunzione defecatoria, dismenorrea e vulvodinia, condizione patologica definita da un dolore cronico localizzato nell'area vulvare, bruciore, fastidio e irritazione, che comporta difficoltà nei rapporti sessuali (*Kalichman L. Association between fibromyalgia e disfunzione sessuale nelle donne. Clin Rheumatol. 2009; 28 (4): 365-9. Doi: 10.1007 / s10067-009-1093-3. Epub 2009 23 gennaio*). La funzione sessuale è un elemento vitale nella vita di una donna, che implica una complessa interazione tra fattori biologici, socioculturali e psicologici. Le donne con FM hanno, in particolare, mostrato una riduzione significativa dell'eccitazione sessuale (OR, 2,01), una ridotta esperienza di orgasmo (OR, 2.22), una diminuita percezione del piacere nella masturbazione (OR, 1,91), un aumento della tensione vaginale durante la penetrazione ed un incremento del dolore durante il rapporto (*Shaver JL, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS (2006) Problemi di salute delle donne con sindrome fibromialgica. J Womens Health (Larchmt) 15:1035-1045*). La vulvodinia (VD), in particolare, è stata documentata nel 20,6% delle donne con FM [*Shaver JL, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS (2006) Problemi di salute delle donne con sindrome fibromialgica. J Womens Health (Larchmt) 15:1035-1045*] e si caratterizza per la presenza di iperalgesia ed allodinia ed è diagnosticata sulla storia del dolore dopo aver escluso le patologie ginecologiche e dermatologiche. Il dolore è di tipo urente accompagnato da sensazioni di pressione, taglio o carne viva; risponde a stimoli irritativi quali indossare vestiti attillati o intimo colorato, fare passeggiate, usare il motorino, stare seduta a lungo e così via. Il dolore alla penetrazione è spesso tanto intenso che le pazienti non riescono ad iniziare o devono interrompere un rapporto, con un grande disagio emotivo che si riflette sulla relazione. Il DSM-513 classifica la vulvodinia come Disordine Genitopelvico/Penetrazione [*Bendtsen L, Norregaard J, Jensen R, Olesen J (1997) Evidenza di nocicezione qualitativamente alterata in pazienti con fibromialgia. Arthritis Rheum 40: 98-102*]. L'eziologia della disfunzione sessuale nella FM è spesso misconosciuta e si presume sia multifattoriale. Oltre ai sintomi tradizionali associati alla FM, studi precedenti hanno riportato che la funzione sessuale può essere influenzata dalla FM e sembra essere strettamente correlata alla depressione e all'ansia, sintomi comunemente associati alla FM. Nonostante il ruolo ben noto della funzione sessuale nel contesto di uno scadimento della qualità della vita, pochi studi hanno incluso questa variabile negli studi randomizzati e controllati. Gli studi sulla FM spesso valutano l'impatto della malattia utilizzando il questionario di valutazione specifico dello stato di salute denominato FIQR. Tale questionario non include, tuttavia, alcuna domanda sulla funzione sessuale, pertanto la relazione tra la funzione sessuale e le altre variabili soggettive resta poco chiara. Nella popolazione generale è stata riportata una relazione significativa tra l'attività fisica e la funzione sessuale, ma questo aspetto non è stato mai testato nelle donne con FM. E', tuttavia, noto che l'attività fisica può essere correlata al dolore, alla fatica e all'impatto complessivo della FM nel sesso femminile e pertanto e' possibile ipotizzare che l'attività fisica possa migliorare la funzione sessuale in questa popolazione di pazienti.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Obiettivi. Gli obiettivi di questa ricerca sono stati quelli di valutare la prevalenza dei sintomi genito-urinari e dei problemi disfunzionali sulla sfera sessuale nelle donne affette da FM e studiare la potenziale associazione tra attività fisica, fattori psicologici e qualità della vita.

Descrizione del progetto:

Criteri di definizione, inclusione ed esclusione:

La valutazione dell'associazione tra OAB e la disfunzione sessuale nella FM hanno rappresentato gli endpoint primari di questo studio. Si tratta di uno studio condotto presso la Clinica Reumatologica dell'Università Politecnica delle Marche. Questa struttura rappresenta il Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi ed il trattamento della FM. Sono state incluse consecutivamente 481 pazienti di sesso femminile adulte, con età compresa fra i 19 ed i 75 anni, affette da FM diagnosticata secondo i criteri 2010/2011 dell'American College of Rheumatology (ACR), indipendentemente dal livello di gravità della malattia. Pazienti con malattie neurologiche (morbo di Alzheimer o altre demenze, morbo di Parkinson, malattia dei motoneuroni, polineuropatia, sclerosi multipla, lesioni spinali, pazienti con segni di coinvolgimento di grandi fibre - ad es), alcolisti cronici, abuso di sostanze attuale o passato, uso attuale o passato di farmaci potenzialmente neurotossici, diabete mellito, malattie della tiroide o altre endocrinopatie non controllate, neoplasie in corso, infezioni virali croniche con HBV, HCV o HIV, malattie del tessuto connettivo, vasculite, sarcoidosi, amiloidosi, sindrome di Ehlers-Danlos o sindrome da ipermobilità articolare che possono interferire con la valutazione clinica, sono state escluse dal reclutamento. Tutti i pazienti hanno ricevuto un consenso informato per sottoporsi alla valutazione. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico locale (Comitato Unico Regionale - ASUR Marche).

Questionari di valutazione

Alle pazienti è stato somministrato un tool completo di questionari comprendenti il rilievo dei dati demografici, la durata della malattia e le variabili correlate allo stato sociale ed al livello di istruzione (primaria, secondaria, scuola superiore / università).

Funzione sessuale: L'indice valutazione della funzione sessuale femminile (FSFI) è stato utilizzato per valutare la funzione sessuale nelle 4 settimane precedenti la consultazione. Il FSFI consiste di sei domini: desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore. I punteggi più alti sono indicativi di una migliore funzione sessuale. La FSFI è stata tradotta e validata per l'uso in italiano (Filocomo MT, Serati M, Li Marzi V, Costantini E, Milanesi M, Pietropaolo A, Polledro P, Gentile B, Maruccia S, Fornia S, Lauri I, Alei R, Arcangeli P, Sighinolfi MC, Manassero F, Andretta E, Palazzetti A, Bertelli E, Del Popolo G, Villari D. *The Female Sexual Function Index (FSFI): validazione linguistica della versione italiana. J Sex Med. 2014 Feb; 11 (2): 447-53*). Lo strumento si è dimostrato affidabile nello screening della disfunzione sessuale per le donne italiane. Un punteggio FSFI complessivo $\leq 26,55$ è stato definito come cut-off per la definizione di disfunzione sessuale.

Gravità dei sintomi della vescica irritativa (OAB): Il punteggio dell'indice di gravità dei sintomi della vescica iperattiva (OABSS) è stato utilizzato per quantificare i problemi della OAB. Il questionario è stato originariamente sviluppato da Homma et al., ed è stato successivamente validato nella popolazione italiana. L'OABSS totale è dato dalla somma di quattro punteggi dei sintomi: frequenza diurna minzionale (punteggio 0-2), frequenza notturna minzionale (punteggio 0-3), urgenza minzionale (punteggio 0-5) e incontinenza da urgenza (punteggio 0-5). Il punteggio totale varia da 0 a 15, con un punteggio più alto che indica sintomi di OAB più severi. In questo studio la diagnosi di OAB vengono fornite quando i punteggi dei soggetti nella domanda 3 dell'OABSS sono superiori a 2 e il loro punteggio totale OABSS supera 3, e questi soggetti sono stati classificati in



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

"lievi" (punteggio OABSS 5 o inferiore), "moderato" (tra 6 e 11) e "grave" (12 o più) (*Chuang FC, Hsiao SM, Kuo HC. The Overactive Bladder Symptom Score, International Prostate Symptom Score-Storage Subscore e Urgency Severity Score in Patients With Overactive Bladder and Hypersensitive Bladder: Quale sistema di punteggio è il migliore? Int Neurourol J. 2018 Jun; 22 (2): 99-106*).

Gravità della fibromialgia

I livelli di severità e l'impatto della FM sullo stato generale di salute sono stati indagati mediante tre strumenti validati a livello internazionali e già testati nella popolazione italiana:

Questionario revisionato sull'impatto della fibromialgia (FIQR). Il FIQR è la versione aggiornata del FIQ (*Bennett RM, Friend R, Jones KD et al. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. Arthritis Res Ther 2009; 11: R120*). Consiste di 21 domande, formulate in scale di numeriche a 11 livelli (0-10) che indagano tre domini principali riferite alla settimana precedenti la valutazione. Il punteggio finale (intervallo 0-100, con valori maggiori che indicano una gravità peggiore) è la somma delle valutazioni dei tre domini: il primo dominio sulla funzionalità è risultante dalla somma algebrica delle prime 9 domande divisa per tre, il secondo dominio è la somma algebrica delle due domande sullo stato generale di salute e il terzo dominio, riguardante i sintomi è la somma algebrica delle ultime 10 domande divisa per due.

Indice di stato di salute della FM, modificato (ModFAS 2019): Il ModFAS è una versione modificata del FAS suddivisa in due sezioni che indagano i sintomi nei sette giorni precedenti. La prima sezione è composta da due scale di valutazione numerica (NRS) che vanno da 0 (nessun problema) a 10 (problema grave) riguardanti fatica e qualità del sonno; la seconda sezione chiede ai pazienti di indicare quale tra 19 aree del corpo elencate risultano dolorose o indolenzite. Il punteggio finale può variare da 0 a 39 ed è la somma dei due NRS più il punteggio delle aree dolorose (*Salaffi F, Di Carlo M, Farah S et al. Diagnosi di fibromialgia: confronto dei criteri ACR e AAPT 2011/2016 e validazione dello stato di valutazione della fibromialgia modificato. Reumatologia 2020; doi: 10.1093 / reumatologia / keaa061.*).

Scala di distress polisintomatica (PDS): Il PDS è derivato dalle variabili utilizzate nei criteri diagnostici ACR 2010/2011 per FM (*Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA et al. Criteri della fibromialgia e scale di gravità per studi clinici ed epidemiologici: una modifica dei criteri diagnostici preliminari ACR per Fibromialgia. J Rheumatol 2011; 38: 1113-22*). Il punteggio PDS si ottiene sommando i punteggi dell'indice di dolore diffuso (WPI, un conteggio 0-19 delle regioni del corpo non articolari dolorose) e la scala di gravità dei sintomi (SSS, una misura 0-12 della gravità dei tre sintomi di affaticamento, sonno e problemi cognitivi) il risultato varia da 0 a 31, con punteggi più alti che indicano una malattia più grave.

I punteggi mediani FIQR, FAS 2019 mod e PDS (25 ° -75 ° percentile) sono rispettivamente 61,16 (41,16-77,00), 27,00 (19,00-32,00) e 19,0 (13,00-24,00). La riconciliazione della media del 75 ° e 25 ° percentile delle categorie adiacenti ha consentito di definire gli stati di gravità per i seguenti cut-off (*Salaffi F, Di Carlo M, Bazzichi L, Atzeni F, Govoni M, Biasi G, Di Franco M, Mozzani F, Gremese E, Dagna L, Batticciotto A, Fischetti F, Giacomelli R, Guiducci S, Guggino G, Bentivegna M, Gerli R, Salvarani C, Bajocchi G, Ghini M, Iannone F, Giorgi V, Farah S, Cirillo M, Bonazza S, Barbagli S, Gioia C, Santilli D, Capacci A, Cavalli G, Carubbi F, Nacci F, Riccucci I, Sinigaglia L, Masullo M, Polizzi BM, Cutolo M, Sarzi-Puttini P. Definizione di gravità della fibromialgia: risultati da un'indagine trasversale di 2339 italiani pazienti. Reumatologia (Oxford). 13 agosto 2020: keaa355. doi: 10.1093 / reumatologia / keaa355*):

FIQR: 0-23 per la remissione, 24-40 per malattia lieve, 41-63 per malattia moderata, 64-82 per malattia grave e maggiore di 83 per malattia molto grave;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

FAS 2019 mod: 0-12 per la remissione, 13-20 per malattia lieve, 21-28 per malattia moderata, 29-33 per malattia grave e maggiore di 33 per malattia molto grave;

PDS: 0-5 per la remissione, 6-15 per malattia lieve, 16-20 per malattia moderata, 21-25 per malattia grave e maggiore di 25 per malattia molto grave

Sono state, inoltre, valutate le caratteristiche del dolore neuropatico, documentato in circa il 30% dei pazienti con FM mediante l'impiego della versione italiana del PainDetect Questionnaire (PDQ): Il PDQ è un questionario completamente auto-somministrato e non richiede una valutazione oggettiva. Utilizzato anche nelle malattie infiammatorie croniche delle articolazioni (*Di Carlo M, Muto P, Benfaremo D, Luchetti MM, Atzeni F, Salaffi F. The Neuropathic Pain Features in Psoriatic Arthritis: A Cross-sectional Evaluation of Prevalence and Associated Factors. J Rheumatol. 2020 1 agosto; 47 (8): 1198-1203. Doi: 10.3899 / jrheum.190906 - Di Carlo M, Ventura C, Cesaroni P, Carotti M, Giovagnoni A, Salaffi F. Sural Nerve Size in Fibromyalgia Syndrome: Study on Variables Associated Con Cross-Sectional Area. Front Med (Lausanne). 2020 Jul 24; 7: 360. Doi: 10.3389 / fmed.2020.00360*). Il PDQ consiste di quattro elementi in cui il paziente deve descrivere il modello temporale del dolore (punteggio -1 o +1 a seconda dello schema temporale indicato), un manichino in cui è possibile rappresentare l'irradiazione del dolore (dolore irradiato +2 punti), e sette scale a 5 punti in cui è possibile riportare i sintomi caratteristici del dolore neuropatico (improvviso dolore, allodinia, iperalgesia, disestesia). Il punteggio finale (range da -1 a 38) deve essere interpretato in termini di probabilità di presenza di dolore neuropatico: ≤12 basso, ≥19 alto, tra 13 e 18 il punteggio è definito ambiguo (*Freyhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. PainDETECT: un nuovo questionario di screening per identificare le componenti neuropatiche in pazienti con dolore alla schiena. Curr Med Res Opin. 2006 Oct; 22 (10): 1911-20*).

RISULTATI

L'età media dei 481 pazienti esaminati è risultata pari a di 48 anni (SD 9.19), il BMI medio è risultato di 26.06 (SD 2.64), la durata media della FM durava era di 4.83 (SD 4.59) anni, e l'81.91% dei pazienti era in trattamento farmacologico.

Il punteggio medio cumulativo FIQR è risultato di 33,33 (SD 18,59), il punteggio medio PDQ di 14,69 (SD 7,91), e il punteggio WPI di 7,87 (SD 4,63). Il punteggio medio dell'OABBS è risultato pari a 3,84 (DS 3,62) (range 0-15), mentre il punteggio FSFI di 14,01 (DS 9,10).

L'OAB lieve ha colpito 116 pazienti (24,11%), l'OAB moderata ha colpito 82 pazienti (17,04%) e l'OAB grave ha colpito 34 pazienti (7,06%). Il 14,17% dei pazienti ha descritto che la loro condizione vescicale stava causando loro gravi problemi. In accordo ai cut-off FSFI di 26,55, novantuno donne con FM (18,91%) hanno riportato disfunzioni sessuali.

Per ogni categoria di pazienti, il confronto ha rivelato significative differenze tra i sottogruppi OABSS (rapporto F = 2855,05; p <0,05) e FSFI (rapporto F = 888,69; p <0,05).

L'OABSS, FSFI e FIQR sono risultati fra loro correlati con un valore di r pari a 0,703 e 0,712 (p <0,0001), rispettivamente. I valori OABSS, FSFI e PDQ (r = 0,676; p <0,0001 e r = 0,717; p <0,0001, rispettivamente) e i valori OABSS, FSFI e WPI (r = 0,627; p <0,0001 e r = 0,629; p <0,0001, rispettivamente) hanno riportato entrambi correlazioni statisticamente significative.

La gravità dei sintomi dell'OAB ha mostrato un'associazione diretta con il FIQR, suggerendo che più severo è il sintomo OAB, più elevati sono i sottodomini del FIQR (attività fisica, impatto generale e sintomi) (Fig. 1a). Una analoga associazione diretta con il FIQR è stata osservata nella distinzione dei pazienti con e senza disfunzione sessuale (Fig. 1B).

I 21 item del FIQR sono risultati avere un effetto significativo sulle componenti dei sintomi di gravità della malattia (sentirsi sopraffatti, qualità del sonno, livello di depressione, problemi di



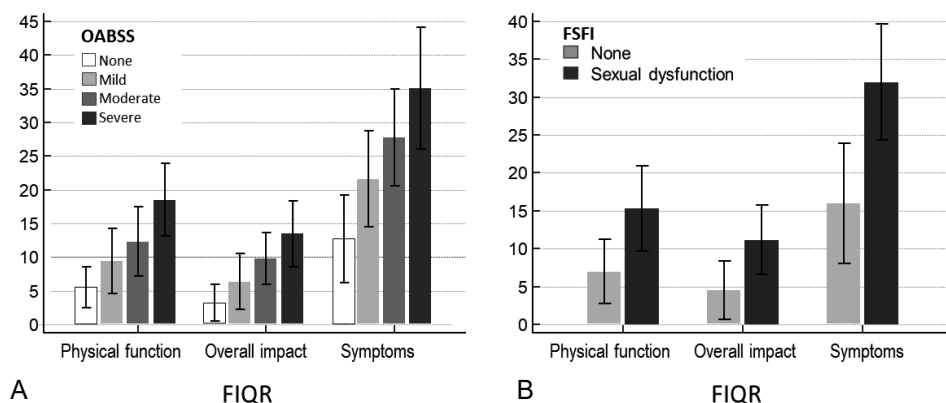
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

memoria, livello di dolorabilità, sensibilità ambientale). I valori individuali per i diversi livelli di gravità dell'OABSS sono mostrati nella Fig. 2A. La correlazione delle 21 voci e del FSFI ha mostrato un impatto prevalente sui componenti dei sintomi di gravità della malattia (dolore, fatica, qualità del sonno, livello di tenerezza, sensibilità ambientale). La Fig. 2B mostra i valori individuali per i diversi livelli di gravità del FSFI.

L'analisi multivariata usando l'OABSS come variabile dipendente ha mostrato un contributo significativo della gravità della malattia ($p < 0,0001$), delle caratteristiche del dolore neuropatico ($p = 0,0037$) e dell'estensione del dolore ($p = 0,0030$) (coefficiente di determinazione R2-adjusted = 0,602). L'età, la durata della malattia e il BMI non erano significativamente associati a questi punteggi. Allo stesso tempo, un'analisi multivariata, usando FSFI come variabile dipendente, ha trovato un'associazione positiva tra la gravità della malattia (FIQR) ($p < 0,0001$), le caratteristiche del dolore neuropatico (PDQ) ($p < 0,0001$) e l'estensione del dolore (WPI) ($p = 0,0037$) (coefficiente di determinazione R2-adjusted = 0,578).

Ulteriori analisi multivariate sono state condotte per verificare quali dei 21 singoli item del FIQR erano legati alla gravità dei sintomi genitourinari e alla disfunzione sessuale (OABSS e FSFI, variabili dipendenti). Gli item FIQR-10 (non può raggiungere gli obiettivi), FIQR-11 (sentirsi sopraffatti), FIQR-15 (qualità del sonno), FIQR-16 (livello di depressione), FIQR-17 (problemi di memoria), e FIQR-21 (sensibilità ambientale) presentavano tutti un contributo significativo sull'OABSS (coefficiente di determinazione R2-adjusted = 0,611); gli item FIQR-15 (qualità del sonno), FIQR-16 (livello di depressione), FIQR-19 (livello di dolorabilità), e FIQR-21 (sensibilità ambientale) avevano un contributo significativo al punteggio FSFI.

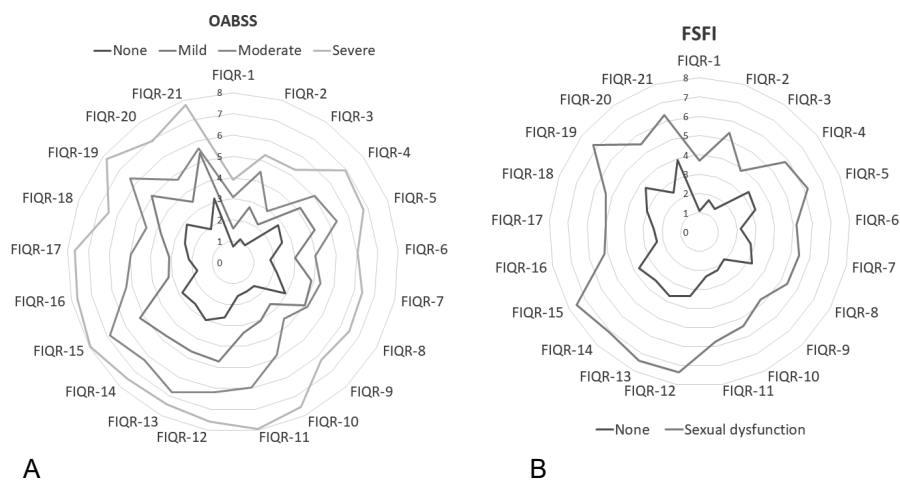
Figure 1. Distribuzione degli score di OABSS (A) e di FSFI (B) in accordo alla gravità dei punteggi FIQR





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Figure 2. Spidergramma dei singoli valori di OABSS (A) e di FSFI (B) in relazione ai livelli di gravità del FIQR.



CONCLUSIONI

In conclusione, la FM ha il potenziale di indurre la sindrome della vescica iperattiva e la disfunzione sessuale nelle donne attraverso meccanismi, sia psicologici (depressione, ansia, esaurimento, sonno, ecc.) che fisiologici (bassa tolleranza al dolore, vulvodinia, dolore corporeo prima, durante o dopo il rapporto sessuale, ecc). Questi fattori fisiologici (dolore) e psicologici (depressione) sono anche interconnessi. Un altro percorso è che la disfunzione sessuale possa causare stress psicologico (e anche fisiologico) nelle donne, così come un marcato impatto negativo sulla qualità della vita, facilitando l'innescò di una FM (effetto trigger). L'importanza di un approccio multidisciplinare nel trattamento dei pazienti affetti da tali queste affezioni è evidenziata dai nostri risultati. Tuttavia, nessuno studio longitudinale ha esaminato questa serie di eventi. Per stabilire la relazione causale e il meccanismo di associazione tra FM e disfunzioni genitourinarie e sessuali, sono necessari ulteriori studi longitudinali.

Bur n. 27 del 22/03/2013

(Codice interno: 246469)

LEGGE REGIONALE 19 marzo 2013, n. 2

Norme di semplificazione in materia di igiene, medicina del lavoro, sanità pubblica e altre disposizioni per il settore sanitario.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1**Finalità**

1. La presente legge, ai fini della semplificazione amministrativa e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie nel territorio della Regione del Veneto, sopprime, alla luce dell'evoluzione della normativa comunitaria e nazionale e della evidenza scientifica, le certificazioni sanitarie e le autorizzazioni in materia di igiene, medicina del lavoro e sanità pubblica riconosciute prive di documentata efficacia per la tutela della salute pubblica.

Art. 2**Certificazioni di idoneità sanitaria**

1. Fermi restando gli obblighi di certificazione previsti dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modificazioni, per i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria è abolito nel territorio regionale l'obbligo di presentazione delle seguenti certificazioni:

a) il certificato di sana e robusta costituzione per:

- 1) impiegati civili e militari dello Stato, ai sensi dell'articolo 1 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2960 "Disposizioni sullo stato giuridico degli impiegati civili dell'amministrazione dello Stato";
- 2) l'iscrizione al corso superiore dell'istituto magistrale di cui all'articolo 2 del regio decreto 4 maggio 1925, n. 653 "Regolamento sugli alunni, gli esami e le tasse negli istituti medi di istruzione";
- 3) l'ammissione alle scuole convitto professionali per infermiere di cui all'articolo 17 del regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici";
- 4) personale della Corte dei conti di cui all'articolo 3, secondo comma, lettera f), del regio decreto 12 ottobre 1933, n. 1364 "Approvazione del regolamento per la carriera e la disciplina del personale della Corte dei conti";
- 5) impiegati di comuni, province e consorzi di cui all'articolo 221 del regio decreto 3 marzo 1934, n. 383 "Testo unico della legge comunale e provinciale";
- 6) ufficiali esattoriali di cui all'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 23 novembre 2000, n. 402 "Regolamento concernente modalità per il conseguimento della idoneità alle funzioni di ufficiale esattoriale in sostituzione di quelle previste dalla legge 11 gennaio 1951, n. 56, da emanarsi ai sensi dell'articolo 31 della legge 8 maggio 1998, n. 146";

b) il certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego di cui:

- 1) al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato" e successive modificazioni;
- 2) al decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686 "Norme di esecuzione del testo unico delle disposizioni sullo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3" e successive modificazioni;
- 3) al decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi" e successive modificazioni;

tale soppressione non attiene alle amministrazioni statali e agli enti pubblici nazionali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera g), della Costituzione;

c) il certificato di idoneità fisica per assunzione insegnanti di cui al decreto della direzione generale dell'istruzione elementare del Ministero della pubblica istruzione del 2 aprile 1999;

d) il certificato per vendita dei generi di monopolio di cui all'articolo 6, primo comma, numero 5), della legge 22 dicembre 1957, n. 1293 "Organizzazione dei servizi di distribuzione e vendita dei generi di monopolio";

- e) il certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore di cui al decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale 1° marzo 1974 "Norme per l'abilitazione alla conduzione di generatori di vapore" e successive modificazioni;
- f) il certificato sanitario per l'impiego dei gas tossici di cui al regio decreto 9 gennaio 1927, n. 147 "Approvazione del regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici" e successive modificazioni;
- g) il certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;
- h) il libretto di idoneità sanitaria per l'attività di barbieri, parrucchieri ed estetisti;
- i) il certificato di idoneità all'esercizio dell'attività di autoriparazione di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c), della legge 5 febbraio 1992, n. 122 "Disposizioni in materia di sicurezza della circolazione stradale e disciplina dell'attività di autoriparazione";
- j) il certificato di idoneità a svolgere la mansione di fochino di cui all'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302 "Norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro integrative di quelle generali emanate con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547";
- k) il certificato di idoneità alla conduzione di impianti di risalita di cui all'articolo 8, comma 1, numero 5), del decreto del Ministero dei trasporti 5 giugno 1985 "Disposizioni per i direttori ed i responsabili dell'esercizio e relativi sostituti e per gli assistenti tecnici preposti ai servizi di pubblico trasporto effettuati mediante impianti funicolari aerei o terrestri" e all'articolo 32, comma 3, del decreto del Ministero dei trasporti e della navigazione 4 agosto 1998, n. 400 "Regolamento generale recante norme per le funicolari aeree e terrestri in servizio pubblico destinate al trasporto di persone";
- l) il certificato di idoneità per i lavoratori extracomunitari dello spettacolo di cui:
- 1) all'articolo 14, comma 2, della legge 30 dicembre 1986, n. 943 "Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine";
 - 2) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 4 agosto 1988, n. 81;
 - 3) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 1 dicembre 1999, n. 80;
 - 4) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 21 luglio 2000;
- m) il certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione di cui all'articolo 3, primo comma, lettera f), della legge 19 ottobre 1956, n. 1224 "Sovvenzioni, contro cessione del quinto della retribuzione, a favore degli iscritti agli istituti di previdenza presso il Ministero del tesoro";
- n) il certificato medico comprovante la sana costituzione per i farmacisti di cui:
- 1) agli articoli 4, primo comma, lettera e), 31, quinto comma e 32, primo comma, del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706 "Approvazione del regolamento per il servizio farmaceutico" e successive modificazioni;
 - 2) all'articolo 5, comma secondo, del decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275 "Regolamento per l'esecuzione della legge 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico".

Art. 3

Determinazioni in materia di medicina scolastica

1. Sono aboliti gli obblighi di cui agli articoli 11, 12 e 13 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264 "Disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attività nel campo dell'igiene e della sanità pubblica" e agli articoli 8 e 42 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518 "Regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica" concernenti l'attività medica all'interno delle strutture scolastiche.
2. Il certificato di esonero dalle lezioni di educazione fisica, previsto dall'articolo 303 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 "Approvazione del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado", il certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per i minori di cui alle circolari del Ministero della sanità 24 giugno 1992, n. 25 e 20 aprile 2000, n. 6 "Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione" ed il certificato di riammissione scolastica oltre i cinque giorni di assenza, previsto dall'articolo 42 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, sono rilasciati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Art. 4

Determinazioni in materia di servizi di controllo delle attività di intrattenimento

1. La certificazione di idoneità psicofisica per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e spettacolo, prevista dal decreto ministeriale 6 ottobre 2009 "Determinazione dei requisiti per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e di spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi, le modalità per la selezione e la formazione del personale, gli ambiti applicativi e il relativo impiego, di cui ai commi da 7 a 13 dell'articolo 3 della legge 15 luglio 2009, n. 94" e successive modificazioni, è rilasciata dal medico di medicina generale.

Art. 5

Determinazioni in materia di produzione e vendita di sostanze alimentari e bevande

1. L'obbligo di formazione e informazione previsto dall'articolo 1, comma 2, lettera a), della legge regionale 19 dicembre 2003, n. 41 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2003 in materia di prevenzione, sanità, servizi sociali e sicurezza pubblica" viene sostituito dalla formazione impartita dal datore di lavoro o dal responsabile dell'attività lavorativa di manipolazione alimentare, che riveste il ruolo di operatore del settore alimentare (OSA), ovvero con altre soluzioni individuate nell'ambito della vigente normativa. Tali procedure devono essere opportunamente rinnovate ogni qualvolta sopraggiungano variazioni del ciclo produttivo.

Art. 6

Determinazioni in materia di vendita al pubblico di alimenti surgelati

1. È abolito l'obbligo di certificazione dei requisiti igienico-sanitari dei locali per il commercio di alimenti surgelati di cui all'articolo 3 della legge 27 gennaio 1968, n. 32 "Norme per la vendita al pubblico degli alimenti surgelati" e al decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato 15 giugno 1971 "Requisiti igienico-sanitari dei locali nei quali si effettua la vendita degli alimenti surgelati" e successive modificazioni.

Art. 7

Modifica dell'articolo 7 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 "Istituzione del servizio civile regionale volontario"

1. Alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 7 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18, le parole: "*servizio sanitario nazionale*" sono sostituite dalle seguenti: "*medico di medicina generale*".

Art. 8

Modifica dell'articolo 11 della legge regionale 19 agosto 1996, n. 23 "Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati"

1. Dopo il comma 4 dell'articolo 11 della legge regionale 19 agosto 1996, n. 23, è inserito il seguente:

"4 bis. La vendita dei funghi epigei spontanei freschi destinati al dettaglio è altresì consentita previa certificazione di avvenuto riconoscimento e di accertata commestibilità, da parte dei micologi in possesso dell'attestato ai sensi del decreto del Ministero della sanità 29 novembre 1996, n. 686 "Regolamento concernente criteri e modalità per il rilascio dell'attestato di micologo", e iscritti nell'apposito registro nazionale."

Art. 9

Norma finale

1. I certificati di cui alla presente legge sono rilasciati solo ai soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.

Art. 10

Durata dei contratti nel settore socio-sanitario

1. I contratti dei direttori generali delle aziende unità locali socio sanitarie (ULSS), dell'azienda ospedaliera, dell'azienda ospedaliera universitaria integrata, di cui all'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni, dell'Istituto oncologico veneto, di cui all'articolo 3 della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 26 "Istituzione dell'Istituto oncologico veneto" e del direttore generale alla sanità e al sociale, di cui all'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016" e successive modificazioni, hanno una durata massima pari a sessanta mesi in conformità, con riferimento ai direttori generali delle aziende ULSS, ospedaliera e ospedaliera universitaria integrata, a quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e dalla normativa vigente.

2. Il comma 8 ter dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e l'articolo 7 della legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 "Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute" sono abrogati.

Art. 11

Norma transitoria

1. Il Presidente della Giunta regionale può rinegoziare, in conformità a quanto previsto dalla presente legge, durata e trattamento economico dei contratti di direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliera, ospedaliera universitaria integrata, dell'Istituto oncologico veneto e del direttore generale alla sanità e al sociale, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 12**Riconoscimento della sensibilità chimica multipla quale patologia rara. Iniziative per la diagnosi e la cura**

1. La Regione riconosce la sensibilità chimica multipla quale patologia rara.
2. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, su proposta dell'assessore regionale competente in materia di sanità, individua:
 - a) la sede del centro di riferimento per la cura della sensibilità chimica multipla;
 - b) gli ulteriori presidi destinati alla diagnosi e cura della sensibilità chimica multipla;
 - c) la dotazione organica e le risorse finanziarie necessarie al funzionamento dei presidi di cui alla lettera b);
 - d) i criteri per l'esenzione dal ticket per la diagnosi della sensibilità chimica multipla e le terapie per la cura della stessa.

Art. 13**Entrata in vigore**

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

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

Venezia, 19 marzo 2013

Luca Zaia

INDICE

- Art. 1 - Finalità
- Art. 2 - Certificazioni di idoneità sanitaria
- Art. 3 - Determinazioni in materia di medicina scolastica
- Art. 4 - Determinazioni in materia di servizi di controllo delle attività di intrattenimento
- Art. 5 - Determinazioni in materia di produzione e vendita di sostanze alimentari e bevande
- Art. 6 - Determinazioni in materia di vendita al pubblico di alimenti surgelati
- Art. 7 - Modifica dell'articolo 7 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 "Istituzione del servizio civile regionale volontario"
- Art. 8 - Modifica dell'articolo 11 della legge regionale 19 agosto 1996, n. 23 "Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati"
- Art. 9 - Norma finale
- Art. 10 - Durata dei contratti nel settore socio-sanitario
- Art. 11 - Norma transitoria
- Art. 12 - Riconoscimento della sensibilità chimica multipla quale patologia rara. Iniziative per la diagnosi e la cura
- Art. 13 - Entrata in vigore

Dati informativi concernenti la legge regionale 19 marzo 2012, n. 2

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

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

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

1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Luca Coletto, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 6 settembre 2011, n. 17/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 8 settembre 2011, dove ha acquisito il n. 199 del registro

dei progetti di legge;

- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta Commissione consiliare;
- La Quinta Commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 10 gennaio 2013;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Leonardo Padrin e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, consigliere Pietrangelo Pettendò, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 5 marzo 2013, n. 2.

2. Relazione al Consiglio regionale

- Relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Leonardo Padrin, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

nella Regione Veneto da tempo si è sentita la necessità di proporre misure finalizzate a garantire l'efficienza del servizio sanitario regionale, riducendo in modo significativo e concreto le procedure ormai ritenute obsolete che incidono sui costi sostenuti dalle stesse amministrazioni coinvolte e sugli obblighi ed adempimenti a carico degli operatori sanitari e dei cittadini. Infatti sono ancora previste numerose procedure, certificazioni e autorizzazioni prive di documentata efficacia che generano un uso non ottimale delle risorse e non incidono sui veri problemi di igiene pubblica e di salute.

Lo scopo della legge appunto è quello di ottenere una semplificazione amministrativa, valutando l'efficacia delle prestazioni sanitarie nel territorio della Regione del Veneto e dismettendo, alla luce dell'evidenza scientifica, quelle certificazioni sanitarie ed autorizzazioni in materia di igiene, medicina del lavoro e sanità pubblica riconosciute prive di documentata efficacia per la tutela della salute pubblica.

Con l'articolo 2, comma 1 lettera a), l'eliminazione dei certificati di sana e robusta costituzione è giustificata dal fatto che la materia è stata puntualmente ridisciplinata dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e, successivamente, dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro. La tutela della salute dei lavoratori è attualmente garantita dalle norme che disciplinano la sorveglianza sanitaria e le attribuzioni del medico competente. Tali concetti sono stati affermati dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 162 del 2004. Così anche per l'eliminazione dei certificati di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego, articolo 2 comma 1 lettera b) e per il certificato di idoneità fisica per assunzione degli insegnanti, articolo 2 comma 1 lettera c).

All'articolo 2 comma 1 lettera d), è prevista l'eliminazione del certificato per la vendita di generi di monopolio, essa è stata giustificata dalla Corte costituzionale con sentenza n. 162 del 2004. Secondo la Corte, infatti, tale certificato non ha una sicura base legislativa perché l'articolo 6 della legge n. 1293/1957 non richiede un certificato, ma prevede semplicemente che il gestore dei magazzini di vendita debba essere immune da malattie infettive e contagiose. Inoltre, si ritiene che la norma non sia più attuale poiché i generi di monopolio non sono più venduti sfusi bensì confezionati.

Con riferimento all'eliminazione, di cui all'articolo 2 comma 1 lettera e) del certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore di cui al decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con il Ministro per l'industria, il commercio e l'artigianato 1° marzo 1974 "Norme per l'abilitazione alla conduzione di generatori di vapore", essa è giustificata dall'attuale normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (decreto legislativo n. 81/2008). In particolare l'articolo 41 dispone che nei casi in cui sussiste l'obbligo della sorveglianza sanitaria il medico competente può effettuare anche la visita medica preventiva in fase preassuntiva. Pertanto, la certificazione rilasciata dal medico competente sostituisce la certificazione sanitaria richiesta dalla precedente normativa.

Così anche per l'articolo 2 comma 1 lettera f), nel quale è prevista l'eliminazione del Certificato sanitario per l'impiego dei gas tossici di cui al regio decreto 9 gennaio 1927, n. 147 "Regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici", per l'articolo 2, comma 1, lettera g) che prevede l'eliminazione del certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale e per l'articolo 2, comma 1, lettera i) che dispone l'eliminazione del certificato di idoneità all'esercizio dell'attività di autoriparazione di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c) della legge 5 febbraio 1992, n. 122 "Disposizioni in materia di sicurezza della circolazione stradale e disciplina dell'attività di autoriparazione" ed anche per l'eliminazione, prevista dell'articolo 2, comma 1, lettera j), del certificato di idoneità a svolgere la mansione di fochino di cui all'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302 "Norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro integrative di quelle generali emanate con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547".

L'attuale normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (decreto legislativo n. 81/2008) giustifica anche l'eliminazione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera l) del Certificato di idoneità alla conduzione di impianti di risalita previsto all'articolo 8, numero 5), del Decreto del Ministro dei trasporti 5 giugno 1985 "Disposizioni per i direttori ed i responsabili dell'esercizio e relativi sostituti e per gli assistenti tecnici preposti ai servizi di pubblico trasporto effettuati mediante impianti funicolari aerei o terrestri" e all'articolo 32, comma 3, del decreto ministeriale 4 agosto 1998, n. 400 "Regolamento generale recante norme per le funicolari aeree e terrestri in servizio pubblico destinate al trasporto di persone" e così anche l'eliminazione del certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione disciplinato dall'articolo 3, lettera f), della legge 19 ottobre 1956, n. 1224 "Sovvenzioni, contro cessione del quinto della retribuzione, a favore degli iscritti agli istituti di previdenza presso il Ministero del Tesoro", prevista dall'articolo 2, comma 1, lettera n).

Con riferimento all'eliminazione del Libretto di idoneità sanitaria per l'attività di barbieri, parrucchieri ed estetisti, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), essa è stata giustificata dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 162 del 2004, in quanto trattasi di documento richiesto da alcuni regolamenti comunali senza che alcuna norma statale o regionale vigente in materia lo

preveda: legge 14 febbraio 1963, n. 161 (Disciplina dell'attività di barbiere, parrucchiere ed affini) come modificata dalla legge 17 agosto 2005, n. 174 "Disciplina dell'attività di acconciatore" e legge regionale 22 ottobre 2009, n. 28 "Disciplina dell'attività di acconciatore".

Riguardo al certificato di idoneità per i lavoratori extracomunitari dello spettacolo (disciplinato: 1) all'articolo 14, comma 2, della legge 30 dicembre 1986, n. 943 "Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine"; 2) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 4 agosto 1988, n. 81; 3) alla circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 1 dicembre 1999, n. 80; 4) alla circolare del Ministero del lavoro e della previdenza sociale 21 luglio 2000) l'articolo 2, comma 1, lettera m) ne prevede l'eliminazione. Essa si spiega con l'evoluzione normativa avvenuta in tale settore, infatti la circolare del Ministro del lavoro e della previdenza sociale del 13 dicembre 2006, n. 34/2006 "Procedure e mobilità di rilascio del nulla osta al lavoro subordinato per cittadini extracomunitari dello spettacolo" non prevede tale certificazione tra la documentazione necessaria al rilascio del nulla osta al lavoro subordinato nello spettacolo per cittadini extracomunitari.

L'articolo 2, comma 1, lettera o) ha previsto l'eliminazione del certificato medico comprovante la sana costituzione per i farmacisti di cui: 1) agli articoli 4, comma primo, lettera e), 31, comma quinto e 32, comma primo, del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706 "Regolamento per il servizio farmaceutico", e successive modificazioni; 2) all'articolo 5, comma secondo, del decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275 "Regolamento per l'esecuzione della legge 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico". Questa eliminazione è motivata dal fatto che la materia è stata puntualmente ridisciplinata dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e, successivamente, dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro. La tutela della salute dei lavoratori è attualmente garantita dalle norme che disciplinano la sorveglianza sanitaria e le attribuzioni del medico competente.

L'articolo 3 prevede l'abolizione dell'obbligo della presenza del medico scolastico e della tenuta dei registri di medicina scolastica e di periodiche disinfestazioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici ciò è giustificato dai compiti assegnati al pediatra di libera scelta dall'articolo 29 del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 272 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta". Tra i molteplici compiti ad esso assegnati meritano una particolare attenzione le lettere e) ed f) del comma 1 dell'articolo 29. L'attività del pediatra comprende: e) le certificazioni ai fini della ammissione e della riammissione agli asili nido e della riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori, e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino; f) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale ad uso esclusivo del pediatra, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al pediatra di seguire la regolare crescita del bambino e di collaborare con l'Azienda ad eventuali indagini epidemiologiche e ricerche statistiche riguardanti la prima infanzia e l'età evolutiva e a quanto previsto dagli accordi regionali. L'abolizione dell'obbligo di periodiche disinfestazioni e disinfestazione degli ambienti scolastici è giustificata dalla dimostrata inutilità scientifica nella prevenzione del contagio e dal negativo impatto che tali pratiche hanno sulle resistenze degli agenti patogeni.

Con l'articolo 3, comma 2, il rilascio del certificato di esonero dalle lezioni di educazione fisica di cui all'articolo 303 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 "Approvazione del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado" e il Certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per i minori di cui alle circolari del Ministero della sanità 24 giugno 1992, n. 25 e 20 aprile 2000, n. 6 "Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione", vengono attribuiti al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Infatti, l'articolo 303 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 attribuisce il rilascio della certificazione in questione alla "competente unità sanitaria locale", senza specificare il medico di riferimento. Si tratta di una forma di semplificazione amministrativa che permette l'individuazione del sanitario competente e l'ottimizzazione della relativa spesa.

Sempre all'articolo 3, comma 2, il Certificato di riammissione scolastica oltre i 5 giorni di assenza di cui all'articolo 42 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, viene attribuito al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Ciò si motiva con l'indicazione dei compiti assegnati al pediatra di libera scelta dall'articolo 29 comma 1 lettera e) del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 272 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta" secondo cui: "e) le certificazioni ai fini della ammissione e della riammissione agli asili nido e della riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori, e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino".

L'articolo 4 riguarda la certificazione di idoneità psicofisica per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e spettacolo di cui al decreto ministeriale 6 ottobre 2009 "Determinazione dei requisiti per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e di spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi, le modalità per la selezione e la formazione del personale, gli ambiti applicativi e il relativo impiego, di cui ai commi da 7 a 13 dell'articolo 3 della legge 15 luglio 2009, n. 94". La scelta dell'attribuzione al medico di medicina generale dell'onere di rilasciare il certificato di idoneità psicofisica per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e spettacolo è giustificata dalla circolare del ministero dell'interno n. 557/PAS.12089.10089D(1)SIC(2) del 17 novembre 2010. Con tale provvedimento si osserva che il comma 4, lettera b) del decreto ministeriale 6 ottobre 2009, nell'elencare i requisiti necessari all'iscrizione chiarisce che il possesso degli stessi deve essere attestato da "certificazione medica delle autorità sanitarie pubbliche" e considerato che alcune Regioni hanno, con proprie deliberazioni, stabilito che l'onere di redigere dette certificazioni spetta ai medici di base o ai medici competenti ai sensi del decreto legislativo n. 81/2008, in presenza di specifiche determinazioni regionali in tal senso - tenuto conto della peculiare competenza delle Regioni in materia di sanità - ai fini dell'iscrizione all'elenco prefettizio, debbono ritenersi valide le attestazioni redatte. Tale semplificazione amministrativa permette

l'ottimizzazione della relativa spesa.

L'articolo 5 prevede l'abolizione dell'obbligo di certificazione dei requisiti igienico-sanitari dei locali per il commercio di alimenti surgelati di cui all'articolo 3 della legge 27 gennaio 1968, n. 32 "Norme per la vendita al pubblico degli alimenti surgelati" e al Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato 15 giugno 1971 "Requisiti igienico-sanitari dei locali nei quali si effettua la vendita degli alimenti surgelati". L'abolizione è giustificata dall'articolo 5 del decreto del ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 25 settembre 1995, n. 493 "Regolamento di attuazione delle direttive n. 92/1/CEE, relativa al controllo delle temperature degli alimenti surgelati, e n. 92/2/CEE, relativa alle modalità di campionamento e al metodo di analisi per il controllo delle temperature", il quale ha abrogato il decreto del ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 15 giugno 1971 "Requisiti igienico-sanitari dei locali nei quali si effettua la vendita degli alimenti surgelati". Con ciò il legislatore nazionale, dando attuazione alla normativa comunitaria, ha ritenuto necessario pretendere determinati requisiti igienico sanitari per i mezzi di trasporto e le apparecchiature frigorifere contenenti alimenti surgelati anziché per i locali di vendita degli stessi. A quest'ultimi si continuerà ad applicare il c.d. pacchetto igiene (Regolamenti CE n. 852, 853, 854 e 882/2004).

L'articolo 6 prevede che il certificato di idoneità fisica al servizio civile volontario venga rilasciato dal medico di medicina generale, nel far ciò modifica all'articolo 7 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 "Istituzione del servizio civile regionale volontario". L'attribuzione di questa competenza al medico di medicina generale è volta ad individuare con maggior precisione il sanitario competente al rilascio del certificato.

L'articolo 7 stabilisce di aggiungere il comma 4 bis all'articolo 11 della legge regionale 19 agosto 1996, n. 23, disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati, prevedendo che anche i micologi in possesso dell'attestato ai sensi del decreto del Ministero della sanità 29 novembre 1996, n. 686 e iscritti nell'apposito registro nazionale possano rilasciare la certificazione di avvenuto riconoscimento e di accertata commestibilità dei funghi epigei freschi e conservati, attualmente di esclusiva competenza delle aziende sanitarie. Si tratta di una forma di semplificazione amministrativa che permette di ottimizzare la relativa spesa favorendo un migliore reimpiego delle risorse finanziarie a disposizione delle aziende sanitarie.

L'articolo 8 stabilisce che i certificati di cui alla legge in oggetto sono rilasciati solo ai soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.

La Quinta Commissione ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta n. 86 del 10 gennaio 2013 esprimendo a maggioranza parere favorevole in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.":

- Relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il consigliere Pietrangelo Pettendò, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

la necessità di semplificazione normativa in campo sanitario regionale è davvero reale ed investe tutti i settori della sfera del settore sanitario.

Purtroppo, con questo disegno di legge, la Giunta regionale ha inteso intervenire solo parzialmente nel campo dell'igiene, della medicina del lavoro e nemmeno in modo omogeneo, proponendo qualche piccola semplificazione nel settore della sanità pubblica.

Sono, infatti, solo sei i capitoli di semplificazione. Ben poca cosa in raffronto alla mole delle semplificazioni necessarie e derivanti non solo per il superamento delle norme regionali a causa di una nuova legislazione nazionale.

Chiunque abbia avuto a che fare con i settori della sanità pubblica si sarà reso conto di quante procedure amministrative, di quanti cavilli burocratici esistono per ottenere una certificazione piuttosto che una abilitazione.

Per questo motivo il voto non è stato positivo. È un giudizio negativo sull'insufficiente azione da parte della Giunta ma anche per una frettolosa, approssimativa e superficiale istruttoria da parte della commissione Quinta che avrebbe potuto richiedere alla Giunta una maggiore incisività per la semplificazione o aprire un lavoro collegiale per l'introduzione di nuove e più numerose abrogazioni e semplificazioni in campo sanitario regionale.

Auspico che il lavoro d'aula possa migliorare il lavoro di semplificazione, senza però stravolgere la filosofia del disegno di legge, evitando il vizio ricorrente di trasformare il provvedimento in un disegno di legge omnibus.

Se avverrà questo non staremo a guardare e allo stesso modo saranno ripresentate tanti dei nodi ancora aperti dell'intero comparto sanitario regionale."

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 2

- Il testo dell'art. 8 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 402/2000 è il seguente:

"8. Conseguimento dell'abilitazione.

1. Ai fini del conseguimento dell'abilitazione alle funzioni di ufficiale della riscossione i candidati idonei producono al prefetto competente per territorio, entro trenta giorni dal colloquio, dichiarazioni sostitutive ai sensi della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive integrazioni e modificazioni, nonché del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 403, attestanti i seguenti stati, fatti e qualità personali:

- a) il possesso del titolo di studio di cui all'articolo 2;
- b) il luogo e la data di nascita;

- c) la cittadinanza italiana;
 - d) il godimento dei diritti politici;
 - e) di non aver riportato condanne penali;
 - f) per gli idonei di sesso maschile: la posizione nei riguardi del servizio militare, con l'indicazione del tipo di servizio prestato ossia come ufficiale ovvero come sottufficiale o militare di truppa oppure se sia stato esonerato dal servizio.
2. I candidati idonei devono produrre, entro lo stesso termine, un certificato medico rilasciato dall'A.S.L. competente per residenza o domicilio ovvero, se il candidato risiede o si trova temporaneamente all'estero, da un medico di fiducia dell'autorità diplomatica o consolare, cui spetta di autenticarlo ed eventualmente tradurlo, attestante la sana e robusta costituzione e l'idoneità psico-fisica all'impiego.
3. In luogo delle dichiarazioni sostitutive di cui al comma 1, possono essere prodotti altrettanti certificati rilasciati dagli uffici competenti."

- Il testo dell'art. 6 della legge n. 1293/1957 è il seguente:

"6. Cause di esclusione dalla gestione dei magazzini di vendita.

Non può gestire un magazzino chi:

- 1) sia minore di età, salvo che non sia autorizzato all'esercizio di impresa commerciale;
- 2) non abbia la cittadinanza di uno degli Stati membri delle Comunità europee (19);
- 3) sia inabilitato o interdetto;
- 4) sia stato dichiarato fallito fino a che non ottenga la cancellazione dal registro dei falliti;
- 5) non sia immune da malattie infettive o contagiose;
- 6) abbia riportato condanne:
 - a) per offese alla persona del Presidente della Repubblica ed alle Assemblee legislative;
 - b) per delitto punibile con la reclusione non inferiore nel minimo ad anni tre, ancorché, per effetto di circostanze attenuanti, sia stata inflitta una pena di minore durata ovvero per delitto per cui sia stata irrogata una pena che comporta l'interdizione perpetua dai pubblici uffici;
 - c) per delitto contro il patrimonio, la moralità pubblica, il buon costume, la fede pubblica, la pubblica Amministrazione, l'industria ed il commercio, tanto se previsto dal Codice penale quanto da leggi speciali ove la pena inflitta sia superiore a trenta giorni di reclusione ovvero ad una multa commutabile, a norma del Codice penale, nella reclusione non inferiore a trenta giorni a meno che, in entrambi i casi, il condannato non goda della sospensione condizionale della pena;
 - d) per contrabbando, qualunque sia la pena inflitta;
- 7) abbia nei precedenti cinque anni rinunciato alla gestione di un magazzino;
- 8) abbia definito in sede amministrativa procedimento per contrabbando di generi di monopolio a suo carico. È in facoltà dell'Amministrazione consentire la gestione quando siano trascorsi almeno cinque anni dall'avvenuta estinzione del reato;
- 9) sia stato rimosso dalla qualifica di gestore, coadiutore o commesso di un magazzino o di una rivendita, ovvero da altre mansioni inerenti a rapporti con l'Amministrazione dei monopoli di Stato, se non siano trascorsi almeno cinque anni dal giorno della rimozione;
- 9-bis) non abbia conseguito, entro sei mesi dall'assegnazione, l'idoneità professionale all'esercizio dell'attività di rivenditore di generi di monopolio all'esito di appositi corsi di formazione disciplinati sulla base di convenzione stipulata tra l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e l'organizzazione di categoria maggiormente rappresentativa."

- Il testo dell'art. 7 della legge n. 122/1992 è il seguente:

"7. Responsabile tecnico.

1. Il responsabile tecnico di cui alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 3 deve possedere i seguenti requisiti personali:

- a) essere cittadino italiano o di altro Stato membro della Comunità europea, ovvero di uno Stato, anche non appartenente alla Comunità europea, con cui sia operante la condizione di reciprocità;
- b) non avere riportato condanne definitive per reati commessi nella esecuzione degli interventi di sostituzione, modificazione e ripristino di veicoli a motore di cui all'articolo 1, comma 2, per i quali è prevista una pena detentiva;
- c) *[abrogata]*.

2. Il responsabile tecnico deve inoltre possedere almeno uno dei seguenti requisiti tecnico-professionali:

- a) avere esercitato l'attività di autoriparazione, alle dipendenze di imprese operanti nel settore nell'arco degli ultimi cinque anni, come operaio qualificato per almeno tre anni; tale ultimo periodo è ridotto ad un anno qualora l'interessato abbia conseguito un titolo di studio a carattere tecnico-professionale attinente all'attività diverso da quelli di cui alla lettera c) del presente comma;
- b) avere frequentato, con esito positivo, un apposito corso regionale teorico-pratico di qualificazione, seguito da almeno un anno di esercizio dell'attività di autoriparazione, come operaio qualificato, alle dipendenze di imprese operanti nel settore nell'arco degli ultimi cinque anni;
- c) avere conseguito, in materia tecnica attinente all'attività, un diploma di istruzione secondaria di secondo grado o un diploma di laurea.

3. I programmi e le modalità di svolgimento dei corsi di cui alla lettera b) del comma 2 sono ispirati a criteri di uniformità a livello nazionale e sono definiti dalle regioni, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, in conformità ai principi della legge 21 dicembre 1978, n. 845."

- Il testo dell'art. 27 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 302/1956 è il seguente:

"27. Licenza per il mestiere del fochino.

Le operazioni di:

- a) disgelamento delle dinamiti;
- b) confezionamento ed innesco delle cariche e caricamento dei fori da mina;
- c) brillamento delle mine, sia a fuoco che elettrico;
- d) eliminazione delle cariche inesplose;

devono essere effettuate esclusivamente da personale munito di speciale licenza, da rilasciarsi, su parere favorevole della Commissione tecnica provinciale per gli esplosivi, dal Prefetto previo accertamento del possesso dei requisiti soggettivi di idoneità da parte del richiedente all'esercizio del predetto mestiere.

La Commissione, di cui al comma precedente, è integrata da due ispettori del lavoro, di cui uno laureato in ingegneria e uno in medicina.

La Commissione deve accertare nel candidato il possesso:

- a) dei requisiti fisici indispensabili (vista, udito, funzionalità degli arti);
- b) della capacità intellettuale e della cultura generale indispensabili;
- c) delle cognizioni proprie del mestiere;
- d) della conoscenza delle norme di sicurezza e di legge riguardanti l'impiego degli esplosivi nei lavori da mina.

Gli aspiranti alla licenza devono far pervenire alla Prefettura competente, una domanda in carta libera specificante l'oggetto della richiesta, le generalità del richiedente, il domicilio o recapito.

All'esame gli aspiranti devono esibire il libretto di lavoro e gli eventuali documenti del lavoro prestato.

A datare dal 1° luglio 1958 potranno essere incaricati delle mansioni indicate nel primo comma del presente articolo soltanto i fochini muniti di licenza.

Fino al 30 giugno 1960 i fochini che dimostrano di aver esercitato il mestiere ininterrottamente da tre anni, possono ottenere la licenza senza esame."

- Il testo dell'art. 5 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1275/1971 è il seguente:

"5. Gli aspiranti per l'autorizzazione all'esercizio della farmacia devono far pervenire, entro il termine fissato dal bando, al medico provinciale che ha indetto il concorso la domanda in carta legale contenente l'indicazione del domicilio, l'ordine di preferenza delle sedi messe a concorso e la dichiarazione di non partecipare a più di tre concorsi provinciali, nonché l'eventuale indicazione dei concorsi ai quali abbiamo già presentato la domanda in relazione a quanto disposto dall'ultimo comma dell'art. 3 della legge 2 aprile 1968, numero 475.

La domanda, entro il termine di presentazione, deve essere corredata come segue:

1) certificato, rilasciato dal comune di residenza a norma dell'art. 11 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, attestante:

- a) data e luogo di nascita;
- b) la residenza;
- c) lo stato di famiglia;
- d) il godimento dei diritti politici;

2) certificato generale del casellario giudiziario;

3) certificato medico comprovante che il concorrente è di sana costituzione fisica, esente da difetti ed imperfezioni che possono impedirgli l'esercizio personale della farmacia e da malattie contagiose in atto che non abbiano carattere temporaneo e che rendano pericoloso l'esercizio stesso.

I concorrenti potranno essere sottoposti a visita medica di controllo per accertare lo stato di salute;

4) certificato rilasciato dal competente ordine professionale, indicante:

- a) data di iscrizione all'albo;
- b) il titolo di studio posseduto con data, luogo ed università presso la quale è stato conseguito;
- c) data e luogo in cui è stata conseguita l'abilitazione professionale, ovvero estremi del decreto ministeriale di abilitazione definitiva ai sensi dell'art. 7 della legge 8 dicembre 1956, n. 1378;
- 5) documenti, pubblicazioni e titoli di servizio che l'aspirante ritenga utile produrre nel proprio interesse.

I servizi di direttore di farmacia e di collaboratore in farmacia devono risultare da certificati rilasciati dagli uffici dei medici provinciali, dai sindaci competenti o dagli ordini provinciali dei farmacisti. Gli altri certificati relativi alla pratica professionale sono rilasciati a seconda dei casi dalle autorità competenti o dagli ordini provinciali dei farmacisti.

I documenti devono essere in regola con le disposizioni della legge sul bollo.

I documenti indicati ai numeri 1), 2), 3) e 4) devono essere di data con anteriore ai tre mesi dalla data di pubblicazione del bando nel Foglio annunci legali della provincia."

Nota all'articolo 3

- Il testo degli artt. 11, 12 e 13 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 264/1961 è il seguente:

"11. La vigilanza igienica delle scuole e la tutela sanitaria della popolazione scolastica vengono esercitate con servizi medico-scolastici a carattere prevalentemente profilattico e con servizi specialistici.

A mezzo di tali servizi si provvede:

- a) al controllo dello sviluppo psico-somatico degli alunni;

- b) alla difesa contro le malattie infettive;
- c) all'assistenza sanitaria nelle scuole speciali;
- d) alla vigilanza sull'idoneità dei locali e delle suppellettili e sulla manutenzione;
- e) alla vigilanza sulla refezione scolastica, sulle colonie di vacanza e su tutte le istituzioni ed attività parascolastiche;
- f) all'educazione igienico-sanitaria della popolazione scolastica;
- g) ai controlli medico-legali relativi al personale addetto alle scuole."

"12. I servizi medico-specialistici di cui all'articolo 11 concernono:

- 1) le imperfezioni e le malattie dentarie;
- 2) le imperfezioni e le malattie dell'apparato visivo;
- 3) l'adenoidismo e le malattie otorinolaringoiatriche in genere;
- 4) le malattie parassitarie, sia cutanee che intestinali;
- 5) il reumatismo e la cardiopatia;
- 6) i disformismi, i paramorfismi e le alterazioni dello sviluppo fisico-psichico;
- 7) le dislalie ed i disturbi emendabili del linguaggio e della audizione;
- 8) l'igiene mentale;
- 9) la nutrizione.

I servizi specialistici svolgono azione di medicina preventiva.

Le prestazioni inerenti alla tubercolosi, al reumatismo, alle cardiopatie, alle malattie dermoveneree, al tracoma e alle altre malattie sociali, saranno fornite dagli enti appositamente istituiti per la lotta contro queste malattie.

L'ufficio del medico provinciale promuoverà, d'intesa con il provveditore agli studi e con il capo dell'Ispettorato del lavoro provinciale, il necessario collegamento tra i servizi medico-scolastici ed i servizi di condotta medica e mutualistici, per assicurare le prestazioni terapeutiche agli alunni appartenenti a famiglie aventi diritto alla assistenza medico-chirurgica."

"13. I Comuni, isolatamente o riuniti in consorzi, provvedono all'espletamento dei servizi medico-scolastici a mezzo di:

- a) medici scolastici generici e medici scolastici specialistici;
- b) personale sanitario ausiliario, costituito da assistenti sanitarie visitatrici, infermiere professionali, vigilatrici dell'infanzia, in numero adeguato alle esigenze locali.

Nei Comuni non capoluoghi di provincia con popolazione inferiore a 30 mila abitanti, il servizio di medicina scolastica a carattere prevalentemente profilattico può essere affidato al medico condotto.

Le scuole sia pubbliche che private sono tenute a mettere a disposizione del servizio medico scolastico, nelle proprie sedi, locali idonei, in conformità delle norme approvate con decreto del Presidente della Repubblica 1° dicembre 1956, n. 1688.

Spetta ai Comuni di provvedere all'attrezzatura di detti locali nelle scuole pubbliche, nei modi stabiliti dal regolamento. Allo stesso obbligo sono soggetti le scuole e gli istituti di istruzione privati."

- Il testo degli artt. 8 e 42 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1518/1967 è il seguente:

"Articolo 8

Presso la sala di visita medica saranno tenuti costantemente aggiornati dal medico scolastico:

- a) il registro delle visite effettuate;
- b) il registro delle vaccinazioni, rivaccinazioni ed altre operazioni immunitarie eseguite nelle scuole;
- c) il registro delle disinfezioni e disinfestazioni;
- d) il registro inventario dell'arredamento e dello strumentario.

Debbono pure essere custoditi dal medico scolastico in apposito armadio a chiave, i documenti soggetti a segreto professionale e d'ufficio e particolarmente:

- 1) le cartelle sanitarie scolastiche individuali del tipo prescritto dal Ministero della sanità;
- 2) i rapporti delle indagini domiciliari;
- 3) i risultati degli accertamenti diagnostici;
- 4) gli atti d'ufficio, ivi comprese la corrispondenza intercorsa con i familiari e con i sanitari curanti e le note scambiate con il capo dell'istituto o direttore della scuola e con gli insegnanti.

Le cartelle sanitarie con annessa documentazione seguono, con le cautele suindicate, il passaggio di classe è di scuola degli alunni e devono essere conservate dopo la cessazione della frequenza."

"Articolo 42

Le persone che il medico ritiene sospette o riconosce affette da malattia infettiva sono allontanate dalla scuola e mantenute lontane fino a quando dura il periodo del contagio.

Il medico scolastico comunica il provvedimento di allontanamento al direttore della scuola o al capo dell'istituto che deve disporre per la pronta esecuzione.

Con le stesse modalità sono allontanate le persone che risultino conviventi o che siano a contatto con infermi di malattia contagiosa, quando la natura di essa e le circostanze rilevate fanno fondatamente presumere che le persone stesse costituiscano un mezzo di diffusione delle malattie.

Nell'adottare il provvedimento di allontanamento il medico scolastico tiene presenti l'età dei soggetti, le mansioni a cui sono adibiti, lo stato di immunità naturale o artificiale, nonché la possibilità di protezione a mezzo di profilassi chemio-antibiotica.

Analoghe misure di profilassi sono disposte direttamente dall'ufficiale sanitario per i casi per i quali egli riceve diretta denuncia.

L'alunno che sia rimasto assente per malattia dalla scuola per più di cinque giorni, può esservi riammesso soltanto previa visita di controllo del medico scolastico, ovvero, in assenza di questi, dietro presentazione alla direzione della scuola o dell'istituto di una dichiarazione del medico curante circa la natura della malattia e l'idoneità alla frequenza."

- Il testo dell'art. 303 del decreto legislativo n. 297/1994 è il seguente:

"303. Esoneri dalle esercitazioni pratiche.

1. Il capo d'istituto concede esoneri temporanei o permanenti, parziali o totali, dalle esercitazioni pratiche incompatibili con lo stato di salute, su richiesta delle famiglie degli alunni e previ gli opportuni controlli medici sullo stato fisico degli alunni stessi da effettuarsi tramite la competente unità sanitaria locale.

2. L'esonero è concesso anche ai candidati privatisti agli esami da sostenersi presso l'istituto, sulla base di idonea certificazione rilasciata agli interessati dalla competente unità sanitaria locale."

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'art. 1 della legge regionale n. 41/2003 è il seguente:

"Art. 1- Igiene e sanità del personale addetto alla produzione e vendita delle sostanze alimentari.

1. Gli accertamenti sanitari e la relativa certificazione, previsti dall'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283 e dagli articoli 37, 39 e 40 del DPR 26 marzo 1980, n. 327 in materia di disciplina igienica di produzione e vendita di sostanze alimentari e bevande, sono sostituiti da misure di autocontrollo, formazione e informazione, salvo il caso in cui l'interessato ne faccia esplicita richiesta.

2. a Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce:

a) i criteri per la predisposizione delle misure di autocontrollo, formazione e informazione;

b) le modalità di monitoraggio e sorveglianza sull'attuazione delle misure di cui alla lettera a);

c) i criteri per la predisposizione del sistema di controllo degli episodi e dei casi delle malattie a trasmissione alimentare."

Nota all'articolo 6

- Il testo dell'art. 3 della legge n. 32/1968 è il seguente:

"3. Per ottenere la licenza di vendita per la voce «alimenti surgelati» il titolare dell'esercizio richiedente dovrà dimostrare, mediante attestato rilasciato dalle competenti autorità sanitarie comunali, di disporre di un locale di vendita che risponda ai requisiti igienico-sanitari necessari per il commercio degli alimenti surgelati."

Nota all'articolo 7

- Il testo dell'art. 7 della legge regionale n. 18/2005, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 7 - Ammissione al servizio civile regionale volontario.

1. Possono svolgere il servizio civile regionale volontario i cittadini italiani e comunitari residenti o domiciliati in Veneto che:

a) abbiano compiuto il diciottesimo anno d'età al momento della presentazione della domanda;

b) siano in possesso dell'idoneità psico-fisica, certificata dal *medico di medicina generale*, in relazione al servizio da svolgere.

2. La Regione pubblica ogni sei mesi un bando per l'avviamento al servizio civile regionale volontario. Il numero di posti disponibili è determinato ogni anno entro i trenta giorni successivi all'approvazione del bilancio regionale di previsione annuale, in relazione alle risorse finanziarie stanziare.

3. Nel bando sono indicati i requisiti di ammissione, i criteri di selezione dei volontari, i progetti d'impiego, gli enti gestori, le sedi di servizio, le date di avviamento al servizio, l'importo delle indennità di servizio e dei premi di fine servizio."

Nota all'articolo 8

- Il testo dell'art. 11 della legge regionale n. 23/1996, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 11 - Commercializzazione.

1. L'autorizzazione comunale alla vendita dei funghi freschi spontanei e alla vendita dei funghi porcini secchi sfusi di cui agli articoli 2 e 7 del DPR 14 luglio 1995, n. 376 è rilasciata a soggetti riconosciuti idonei alla identificazione delle specie fungine commercializzate.

2. Alla vendita dei funghi freschi spontanei e porcini secchi sfusi può essere adibito un istitore o un preposto in possesso dell'idoneità di cui al comma 1; in questo caso alla richiesta di autorizzazione deve essere allegata la dichiarazione con firma autenticata di chi assume l'incarico di vendita.

3. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua le strutture territoriali competenti al riconoscimento dell'idoneità di cui al comma 1 e stabilisce le relative modalità.

4. La vendita dei funghi freschi spontanei destinati al dettaglio è consentita previa idonea certificazione di avvenuto controllo da parte delle Aziende ULSS, secondo le modalità esecutive di attuazione stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 32, lettera g), dello Statuto.

4 bis. La vendita dei funghi epigei spontanei freschi destinati al dettaglio è altresì consentita previa certificazione di avvenuto riconoscimento e di accertata commestibilità, da parte dei micologi in possesso dell'attestato ai sensi del decreto del Ministero della sanità 29 novembre 1996, n. 686 "Regolamento concernente criteri e modalità per il rilascio dell'attestato di micologo",

e iscritti nell'apposito registro nazionale.

5. Per quanto non previsto nel presente Titolo, valgono le norme del DPR 14 luglio 1995, n. 376."

Nota all'articolo 10

- Il testo dell'art. 13 della legge regionale n. 56/1994 è il seguente:

"Art. 13 - Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

1. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione.
2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.
3. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonché della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.
4. Al direttore generale spetta la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.
5. Il direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 si avvale dell'unità controllo di gestione.
6. Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.
7. Il direttore generale, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonché delle unità operative.
8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo.
- 8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.
- 8 ter. L'incarico di direttore generale di norma ha una durata pari a quella della legislatura regionale. Il mandato del direttore generale scade centottanta giorni dopo l'insediamento della nuova legislatura.
- 8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.
- 8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.
- 8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:
 - a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;
 - b) al rispetto della programmazione regionale;
 - c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.
- 8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.
- 8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.
- 8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.
- 8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.
- 8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.
- 8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatiche rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili."

- Il testo dell'art. 3 della legge regionale n. 26/2005 è il seguente:

"Art. 3 - Organi.

1. Sono organi dell'Istituto:
 - a) il consiglio di indirizzo e verifica;
 - b) il direttore generale;
 - c) il direttore scientifico;
 - d) il collegio sindacale.
2. Il consiglio di indirizzo e verifica è composto da cinque membri e dura in carica cinque anni.

3. I componenti del consiglio di indirizzo e verifica sono nominati dal Consiglio regionale e vengono scelti tra soggetti di provata competenza scientifica, onorabilità e rappresentativi dell'intero sistema sanitario regionale e universitario .
4. Il presidente del consiglio di indirizzo e verifica è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra i componenti del consiglio stesso.
5. Il collegio sindacale è nominato dal direttore generale, dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri di cui uno designato dal ministero competente, uno dalla conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112", e successive modificazioni, e tre dal Consiglio regionale. Il presidente del collegio è nominato dal direttore generale tra i componenti designati dal Consiglio regionale.
6. Gli incarichi di direttore generale e di direttore scientifico hanno natura autonoma, esclusiva, durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo n. 288/2003, [e non possono essere rinnovati per più di una volta consecutiva] (2).
7. Sino alla data di insediamento degli organi ordinari di amministrazione la Giunta regionale nomina un commissario straordinario incaricato dell'amministrazione dell'Istituto."

- Il testo dell'art. 1 della legge regionale n. 23/2012 è il seguente:

"Art. 1 - Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

1. All'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 dopo il comma 1 è inserito il seguente:

omissis

2. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 la parola "triennio" è sostituita con la parola "quinquennio".
3. Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) è compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano, lagunare e del polesine, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.
4. Viene individuata la figura del direttore generale alla sanità e al sociale, nominato dalla Giunta regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale. Al direttore generale alla sanità e al sociale competono la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, individuati dagli organi regionali, nonché il coordinamento delle strutture e dei soggetti che a vario titolo afferiscono al settore socio-sanitario. L'incarico di direttore generale alla sanità e al sociale può essere conferito anche ad esperti e professionisti esterni all'amministrazione regionale, con contratto di diritto privato a tempo determinato, risolto di diritto non oltre sei mesi successivi alla fine della legislatura."

4. Struttura di riferimento

- Segreteria regionale sanità
- Direzione prevenzione
- Direzione attuazione programmazione sanitaria